

2º Encontro de Saúde Infantil e Pediátrica

Inspiração para Cuidar

28 de outubro | 2022

Auditório do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

Livro de Resumos

Luís Miguel Condeço

Madalena Carvalho

Margarida Carvalho



Livro de Resumos do
2º Encontro de Saúde
Infantil e Pediátrica
de Viseu

Livro de Resumos do 2º Encontro de Saúde Infantil e Pediátrica de Viseu

Autoria: Luís Miguel Condeço

Co-autores: Madalena Carvalho e Margarida Carvalho

Prefaciador: Madalena Carvalho

Organização: Ana Cristina Loureiro, Ana Margarida Tojal, Luís Miguel Condeço,
Margarida Carvalho, Maria do Patrocínio Martins e Isabel Silva

Imagem: Lara Sampaio Silva e Sara Sampaio Silva

Design: Mafalda Carvalho Rodrigues

© ASIV – Associação de Saúde Infantil de Viseu

Avenida Rei Dom Duarte

Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

3504-509 Viseu – Portugal

www.asiviseu.org

+351 232 420 500 | asiviseu.org@gmail.com

2023

ISBN: 978-989-33-4494-1

Os resumos apresentados neste Livro de Resumos são da exclusiva responsabilidade dos seus autores.

CONTEÚDO _____

NOTA INTRODUTÓRIA.....	6
PROGRAMA DO 2º ESIP VISEU	8
COMISSÃO CIENTÍFICA	11
COMISSÃO ORGANIZADORA	12
PRELEÇÕES.....	13
Cuidámos em Pediatria – Histórias e Memórias	14
Cuidamos em Pediatria – Parentalidade + na Primeira Infância	22
Cuidamos em Pediatria – Papel Parental na Hospitalização.....	24
Cuidamos em Pediatria – DM1 e Adesão Terapêutica na Adolescência	26
Continuaremos a Cuidar em Pediatria – Transição Digital em Pediatria.....	28
Continuaremos a Cuidar em Pediatria – Cuidados Paliativos Pediátricos	31
Continuaremos a Cuidar em Pediatria – Perturbações do Comportamento Alimentar	36
COMUNICAÇÕES LIVRES.....	39
PÓSTERES.....	53

COMUNICAÇÕES LIVRES _____

Hipnose pediátrica na abordagem da dor em crianças: eficácia da técnica da Luva Mágica.....	40
Intervenções de enfermagem na gestão da asma na criança/família – revisão integrativa da literatura, compreensão à luz da teoria das transições de Meleis.....	43
Conhecimentos acerca da amamentação/aleitamento materno	45
O processo de amamentação de mães cegas e o apoio dos enfermeiros	47
Cuidar em pediatria, investindo na literacia em saúde	50

PÓSTERES _____

O índice de massa corporal (IMC) e a qualidade de sono em estudantes de enfermagem...	54
Visitação domiciliária ao recém-nascido	56
Aleitamento materno: promoção da saúde materno-infantil	58
Púrpura trombocitopénica imune em criança de 2 anos de idade: estudo de caso.....	60

NOTA INTRODUTÓRIA_____

Inspiração para Cuidar.

Cuidámos, Cuidamos e continuaremos a Cuidar!!!!

Para tal é crucial desenvolver competências técnicas e científicas capazes de responder aos desafios em constante ordem crescente de dificuldade e de complexidade. Os pressupostos em que assentam as bases para o cuidar mudam com relativa facilidade de paradigma. Exigem por isso uma aprendizagem contínua e readaptação dos procedimentos.

Os ganhos em saúde verificados no que se refere a morbilidade e mortalidade neonatal e infantil vieram também criar novas expectativas mais centradas na qualidade desse mesmo cuidar.

Importa pois, proporcionar aos profissionais de saúde em geral e aos enfermeiros em particular, momentos de reflexão, de modo a desenvolver a confiança e promover competências na criança e família e assim ultrapassarem em plenitude os obstáculos com que se vão deparando.

Os temas foram escolhidos pela relevância que apresentam nas várias formas de fazer, de ensinar e de investigar em enfermagem.

O 2º Encontro de Saúde Infantil e Pediátrica de Viseu versou temas focados no Cuidámos em Pediatria, onde se lembraram histórias, guardadas na memória de profissionais dedicados e que partilharam esses momentos. Cuidamos e Continuamos a Cuidar, tendo por base a Formação. Abordou-se a Parentalidade + na Primeira Infância, O papel Parenteral na Hospitalização, DM1 e Adesão Terapêutica na Adolescência, Transição Digital em Pediatria, Cuidados Paliativos Pediátricos e Perturbações do Comportamento Alimentar.

Contou ainda com a apresentação de cinco comunicações livres e quatro pósteres, dirigidos a toda esta faixa etária.

A discussão dos temas expostos na formação proporcionaram uma reflexão na prática do cuidar tendo sempre como principal objetivo mais e melhores cuidados.

Madalena Carvalho

PROGRAMA DO 2º ESIP VISEU _____

LOCAL: Auditório do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

8h30 – Abertura do Secretariado

9h30 – Sessão de Abertura

Adelino Rodrigues | Presidente Honorário do 2º ESIP Viseu

Madalena Carvalho | Presidente do 2º ESIP Viseu

Jorge Melo | Adjunto do Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

Nuno Duarte | Presidente do C. A. do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

10h00 – Cuidámos em Pediatria

Moderador: Luís Miguel Condeço | Enf.º Especialista do Serviço de Pediatria CHTV

Histórias e Memórias

Adelino Rodrigues | Enf.º Gestor do Serviço de Pediatria CHTV (aposentado)

José Castanheira | Diretor do Serviço de Pediatria CHTV (aposentado)

Conceição Salgado | Coordenadora da Unidade de Cirurgia Pediátrica CHTV

Conceição Sousa | Coordenadora da Educação do Serviço de Pediatria CHTV

11h15 – Coffee Break

11h30 – Cuidamos em Pediatria – Estado da Arte

Moderadora: Margarida Carvalho | Enf.^a Especialista do Serviço de Pediatria CHTV

Parentalidade + na Primeira Infância

Cristina Valente | Enf.^a do Serviço de Pediatria CHTV

Papel Parental na Hospitalização

Rui Miragaia | Enf.º do Serviço de Pediatria CHTV

DM1 e Adesão Terapêutica na Adolescência

Sérgio Cabral | Enf.º do Serviço de Pediatria CHTV

12h30 – Almoço Livre

14h00 – Comunicações Livres

Comunicações Orais

Moderadoras: Ana Cristina Loureiro e Ana Margarida Tojal | Enfermeiras
Especialistas do Serviço de Pediatria CHTV

Pósteres

Moderadores: Patrocínio Martins e Luís Miguel Condeço | Enfermeiros
Especialistas do Serviço de Pediatria CHTV

15h30 – Continuaremos a Cuidar em Pediatria

Moderadora: Isabel Silva | Enf.^a Especialista do Serviço de Pediatria CHTV

Transição Digital em Pediatria

Ricardo Mota | Enf.^o Especialista do Serviço de Pediatria CHTV

Cuidados Paliativos Pediátricos

Soraia Correia | Enf.^a do Serviço de Pediatria CHTV

Perturbações do Comportamento Alimentar

Rute Sampaio | Enf.^a do Serviço de Pediatria CHTV

16h30 – Encerramento - Entrega de Prémios

COMISSÃO CIENTÍFICA_____

Presidente: Madalena Carvalho, RN, CNS, MSc, PhD

Ana Cristina Loureiro, RN, CNS, MSc

Ana Cristina Valente, RN, CNS, MScN

Ana Margarida Tojal, RN, CNS, MScN

Isabel Silva, RN, CNS, MScN

Luís Miguel Condeço, RN, CNS, MScN, PhD Std

Margarida Carvalho, RN, CNS, MScN

M.^a Patrocínio Martins, RN, CNS, MScN

Natália Miranda, RN, CNS

Ricardo Mota, RN, CNS, MScN

Rui Miragaia, RN, CNS, MScN

Rute Sampaio, RN, CNS, MScN

Sérgio Cabral, RN, CNS, MScN

Soraia Correia, RN, CNS, MScN

COMISSÃO ORGANIZADORA_____

Ana Cristina Neves da Costa Loureiro

Ana Cristina Santos Valente

Ana Margarida de Andrade Fernandes Tojal

Ana Sofia Melo Lopes

Cecília Emanuela de Leitão e Costa Ferreirinha da Rocha Paula

Isabel Cristina Cardoso Silva

Lúcia Maria Marques Correia Silva

Luís Miguel Pereira Condeço

Margarida Maria da Silveira Montenegro Reis Costa

Margarida Maria Lopes de Carvalho

Maria do Patrocínio Quaresma Martins

Maria Irene Costa Lopes Ruas

Maria Natália Miranda da Silva

Micaela Sofia Gabriel Pinto

Ricardo Alexandre Carreira Mota

Rui Miguel dos Anjos Melo

Rui Manuel Miragaia Monteiro

Rute Susana Saraiva Sampaio

Sérgio Manuel Figueiredo de Almeida Cabral

Soraia Liliana Barbosa Correia

PRELEÇÕES _____

Adelino Rodrigues*

*enfasrodrigues@gmail.com

Enfermeiro Gestor – aposentado

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Enfermeiro Gestor do Serviço de Pediatria Internamento do CHTV de 2003 a 2022.

RESUMO DA PRELEÇÃO

Bom dia,

Antes de mais quero agradecer aos colegas da organização deste 2º Encontro de Saúde Infantil e Pediátrica, por me darem a honra de ser o Presidente Honorário e também por poder participar nesta 1ª mesa.

Não é possível, em tão pouco tempo, transmitir toda a mudança e evolução da Pediatria nestes últimos anos, por isso vou-me limitar a dar algumas pinceladas das memórias que tenho e que irei recordar nos anos que me restarem, agora já fora do Serviço que liderei durante os últimos 18-19 anos.

O Serviço de Pediatria já é do Século passado... dos tempos em que o Hospital era da Misericórdia, depois Hospital de S. Teotónio, e, com o 25 de Abril de 1974, Hospital Distrital de Viseu.

Foi nestas velhas instalações que fiz o meu estágio de Pediatria do meu curso, em 1979, apenas 2 anos antes da mudança para as novas instalações (novas do Hospital velho), que ocorreram em 1981. Foi lá depois instalado o Serviço de ORL.

Não havia Urgência de Pediatria separada e as crianças eram admitidas e tratadas no meio dos adultos, numa Urgência sem condições para ninguém...

Só nos últimos anos antes da mudança para este Hospital é que se improvisou uma admissão diferenciada para as crianças.

O alojamento das mães (só mães) era nas traseiras do edifício e apenas podiam acompanhar de noite as mães de crianças até aos 3 anos, com prioridade às que amamentavam...

As “*novas*” instalações tinham já boas condições e equipamentos muito à frente dos restantes serviços do Hospital, que estavam já muito degradados. Na parte de baixo estavam instalados os serviços de Cardiologia e de Obstetrícia.

Integrei a equipa em 1985.

Foi em 17 de julho de 1997 que fizemos a mudança para o novo Hospital (inicialmente Hospital Distrital de Viseu e que depois foi intitulado de Hospital Grão Vasco, durante 1 ano, no decurso das obras, antes da mudança) e depois finalmente de Hospital de S. Teotónio. Integrando o Hospital de Tondela em 2011, foi constituído o CHTV atual.

As novas instalações foram apetrechadas praticamente com o material e equipamentos da Pediatria “*velha*” pois eram materiais ainda atualizados (com 16 anos), ao contrário dos serviços de adultos, que foram instalados com equipamentos novos (camas, monitores, ...).

Logo na mudança foram verificados erros na construção (apesar de terem sido apontados à direção da construção, anteriormente, pela equipa do Serviço).

Tínhamos 2 enfermarias com cerca de 9 m² (cada) e com 4 camas de criança e 4 cadeirões cada uma...

Havia portas onde não dava para entrar uma maca ou uma cama de criança...

Trabalhei na Unidade de Neonatologia (desde 1995) até 21 de julho de 2003, iniciando nessa data a liderança da equipa que apenas deixei 18-19 anos depois por motivo de saúde...

Tivemos de adaptar as instalações à mudança das necessidades ditadas pela evolução demográfica, técnica e científica, recorrendo muitas vezes a parcerias como a “*Missão Sorriso*” e reconvertendo espaços e materiais de modo a onerar o menos possível o Hospital.

Vivemos a experiência de ser um Serviço de Pediatria (um Departamento, quase um Hospital Pediátrico) dentro de um hospital de adultos, com administrações que não

compreendiam as necessidades da Pediatria e só com muito esforço e insistência se conseguia alguma colaboração...

Reconverteram-se instalações para dar melhores condições de trabalho, de assistência e de conforto, aos profissionais, às crianças e adolescentes e aos pais.

Acompanhámos a evolução tecnológica e científica tentando sempre adotar as melhores práticas baseadas na experiência de uma equipa que teve a felicidade de se manter estável e coesa durante todos estes anos (equipa de Enfermagem e de AO) e sempre se manteve atenta ao progresso científico.

No entanto, nunca deixámos de estar atentos ao ambiente e à sua adequação às necessidades dos nossos meninos. Foi assim que, por exemplo, eliminámos barreiras e adaptámos as instalações para instalar dentro do Serviço de Internamento o Hospital de Dia Pediátrico (Ambulatório médico e cirúrgico pediátrico), permitindo assim reduzir o tempo de internamento e agilizando o acesso aos nossos cuidados.

A título de exemplo: no hospital velho, as crianças de ORL ficavam uma semana (no serviço de ORL) e mesmo já nas novas instalações isso acontecia, mas agora já ficavam na Pediatria, devidamente acompanhadas... A reimplantação de ureteres exigia um internamento de 15 dias... Agora, as crianças de ORL são intervencionadas e vão para casa no dia seguinte (menos de 24 horas) e o reimplante de ureteres permite que a criança vá para casa no mesmo dia... muitos outros procedimentos, das mais variadas especialidades, fazem-se em algumas horas ou até em minutos, dando outra qualidade de assistência aos nossos utentes...

Tivemos a colaboração de muitos profissionais, das mais variadas especialidade. Destaque para a Ortopedia Pediátrica (Dr.^a Fátima e Dr. Serafim) que, embora "externa" ao Serviço, foi de sempre um pilar essencial da nossa assistência e, claro, a Cirurgia Pediátrica com a Dr.^a Conceição Salgado que muitos anos trabalhou só ela e nós... e, nos últimos anos, temos também a felicidade de ter a Dr.^a Patrícia Horta.

Mas, a tecnologia e a ciência nunca nos afastaram da humanização, do envolvimento das crianças e dos pais em todos os processos.

O Serviço foi sempre um conjunto complexo de sinergias, a simbiose de muitos saberes, envolvendo as Escolas de Enfermagem com as quais colaboramos e das quais também recebemos, o sector da educação (educadoras, professoras, animadoras, ...), o serviço social e todos os outros serviços que nos apoiam.

Esta multiprofissionalidade tem funcionado como uma orquestra que tentámos sempre manter afinada.

As nossas crianças com doença crónica sempre souberam que tinham no Serviço um ponto de abrigo e até admissão privilegiada (direta), tentando sempre que o seu sofrimento seja minimizado dentro do possível.

Aproveito para homenagear todos os pais heroicos destas crianças, sobretudo as mães, e foram muitas as que se cruzaram connosco de forma indelével nestes anos. (Ainda há apenas alguns dias recebi um telefonema de uma mãe a pedir-me ajuda ... que encaminhei ...)

As crianças com paralisia cerebral, com fibrose quística, ou outras, que antes tinham uma esperança de vida curta, agora sobrevivem à idade pediátrica e sentimos a necessidade de alargar um pouco mais a idade de admissão destes jovens (até aos 24 anos!).

O apoio à criança com diabetes sempre foi um marco muito importante do nosso Serviço com a implementação de métodos de ensino e controlo que inovaram e acompanharam a evolução das melhores práticas.

A Adolescência sempre foi uma parte importante do nosso Serviço, já desde o Hospital velho onde não havia a Unidade (separada) que existe no Serviço atual.

Aqui, tem especial realce o apoio a jovens com anorexia nervosa, sendo um Serviço de Referência para o tratamento e acompanhamento destes utentes.

A nossa equipa multiprofissional de Cuidados Paliativos Pediátricos, recentemente constituída, está a desenvolver trabalho importante nesta área.

A humanização do Serviço sempre foi uma das nossas grandes preocupações.

Em parceria com a Escola Secundária Alves Martins foi projetada e realizada a decoração do Serviço, tornando os espaços mais agradáveis e acolhedores.

Desde os tempos do velho hospital em que as mães só acompanhavam até aos 3 anos, fomos adaptando as condições do Serviço de modo a permitir aos pais (a todos os pais) um acompanhamento efetivo, muitas vezes ultrapassando a própria legislação e sempre à frente dos outros serviços de Pediatria do país.

As instalações dedicadas aos pais foram progressivamente sendo pouco usadas já que foram criadas condições para acompanhamento mais próximo, ao ponto de recentemente podermos ceder 4 dos 16 quartos para a instalação da Unidade de Hospitalização Domiciliária.

A informação aos pais tem sido também a preocupação da equipa, estando agora para se evoluir para os meios digitais.

Com um Serviço grande, com portas abertas aos pais e a muitos profissionais, era necessário pensar seriamente nas questões de segurança, sobretudo quando se falava em fugas e rapto de crianças, por isso, após uma luta demorada e difícil, instalámos um sistema de pulseiras eletrónicas canadiano, que foi pioneiro na Europa, e que escolhemos pela sua fiabilidade e facilidade de utilização. Este sistema não é para restringir a liberdade, mas sim para nos dar mais segurança e permitir que a criança esteja em qualquer parte do Serviço, com as portas abertas... Também a segurança do doente não foi descuidada e o Serviço foi sendo adaptado de modo a afastar o mais possível o risco, tendo em conta a especificidade dos nossos utentes.

Aproveitámos todas as oportunidades de colaborar com a instituição e ao mesmo tempo também estimular nos nossos pequenos a cultura da segurança, fazendo-os participar nas ações, como foi exemplo a campanha de higienização das mãos.

A Pediatria sempre esteve intimamente implicada nas causas sociais que envolvem as crianças.

O 1º Hospital de Viseu – da Misericórdia – tinha uma “roda” onde eram depositadas as crianças para que depois alguém as acolhesse...

Nos novos tempos há outros tipos de “roda” e o Serviço funcionou durante muitos anos como CAT para crianças que ficavam à nossa guarda por ordem dos tribunais ou a pedido da CPCJ ou por intervenção do NHACJR criado no Serviço. Chegámos

a ter crianças internadas nesta situação durante quase um ano. Ultimamente, com a melhoria de funcionamento dos serviços, estes internamentos já estão limitados a alguns dias apenas.

O Serviço integra a UCF da criança e adolescente, coopera com a CPCJ e com o CAT e a equipa participa em campanhas como a do laço azul contra os maus-tratos a crianças e jovens...

A segurança na estrada e nas escolas são também preocupação e por isso estamos muito envolvidos nestes projetos que foram iniciativas do Serviço: A Alta Segura e o Grupo de Alerta para a Segurança.

Levar a Pediatria à comunidade e desmistificar nas crianças os cuidados de saúde fez toda a equipa colaborar na iniciativa dos internos de fazer um hospital de faz-de-contas - o Hospital do Rotundinhas.

A parceria com as escolas sempre foi basilar todos temos beneficiado com essa interajuda, desde a colaboração com os infantários na formação, ao GASA.

As dificuldades em conseguir meios financeiros para algumas iniciativas levou-nos a recorrer a instituições externas para podermos prosseguir os nossos objetivos.

A ASIV (Associação de Saúde Infantil de Viseu), que foi constituída sobretudo para constituir suporte às ações formativas e de relação com a comunidade, tem tido um papel fundamental.

Mas, o livro também veio ao Hospital, não só por se tratar de um livro infantil da autoria de um escritor da região, mas também porque relata a história de S. Teotónio.

Em 2008 foi grande a alegria no Serviço aquando da visita da representação da Seleção Nacional de Futebol, dando grandes emoções aos nossos doentes: os internados e aqueles que responderam ao nosso convite para virem também... e depois veio o hospital em peso...

Em todo este percurso, tenho de recordar, antes de mais, as minhas antecessoras: Enf.^a Graça Aparício e Enf.^a Olga Coelho e depois aquelas que saíram do hospital sobretudo por aposentação (M^a João Chapeira que foi para o Sul, a Lurdes, Rosário, Fátima, Ester, Lurdes, Rosa Guerra, Carminda, Celeste (educadora), e a Rosa Lopes

e São Luís da Consulta Externa de Pediatria que esteve sob a minha direção de 2008 (julho) a 2013 (fevereiro).

Uma referência também aos 4 anteriores diretores do Serviço (Ovídio, Castanheira, Carlos Figueiredo e Alzira), aos pediatras já aposentados (Amaral dos Santos, Domingues e Fonseca), à Assistente Social Maria José, às pediatras que saíram (M^a do Carmo e Graça) e à nutricionista Alexandra que muito se dedicou às nossas crianças.

Não posso deixar de lembrar com muita saudade aqueles que já partiram, sobretudo nossa Eduarda, mas também a Dr.^a Luísa que foi diretora do Serviço, a Dr.^a Maria José e o Dr. Nuno.

Já tenho saudade dos tempos em que enchíamos o auditório com crianças nas nossas festas de Natal ou do Dia da Criança, em que juntávamos os nossos internados com crianças das escolas.

Tenho esperança de que esta equipa se mantenha “*atada*” a esta causa e sempre unida nos objetivos a atingir.

Recordo evidentemente todos os que fizeram parte do percurso deste Serviço, mas de forma especial estes que foram os últimos com quem trabalhei e que nunca esquecerei:

Ana Margarida, Cecília, Isabel, Lúcia, Luís, Margarida Montenegro, Margarida Carvalho, Irene, Natália, Patrocínio, Micaela, Ricardo, Rui Miragaia, Rui Melo, Rute, Sérgio, Soraia, Ana Isabel, Ana Paula, Ana Teresa, Deolinda Sobral, Deolinda Correia, Alcídia, Alice, Piedade, Lurdes e Sara.

As instituições fazem de nós chefes ou gestores ou qualquer outra coisa..., mas são as pessoas que fazem de nós líderes...

Em Conclusão: Tenho muitas marcas profundas, praticamente todas muito boas e que ficam para o resto da vida, mas uma das crianças que mais me marcou neste percurso foi este jovem (Diogo) que, sendo invisual, nos conhecia e identificava a todos apenas pela nossa voz. Que melhor agradecimento podemos esperar?

Olhar uma criança que mesmo doente nos dá um sorriso como este é a melhor retribuição por todo o esforço que fazemos todos os dias.

Como agora já estou retirado destas interações com as nossas crianças, restam-me os carinhos dos meus netos...

José Marques Castanheira**

** jose.marques.castanheira@gmail.com

Médico Pediatra - aposentado

Assistente Graduado Sénior de Pediatria e Diretor do Serviço de Pediatria do CHTV de 1993 a 2009.

Maria da Conceição Salgado***

*** mcrsalgado@yahoo.com

Médica Cirurgiã Pediátrica

Assistente Graduada Sénior de Cirurgia Pediátrica e Coordenadora da Unidade de Cirurgia Pediátrica do CHTV.

Maria da Conceição Sousa****

**** sao.rato@hotmail.com

Educadora de Infância

Educadora de Infância no Serviço de Pediatria do CHTV desde 1988 e Coordenadora do Setor de Educação do Serviço de Pediatria do CHTV.

Cristina Valente*

*enf.cristina.valente@gmail.com

Enfermeira no Serviço de Pediatria Internamento do CHTV

Licenciada em Enfermagem (2006). Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2022). Exerceu funções profissionais no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, nos serviços de Urgência Geral, Internamento de Medicina e Especialidades Cirúrgicas do CHTV.

RESUMO DA PRELEÇÃO

Introdução: A transição para a parentalidade pode ser um momento stressante e difícil para os pais (Gilmer et al. (2016), no entanto uma transição bem-sucedida para a parentalidade é um processo de construção para a parentalidade positiva precoce (Sourander et al., 2010). Esta de acordo com Lopes & Dixe (2012) compreende um complexo conjunto de responsabilidades para os pais, pressupondo atividades do quotidiano que previnam comportamentos de risco, fomentem comportamentos desejados e respondam às necessidades de desenvolvimento da criança.

Objetivos: Analisar a autoperceção dos pais (pai/mãe) de crianças dos 0 aos 3 anos de idade sobre o exercício da parentalidade positiva.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, numa amostra selecionada por conveniência envolvendo 90 pais (pai/mãe) de crianças dos 0 aos 3 anos a frequentar a creche/jardim-de-infância da região centro do país. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário constituído pela caracterização geral do pai/mãe (ad hoc), caracterização referente à criança e a Escala de Parentalidade Positiva validada para a população portuguesa (Lopes & Dixe, 2012).

Resultados e Discussão: Participantes (pai/mãe) com idades superiores a 35 anos (mãe 58,8% vs. pai 63,4%) de crianças do sexo feminino (56,7%) e do masculino (43,3%), com 47,8% dos 12-24 meses. O estado civil da mãe interfere na autoperceção da confiança no exercício da parentalidade positiva ($p=0,025$); a situação profissional da mãe tem relevância significativa na autoperceção da necessidade de conhecimentos ($p=0,008$) e a situação profissional do pai na autoperceção da confiança ($p=0,006$). No estudo de Lopes (2012), as diferenças no exercício da parentalidade incidiram sobretudo entre os participantes (pai/mãe) com o ensino básico e os que possuíam o ensino superior para todas as dimensões.

Conclusões: Os resultados sugerem que a promoção da parentalidade positiva é essencial para o bem-estar infantil. Os Enfermeiros Especialista em Saúde Familiar e Saúde Infantil e Pediátrica deve promover intervenções/atividades para a capacitação dos pais, no âmbito das necessidades físicas da criança, saúde e segurança da criança, desenvolvimento, comportamento e estimulação da criança, comunicação positiva com a criança e disciplina positiva.

Palavras-Chave: Parentalidade positiva; Criança; Enfermeira; Família.

Bibliografia:

- (1) Gilmer, G., Buchan, J. L., Letourneau, N., Bennett, C. T., Shanker, S.G., Fenwick, A., & Smith-Chant, B. (2016). Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: A realist review. *International Journal of Nursing Studies*, 59, 118-133.
- (2) Lopes, M. S. O. C. (2012). Apoiar na parentalidade positiva: Áreas de intervenção de enfermagem [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa. Veritati, Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
- (3) Lopes, M. S. O. C., & Dixe, M. A. C. R. (2012). Exercício da parentalidade positiva pelos pais de crianças até três anos: construção e validação de escalas de medida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(4), 787-795. ~
- (4) Sourander, A., Brunstein Klomek, A., Ikonen, M., Lindroos, J., Luntamo, T., Koskelainen, M., Ristkari, T., & Helenius, H. (2010). Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents: a population-based study. *Archives of General Psychiatry*, 67(7), 720-728.

_____Cuidamos em Pediatria Papel Parental na Hospitalização

Rui Miragaia*

*enfermeirorui@gmail.com

Enfermeiro no Serviço de Pediatria Internamento do CHTV

Licenciado em Enfermagem (2004). Pós-graduado em Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho. Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2022). Exerceu funções profissionais no Hospital São José – Lisboa, no Hospital Cândido Figueiredo – Tondela, no Hospital Distrital da Covilhã, no Hospital Sousa Martins – Guarda, no Centro de Saúde de Trancoso e no Centro de Saúde de Seia.

RESUMO DA PRELEÇÃO

A parentalidade é o assumir de responsabilidades de ser pai/mãe de uma criança durante o seu desenvolvimento, utilizando atitudes que visam otimizar o seu crescimento e desenvolvimento, implicando um papel ativo e eficaz, o papel parental. Este papel, que nem sempre é fácil pode tornar-se mais difícil quando a criança fica doente e necessita de hospitalização.

A hospitalização pode ser stressante para a criança e para os seus familiares, nomeadamente para os pais e/ou cuidador principal. No hospital, as crianças têm que enfrentar um ambiente desconhecido e profissionais de saúde desconhecidos, muitas vezes têm que passar por procedimentos que causam dor, perda de independência e uma variedade de intervenções totalmente desconhecidas. A interpretação da criança face a estes eventos e as suas respostas às experiências vivenciadas durante o internamento é considerada uma experiência negativa, o que afeta indiretamente o seu nível de desenvolvimento (Suparto et al., 2019). Nessas horas, ainda em conformidade com os mesmos autores, os sentimentos da criança são preenchidos com uma carga de emoções como ansiedade, medo, sentimentos de baixa autoestima e sentimentos de raiva/revolta.

A atitude dos pais ao lidar com a hospitalização e os sentimentos do seu filho vai depender das suas características pessoais, dos enfermeiros e das características das próprias crianças. Nesta situação estabelecer uma parceria de cuidados, entre enfermeiros e pais é o melhor caminho para alcançar melhores resultados. Compete, assim aos enfermeiros estarem em alerta para minimizar os danos, e saberem oferecer o melhor para os pais e filho internado.

A parceria de cuidados em relação ao cuidado à criança hospitalizada assume-se assim de grande importância, para facilitar às crianças um ambiente mais calmo e para que estas desenvolvam habilidades que estejam alinhadas com o seu estágio de desenvolvimento, favorecendo a minimização dos danos resultantes da situação da hospitalização e a sua recuperação, assim como reduzindo a sua ansiedade, tornando a hospitalização um episódio menos traumatizante e sem repercussões na sua vida.

Palavras-chave: Hospitalização; Criança; Enfermagem; Família; Parentalidade; Parceria de Cuidados.

_____ **Cuidamos em Pediatria**
DM1 e Adesão Terapêutica na Adolescência

Sérgio Cabral*

*sergiocabralslb@sapo.pt

Enfermeiro no Serviço de Pediatria Internamento do CHTV

Licenciado em Enfermagem (2004). Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2022). Exerceu funções profissionais no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra e no Centro de Saúde de São Pedro do Sul. Exerce funções na Beirodial – Centro Médico e de Diálise, Mangualde.

RESUMO DA PRELEÇÃO

A Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) consiste no distúrbio metabólico endócrino mais frequente em adolescentes. Cerca de 75% de todos os casos de DM1 são diagnosticados em jovens com menos de 18 anos. O diagnóstico e a gestão da DM1 em adolescentes apresentam desafios especiais relacionados com o ambiente hormonal e emocional únicos da adolescência. A decrescente adesão terapêutica ao tratamento desta doença ao longo do tempo, traz consigo complicações agudas e a longo prazo, diminuindo a qualidade de vida e aumentando a necessidade de internamento hospitalar.

A manutenção diária de insulina, a necessidade de automonitorização frequente da glicemia e a consciencialização da dieta diabética e prática regular de atividade física representam encargos adicionais para as crianças/adolescentes. Capacitar a criança/adolescente e sua família, de acordo com a sua maturação cognitiva, a controlar a DM1 é o principal objetivo da intervenção do Enfermeiro responsável. O controlo da doença no âmbito do autocuidado revela-se de grande valor na conquista da autonomia dos adolescentes e na diminuição das complicações associadas. Por conseguinte, é essencial motivar-se cada vez mais os adolescentes para a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Os adolescentes com DM tipo 1 necessitam de apoio familiar, suporte social, apoio escolar bem como

de uma educação contínua sobre a diabetes por uma equipa multidisciplinar, que deve incluir um endocrinologista pediátrico ou pediatra com experiência em diabetes, nutricionista, enfermeiro, assistente social e psicólogo que lhes forneçam as habilidades e conhecimentos necessários para conseguirem um melhor controlo metabólico.

Palavras-chave: Adolescentes; Diabetes Mellitus tipo 1; Adesão ao tratamento.

_____Continuaremos a Cuidar em Pediatria Transição Digital em Pediatria

Ricardo Mota*

*enfмота@gmail.com

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Serviço de Pediatria Internamento do CHTV

Enfermeiro desde 2003, tendo obtido a licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto, em Coimbra. Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria desde 2014, tendo obtido o grau de mestre na Escola Superior de Saúde de Viseu.

RESUMO DA PRELEÇÃO

O mundo enfrenta desafios extraordinários, fruto da transformação digital que tem vindo a alterar os comportamentos e as formas de trabalhar da sociedade.

O sector da saúde não foi exceção e nos últimos anos, também por influência da pandemia, verificou-se uma transformação digital, com desmaterialização dos processos clínicos, recurso à tele saúde, prescrições eletrónicas, entre outros.

Estas ferramentas digitais têm um grande potencial, pois permitem divulgar conhecimentos científicos de uma forma fácil e acessível. Ao promover a capacitação das pessoas e a sua literacia em saúde, pode-se perspetivar significativos ganhos em saúde.

Por outro lado, o serviço de Pediatria – Internamento tem em curso um processo de informatização dos registos de Enfermagem. Consideramos assim que a oportunidade de desenvolver uma ferramenta digital do serviço, não deve ser desperdiçada. Deve ser aproveitada a “onda de aceleração tecnológica” que se vivência não só na sociedade, como no sector da saúde.

Este projeto surgiu assim das dificuldades sentidas pela equipa, uma vez que diariamente é feito no serviço o acolhimento de crianças e jovens que foram propostas para ser submetidas a intervenções cirúrgicas e exames complementares

de diagnóstico. Uma grande parte destas crianças que foi observada na consulta externa, não teve contacto com enfermeiros da área da SIP.

Estas crianças e jovens são provenientes de um grande leque de especialidades médicas e cirúrgicas, assim como as provenientes do SUP também não conhecem a realidade do serviço;

As crianças surgem com medos, ansiosas porque não sabem o que lhes vai acontecer e frequentemente os pais também não estão devidamente informados sobre aspetos práticos do internamento.

Na impossibilidade das crianças/ jovens e os pais efetuarem uma visita prévia ao serviço, gostaríamos de dar a possibilidade de realizarem uma visita virtual. Desta forma é possível à criança/ jovem conhecer o serviço, e como vão decorrer os procedimentos, permitindo assim diminuir a sua ansiedade.

Os pais podem mostrar às crianças um vídeo do serviço que mostra o caminho para o BO, desmistificando as fases do pré-operatório, a transferência para a sala de operações (momento especialmente potenciador de ansiedade na criança) e o pós-operatório.

Aos pais também serão facultados elementos importantes, pois frequentemente manifestam que desconheciam aspetos logísticos relacionados com o internamento. Será explicado o que é necessário/ permitido trazer para o hospital (ex. O peluche favorito da criança), como devem fazer a preparação para alguns exames;

Outro aspeto importante será a enumeração de estratégias que vão capacitar os pais, permitindo assim explicar aos filhos o que vai acontecer durante o internamento, através de linguagem adequada às diferentes idades.

Assim, este projeto tem como publico alvo crianças e/ou adolescentes e seus familiares cuidadores, da área de abrangência do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE, atendidos no Serviço de Pediatria e alvo de cuidados de enfermagem no âmbito das suas diferentes valências (Hospital de Dia e Internamento).

Terá como objetivos principais: aproximar a comunidade da instituição hospitalar, através de meios de comunicação digital eficazes e eficientes; Disponibilizar à comunidade informações de relevo sobre os cuidados hospitalares em contexto

pediátrico; Divulgar a prática de Enfermagem de SIP desenvolvida no serviço de internamento de Pediatria; Promover a literacia em saúde da população abrangida pelo CHTV.

Palavras-chave: Transição; Digital; Pediatria; Projeto.

____Continuaremos a Cuidar em Pediatria Cuidados Paliativos Pediátricos

Soraia Correia*

*soraia.barbosacorreia@gmail.com

Enfermeira no Serviço de Pediatria Internamento do CHTV

Licenciada em Enfermagem (2012). Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2019) e Pós-graduada em Cuidados Paliativos Pediátricos (2020). Exerceu funções profissionais no Centro Médico de Viseu, no Centro Sócio-Pastoral da Diocese de Viseu – IPSS e no Hospital CUF – Viseu.

RESUMO DA PRELEÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) definem-se como cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e/ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida (QV). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define-os como os cuidados que procuram melhorar a QV dos doentes, das suas famílias e cuidadores pela prevenção e alívio do sofrimento, através da identificação precoce, diagnóstico e tratamento adequado da dor e de outros problemas, sejam estes físicos, psicológicos, sociais ou espirituais.

Os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) visam as crianças e suas famílias e apresentam especificidades relacionadas com o estágio de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo, psicossocial e moral da criança e todo o contexto em que esta se insere. Incluem-se as crianças com necessidades especiais e as que sofrem de doença crónica complexa. Diferenciam-se dos CP por apresentarem especificidades inerentes ao desenvolvimento da criança, sendo algumas delas:

- as causas de morte que contrariamente aos adultos, têm grande variedade de situações (neurológicas, metabólicas, cromossómicas, doenças cardiológicas, respiratórias e infecciosas, cancro, complicações relacionadas com a

prematuridade, trauma/acidentes), são raras, de duração com grande variabilidade (dias a anos) e dispersas geograficamente;

- disponibilidade limitada de fármacos específicos para crianças: os fármacos disponíveis são normalmente desenvolvidos para os adultos (são grandes, têm sabor desagradável, raramente estão disponíveis em suspensão líquida e não têm informação específica para uso pediátrico). Por isso são prescritos em alguns casos fora das suas indicações terapêuticas;
- fatores de desenvolvimento: as crianças estão em contínuo desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e moral, o que interfere na prestação de cuidados, nomeadamente na dosagem da medicação, nas estratégias de comunicação, educação e apoio;
- um controlo de sintomas que requer uma ação mais enérgica e a utilização de instrumentos de diagnóstico e monitorização próprios das idades pediátricas e abordagens farmacológicas e não farmacológicas específicas;
- papel da família: os pais são os representantes legais da criança em todas as decisões clínicas, terapêuticas éticas e sociais, sendo igualmente os principais prestadores de cuidados;
- questões éticas e legais: os direitos da criança, os seus desejos e a participação na decisão podem não ser respeitados (conflito entre a ética, conduta profissional e a legislação);
- implicações emocionais: quando uma criança está a morrer, pode ser muito difícil para os familiares e cuidadores aceitar o fracasso do tratamento dirigido para a cura, a irreversibilidade da doença e a morte;
- tristeza, sofrimento perda e luto: após a morte da criança, o luto pode ser difícil, prolongado e muitas vezes, complicado;
- impacto social: pode ser difícil para a criança e sua família, a manutenção do seu papel na sociedade, durante o curso da doença (escola, trabalho, questões económicas);

- o manter uma esperança realista que privilegie a manutenção de metas, interesses, rotinas e a disciplina num frágil equilíbrio emocional da criança e seus cuidadores;
- o desenvolvimento de uma relação de ajuda que não descure as particularidades do entendimento da criança para conceitos centrais, como a doença, morte, dor, tempo, entre outros.

Os CPP pretendem que todos os recém-nascidos, crianças, adolescentes e suas famílias, desde o diagnóstico de uma doença crónica complexa, limitante ou ameaçadora da vida, tenham cuidados que respondam às suas necessidades, desejos e preferências, e que vão para além da morte. Podem iniciar-se antes do nascimento, em situações com diagnóstico in útero, com um acompanhamento especializado da grávida e sua família, prestado em articulação com serviços de obstetrícia e neonatologia. Numa outra perspetiva, e sendo que a longevidade destas crianças é cada vez maior, temos crianças que sobrevivem até à idade adulta com patologias raras ou cujo tratamento permite um prolongamento da vida exigindo a implementação de programas de transição para cuidados de saúde de adultos.

Em Portugal estima-se que vivem cerca de 7000 crianças com necessidades de CP. Morrem anualmente cerca de 200, quase todas no hospital, sendo que 29% das mortes são no período neonatal. Embora não haja uma determinação clara sobre o rácio enfermeiro/criança em CP, o colégio da especialidade em enfermagem de saúde infantil e pediátrica da Ordem dos Enfermeiros em 2014 propõe um rácio de 1:4.

Desde 2012 que está definida a responsabilidade do Estado em matéria de Cuidados Paliativos, pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP) (Lei nº 52/2012 de 5 de setembro). Estabeleceu-se a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), sob a tutela do Ministério da Saúde e definiu-se que a Coordenação da RNCP fica assegurada pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, através dos respetivos Coordenadores Regionais da RNCP. A integração dos Cuidados Paliativos Pediátricos na RNCP,

nos termos da Portaria nº 66/2018 de 6 de março, permitiu o melhor enquadramento desta população, dando início à construção de uma resposta de qualidade e integrada nos vários níveis do SNS e adaptada às necessidades da criança e jovens em situação de doença crónica complexa e suas famílias. Existem atualmente: 5 Equipas Intra-hospitalares Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCP-P) especializadas nos Centros Hospitalares Universitários Lisboa Norte, Lisboa Central, Coimbra, Porto e São João, e 2 EIHSCP-P generalistas no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto e IPO de Lisboa, com dotação superior de recursos humanos e constituídas por elementos com maior formação prática, ficando assim responsáveis por prestar cuidados a crianças com necessidades paliativas de maior complexidade; e 6 Núcleos no Hospital Garcia da Horta, Hospital de Setúbal, Hospital Fernando Fonseca, Hospital de Leiria, Hospital de Aveiro e Hospital de Viseu, que prestam cuidados paliativos generalistas a crianças residentes na sua área de influência, podendo referenciar, sempre que necessário, às EIHSCP-P especializadas. Estes núcleos são constituídos por médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social com formação intermédia em CP e devem apresentar um plano de ação para o crescimento da equipa, no sentido de atingir os requisitos mínimos necessários para poderem vir a integrar a RNCP. As EIHSCP-P trabalham em articulação entre si e com as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), bem como com os restantes profissionais que acompanham a criança, nomeadamente as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Equipas Locais de Intervenção (ELI), médico e enfermeiro de família, saúde escolar e profissionais de instituições onde residem.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Cuidados Paliativos Pediátricos, Qualidade de Vida

Bibliografia:

- (1) Batalha LMC. Cuidados paliativos pediátricos (Manual de estudo – versão 2). Coimbra: ESEnfC, 2021
- (2) Grupo de trabalho do gabinete do secretário de estado adjunto do Ministro da Saúde. Cuidados Paliativos Pediátricos. 2014

- (3) Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021 - 2022. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. 2019
- (4) Ministério da Saúde. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. 3856-3865 (2006).
- (5) World Health Organization. WHO definition of palliative care. (2010).

_____Continuaremos a Cuidar em Pediatria Perturbações do Comportamento Alimentar

Rute Susana Saraiva Sampaio*

*rutesusana@hotmail.com

Enfermeira no Serviço de Pediatria Internamento do CHTV

Curso de Licenciatura em Enfermagem em 2003 no Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu, com início de funções nesse mesmo ano no Centro Hospitalar Baixo Vouga. Em 2004 iniciou funções no Centro Hospitalar Tondela- Viseu, EPE, no serviço de Pediatria Internamento onde continua o exercício das suas funções. Concluiu curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica em 2021 e Curso de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, grau de Mestre em 2021.

RESUMO DA PRELEÇÃO

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 empoderamento das suas competências parentais. Fatores 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 insatisfação corporal e a supervalorização da imagem corporal na definição da autoestima são fatores de risco que tornam algumas pessoas mais suscetíveis para desenvolver um transtorno alimentar do que outras (NED, 2022). 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. Cerca de 26% das pessoas com transtornos alimentares tentam o suicídio (ANAD, 2022). Estima-se que 10.200 mortes por ano são o resultado direto de um distúrbio alimentar – isso é uma morte a cada 52 minutos, entre 2018 e 2019 (Hurst et al., 2020).

Do aumento dos sintomas de depressão e ansiedade (Hawes et al., 2021) ao aumento das taxas de tentativas de suicídio de adolescentes (Yard et al., 2021), os jovens experimentaram uma infinidade de efeitos adversos à saúde mental como resultado da pandemia. Os distúrbios alimentares não foram exceção.

Dois objetivos fundamentais para a prevenção dos transtornos alimentares, são a redução dos fatores de risco e a diminuição da probabilidade de início dos mesmos (Dakanalis et al, 2019). 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). 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).

Palavras-chave: Transtornos Alimentares; Prevenção; Intervenções.

Bibliografia:

- (1) 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>
- (2) Stice, E., Johnson, S., Turgon, R. (2019). Eating Disorder Prevention. *Psychiatric Clinics*, 42(2), 309- 318. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.012>

- (4) 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-fullreport-English.pdf>
- (5) 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>
- (6) 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>
- (7) Taquet M., Geddes J.R., Husain M., Luciano S., Harrison P.J. (2021). 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*, 8, 416–27
- (8) Cruz, A. M., Gonçalves-Pinho, M., Santos, J. V., Coutinho, F., Brandão, I., & Freitas, A. (2018). Eating disorders—Related hospitalizations in Portugal: A nationwide study from 2000 to 2014. *International Journal of Eating Disorders*, 51(10), 1201-1206.
- (9) National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (2022). <https://anad.org/>
- (10) The National Eating Disorders Collaboration (2022). <https://nedc.com.au/>

COMUNICAÇÕES LIVRES _____

Hipnose pediátrica na abordagem da dor em crianças: eficácia da técnica da Luva Mágica

Carolina Correia (1); Joana Tavares (1); Sofia Meireles (2)*; Graça Aparício (3)

(1) Mestranda do CMESIP da ESSV/IPV; Enfermeira do Serviço de Neonatologia CHTMAD EPE

(2) Mestranda do CMESIP da ESSV/IPV; Enfermeira do Serviço de U. Ped. da ULSCB-HAL EPE

(3) Health Sciences Research Unite (UICISA: E); Docente na ESS do IP de Viseu

*sofiameireles.9@hotmail.com

Introdução: A Hipnose Pediátrica tem sido desenvolvida nos últimos quarenta anos, apresentando-se como um método não farmacológico eficaz para minimizar a ansiedade antecipatória e como tratamento adjuvante para reduzir e controlar a dor. A literatura atual salienta o impacto imediato e duradouro, com benefícios a longo prazo desta intervenção centrada na criança, pelo uso de técnicas de relaxamento e controlo respiratório, focando a mente e a atenção da criança longe da perceção da dor ligada a procedimentos invasivos e ajudando-a a lidar com a ansiedade e o medo. Este tipo de abordagem requer uma intervenção ativa, flexível, valorizando a participação lúdica e criativa da criança e da família. Neste âmbito, a Luva Mágica, tem sido descrita enquanto técnica bio-comportamental de cariz sensorial, que atua na imaginação e criatividade da criança/jovem.

Objetivo(s): Identificar a eficácia da técnica da Luva Mágica enquanto intervenção cognitivo-comportamental no controlo da dor em crianças.

Materiais e Métodos: Revisão integrativa da literatura, com pesquisa de estudos nas bases de dados PubMed, CINAHL *Complete*, Scopus, B-on e MEDLINE Complete, publicados nos idiomas Português e Inglês, sem limite temporal. Pelos critérios definidos, foram incluídos 4 estudos e efetuada avaliação crítica por quatro revisores independentes.

Resultados: Dos estudos incluídos, um estudo randomizado e controlado, dois de revisão e um estudo de caso, todos salientam a pertinência da utilização da hipnose pela sua capacidade de envolver e absorver a criança na criação de uma experiência alternativa positiva perante uma situação de dor, medo e ansiedade, envolvendo a família. A Luva Mágica é assumida como técnica de foco sensorial, que absorve a atenção da criança de idade pré e escolar, aumentando o seu conforto e confiança e que é descrita como eficaz em diversos procedimentos invasivos. Contudo, o estudo de Susam et al. (2018) refere que quando comparada com outros métodos como o *Buzzy System*, que alia vibração, crioterapia e distração, esta demonstrou ser menos eficaz. Segundo os estudos, a parceria e centralidade dos cuidados na família, resulta em sinergia dos resultados em qualquer das técnicas utilizadas.

Conclusão: Os sentimentos de ansiedade e medo são comuns nas crianças, sobretudo durante procedimentos invasivos. Os estudos consultados reconhecem a Hipnose Pediátrica enquanto ferramenta na gestão e controlo da ansiedade, do medo e da dor, de fácil aplicação e portabilidade, ausência de efeitos secundários adversos e económica. A Luva Mágica foi referida como eficaz, pois permite à criança melhor autocontrolo e autogestão da ansiedade/medo e consequentemente da dor.

Palavras-Chave: Criança; Estratégia cognitivo-comportamental; Dor; Hipnose Pediátrica; Luva Mágica

Bibliografia:

- (1) Astuto, M., Favara-Scacco, C., Crimi, E., Rizzo, G., & Di Cataldo, A. (2002). Pain control during diagnostic and/or therapeutic procedures in children. *Minerva Anestesiologica*, 68(9), 695-703. <http://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-anestesiologica/article.php?cod=R02Y2002N09A0695>.
- (2) Coogle, J., Coogle, B., & Quezada, J. (2021). Hypnosis in the Treatment of Pediatric Functional Neurological Disorder: The Magic Glove Technique. *Pediatric neurology*, 125, 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2021.08.011>.

- (3) Kuttner, L. (2012). Pediatric hypnosis: pre-, peri-, and post-anesthesia. *Pediatric Anesthesia*, 22(6), 573-577. <http://doi.org/10.1111/j.1460-9592.2012.03860.x>.
- (4) Susam, V., Friedel, M., Basile, P., Ferri, P., & Bonetti, L. (2018). Efficacy of the Buzzy System for pain relief during venipuncture in children: a randomized controlled trial. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 89(Suppl 6), 6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6357594/>.

Intervenções de enfermagem na gestão da asma na criança/família – revisão integrativa da literatura, compreensão à luz da teoria das transições de Meleis

Ana Rita Monteiro (1); Bruna Pinto (1)*; Sérgio Vieira (1); Vânia Peres (1); Emília Coutinho (2)

(1) Mestrando do CMESIP da Escola Superior de Saúde de Viseu/IPV

(2) Docente na ESS do Instituto Politécnico de Viseu

*bruna.pinto.6402@hstviseu.min-saude.pt

Introdução: A asma não controlada nas crianças é uma situação complexa para a criança/família, o que representa um desafio significativo para os enfermeiros que podem intervir através de uma abordagem individualizada, tendo como guia a Teoria da Transição dos Cuidados de Afaf Meleis.

Objetivo(s): Identificar as evidências científicas sobre as intervenções de enfermagem na criança com asma.

Materiais e Métodos: Revisão integrativa de acordo com o método proposto por Whittemore e Knafl (2005). A pesquisa foi efetuada nas bases PubMed, EBSCOhost (CINAHL complete, Medline Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive) e B-on. A seleção dos estudos, a extração e síntese dos dados foi realizada por dois revisores independentes.

Resultados: Foram incluídos 4 estudos que revelam que as intervenções educativas dos enfermeiros sobre a asma para crianças e pais/família melhoraram significativamente os conhecimentos e competências relacionadas com a gestão da patologia (Isik et al., 2019); o modelo de gestão móvel de aplicação orientada por enfermeiros diminuiu as exacerbações da asma, com melhores resultados secundários em crianças com asma (Ly et al., 2019); ao longo do tempo, muitas crianças com asma grave apresentaram resultados clínicos e uma função pulmonar

melhorados (Belinelo et al., 2020); as crianças envolvidas num programa de intervenção dirigido por enfermeiros revelaram melhorias significativas no processo de gestão da patologia (Isik et al., 2020).

Conclusões: As intervenções de enfermagem baseadas na Teoria da Transição de Meleis podem facultar resultados bem-sucedidos na gestão da asma em crianças. Assim, a elaboração de planos de intervenção na criança/família deve ter em conta os princípios da Teoria da Transição dos Cuidados, que podem orientar os enfermeiros para potenciar mais literacia em saúde na criança e/família, diminuindo os impactos negativos da patologia nesta díade.

Palavras-Chave:

Bibliografia:

- (1) Farzandipour, M., Nabovati, E., Sharif, R., Arani, M. H., & Anvari, S. (2017). Patient Self-Management of Asthma Using Mobile Health Applications: A Systematic Review of the Functionalities and Effects. *Applied clinical informatics*, 8(4), 1068-1081. <https://doi.org/10.4338/ACI-2017-07-R-0116>
- (2) Im, E. O. (2018). Afaf Ibrahim Meleis: Transitions theory. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (9th ed.) (pp. 309-322). St. Louis, MO: Elsevier.
- (3) Isik, E., Fredland, N.M., & Freysteinson, W.M. (2019). School and Community-based Nurse-led Asthma Interventions for School-aged Children and Their Parents: A Systematic Literature Review. *J Pediatr Nurs.*; 44, 107-114. doi: 10.1016/j.pedn.2018.11.007.
- (4) Isik, E., Fredland, N.M., Young, A., & Schultz, R.J. (2020). A School Nurse-Led Asthma Intervention for School-Age Children: A Randomized Control Trial to Improve Self-Management. *J Sch Nurs.*; 37(6), 480-490. doi: 10.1177/1059840520902511.
- (5) Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

Conhecimentos acerca da amamentação/aleitamento materno

Cláudia Monteiro (1); Leonor Rodrigues (1); Manuela Bento (1); Nuno Ferreira (1)*

(1) Enfermeiro Especialista ESMO, CHTV EPE

*nunoferreira@gmail.com

Introdução: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) reúne um conjunto de competências fundamentais para a proteção, promoção e apoio ao Aleitamento Materno (OE, 2022). A gestação é um estadió da vida dos casais em que o acesso a informação fidedigna e útil para a tomada de decisões responsáveis, que influenciem positivamente a sua saúde e a da criança, é de extrema importância. O Programa de Preparação para a Amamentação/Aleitamento Materno desenvolvido pelos EEESMO da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do CHTV pretende contribuir para uma maior literacia em saúde. Destina-se a todas as grávidas/casais a partir das 25 semanas de gestação e é composto por 3 sessões. Aplicamos desde, 02/03/2022, um Formulário de Verificação de Conhecimentos, com 14 questões, replicado no fim das sessões, para validação da eficácia da informação veiculada. Na replicação do formulário as grávidas têm acesso a um documento com as respostas para lembrarem os conhecimentos.

Objetivo(s): Promover o Aleitamento Materno; Empoderar a grávida/casal para uma vivência informada acerca da amamentação/aleitamento materno.

Materiais e Métodos: Instrumento de colheita de dados: Formulário de Verificação de conhecimentos; Tipo de Estudo: quantitativo, transversal descritivo-correlacional; Amostra: grávidas que frequentaram o Programa de 02/03/2022 a 19/10/22.

Resultados: Na colheita de dados verificámos que, previamente às sessões do programa, as temáticas em que as mulheres revelaram ter menos conhecimentos

foram Alimentação do bebé por copo (60%) e Extração manual de leite materno (46%), com “Não sei” como resposta. Responderam “Sei pouco” sobre a Fisiologia da lactação 44% e sobre as diferenças na composição do leite materno desde o colostro até ao leite maduro 41%. Afirmaram “Sei o Suficiente” 36% acerca da Livre demanda. Referiram “Sei Bem” o que é o colostro e a sua importância 31% das mulheres e 31% o que é o contacto pele a pele e a sua importância. Responderam 16% “Sei Muito Bem” a importância e os benefícios do aleitamento materno.

Após as sessões do Programa obtivemos em todas as questões um aumento significativo dos conhecimentos: 74% classificaram como “Sei Muito Bem” o que é o contacto pele a pele e a sua importância e 63% sabiam a importância do colostro. De salientar também que 53% referiram “Sei Bem” identificar os sinais de fome do recém-nascido e 49% com que frequência o bebé deve mamar/ser alimentado.

Conclusões: O leite materno é o melhor e mais completo alimento que existe para o bebé. No entanto apesar de a amamentação ser um ato natural com inúmeros benefícios para a mãe e para o bebé, requer um período de adaptação. É fundamental que a mãe tenha acesso a informação e conhecimento para que usufrua desta fase com tranquilidade.

Palavras-Chave:

Bibliografia:

- (1) Cerejeira, Irene; Cardoso, Alexandrina; Portugal, José (2022). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- (2) DGS (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de baixo risco. Lisboa: DGS. Acedido a 02/10/22. Disponível em: <http://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacionalpara-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>.

O processo de amamentação de mães cegas e o apoio dos enfermeiros

Dulce Galvão (1); Ernestina Batoca Silva (2)*

(1) Professora Coordenadora, UCP – ESCA, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; UICISA:E

(2) Professora Coordenadora, ESS – Instituto Politécnico de Viseu; UICISA:E

*ernestinabatoca@gmail.com

Introdução: Em Portugal, de acordo com os Censos 2011, existem cerca de 28 mil pessoas cegas, às quais se tem de juntar o número de pessoas com baixa visão, (...). No entanto, estimativas mais recentes (2015) da Direção-Geral de Saúde dão conta de um número superior a 35 mil pessoas cegas (Franco & Gonçalves, 2020). Gerardo (2020, p. 17), por sua vez, aponta que “dos quarenta e cinco milhões de pessoas com deficiência visual no mundo, mais de dois terços (trinta milhões) são mulheres.” As mulheres cegas também são mães e, dadas as suas dificuldades em amamentar os seus filhos de maneira autónoma e segura, devem ser tratadas com profissionalismo, adaptando-se o discurso à personalidade, conhecimentos, necessidades e respeito pela sua autonomia. Neste sentido, é importante que os enfermeiros apoiem as mães cegas estabelecendo parcerias e diversificando as suas estratégias de intervenção.

Objetivo(s): Identificar como ajudam os enfermeiros as mães cegas a lidarem com o processo de amamentação dos seus filhos.

Materiais e Métodos: Revisão integrativa da literatura realizada de fevereiro-maio/2022, partindo-se da seguinte questão: “Como ajudam os enfermeiros as mães cegas a lidarem com o processo de amamentação dos seus filhos?”. Foi feita pesquisa na EBSCO, B-On, Scielo e LILACS, utilizando-se no título e resumos os descritores “Breast-Feeding”, “blind”, “nursing”, “nursing intervention” e os operadores booleanos AND e OR. Os critérios de seleção foram: estudos primários, publicados integralmente até abril de 2022, em português, inglês ou espanhol e gratuitos. Foram recuperados 417 artigos e após identificação e exclusão por meio

da leitura de título ou resumo (369), dos duplicados (29) e por ser apenas resumo (1), foram encaminhados para avaliação 18 artigos com textos integrais. Após a leitura dos artigos, procedeu-se à seleção de 6. Numa segunda leitura integral dos artigos foram excluídos por não darem resposta ao objetivo (2). Assim, 4 artigos foram incluídos para a extração de dados. Para a seleção dos documentos seguiram-se as recomendações do método Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & PRISMA, 2010).

Resultados: Dos 417 artigos recuperados incluíram-se 4 estudos. A tecnologia de apoio em saúde em estilo de áudio para incentivo à amamentação, é uma forma dos enfermeiros transmitirem a informação necessária e aumentar o conhecimento das mães cegas sobre amamentação. O apoio, esclarecimento das dúvidas e o auxílio nas dificuldades das mães cegas constituem imperativo ético e exigência profissional, com benefícios na saúde pública e no desenvolvimento sustentável.

Conclusões: Amamentar constitui um imperativo de saúde pública e um contributo para o desenvolvimento sustentável. Porém, amamentar requer ajuda para ser feito corretamente e prevenir problemas. Os enfermeiros têm de estar mais próximos destas mães para identificarem as suas necessidades, produzirem conhecimento, estabelecerem estratégias de orientação e apoio e promoverem a sua inclusão. Destaque para as tecnologias de apoio em saúde em estilo de áudio para incentivo à amamentação. Também o apoio e esclarecimento das dúvidas e intervenções para auxiliar as mães cegas nas dificuldades durante a amamentação são uma exigência ética e profissional.

Palavras-chave:

Bibliografia:

(1) Dias, S. A., Silva, T. Q., Venâncio, D. O., Chaves, A. F. L., Lima, A. C. M. A. C. C., & Oliveira, M. G. (2018). Breastfeeding self-efficacy among blind mothers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 2969-2973. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0942>

- (2) Franco, C., & Gonçalves, R. R. (2020). Acessibilidade à cultura em tempo de pandemia: Acesso à cultura: No submundo onde as cores têm texturas e os detalhes escapam por entre as mãos. *Louis Braille*, 27, 11-16. https://www.acapo.pt/sites/default/files/media/2020/publicacoes/revista_louis_braille_n.27.pdf
- (3) Gerardo, G. (2020). Como é hoje ser mulher com deficiência visual? *Louis Braille*, (27), 17-18. https://www.acapo.pt/sites/default/files/media/2020/publicacoes/revista_louis_braille_n.27.pdf
- (4) Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2010). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *International Journal of Surgery*, 8(5), 336-41. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2010.02.007>
- (5) Oliveira, P. M. P., Pagliuca, L. M. F., Cezario, K. G., Almeida, P. C., & Beserra, G. L. (2017). Amamentação: Validação de tecnologia assistiva em áudio para pessoa com deficiência visual. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(2), 122-128. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700020>

Cuidar em pediatria, investindo na literacia em saúde

Rosa Gonçalo (1)*; Graça Aparício (2)

(1) Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, CHTV EPE

(2) Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E); Professora ESS – IP de Viseu

*rosagoncalo11@gmail.com

Introdução: O conceito de Literacia em Saúde (LS) tem evoluído de uma definição centrada no indivíduo, para uma abordagem holística, desenvolvida ao longo do ciclo vital. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem defendido que a LS seja integrada em cenários (“settings approach”) (2), sendo a Escola Promotora de Saúde (EPS) considerada uma excelente estrutura para esse efeito (1). A escola, por ser um espaço propício à aquisição de conhecimentos, não só dos alunos, mas também dos seus cuidadores, constitui um meio ideal para investir em LS. O Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) realça a importância da literacia das crianças e agentes educativos em matéria de segurança, primeiros socorros (PS) e outras situações de risco¹. Assim, a ausência de programas específicos de capacitação, a prevalência de acidentes com crianças em Portugal (3, 4), bem como os pressupostos supracitados, sustentam a pertinência de projetos de intervenção nas instituições escolares, uma vez que, ao abordar toda a comunidade educativa, é possível incluir competências de LS nos alunos, pais, docentes e não docentes em diversos temas, nomeadamente em segurança infantil (5). O enfermeiro é reconhecido como o profissional melhor posicionado para estabelecer articulação entre a saúde e a escola (1).

Objetivo(s): Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas da comunidade educativa e os seus conhecimentos em PS a crianças, antes e depois de uma intervenção formativa.

Materiais e Métodos: Estudo de análise quantitativa, de corte longitudinal, em painel antes e depois, de curta duração. Amostra não probabilística accidental, constituída por 50 cuidadores de crianças que frequentam uma instituição pré-

escolar de solidariedade social. Dados obtidos através da aplicação de questionário (ad hoc), de caracterização sociodemográfica e de avaliação de conhecimentos, antes e depois da intervenção formativa.

Resultados: Amostra com média de idades de 47,9 anos e prevalência feminina (98%), sendo 54% auxiliares de ação educativa, 24% educadoras e 22% progenitores. Metade dos elementos tinha ≥ 2 filhos, 38% apenas 1 e os restantes nenhum. 86% dos cuidadores possuía formação em PS, mas 84% não tinha experiência prática. A análise multivariada entre as características sociodemográficas da amostra e o seu nível de conhecimentos em PS, revelou uma melhoria nos valores médios, entre os grupos, após a intervenção formativa, ainda que sem significância estatística entre as variáveis.

Conclusões: Apesar de resultados controversos, alguns estudos têm encontrado associação entre as variáveis profissão, papel parental ou experiências prévias perante acidentes/doenças, e o nível de conhecimentos em PS dos cuidadores de crianças. Neste estudo, apesar da não significância estatística, verificou-se melhoria dos conhecimentos dos participantes após a intervenção formativa, o que justifica a importância da adoção de uma abordagem centrada nos cuidadores, assumindo-se que qualquer intervenção é válida para promover LS, nomeadamente em segurança infantil e PS.

Palavras-Chave: Literacia em Saúde; Escola; Crianças; Primeiros Socorros; Comunidade Educativa

Bibliografia:

- (1) Direção-Geral da Saúde, DGS (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 13 de março, 2021: <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/ProgramaNacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- (2) Direção-Geral da Saúde, DGS (2019b). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde*. Lisboa: DirecçãoGeral da Saúde. Acedido a 17 de janeiro, 2021:

<http://portaisch.azurewebsites.net/chpl/wpcontent/uploads/sites/39/2019/11/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.pdf>

(3) Geitoeira, S., Nisa, M. M., Sousa, J., Tavares, C., Pimenta, J., Antunes, J., Santos, E. & Faria, C. (2021). *Internamentos por Acidentes em Pediatria – Estudo de 5 anos num Hospital de Nível II*. Centro Hospitalar Tondela Viseu – Serviço de Pediatria

(4) Nisa, M. M., Cardoso, S. S., Sousa, J., Oliveira, A. G., Reis, S., Almeida, Â. & Baptista, C. (2021). *Acidentes na Urgência Pediátrica: A Experiência de um Hospital de Nível II*. Centro Hospitalar Tondela Viseu – Serviço de Pediatria

(5) Okan, O., Paakkari, L., & Dadaczynski, K. Literacia em saúde nas escolas. Acedido a 20 de outubro, 2022: <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/factsheets/factsheet-2020-portuguese.pdf>

PÓSTERES _____

O índice de massa corporal (IMC) e a qualidade de sono em estudantes de enfermagem

Isabel Bica (1)*; Luís Graça (2); Luísa Andrade (3); Marina Alexandre (4); Sabina Nunes (4); Diana Tenreiro (4); Leandro Morgado (4); Nicola Santos (4); Pedro Almeida (4); Ilda Fernandes (3)

(1) Escola Superior de Saúde do IP de Viseu; CINTESIS

(2) Escola Superior de Saúde do IP de Viana do Castelo; UICISA:E

(3) Escola Superior de Enfermagem do Porto; CINTESIS

(4) Escola Superior de Saúde do IP de Viseu

*isabelbica@gmail.com

Introdução: A sociedade moderna tem levado a uma redução das horas de sono, especialmente entre os jovens do ensino superior. Estudos referem que as pessoas que dormem menos têm maior probabilidade de se tornarem obesos. Assim, um padrão adequado de sono torna-se fundamental para o controle da massa corporal.

Objetivo(s): Relacionar o Índice de Massa Corporal (IMC) com a qualidade de sono em estudantes do ensino superior a frequentar o curso de enfermagem.

Material e Métodos: O presente estudo é do tipo exploratório descritivo-correlacional e transversal, numa amostra por conveniência de 379 estudantes a frequentar instituições do ensino superior da região norte e centro de Portugal. Este trabalho resulta de dados preliminares obtidos no âmbito do projeto multicêntrico designado “Comportamentos de Saúde e Sociais em Estudantes de Enfermagem” O instrumento de recolha de dados inclui questões para caracterização antropométrica e o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) (João et al., 2017).

Resultados: A amostra é constituída por 84,2% de participantes do sexo feminino e 15,8% do sexo masculino, com uma média de 18,73 anos ($\pm 1,14$ anos), prevalecendo os estudantes com idade ≤ 18 anos (53,8%) e a frequentarem o 1º ano de licenciatura

(62,3%). O estado nutricional auto-reportado obtido pelo IMC de $21,99 \pm 2,91$, constatando-se que os homens ($M=22,81 \pm 3,07$) apresentam um IMC mais elevado do que as mulheres ($M=21,84 \pm 2,86$). Contudo, ambos os sexos revelam estar dentro do peso normal. Prevaecem os participantes com boa qualidade do sono, apesar de 50,1% dormir menos de 7 horas por noite. Os estudantes com idade ≥ 19 anos revelam pior qualidade de sono comparativamente aos têm idade ≤ 18 anos ($p=0,001$). Os estudantes do 3.º ano revelam pior qualidade de sono relativamente aos do 1.º ano, com diferença significativa ($p=0,001$). Não se observou diferença significativa entre o IMC e a qualidade do sono, contudo os estudantes com pior qualidade de sono são os que apresentam valores de ordenação média mais elevados para a obesidade, seguidos pelos que possuem excesso de peso, os que apresentam peso normal têm melhor qualidade de sono.

Conclusões: Face aos resultados encontrados considera-se de primordial importância promover a literacia do sono em estudantes de enfermagem por forma a capacitá-los para tomarem decisões fundamentadas no decurso da vida do dia a dia, no sentido de melhorar a sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Estudantes; Qualidade do sono; Estado nutricional; IMC.

Bibliografia:

(1) João, K. A. D. R., Becker, N. B., Jesus, S. N., & Martins, R. I. S. (2017). Validation of the Portugal version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Psychiatry Research*, 247, 225-229.

Visitação domiciliária ao recém-nascido

Ângela Quinteiro ¹; Sofia Ferreira ^{2 *}; Nuno Ferreira ³

¹ USF Viriato, Viseu

² USF Viriato, Viseu

³ Bloco de Partos, Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

*smferreira4@arscentro.min-saude.pt

Introdução: A visita domiciliária ao Recém-nascido e família assume-se como uma estratégia de intervenção precoce num momento de transição especialmente crítico nas famílias, que é o nascimento de um filho. Permite avaliar a condição de saúde do Recém-nascido e do seu ambiente familiar, que são fundamentais para o desenvolvimento e crescimento saudável da criança.

A visita domiciliária (VD) ao recém-nascido (RN) acontece na USF a alguns anos, no entanto nos últimos anos tem se vindo a verificar uma descida no número de visitas realizadas, tanto na USF viriato como no ACeS Dão Lafões. Segundo o BI dos CSP do ministério da saúde foram realizados no ACeS Dão Lafões 51,3% visitas ao RN em 12-2017, 52,2% em 12-2018 e 45,43% 3m 12-2019. Enquanto na USF Viriato foram realizadas 71,65% visitas ao RN em 12-2017, 55% em 12- 2018 e 51,35% em 12-2019. Nos anos de 2020 e 2021 as visitas domiciliarias ao Recém-nascido foram suspensas devido à Pandemia.

Objetivo(s): Após a retoma da atividade, foi feita uma avaliação da situação e verificou-se a necessidade de reforçar a divulgação da nossa atividade, melhorar a nossa prestação de cuidados e a qualidade dos registos de enfermagem.

Material e Métodos: Para tal, pretendemos implementar um Projeto na USF Viriato que visa contribuir para essa melhoria da qualidade. Nesta medida, desenvolvemos um formulário para uniformização dos cuidados, onde são realizados os registos de enfermagem, identificada a família, registados os dados de observação e vigilância, identificadas as necessidades, as intervenções e cuidados antecipatórios (vigilância

de saúde infantil, alimentação do RN, cuidados, eliminação, segurança, prevenção de doença, cuidados à puérpera, salubridade ambiental e comportamental).

Resultados: Antes da implementação e como calendarização, pretende-se:

- Formar 100% dos enfermeiros (dezembro 2022).
- Divulgar de forma continua nas consultas de enfermagem as vantagens da visita domiciliar ao RN a todas as grávidas/casais seguidos na unidade.
- Elaborar um panfleto de divulgação da visita domiciliar ao RN/Família.
- Implementar o projeto (janeiro 2023).
- Realizar a primeira avaliação em junho de 2023.
- Ter registos de acordo com o delineado em 75% dos RN com VD (dezembro 2023).
- Aplicar um questionário de avaliação da satisfação a todas as puérperas visitadas.

Conclusões: Com este projeto pretendemos contribuir para a melhoria dos cuidados prestados na Unidade, inserindo-se como um projeto de melhoria continua da qualidade e contribuindo para a melhoria dos registos de enfermagem.

Palavras-chave:

Bibliografia:

- (1) Capucho, J. (2016). Mulheres ficam pouco tempo no hospital após o parto. Diário de Notícias. Obtido de <https://www.dn.pt/sociedade/mulheres- ficam-pouco-tempo-nohospital-apos-o-parto-5074272.html>
- (2) DGS. (2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. DGS.
- (3) OE, o. d. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. OE.
- (4) Pereira, M. I. (2012). A necessidade de visita domiciliária de Enfermagem no puerpério precoce. Coimbra: Escola superior de saúde de Coimbra.
- (5) Santos, E. M., & Morais, S. H. (Jul/Set de 2011). A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. *Cogitare Enferm*, 16(3), pp. 492-497.

Aleitamento materno: promoção da saúde materno-infantil

Cláudia Monteiro ¹ *; Leonor Rodrigues ¹; Manuela Bento ¹; Nuno Ferreira ¹

¹ Enfermeiro Especialista ESMO, CHTV EPE

*cenf@sapo.pt

Introdução: O aleitamento materno é uma prática essencial para otimizar as condições de saúde da população infantil e diminuir os indicadores de morbilidade ao longo do ciclo vital. Pelos seus inúmeros benefícios a curto e a longo prazo, a OMS recomenda iniciar a amamentação nos primeiros 60 minutos de vida, bem como o aleitamento materno em exclusivo até aos 6 meses de idade e como alimentação complementar até aos 2 anos de idade ou mais¹.

A proteção, promoção e apoio ao Aleitamento Materno é fundamental. Estas medidas iniciadas durante a gravidez permitem à mulher/casal maior recetividade às informações e ferramentas que motivam a adoção de práticas promotoras da saúde da mulher e da criança². Em 28/06/2019, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do CHTV implementaram o Programa de Preparação para a Amamentação/Aleitamento Materno. Composto por 3 sessões, destina-se a todas as grávidas/casais a partir das 25 semanas de gestação. Aplicamos desde 02/03/2022 um Formulário de Verificação de Conhecimentos que é replicado no fim das sessões para validação da eficácia da informação veiculada. No final das sessões também é aplicado um Instrumento para aferir a satisfação da grávida/casal.

Objetivo(s): Promover o Aleitamento Materno; Empoderar a grávida/casal para uma vivência informada acerca da amamentação/aleitamento materno; Aferir a satisfação das expectativas dos casais.

Materiais e Métodos: Instrumentos de colheita de dados: Formulário de Satisfação e Lista de Verificação de conhecimentos; Tipo de Estudo: quantitativo, transversal

descritivo-correlacional; Amostra: grávidas que frequentaram o Programa de Preparação para a Amamentação/Aleitamento materno do CHTV, EPE de 02/03/2022 a 19/10/22.

Resultados: Após aplicação prévia às sessões do Programa de Preparação para a Amamentação/Aleitamento Materno do Formulário de Verificação de Conhecimentos e fazendo uma análise global das 14 questões que o compõem, verificámos que: 19% das grávidas respondeu “Não Sei”, 32% “Sei Pouco”, 25% “Sei o Suficiente”, 17% “Sei Bem” e 7% “Sei Muito Bem”. Quando replicámos o Formulário após as sessões: 2% das grávidas responde “Sei Pouco”, 20% “Sei o Suficiente”, 42% “Sei Bem” e 36% “Sei Muito Bem”. Quando avaliamos a Satisfação das grávidas/casais com o Programa, os resultados mostram que das 198 grávidas que responderam ao questionário, ou seja, 75% da amostra: 61% (121) consideraram “Muito Bom” a concretização dos objetivos do Programa; 37% (71) “Bom” e 2% (4) “Suficiente”. Quando questionadas sobre o desempenho do EEESMO, 69% (137) grávidas classificaram-no de “Muito Bom”, 30% (60) de “Bom” e 1% (1) de “Suficiente”.

Conclusões: O acesso à informação é fundamental para uma tomada de decisão responsável. A satisfação é um indicador de desempenho que mensura a adequação do serviço às expetativas dos clientes.

Palavras-Chave: Conhecimentos; gravidez; promoção da Saúde; Aleitamento Materno; Satisfação.

Bibliografia:

- (1) OMS (2022). Aleitamento. Disponível em https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
- (2) Cerejeira, Irene; Cardoso, Alexandrina; Portugal, José (2022). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Púrpura trombocitopénica imune em criança de 2 anos de idade: estudo de caso

Catarina Nunes ^{1 *}; Julieta Artur ¹; Vera Gomes ¹; Ana Margarida Tojal ²; Micaela Pinto ²; Rui Melo ²; Cristina Loureiro ²; Irene Ruas ²; Cecília Ferreirinha ²; Margarida Carvalho ²; Luís Miguel Condeço ³

¹ Escola Superior de Saúde Jean Piaget/Viseu

² Serviço de Pediatria, CHTV EPE

³ Serviço de Pediatria, CHTV EPE; CIIS, Instituto de Ciências da Saúde – UCP

*catarinaalmeidanunes@hotmail.com

Introdução: A púrpura é um distúrbio hemorrágico causado pela diminuição do número de plaquetas, formando coágulos subcutâneos devido à inflamação dos vasos sanguíneos. Caracteriza-se pelo aparecimento de equimoses vermelhas ou roxas na pele, que não desaparecem com a digitopressão. A púrpura é mais comum nas crianças, mas pode surgir em qualquer idade. Pode classificar-se em cinco tipos: púrpura de Henöch-Schönlein, púrpura trombocitopénica imune (PTI), púrpura trombocitopénica trombótica, púrpura fulminante e púrpura senil. Para as crianças em idade escolar, a manifestação da patologia é por vezes uma situação difícil de gerir, uma vez que a aceitação da doença é um período bastante complicado. A nível económico é uma patologia que acarreta custos importantes para o Serviço Nacional de Saúde, pelo elevado valor das infusões de imunoglobulina.

Objetivo(s): O presente estudo tem como principal objetivo reconhecer um caso clínico com o diagnóstico médico de PTI em uma criança de dois anos de idade, por forma a construir um plano de cuidados de enfermagem individualizado contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Materiais e Métodos: O estudo de caso foi realizado no âmbito do Ensino Clínico de Saúde Infantil e Pediátrica do curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Jean Piaget/Viseu, que decorreu no serviço de Pediatria do

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE. Este estudo de caso, de carácter descritivo foi realizado entre o dia 14 de outubro de 2022 e 17 de outubro de 2022, tendo como base uma pesquisa bibliográfica e análise dos dados recolhidos, realizando-se de seguida um plano de cuidados de enfermagem individualizado colaborando para o conhecimento científico no âmbito da Enfermagem.

Resultados: O diagnóstico é feito pela contabilização de células sanguíneas (em particular plaquetas), através da realização de análises sanguíneas. Relativamente ao caso apresentado, a criança deu entrada com um valor de plaquetas de $6.0 \times 10^9/L$ e o tratamento neste caso foi administração de imunoglobulina. Após controlo analítico, três dias depois, a criança apresentava já um valor plaquetário de $39.0 \times 10^9/L$. A infusão de imunoglobulina a criança é eficaz em casos semelhantes, deve, contudo a equipa de enfermagem proceder corretamente à sua administração, vigilância da criança e aparecimento de efeitos secundários.

Conclusão: Das pesquisas realizadas, conclui-se que a PTI é uma doença autoimune caracterizada pela diminuição do número de plaquetas, interferindo com o processo de coagulação. Com a realização deste estudo caso foi possível compreender melhor esta patologia, e o plano de cuidados de enfermagem aplicado neste caso específico.

Palavras-Chave: Púrpura Trombocitopénica; Enfermagem Pediátrica; Terminologia Padronizada em Enfermagem; Cuidados de Enfermagem

Bibliografia:

- (1) Alvarenga, B., Manzo, E., Arca, G., Guerra, J., Melo, I., Queiroz, L., Santos, I., et al (2021). Púrpura trombocitopénica imune na pediatria: experiência de 6 anos em uma instituição brasileira. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*, 43(1), outubro, 298-299.
- (2) Azevedo, C., Haddad, J., & Sera, G. (2018). Púrpura trombocitopénica idiopática em pediatria. *Revista Da Faculdade De Ciências Médicas De Sorocaba*, 19(Supl.).
<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/40303>

