



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Intervenções para a Prevenção da Anorexia Nervosa na Adolescência – Uma *Scoping Review*

Rute Susana Saraiva Sampaio

dezembro 2021



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Intervenções para a Prevenção da Anorexia Nervosa na Adolescência – Uma *Scoping Review*

Rute Susana Saraiva Sampaio

Estágio com Relatório Final

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Maria Isabel Bica Carvalho Costa

dezembro 2021

“Estenda a mão e toque outro ser humano não apenas com as mãos,
mas com o coração.”

Tahereh Mafi

Para a Lara e para a Sara

Agradecimentos

À minha super família, exemplar, que permanece, apoia, luta – a melhor do mundo.

À Professora Isabel Bica pela paciência, apoio e disponibilidade na minha jornada.

Ao Professor Eduardo Santos pela sua disponibilidade e apoio.

À C.S., M.C, S.O, ao C.S., e R.M., pelo apoio e motivação, várias vezes sem darem por isso.

À P.P. e M.C., pelo exemplo de profissionalismo, dedicação e motivação.

Obrigada.

Resumo

Introdução: O caminho percorrido e as competências adquiridas, encontram-se descritas no presente relatório e teve por base a temática dos transtornos alimentares. Estima-se que mais de 13% dos adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, vivam com um transtorno mental diagnosticado. Das hospitalizações por transtornos alimentares no Serviço Nacional de Saúde, a maioria terão como causa, a Anorexia Nervosa que, a nível dos transtornos de saúde mental, é a que tem mais expressão a nível da mortalidade.

Objetivos: Descrever o percurso formativo em estágio, refletir sobre as atividades realizadas para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e mapear as intervenções/programas de intervenção para a prevenção da anorexia nervosa/transtornos alimentares na adolescência.

Metodologia: Descritiva e reflexiva, contemplando uma *Scoping Review*, no sentido de mapear as evidências das intervenções/programas para a prevenção da Anorexia Nervosa na adolescência, utilizando o método proposto pelo Joanna Briggs Institute (JBI). A pesquisa incluiu artigos de pesquisa original publicados nas bases de dados MEDLINE e CINAHL através da Plataforma EBSCOhost, e Scopus, entre janeiro de 2019 e julho de 2021, em português, espanhol e inglês. Dois revisores independentes realizaram o processo de análise da relevância, extração e síntese dos dados.

Resultados: Nos três estudos, incluídos na revisão scoping, verificou-se que são vários os programas de intervenção na prevenção da Anorexia Nervosa. Os autores foram unânimes relativamente ao programa baseado em dissonância cognitiva, *“Body Project”*, sendo identificado como tendo os melhores resultados e eficácia na prevenção de transtornos alimentares. Programas como *“Mindfulness”* e programas com efeitos na autoestima, revelaram resultados significativos.

Conclusão: Os resultados expuseram vários programas de prevenção dos transtornos alimentares. Os mais eficazes baseiam-se na dissonância cognitiva. Programas de prevenção mais direcionados para cada tipo de transtorno alimentar, podem oferecer resultados mais consistentes a longo prazo. O Enfermeiro Especialista e outros profissionais de saúde, devem considerar sua atuação na prevenção dos transtornos alimentares.

Palavras Chave

Transtornos Alimentares, anorexia nervosa, prevenção, intervenções

Abstract

Introduction: The path taken and the skills acquired are described in this report and were based on the theme of eating disorders. It is estimated that more than 13% of adolescents aged between 10 and 19 years old live with a diagnosed mental disorder. Of the hospitalizations for eating disorders in the National Health Service, the majority will be caused by Anorexia Nervosa, which, in terms of mental health disorders, is the one that has the greatest expression in terms of mortality.

Objectives: Describe the training course in internship, reflect on the activities carried out for the development of common and specific skills of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health and map the interventions/intervention programs for the prevention of anorexia nervosa/eating disorders in adolescence.

Methodology: Descriptive and reflective, including a Scoping Review, in order to map the evidence of interventions/programs for the prevention of Anorexia Nervosa in adolescence, using the method proposed by the Joanna Briggs Institute (JBI). The search included original research articles published in the MEDLINE and CINAHL databases through the EBSCOhost Platform, and Scopus, between January 2019 and July 2021, in Portuguese, Spanish and English. Two independent reviewers carried out the relevance analysis, data extraction and synthesis process.

Results: In the three studies included in the scoping review, it was found that there are several intervention programs in the prevention of Anorexia Nervosa. The authors were unanimous that the cognitive dissonance-based program, the “Body Project”, was identified as having the best results and effectiveness in preventing eating disorders. Programs such as “Mindfulness” and programs with effects on self-esteem, revealed significant results.

Conclusion: The results exposed several programs to prevent eating disorders. The most effective ones are based on cognitive dissonance. More targeted prevention programs for each type of eating disorder can provide more consistent long-term results. Specialist Nurses and other health professionals should consider their role in preventing eating disorders.

Keywords

Eating Disorders, anorexia, prevention, interventions

Sumário

Lista de Tabelas

Lista de Figuras

Lista de Abreviaturas/Siglas

Introdução23

Parte I – Percurso Formativo em Estágio

1 – Percurso formativo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista 29

1.1 – Estágio de Saúde Infantil e Familiar.....31

1.2 – Estágio de Pediatria40

1.3 – Estágio de Neonatologia52

Parte II – Estudo Empírico

2 - Intervenções para a Prevenção da Anorexia Nervosa na adolescência.....61

2.1 – Metodologia65

2.2 – Seleção de Estudos67

2.3 – Resultados70

2.4 – Discussão76

2.5 – Conclusão.....79

3 – Considerações finais.....81

Referências Bibliográficas83

Anexos91

Anexo I – Guião Visitação Domiciliária ao RN.....93

Anexo II – Formação – Infecções do Trato Urinário 101

Anexo III – Escala de Avaliação da Dor PIPP e Procedimentos Mais Dolorosos..... 121

Anexo IV - Características dos estudos elegíveis..... 125

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos estudos a Analisar	67
Tabela 2 – Estratégia de pesquisa por base de dados e resultados das fontes consultadas	68
Tabela 3 – Características do Estudo 1, incluído na revisão	72
Tabela 4 – Características do Estudo 2, incluído na revisão	73
Tabela 5 – Características do Estudo 3, incluído na revisão	75

Lista de Figuras

Figura 1: Flowchart do processo de seleção e inclusão do estudo.....	69
---	----

Lista de Abreviaturas/Siglas

ADR – Área Dedicada aos Doentes Respiratórios

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CCF – Cuidados Centrados na Família

CHTV – Centro Hospitalar Tondela – Viseu

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DGS – Direção Geral de saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

HEEADSSSSS – Home (casa, família); Education e employment (escola e emprego); Eating (alimentação); Activities (atividades desportivas e de lazer); Drugs (consumos, adição); Sexuality (sexualidade); Suicide (depressão, suicídio, humor); Safety (segurança, acidentes, violência); Sleep (hábitos de sono); Strengths (Qualidades)

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

ICNP – International Classification for Nursing Practice

INE – Instituto Nacional de Estatística

JBI – Joanna Briggs Institute

NIDCAP – Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIPP – Premature Infant Pain Profile

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-Nascido

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

UC – Unidade Curricular

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

Introdução

Este Relatório foi desenvolvido no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Saúde de Viseu e representa o percurso formativo de aprendizagem no decorrer da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia. Esta UC integrada no 2º ano (3º Semestre) tem a duração total de 750 horas e decorreu no período compreendido entre 11 de janeiro e 16 de julho de 2021. O estágio de Saúde Infantil e Familiar decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Dão Lafões. O estágio da Pediatria que decorreu no serviço de Pediatria e por último o estágio de Neonatologia que decorreu na Unidade de Neonatologia, num hospital central da região centro do país.

O presente Relatório tem como propósito documentar o percurso académico realizado durante esta UC, para obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, traduzindo o desenvolvimento, a aquisição e a integração de conhecimentos para a prestação de cuidados especializados, nos diferentes contextos da prática clínica onde foram desenvolvidas as atividades. A temática das intervenções para a prevenção da Anorexia Nervosa é abordada neste Relatório, sendo desenvolvida a prática baseada na evidência em torno da mesma. A pertinência do tema “Intervenções para a prevenção da Anorexia Nervosa na Adolescência – Uma *Scoping Review*” está associado a um processo longo e complexo, que requer uma intervenção especializada de uma equipa multidisciplinar. Os transtornos alimentares são um foco de atenção, sendo pertinente conhecer quais os tipos de intervenções/programas existentes para a sua prevenção com esta *Scoping Review*.

A transição para a parentalidade é um processo acompanhado de transformações na vida dos pais que resultarão em interferências no desenvolvimento das crianças e posteriormente nas suas vidas adultas. Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) cabe o papel de desenvolvimento de estratégias de coping, facilitando a experiência da parentalidade ao proporcionar habilidades, conhecimentos e competências, promovendo a saúde do binómio criança/família e a promoção da saúde antes, durante e no final do evento de mudança/transição, desempenhando um importante papel nesse processo de adaptação à parentalidade.

A parentalidade envolve uma transição para um novo ciclo familiar. Martins et al (2007), referem que se trata de uma transição dramática e intensa, e caso não seja bem sucedida o desenvolvimento emocional e físico da criança pode ficar comprometido. Segundo o CNS (2019), a evidência científica destaca a ligação dos problemas comportamentais das

crianças com fatores como os estilos de parentalidade, a pouca interação entre a criança e família e os problemas de saúde mental dos pais, evidenciando que os fatores parentais interferem no desenvolvimento das perturbações mentais das crianças.

De acordo com um estudo realizado pelo International Journal of Eating Disorders (Eating disorders—Related hospitalizations in Portugal: A nationwide study from 2000 to 2014), as hospitalizações em Portugal por anorexia nervosa, duplicaram. Desde o nascimento à adolescência, surgem momentos de tensão/conflito entre a criança e família nomeadamente com a alimentação, que interferem com o estabelecimento da vinculação e que não sendo bem resolvidos poderão conduzir a um processo de doença mental.

Segundo as Recomendações para a Prática Clínica de Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários (2009, p.14) “Sabe-se muitas vezes que pais impacientes ou ansiosos concentram a sua atenção num dado acontecimento ou sintoma, dando-lhe uma importância excessiva, fortalecendo-o, até se tornar um problema, sem que na maioria das vezes os pais tenham a noção deste seu papel”. Também na adolescência é crucial desenvolver e manter hábitos sociais e emocionais que promovem e protegem a saúde mental. O suporte familiar é de particular importância e funciona como fator protetor. É importante promover uma transição tranquila para a parentalidade assegurando bons cuidados ao Recém-Nascido (RN) e prolongar os cuidados de qualidade ao longo ciclo de vida da criança/família.

Desta forma, este Relatório tem como objetivos:

- Descrever o percurso formativo em Estágio com Relatório Final: estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia;
- Refletir sobre as atividades realizadas para o desenvolvimento de competências comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica;
- Mapear as intervenções/programas de intervenção para a prevenção da Anorexia Nervosa/Transtornos Alimentares na adolescência.

O relatório encontra-se estruturado em duas partes, terminando nas Considerações finais e Referências Bibliográficas. Na primeira parte é realizada a reflexão acerca do caminho desenvolvido para a aquisição das competências comuns ao Enfermeiro Especialista (EE) e específicas ao EESIP. Na segunda parte é desenvolvido o trabalho de investigação seguindo a metodologia de uma Scoping Review com a problemática da Anorexia Nervosa e as intervenções para a prevenção da mesma. As considerações finais espelham as principais conclusões sobre a temática em estudo, realçando a importância da prática clínica na formação profissional.

Para a elaboração, estruturação, organização e apresentação deste Relatório foi utilizado o Guia Orientador de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Viseu (2021), encontrando-se as referências bibliográficas redigidas de acordo com as normas APA, 7ª edição, de 2020.

Parte I – Percorso Formativo em Estágio

1 – Percorso formativo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista

A competência é um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que conduzem a um alto desempenho e “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo” (Fleury & Fleury, 2001, p.188). As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, são a base de todo o desenvolvimento pessoal e profissional. Para os enfermeiros, particularmente para os enfermeiros especialistas a prática baseada na evidência deve ser trabalhada e desenvolvida a par com a assertividade e autoconhecimento. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista, é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p.4744) tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, a dimensão de si e da relação com o outro, estabelecendo relações terapêuticas e multiprofissionais.

Segundo o Regulamento nº140/2019 sobre as competências comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento nº422/2018 sobre as competências específicas, são definidas da seguinte forma:

“Competências comuns” são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria; “Competências específicas”: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Diário da República, 2019, p. 4745).

Deste modo, segue-se a identificação das competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:

- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

- Competências do domínio da gestão dos cuidados:

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

- Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Competências Específicas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica:

E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;

E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;

E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Competência, segundo a OE (2017) é “entendida como um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da acção adquiridas ao longo do tempo (...) um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos”. Para Benner (2001) citada pela OE (2017), a aprendizagem experiencial conduz à perícia profissional (conhecimento

competente e conhecimento de si mesmo) surgindo as competências para a práticas de cuidados.

Neste capítulo será realizada uma breve descrição de cada local de estágio e da duração dos mesmos. Será realizada uma reflexão acerca das atitudes e ações na prática de cuidados, apresentando os objetivos e atividades desenvolvidas no percurso formativo, para atingir os quatro domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O objetivo geral é atingido através de objetivos específicos que são o porquê de fazer, as atividades desenvolvidas que correspondem ao como fazer, e as competências desenvolvidas que são os princípios, ensinamentos, habilidades, atitudes, que ficarão para o futuro na resolução de problemas, prevenção da doença e promoção da saúde no âmbito dos cuidados do EESIP.

Foi definido como *objetivo geral* desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e comunicacionais, comuns ao EE e específicas ao ESIP, para a conceção, a gestão e prestação de cuidados de enfermagem especializados com segurança, qualidade e excelência, em resposta às necessidades da criança, jovem e família. Os objetivos específicos estão descritos em cada campo de estágio.

1.1 – Estágio de Saúde Infantil e Familiar

O estágio do âmbito da Saúde Infantil e Familiar, decorreu de 11 de janeiro a 19 de fevereiro numa Unidade de Saúde Familiar (USF), pertencente ao ACES Dão Lafões. O Decreto-Lei nº28/2008, de 22 de fevereiro, deu corpo à reforma dos cuidados de saúde primários, na reorganização dos Centros de Saúde em Agrupamentos de centros de Saúde (ACES). Estes serviços de saúde possuem autonomia administrativa e são constituídos por várias unidades funcionais para garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica, de forma equitativa. O ACES Dão Lafões visa garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área de influência, com ganhos em saúde. Essa área corresponde aos concelhos de Aguiar da Beira, Carregal do Sal, Castro Daire, Mangualde, Nelas, Oliveira de Frades, Penalva do Castelo, Santa Comba Dão, São Pedro do Sul, Sátão, Tondela, Vila Nova de Paiva, Viseu e Vouzela. Tem como valores a ética e responsabilidade social, a humanização, eficácia, eficiência e efetividade, qualidade, trabalho em equipa, orientação para os resultados e inovação.

Relativamente à USF, a sua missão prende-se com a prestação de cuidados de saúde globais, personalizados e adequados às famílias inscritas na USF, de forma a satisfazer as

suas necessidades, colocando-as 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. Valoriza a competência e profissionalismo, a dedicação, responsabilidade, igualdade e imparcialidade, o respeito, legalidade, o serviço público e a integridade. A equipa é constituída por médicos, enfermeiros, secretários clínicos e internos, para dar resposta às necessidades de 18287 utentes inscritos, à data de 01/2021. As áreas de intervenção são as seguintes: Diabetes e pé diabético; Hipertensão arterial; Saúde infantil e juvenil; Saúde materna; Saúde da mulher; Doenças oncológicas; Vacinação; Cantinho da amamentação; Medidas terapêuticas; Hipocoagulados; Formação interna; Higiene e segurança no trabalho; Atendimento/acessibilidade; Gestão de stocks; Melhoria contínua da qualidade; Domicílios.

No âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a USF integra a consulta de Saúde Infantil e Juvenil, e o PNV (Programa Nacional de Vacinação). A consulta de Saúde Infantil e Juvenil é marcada de acordo com as orientações do calendário de vigilância preconizado pela DGS e é realizada pela equipa médico/enfermeiro. Destina-se à vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença das crianças e jovens com idade inferior a 18 anos.

O atual Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), entrou em vigor a 1 de junho de 2013 e vem substituir o Programa-tipo de atuação em Saúde Infantil e Juvenil de 2005. Como principais alterações estão: a alteração na cronologia das consultas referentes a idades-chave da vigilância; a adoção das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS); e o novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos. A vigilância da Saúde Infantil e Juvenil tem como objetivos: apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais; identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência; promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação das crianças e dos jovens; sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias; detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente; prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades; estimular a opção, sempre que possível, por comportamentos promotores de saúde e avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar os dados obtidos, nos suportes próprios.

Como *objetivos específicos* do Estágio de Saúde Infantil e Familiar, foram definidos os seguintes:

- Manter uma atitude zelosa e ética, de empenho no desenvolvimento profissional e envolvimento no trabalho em equipa multiprofissional, na área de Saúde Infantil e Familiar (O1);
- Desenvolver habilidades comunicacionais/relacionais com a criança/família em situações de doença(O2);
- Desenvolver competências na aplicação de atividades promotoras do desenvolvimento das crianças/adolescentes (O3);
- Realizar a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil seguindo os princípios do PNSIJ (O4);
- Desenvolver competências inerentes à promoção da saúde na área de desenvolvimento infantil em cuidados de saúde primários (O5);
- Identificar atempadamente problemas e orientar para uma intervenção precoce (O6);
- Transmitir orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial do desenvolvimento infantil (O7);
- Promover as competências parentais na promoção da saúde do RN, criança e família (O8);
- Assistir nas intervenções de promoção, prevenção, recuperação e capacitação da saúde da criança/adolescente, família e comunidade (O9);
- Fundamentar os cuidados de enfermagem à criança e família com a evidência científica para uma prática de qualidade (O10);
- Capacitar os pais nos cuidados prestados (O11);
- Refletir sobre a importância dos cuidados centrados no desenvolvimento e da parceria para o desenvolvimento da parentalidade (O12);
- Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (O13);
- Refletir sobre as competências potencializadas ao longo do estágio (O14);

Após a apresentação e integração no serviço, iniciaram-se atividades no âmbito da Saúde Infantil e Familiar. A consulta de enfermagem vai permitir ao enfermeiro elaborar um diagnóstico e planos de cuidados, avaliar os cuidados prestados e reformular as intervenções de enfermagem de acordo com os problemas identificados. Nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil foram desenvolvidas competências na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) e atingido um dos objetivos específicos (O4) propostos. Nesta consulta seguiram-se os princípios do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) da DGS (2013), que serve como documento orientador de vigilância da saúde física e mental das crianças até aos 18 anos.

Este programa estabeleceu a cronologia das consultas referentes a idades chave de vigilância, no sentido de vigiar o crescimento, desenvolvimento, promover a saúde e prevenir a doença. Para além disso, tem como objetivo a deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e tenham possibilidade de ser corrigidas. Em todas as consultas são avaliadas as preocupações dos pais/crianças, intercorrências desde a consulta anterior, hábitos alimentares, de exercício, ocupação de tempos livres e o cumprimento do calendário vacinal de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (PNV). A consulta de Saúde Infantil e Juvenil, na USF, funciona todos os dias, mas cada equipa médico/enfermeiro de família elegeu um dia específico para o atendimento de um maior número de crianças. *As consultas seguem as seguintes etapas:* planeamento e organização, acolhimento, exploração, observação, avaliação de parâmetros, cuidados antecipatórios e a fase final de conclusão e reflexão. Antes das consultas foi realizado o planeamento e organizado o espaço físico, como por exemplo, a arrumação, privacidade e higienização das mãos garantindo um ambiente terapêutico e seguro (B3). Foi revista a história clínica com a consulta do processo e do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BISJ). De seguida foi realizado o acolhimento da criança/jovem e familiar que acompanha. Após a contextualização da consulta são questionados acerca da existência de intercorrências desde a última consulta, dúvidas e preocupações dos pais e criança (etapa da exploração). Em cuidados de saúde primários, o EESIP pode avaliar adequadamente o desenvolvimento de uma criança através de uma observação, desde o momento em que a criança e a família entram na sala de consulta, até que saem, e, muito particularmente, durante a conversa com os pais/cuidadores e com a aplicação da escala Mary Sheridan Modificada (DGS, 2013). Foi desenvolvido o saber estar e uma comunicação efetiva (O2), neste contexto. Procurou-se demonstrar uma atitude zelosa, comunicando de forma eficaz e adequada, no sentido de favorecer o estabelecimento de uma relação empática (O1). Esteve-se atento às questões e dúvidas colocadas e observou-se o aspeto geral da criança e a interação com os pais (etapa da observação). No decorrer da consulta foram avaliados os parâmetros antropométricos, o desenvolvimento psicomotor, os sinais vitais e comportamentos no sentido de avaliar capacidades e habilidades. As questões/dúvidas colocadas foram esclarecidas e valorizadas. Informaram-se e ensinaram-se os pais e crianças na promoção do desenvolvimento, de forma a que cada criança atinja o máximo das suas potencialidades (DGS, 2013), pondo em prática cuidados antecipatórios (O7). A consulta de Enfermagem precede a consulta médica e para além da avaliação dos parâmetros antropométricos e do desenvolvimento, foram promovidos os cuidados antecipatórios acerca de comportamentos promotores de saúde e de esclarecimento de dúvidas, de acordo com o manual de Saúde Infantil da USF e o PNSIJ (DGS, 2013). A consulta pretende vigiar o crescimento e desenvolvimento da criança, desde o nascimento até aos 18 anos, promovendo a saúde e prevenindo a doença. No caso dos

adolescentes, os cuidados antecipatórios envolvem a entrevista ao adolescente que segue o acrónimo HEEADSSSSS (home, education, eating, activities, drugs, sleep, sexuality, suicide, security, support). É avaliada também a dinâmica do crescimento e desenvolvimento, de acordo com a evolução das curvas de crescimento, a Escala Mary Sheridan e o cumprimento do calendário vacinal do Programa Nacional de Vacinação (PNV) (DGS, 2020). São também avaliados a frequência e adaptação ao infantário, ama e escola, os hábitos alimentares, prática de atividades desportivas ou culturais e ocupação de tempos livres. As observações dos profissionais de saúde e dos pais ficam registadas no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ). No Boletim de Saúde Infantil e Juvenil encontra-se o calendário das consultas de acompanhamento, o calendário de vacinação, informação sobre o desenvolvimento da criança e conselhos para os pais e, a partir de certa idade, para a própria criança/jovem. O BSIJ é distribuído a cada criança ao nascer. Contém informação sobre o próprio e sempre que a criança/jovem tenha contacto com os serviços de saúde (consulta, urgência, internamento) deve ser portadora deste Boletim. Daí ser importante o registo de informações relevantes por parte dos profissionais de saúde e pais. Registrar os valores estatoponderais e observações pertinentes no BSIJ, permitiu avaliar se os parâmetros de desenvolvimento se encontram dentro dos parâmetros considerados normais ou se os parâmetros de desenvolvimento são de risco. É importante não esquecer que os limites dos parâmetros normais são muito amplos (DGS, 2013) dado que há crianças não atingem esses parâmetros nas mesmas idades, ou seja, o desenvolvimento tem a mesma sequência, mas o ritmo varia. O desenvolvimento deve ser encarado como um processo flexível, dinâmico e contínuo. Após um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) entre 1997 e 2003, foram publicadas as curvas de crescimento que passam a constituir um instrumento para a monitorização do estado de nutrição e crescimento de crianças e de adolescentes e adotadas pelo PNSIJ. As curvas de crescimento são atualmente consideradas as mais adequadas para avaliar o crescimento. Em Portugal, desde 1981 que são utilizadas curvas de crescimento, mas as primeiras correspondiam às do National Centre for Health and Statistics (NCHS), periodicamente atualizadas, que foram substituídas pelas da Center for Diseases Control and Prevention (CDC). Estas curvas que serviram como referência para o crescimento das crianças em Portugal e noutros países, foram criadas por estas entidades, com base em estudos que envolveram apenas crianças norte-americanas. No início de 2005 foi incluída a última versão das curvas, tendo sido substituídas pelas do índice de massa corporal por se considerarem as mais adequadas até então, à correcta vigilância do estado nutricional de cada criança. No PNSIJ de 2013 são adotadas as curvas de crescimento e avaliação de estado nutricional da OMS. Houve nestas situações uma mobilização do conhecimento do crescimento e desenvolvimento humano, tendo baseado a praxis clínica especializada em evidência científica (D2). É um dos momentos de observação onde se podem identificar casos

onde é necessário mobilizar recursos para a identificação precoce, intervenção e referenciação da criança para outros profissionais de saúde, no sentido de prevenir a doença e promover o crescimento e o desenvolvimento adequados (O3). O desenvolvimento dentro de parâmetros normais, é considerado como um elemento fundamental que poderá interferir na saúde da população. Foram implementadas ações para estimular e promover o desenvolvimento (O5), tais como as de informação e ensino aos pais, para que cada criança possa atingir o máximo das suas potencialidades, prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem(E3). No BSIJ, é possível encontrar informações que poderão ser também importantes como a identificação de alguma consulta de especialidade. Para a avaliação do crescimento e desenvolvimento foi também aplicada a Escala de Avaliação de Mary Sheridan modificada em bebés e crianças até aos 5 anos. Foram avaliados os seguintes parâmetros: Postura e Motricidade Global; Visão e Motricidade Fina; Audição e Linguagem; Comportamento e Adaptação Social. Para além da verificação das competências adquiridas, foram tidos em atenção os sinais de alarme de alterações do crescimento e desenvolvimento, visando a deteção e encaminhamento precoces.

Em todas as consultas foi verificado o Boletim de Vacinas e aproveitadas as oportunidades para o cumprimento do calendário vacinal. Para a DGS, compete aos profissionais de saúde divulgar o Programa Nacional de Vacinação (PNV). Foi permitido nestas situações garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1). O PNV foi criado em 1965 com vista a vacinar o maior número de pessoas, o mais precocemente possível com as vacinas mais adequadas, de forma duradoura para uma proteção individual sendo uma mais valia para a Saúde Pública (DGS, 2020). Tem como princípios básicos a universalidade (todas as pessoas de Portugal com indicação para vacinação), a gratuitidade, acessibilidade, equidade e aproveitamento de todas as oportunidades de vacinação. O PNV é coordenado pela DGS, mas gerido autonomamente a nível regional e local. As instituições que colaboram com a DGS na governação do PNV são: Administrações Regionais de Saúde, Agrupamentos de Centros de Saúde, Unidades Locais de Saúde e Hospitais, Serviços Partilhados do Ministério de Saúde, E.P.E., Administração Central do Sistema de Saúde, Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. A atualização do Programa Nacional de Vacinação, aprovada pelo Despacho n.º 12434/2019 do Secretário de Estado da Saúde, de 6 de dezembro de 2019 e publicado no Diário da República, 2ª série, nº 250, de 30 de dezembro de 2019, entrou em vigor em outubro de 2020. A presente Norma substitui, em outubro de 2020, o PNV 2017 (Norma nº 16/2016 de 16/12/2016, atualizada em 31/07/2017). O Programa Nacional de Vacinação é avaliado

anualmente, com monitorizações semestrais. Ainda durante o estágio houve a oportunidade da verificação dos critérios de elegibilidade de vacinação com BCG numa criança que iria para Moçambique. Durante a vacinação, várias vezes realizada, procurou-se gerir a dor com intervenções não farmacológicas como a distração e comunicando com técnicas apropriadas à idade de cada criança.

Nas etapas finais da consulta é revisto o plano acordado, próxima consulta e o cumprimento de despedida e realizada uma reflexão crítica. São várias as oportunidades nestas consultas para ensinamentos para a promoção da saúde infantil (O9) e vários os momentos oportunos para incentivar hábitos de vida saudáveis. Os pais foram envolvidos nos cuidados, estabelecida uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde com partilhas de conhecimentos (O3) e participação ativa de todos os parceiros (O8). Também no PNSIJ é definido que apoiar e estimular o papel parental, promovendo o bem-estar da família, é uma função do profissional de Saúde Infantil assistindo a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1). De acordo com a OE (2015), a parentalidade pode conduzir à promoção e otimização da saúde das crianças ou prejudicar o desenvolvimento físico e emocional, propiciando problemas sociais e de saúde no futuro. O EESIP tem a responsabilidade de promover a adaptação dos pais a esta realidade proporcionando o desenvolvimento das crianças num ambiente seguro e harmonioso. Os pais são para os seus filhos, os melhores cuidadores e ao EESIP cabe o papel de estabelecer uma parceria de cuidados, envolvendo e negociando com os pais o processo do cuidar, promover e adequar a parentalidade. Em Portugal, nos Cuidados de Saúde Primários, surge em 2014, o Enfermeiro de Família que “assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (Diário da República, 2014, p.4070). Com o enfermeiro de família, a força e capacidade da família é reconhecida e valorizada na prestação de cuidados (O12), reforçada pelos cuidados prestados na capacitação e empoderamento da família, fortalecendo assim, a saúde da pessoa no contexto familiar. Na capacitação e empoderamento, o enfermeiro desenvolve na família, habilidades e competências (O11) para propiciar um desenvolvimento harmonioso, dentro de parâmetros normais, para uma vida adulta saudável (O3). Para Linda Franck, na conferência da Fundação Infantil Ronald McDonald (2019) “A prestação de cuidados centrados na família (family-centered care) é uma filosofia e um modelo”. A família, a casa, a escola e a sociedade, são contextos que compõem e onde ocorre a parentalidade, definindo uma cultura (Valente, 2020). Fazemos parte de uma realidade dinâmica e em constante mudança. Fatores e determinantes que antes tinham pouca influência, ou que não eram levados em consideração, fazem emergir novas doenças. É imprescindível que mães, pais, professores e profissionais de saúde, atuem com responsabilidade em todos os espaços

percorridos pelas crianças e adolescentes (Valente, 2020). Está descrito pela DGS (2006) que funcionam como fatores protetores no desenvolvimento saudável da criança, os fatores parentais (por exemplo, a capacidade parental para responder de forma empática e sensível à criança e de a ajudar a expressar sentimentos), fatores comunitários (por exemplo a promoção da saúde mental, nos jardins de infância e nas escolas), e fatores sociais (por exemplo, políticas promotoras de cuidados de alta qualidade para as crianças). Em 2013 a DGS, no PNSIJ, estima que 10 a 20% das crianças venham a ter problemas de saúde mental e que se torna prioritária a implementação de estratégias preventivas. De acordo com a Unicef (2021), estima-se que mais de 13 por cento dos adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, vivem com um transtorno mental diagnosticado. Isso representa 86 milhões de adolescentes de 15 a 19 anos e 80 milhões de adolescentes dos 10 aos 14 anos. Ansiedade e depressão correspondem a cerca de 40 por cento dos transtornos mentais diagnosticados, e os restantes, a transtornos alimentares, perturbações de hiperatividade e défice de atenção, autismo, esquizofrenia e um grupo de transtornos de personalidade (Unicef, 2021). A consulta de saúde Infantil e Juvenil é um momento oportuno para identificar, avaliar, intervir e orientar nestes problemas.

A consulta ao RN é mais um momento de observação da criança e promoção da amamentação. Na primeira consulta ao RN foi incentivada a amamentação e a vinculação. Durante esta consulta, foi incentivada a colocação do RN à mama, no sentido de observar e orientar a técnica da mamada e promover a vinculação. A teoria da vinculação foi desenvolvida por John Bowlby em 1950. De acordo com esta teoria, a relação de vinculação poderá ser compreendida na medida em que o adulto seja capaz de garantir um ambiente seguro a um ser que procura proteção e que a percebe no outro que considera mais forte e mais apto. A vinculação segura proporciona à criança uma maior disponibilidade de fazer mais aprendizagens, uma vez que se sente segura. A realização desta consulta é um momento onde a observação da mãe, do pai e da interação com a criança, é propício a orientações antecipatórias aos pais nos cuidados ao RN, acerca da alimentação, amamentação, do sono, da segurança, de cuidados com o cordão umbilical e de esclarecimento de dúvidas/receios. Foram acrescentados neste percurso de desenvolvimento os objetivos sete, oito e quatorze. Um vínculo seguro e confiável, depende do constante cuidados e atenção por parte dos pais ou cuidadores ao longo da vida. Perante eventos stressantes ou de perda, o vínculo seguro e a resiliência, são determinantes para a gestão positiva desses mesmos eventos (Valente, 2020).

É descrito pela DGS (2006) que a “consistência e a constância dos cuidados parentais à criança, a adequada interação pais-criança e a vinculação segura da criança aos pais, são factores cruciais para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussões ao longo de todo o seu ciclo de vida” (p.4). De acordo com a OE (2000), ao EESIP cabe a

promoção da saúde de cada criança e suporte à família na otimização da saúde. Para isso, a sua atividade é desenvolvida em todos os contextos da criança/família e tem como foco este binómio, operando em parceria e desenvolvendo ações de acordo com o modelo dos CCF. O enfermeiro de família considera a família como unidade de cuidados. O papel do enfermeiro de família é reconhecido e contribui para a promoção da saúde individual, familiar e coletiva, gerindo os cuidados no sentido da promoção da saúde do indivíduo no contexto familiar e em todos os contextos da comunidade (Diário da República, 2014). Ao compreender o funcionamento da família, com intervenções locais, poderá praticar cuidados de qualidade, dirigidos às suas exigências e singularidades. Foi proposta a elaboração de um Guião da Visita Domiciliária ao RN que teve grande receptividade por parte da equipa (Anexo I). Conhecer o contexto e condições de vida da criança/família é importante na visita domiciliária permitindo a maximização da saúde, deteção precoce de doenças e situações de risco. Pereira (2012) citando Carvalho e Tavares (2010) refere que a visita domiciliária de enfermagem é importante para assegurar uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domicílio. Deste modo elaborou-se o Guião englobando conceitos como o Ciclo Vital Familiar de Duvall, escalas de Avaliação de Risco Familiar de Segovia-Dreyer e Garcia – Gonzalez, condições habitacionais e vinculação (O10). Para Hockenberry et al. (2018), as intervenções adequadas na família, são determinadas pelos conhecimentos do enfermeiro e de como avalia o lar. A visita domiciliária é uma oportunidade de avaliar e interagir com a família, no seu ambiente, que irá determinar cuidados individualizados e permitir planear intervenções para a promoção das competências parentais e facilitação da relação pais-filhos. Colaborou-se desta forma num projeto de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, desenvolvendo a competência do domínio da melhoria contínua da qualidade (B1), garantindo um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, e desenvolvendo práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2).

De forma a contribuir na gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional(O12), desenvolveram-se atividades relacionadas com a gestão de recursos humanos e materiais. Conceitos como eficiência, eficácia e efetividade dão um contributo prático e indispensável para o atingir dos objetivos da instituição, nomeadamente os indicadores de saúde. De acordo com o Plano Nacional de Saúde (2011 – 2016, com extensão a 2020) os indicadores de saúde são agrupados em quatro grupos de indicadores: Determinantes de Saúde, Estado de Saúde, Desempenho do Sistema de Saúde e Contexto. Os indicadores de Saúde contribuem para a identificação de lacunas na saúde da população ou grupos específicos. São também importantes no planear de estratégias de saúde e gestão do sistema de saúde. Colaborou-se

na gestão de cuidados de enfermagem orientados para a prática, com qualidade e segurança. Utilizaram-se estratégias de motivação da equipa para um bom desempenho e um ambiente positivo e favorável na mesma (O13). Foi também permitido desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista do domínio da gestão de cuidados gerindo os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1), e a adaptação da liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).

Ao longo deste ensino clínico foi desenvolvido o autoconhecimento, a assertividade e prestados cuidados com segurança e competência (O14), com recurso à Enfermeira orientadora sempre que surgiram dúvidas. Foram desenvolvidas competências na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, estado nutricional, na promoção da parentalidade, capacitação, empoderamento e motivação da família, que conduzem ao desenvolvimento das competências parentais, logo no desempenho do papel parental. As competências parentais são essenciais para um ambiente adequado à saúde mental. Contribuiu-se no crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança/jovem, com cuidados antecipatórios no sentido da sua maximização e promotores de um desenvolvimento saudável.

1.2 – Estágio de Pediatria

O estágio do âmbito da Pediatria, decorreu de 26 de abril a 4 de junho no serviço de Pediatria de um Centro Hospitalar da região centro, com dois dias de observação numa Unidade de Pediatria pertencente a uma instituição da mesma região. O serviço de Pediatria Internamento presta assistência às crianças e adolescentes (dos 28 dias aos 18 anos) tendo em conta a Declaração dos Direitos da Criança e a Carta da Criança Hospitalizada (Leidin, 1988), de forma a minimizar os efeitos negativos do internamento. Os cuidados são prestados com uma equipa multidisciplinar na procura da qualidade técnico-científica e humana e em parceria com os pais das crianças/adolescentes. O serviço tem como missão a prestação de cuidados a crianças e adolescentes em três áreas de atuação: prevenção, tratamento e reabilitação. Procura ainda a redução do tempo de internamento e privilegia o acompanhamento das crianças pelos seus progenitores. Abrange as seguintes valências: pediatria médica, cirurgia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ginecologia, neurocirurgia, pedopsiquiatria e outras subespecialidades.

Como recursos humanos fazem parte o Enfermeiro Chefe, enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, uma enfermeira Especialista em Reabilitação, uma Enfermeira Especialista em Médico-cirúrgica e enfermeiros de cuidados gerais. Para além de

enfermagem fazem parte da equipa médicos, Assistentes Operacionais, uma Educadora, duas Professoras e Administrativas (duas Secretárias de Unidade e uma Secretária de Direção). Anteriormente à pandemia, o serviço era organizado no sector da infância(1ºsetor), no sector da adolescência (2ºsetor) e no Ambulatório (Hospital de Dia médico e cirúrgico). Após a pandemia o serviço foi reestruturado e tendo sido necessário implementar a área Covid, com quartos para suspeitos de Covid 19 e quartos para a ADR (Área Dedicada aos Doentes Respiratórios) que se situam no primeiro setor. O Ambulatório e 2ºsector são organizados consoante o número de crianças internadas e patologias. Nos primeiros meses de pandemia, o ambulatório cessou a atividade, mas neste momento já funciona todos os dias da semana.

Para além da zona de internamento, o serviço dispõe de uma sala de tratamentos em cada setor, de sala de preparação de terapêutica, sala de registos de Enfermagem, Copa de Leites, um refeitório, de uma sala de reuniões, gabinetes médicos, um Clube de Jovens para os mais crescidos e de uma Sala de Brincar para os mais novos.

As crianças e adolescentes são internados através da Consulta Externa, Urgência Pediátrica, através de internamentos programados, em regime de Hospital Dia ou com proveniência de outras unidades do Hospital ou mesmo de outro Hospital. Cada criança/adolescente tem direito a uma acompanhante 24 horas por dia, salvo determinadas patologias e com consentimento dos pais.

Como *objetivos específicos* do estágio de Pediatria, foram definidos os seguintes:

- Manter uma atitude zelosa e ética, de empenho no desenvolvimento profissional e envolvimento no trabalho em equipa multiprofissional, na área de Pediatria (O1);
- Desenvolver competências na aplicação de atividades promotoras do desenvolvimento das crianças/adolescentes (O2);
- Transmitir orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial do desenvolvimento infantil (O3);
- Desenvolver habilidades comunicacionais/relacionais com a criança/família em situações de doença (O4);
- Realizar formação na prática clínica (O5);
- Refletir sobre a importância dos cuidados centrados no desenvolvimento e da parceria para o desenvolvimento da parentalidade (O6);
- Fundamentar os cuidados de enfermagem à criança e família com a evidência científica para uma prática de qualidade (O7);
- Capacitar os pais nos cuidados prestados (O8);

- Participar na gestão dos recursos e cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (O9);
- Refletir sobre as competências potencializadas ao longo do estágio (O10);

No decorrer deste estágio, foram desenvolvidas competências comuns ao Enfermeiro Especialista e Específicas ao Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediátrica, através de atividades desenvolvidas para o atingir dos objetivos propostos.

O internamento de Pediatria é muito rico em experiências e oportunidades de desenvolvimento profissional e pessoal. A hospitalização de uma criança ou adolescente envolve alterações emocionais da parte dos mesmos, da família (pais, irmãos, cuidadores, avós, por exemplo) e da parte dos profissionais de saúde, que para além do gerenciar das suas próprias emoções devem desenvolver intervenções destinadas às crianças/adolescentes e família no sentido de diminuir as emoções negativas e proporcionar estratégias para diminuir o impacto da hospitalização. De acordo com Douppnik (2017), foram evidenciadas em estudos, estratégias que ajudam a diminuir o afastamento do ambiente familiar, como a comunicação eficaz, a informação adequada, envolvimento, participação e empatia por parte dos profissionais de saúde. A promoção de um ambiente positivo e favorável à prática dos cuidados em parceria, é sempre um objetivo e atividade desenvolvida desde a entrada de uma criança/adolescente e seu familiar até à data da sua alta. Os cuidados de enfermagem envolvem o estabelecimento de uma comunicação efetiva com intervenções nos domínios do envolvimento, capacitação, participação, negociação e parceria dos cuidados. Cuidados estes articulados com equidade, flexibilidade e dinâmica respeitando crenças, valores e valorização do contributo dos cuidados dos pais, prestados aos filhos (OE, 2017). A comunicação é uma competência necessária para cuidar. Cuidar em enfermagem é um meio de comunicação (Watson, 2003) que conduz ao desenvolvimento da relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa de quem cuida, tornando o processo de doença e hospitalização menos negativo. Comunicar de forma eficaz, facilita o desenvolvimento de uma boa relação enfermeiro, criança e família, criando confiança. Comunicou-se com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento, e, culturalmente sensíveis (E3.3), desenvolvendo habilidades comunicacionais/relacionais com a criança/família em situações de doença (O4). A comunicação verbal e não verbal implica congruência, deve ser oportuna, clara e apropriada à situação (Hockenberry et al., 2018). Todo o processo de relacionamento entre enfermeiro e criança/família é humanizado utilizando como instrumento a comunicação gerindo as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda (D1.1.2). Comunicar em saúde implica motivar as pessoas para adotarem comportamentos de saúde, não desistirem de tratamentos/medicação, influenciar

as decisões no sentido da promoção da sua saúde e é fundamental na integração do ser pessoa com o ser profissional (Negreiros, 2010). Tanto em patologias da área de ortopedia, como de cirurgia a patologias respiratórias, comunicar é essencial para a parceria de cuidados na capacitação como deambular em canadianas ou mesmo a aprendizagem da administração de terapêutica através da câmara expansora (realização de puffs) e cuidados com a mesma. Em crianças/adolescentes com patologias como por exemplo a Diabetes tipo 1, cujas oportunidades foram várias, é fundamental a comunicação que se estabelece, pois, vai determinar a adaptação das crianças/adolescentes e família à doença e a sua capacitação para a gestão da nova situação. De acordo com o Guia orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010), o enfermeiro deve potenciar a relação empática e flexível entre pais e filhos e a sua prática deve ser orientada nas respostas às necessidades da criança. No regulamento das CEEESIP (OE, 2018, p.19192) é evidenciado que são “áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil”. Daí que o EESIP preste cuidados de nível avançado que englobam entre outros, “a avaliação da família e a resposta às suas necessidades específicas, nomeadamente no que respeita à sua adaptação às mudanças na saúde e na dinâmica familiar” (OE, 2018, p.19192). Meleis (2010) realça a contribuição única de enfermagem na facilitação da transição em direção à saúde, e refere que nenhuma outra disciplina necessita tanto de uma base de conhecimento para o desenvolvimento de competências, tanto na pessoa doente como na família, para que as transições sejam bem-sucedidas. É importante que o EESIP identifique as necessidades das crianças/adolescentes, mas também as necessidades e capacidades dos pais. No momento da hospitalização, a ansiedade, o medo e dor devem ser foco de atenção por parte do EESIP, no sentido de promover mecanismos de coping na criança/jovem e envolver a família em todo o processo (Hockenberry & Winkelstein, 2006, Hockenberry et al., 2018). Para Lerwick (2016) o objetivo dos profissionais de saúde deve ser capacitar as pessoas nas suas experiências de hospitalizações. A capacitação dos pais nos cuidados prestados foi uma intervenção realizada e adaptada, respeitando a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e individual (O4). A parceria de cuidados valoriza a importância da família nos cuidados à criança. Relaciona-se com o planejar, a negociação e o envolvimento dos pais nos cuidados à criança/adolescentes (OE, 2012). Ramos and Barbieri-Figueiredo (2020) identificam vantagens para os pais, criança e enfermeiros, na parceria de cuidados. De entre essas vantagens estão, para a criança, segurança, para os pais competências para o cuidado após a alta, e para os enfermeiros mais perceção do meio familiar e da criança permitindo cuidados individualizados, adequados às suas necessidades. Desta forma, procura-se diminuir os efeitos negativos da hospitalização, proporcionar a capacitação e empoderamento dos

familiares, reduzindo nos mesmos sentimentos de incapacidade e culpa ao mesmo tempo que se promovem comportamentos de saúde. Foi sempre uma preocupação a abordagem realizada nas admissões, adequada à criança/família e à situação ou tipo de patologia, pois a partir desse momento vai-se construir a relação de parceria com os pais. Mano (2002) cita Casey dizendo que o momento de admissão é determinante na relação do cuidar entre enfermeiros e pais. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2017), “é necessário que se capacite e disponibilize o suporte necessário” aos pais “para dotá-los de competências para a gestão proficiente nos cuidados aos seus filhos, visando a sua autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada em diferentes domínios do percurso assistencial. Os profissionais capacitam as famílias ao criarem oportunidades para desempenharem as suas funções e manifestarem ou adquirirem capacidades e competências para o cuidado à criança. Com o empoderamento, é instituída uma interação positiva entre os profissionais e a família de forma a que esta mantenha ou adquira um senso de controlo sobre a situação e sejam capazes de reconhecer ganhos pela adoção de comportamentos adequados e assertivos (Hockenberry et al., 2018). Para parcerias efetivas é importante o estabelecimento de relações terapêuticas de colaboração, confiança e segurança, onde a comunicação, a escuta, o respeito pela diferenças e individualidade e uma atitude positiva dos enfermeiros, assumem um papel determinante. Intervenções que respeitem preferências e prioridades da família, o reconhecimento das capacidades familiares, a negociação dos cuidados, a avaliação das suas necessidades, o apoio contínuo, são elementos presentes no Modelo de Parceria de cuidados de Anne Casey (OE, 2011). No modelo de cuidados em parceria, desenvolvido por Casey em 1988, os pais são um contributo significativo nos cuidados à criança com o apoio de enfermagem. Os cinco aspetos desta teoria da enfermagem são a criança, a família, a saúde, o ambiente e a enfermeira. A família é considerada como elemento essencial nos cuidados. O modelo de Cuidados Centrados na Família (CCF) descreve que quando a força e capacidade da família é reconhecida, enaltecida e valorizada na prestação de cuidados, reforçada pela capacitação e empoderamento da família, dois conceitos básicos desta filosofia, surgem melhores resultados na saúde (OE, 2015). O cuidado centrado na família tem uma importância particular nas famílias de crianças com necessidades especiais (Hockenberry et al., 2018). As famílias assumem responsabilidades adicionais no suporte aos cuidados de saúde dos seus filhos. Os cuidados centrados na família reconhecem que a mesma é uma constante na vida das crianças e que os pais são os melhores cuidadores dos filhos, tornando-se especialistas nesses cuidados (Hockenberry et al., 2018). O EESIP reconhece que os pais são os primeiros prestadores de cuidados dos filhos (OE, 2011) e, portanto, deve ser capacitada e envolvida nos cuidados, formando-se parcerias no cuidar (Hockenberry et al., 2018). Ao longo do estágio foram frequentes situações de capacitação e negociação da família, no processo de cuidar facilitando o desenvolvimento parental de

competências para a gestão dos cuidados (O8), como por exemplo, administração de medicação e da alimentação por sonda nasogástrica numa criança com necessidades especiais. Para Hockenberry et al. (2018), o enfermeiro que tenha como referência um modelo de capacitação para a ajuda, proporciona aos pais, habilidades e ferramentas para cuidar dos filhos e promove o desenvolvimento e funcionamento da família. Foi assim possível desenvolver as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na implementação e gestão em parceria, de um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E1.1) e promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (E2.5). Foram vários os reinternamentos de crianças com Diabetes tipo 1, por descompensação devido a falta de cumprimento do regime terapêutico. Nestes casos, por exemplo, foi desenvolvida a colaboração na implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem e negociando a participação da criança/adolescente e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar (O2). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017), o EESIP na procura da excelência do seu exercício profissional deve atingir níveis elevados de satisfação da criança com a parceria de cuidados com os pais. Todas as oportunidades foram aproveitadas para a avaliação de conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde e posteriormente adequadas e transmitidas orientações antecipatórias às famílias, para a maximização do desenvolvimento infantil (O3). Foram monitorizados e avaliados conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.

O crescimento e desenvolvimento de uma criança vai influenciar a fase adulta da mesma. Vários fatores influenciam positiva e negativamente esse crescimento e desenvolvimento. A hospitalização é um evento que requer atenção dos profissionais de saúde para que não se torne numa vivência negativa (Ferreira et al., 2020). É também descrito pela Ordem dos Enfermeiros (2015) que o desenvolvimento físico e emocional da criança/adolescente pode afetar no futuro, a sua condição de saúde e nível social. Pedroso (2017) refere também que o processo de hospitalização pode ser menos negativo ao permitirem o acompanhamento da criança. No serviço de Pediatria é permitido um acompanhante 24 horas por dia. Ao ser permitido um acompanhante é possível obter ganhos, quer na colaboração nos tratamentos, na diminuição dos sentimentos negativos, como no diminuir da ausência da família, ambiente, meio escolar, amigos, proporcionando um maior sentimento de segurança e tranquilidade (Pედroso, 2017). É importante o EESIP observar e reduzir estes fatores geradores de stress na criança/jovem e família pois potenciam ainda mais stress e desconforto em todos e em todas as situações como por exemplo,

procedimentos que sejam necessários realizar. Proporcionar um ambiente fortalecedor diminui significativamente o risco de traumas induzidos por cuidados de saúde e outros efeitos psicológicos indesejáveis de tratamentos.

A maioria dos medos das crianças que recorrem ao hospital, estão relacionados com a dor resultantes da doença e das intervenções necessárias para a sua recuperação. Aos enfermeiros cabe o papel ético e o dever que valoriza o Cuidar em Enfermagem na prevenção e alívio da dor na criança, respeitando-se a filosofia dos cuidados não traumáticos. O cuidado não traumático envolve um conjunto de intervenções para a prevenção, diagnóstico, tratamento ou alívio do sofrimento físico ou psicológico (Hockenberry et al., 2018). Na Carta da Criança Hospitalizada (1988) “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”. A hospitalização pode retardar ou restringir o desenvolvimento (Diogo et al., 2015). O enfermeiro deve recorrer a estratégias de humanização e cuidados não traumáticos, promovendo um ambiente seguro e afetuoso, ao gerir emoções e ao construir uma relação de ajuda (Diogo, 2015). As vertentes humana e holística da prática de enfermagem, exigem a conjugação de saberes teóricos e formais, e ainda de competências afetivas (O4). No decorrer deste estágio mobilizaram-se conhecimentos relacionados com as temáticas das técnicas farmacológicas e não farmacológicas na prevenção da dor em procedimentos invasivos/dolorosos, como punções venosas, fraturas, testes para a pesquisa do SARS COV 2 fazendo a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as suas respostas (E2.2.). A gestão dos medos da criança está inerente à intervenção terapêutica de enfermagem, identificando problemas, desenvolvendo estratégias para a resolução dos mesmos e distinguir novas estratégias de coping das crianças/família (Hockenberry et al., 2018). O EESIP garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor (E2.2.2.) e aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (E2.2.3.). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017), cabe ao enfermeiro o “rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, que visem a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (E2.2.). Os enfermeiros vão ajudar, através de estratégias confortantes, calmas e de lazer, tais como a distração, o jogo e a música, e também do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor, na gestão dos medos da criança. Ao privilegiarem o envolvimento e a presença dos pais no processo de cuidados, minimizam o desconforto e o sofrimento físico e emocional. A presença da família facilita a aceitação dos procedimentos e minimiza os fatores de stress dos procedimentos e da hospitalização (Diogo et al., 2015). Foram desenvolvidas várias ações e atitudes, aquando procedimentos como punções venosas, pensos, análises, avaliações de glicémias capilares, ou seja, aquando procedimentos dolorosos. Foi tido em consideração o desenvolvimento

cognitivo e idade da criança, informou-se de forma clara, simples e exata acerca do que se ia passar, sendo honesta, negociou-se com os pais a sua presença (a sua presença dá segurança à criança) e forma de estar (a ansiedade dos pais potencializa o medo e ansiedade da criança). Para além disto procurou-se que de alguma forma a criança assumisse algum controle sobre os procedimentos, utilizando o elogio e fundamentalmente a brincadeira. O mundo do imaginário auxilia na consolidação de um ambiente seguro e afetuoso, juntamente com a relação do cuidar (Diogo et al., 2015). O brincar, ao fazer parte da vida da criança, é uma estratégia essencial que deve ser aplicada na hospitalização, com resultados na minimização da ansiedade da criança e na construção das interações e atitudes positivas, concedendo à criança a possibilidade de fazer escolhas (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Foi também prestada muita atenção tanto ao discurso verbal como não verbal (postura e atitude positiva). São estratégias presentes no Guia Orientador da Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança (OE, 2013). Estas estratégias conduzem ao sucesso dos cuidados tanto para o profissional de saúde como para a criança/adolescente e família. São oportunidades que levaram à reflexão sobre a importância da parceria de cuidados e dos cuidados centrados no desenvolvimento (O6) e potencializando a aquisição das competências específicas do EESIP. Tanto no internamento como nos cuidados prestados no Hospital de Dia, todas estas estratégias são fundamentais porque tudo se processa de uma forma muito rápida. Mas aqui existe um fator que é eficaz na redução da ansiedade em relação aos procedimentos. Este fator é a preparação psicológica e educativa. Nos dias de cirurgia, quando esta preparação é realizada os níveis de ansiedade são menores tanto nos pais como nas crianças/adolescentes e tudo corre pelo melhor. Num estudo realizado por Meletti et al. (2019), as intervenções não farmacológicas como a presença dos pais, a brincadeira e as preparações psicológicas e educativas pré-operatórias apresentam vantagens em relação a, por exemplo, ansiolíticos (O7). É referido ainda que a preparação psicológica apresenta bons resultados não só nos níveis de ansiedade pré-operatória como também na recuperação após a cirurgia.

Uma oportunidade de estágio enriquecedora e motivadora neste percurso profissional está relacionada com a gestão de cuidados desenvolvendo a competência comum ao Enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados (C1 e C2). A Enfermeira orientadora passou a Enfermeira responsável pela gestão do serviço permitindo a participação na gestão dos recursos e cuidados (O9), otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Foram várias as situações de decisão ao nível dos cuidados onde foi fundamental a otimização dos recursos humanos e materiais às necessidades dos cuidados, garantindo a segurança e qualidade e adequando o estilo de liderança ao local de trabalho.

Um desafio na Pediatria é a adolescência. Tão importante como a comunicação é o saber ouvir. Das variadas patologias no internamento, cada vez mais surgem patologias do foro psiquiátrico como Ideação Suicida, Anorexia Nervosa, Depressão ou Crises de Ansiedade. Nestes casos, a comunicação determina o estabelecimento de uma relação de confiança com o profissional de saúde e é fundamental a disponibilidade, empatia e assertividade. A empatia, a assertividade, uma atitude positiva, segura e confortável, constituem fatores importantes para uma comunicação eficaz, que conduz ao desenvolvimento de competências pessoais e sociais, permitindo ao enfermeiro a construção de relações sólidas (Hockenberry et al., 2018). O desenvolvimento saudável contribui para prevenir problemas de saúde mental que podem resultar num aumento de consumos, como por exemplo álcool e substâncias ilícitas, comportamentos desadequados ou mesmo abandono escolar (WHO, 2017). Teixeira (2020) refere que a saúde mental na infância e adolescência se repercute na vida adulta e menciona que os problemas do sofrimento dos adolescentes, como ansiedade, transtornos alimentares, comportamentos agressivos, resultam muitas vezes em tentativas de suicídio. É necessário saber lidar com a adolescência e entender o porquê dos seus comportamentos, percebendo o seu estágio de desenvolvimento uma vez que é um período onde predominam transformações cognitivas, comportamentais e emocionais. Compreender a adolescência e lidar com os adolescentes foi um dos maiores desafios, mas com o passar dos anos e com pesquisas e formações realizadas na área da adolescência entrou-se neste mundo imenso de dúvidas, perguntas, imagem, alterações hormonais, físicas, pensamentos abstratos, autonomia, identidade, cheia de desafios para os adolescentes e para os pais. A gestão das intervenções, foram efetuadas de acordo com as suas necessidades individuais capacitando-os, ao mesmo tempo que se proporcionou a capacitação dos pais com competências parentais nesta fase conturbada (O8). O EESIP pode intervir no planejar de ações, orientar e promover atividades que promovam bem-estar físico e mental (Teixeira et al., 2020). O diálogo é muito importante no estabelecimento de uma relação terapêutica. Segundo o CNS (2019), o desenvolvimento de intervenções e capacitação na parentalidade na primeira infância, podem prevenir os fatores ambientais parentais que conduzem a perturbações da saúde mental nas crianças. De acordo com a WHO (2017) os profissionais de saúde devem ter competências nas relações com adolescentes no sentido da deteção precoce de problemas de saúde mental assim como para o aconselhamento e encaminhamento adequados. Problemas como ansiedade, depressão, transtornos alimentares e comportamentos de risco podem ser prevenidos com competências pessoais como autoconfiança, autoestima, resiliência e competências sociais (WHO, 2017). Para a WHO, os recursos pessoais como a resiliência, e as competências sociais estão relacionadas com a saúde mental positiva. É necessário então, intervir no desenvolvimento de competências parentais, tanto na vinculação, na capacitação e empoderamento parentais

como na construção do seu papel como pais e conseqüentemente criação de ambientes seguros e protetores (O6). No sentido de prevenir conseqüências na vida futura, é necessário “prestar um cuidado integral ao adolescente” (Teixeira et al., 2020, p.3), com foco no problema que se repercute de forma negativa na sua vida. Para uma abordagem eficaz, eficiente e efetiva é necessário a intervenção de uma equipa multidisciplinar que intervém de forma consciente, eficientemente, através de uma relação interdisciplinar. A abordagem interdisciplinar está patente na Unidade de Pediatria num hospital privado da região centro, onde foi realizado um estágio de observação integrado no estágio de pediatria. No decorrer do mesmo foi permitida a reflexão sobre uma equipa multidisciplinar, o trabalho interdisciplinar realizado e a mais valia de incluir na equipa um EESIP. Inicia-se por apresentar os serviços, a equipa e as consultas realizadas.

A Unidade de Pediatria dedica-se à saúde das crianças e adolescentes, visando o seu bem-estar físico, psíquico e social. É constituída pelas consultas de vigilância de Saúde Infantil, consultas de urgência e as consultas programadas para avaliação de determinado sinal ou sintoma. O Corpo Clínico é composto por Pediatras, Pedopsiquiatra, Nutricionista, Psicólogas, Psicomotricionista, Terapeuta da Fala, Osteopata e Terapeutas Ocupacionais. A Unidade é constituída pelos seguintes serviços e respetivas consultas:

- Centro do Bebé – Apoio à Parentalidade: Consulta de Pediatria Pré-Natal; Consulta de Pediatria; Consulta de Psicologia; Consulta de Pedopsiquiatria; Consulta de Apoio à Amamentação; Consulta de Nutrição; Consulta do Sono, Choro e Comportamento do Bebé - Sessão do Bebé; Consulta de Osteopatia; Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade; Curso de Massagem Infantil; Yoga para grávidas; Yoga no pós-parto; Yoga Baby.

- Centro do Adolescente: Consulta de Medicina do Adolescente; Consulta de Pedopsiquiatria; Consulta de Psicologia; Consulta de Nutrição; Consulta de Osteopatia; Sessão de Psicomotricidade; Aula de Yoga.

- Centro do Neurodesenvolvimento: Avaliações diagnósticas; Intervenção Terapêutica Especializada; Consulta de Desenvolvimento, de Pedopsiquiatria, de Psicologia, de Osteopatia; Sessão de Psicomotricidade; Sessão de Terapia da Fala; Sessão de Terapia Ocupacional; Aula de Yoga.

A consulta de vigilância de saúde infantil tem como objetivos: avaliar o crescimento e desenvolvimento; estimular a opção por comportamentos saudáveis; promover o aleitamento materno, a vacinação e a saúde oral; prevenir acidentes, perturbações emocionais e do comportamento, detetar precocemente e orientar situações patológicas; apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar da família.

Foi possível assistir a consultas de diferentes áreas na Unidade de Pediatria, face ao interesse demonstrado, como de pedopsiquiatria, psicomotricidade e de Pediatria. É uma unidade que vigia o crescimento e o desenvolvimento infantil, dá aconselhamento técnico e apoia todos os membros da família neste processo, assegurando aos pais que estes têm as ferramentas necessárias para criarem e educarem os seus filhos, permitindo-lhes viver a parentalidade, com sentimento de confiança e competência. Foi possível refletir sobre a parceria para o desenvolvimento da parentalidade e sobre os cuidados centrados no desenvolvimento, um dos objetivos propostos, e fundamentar cuidados de enfermagem à criança e família, com evidência científica para uma prática de qualidade. Nas consultas de Pediatria, é concebido tempo e oportunidade para o esclarecimento de questões, dúvidas por parte dos pais, cuidados antecipatórios e prevenção de acidentes.

Na consulta de Pedopsiquiatria, assistiu-se à promoção da saúde mental das crianças e dos seus cuidadores e promoção da parentalidade positiva. São vários os fatores e circunstâncias que potenciam perturbações na criança e adolescente. Nesta consulta são ouvidas as preocupações dos pais e da criança/adolescente, identificados comportamentos desajustados, evidenciado o papel dos pais no desenvolvimento dos filhos, e realizada intervenção na prevenção. O foco da pedopsiquiatria é o diagnóstico, tratamento e posterior acompanhamento da criança e do jovem, perante um quadro de distúrbios emocionais, comportamentais e do neurodesenvolvimento.

A psicomotricidade utiliza o corpo como instrumento para tornar consciente a causa da problemática diagnosticada e na Saúde Mental assume um carácter preventivo e terapêutico para perturbações psicopatológicas como perturbações do comportamento alimentar. Figueira and Freitas (2017) concluem que com a intervenção psicomotora é possível organizar e dar sentido a muitas expressões corporais desajustadas e citam Branco (2010): “Entendo que quando a vida de uma criança lhe não permitiu ter uma vivência conveniente do corpo, do espaço e dos conflitos, temos de a ajudar a sentir-se, a deslocar-se, a contar as suas histórias” (p. 52). Esses comportamentos desajustados vão resultar num aumento do risco de desenvolvimento de problemas de saúde mental. Assistir à intervenção da psicomotricionista onde são notórios os progressos comportamentais de uma criança, é realmente fantástico. O que leva a uma reflexão sobre equipas, trabalho em equipa multidisciplinar e interdisciplinariedade. Nesta unidade é possível observar o trabalho em equipa multidisciplinar e interdisciplinar, mas onde carecem os cuidados de enfermagem especializados. São realizadas reuniões frequentes com todos os elementos da equipa onde são discutidos os casos clínicos e decididas as orientações a seguir, opções de tratamento e promoção da saúde. Segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2008-2021) interdisciplinar significa “Que implica relações entre várias disciplinas ou áreas de

conhecimento”. Ou seja, implica um processo que liga as disciplinas. Para Serra (2018), falar em interdisciplinaridade em saúde é um desafio ainda inexistente, embora se fale sobre o assunto há anos. Isto porque é necessário que os profissionais das equipas multidisciplinares possuam características como “flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis” (Serra, 2018). Nesta unidade é possível observar esse trabalho permitindo um cuidado mais humanizado elevando a qualidade e melhores resultados nos tratamentos.

Tudo isto possibilitou o desenvolver da praxis clínica especializada em evidência científica(D2), possuindo conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada (D2.3.1) e foram rentabilizadas as oportunidades de aprendizagem (D2.3.3.).

Foi solicitada a realização de uma formação para a melhoria da prática clínica (O5), o que permitiu atingir outro dos objetivos propostos no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade com o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2) mobilizando conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade (B1.1) A formação realizada diz respeito aos métodos de colheita de urina para esclarecimento do diagnóstico nas Infecções do Trato Urinário (Anexo II) sendo facilitadora da aprendizagem, em contexto de trabalho e suportando a prática clínica em evidência científica. A infecção do trato urinário é uma das infecções bacterianas mais frequentes na idade pediátrica e ao mesmo tempo o diagnóstico de ITU em pediatria pode ser difícil, principalmente na primeira infância. O agravamento do estado clínico da criança e repercussões no prognóstico a longo prazo, são resultados de atrasos no diagnóstico e no tratamento (DGS, 2012). Apresentou-se uma formação onde se identificavam os fatores de risco que levam ao diagnóstico de uma infecção do trato urinário na criança/adolescente e os métodos de colheita de urina, presentes na norma da DGS – Diagnóstico e Tratamento da Infecção do Trato Urinário em Idade Pediátrica. Para um tratamento precoce, a melhoria do estado clínico do doente e um bom prognóstico é fundamental dispor de testes rápidos para rastreio de ITU em pediatria. Apresentou-se o Uricult porque de entre outras vantagens oferece resultados rápidos em 16-24 horas para mais informações sobre o estado clínico (O7).

A maioria das crianças/adolescentes quando são questionados acerca de um episódio de cuidado, começam por se lembrar de como se sentiram, não do que foi feito ou como foi feito (Lerwick, 2016). Lidar com os medos associados à hospitalização cria desafios a nível das emoções, daí que os enfermeiros devem em primeiro lugar, regular as suas próprias emoções para conseguirem desenvolver as competências emocionais na capacitação emocional da criança/adolescentes e família (Diogo et al., 2015). A deteção precoce e devido

encaminhamento de situações que podem afetar negativamente a qualidade de vida da criança/jovem, os cuidados antecipatórios à família, a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à sua saúde, foram focos de atuação. Ao se estar integrado na equipa, desenvolveu-se a questão da consciência enquanto pessoa e enfermeira, ou seja, o desenvolvimento das competências pessoais. Tem sido uma experiência motivadora e incentivante neste percurso ao sentir que tanto como pessoa, como profissional se possui mais segurança e confiança no desempenho (O10). Manteve-se sempre uma atitude zelosa e ética (O1) ao longo desta caminhada, com o apoio e exemplo da enfermeira tutora, excelente profissional, motivada e dedicada.

1.3 – Estágio de Neonatologia

O estágio de Neonatologia decorreu de 7 de junho a 15 de julho de 2021 numa Unidade de Neonatologia de um Centro Hospitalar da região centro. O serviço de Neonatologia localiza-se entre o Serviço de Internamento de Pediatria e a Urgência Pediátrica. A Sala de Partos encontra-se logo a seguir à Urgência Pediátrica. É uma unidade fechada com restrições de visitas e horários das mesmas e uso de vestuário apropriado, devido à pandemia. Antes da pandemia eram permitidas visitas dos avós e irmãos, mas agora apenas é permitida a visita do pai. Os RNs internados nesta unidade são provenientes dos serviços de Urgência Obstétrica e Ginecológica, Obstetrícia, Urgência Pediátrica, Consultas Externas e por transferência de outros hospitais. O serviço tem como lotação 12 leitos, no entanto este número pode ser ultrapassado de acordo com as necessidades. A equipa de Enfermagem é composta por um Enfermeiro chefe e enfermeiros, alguns dos quais com a Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica.

A idade alvo é desde as 32 semanas de gestação, até aos 28 dias de idade podendo esta ser alargada, dependendo da patologia do RN. Como patologias mais frequentes estão presentes a prematuridade, SDR, risco infeccioso, Hiper bilirrubinemia, taquipneia transitória do RN, bronquiolite, malformações congénitas, asfixias, toxoplasmose, sépsis, má evolução ponderal, atraso de crescimento intra-uterino e infeção.

O serviço de Neonatologia tem como objetivos os seguintes: assegurar a prestação de cuidados diferenciados aos RNs nascidos nesta instituição e aos RNs de alto risco de outros hospitais; melhorar a taxa de morbilidade e mortalidade no distrito; promover a saúde do RN na família e comunidade; rentabilizar os meios técnicos e humanos ao dispor.

Cerca de 15 milhões de bebés nascem antes do tempo, por ano, no mundo, de acordo com um estudo da OMS (2018), ou seja, 1 em cada 10 bebés nasce prematuro (<37

semanas). Este número tem aumentado com o decorrer dos anos, com uma taxa de 5 a 18%, em 184 países. Em Portugal, segundo o INE (2019) a taxa corresponde a 8,1%, exigindo por isso do EESIP competências para o cuidado em situações complexas, tendo como alvo o binómio criança/família e estando capacitado para a antecipação e resposta na sua atuação, proporcionando cuidados promotores e facilitadores do desenvolvimento assim como da dinâmica familiar.

Como *objetivos específicos* do estágio de Neonatologia foram definidos os seguintes:

- Manter uma atitude zelosa e ética, de empenho no desenvolvimento profissional e envolvimento no trabalho em equipa multiprofissional, na área de Neonatologia(O1);
- Desenvolver e aprofundar competências de EESIP na prestação de cuidados ao RN prematuro e/ou em situação de doença e sua família (O2);
- Promover a parceria de cuidados na prestação de cuidados ao RN prematuro e/ou em situação de doença e sua família (O3);
- Promover a parentalidade nos pais de RN prematuros/doentes e sua capacitação (O4);
- Promover o contato pele a pele entre os pais e o RN (O5);
- Refletir sobre as competências potencializadas ao longo do estágio (O6);

No decorrer do estágio de Neonatologia para atingir os objetivos propostos, e desenvolver as competências comuns ao Enfermeiro Especialista e específicas ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, foram desenvolvidas várias atividades. Ao participar nos cuidados ao RN houve a oportunidade de promover o desenvolvimento do RN pré-termo/doente através do conforto, cuidados de higiene, posicionamentos adequados, alimentação, prevenção/controle da dor, minimização do ruído e luz (O2). Foram mobilizados conhecimentos acerca do NIDCAP. Desenvolvido por Als na década de 80, é um programa de abordagem ao RN centrado na família e baseado em evidências para cuidados promotores e protetores do desenvolvimento do RN prematuro. Dada a imaturidades dos seus órgãos, eles requerem cuidados especializados. Mais de 50% das crianças nascidas prematuras apresentam dificuldades de aprendizagem, déficits de atenção, problemas de comportamento, problemas emocionais e escolares (Nidcap Federation International, 2021). Constante (2017) refere que os RNs prematuros, devido à imaturidade dos seus sistemas, possuem um risco de morbilidade neonatal e de sequelas no neurodesenvolvimento. A morbilidade neonatal e as sequelas no neurodesenvolvimento são tanto maiores quanto menor for a idade gestacional, devido à imaturidade dos seus sistemas orgânicos (McAnulty & Als 2011). O RN prematuro tem o seu ambiente alterado e em vez do útero da mãe, passa a um ambiente de cuidados intensivos em incubadoras, separados dos pais, sujeitos a toques dolorosos de muitas mãos. A prematuridade retira dos RNs três ambientes seguros: o colo do pai, o útero materno e o grupo familiar. O objetivo da abordagem do NIDCAP é fornecer cuidado

individualizado centrado no desenvolvimento e na família (McAnulty & Als 2011), ou seja, melhorar a longo prazo as consequências da prematuridade na criança e família. Coughlin (2016) identifica que o tipo de resposta individual ao stress e a forma como a informação do ambiente é processada no RN prematuro, vão determinar mudanças no sistema nervoso. De acordo com Constante (2017) é evidenciado que o RN submetido ao programa NIDCAP mostra melhor regulação dos sistemas neurovegetativo, motor e de autorregulação. Também em estudos de seguimento de ex prematuros, aos 8 e 9 anos revelam um melhor desempenho no processamento integrativo no domínio visuoespacial e superioridade na função executiva no grupo submetido ao NIDCAP assim como melhor desempenho de controlo mental e atenção. O programa NIDCAP baseia-se na leitura dos comportamentos do RN antes, durante e após procedimentos permitindo observar e determinar que intervenções provocam comportamentos de aproximação. É elaborado assim um plano de cuidados holístico com a parceria dos pais. Os cuidados ao RN são agrupados e têm como foco a redução do nível sonoro e de luminosidade, reflexão sobre a pertinência e necessidade da realização de alguns procedimentos invasivos e os períodos de alerta são aproveitados para a prestação de cuidados e encorajador das interações sociais, particularmente com os pais. Ainda o posicionamento da criança na incubadora, deve preservar a posição natural em flexão, promovendo a estabilização motora e vegetativa. Durante as intervenções ao recém-nascido a contenção, a sucção, os aconchegos e ninhos, constituem um contributo valioso (McAnulty & Als 2011). Os pais são ensinados relativamente aos sinais comportamentais do recém-nascido, e são incentivados à participação ativa nos cuidados desenvolvimentais (O3), nomeadamente o contacto pele com pele, estimulação táctil e/ou massagem (Nidcap Federation International, 2021). É importante reconhecer os períodos de alerta e de stress exibidos pelo RN prematuro no sentido de planear os cuidados tendo em conta a resposta do RN na otimização e organização do seu desenvolvimento evitando a sobrecarga e incapacidade na gestão dos estímulos (Hockenberry et al, 2018). No decorrer do estágio foi possível aplicar estas estratégias implementando intervenções na promoção das competências do RN, das competências parentais, do contacto físico dos pais com o RN (O5), na promoção da amamentação e na redução da separação/ distanciamento emocional dos pais.

Quando os pais entram numa unidade de cuidados intensivos experienciam um role de emoções e sentimentos que muitas vezes comparam a um carrocel e a separação da díade RN/pais, compromete e é acompanhada de um afastamento emocional tanto do RN relativamente aos pais, como dos pais ao RN. Na redução desta separação são importantes os cuidados centrados na família e cabe ao EESIP no seu exercício profissional, o desenvolvimento destes cuidados com foco nas interações e processos de comunicação

efetiva tendo em conta o envolvimento, parceria de cuidados, capacitação, empowerment e negociação de cuidados (OE, 2017). Sendo o vínculo materno iniciado antes da concepção, na gravidez e firmado no contato mãe/RN no período neonatal, a separação física com o internamento numa unidade de cuidados intensivos, prejudica a vinculação e o assumir do seu papel parental (Hockenberry et al, 2018). A transição e adaptação á parentalidade é encorajada quando os pais participam nos cuidados, de forma negociada, tornando-os mais confiantes no seu papel e onde a comunicação assume muita importância, de forma a evitar conflitos, más interpretações e falta de confiança (OE,2015). A informação deve ser clara, exata, sincera e eficaz. Segundo a OE (2015) a informação e a validação da mesma com os pais são fundamentais para a adaptação e organização dos pais à hospitalização do seu filho e negociação dos seus papéis nos cuidados. A comunicação e informação contribuem para a identificação dos conhecimentos dos pais na procura de estratégias para intervenções mais eficazes/facilitadoras na adaptação à parentalidade e parceria nos cuidados. Ao mesmo tempo a decisão dos pais relativamente ao seu envolvimento depende da informação que lhes é transmitida. Na relação enfermeiro/pais deve predominar a partilha de conhecimentos e o proporcionar de experiências nos cuidados aos seus filhos. Desta forma visa-se a capacitação na tomada de decisão informada e na sua autonomia na promoção da parentalidade nos pais de RN prematuros/doentes e sua capacitação(O4).

Foram várias as oportunidades de intervenção onde se atuou com base nos pressupostos até aqui descritos. Cuidou-se de RNs prematuros com necessidade de ventilação não invasiva devido à sua imaturidade pulmonar, com hiperbilirrubinemia, com patologias do foro respiratório, com atraso de crescimento intra-uterino e sépsis, desenvolvendo e aprofundando competências do EESIP na prestação de cuidados ao RN prematuro e/ou em situação de doença e sua família (O2). Assim que um RN dá entrada na unidade, após a sua estabilização, são integrados os pais explicando-lhes as normas e funcionamento da unidade. Devido à pandemia, as visitas foram ainda mais restritas, apenas a mãe acompanha nas 24 horas e o pai visita por curto período da tarde. Caso a mãe esteja internada na obstetrícia e não tenha possibilidade de ver o seu filho na Neonatologia, essa integração é realizada quando ela o visita pela primeira vez. Enquanto a mãe está internada no serviço de Obstetrícia, caso a mãe o deseje, é incentivada a retirar leite materno nesse serviço, e, após a alta, no serviço de Neonatologia, utilizando os equipamentos existentes. São explicados à mãe os procedimentos de recolha, armazenamento e transporte do leite materno. São explicados às mães o funcionamento da Neonatologia, o objetivo dos aparelhos ligados aos seus filhos, os procedimentos necessários, o seu papel na recuperação e são repetidas estas informações as vezes necessárias devido à ansiedade das mães.

Assim que a situação clínica do RN nascido possibilite, as mães são incentivadas a participar nos cuidados promovendo não só a vinculação como a parceria de cuidados. São sempre aproveitadas as oportunidades para a transmissão de orientações antecipatórias aos pais. Foi possível desenvolver atividades como o planejamento e participação na prestação de cuidados ao RN, estabelecendo uma relação de parceria com a família e promovendo a prática do método Canguru e toque terapêutico como por exemplo a massagem (O3 Promover a parceria de cuidados na prestação de cuidados ao RN prematuro e/ou em situação de doença e sua família). Desde o mudar a fralda, à colocação do termómetro, ao correto posicionamento do seu filho, à redução do ruído, redução da luz com a colocação de uma coberta na incubadora, ao chamar o filho pelo seu nome e conversar com ele de forma suave, evitar interromper os ciclos de sono, os pais colaboram nos cuidados desenvolvendo competências e segurança no cuidar. Ao EESIP cabe monitorizar e supervisionar os sinais comportamentais e fisiológicos de organização, estabilidade e bem-estar do RN durante as manipulações, ajustando intervenções (Hockenberry et al., 2018). Segundo a DGS (2012) os RNs têm dor e guardam memória da mesma assim como conduz a consequências a longo prazo, se não for tratada. Hockenberry et al. (2018) referem que vários estudos acerca dos RNs documentam respostas fisiológicas a estímulos dolorosos. Irritabilidade, vômitos, aumento do estado de vigília, perda de interesse e de sucção são efeitos da dor. Tanto do ponto de vista ético como do ponto de vista do neurodesenvolvimento, um dos indicadores de qualidade da prestação de cuidados ao RN é o controlo eficaz da dor. No decorrer das intervenções ao RN, foram propiciadas estratégias farmacológicas (como a sucrose) e não farmacológicas (como o posicionamento, a redução de estímulos ambientais, o conforto tátil). Foi proposto pela orientadora de estágio a aplicação da escala da dor PIPP (Premature Infant Pain Profile), sendo uma escala desenvolvida especialmente para RNs prematuros (Hockenberry et al., 2018) e útil para a avaliação da dor em procedimentos (DGS, 2010), que se encontra no Anexo III. Segundo Cruz (2020) como procedimentos mais dolorosos terapêuticos estão: acessos vasculares centrais/cateterismos; inserção de drenos (Torácico); cuidados a feridas; inserção de sondas (naso/orogástrica, vesical); injeção intramuscular e subcutânea; laserterapia para retinopatia; cateterização venosa periférica; remoção de adesivo; remoção de sutura; Intubação endotraqueal; aspiração de secreções. Como procedimentos mais dolorosos de diagnóstico estão: punção do calcanhar; punção lombar; punção suprapúbica; punção venosa e arterial e exame ocular. Como premissa dos cuidados relativamente à dor está a antecipação. Avaliar, prevenir e tratar a dor constitui uma prioridade (DGS, 2012). A avaliação da eficácia das intervenções efetuadas faz parte do processo de gestão da resposta do RN à dor. A DGS (2012) considera critérios de boa prática a utilização de protocolos de atuação atualizados no controlo da dor neonatal, a avaliação sistemática da dor com recurso a escalas adequadas, a avaliação, prevenção e controlo da dor, redução e

agrupamento de procedimentos e implementação de medidas ambientais no sentido da diminuição do stress do RN.

Uma das formas de reduzir o stress dos RNs prematuros é o contato pele a pele entre a mãe/pai e o RN – método canguru (Hockenberry et al., 2018). Segundo a DGS (2012, p.9), este método corresponde a uma “intervenção multissensorial que envolve o tato, o olfato, a estimulação vestibular e o reconhecimento auditivo”. Sendo seguro e efetivo apresenta vantagens para o RN e para a mãe. Para além da melhoria do crescimento e o desenvolvimento do RN, melhora a regulação da temperatura corporal através do mecanismo de condução da temperatura do adulto, diminui a variação da frequência cardíaca e respiratória, melhora a oxigenação e promove a regulação do sono-vigília. Ou seja, melhora comportamentos de autorregulação (Hockenberry et al., 2018). Para a mãe, promove a vinculação, aumenta a produção de leite e melhora o seu bem-estar emocional e psicológico. Sempre que a situação clínica o permitisse promoveu-se o contato pele a pele com as mães dos RNs (O5).

Nunes e Mota (2017) referem que, segundo várias investigações, a qualidade de relação emocional da díade pais/criança, contribui para um desenvolvimento emocional equilibrado na adolescência, no desenvolvimento positivo da autoestima, empatia, assertividade, conduzindo à aquisição de competências sociais. Segundo os mesmos autores a qualidade da vinculação com os pais pode contribuir para um desenvolvimento mais regulado e a vinculação segura pode funcionar como fator protetor na adolescência. A autoestima é um alicerce que está associado à resiliência e ambos presentes na saúde mental. O futuro de uma criança está ligado ao modo como constrói o conceito de si mesma. Este conceito é construído nas interações com seus pais (Sopezki & Vaz, 2008). Para Sopezki e Vaz (2008) intervenções com foco nas relações parentais devem ser desenvolvidas desde a primeira infância, nomeadamente do RN, no sentido de proporcionar um desenvolvimento saudável da autoestima, com consequências na idade adulta. Consideram que sendo a autoestima um fator presente na saúde mental, crianças estimuladas no desenvolvimento das suas habilidades e competências, têm mais possibilidades de uma autoestima adequada. A vida dos filhos é determinada pela tarefa de ser pai ou mãe (OE, 2015). Quando o enfermeiro proporciona todas as condições para o contato entre pais e filhos, respeitando as suas diferenças individuais, está a influenciar o vínculo pais/filhos de forma positiva (OE, 2012). Sendo os pais os melhores cuidadores dos seus filhos, segundo Anne Casey, os enfermeiros planeiam cuidados com a promoção do envolvimento dos pais, de forma negociada, tendo em conta a fase do processo saúde/doença no sentido do desenvolvimento do papel parental (OE, 2012). A transição para a parentalidade envolve múltiplos sentimentos, pressões, habilidades, capacidades e, apesar de toda a preparação que poderá ser realizada, os pais

não estão completamente preparados para as necessidades constantes do RN (Hockenberry et al, 2018). Questões que podem influenciar positiva e negativamente a ligação pais/RN devem ser incluídas nas intervenções de enfermagem no sentido do desenvolvimento da primeira etapa da parentalidade que corresponde à inclusão/integração do RN na família (OE, 2015).

Desenvolveram-se assim competências específicas ao EESIP desde o cuidar do RN e família em situações de especial complexidade e na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança (O6). Foram ainda desenvolvidas competências comuns ao Enfermeiro Especialista, zelando por uma conduta profissional e ética no trabalho e na equipa, gerindo respostas de adaptabilidade individual e organizacional e na capacidade de autoconhecimento e assertividade. Optimizou-se o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, garantindo um ambiente terapêutico e seguro (O1). Mobilizaram-se conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade e baseou-se a prática em evidência científica, prestando cuidados seguros e competentes.

Parte II- Estudio Empírico

2 – Intervenções para a prevenção da Anorexia Nervosa na adolescência

A adolescência está compreendida entre os *10 e os 19 anos completos* e a proteção dos fatores de risco e a promoção da saúde mental são essenciais para o seu crescimento e bem-estar durante a adolescência e para sua saúde física e mental na idade adulta (WHO, 2020). Metade de todos os transtornos mentais na idade adulta começam aos 14 anos, mas a maioria dos casos não são detectados e tratados (WHO, 2021). O desenvolvimento de habilidades socioemocionais em crianças e adolescentes e o apoio psicossocial pode ajudar na promoção da saúde mental (WHO, 2021).

Para o OMS no Plano de Ação de Saúde Mental (2013-2020), a saúde é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (p.7). A saúde mental é parte integrante da definição de saúde e que permite que as pessoas contribuam na sociedade, saibam gerir o stress do dia a dia, e desenvolvam as suas potencialidades. Apesar de ser reconhecido que a saúde mental é importante, ainda existe um longo caminho a ser percorrido (OMS, 2013-2020), onde os fatores determinantes necessitam de ser abordados por estratégias que envolvam a promoção, prevenção e tratamento. A saúde mental na adolescência é um dos períodos determinado por múltiplos fatores e onde o suporte familiar funciona como fator protetor. A evidência científica demonstra que existem fatores ambientais parentais que conduzem a perturbações de saúde mental nas crianças (CNS, 2016-2020). Parentalidade é definida pela CIPE (2019) como: “assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”. A parentalidade é considerada um processo de transição no ciclo vital. O processo de transição e adaptação à parentalidade pode ter interferências na relação pais/filhos (OE,2015). É referido pela OE (2015) que existe uma grande probabilidade da parentalidade ser a questão mais significativa de saúde pública. No Relatório mundial da Unicef, sobre saúde mental, de 2021, é referido que, de entre os fatores protetores da saúde mental das crianças, como por exemplo os ambientes escolares seguros e relações positivas entre pares, está a parentalidade (Unicef, 2021).

No relatório do CNS (2016-2020) é evidenciado que a parentalidade é influenciada desde o período da gravidez. Período este de vulnerabilidades especialmente na grávida. Se existir deteção e intervenção antecipada e adequadas, é possível evitar impactos negativos na saúde mental dos pais, família e crianças. A transição para a parentalidade constitui um

marco que tem efeitos nas Perturbações de Comportamento das crianças. A transição para a parentalidade é um momento que pode ter repercussões no desenvolvimento do bebê (CNS, 2019). Sendo os pais os melhores cuidadores dos filhos (OE, 2011), os enfermeiros devem desenvolver competências que permitam a aquisição de capacidades, habilidades, conhecimentos, por parte dos pais, permitindo-lhes responder de forma adequadas às necessidades dos seus filhos nas várias fases de transição do ciclo vital. Meleis (2010) considera que, no atendimento das necessidades e mudanças da criança/jovem e família quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os melhores cuidadores na transmissão de competências que lhes permite lidarem melhor com essas transições.

Uma das estratégias presentes no Plano de Ação em Saúde Mental da OMS (2013-2020) consiste na intervenção precoce, na infância e adolescência, de problemas comportamentais e emocionais com a identificação, prevenção e tratamento dos mesmos. Neste plano, nos grupos com foco particular de atenção, encontram-se os pais que estão na fase de transição pré-natal, os pais de adolescentes ou os pais com problemas de saúde mental. Isto porque as perturbações comportamentais são a resposta mais frequente das crianças aos fatores ambientais parentais. Apesar dos estudos sobre a relação da Saúde Mental e a Parentalidade, estes são ainda inconsistentes, mas existem certezas entre os problemas comportamentais das crianças e a saúde mental dos pais (CNS, 2019). No prefácio do relatório mundial sobre saúde mental da Unicef, “A Situação Mundial da Infância 2021 – Na minha Mente: promover, proteger e cuidar da saúde mental das crianças”, é referido pela diretora executiva, Henrietta H. Fore, que quando ignoramos a saúde mental das crianças, minimizamos as suas capacidades para aprender, trabalhar, construir relacionamentos significativos e contribuir para o mundo (Unicef, 2021). E quando ignoramos a saúde mental dos pais e cuidadores, falhamos na capacitação e emponderamento das suas competências parentais.

Factores como a existência de um transtorno alimentar e/ou mental num membro da família, perfeccionismo, insatisfação com a imagem corporal, ansiedade, podem conduzir ao desenvolvimento de um transtorno alimentar, particularmente a Anorexia Nervosa (Peterson & Fuller, 2019). A Anorexia Nervosa pertence ao grupo de Transtornos Alimentares do DSM – 5 (2014) que são definidos como:

“uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. São descritos critérios diagnósticos para pica, transtorno de ruminação, transtorno

alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar.” (p. 329)

A Anorexia Nervosa “tem três características essenciais: restrição persistente da ingesta calórica; medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento persistente que interfere no aumento de peso; e perturbação na percepção do próprio peso ou da própria forma” (DSM-5, 2014, p 339). Segundo Smink et al. (2012) a taxa de anorexia nervosa manteve-se estável nas últimas décadas, mas existiu um crescimento entre os 15 e os 19 anos sendo referido como grupo de alto risco. De acordo com um estudo realizado pelo *International Journal of Eating Disorders* (Eating disorders—Related hospitalizations in Portugal: A nationwide study from 2000 to 2014), as hospitalizações em Portugal por anorexia nervosa, duplicaram e os casos de Anorexia Nervosa aumentaram de 12,8 por 1 milhão de habitantes para 23,7 em 2014. Peterson and Fuller (2019) referem que a Anorexia Nervosa foi reconhecida pela primeira vez em França, em 1874 e a nível dos transtornos de saúde mental, é a que tem a mais alta mortalidade, habitualmente por complicações resultantes da fome ou suicídio. As causas dos transtornos alimentares como a Anorexia Nervosa vão desde as influências comportamentais, genéticas e biológicas, às influências culturais, ambientais e psicológicas (Peterson & Fuller, 2019).

Para Carmo et al. (2014) os transtornos alimentares têm etiologia multifactorial onde os padrões de integração familiar são considerados como fatores predisponentes. Os mesmos autores destacam a importância do papel das mães em relação à imagem corporal dos seus filhos, pois foi identificado que em crianças/adolescentes com transtornos alimentares, as mães apresentam-se críticas com o peso. É referenciado num estudo de Moura et al. (2015), com mães de doentes com Anorexia Nervosa que na relação mãe-filha e o desenvolvimento dos transtornos alimentares, o binómio alimentar/ser alimentado surge como primeiro elemento organizador da relação mãe-filha e que pode interferir no desenvolvimento emocional da criança. Morgan et al. (2002) identificam fatores predisponentes, individuais, na família, hereditários, sócio-culturais e precipitantes nos transtornos alimentares. Lembram que os transtornos alimentares não surgem de forma abrupta e que surgem a partir de predisposições desde o nascimento com acontecimentos mais tardios nas suas vidas. Em 2006 foi publicado o Manual de Orientação para profissionais de Saúde com o título “Promoção da Saúde Mental na gravidez e Primeira Infância”, pela DGS, que enfatiza a importância da intervenção neste período, pois as transformações e emoções vividas irão repercutir-se na saúde mental do bebé ao longo de todo o ciclo de vida. Apresenta orientações importantes para a identificação de situações de risco e intervenção precoces. Para Hurst et al. (2020) apesar dos transtornos alimentares serem comuns, são subdiagnosticados. e a

procura de ajuda é feita por problemas associados como a ansiedade e depressão. Destacam a importância e diferença significativa em melhorar as competências dos profissionais na área de saúde mental na detecção precoce e no tratamento de transtornos alimentares para fechar a janela entre a prática de pesquisa e o que é identificado como tratamento eficaz e o tratamento real. A transição desenvolvimental, situacional e a de saúde, descritos por Meleis (2010), são três tipos de transições relevantes para a enfermagem, com implicações para a prática, onde o cuidar se torna um processo facilitador para transições bem sucedidas. O EESIP deve possuir conhecimentos e suporte para identificar, compreender e atuar perante eventos de mudança/transição influenciados por factores facilitadores e inibidores, singulares, diversos e complexos. Segundo Meleis (2010) a enfermagem deve desenvolver o cuidar focado na prevenção da transição para a doença, promovendo a percepção de bem-estar.

Até ao início do século XXI, a prevenção dos transtornos alimentares foi considerada inadequada, e a partir daí, o campo da prevenção dos transtornos alimentares fez avanços consideráveis (Dakanalis et al, 2019). Os programas assumiram várias formas, mas inicialmente eram basicamente psicoeducacionais, com apresentações didáticas (Stice et al, 2008). Posteriormente o seu foco tornou-se na redução dos factores de risco. Em 2009, Shaw et al, referem que os programas de prevenção dos transtornos alimentares têm uma abordagem mais eficaz ao visarem factores de risco bem estabelecidos para todas as patologias alimentares. Em 2010, Shaw et al, referem que até então, os factores de risco específicos para cada transtorno alimentar, nomeadamente a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa, ainda não estavam bem definidos. Por isso, os programas de prevenção dos transtornos alimentares, produziram efeitos limitados. Na tentativa de melhorar os resultados, a abordagem que comprovou ser mais bem sucedida, teve como alvo factores de risco bem estabelecidos dos transtornos alimentares. Esta revisão destacou que foram desenvolvidos uma série de programas de prevenção que diminuíram com sucesso os transtornos alimentares e os factores de risco dos mesmos (Shaw et al, 2010). Dois objectivos fundamentais para a prevenção dos transtornos alimentares, são a redução dos factores de risco e a diminuição da probabilidade de início dos mesmos (Dakanalis et al, 2019). Em 2008, Stice et al, apontam as intervenções baseadas na dissonância, como eficazes na mudança de atitudes e comportamentos. Stice et al, em 2009 referem que intervenções com aceitação corporal e focos de indução de dissonância, e sem conteúdo psicoeducacional, obtiveram mais êxito. Intervenções baseadas no princípio psicossocial da dissonância cognitiva, de acordo com evidências meta-analíticas recentes, são considerados as intervenções que produzem mais efeitos, em comparação com qualquer outro tipo de intervenção existente (Dakanalis et al, 2019).

Torna-se relevante perceber quais as intervenções/programas de intervenção propostos na atualidade, para a prevenção dos transtornos alimentares, nomeadamente a Anorexia Nervosa, se são implementados e quais os seus resultados. Assim surge a questão:

Que intervenções/programas se têm mostrado eficazes na prevenção da Anorexia Nervosa na Adolescência?

2.1 – Metodologia

A prática baseada em evidências apresenta-se em constante crescimento dada a disponibilidade da pesquisa primária e da realização de revisões (JBI, 2015). Estão disponíveis novas abordagens no sentido de sumariar mais eficazmente e com mais rigor, as evidências. As Scoping Reviews são úteis para sintetizar evidências de pesquisa e são regularmente usadas para mapear a literatura existente num determinado campo em termos de sua natureza, características e volume (Peters et al., 2020). Segundo o JBI (2020), em 2005, Arksey e O'Malley apresentaram uma estrutura para a condução de uma Scoping Review, posteriormente com melhoramentos propostos por Danielle Levac, Heather Colquhoun e Kelly K O'Brien em 2010, que consiste em seis etapas:

- 1 – Identificar a questão de pesquisa;
- 2 – Identificar estudos relevantes;
- 3 – Selecionar estudos;
- 4 – Extrair os dados;
- 5 – Coletar, resumir e relatar os resultados;
- 6 – Consulta (opcional).

Foi desenvolvida uma *Scoping Review* com o objetivo de mapear a evidência científica acerca das intervenções/programas de intervenção para a prevenção da Anorexia Nervosa/Transtornos Alimentares na adolescência. O estudo pretendeu responder à questão de pesquisa, formulada com a mnemónica P (população) C (contexto) C (conceito) preconizado pelo JBI (Instituto Joanna Briggs). Nesta pesquisa a população é constituída pelos adolescentes, o conceito engloba estudos com mais do que uma intervenção ou mais do que um programa de intervenção para a prevenção da Anorexia Nervosa ou prevenção de

Transtornos Alimentares e o contexto diz respeito ao ambulatório e cuidados de saúde primários, conforme discriminado a seguir.

P: Participantes	Adolescentes dos 10 aos 19 anos.
C: Conceito	Eficácia dos programa de intervenção para a prevenção da Anorexia Nervosa ou prevenção de Transtornos Alimentares
C: Contexto	Escolar e ambulatório de cuidados de saúde

Perante estes pressupostos, formulou-se a seguinte questão de investigação:

Que intervenções/programas se têm mostrado eficazes na prevenção da Anorexia Nervosa na Adolescência?

Esta revisão scoping foi conduzida tendo por base o método proposto pela Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020) e foi redigida tendo por base diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for *Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) no sentido de melhorar a qualidade metodológica das mesmas e aumentar a transparência metodológica e a compreensão dos resultados da pesquisa (Tricco et al., 2018). O protocolo da revisão foi realizado e seguido pelos investigadores, embora não tenha sido publicado e/ ou registado.

Crítérios de inclusão e exclusão (identificar estudos relevantes)

Foram elegíveis todos os tipos de estudo, com resultados que conduziram à resposta da questão da pesquisa. Incluídos na pesquisa virtual de artigos: estudos em língua inglesa, portuguesa e espanhola, com data de publicação de janeiro de 2019, até julho de 2021. A escolha que motivou o intervalo de tempo da pesquisa deveu-se à necessidade de identificar as evidências atuais. Incluídos também estudos que avaliam a eficácia de mais do que uma intervenção ou mais do que um programa de intervenção para a prevenção da Anorexia Nervosa ou prevenção de Transtornos Alimentares, uma vez que é classificada como Transtorno Alimentar pelo DSM-5

Como critérios de exclusão foram definidos: literatura cinzenta, estudos publicados noutros idiomas, ausência de descritores no título e resumo, artigos que não disponibilizavam

o texto completo, que não respondiam à questão de investigação, que diziam respeito aos transtornos alimentares associados a outra patologia e data de publicação fora da definida.

Tabela 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos estudos a analisar.

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Estudos que incluam adolescentes dos 10 aos 19 anos. Adolescência é definida pela OMS (2020) como estando compreendida entre os 10 e os 19 anos completos.	Estudos que se refiram apenas a pessoas com idade inferior a 10 anos ou superior a 19 anos.
Conceito	Estudos que avaliem a eficácia de mais do que uma intervenção ou mais do que um programa de intervenção para a prevenção da Anorexia Nervosa ou prevenção de Transtornos Alimentares (TA). TA é classificada como Transtorno Alimentar pelo DSM-5	Estudos que não avaliem a eficácia ou avaliem apenas uma intervenção ou programa de intervenção
Contexto	Estudos em âmbito escolar e em cuidados de saúde	Estudos em ambiente hospitalar
Tipo de estudos	Estudos primários, revisões de literatura (narrativas, integrativas, sistemáticas, scoping review)	Literatura cinzenta,
Data da publicação	Estudos publicados entre janeiro de 2019 a julho de 2021	Estudos publicados antes ou após as datas definidas
Idioma	Português, Espanhol e Inglês	Estudos publicados noutros idiomas

2.2 – Seleção de Estudos

A estratégia de pesquisa e identificação dos estudos decorreu em agosto de 2021. A pesquisa foi realizada em três bases de dados: PubMed, CINAHL e Scopus. Identificaram-se

os descritores em Ciências da Saúde (DECS) apropriados à pesquisa ("Interventions", "anorexia nervosa" e "Preventing"), e os operadores booleanos "OR" e "AND".

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram transferidas para o Endnote V7.7.1 (Clarivate Analytics, PA, EUA) e os duplicados removidos. Os dados foram extraídos por dois revisores independentes. Na ausência de consenso, foi incluído um terceiro revisor como critério de desempate. Por fim, os resultados foram agrupados numa tabela e acompanhados por uma síntese narrativa para dar resposta à questão de investigação.

As estratégias de pesquisa utilizadas encontram-se apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Estratégia de pesquisa por base de dados e resultados das fontes consultadas.

Base de dados	Fórmula de pesquisa	Resultados
PubMed	("anorexia nervosa") AND (preventing) Filters applied: English, Portuguese, Spanish, Child: 6-12 years, Adolescent: 13-18 years, Young Adult: 19-24 years, from 2019/1/1 - 2021/12/31.	71
Scopus	"Anorexia Nervosa" AND Preventing AND Interventions AND (LIMIT-TO (PUBSTAGE,"final")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR,2021) OR LIMIT-TO (PUBYEAR,2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR,2019)) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA,"MEDI") OR LIMIT-TO (SUBJAREA,"NURS")) AND (LIMIT-TO (EXACTKEYWORD,"Adolescent") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD,"Eating Disorder") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD,"Eating Disorders") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD,"Child") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD,"Anorexia Nervosa") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD,"Young Adult") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD,"Prevention")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE,"English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE,"Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE,"Portuguese"))	174
CINAHL	"anorexia nervosa" AND Preventing 2019-2021	63

Um total de 308 artigos foram encontrados nas bases de dados Scopus, PubMed e CINAHL. Destes, 10 foram removidos por duplicação, e foram analisados 298 artigos. Dos 298 artigos, 276 foram excluídos com base no título e resumo. Foram selecionados 22 artigos e avaliados pelos critérios de inclusão. Destes 19 foram excluídos pelas seguintes razões: seis deles pelos participantes, um não se enquadrava no contexto proposto e 12 no conceito determinado. Após o apuramento de cada artigo, tendo em conta os resultados apresentados por cada um e as conclusões que se relacionavam com a questão de investigação deste trabalho, foram selecionados e incluídos no estudo 3 artigos. Procedeu-se a uma adaptação

para registo dos dados pertinentes a recolher, com relação ao objetivo e para responder à questão de investigação, do quadro para análise de texto integral dos estudos elegíveis, tendo por base o modelo de Peters et al. (2020) e será apresentado em anexo (Anexo VI). A descrição dos passos efetuados até ao resultado final está representado na Figura 1, e serve de precursor para a última etapa deste trabalho, a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

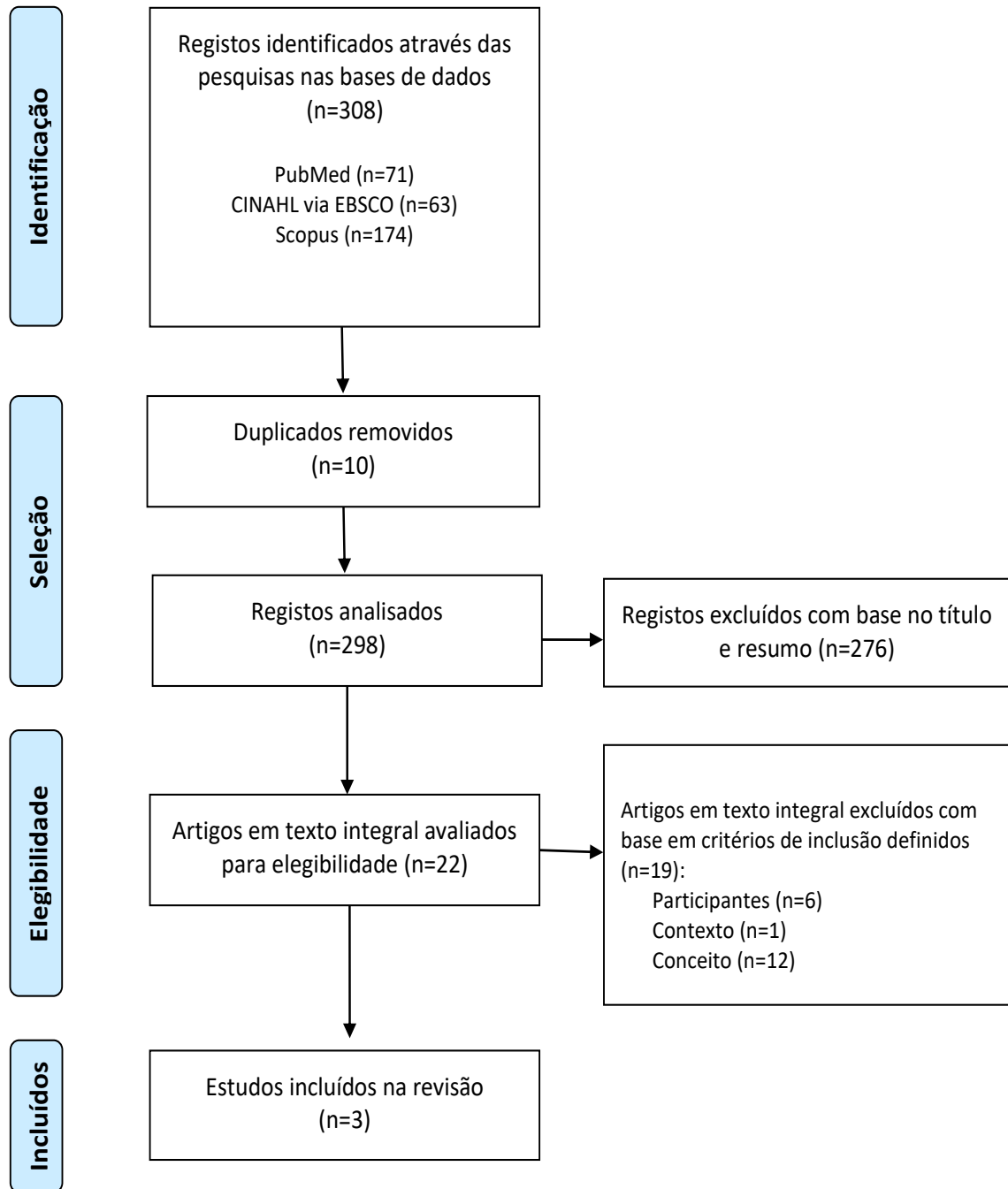


Figura 1: Flowchart do processo de seleção e inclusão do estudo

2.3 – Resultados

Foram incluídos dois estudos do ano de 2019 e um de 2021, que avaliam a eficácia de programas de intervenção para a prevenção de transtornos alimentares. Um dos artigos é de Stice et al. (2019) (E1), que fornece uma revisão de ensaios clínicos randomizados que testaram se programas de prevenção de transtornos alimentares reduziram significativamente o início dos transtornos alimentares. Resume os fatores de risco que foram encontrados para prever o início de vários tipos de transtornos alimentares e descreve os programas de prevenção que reduziram o aparecimento de transtornos alimentares, ou sintomas de transtornos alimentares. Conclui oferecendo sugestões para pesquisas futuras como por exemplo, a importância de determinar como melhorar a eficácia dos programas de prevenção de transtornos alimentares, baseados em evidências. Outro artigo é de Schwartz et al. (2019) (E2), que visa resumir sistematicamente os estudos existentes sobre programas de prevenção universal na área de transtornos alimentares, direcionados a todos os tipos de programas universais de prevenção dos mesmos. A metanálise de Stice et al. (2021) (E3), tem como objetivo caracterizar os resultados da randomização de ensaios controlados que testaram se os programas de prevenção de transtornos alimentares reduziram significativamente o início dos transtornos alimentares, estando estabelecidos os fatores de risco de cada tipo de transtorno alimentar. Segundo os mesmos autores, os programas de prevenção universal estudados até agora podem não estar otimizados e necessitem de mais refinamento.

Nos estudos selecionados, e apresentados nas tabelas que se seguem, são analisados programas de intervenção, na prevenção de transtornos alimentares, com intervenções distintas. Programas que se baseiam na dissonância cognitiva, como *“PriMa”*, *“Body Project”*, *“Healthy Weight”* e *“Project Health”* (intervenções de modificação do estilo de vida), visam encontrar coerência entre cognições (comportamentos, conhecimentos, opiniões e crenças), sendo que, quando esse equilíbrio não existe, ocorre a dissonância – quando uma ação e nossas percepções entram em conflito. Intervenções na alfabetização midiática, como *“Media Smart”* e o *“Programa Sorority Body Image”*, são discussões coletivas sobre a construção e o conteúdo da mídia, imagens e mensagens, e da elaboração de cognições protetoras. A duração desses programas varia de três a dez sessões. As intervenções focam-se na redução de atitudes alimentares perturbadas e da interiorização da estética ideal ou na redução da preocupação com a forma e o peso. O público-alvo destes programas, são adolescentes de 12 a 15 anos (Stice et al., 2019, 2021 & Schwartz et al., 2019). Os programas *“Torera”* e *“Me, You, & Us”* consistem em intervenções com várias estratégias preventivas, em vez de uma abordagem principal e, concentram-se igualmente na alfabetização midiática, interações com colegas e autoestima, em adolescentes com uma média de 13 anos de idade. A intervenção *“Teen Spirit”* aborda estereótipos de beleza em adolescentes baseada em

formato multimídia e interativo e em formato de drama. O Programa “*REbeL*” concentra-se no empoderamento e em atividades eficazes de prevenção com base na dissonância cognitiva. Intervenções na Imagem Corporal como “*Happy-being me*”, “*Life Smart*” e “*Girls’ Group*”, intervêm no fator de risco da imagem corporal negativa, sem o uso de estratégias de dissonância cognitiva. Essas intervenções procuram diminuir a imagem corporal negativa e/ou promover uma imagem positiva atitude em relação à aparência física, fortalecendo assim a autoestima. Programas de prevenção cognitivo-comportamental, como “*Student Bodies*”, baseado na internet, visa reduzir as preocupações com o peso e forma, e como se envolver em práticas de vida saudáveis. A intervenção baseada em atenção plena, “*Mindfulness*”, visa combater pensamentos negativos relacionados com a imagem corporal, tanto nas sessões de grupo, como em casa, procurando ajudar os participantes a combater de forma mais eficaz esses pensamentos negativos e saber lidar com eles em situações futuras. O programa de prevenção de transtornos alimentares, baseado em Terapia Familiar foi avaliado, apesar de não ser eficaz na redução da probabilidade de ocorrência de transtornos alimentares, mas com efeitos na redução do início da anorexia nervosa. Esta intervenção incluiu atividades desde a primeira fase da terapia familiar para anorexia nervosa, que visa principalmente que os pais desempenhem um papel fundamental na realimentação de seus filhos com baixo peso. A intervenção para alunos atletas, projetada para prevenir o aparecimento de transtornos alimentares em adolescentes, baseado em intervenção escolar para melhorar a autoestima, através da autoeficácia, e da aprendizagem do significado da motivação intrínseca versus extrínseca, metas de domínio versus desempenho, para enfatizar a importância de confiar em si próprio, em vez de questões de desempenho e outras pessoas significativas. Os programas de prevenção psicoeducacionais, visam o cultivo de habilidades para responder aos mídia e diminuir práticas não saudáveis de controle do peso corporal.

De seguida são apresentadas as características dos estudos incluídos na revisão.

Na Tabela 3, apresenta-se o estudo de Stice et al. (2019) (E1), onde é descrito e resumidos os fatores de risco encontrados para prevenir a manifestação de transtornos alimentares, entre eles a Anorexia Nervosa, e a base de evidências de programas de prevenção, que reduziram o início de transtornos alimentares ou sintomas de transtornos alimentares. De acordo com estes autores os transtornos alimentares afetam 13% de meninas e mulheres e são marcados pela cronicidade, recaída, angústia, prejuízo funcional e aumento do risco de obesidade, depressão, suicídio, abuso de substâncias e mortalidade. Referem que, apesar de dezenas de programas de prevenção de transtornos alimentares terem sido avaliados, a maioria não reduziu o início de transtornos alimentares, o objetivo final dos programas de prevenção, ou sintomas iniciais de transtornos alimentares, um objetivo razoável de prevenção seletiva dos programas que visam pessoas de alto risco. Foram identificados quatro programas de prevenção de transtornos alimentares que reduziram a

probabilidade de aparecimento de transtornos alimentares e /ou sintomas de transtorno alimentar (*Body Project*, *Healthy Weight*, Programa para Alunos Atletas, Programa *Mindfulness*).

Tabela 3 – Características do Estudo 1, incluído na revisão

E1 - Eating Disorder Prevention	
Autores/ Ano	Stice et al., 2019
Tipo de estudo	Estudo prospetivo
Objetivo do estudo	Descrever a base de evidências para programas de prevenção, que reduziram o início de transtornos alimentares ou sintomas de transtornos alimentares.
Intervenções/ Programas e Conclusões	Intervenção baseada em Dissonância Cognitiva
	“Body Project” Produziu reduções nos sintomas de transtornos alimentares e produziu significativamente maiores reduções no início de transtornos alimentares. A versão baseada na internet produziu reduções significativas nos distúrbios alimentares e sintomas no pós-teste e no acompanhamento de 6 meses – este é um efeito raro para programas de prevenção de transtornos alimentares baseados na Internet.
	“Healthy Weight” Reduziu os sintomas de transtornos alimentares e a probabilidade de transtornos alimentares.
	Programa de prevenção cognitivo-comportamental
	“Student Bodies” Não produziu um efeito principal significativo na probabilidade de transtornos alimentares.
	Programa para Alunos Atletas Eficaz na prevenção de transtornos alimentares em atletas do sexo feminino e reduziu sintomas associados a transtornos alimentares, mas apresentou efeitos limitados em atletas do sexo masculino.
	Intervenção “Mindfulness” Produziu reduções significativas nos sintomas de transtornos alimentares, mas esses efeitos não persistiram num acompanhamento de longo prazo.

No segundo estudo (E2), representado na Tabela 4, Schwartz et al. (2019) visaram resumir sistematicamente os estudos existentes sobre programas de prevenção de

transtornos alimentares, direcionados a todos os tipos de programas de prevenção universal nos últimos dez anos. Os estudos avaliaram 21 intervenções que foram agrupadas em sete categorias com base em fundamentos teóricos que foram assumidos e especificados nas publicações desses estudos: Intervenções baseadas em Dissonância Cognitiva - “*PriMa*”, “*Body Project*”; Intervenções de alfabetização midiática - “*Media Smart*”, “*Sorority Body Image Program*”; Intervenções na Imagem Corporal - “*Happy-being me*”, “*Life Smart*”, “*Girls Group*”; Intervenções psicoeducacionais; Intervenções “*Mindfulness*”; Intervenções de abordagens múltiplas - “*Torera*”, “*Me, You, & Us*”; Outras Intervenções - “*REbeL*”, “*Teen Spirit*”. Os estudos desta revisão investigaram, na sua maioria períodos de três ou seis meses. Dois estudos incluíram um período de 12 meses ou acompanhamento de 13 meses e um acompanhamento após 2,5 anos. Os resultados destes estudos são referidos por Schwartz et al (2019) como otimistas, uma vez que revelaram efeitos estáveis em relação aos factores de risco dos transtornos alimentares ou, pelo menos para um factor de risco importante.

Tabela 4 – Características do Estudo 2, incluído na revisão

E2 - Universal prevention in eating disorders: A systematic narrative review of recent studies	
Autores/ Ano	Schwartz et al., 2019
Tipo de estudo	Revisão Sistemática Narrativa
Objetivo do estudo	Resumir sistematicamente os estudos existentes sobre programas de prevenção de transtornos alimentares, direcionados a todos os tipos de programas de prevenção universal nos últimos dez anos.
Intervenções/ Programas e Conclusões	<p>Intervenções baseadas em Dissonância Cognitiva:</p> <p>“<i>PriMa</i>” - (direcionada no sentido de reduzir os factores de risco para a Anorexia Nervosa) melhorou significativamente o nível de insatisfação corporal e o comportamento alimentar desordenado.</p> <p>“<i>Body Project</i>”- reduziu factores de risco como a insatisfação corporal.</p> <p>Intervenções de alfabetização midiática</p> <p>Melhoria significativa na alfabetização dos media, consciência e insatisfação corporal;</p> <p>“<i>Media Smart</i>”- revelou resultados moderados nas intervenções sobre factores de risco;</p> <p>“<i>Programa Sorority Body Image</i>” - com poucos resultados.</p> <p>Intervenções na Imagem Corporal</p> <p>“<i>Happy-being me</i>” – Programa com maior efeito na melhoria da Imagem Corporal.</p> <p>“<i>Life Smart</i>”- teve impacto apenas na forma do corpo e na preocupação com o peso.</p> <p>“<i>Girls Group</i>” - produziu melhorias na insatisfação corporal dirigida para a magreza, comportamento bulímico e autoconceito social.</p> <p>Intervenção “<i>Mindfulness</i>”</p>

	<p>Melhoria significativa em vários fatores de risco.</p> <hr/> <p>Intervenções de abordagens múltiplas</p> <p>“Torera”- produziu efeitos moderados no pós-intervenção para comportamentos alimentares não saudáveis em meninas em risco. Para meninos, pequeno mas significativo efeito nas atitudes alimentares.</p> <p>“Me, You, & Us” - com efeitos na autoestima, na estima corporal e idealização de magreza e esses efeitos permaneceram estáveis três meses depois para a amostra feminina.</p> <hr/> <p>Outras Intervenções</p> <p>“REbeL”- com melhorias na idealização de magreza e capacitação embora sem avaliações que revelem a estabilidade desses efeitos.</p> <p>“Teen Spirit” - com efeitos significativos na autoestima até 13 meses após a intervenção embora a idealização de magreza e as atitudes alimentares não obtivessem melhorias.</p>
--	---

No terceiro estudo (E3), representado na tabela 5, Stice et al. (2021) referem que os programas de prevenção dos transtornos alimentares podem ser eficazes quando implementados na adolescência, uma vez que o período de início dos mesmos, ocorre entre os 16 e os 19 anos. Realizaram uma metanálise para avaliar ensaios clínicos randomizados na prevenção dos transtornos alimentares, no sentido de verificarem a sua eficácia na redução da probabilidade de início dos transtornos alimentares. Identificaram quinze estudos nos Estados Unidos e na Europa em adolescentes e jovens adultos. Os fatores de risco específicos para cada transtorno alimentar são distintos. No entanto o ideal de magreza, a supervalorização do peso e da forma, a insatisfação corporal, o medo de ganhar peso, a dieta, sensação de estar gordo, compulsão alimentar, afetividade negativa e funcionamento psicossocial prejudicado, previram a probabilidade de início de transtornos alimentares em pelo menos três estudos prospectivos ou previram o início de pelo menos três transtornos alimentares específicos. Os resultados sugerem que os programas de prevenção que reduzem os fatores de risco com a maior base de evidências, como estas, podem ser eficazes na diminuição da probabilidade no início de transtornos alimentares. No entanto, esses dados também sugerem que muitos programas de prevenção visam variáveis que não são fatores de risco estabelecidos para a Anorexia Nervosa e que pode ser necessário direcionar diferentes fatores de risco e populações em risco para prevenir este transtorno em particular. O programa *“Body Project”* baseado em dissonância cognitiva, reduziu significativamente a probabilidade de início de transtornos alimentares quando implementado ou co-implementado por pares em três ensaios, mas não quando implementado unicamente por clínicos. É sugerido que essa intervenção é mais credível se aplicada por semelhantes o que implica que

projetos de implementação futuros, seriam mais eficazes na prevenção do início do transtorno alimentar se fosse liderada por pares.

Tabela 5 – Características do Estudo 3, incluído na revisão

E3 - A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset	
Autores/ Ano	Stice et al., 2021
Tipo de estudo	Revisão Sistemática com Metanálise
Objetivo do estudo	Avaliar ensaios clínicos randomizados, na prevenção dos transtornos alimentares, no sentido de verificarem a sua eficácia na redução da probabilidade de início dos mesmos.
Intervenções/ Programas e Conclusões	<p>Programa de prevenção psicoeducacional Redução de 52% na probabilidade de ocorrência de distúrbios alimentares, embora estudo considerado pouco significativo por pequena amostra.</p> <p>Programas de prevenção cognitivo-comportamental – “<i>Students Bodies</i>” Estes programas não são eficazes na redução da probabilidade de ocorrência de transtornos alimentares, potencialmente devido à aceitabilidade limitada desta intervenção.</p> <p>Programas de prevenção de transtornos alimentares baseados em dissonância cognitiva “<i>Body Project</i>” reduziu significativamente a probabilidade de ocorrência de transtornos alimentares quando implementados ou co-implementados por educadores, pelos pares, mas não quando implementado unicamente por clínicos. “<i>Healthy Weight</i>” reduziu significativamente a probabilidade de ocorrência de transtornos alimentares. “<i>Project Health</i>” produziu uma redução marginal na probabilidade de ocorrência de transtornos alimentares.</p> <p>Programa de aumento da autoestima / autoeficácia no ensino secundário Reduziu significativamente a probabilidade de ocorrência de transtornos alimentares, sugerindo que seria útil para tentar replicar essas descobertas.</p> <p>Programa de prevenção de transtorno alimentar baseado em Terapia Familiar Programa não eficaz na redução da probabilidade de ocorrência de transtornos alimentares, embora esse ensaio tenha sido apenas avaliado para a Anorexia Nervosa.</p>

Os autores são unânimes relativamente ao programa baseado em dissonância cognitiva, “*Body Project*”, nos três estudos é identificado como tendo os melhores resultados e eficácia na prevenção de transtornos alimentares: no estudo de Stice et al. (2019) (E1) produziu redução nos sintomas de transtornos alimentares e produziu significativamente maiores reduções no início de transtornos alimentares; no estudo de Schwartz et al. (2019) (E2), reduziu fatores de risco como a insatisfação corporal; no estudo de Stice et al. (2021) (E3), reduziu significativamente a probabilidade de ocorrência de transtornos alimentares. Também o programa de prevenção baseado em dissonância cognitiva “*Healthy Weight*”, reduziu os sintomas de transtornos alimentares e a probabilidade de ocorrência de transtornos alimentares nos estudos de Stice et al. de 2019 e 2021 (E1 e E3). O programa de “*Mindfulness*” obteve resultados na redução dos sintomas de transtornos alimentares no estudo de Stice et al. (2019) (E1) e na melhoria significativa em vários fatores de risco no estudo de Schwartz et al. (2019) (E2). Programas com efeitos na autoestima, “*Teen Spirit*” e “*Me, You & Us*”, no estudo de Schwartz et al. (2019) (E2), e o programa de aumento da autoestima /autoeficácia no ensino secundário, de Stice et al. (2021) (E3), revelaram resultados significativos.

2.4 – Discussão

O objetivo desta *scoping review* foi o de mapear a evidência científica acerca das intervenções/programas de intervenção para a prevenção da Anorexia Nervosa/Transtornos Alimentares na adolescência. No sentido de responder a este objetivo, três estudos foram incluídos neste trabalho de investigação. Dos três estudos, salienta-se a importância da identificação dos fatores de risco para a implementação de programas de prevenção mais eficazes. Verifica-se um interesse crescente nas abordagens que têm como foco a redução dos fatores de risco específicos de cada transtorno alimentar, para a concepção de programas de prevenção ainda mais eficazes. Em 2009 Shaw et al., já evidenciavam que a abordagem mais bem sucedida na prevenção dos transtornos alimentares teria de ter como alvo os fatores de risco, mas ainda existia pouca evidência científica desses mesmos fatores, para cada tipo de transtorno alimentar, nomeadamente a Bulimia Nervosa e a Anorexia Nervosa. Em 2014 Ciao et al., mencionam que o campo da prevenção de transtornos alimentares havia feito avanços notáveis. Por exemplo, a existência de mais atenção na prevenção dentro do campo mais amplo de transtornos alimentares, mais programas são implementados e avaliados, e diferentes tipos de abordagens estão a surgir.

Os programas de prevenção dos transtornos alimentares mais eficazes em todos os estudos (E1, E2, E3) baseiam-se na dissonância cognitiva com programas como o “*Body Project*” (E1, E2 e E3), o “*Healthy Weight*” (E1 e E3) e “*PriMa*” (E2), este último dirigido aos fatores específicos da Anorexia nervosa. Já em 2009, Shaw et al., mencionam que o programa “*Body Project*” reduziu com sucesso o início dos transtornos alimentares e ainda reduziu a utilização dos cuidados de saúde mental. Em 2019, Dakanal et al., elegem as intervenções baseadas na dissonância cognitiva como a abordagem com mais evidências na eficácia em comparação com qualquer outro tipo de intervenção existente. O programa “*Body Project*” no E1, foi considerado o programa que produziu reduções mais significativas na sintomatologia e no início dos transtornos alimentares. No E2 são identificados resultados positivos nos programas de dissonância cognitiva na redução de fatores de risco como a insatisfação corporal e no E3, o programa baseado em dissonância cognitiva, “*Body Project*” foi o único programa de prevenção capaz de produzir uma redução significativamente maior no início de transtornos alimentares relativamente a outra intervenção.

Também foram identificados resultados significativos para programas de prevenção com intervenções na autoestima (E2 e E3) e na atenção plena - mindfulness (E1 e E2). Em 2015, Atkinson and Wade, constataram que os resultados são promissores na aplicação da atenção plena na prevenção de transtornos alimentares, no entanto, é necessário mais trabalho para aumentar o impacto e a aceitabilidade.

Dos programas de prevenção de transtornos alimentares descritos no E1, quatro reduzem a probabilidade de ocorrência e/ou sintomas de transtornos alimentares. São mencionadas direções importantes para o futuro onde referem que a maioria dos programas de prevenção visa indivíduos com insatisfação da imagem, com tentativa de alcançar o ideal de beleza magra e comportamentos não saudáveis de controle de peso. É mencionado que importa avaliar se os programas de prevenção de transtornos alimentares baseados em evidências, realmente reduzem o aparecimento de todos os tipos de transtornos alimentares. Ciao et al. em 2014, corroboram que os programas de prevenção de transtornos alimentares bem-sucedidos, geralmente concentram-se na modificação de fatores específicos conhecidos, por conferirem maior risco para o desenvolvimento dos mesmos.

Entretanto Schwartz et al. (2019) no E2, destacam que existem evidências da eficácia dos programas de prevenção universal na redução dos fatores de risco, particularmente nos programas específicos para um factor de risco (por exemplo, “*Happy-being me*”) ou nos programas de abordagem múltipla (por exemplo, “*Torera*”). Tanto nos programas baseados em dissonância cognitiva, como em intervenções na imagem corporal, foram identificados resultados positivos, com melhoria da autoestima e do autoconceito. Um programa que foi identificado como promissor em 2009, por Shaw et al, produziu um aumento na autoestima,

numa versão realizada por enfermeiras de saúde pública, numa escola, identificado como “*Girl Talk*”. Até ao momento do seu estudo (E2), não há evidências sobre se as intervenções preventivas podem reduzir de forma confiável a prevalência posterior de transtornos alimentares, o que representaria um efeito protetor significativo para os indivíduos afetados, suas famílias e o público. O início de transtornos alimentares e/ou agravamento dos fatores de risco pode ocorrer anos após a implementação de um programa universal de prevenção, portanto, uma tarefa importante para o futuro será manter os efeitos positivos ao longo de um período de tempo. Sessões de reforço após a intervenção podem ser úteis neste contexto. Os autores relataram que a prevenção universal pode ser um aspeto importante na prevenção de transtornos alimentares, mas os resultados não são fortes o suficiente para tirar conclusões claras sobre como deve ser implementado numa larga escala. Detectaram ainda um interesse crescente na redução dos fatores de risco no campo da prevenção universal e identificaram abordagens emergentes como a capacitação/empowerment. Também Stice et al., em 2013, denotaram que, seria importante investir na disseminação de programas baseados em evidências dado que o campo da prevenção de transtornos alimentares continua a progredir na identificação de programas que produzem efeitos positivos em ensaios de eficácia e efetividade.

Na revisão metanalítica de ensaios, (E3), foi verificado que os programas de prevenção de modificação de estilo de vida, programas de prevenção baseados em dissonância e um programa de prevenção de auto-estima/autoeficácia reduziram significativamente o início de transtornos alimentares, embora o último só tenha sido avaliado em apenas um ensaio. Os programas de modificação do estilo de vida e a prevenção baseada na dissonância, reduziram a probabilidade de ocorrência de transtornos alimentares de 54% para 77%, o que implica que a implementação ampla desses programas de prevenção pode reduzir a prevalência de transtornos alimentares na população. Programas psicoeducacionais, cognitivo-comportamentais, programas de prevenção interpessoais e baseados em terapia familiar não reduziram significativamente a probabilidade de ocorrência de transtornos alimentares. Shaw et al. (2009) também referem que as intervenções psicoeducacionais, em geral, não são eficazes, mas identificam na sua metanálise dois programas com efeitos positivos em fatores de risco de transtornos alimentares, como a insatisfação corporal e a autoestima.

É salientado nestes estudos, que a maioria dos programas de prevenção não inclui os fatores de risco da Anorexia Nervosa, pelo que identificam a necessidade de programas específicos para este transtorno alimentar. No E1 é constatado que os programas de prevenção podem ser ineficazes na prevenção da anorexia nervosa, uma vez que não incluem os fatores de risco específicos deste tipo de transtorno alimentar. É também sugerido no E3,

que muitos programas de prevenção visam variáveis que não são fatores de risco estabelecidos para a Anorexia Nervosa e que pode ser necessário direcionar diferentes fatores de risco e populações em risco para prevenir este transtorno em particular.

Este estudo tem como pontos fortes a inclusão de estudos recentes e atuais, a definição dos critérios de inclusão, mas como limitações estão a pesquisa em apenas três bases de dados, o que pode ter limitado o acesso a outros dados.

2.5 – Conclusão

Com esta Scoping Review foi possível concluir que várias intervenções/programas para a prevenção dos transtornos alimentares têm sido desenvolvidos e estudados na tentativa de identificação do rumo a seguir para reduzir a probabilidade da sua ocorrência e para reduzir os fatores de risco que conduzem aos mesmos. Os programas/intervenções mais eficazes, nos estudos, correspondem aos que se baseiam na dissonância cognitiva, como o “*Body Project*”, com ensaios randomizados que demonstram eficácia e efetividade. Programas de intervenções de alfabetização midiática, intervenções na Imagem Corporal, intervenções “*Mindfulness*” e intervenções de abordagens múltiplas, reduziram fatores de risco de transtornos alimentares. Também o programa de aumento da autoestima/autoeficácia no ensino secundário produziu efeitos animadores na probabilidade de ocorrência de transtornos alimentares. Embora seja intenção o prevenir todos os transtornos alimentares, foi possível verificar que alguns dos programas não são aplicáveis na prevenção da Anorexia Nervosa dado que, nas suas variáveis, não estão incluídos os factores de risco deste transtorno alimentar. Ainda existe um longo caminho a percorrer, mas tem-se verificado uma preocupação crescente na realização destes estudos, dada a prevalência destes transtornos e da alteração da qualidade de vida e limitações funcionais a que os mesmos conduzem, uma vez que são marcados pela cronicidade, recaídas, aumento do risco de obesidade, depressão, suicídio e mortalidade. Deste modo, foi possível responder à questão de investigação desta *Scoping Review*.

É essencial mais estudos e o desenvolvimento de projetos com programas de intervenção direcionados para os fatores de risco de cada transtorno alimentar, numa maior escala, com maior diversidade populacional e com mais resultados a longo prazo.

3 – Considerações finais

Cuidar da criança/jovem e família no contexto de cuidados primários e hospitalares, ao longo desta caminhada, contribuiu para a aquisição de competências tanto comuns ao EE como específicas ao EESIP, através dos objetivos propostos e das atividades desenvolvidas. Na aquisição destas competências foram mobilizados e integrados conhecimentos, habilidades e capacidades que conduziram a um saber agir responsável e seguro. É um processo contínuo que tem aqui descrito apenas o seu início e que conduziu ao desenvolvimento do autoconhecimento, a um enriquecimento pessoal e profissional em ambientes seguros, trabalhando em equipa e prestando cuidados com segurança. Ao longo do estágio com relatório final foi revelada uma evolução positiva na aprendizagem, autonomia e na prestação de cuidados especializados com responsabilidade. A realização de um estudo permitiu contribuir para uma prática baseada na evidência com vista a melhorar a prestação de cuidados na área da saúde mental da adolescência. A adolescência é uma fase do ciclo de vida, conturbada, determinada por múltiplos fatores. Quanto maior a exposição a esses fatores, maior o impacto na saúde mental. Sendo a família um fator protetor, a intervenção do enfermeiro na prevenção da doença e promoção da saúde em parceria com os pais, é crucial. O empowerment das famílias ao longo das várias fases de transição, com vista ao desenvolvimento de competências sociais, emocionais e fatores protetores nas crianças/jovens, que promovam e protejam a sua saúde mental, permite-lhes lidar com as adversidades do dia a dia, aumenta a resiliência, autoestima e conduz a benefícios económicos e sociais. O papel do EESIP torna-se crucial na identificação de crianças/adolescentes com fatores de risco que conduzem ao desenvolvimento da Anorexia Nervosa, desenvolvendo uma intervenção terapêutica ao longo do ciclo de desenvolvimento. Intervindo na prevenção e promoção da saúde da criança/jovem através da capacitação dos pais para atuarem no processo de desenvolvimento das crianças e manutenção de uma relação positiva pais/filhos, aumentam os fatores protetores da doença e diminuem os comportamentos de risco, criando adultos saudáveis. Para além destas implicações para a prática, um enfermeiro que contrapõe a prática com a evidência científica, tem mais êxito na sua conduta, autonomia e tomadas de decisão, com intervenções mais efetivas. A criação de programas de prevenção de transtornos alimentares, por parte do EESIP, poderá e deverá ter uma correspondência na prática, mobilizando recursos humanos e materiais para um flagelo eminente. O percurso formativo aqui descrito permitiu uma evolução profissional e pessoal contribuindo para a prática de cuidados com qualidade, rigor e excelência, com recurso à pesquisa, ao pensamento crítico, investigação, atualização científica, tendo em vista resultados como a melhoria da qualidade de vida de quem cuidamos.

.

Referências Bibliográficas

- Atkinson, M.J., Wade, T.D. (2015). Mindfulness-based prevention for eating disorders: A school-based cluster randomized controlled study. *Int. J. Eat. Disord.*, 48, pp 1024-1037. <https://doi.org/10.1002/eat.22416>
- Breithaupt, L., Eickman, L., Byrne, C. E., & Fischer, S. (2019). REbeL peer education: A model of a voluntary, after-school program for eating disorder prevention [Article]. *Eating Behaviors*, 32, 111-116. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.10.010>
- Casey, A. (1993) – Development and use of the partnership model of nursing care. Advances in child health nursing. *Journal of Advanced Nursing*.
- Casey, A. (1995) – Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. 22, 1058-1062.
- Casey, A. Mobbs, S. (1988). Spotlight on children. Partnership in practice. *Nurs Times*. 2-8;84(44):67-8. PMID: 3205765.
- Casey, A; Mobbs, S. (1998). Partnership in practice. *Nursing Times*. 2.V.84.Nº 44
- Ciao, A.C., Loth, K., Neumark-Sztainer, D. (2014). Preventing Eating Disorder Pathology: Common and Unique Features of Successful Eating Disorders Prevention Programs. *Current Psychiatry Reports*.16, 453. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0453-0>
- Conselho Nacional de Saúde (2019). Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa. <http://www.cns.min-saude.pt/2019/12/16/sem-mais-tempo-a-perder-saude-mental-em-portugal-um-desafio-para-a-proxima-decada/>
- Cunha, M., Santos, E. (2021). Revisão Sistemática da Literatura com Meta-análise - Um Guia Prático para Iniciantes. ISBN: 9789899015906
- Dakanalis, A., Clerici, M., Stice, E. (2019). Prevention of eating disorders: current evidence-base for dissonance-based programmes and future directions [Editorial]. *Eating and Weight Disorders*, 24(4), 597-603. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00719-3>
- Dakanalis, A., Clerici, M., Stice, E. (2019). Prevention of eating disorders: current evidence-base for dissonance-based programmes and future directions. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24:597–603. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00719-3>

- Diário da República. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2.^a série, N.º 26, Regulamento n.º 140/2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Doupnik, SK, Hill, D., Palakshappa, D., Worsley, D., Bae, H., Shaik, A., Qiu, MK, Marsac, M., & Feudtner, C. (2017). Intervenções de apoio aos pais durante as hospitalizações pediátricas agudas: uma meta-análise. *Pediatrics*, 140 (3). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-4171>
- Farrell, M. (2016). Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, 1 (4). Clinical Reviews. doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175
- Ferreira, A. N., Sales, J. K. D., Coelho, H. P., Marçala, F. de A., Melo, C. S. de, Sousa, D. R. de, Feitosa, A. C. (2020). HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL: impacto emocional indexado a figura dos pais. *Revista Interfaces*. 8, 1, pp402-408. DOI: 10.16891/2317-434X.v8.e1.a2020.
- Figueira, K., Freitas, C. (2017). Psicomotricidade e Saúde Mental Infantil e Juvenil – Caracterização de uma Consulta de Psicomotricidade Integrada num Serviço de Pedopsiquiatria. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, nº41, pp. 41-57.
- Fleury, M. T. L., Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência Construindo o Conceito de Competência. RAC. <https://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>
- Hockenberry, M. J. (2006). Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. (7^a Edição). Elsevier.
- Hockenberry, M. J., Rodgers, C. C., Wilson, D. (2018). Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. (10^a Edição). Guanabara Koogan.
- Hurst, K., Heruc, G., Thornton, C. et al. (2020). ANZAED practice and training standards for mental health professionals providing eating disorder treatment. *Journal of Eating Disorders* 8, 58. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00333-0>
- ICN (2019). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Instituto de Cuidado Centrado no Paciente e na Família. Transformando a saúde por meio de parcerias. <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- Joanna Briggs Institute (2015). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement. <https://nursing.lsuhscc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>

- Kelo, M., Martikainen, M., Eriksson, E. (2013). Continuing Nursing Education Patient Education of Children and Their Families: Nurses' Experiences. *Pediatric Nursing* 39(2):71-9. <https://www.pediatricnursing.net/ce/2015/article39011010.pdf>
- Lerwick, J.L. (2016). Minimizing pediatric healthcare-induced anxiety and trauma. *World Journal of Clinical Pediatrics*. 5(2): 143-150 [PMID: 27170924 DOI: 10.5409/wjcp.v5.i2.143]
- Levine, M. P. (2021). Prevention of eating disorders: 2020 in review [Article]. *Eating Disorders*, 29(2), 134-150. <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1909794>
- Mano, M., J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas. *Referência* nº8, 53-61. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=57&id_revista=5&id_edicao=14
- McDonald, R. (2019). FamilyCentered Care. Conferência Fundação Infantil Ronald McDonald. <https://www.jornalmedico.pt/atualidade/37937-modelo-de-prestacao-de-cuidados-centrados-na-familia-em-debate-na-conferencia-da-fundacao-infantil-ronald-mcdonald.html>
- Meletti, D. P., Meletti, J. F. A., Camargo, R.P. S., Silva, L.M. (2019). Psychological preparation reduces preoperative anxiety in children. Randomized and double-blind trial. *Jornal de Pediatria*, 95, 5, 545-551. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.05.009>
- Mendes, M. G. S. R., Martins, M. M. F. P. da S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, n.º 6. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19941/3/Parceria%20nos%20cuidados%20de%20enfermagem%20em%20pediatria.pdf>
- Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal. ISBN 978-989-99480-1-3. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Morgan, C.M., Vecchiatti, I. R., Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24 (III), 18-23. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700005>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume 1. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume III. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. [GOBP ParentalidadePositiva_vf.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Regulamento n.º 422/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2018). Diário da República, 2.ª série, N.º 133. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República, 2.ª série, N.º 26. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- OMS (2009). UNICEF. Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70057/1/WHO_FCH_CAH_09.02_spa.pdf
- Parecer Nº 16. (2019). Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, para Desenvolver Projetos de Massagem Infantil. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11621/parecer-mceesip-n%C2%BA-16_2019_anonimizado.pdf
- Pedro, J. J. B. (2009) - *Parceiros no cuidar: a perspetiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica* (Dissertação de mestrado, Porto). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20171/2/Dissertao%20de%20Mestrado%20de%20Joo%20Pedro.pdf>
- Pereira, M. I. F. L. (2012). A necessidade de Visita Domiciliária de Enfermagem no Puerpério Precoce (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal).
- Peters, M. D., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). Em E. Aromatitaris, & Z. Munn (Edits.), JBI manual

for evidence synthesis, JBI,2020 (pp. 406-450). JBI.Global. Obtido de <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Peterson, K., Fuller, R. (2019). Anorexia nervosa in adolescents, *Nursing*, 49 (10), p 24-30. doi: 10.1097/01.NURSE.0000580640.43071.15

PNS. (2007-2016). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - Resumo Executivo. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Lisboa. <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2006). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. - Lisboa: DGS, 2006. - 46 p. ISBN: 972-675-121-7.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2009). Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Lisboa. DGS. <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/pub-saude-mentalrecomendacoes-para-a-pratica-clinica-1-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2012). Norma número 008/2012. Diagnóstico e Tratamento da Infecção do Trato Urinário em Idade Pediátrica. DGS. Disponível a partir de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082012-de-16122012-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias) Número: 024/2012. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2013). Norma 010/2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2018). Identificação de crianças de risco para vacinação com a vacina BCG. Número 010/2018. Decreto Regulamentar nº 14/2012.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2020). Programa Nacional de Vacinação. DGS. Disponível a partir de: https://nocs.pt/wp-content/uploads/2020/10/Norma_PNV_2020.pdf

- Ramos, A. L., Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. LIDEL. ISBN: 978-989-752-344-1
- Schwartz, C., Drexl, K., Fischer, A., Fumi, M., Löwe, B., Naab, S., Voderholzer, U. (2019). Universal prevention in eating disorders: A systematic narrative review of recent studies [Review]. *Mental Health and Prevention*, 14, Article 200162. <https://doi.org/10.1016/j.mph.2019.200162>
- Serra, A.S. (2018). Interdisciplinaridade na Saúde, para quando? <https://www.nursing.pt/interdisciplinaridade-na-saude-para-quando/>
- Shaw, H., Stice, E., Becker, C. B. (2010). Preventing Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 18(1): 199–207. doi:10.1016/j.chc.2008.07.012.
- Shaw, H., Stice, E., Becker, C. B., (2009). Prevenção de transtornos alimentares. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18 (1), 199–207. doi:10.1016 / j.chc.2008.07.012
- Sheridan, M. (2014). *From Birth to Five Years: Children's Development Progress*. Fourth Edition. 2014. Routledge Editor.
- Smink, F. R. E., Hoeken, D. V., Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- SNS (2020). Programa Nacional de Vacinação 2020. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/09/30/programa-nacional-de-vacinacao-2020/>
- Stice, E., Becker, C. B., Yokum, S. (2013). Eating Disorder Prevention: Current Evidence-Base and Future Directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 478–485. doi:10.1002/eat.22105
- Stice, E., Onipede, Z. A., & Marti, C. N. (2021). A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset. *Clinical Psychology Review*, 87, Article 102046. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102046>
- Stice, E., Sarah Johnson, S., Turgon, R. (2019). Eating Disorder Prevention. *Psychiatric Clinics of North America*, 42, 309–318. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.012>
- Stice, E., Shaw, H., Becker, C. B., Rohde, P., (2008). Dissonance-based Interventions for the Prevention of Eating Disorders: Using Persuasion Principles to Promote Health. *Prevention Science*, 9(2), 114–128. doi:10.1007/s11121-008-0093

- Sundal, H., Vatne, S. (2020). Parents' and nurses' ideal collaboration in treatment-centered and home-like care of hospitalized preschool children – a qualitative study. *BMC Nurs* 19, 48. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00445>
- Teixeira, L. A., Freitas, R. J. M., Moura, N. A., Monteiro, A.R.M. (2020). Necessidades de Saúde Mental de Adolescentes e os Cuidados de Enfermagem: Revisão Integrativa. *Texto contexto – enfermagem*, 29, pp 1-15. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0424>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169(7), 467-473. doi:10.7326/m18-0850
- 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/108161/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf>
- Valente, M.S.G. (2020). La atención de salud en la infancia y la adolescencia: nuevos desafíos. *Revista de la Asociación Odontológica*, 108:41-45
- Watson, J. (2003). Love and caring. Ethics of face and hand--an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nursing Administration Quart Erly*, 27(3), 197–202. DOI: 10.1097/00006216-200307000-00005
- Watson, J. (2007). A teoria do cuidado humano de Watson e as experiências subjetivas de vida: fatores caritativos/caritas processes como um guia disciplinar para a prática profissional de enfermagem. *Texto Contexto – Enfermagem*, 16(1), 129-35. Doi:10.1590/S0104-07072007000100016
- WHO (2017). Adolescents and mental health. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/en/
- WHO. (2013). Mental health action plan 2013-2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- WHO. (2020). Adolescent mental health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

WHO. (2021). Adolescent and young adult health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

World Bank (2016). Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Priority. <https://www.worldbank.org/en/events/2016/03/09/out-of-the-shadows-making-mental-health-a-global-priority>

Yoo, S. Y., Cho, H. (2020). Exploring the Influences of Nurses' Partnership with Parents, Attitude to Families' Importance in Nursing Care, and Professional Self-Efficacy on Quality of Pediatric Nursing Care: A Path Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17, 5452; doi: 10.3390 / ijerph17155452 www.mdpi.com/journal/ijerph

ANEXOS

Anexo I – Guião Visitação Domiciliária ao RN

Guião Visita Domiciliária ao Recém-nascido

RN

Nome _____

DN: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Identificação da Mãe

Nome _____

DN ____ / ____ / ____ Idade: _____

Telefone _____

Profissão _____

Instrução _____

Rendimentos:

Vencimento certo Pensão Rendimento mínimo Outro: _____

Identificação do Pai

Nome _____

DN ____ / ____ / ____ Idade: _____

Telefone _____

Profissão _____

Instrução _____

Rendimentos:

Vencimento certo Pensão Rendimento mínimo Outro: _____

Agregado familiar

Nº de Elementos: _____

Composição: Pai Mãe Irmão(s) Idade: _____

Avós Maternos Avós Paternos

Outros Qual/Quais: _____

Tipo de Família:

Unitária Nuclear Monoparental Alargada Reconstruída

Outra Qual? _____

Colaboração Familiar: Sim Não Se sim, Quem? _____

Colaboração nas tarefas domésticas: Sim Não Se sim, Quem? _____

Se outros filhos, colaboração no cuidado aos mesmos: Sim Não Se sim, Quem? _____

Ciclo Vital de Duvall:

- 1 – Casais sem filhos (Do casamento ao nascimento do 1ºfilho)
- 2 – Família com filhos pequenos (filho mais velho: nascimento – 30 meses)
- 3 – Famílias com crianças em idade pré-escolar (filho mais velho: 30 meses – 6 anos)
- 4 – Famílias com crianças em idade escolar (filho mais velho: 6– 13 anos)
- 5 – Família com filhos adolescentes (filho mais velho:13 – 20 anos)
- 6 – Famílias com jovens adultos (saída do 1º filho – saída do último filho)
- 7 – Casal na meia-idade (“ninho vazio” – Reforma)
- 8 – Família Idosa (reforma à viuvez)

Risco Familiar Garcia – Gonzalez (1999)

- Famílias compostas por pais jovens e por filhos pequenos que moram todos num quarto alugado.
- Famílias cuja dinâmica de relação esteja alterada e em que pelo menos metade dos filhos estejam sujeitos a insucesso escolar.
- Famílias que solicitam em excesso os cuidados do centro de saúde.
- Famílias cujos membros, na sua totalidade ou na grande maioria, compartilhem um fator de risco comum (fumadores, obesos ou alcoólicos).
- Famílias nas quais um membro seja centro de atenção dos outros e que por isso altere as relações intrafamiliares (deficiente mental ou físico que não é aceite, pai alcoólico, etc.).
- Famílias que, pelos seus antecedentes familiares, estejam sujeitas a um risco mais elevado de padecer de determinado tipo de doenças, embora essas doenças não estejam presentes na atualidade.

Risco Familiar Segovia Dreyer (1984)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Morbilidade crónica | <input type="checkbox"/> Alcoolismo |
| <input type="checkbox"/> Invalidez | <input type="checkbox"/> Drogas |
| <input type="checkbox"/> Hospitalizações frequentes | <input type="checkbox"/> Desnutrição |
| <input type="checkbox"/> Mãe analfabeta | <input type="checkbox"/> Ausência de um dos pais |
| <input type="checkbox"/> Mãe solteira | <input type="checkbox"/> Pais analfabetos |
| <input type="checkbox"/> Chefe de família desempregado | <input type="checkbox"/> Apgar familiar < 4 |
| <input type="checkbox"/> Ausência temporária de um dos pais | <input type="checkbox"/> Filho grande deficiente |
| <input type="checkbox"/> Chefe de família com emprego temporário | <input type="checkbox"/> Chefe de família preso |
| <input type="checkbox"/> Morte de Pai ou de Mãe | <input type="checkbox"/> Filho com carências afetivas graves |

Condições Habitacionais

Habitação: Própria Arrendada Andar Moradia

Número de quartos: _____

Higiene da Habitação: Adequada Não Adequada

Conservação da Habitação: Adequada Não Adequada

Eletricidade: Sim Não

Abastecimento de água: Rede privada: Furo Poço

Rede Pública: Fontanário Não tem

Aquecimento: Não Sim Local Central

Casa de Banho: Sim Não

Na habitação Fora da Habitação Completa Incompleta

Conforto: Bom Mau Desconhecido Razoável

Mobiliário: Suficiente Insuficiente

Identificação do Recém-nascido e Necessidades

Peso: _____

Higiene: Cuidada Pouco cuidada

Padrão de Sono: Tranquilo Agitado

Número de horas de sono durante a noite: _____

Choro: Vigoroso Irritado Débil

Chupeta: Não Sim

Eliminação: Sem Alterações Cólicas Obstipação Diarreia

Regulação da temperatura: Roupa adequada à estação do ano

Roupa não adequada à estação do ano

Pele e Mucosas: Rosada Pálida Hidratada Desidratada

Ictérica Cianosada Marmoreada

Tónus: Normal Hipotónico Hipertónico

Cordão Umbilical: Sem Sinais Inflamatórios Com Sinais Inflamatórios

Quarto de RN: Sim Não

Berço/Cama de grades Alcofa Outro Qual _____

Realização do Teste Diagnóstico Precoce: Sim Não

Cumprimento do programa nacional de vacinação: Sim Não

Alimentação: Leite Materno Leite Artificial

Duração das Mamadas: _____

Intervalo das Mamadas: _____

<input type="checkbox"/> Criança parece saudável	<input type="checkbox"/> Criança parece doente ou sonolento
<input type="checkbox"/> Criança calma e relaxada	<input type="checkbox"/> Criança agitada ou chora
<input type="checkbox"/> Criança roda e procura a mama se tem fome	<input type="checkbox"/> Criança não roda nem procura a mama
<input type="checkbox"/> Cabeça e corpo da criança em linha	<input type="checkbox"/> Cabeça e corpo da criança rodados
<input type="checkbox"/> Criança junto do corpo da mãe	<input type="checkbox"/> Criança afastada do corpo da mãe
<input type="checkbox"/> Todo o corpo da criança apoiado	<input type="checkbox"/> Criança apoiada apenas pela cabeça e pescoço
<input type="checkbox"/> Criança à mama com o nariz frente ao mamilo	<input type="checkbox"/> Criança à mama, com lábio inferior/queixo frente ao mamilo
<input type="checkbox"/> Mais aréola visível acima do lábio superior	<input type="checkbox"/> Mais aréola visível abaixo do lábio inferior
<input type="checkbox"/> Boca bem aberta	<input type="checkbox"/> Boca da criança pouco aberta
<input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para fora	<input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para dentro
<input type="checkbox"/> Queixo da criança toca a mama	<input type="checkbox"/> Queixo da criança não toca a mama
<input type="checkbox"/> Sucção lenta e profunda, com pausa	<input type="checkbox"/> Sucção rápida e superficial
<input type="checkbox"/> Bochechas arredondadas quando mama	<input type="checkbox"/> Bochechas côncavas quando mama
<input type="checkbox"/> Criança afasta-se da mama quando termina	<input type="checkbox"/> Mãe tira o bebé da mama

Vinculação (John Bowlby, 1950)

<p>Mãe:</p> <p>Demonstra <input type="checkbox"/> Não Demonstra <input type="checkbox"/></p> <p>Autonomia nos cuidados: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Dificuldades/Preocupações Manifestadas:</p> <hr/> <p>Observações:</p> <hr/>	<p>Pai:</p> <p>Demonstra <input type="checkbox"/> Não Demonstra <input type="checkbox"/></p> <p>Autonomia nos cuidados: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Dificuldades/Preocupações Manifestadas:</p> <hr/> <p>Observações:</p> <hr/>
---	---

- **O bebé** apresenta precusores de comportamentos de vinculação: chorar, sorrir, agarrar, seguir e sugar: Sim Não
- **O bebé** está alerta e pronto para responder positivamente ao contacto com os pais através do olhar: Sim Não
- **O bebé** fica quieto e relaxado com o toque e a voz dos pais: Sim Não
- A **mãe/pai** interpreta sinais e comportamentos do filho: Sim Não
- A **mãe/pai** ajusta o seu comportamento a sinais e comportamentos do filho: Sim Não

→ A **mãe/pai** verbaliza sentimentos positivos em relação ao filho: Sim Não

Médico de Família _____

Enfermeiro de Família _____

Enfermeiro(a)

Data ____ / ____ / _____

Anexo II – Formação – Infecções do Trato Urinário



INFEÇÕES URINÁRIAS – DIAGNÓSTICO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM IDADE PEDIÁTRICA E MÉTODOS DE COLHEITA DE URINA

A Infecção do trato urinário (ITU) é a infecção bacteriana mais comum em idade pediátrica.

- 1 em cada 10 raparigas
- 1 em cada 30 rapazes

Perante a suspeita de Infecção do Trato Urinário (ITU) os objetivos são:

- Diagnóstico correto
- Início precoce de antibioterapia
- Identificação das crianças em risco para o desenvolvimento de lesões renais irreversíveis



INFEÇÕES URINÁRIAS – DIAGNÓSTICO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM IDADE PEDIÁTRICA E MÉTODOS DE COLHEITA DE URINA

Estima-se uma maior incidência anual no primeiro ano de vida no sexo masculino (1% vs 0,8%) com uma incidência acumulada até aos 16 anos maior no sexo feminino (11,3% vs 3,6%).

As crianças de raça caucasiana apresentam uma prevalência de ITU superior às de raça negra.



INFEÇÕES URINÁRIAS – DIAGNÓSTICO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM IDADE PEDIÁTRICA E MÉTODOS DE COLHEITA DE URINA

Fatores de risco de ITU dependentes do género: baixo risco – 0 ou 1 fator de risco;
alto risco – 2 ou mais fatores de risco.

Masculino

- Caucasiano
- Temperatura > ou = 39°C
- Febre > 24 horas
- Ausência de outro foco infeccioso
- História de ITU prévia

Feminino

- Caucasiana
- Idade < 12 meses
- Temperatura > ou = 39°C
- Febre > 48 horas
- Ausência de outro foco infeccioso
- História de ITU prévia



INFEÇÕES URINÁRIAS – DIAGNÓSTICO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM IDADE PEDIÁTRICA E MÉTODOS DE COLHEITA DE URINA

Apesar da sua frequência, o diagnóstico de Infecção do Trato Urinário (ITU) em pediatria pode ser difícil, principalmente na primeira infância.

Atrasos no diagnóstico e no tratamento podem ter efeitos no agravamento do estado clínico do doente e repercussão no prognóstico renal a longo prazo.

A importância da IU na criança vai muito além de ser causa frequente de doença aguda:

- constitui um sinal da existência de possível malformação do aparelho urinário;
- pode resultar em lesão renal permanente (cicatriz renal);
- causa de morbidade a longo prazo como hipertensão arterial e insuficiência renal crônica.



INFEÇÕES URINÁRIAS – DIAGNÓSTICO DA INFEÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM IDADE PEDIÁTRICA E MÉTODOS DE COLHEITA DE URINA

O objetivo do tratamento é aliviar a sintomatologia, erradicar a infecção e reduzir a probabilidade de se desenvolverem lesões parenquimatosas renais.



SINAIS E SINTOMAS DE ITU

Na população pediátrica, a suspeita clínica de ITU fundamenta-se em sinais e sintomas com diferentes graus de especificidade.

Nas crianças com idade inferior a 24 meses, os sintomas são muito inespecíficos, sendo a febre a principal queixa.

Na população pediátrica após os 24 meses de idade, a presença de febre e dor lombar orienta para uma localização do processo inflamatório no parênquima renal. Sintomatologia urinária como disúria, polaquiúria ou incontinência orientam para uma localização no aparelho urinário baixo.



SINAIS E SINTOMAS DE ITU

Esta sintomatologia nem sempre corresponde a ITU e pode coexistir noutras patologias como vulvovaginite, parasitose intestinal, cristaluria ou alterações funcionais da micção. Neste contexto, a suspeita clínica de ITU justifica sempre a realização de uma análise de urina para confirmação do diagnóstico.



SINAIS E SINTOMAS DE ITU

	Menos de 3 meses
Sinais e sintomas mais comuns	Febre Vómitos Prostração Irritabilidade
↓	Recusa alimentar Má evolução ponderal
Menos comuns	Dor abdominal Icterícia Hematúria Urina cheiro fétido



SINAIS E SINTOMAS DE ITU

	Mais de 3 meses
	<u>Pré-verbal</u>
Sinais e sintomas mais comuns	Febre
↓	Dor abdominal Dor lombar Vômitos Recusa alimentar
Menos comuns	Prostração Irritabilidade Hematúria Urina de cheiro fétido Má evolução ponderal



SINAIS E SINTOMAS DE ITU

	Mais de 3 meses
	<u>Verbal</u>
Sinais e sintomas mais comuns	Disúria Polaquiúria
↓	Bexiga disfuncional Incontinência urinária Dor abdominal Dor lombar
Menos comuns	Febre Vômitos Hematúria Urina de cheiro fétido Urina turva



SINAIS E SINTOMAS DE ITU

Em pediatria é fundamental dispor de testes rápidos para rastreio de ITU, de forma a instituir um tratamento precoce, melhorar o estado clínico do doente e o prognóstico.



MÉTODOS DE COLHEITA DE URINA

Subtítulo



MÉTODOS DE COLHEITA DE URINA

Um diagnóstico de ITU implica uma colheita asséptica de urina por técnica correta que permita confirmá-lo ou excluí-lo de modo inequívoco. Só assim é possível, com segurança, evitar terapêuticas e investigações desnecessárias.

Os métodos mais utilizados para colheita de urina são:

- **jato médio** na população pediátrica que controla os esfíncteres
- **saco coletor** nas crianças sem controlo de esfíncteres.

Estas técnicas apresentam um certo risco de contaminação, principalmente o saco coletor, o que conduz a falsos positivos ou a resultados duvidosos.

O risco é **tanto menor quanto maior** for a atenção dispensada às técnicas de desinfecção perineal, à substituição periódica dos sacos coletores e à recolha de urina emitida o mais rápido possível.



MÉTODOS DE COLHEITA DE URINA

A **escolha da técnica** deve adaptar-se aos recursos e treino do local de assistência.



MÉTODOS DE COLHEITA DE URINA – ESCOLHA DA TÉCNICA

Em caso de suspeita de ITU, o método de colheita a adotar é:

- algaliação ou punção supra-púbica nas crianças com febre sem foco que necessitem iniciar antibioterapia imediata;
- algaliação ou punção supra-púbica nas crianças sem controlo de esfíncteres, sem necessidade de antibioterapia imediata e com alto risco de ITU;
- jato médio nas crianças com controlo de esfíncteres;
- técnica não invasiva (saco coletor) nas crianças sem controlo de esfíncteres, sem necessidade de antibioterapia imediata e com baixo risco de ITU;
- se uma análise de urina colhida por técnica não invasiva (saco coletor) apresentar alterações na tira-teste urinária ou sedimento urinário é obrigatório efetuar a nova colheita de urina por algaliação ou punção supra-púbica para confirmação da ITU;



MÉTODOS DE COLHEITA DE URINA – ESCOLHA DA TÉCNICA

Nota: Em qualquer uma destas técnicas deve estar disponível um recipiente esterilizado para colheita de jato urinário espontâneo.

Na presença de alterações na tira-teste urinária (esterase leucocitária positiva e/ou nitritos positivos) é obrigatória a realização de urocultura.



MÉTODOS DE COLHEITA DE URINA – ESCOLHA DA TÉCNICA

Em crianças sem controlo de esfíncteres e que requeiram um diagnóstico e/ou tratamento imediato recomenda-se colheita de urina por técnica que minimize o risco de contaminação (punção supra-púbica (PSP) ou algaliação).

Punção supra-púbica (técnica):

- Efetuar 1 hora após a última micção e pelo menos 30 minutos após mamada.
- Se se dispõe de ecografia, recomenda-se a sua utilização para melhorar a eficácia da técnica.
- Utilizar uma agulha de calibre 22 e após desinfeção cuidadosa da pele, puncionar 1 cm acima da sínfise púbica, a uma profundidade de 2 a 3 cm , com inclinação da agulha de 30 a 45º no sentido caudal.



MÉTODOS DE COLHEITA DE URINA – ESCOLHA DA TÉCNICA

Algaliação (técnica):

- Limpeza cuidadosa dos genitais externos, com água e sabão líquido, retraindo o prepúcio nos rapazes e afastando os grandes lábios nas raparigas.
- Retirar restos de sabão com soro fisiológico. Utilizar sonda nasogástrica de calibre 6 F a 8 F.

MÉTODOS DE COLHEITA DE URINA – ESCOLHA DA TÉCNICA

Em crianças com controlo de esfíncteres, recomenda-se colheita de urina por **jato médio**, após limpeza cuidadosa dos genitais externos, com água e sabão líquido, retraíndo o prepúcio nos rapazes e afastando os grandes lábios nas raparigas. Retirar restos de sabão com soro fisiológico. Desperdiçar a primeira parte do jato urinário, colhendo o restante para recipiente esterilizado.

MÉTODOS DE COLHEITA DE URINA – ESCOLHA DA TÉCNICA

Em crianças sem controlo de esfíncteres, sem necessidade de antibioterapia imediata e com baixo risco de ITU a colheita de urina pode ser efetuada por técnica não invasiva (saco coletor).

Saco coletor (técnica):

- Limpeza cuidadosa dos genitais externos, com água e sabão líquido, retraíndo o prepúcio nos rapazes e afastando os grandes lábios nas raparigas.
- Retirar restos de sabão com soro fisiológico e colocar saco coletor.
- Repetir limpeza com colocação de novo saco a cada 30 minutos ou antes, se houver contaminação por fezes.



É um bom método de rastreio de ITU, tendo valor quando negativo, mas um mau método de diagnóstico pela frequente contaminação por bactérias fecais ou colonização uretral. Assim sendo, se a análise de urina recolhida por técnica não assética (saco coletor) apresentar alterações, recomenda-se a confirmação por técnica assética.



Os testes de cultura Uricult destinam-se ao diagnóstico de infeções do trato urinário (IU) através da demonstração de micróbios (contagem total de bactérias, bactérias gram-negativas, enterococos, Escherichia coli) em amostras de urina.

URICULT

Vantagens do teste Uricult:

- Fácil de usar – Três etapas fáceis: mergulhar - incubar – interpretar;
- Incubação e interpretação no local;
- Forma conveniente de transportar amostras de urina: A placa inoculada pode ser inserida de volta no tubo e enviada para o laboratório;
- Alta qualidade estabelecida com décadas de experiência;
- Resultados rápidos em 16-24 horas para mais informações sobre o estado clínico;
- Estabilidade de seis a nove meses à temperatura ambiente.

Os resultados dos testes nunca devem ser usados sozinhos, sem uma avaliação clínica completa.

URICULT

Mergulhar




Incubar



Interpretar





URICULT

Uricult

Meio de cultura para contagens bacterianas totais

Meio seletivo para bactérias gram-negativas



Uricult Plus

Meio de cultura para contagens bacterianas totais

Meio seletivo para bactérias gram-negativas

Meio seletivo para enterococos. Estreptococos do grupo B também podem crescer neste meio



URICULT



Uricult Trio

Meio de cultura para contagens bacterianas totais

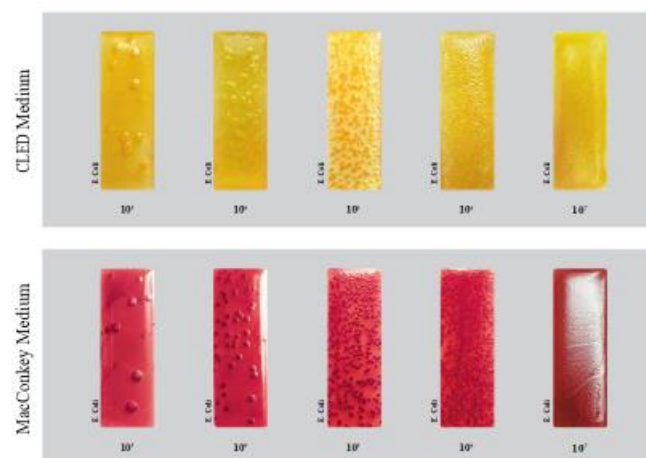
Meio seletivo para bactérias gram-negativas

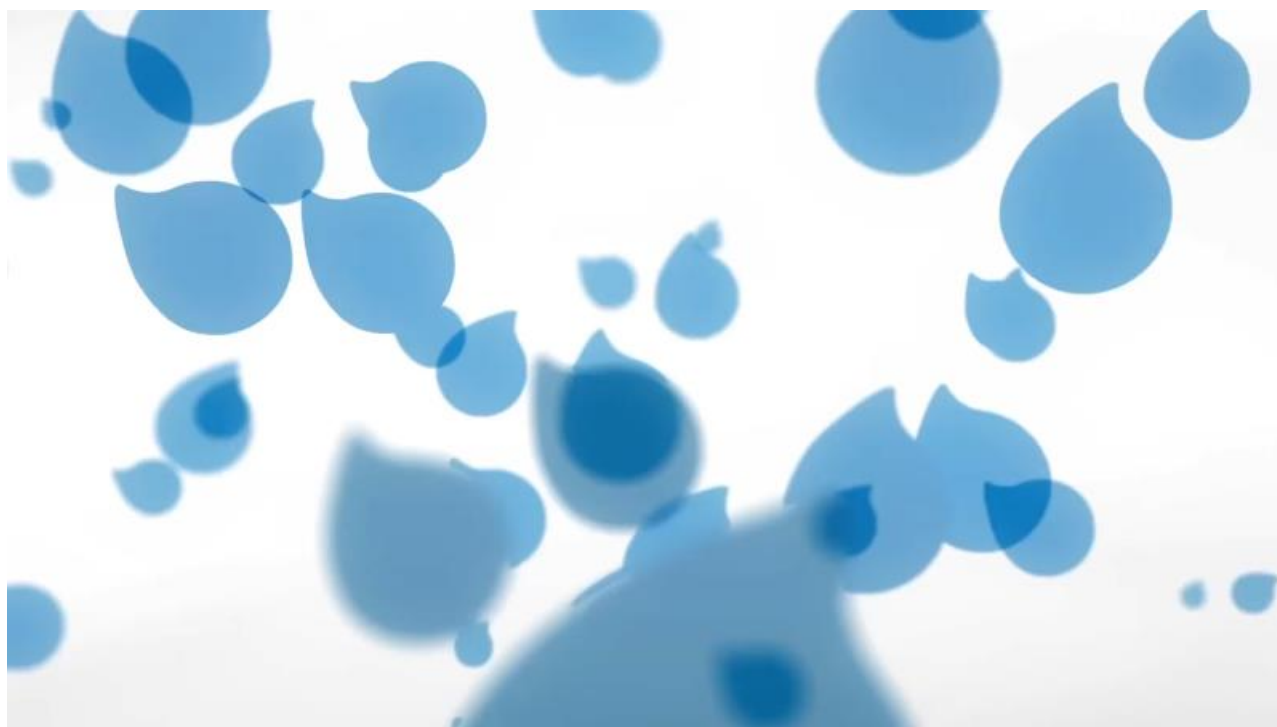
Meio E. coli para organismos Gram-negativos produtores de β -glucuronidase, especialmente para *Escherichia coli*, que é a causa mais comum de ITU. Certas leveduras também podem crescer neste meio.

ORGANISMOS NA PLACA



DENSIDADES DE COLÓNIAS ESCHERICHIA COLI





PREVENÇÃO DA ITU



PREVENÇÃO DA ITU

Procurar sistematicamente sintomas de instabilidade vesical:

- Polaquiúria
- Dificuldade em iniciar a micção
- Jato urinário interrompido
- Dor no início da micção
- Imperiosidade miccional
- Manobras de retenção
- Incontinência urinária



PREVENÇÃO DA ITU

Ensino de medidas de higiene preventivas adequadas:

- Reforço da ingestão hídrica
- Higiene cuidadosa dos genitais externos
- Necessidade de micções frequentes
- Tratamento da obstipação



DGS (2012). Norma número 008/2012. Diagnóstico e Tratamento da Infecção do Trato Urinário em Idade Pediátrica. Disponível a partir de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082012-de-16122012-pdf.aspx>



INFORMAÇÕES AOS PAIS

- Reforçar a importância do cumprimento da terapêutica.
- Informar sobre seguimento e exames complementares a realizar.
- Informar sobre a possibilidade de recorrência de IU. Em caso de sintomas sugestivos de infeção urinária ou febre sem foco, deverá ser sempre feito o rastreio de IU.
- Evitar ou tratar fatores predisponentes tal como obstipação, retenção urinária, disfunção vesical; recomendar ingestão abundante de água.

Anexo III – Escala de Avaliação da Dor PIPP e Procedimentos Mais Dolorosos

PREMATURE INFANT PAIN PROFILE (PIPP)

PROCESSO	INDICADORES	0	1	2	3
	Idade gestacional (semanas)	≥ 36	32 -35 e 6 dias	28 – 31 e 6 dias	< 28
Observar RN 15 segundos e anotar FC e saturação de oxigénio basal	Estado de alerta	Activo /acordado Olhos abertos Movimentos faciais	Quieto / acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Activo /dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto / dorme Olhos fechados Sem mímica facial
Observar RN 30 segundos	FC máxima	↑ 0 – 4 bpm	↑ 5 – 14 bpm	↑ 15 – 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	SO2 mínimo	↓ 0 – 2,4 %	↓ 2,5 –4,9 %	↓ 5,0 – 7,4 %	↓ ≥ 7,5 %
	Testa franzida	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Olhos espremidos	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Sulco naso-labial	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)

(Útil para a avaliação da dor em procedimentos)

Na escala PIPP a pontuação máxima é de 18 a 21, pelo que apresenta uma correspondência na pontuação total diferente de outras escalas (até 6 – sem dor, de 6 a 12 – dor ligeira a moderada, e acima de 12 – dor severa)

Lista dos procedimentos dolorosos mais frequentes em Neonatologia

Procedimentos de Diagnóstico	Procedimentos de Terapêutica
<ul style="list-style-type: none"> • Punção do calcanhar • Punção lombar • Punção Suprapúbica • Punção Venosa e Arterial • Exame Ocular 	<ul style="list-style-type: none"> • Acessos Vasculares centrais/cateterismos • Inserção de Drenos (Torácico) • Cuidados a Feridas • Inserção de sondas (naso/orogástrica, vesical) • Injeção intramuscular e subcutânea • Laserterapia para retinopatia • Cateterização Venosa Periférica • Remoção de Adesivo • Remoção de Sutura • Intubação Endotraqueal • Aspiração de Secreções

Adaptado de: Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn, p. 174 (Anand e International Evidence-Based Group for Neonatal Pain, 2001).

Anexo IV - Características dos estudos elegíveis

Características dos estudos elegíveis

E1 - Eating Disorder Prevention	
Base de	pubmed
Citação	Stice E, Johnson S, Turgon R. Eating Disorder Prevention. Psychiatr Clin North Am. 2019 Jun;42(2):309-318. doi: 10.1016/j.psc.2019.01.012. PMID: 31046932.
País	
Objetivo(s)	Descrever a base de evidências para programas de prevenção, que reduziram o início de transtornos alimentares ou sintomas de transtornos alimentares.
Participantes	Adolescentes e jovens mulheres
Contexto	Os transtornos alimentares afetam 13% de meninas e jovens mulheres e são marcados pela cronicidade, recaída, angústia, comprometimento funcional e aumento do risco de obesidade futura, depressão, suicídio, abuso de substâncias e mortalidade. Dado que 80% dos indivíduos com transtornos alimentares não recebem tratamento, uma prioridade de saúde pública é implementar amplamente programas de prevenção de transtornos alimentares que reduzem
Metodologia	Estudo prospectivo
Resultados	Intervenção baseada em Dissonância Cognitiva produziu reduções nos sintomas de transtornos alimentares e produziu significativamente maiores reduções no início de transtornos alimentares. Programa de prevenção cognitivo-comportamental não produziu um efeito principal significativo na probabilidade de transtornos alimentares. Programa para Alunos Atletas eficaz na prevenção de transtornos alimentares em atletas do sexo feminino e reduziu sintomas associados a transtornos alimentares, mas apresentou efeitos limitados em atletas do sexo masculino. Intervenção "Mindfulness" produziu reduções significativas
Conclusões chave	Foram identificados quatro programas de prevenção de transtornos alimentares que reduziram a probabilidade de aparecimento de transtornos alimentares e /ou sintomas de transtorno alimentar (Body Project, Healthy Weight, Programa para Alunos Atletas, Programa Mindfulness). Body Project, Healthy Weight, são os únicos programas de prevenção que reduzem o início dos transtornos alimentares e sintomas em vários ensaios e equipas independentes.
Lacunas da	

E2 - Universal prevention in eating disorders: A systematic narrative review of recent studies	
Base de dados	Scopus
Citação	Schwartz, C., Drexler, K., Fischer, A., Fumi, M., Löwe, B., Naab, S., Voderholzer, U. (2019). Universal prevention in eating disorders: A systematic narrative review of recent studies [Review]. Mental Health and Prevention, 14, Article 200162. https://doi.org/10.1016/j.mph.2019.200162
País	Não teve como foco um país específico – a nível mundial
Objetivo(s)	Resumir sistematicamente os estudos existentes sobre programas de prevenção de transtornos alimentares, direcionados a todos os tipos de programas de prevenção universal nos últimos dez anos.
Participantes	Estudos e programas de prevenção que incluíram todos os participantes disponíveis de uma coorte, por exemplo classes femininas e adolescentes.
Contexto	Os transtornos alimentares são transtornos mentais graves com múltiplos efeitos negativos, como comprometimento do papel, alto risco de comorbidades, efeitos negativos a longo prazo sobre a qualidade de vida e sofrimento psicológico. As taxas de mortalidade, em particular em anorexia nervosa, são elevadas em comparação com outros transtornos mentais. Direta e indiretamente os custos de tratamento, são elevados.
Metodologia	Revisão Sistemática Narrativa
Resultados	Intervenções baseadas em Dissonância Cognitiva melhoraram significativamente o nível de insatisfação corporal e o comportamento alimentar desorganizado e reduziram reduziu factores de risco. Intervenções de alfabetização midiática com melhoria significativa na alfabetização dos media, consciência, autoconceito e insatisfação corporal Intervenção "Mindfulness" com melhoria significativa em vários fatores de risco.

Conclusões chave	a prevenção universal pode ser um aspecto importante na prevenção de transtornos alimentares, mas os resultados não são fortes o suficiente para tirar conclusões claras sobre como deve ser implementado em larga escala. Detectamos um interesse crescente na redução dos fatores de risco no campo da prevenção universal e identificados abordagens emergentes
Lacunas da pesquisa*	Nenhum estudo nesta revisão avaliou o início dos transtornos alimentares nos meses e anos após o programa. Até agora, não há evidências sobre se intervenções preventivas podem reduzir de forma confiável a prevalência posterior de transtornos alimentares, o que representaria um efeito protetor significativo para os indivíduos afetados, suas famílias e o público.

E3 - A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset	
Base de dados	Scopus
Citação	Stice E, Onipede ZA, Marti CN. A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset. Clin Psychol Rev. 2021 Jul;87:102046. doi: 10.1016/j.cpr.2021.102046. Epub 2021 May 21. PMID: 34048952.
País	Estados Unidos e na Europa
Objetivo(s)	Avaliar ensaios clínicos randomizados, na prevenção dos transtornos alimentares, no sentido de verificarem a sua eficácia na redução da probabilidade de início dos mesmos.
Participantes	15 estudos envolvendo 5080 participantes
Contexto	80% dos indivíduos com transtornos alimentares não recebem tratamento e tratamentos baseados em evidências produzem remissão de sintomas em apenas 30–40% dos doentes. Assim, a implementação ampla de prevenção eficaz programas podem ser uma forma mais eficaz de abordar esta questão de saúde pública. Os programas de prevenção podem ser particularmente eficazes para transtornos alimentares porque o período para o início ocorre entre as idades de 16 a 19 anos.
Metodologia	Revisão Sistemática com Metanálise
Resultados	Programa de prevenção psicoeducacional com redução de 52% na probabilidade de ocorrência de distúrbios alimentares, embora estudo considerado pouco significativo por pequena amostra. Programas de prevenção cognitivo-comportamental não são eficazes na redução da probabilidade de ocorrência de transtornos alimentares, potencialmente devido à aceitabilidade limitada desta intervenção. Programas de prevenção de transtornos alimentares baseados em dissonância cognitiva reduziram significativamente a probabilidade de ocorrência de transtornos alimentares. Programa de aumento da autoestima / autoeficácia no ensino secundário reduziu significativamente a probabilidade de ocorrência de transtornos alimentares. Programa de prevenção de transtorno alimentar baseado em Terapia Familiar não eficaz na redução da probabilidade de ocorrência de transtornos alimentares, embora esse ensaio tenha sido apenas avaliado para a Anorexia Nervosa.
Conclusões chave	A prevenção baseada na dissonância reduziram significativamente o início de transtornos alimentares em vários ensaios, produzindo uma redução de 54% a 77% no futuro transtorno alimentar o que implica que a implementação ampla desses programas de prevenção poderia reduzir a prevalência de transtornos alimentares na população.
Lacunas da pesquisa*	Apenas identificados 15 ensaios que foram ser incluídos na meta-análise, o que limita a generalidade das descobertas, já que a maioria dos programas de prevenção de transtornos alimentares que foram desenvolvidos não foram avaliados em ensaios para detectar a prevenção do aparecimento de transtornos alimentares. Nenhum dos ensaios localizados testaram se a prevenção de distúrbios alimentares diferiram para vários grupos étnicos, géneros ou indivíduos com diferentes orientações ou identidades sexuais.