

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

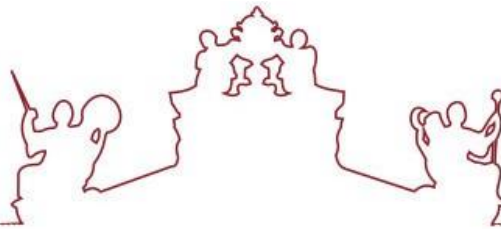
**CAPACITAÇÃO DOS PAIS PARA O CONTROLO DA DOR:
PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

Maria da Graça Moreira Nunes Ricardo

Orientador | Maria Dulce Damas da Cruz

Évora 2022





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

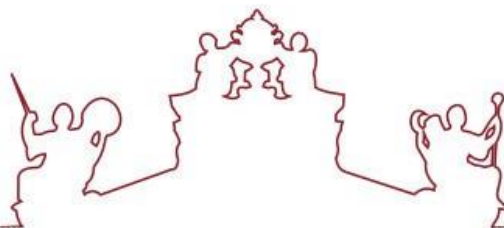
**CAPACITAÇÃO DOS PAIS PARA O CONTROLO DA DOR:
PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

Maria da Graça Moreira Nunes Ricardo

Orientador | **Maria Dulce Damas da Cruz**

Évora 2022





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Dulce Damas da Cruz (Universidade de Évora) (Orientador)
Marta Sofia Inácio Catarino (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Arguente)



À minha filha.

Ao meu marido.

À minha família.

Que Deus te ajude que haja sempre luz nas tuas mãos, que vás sempre para o teu trabalho como se fosse o teu 1º dia. Na vida diz-se que há mais marés do que marinheiros, vocês Enfermeiros são os marinheiros, as crianças e as famílias são o barco e as marés são as circunstâncias da vida, certifica-te que ajudas o barco a chegar a bom porto. Tens o importante para cresceres só tens de acreditar em ti, sonha alto.

(Edgar, o teu irmão mais velho na bênção das pastas)

AGRADECIMENTOS

À minha querida filha Gabriela e ao meu marido Roberto por me apoiarem incondicionalmente, pelo amor e dedicação que me dão todos os dias.

À minha família que esteve sempre presente e me apoiou, em especial aos meus pais e aos meus irmãos.

À Professora Dra. Dulce Cruz que me acompanhou durante esta jornada pela sabedoria, conselhos, disponibilidade, apoio, amabilidade e por tornar este caminho tão mais leve.

Aos Professores de Mestrado pela disponibilidade e partilha de conhecimentos.

Às equipas e especialmente às Enfermeiras Orientadoras que se cruzaram no meu caminho por me ajudarem a crescer pessoalmente e profissionalmente.

Às minhas colegas de Mestrado pela reflexão e partilha de conhecimentos.

Às crianças e às famílias pela inspiração diária.

RESUMO

A abordagem da dor nos contextos de saúde tem evoluído ao longo do tempo, no entanto, e apesar dos inúmeros avanços técnicos e científicos, ainda se observa a sua não avaliação, a inadequada prevenção e/ou minimização e o seu insuficiente tratamento.

O enfermeiro em pediatria é responsável pela gestão da dor bem como pelo envolvimento dos pais como parceiros no cuidar. Os pais são quem melhor conhece a criança e podem influenciá-la de forma positiva em relação à vivência da dor e à percepção da experiência dolorosa. É importante que os pais saibam o que se espera deles, na implementação da avaliação da dor e de estratégias não farmacológicas eficazes para o controlo da dor dos seus filhos.

O presente Relatório visa evidenciar a implementação de um projeto de intervenção ao longo do Estágio I e do Estágio Final, bem como realizar uma análise reflexiva das competências adquiridas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave: Controlo da dor, Capacitação parental, Enfermagem Pediátrica, Parceria de cuidados

PARENTAL EMPOWERMENT FOR PAIN MANAGEMENT: THE ROLE OF THE CHILD HEALTH AND PEDIATRIC NURSE PRACTITIONER

ABSTRACT

The approach for pain management in healthcare contexts has been developed over time. However, and despite a great scientific advances, there is still a lack of evaluation, prevention, and treatment of pain in pediatric settings.

The nurses are responsible for pain management as well as the empowerment of parents as partners of care. Parents are the ones who know the child, they can cope in a positive way the perception of to the experience of the painful experience. It's important for parents to know what is expected of them, how to do pain assessment and apply effective non-pharmacological strategies to minimize the pain of their child.

This Report aims to highlight the implementation of a project throughout two clinical placements, with reflective analysis of the skills acquired as a specialist in child and pediatric health nursing and a master's in nursing.

Keywords: Pain management, Parental empowerment, Pediatric Nursing, Care Partnership

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

APA- *American Psychological Association*

APED- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

BICU[®]- Behavioral Intensive Care Unit

CCF- Cuidados Centrados na Família

CEP- Consulta Externa de Pediatria

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direção-Geral da Saúde

EDIN- *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*

EEESIP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EESIP- Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EVA- Escala Visual Analógica

FPS-R- *Faces Pain Scale - Revised*

FLACC- *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*

FLACC-R- *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised*

HDP- Hospital de Dia de Pediatria

NIDCAP- *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

NIPS- *Neonatal Infant Pain Scale*

NNCCS- *NIDCAP Nursery Certification Criterion Scales*

OE- Ordem dos Enfermeiros

PIPP- *Premature Infant Pain Profile*

SMIPN- Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal

SNS- Serviço Nacional de Saúde

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UICD- Unidade de Internamento de Curta Duração

UIP- Unidade de Internamento de Pediatria

UUP- Unidade de Urgência Pediátrica

VSR- Vírus Sincicial Respiratório

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Os 5 P's do controlo da dor	29
Figura 2: Análise SWOT	39

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Mitos associados ao tratamento da dor	28
Tabela 2: Os 5P's do controlo da dor.....	30
Tabela 3: The One Voice.....	32
Tabela 4: O Papel do Enfermeiro vs Papel dos Pais - Literacia sobre a dor	33

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. Hospitalização na criança/jovem, o direito a cuidados atraumáticos	16
1.2. Teoria do conforto e parceria de cuidados	19
1.3. Dor em idade pediátrica	22
1.4. Avaliação e tratamento da dor	24
1.5. Capacitação dos pais para o controlo da dor	27
2. METODOLOGIA DE PROJETO – CAPACITAÇÃO DOS PAIS PARA O CONTROLO DA DOR	35
2.1. Definição de objetivos.....	36
2.2. Diagnóstico de situação.....	36
2.2.1. Caracterização das unidades de saúde.....	40
2.2.1.1. Unidade de Internamento de Pediatria.....	40
2.2.1.2. Unidade de Urgência Pediátrica.....	41
2.2.1.3. Consulta Externa de Pediatria/Hospital de Dia de Pediatria	43
2.2.1.4. Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal.....	44
2.3. Planeamento.....	46
2.4. Execução	47
2.5. Avaliação e divulgação dos resultados	55
3. COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1: Planeamento do projeto de intervenção.....	76
Apêndice 2: Manual para pais designado por “Como confortar a criança/jovem em situação de hospitalização” e Poster com a roda dos alimentos e os princípios da dieta mediterrânica....	80
Apêndice 3: Adenofleimão na infância: um estudo de caso.....	88
Apêndice 4: Formação “Dor em Pediatria” e “Manual de avaliação da dor”	94
Apêndice 5: Normas de administração de Sacarose a 24%/Glucose a 30% e de utilização do dispositivo médico Buzzy.....	112
Apêndice 6: Formação “Dor em Pediatria: intervenções não farmacológicas” e Poster “Como confortar a criança/jovem em contexto de ambulatório	122
Apêndice 7: Auditoria interna do Programa NIDCAP de acordo com o Programa de Certificação NIDCAP	132
Apêndice 8: Cronograma.....	140
Apêndice 9: Jornadas “Enfermagem: refletir na pandemia e perspetivar o futuro”	143
Apêndice 10: Curso “Saúde Mental e Neurodesenvolvimento - O diagnóstico no bebé e na criança baseado na DC:0-5” e Formação pós-graduada em “Essencial de Neonatologia: da sala de partos à UCIN”.....	145
Apêndice 11: 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente: “Intervenções não farmacológicas de alívio da dor em Neonatologia: Scoping Review ” ...	152
Apêndice 12: Artigo científico "Impacto dos pais nas experiências dolorosas dos filhos" ..	160

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Relatório de Estágio desenvolvida no ano lectivo 2021/2022, no 1º semestre do 2º ano do 5º Mestrado em Enfermagem em Associação, lecionado na Escola Superior de Saúde São João de Deus da Universidade de Évora na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica.

O desenvolvimento do relatório incidiu sobre as unidades curriculares de Estágio I e Estágio Final que ocorreram entre 17 de maio de 2021 e 21 de janeiro de 2022, com um total de 24 semanas, em 4 contextos diferentes: Unidade de Internamento de Pediatria [UIP], Unidade de Urgência Pediátrica [UUP], Consulta Externa de Pediatria [CEP]/ Hospital de Dia de Pediatria [HDP] e Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal [SMIPN]. Os resultados de aprendizagem pretendidos consistiram no desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas, gestão e prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade (Casa Nova et al., 2021).

Com a realização do presente Relatório de Estágio pretende-se alcançar o seguinte **objetivo geral**: evidenciar o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP] e de Mestre ao longo do Estágio I e do Estágio Final, através do desenvolvimento e implementação de um projeto de intervenção que tem por base a metodologia de projeto. Os **objetivos específicos** vão ao encontro dos objetivos solicitados para a Unidade Curricular em que os estágios se inserem:

- Fundamentar as decisões com base na evidência científica;
- Descrever o desenho e a implementação do projeto de intervenção;
- Evidenciar capacidade de reflexão crítica acerca da prática clínica;
- Apresentar um relatório para posterior discussão em provas públicas.

A hospitalização de uma criança ou jovem é sempre um fator de *stress* para os pais, implica um afastamento da criança do seu meio físico e afetivo e os pais sentem que de alguma forma estão a falhar nas suas competências parentais. O internamento pediátrico tem consequências muitas vezes não observadas no seu decurso, surgindo alterações comportamentais após o mesmo. Observa-se uma maior dependência e menor autonomia, regressão em algumas competências já adquiridas nas atividades de vida, como a alimentação,

a eliminação, o sono, entre outras. Apesar da hospitalização ser indutora de ansiedade e de desestabilização existem diversas formas de diminuir o seu impacto negativo, promovendo um ambiente de cuidados que favoreça o bem-estar da criança e da sua família (Antão, 2018; Barros, 2003; Batalha, 2017; Jorge, 2004).

De acordo com a evidencia de estudos observacionais realizados em Portugal a prevalência da dor em contexto de serviços de pediatria varia entre os 26% e os 91%, estimando-se que as crianças sejam sujeitas a uma média de dois procedimentos dolorosos por dia. A experiência precoce de dor tem repercussões na vida futura do recém-nascido ao jovem, a curto e a longo prazo, tanto ao nível do limiar da dor como à forma de percecionar as situações de stress (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], 2018; Batalha, 2016; Cruz, 2020; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010; Fournier-Charrière, 2007; Franck, 2020).

A dor surge associada a procedimentos invasivos ou potencialmente invasivos, de diagnóstico e tratamento, bem como ao processo patológico, sendo este um fenómeno pouco reconhecido e muitas vezes subtratado (Batalha, 2010; Cruz et al., 2016). A dor é um problema com efeitos em termos de saúde e de custos e é um dever ético e moral dos profissionais de saúde minimizá-la, promovendo o bem-estar e o desenvolvimento da criança (Batalha, 2010).

Os pais têm um papel fundamental e são quem melhor conhece a criança, pelo que devem ser envolvidos na prevenção e controlo da dor (Franck, 2020; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013). Os enfermeiros devem considerar os pais como participantes plenos na prestação de cuidados e a relação estabelecida deve ser baseada no respeito e na colaboração mútua. Os pais são importantes parceiros de cuidados e os melhores prestadores de cuidados à criança, pelo que a sua intervenção no processo de cuidar deve ser valorizada (Harrison, 2010; Lopes, 2016).

Face aos aspetos anteriormente mencionados e dada a relevância dos pais na promoção do bem-estar da criança, o tema “capacitação dos pais para o controlo da dor” demonstrou especial importância para ser desenvolvido. A Convenção sobre os Direitos da Criança considera a criança como “todo o ser humano com menos de dezoito anos, excepto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo” (Fundo das Nações Unidas, 2019, p. 8). Para uniformizar a linguagem ao longo do presente relatório e adequando à realidade da legislação Portuguesa, quando se menciona a palavra criança, esta refere-se a qualquer indivíduo com

idade compreendida entre os 0 e os 17 anos e 364 dias, quando é mencionada a palavra pais falamos dos progenitores ou cuidador principal da criança.

O presente relatório encontra-se organizado de acordo com a seguinte estrutura:

- **Enquadramento teórico**, onde se aborda o impacto da hospitalização e a importância da implementação de cuidados atraumáticos, a teoria de conforto de Katherine Kolcaba e o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, a dor em idade pediátrica, os principais medos, a importância da prevenção, avaliação e tratamento da dor, bem como a capacitação dos pais;
- **Metodologia de Projeto**, neste capítulo referem-se as diferentes fases do projeto de intervenção, bem como a caracterização das unidades de saúde nomeadamente a estrutura e organização;
- **Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem**, na qual se realiza uma reflexão das diferentes competências adquiridas.

Do ponto de vista metodológico, realizou-se uma pesquisa bibliográfica baseada em artigos científicos, normas de orientação, legislação e livros técnicos. O presente trabalho foi elaborado de acordo com as normas da *American Psychological Association* [APA], 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Hospitalização na criança/jovem, o direito a cuidados atraumáticos

A hospitalização durante a infância e a adolescência pode ter consequências negativas, pelo que deve ser reduzida ou evitada sempre que a situação clínica o permita. Diminuir o número de internamentos e a duração dos mesmos tem inúmeras vantagens socioeconómicas e administrativas, bem como benefícios psicológicos e na saúde em geral das crianças (Barros, 2003; Batalha, 2017).

Do ponto de vista do contexto familiar, o internamento implica sempre uma separação, apesar de poder existir a presença materna, paterna ou pessoa significativa. A hospitalização é um fator gerador de desequilíbrio na família, na maior parte das vezes ocorre de forma inesperada pelo que requer um processo de adaptação no sentido de manter o equilíbrio familiar. As restrições que são levantadas aquando do internamento são muitas vezes incompreensíveis para a criança, pelo que se torna essencial que esta seja informada de forma apropriada ao seu desenvolvimento, tendo sempre presente os episódios anteriores de doença (Antão et al., 2018; Jorge, 2004).

A fase do desenvolvimento em que a criança se encontra condiciona a sua capacidade de compreensão da experiência da doença e do novo contexto físico em que se encontra nomeadamente a capacidade para

(...) ter uma leitura «realista» (...) isto é, de não confundir as fantasias mais dramáticas com a realidade, de compreender o conceito de tempo e ter noção de sequência e de causalidade, de ser capaz de prever ocorrências a médio prazo e de ser capaz de utilizar certos mecanismos de confronto (Barros, 2003, p. 71).

É essencial considerar que existem crianças que independentemente da sua idade não vão reagir bem à hospitalização, o que não implica que as crianças mais velhas necessitem de menos apoio, no entanto, o seu desenvolvimento cognitivo permite que a ajuda dos profissionais seja mais eficaz (Barros, 2003). No contexto de hospitalização, os pais/cuidadores experienciam dúvidas e sentimento de culpa, sentindo que de certa forma falharam no seu papel de proteção. Na prestação de cuidados devemos conhecer a criança e a sua família, tornando-

se fundamental considerar os pais como elementos fundamentais na mediação do processo de prestação de cuidados (Antão, 2018; Jorge, 2004). Os pais sentem inúmeras vezes dificuldade em perceber o que é expectável que façam, o que pode ser promotor de insegurança e perda de autonomia, pelo que cabe ao enfermeiro informar sobre o que é esperado, bem como aquilo que devem contar relativamente ao hospital, quer em termos da equipa multidisciplinar quer em relação à participação na tomada de decisão dos cuidados de saúde (Mano, 2002; Shave et al., 2018).

O internamento pode levar ao surgimento de perturbações comportamentais e ao aumento da ansiedade da criança e dos pais, no entanto, as consequências da hospitalização podem não ser muito notórias durante o período de internamento propriamente dito, manifestando-se quando a criança retorna a casa e às suas atividades quotidianas. As alterações podem ser observadas pelos pais, a criança exige maior atenção e em algumas idades apresenta mais episódios de ‘birras’; ou manifestarem-se em ambiente escolar, com alterações no comportamento. A forma como os pais e a escola lidam com estas situações é fundamental, se a reação for negativa, punindo por exemplo a criança, estas situações podem prolongar-se no tempo. A reação às situações e as estratégias de confronto da criança e dos pais para lidar com as situações de *stress* e ansiedade devem ser avaliadas (Barros, 2003; Batalha, 2017).

Apesar da hospitalização ser indutora de stress e ansiedade, representando um risco aumentado de psicopatologia a curto e a médio prazo e de perturbações do comportamento é na atualidade possível reduzir o impacto negativo desta situação, potencializando aspetos que possam enriquecer a experiência (Barros, 2003; Batalha, 2017). É essencial que aquando da hospitalização se promova um ambiente de cuidados que favoreça a conexão da família e o papel dos vários elementos com o intuito de salvaguardar o interesse superior da criança, pelo que o Enfermeiro Especialista deve ter competências que lhe permitam trabalhar em parceria com a família, reconhecendo o seu papel. É essencial considerar que a parceria de cuidados depende sobretudo da decisão dos enfermeiros no que respeita à inclusão dos pais na prestação de cuidados, pelo que se torna essencial a criação de uma “cultura organizacional de parceria”, o que implica “reflexão e responsabilidade de todos os enfermeiros e não só” (Mano, 2002, p. 60).

Ao longo dos anos assistiu-se a uma grande evolução na filosofia de parceria de cuidados em pediatria, no entanto as intervenções realizadas em contexto de cuidados de saúde

são muitas vezes assustadoras, desconfortáveis ou dolorosas. A prestação de cuidados atraumáticos preconiza a humanização nos serviços de saúde pelo que os cuidados prestados pelos profissionais não devem causar malefício à criança, mas sim minimizar ou eliminar o sofrimento físico e psicológico da criança e da sua família (Hockenberry & Wilson, 2014).

A dor associada à prestação de cuidados, no decurso da necessidade da realização de procedimentos invasivos de diagnóstico ou terapêutica é um dos maiores receios da criança, sendo este também um fator importante de *stress* para os pais (DGS, 2012a; Fernandes, 2020). As crianças podem exprimir-se de muitas formas, frequentemente demonstram comportamentos de ansiedade, angústia, medo e raiva decorrentes do desconforto físico e/ou psicológico, pelo que o conhecimento dos fatores indutores de *stress* para a criança e para a sua família, permite ao enfermeiro desenvolver intervenções que promovam a prestação de cuidados não traumáticos. Os três princípios dos cuidados atraumáticos consistem em evitar a separação da criança da família, promover uma sensação de controlo e evitar ou minimizar lesões ou dor (Hockenberry & Wilson, 2014).

A promoção do conforto na criança em situação de hospitalização é uma prioridade. A Convenção sobre os Direitos da Criança, no artigo 3º salvaguarda o interesse superior da criança, nas decisões que são tomadas, no artigo 6º reconhece o direito inerente à vida e no artigo 37º é estabelecido que: “Nenhuma criança será submetida à tortura ou a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes” (Fundo das Nações Unidas, 2019, p. 28).

De acordo com Levy (1996), a Carta da Criança Hospitalizada aprovada em Leiden (1988) pela Associação Europeia para as Crianças Hospitalizadas, contempla 10 princípios, que devem ser considerados na salvaguarda dos direitos da criança em situação de doença e hospitalização. A importância de prevenir e minimizar a dor estão presentes no princípio V, em que deve “evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável” e “reduzir ao mínimo as agressões físicas ou emocionais e a dor” (p. 656); a intervenção dos profissionais de saúde está evidenciada no princípio VIII, que refere que a “equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família” e no princípio X sustenta que “a intimidade de cada criança deve ser respeitada (...) deve ser tratada com tacto e compreensão em todas as circunstâncias” (p. 656).

1.2. Teoria do conforto e parceria de cuidados

Todos os procedimentos devem ser considerados como potencialmente dolorosos e causadores de ansiedade. As orientações da *American Society for Pain Management* (Manworren & Lurry Children Hospital of Chicago, 2019) recomendam:

1. A criação de um plano que permita gerir o conforto de forma individualizada antes da realização de um procedimento doloroso;
2. A promoção de uma abordagem que seja centrada na família.

Considerando os princípios anteriormente mencionados, para a prestação de cuidados atraumáticos é essencial que se promova o conforto da criança e da sua família. De acordo com a Conselho Internacional de Enfermeiros (2018), confortar consiste em: “(...) consolar alguém nos momentos de necessidade” (p. 31) e o conforto corresponde à “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (p. 32).

Katharine Kolcaba em 1997 definiu conforto holístico como a experiência imediata que é reforçada por ter necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência atendidas em quatro contextos, nomeadamente: físico que pertence a sensações corporais, mecanismos de homeostasia e função imunitária; psicoespiritual que corresponde à consciência interna de si mesmo, incluindo estima, identidade, sexualidade, significado na vida e relacionamento compreendido pela pessoa; sociocultural que pertence às relações interpessoais, familiares e sociais; ambiental que pertence ao meio externo da experiência humana e diz respeito à temperatura, à luz, ao som e ao cheiro (Kolcaba, 2003).

Para Kolcaba são considerados três tipos de conforto: o alívio, em que ocorre a satisfação de uma necessidade; a tranquilidade que corresponde a um estado de calma e contentamento; e a transcendência, estado em que qualquer um consegue ultrapassar um problema ou dor. Segundo a mesma autora as propriedades do conforto estão implícitas em 3 princípios:

- O conforto é um resultado essencial para a saúde e é focado no doente, sendo alcançado quando o enfermeiro reconhece que confortou o doente efetivamente;
- Consiste num estado holístico e complexo, em que os aspetos do conforto são percebidos simultaneamente pelos destinatários dos cuidados;

- As dimensões do conforto estão interrelacionadas e as tentativas de direcioná-los ou medi-los de uma forma particular são demoradas e imprecisas.

Para cuidar da criança com dor e da sua família, os profissionais devem prestar cuidados valorizando os seguintes princípios: escutar e acreditar na criança, considerar a criança e a sua família como parceiros de cuidados, centrar os cuidados na família, prestar cuidados de forma individualizada e holística, colaborar com a equipa multidisciplinar na formação, e orientar o contexto de trabalho com o intuito de desenvolver um tratamento eficaz (Batalha, 2010).

A conceptualização da criança e da infância é observada na atualidade de forma diferente, passou de um ser humano que para a sociedade era nulo, para nos dias de hoje ser considerado como um elemento fundamental à realização pessoal da mulher e do homem, considerada como pessoa plena de direitos. O envolvimento parental na prestação de cuidados à criança em situação de hospitalização alterou-se significativamente. A realização de estudos nos anos 80 e 90 do século XX vieram expandir o conceito CCF, a sua origem encontrava-se relacionada com a prestação de cuidados à criança hospitalizada, contudo na atualidade o conceito CCF está ligado à criança e ao adulto nos diversos contextos de prestação de cuidados (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Evoluiu-se de uma perspetiva em que os pais passaram de visitar os seus filhos hospitalizados para os acompanharem e participarem na prestação de cuidados, o que fomentou a alteração do conceito de CCF. Numa perspetiva de CCF, os profissionais de saúde e a família apresentam-se como parceiros de cuidados e a criança e a família são consideradas como clientes dos cuidados. A prestação de cuidados em enfermagem no contexto de pediatria tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos e o papel da família na atualidade é amplamente reconhecido (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020; Harrison, 2010).

O ponto central dos CCF está inteiramente relacionado com o estabelecimento de uma relação entre a família e os profissionais de saúde, pelo que os enfermeiros na sua prática profissional devem observar os pais como participantes plenos, promovendo a parceria de cuidados, tornando-se essencial que a equipa adote uma prática baseada no respeito, colaboração e apoio (Harrison, 2010).

O termo CCF tem sido utilizado na prestação de cuidados de saúde à criança para englobar concepções como: parceria de cuidados; colaboração dos profissionais e da família nos processos de tomada de decisão; participação dos pais nos cuidados; cuidar da família e da criança e promoção de ambientes amigáveis para que as famílias normalizem o seu funcionamento no contexto de saúde. Os CCF têm por base os seguintes pressupostos: a família tem uma influência significativa no bem-estar da criança, a família e a criança devem ser respeitados na sua individualidade e a parceria de cuidados entre os diferentes elementos é fundamental para a prestação de cuidados (Franck & Callery, 2004).

A participação dos pais nos cuidados à criança, começou a ser valorizada no final dos anos 80. Tal como o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey refere, a criança desde o nascimento é dependente de outros para a satisfação das suas necessidades básicas e com o desenvolvimento adquire competências e torna-se progressivamente autónoma. O enfermeiro presta cuidados especializados e incentiva a família a prestar os cuidados que visam satisfazer as necessidades da criança. Este modelo é flexível, o enfermeiro presta cuidados à criança em caso de necessidade e a família também pode prestar cuidados de enfermagem desde que sob supervisão do enfermeiro, não existindo uma fronteira rígida entre os dois tipos de cuidados. Neste modelo, a autora refere também o conceito de saúde e a importância do ambiente, que deve ser rico em amor e cuidados apropriados que promovam a segurança e a confiança da criança, para que esta se desenvolva em harmonia e de forma saudável (Mendes & Martins, 2012; Monteiro & Cerqueira, 2020).

Para Anne Casey, a família não é considerada apenas como alvo de cuidados do enfermeiro, mas como um parceiro essencial, os pais são considerados os melhores prestadores de cuidados à criança e a sua participação deve ser valorizada. Os enfermeiros devem promover o envolvimento da família, devendo existir igualdade entre os intervenientes, através de um processo de negociação, de decisão partilhada e de prestação de cuidados conjuntamente. Torna-se fundamental o estabelecimento de uma relação de confiança que tenha presente as capacidades, vontades e limitações de cada elemento ao longo do internamento da criança. Os enfermeiros devem procurar negociar a participação e a responsabilidade dos pais e da criança adequando as suas intervenções às suas preferências e necessidades (Lopes, 2016; Monteiro & Cerqueira, 2020).

1.3. Dor em idade pediátrica

A percepção da presença da dor nos serviços de saúde tem evoluído ao longo do tempo. Para Aristóteles a dor não era um fenómeno físico, mas uma emoção; na Idade Média a dor era vista como uma punição relacionada com pecados que a pessoa cometeu, sendo interpretada através de uma filosofia religiosa; no Ilusionismo com Decartes a dor ganhou uma nova visão, valorizando-se a racionalidade e a divisão entre o corpo e o espírito, a dor passou a ser reconhecida como um fenómeno físico que pode ser reduzido ou eliminado (Batalha, 2010).

De acordo Mershkey & Bogduk, (1994), a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante a uma lesão tecidual real ou potencial”, esta consiste numa experiência pessoal e as experiências de vida têm influência na definição do seu conceito, o relato de dor por uma pessoa deve ser respeitado porque apesar da dor ter um papel adaptativo, pode interferir negativamente na função e no bem-estar social e psicológico da pessoa. A dor é um fenómeno subjetivo e individual, em que existe a componente sensorial, relacionada com a neurofisiologia e uma componente emocional que depende de experiências anteriores, estado afetivo, fatores de natureza pessoal, cultural, e psíquica, fase de desenvolvimento (Batalha, 2016).

Podem ser considerados dois tipos de dor de acordo com a duração, podendo ser diferenciada em dor aguda ou dor persistente/dor crónica. A dor aguda tem uma função biológica de alerta e pode estar associada a traumatismos de tecidos, fraturas e situações de doença, tem uma duração limitada no tempo e desaparece na ausência do estímulo que a provocou. A dor persistente/crónica tem uma duração prolongada no tempo, por norma superior a três meses, gerando grande fragilidade e mantendo-se mesmo após a lesão ter sido eliminada (APED, 2018; Batalha, 2016).

A dor na criança é um aspeto que exige especial atenção, as crianças para além de sentirem dor, podem guardar a memória das experiências dolorosas. A investigação demonstra que as vias nervosas para a percepção da dor se encontram presentes no feto a partir da 20ª semana de gestação, estando totalmente desenvolvidas pelas 28 semanas. Pela imaturidade dos mecanismos neurofisiológicos da percepção e regulação dos estímulos de dor, os recém-nascidos prematuros e as crianças em primeiros meses de vida encontram-se em situação de maior vulnerabilidade (APED, 2018; DGS, 2010; Franck, 2020).

Pode considerar-se que a “dor associada aos procedimentos invasivos, nociceptivos ou noxicos   uma dor aguda, de início súbito e de dura o limitada” (Cruz, 2020, p. 20). As experiências precoces de dor podem ter efeitos imediatos em termos de respostas fisiológicas, comportamentais e emocionais. Se a dor não for minimizada ou tratada pode gerar uma maior sensibilidade a estímulos dolorosos futuros, levar   necessidade de mais analgesia, a comportamentos de fuga ou evita o, medo e ansiedade (APED, 2018; Batalha, 2016; Cruz, 2020; DGS, 2010; DGS, 2012a; DGS, 2012b; Fournier-Charri re, 2007; Franck, 2020; Manworren & Lurry Children Hospital of Chicago, 2019).

Como resposta   presença dor podem observam-se altera es na expressão facial (testa enrugada, sobranceiras franzidas, pálpebras cerradas e face tensa) e corporal, pode ocorrer choro e/ou verbaliza o de dor, gritos, agita o, prostra o ou posi o antiálgica. Do ponto de vista comportamental pode ocorrer irritabilidade, sono agitado e suc o contínua exacerbada; fisiologicamente verificam-se altera es hemodinâmicas com a ocorrência de sudorese e/ou altera es metabólicas (Batalha, 2016; DGS, 2012b).

Nos recém-nascidos e nos latentes “o corpo fala” (p. 20) manifestam sobretudo a dor através da expressão facial, de choro intenso, altera es do comportamento e através dos sinais vitais (APED, 2018). Os principais medos no primeiro ano de vida são os estímulos fortes que são estranhos para o beb , ruídos intensos, animais, máscaras, tempestades e pessoas desconhecidas (OE, 2013).

Entre o 1  e o 3  ano a criança encontra-se na “idade do grito” (p. 20), pelo que a dor manifesta-se sobretudo por choro, gritos, ansiedade, uso de palavras para exprimir a dor (ai e dói), através da expressão facial e corporal, podendo demonstrar-se através de um comportamento agressivo e prote o da zona que dói (APED, 2018). Numa criança de 2 anos a dor gera medo e raiva, podendo surgir sentimentos de puni o, considerando que a criança mant m-se inacessível   lógica dos adultos e a dor associada ao tratamento   vista como uma agressão incompreensível e o profissional que gera a dor   visto como ‘mau’ (Fournier-Charri re, 2007). Os principais medos da criança são o escuro, as figuras místicas como as bruxas e os fantasmas, as catástrofes e o medo da separa o dos pais (OE, 2013).

As crianças em idade pré-escolar acreditam que todas as pessoas pensam da mesma forma que elas, existe uma tendência para o egocentrismo, manifestam-se pelo pensamento

mágico, ‘acreditam que os beijinhos da mãe podem curar a ferida’. Nesta fase começam a ter capacidade de exprimir a sua dor, demonstram alterações de comportamento que podem incluir agitação e agressão física, misturando a realidade com a fantasia (APED, 2018; Hockenberry & Wilson, 2014). Os principais medos da criança são o dano corporal, o ridículo, as agulhas, os procedimentos médicos e a perda de integridade física, apresentam sobretudo medo de serem magoadas ou maltratadas e os procedimentos de diagnóstico e tratamento apresentam-se como uma ameaça (APED, 2018; Batalha, 2010; OE, 2013).

Na idade escolar a criança ‘registra’ as experiências e o efeito das suas queixas tem inúmeros benefícios, começam a valorizar a noção de coragem, no entanto, o comportamento mantém-se espontâneo e desorganizado (Fournier-Charrière, 2007). Apresentam necessidade que lhes seja tudo devidamente explicado, são capazes de exprimir a sua dor, associando-a a uma causa, podendo evidenciar a dor através da expressão corporal podendo apresentar-se imóveis, em ‘posição fetal’, isolando-se e protegendo a zona que dói. O pensamento torna-se mais lógico e coerente e a energia física e psíquica é direcionada para a aquisição de conhecimento e para a brincadeira. Os principais medos entre as crianças de 6, 7 ou 8 anos são os seres sobrenaturais, ficar sozinho, o escuro e ladrões e entre os 9 e os 12 anos são a aparência física, lesões corporais, aproveitamento escolar, trovoadas, escuro, morte e futuro (Almeida et al., 2002; APED, 2018).

Os adolescentes quando experienciam a sua dor questionam-se “porquê a mim?” (p. 21), têm necessidade de manter uma sensação de controlo, pode existir dificuldade em entender a sua expressão facial, considerando que podem sentir vergonha de mostrar comportamentos de dor, beneficiam que lhes sejam explicadas formas de controlar a dor e podem sentir-se abandonados ou deprimidos (APED, 2018). Os principais medos que podem sentir estão relacionados com a sua sexualidade e a falha social (Almeida et al., 2002).

1.4. Avaliação e tratamento da dor

Existe uma elevada prevalência de procedimentos dolorosos nos serviços de saúde. No primeiro ano de vida, e de acordo com o Plano nacional de Vacinação, a criança é submetida a cerca de 20 imunizações, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN] o RN é sujeito a 7,5 - 17 procedimentos dolorosos por dia, numa Unidade de Cuidados Intensivos ou

Serviço de Internamento a média corresponde a 2 procedimentos por dia (Cruz et al., 2016; Manworren & Lurry Children Hospital of Chicago, 2019).

A dor encontra-se presente na maioria das situações de doença que exigem cuidados de saúde, o seu controlo é um dever profissional e um direito da criança, pelo que se torna imperativo prevenir, avaliar e tratar a dor, como indicadores de qualidade dos cuidados que são prestados à criança em meio hospitalar (Batalha, 2010).

Quando falamos de dor é importante termos em consideração alguns fatores (Batalha, 2016; APED, 2018), nomeadamente:

- Biológicos, relacionados com a genética, o género, o desenvolvimento e a experiência dolorosa;
- Socioculturais, estabelecem-se através da interação com os pais, o suporte social, a cultura;
- Psicológicos, relacionados com a personalidade, significados de dor, emoções e estratégias de *coping*;
- Cognitivos, referentes à compreensão das experiências de dor e à capacidade para as descreverem.

A avaliação permite identificar a criança com dor, “objectivar um fenómeno por natureza subjectivo, uniformizar a linguagem dentro da equipa de saúde facilitando a tomada de decisões homogéneas, adaptar de forma personalizada o seu controlo e avaliar a eficácia das intervenções e sua correcção em tempo útil” (DGS, 2010, p. 4). O sucesso das medidas de alívio da dor só é possível se for devidamente monitorizada, pelo que os profissionais têm o dever de avaliar sistematicamente, registando a sua intensidade. Enquanto sinal vital exige especial atenção e a sua avaliação permite otimizar a terapêutica, contribuindo para que a equipa multidisciplinar se sinta mais segura, promovendo inúmeros benefícios para a criança e contribuindo para o aumento da sua qualidade de vida (DGS & Ministério da Saúde, 2003).

A dor deve ser quantificada através de “instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo em atenção o tipo de dor, a situação clínica e a idade da criança. Apesar de existirem instrumentos para as várias idades pediátricas e situações clínicas, não existe uma solução universalmente aceite” (DGS, 2010, p. 2). As escalas de avaliação da dor devem:

(...) garantir que se mede a dor e não outra coisa (validade); que existe precisão na medição com o passar do tempo e entre avaliadores (fiabilidade); que tem capacidade para diferenciar os verdadeiros estados de dor (sensibilidade) e os verdadeiros estados de não dor (especificidade); concordância entre avaliadores quando usada noutra população de utilizadores (reprodutibilidade); e facilidade e utilidade na sua aplicação em termos de custos, tempo, aceitabilidade, facilidade e vantagens para o tratamento (utilidade clínica) (Batalha, 2010, p. 44).

Privilegia-se quando possível a autoavaliação da criança e a aplicação de instrumentos de heteroavaliação. A incapacidade para comunicar não nega a possibilidade de experienciar dor (Batalha, 2010; Batalha, 2016; Batalha & Sousa, 2018; Mershkey & Bogduk, 1994). Na criança que tem capacidade de verbalizar o autorrelato tem um papel fundamental para avaliar a intensidade da dor. As crianças entre os 3 e os 4 anos quando avaliam a sua dor têm maior tendência para se situar nos extremos, constatando-se também uma tendência para atribuir valores mais elevados à dor aguda, quando comparadas com crianças mais velhas. Os instrumentos de avaliação da dor mencionados que permitem a autoavaliação em idade pediátrica são a Escala Visual Analógica [EVA], a *Faces Pain Scale - Revised* [FPS-R] e a Escala Numérica (Batalha, 2010; Batalha, 2016; Costa et al., 2016; DGS, 2010; OE, 2008).

Na criança que não tem capacidade de autorrelato ou que pela sua situação de saúde não é capaz de exprimir o que sente, os enfermeiros e os pais são essenciais na determinação da dor e neste caso a avaliação acontece através de escalas de heteroavaliação, valorizando-se a observação de respostas comportamentais e fisiológicas à dor. Os instrumentos de heteroavaliação que podem ser utilizados para determinar a intensidade da dor são a *Neonatal Infant Pain Scale* [NIPS], a *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né* [EDIN], a *Premature Infant Pain Profile* [PIPP], a *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability- Revised* [FLACC-R] e a *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* [FLACC] (Batalha, 2016; Batalha & Sousa, 2018; DGS, 2010; OE, 2008; T. Silva & L. Silva, 2010).

As principais barreiras à prevenção e ao tratamento da dor consistem na falta de conhecimento de políticas, procedimentos e diretrizes; falha em entender que existem melhores formas de fazer; falha em reconhecer certos procedimentos comuns como sendo dolorosos (como por exemplo a remoção de um penso); comunicação insuficiente no seio da equipa

multidisciplinar; falta de informação dos pais e da criança; escassez de tempo e a não prescrição de fármacos quando necessários (Manworren & Lurry Children Hospital of Chicago, 2019).

1.5. Capacitação dos pais para o controlo da dor

Torna-se muito importante que os profissionais de saúde identifiquem se os pais ou pessoas significativas avaliam de forma objetiva a dor da criança (Batalha & Sousa, 2018). A dor encontra-se muitas vezes associada a crenças, mitos, bem como preconceitos que muitas vezes dificultam a sua avaliação e o seu tratamento (Batalha, 2010). Na tabela 1 encontram-se evidenciados os principais mitos e a respetiva constatação com a evidência científica atual.

Tabela 1:

Mitos associados ao tratamento da dor

Mitos	Evidência Científica
Os RN não sentem dor, considerando a imaturidade do seu Sistema Nervoso Central	As vias nervosas que permitem ter a percepção da dor desenvolvem-se na gravidez e já se encontram presentes na 24 ^a semana de gestação
As crianças sentem menos dor que os adultos	As crianças mais jovens sentem níveis de dor mais elevados do que as crianças mais velhas, com a idade vão apresentando maior tolerância à dor
As crianças não têm memória da dor	Existem evidências que mesmo que as crianças não verbalizem a dor, as suas respostas comportamentais a procedimentos dolorosos, permitem concluir o contrário
As crianças pequenas não têm capacidade para descrever e localizar a dor	As crianças conseguem desde muito cedo mencionar o local onde sentem a dor e avaliar a sua intensidade quando utilizados instrumentos apropriados
Estímulos semelhantes provocam o mesmo nível de dor	O limiar de dor difere de criança para criança e é influenciado por uma multiplicidade de fatores
As crianças verbalizam sempre que têm dor	As crianças podem não referir que sentem dor, por apresentarem medo de ir a um hospital ou de ‘levar uma pica’
A criança habitua-se a sentir dor e a ser submetida a procedimentos dolorosos	A exposição frequente à dor, aumenta a ansiedade e pode ter consequências no futuro
A dor só ocorre se a criança tiver uma lesão	A dor é real, independentemente de se conhecer a causa/origem
As crianças devem ser encorajadas a aguentar a dor	A dor deve ser devidamente tratada e não deve ser prolongado o sofrimento da criança

Nota: Adaptado de OE (2008), DGS (2010) e APED (2018)

Apesar dos inúmeros avanços científicos, a dor em pediatria constitui-se como um problema de especial relevância, na medida em que se mantém na atualidade ainda pouco reconhecido, diagnosticado ou tratado de forma inapropriada, sendo um fenómeno com uma prevalência significativa. Existe uma multiplicidade de doenças que podem causar dor e esta tem um efeito significativo na vida da criança e da sua família (APED, 2018; Batalha, 2010).

Pode considerar-se que controlar a dor “não é apenas administrar um fármaco ou um outro tratamento, mas sim realizar uma abordagem integrada que reduza ou bloqueie a atividade nociceptiva do trauma associado ao procedimento e que modifique os fatores situacionais que a agravam” (Cruz, 2020, p. 33). O tratamento da dor exige uma estratégia multidisciplinar em que toda a equipa deve prestar cuidados de qualidade, tornando-se fundamental sensibilizar os profissionais e as equipas para que possam intervir de forma eficaz na prestação de cuidados atraumáticos (Batalha, 2010). No controlo da dor associada à realização de procedimentos dolorosos devem ser considerados os 5 P’s como é possível verificar na figura 1 e tabela 2 seguintes:

Figura 1:

Os 5 P’s do controlo da dor



Nota: Adaptado de Manworren & Lurry Children Hospital of Chicago (2019).

Tabela 2:

Os 5P's do controlo da dor

Presença	<ul style="list-style-type: none">• Permitir a presença dos pais:<ul style="list-style-type: none">○ Minimizar o número de pessoas presentes;○ Incluir os pais na preparação para os procedimentos dolorosos, promover a distração e o apoio para que a criança se sinta segura;○ Permitir ao adolescente escolher quem quer que esteja presente, respeitando a sua privacidade.• Objetos de segurança:<ul style="list-style-type: none">○ Permitir que a criança possa ter consigo brinquedos ou outros objetivos favoritos.
Preparação	<ul style="list-style-type: none">• Fornecer informação apropriada à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança:<ul style="list-style-type: none">○ Oferecer oportunidades para brincar antes do procedimento;○ Utilizar linguagem apropriada;○ Permitir ao adolescente comunicar com a equipa, participar no processo de tomada de decisão, fazer questões e entender a necessidade do procedimento.• Permitir escolher:<ul style="list-style-type: none">○ Ver ou não o procedimento;○ Ficar no colo dos pais ou na cadeira.• Perceber as estratégias de <i>coping</i> da criança.
Posicionamento	<ul style="list-style-type: none">• Reduz o stress ao promover a interação entre os pais e os filhos. Adequar posicionamento ao procedimento, facilitando a sensação de conforto.<ul style="list-style-type: none">○ Bebê → segurar em cima dos ombros ou peito com peito;○ Criança pequena → peito com peito, abraçando a criança durante o procedimento;

-
- Idade escolar → criança ao colo, abraçando-o durante o procedimento;
 - Crianças mais velhas → podem escolher uma posição de conforto, escolher segurar a mão dos pais, etc.

Reforço positivo

- Apoiar as necessidades do desenvolvimento:
 - Limitar o ruído;
 - Permitir que a criança seja ouvida;
 - Incentivar a verbalização da dor;
 - Utilizar linguagem apropriada;
 - Elogiar a criança;
 - Oferecer recompensa.

Brincadeira

- Oportunidades de brincar antes, durante e após o procedimento ajuda a criança a processar a informação, permitindo ao enfermeiro esclarecer equívocos, dando espaço à criança para verbalizar o seu medo e a sua dor.

Nota: Adaptado de Manworren & Lurry Children Hospital of Chicago (2019).

Os pais valorizam os profissionais de saúde que aquando da prestação de cuidados dialogam de forma contínua e aberta, que os envolvem ativamente e aos filhos nos cuidados e lhes explicam os procedimentos, seguindo os seguintes princípios (Shave et al., 2018):

1. Tratar a criança como um elemento que vai compreender;
2. Certificar-se que a criança sabe o que pode esperar;
3. Explicar os procedimentos adequando a linguagem à criança;
4. Dar tempo à criança para processar a informação;
5. Envolver a criança no procedimento.

A abordagem ONE VOICE, ensina aos profissionais de saúde como criar um ambiente menos ameaçador para as crianças durante os procedimentos médicos e de enfermagem. *The ONE VOICE* inclui um conjunto de estratégias que contribuem para o bem-estar da criança durante a realização de procedimentos dolorosos, o que se encontra evidenciado na tabela 3 (Manworren & Lurry Children Hospital of Chicago, 2019).

Tabela 3:

The One Voice

O	Uma voz ou pessoa que tenha treino apropriado e que dê informações à criança ao longo do procedimento
N	Envolvimento parental
E	Explicar à criança o que vai ocorrer durante o procedimento
V	Validar com palavras (ouvir o que a criança tem a dizer em silêncio, respeitando a sua experiência, mostrando empatia)
O	Promover uma posição confortável
I	Individualizar o plano
C	Escolher uma distração adequada
E	Eliminar elementos desnecessários que não estejam envolvidos nos procedimentos

Nota: Adaptado de Manworren & Lurry Children Hospital of Chicago (2019)

O comportamento e a interação dos pais influenciam o comportamento da criança durante a realização de procedimentos dolorosos. A catastrofização dos pais consiste num processo cognitivo em que existe ruminação, amplificação e sensação de desamparo no que respeita à dor da criança (Birnie et al., 2017; Palermo et al., 2014). A dor na criança percebida pelos pais está associada a sentimentos parentais de angústia, sintomas depressivos, sofrimento e presença de níveis mais elevados de ansiedade e receios (Brown et al., 2019; Jaaniste et al., 2016; Goldstein-Leever et al., 2018). O sofrimento da criança está positivamente associado ao sofrimento dos pais, pelo que pais com menores níveis de pensamento catastrófico apresentam maior capacidade de utilizar estratégias apropriadas para regular o sofrimento da criança, como empatia, distração e estratégias de *coping*. A incidência de elevados níveis de angústia parental associa-se a altos níveis de angústia infantil (Caes et al., 2014; Chorney et al., 2013; Franck 2020).

O funcionamento da família e os comportamentos de *stress*/catastrofização dos pais afetam a forma como a criança percebe a dor, reforçando a importância de promover a autoeficácia e o suporte psicológico dos pais para que possam intervir eficazmente

no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e na redução do sofrimento da criança sujeita a procedimentos dolorosos (Birnie et al., 2017; Brown et al., 2019; Goldstein-Leever et al., 2018; Jaaniste et al., 2016). O enfermeiro deve ser responsável por capacitar os pais para realizarem perguntas, solicitarem intervenções farmacológicas e não farmacológicas eficazes, permitindo minimizar a falta de conhecimento no que respeita ao tratamento da dor em pediatria (Shave et al., 2018). A tabela 4 permite esclarecer a importância da literacia sobre a dor para o enfermeiro e para os pais.

Tabela 4:

Papel do Enfermeiro vs Papel do Pais – Literacia sobre a Dor

Papel do Enfermeiro	Papel dos Pais
Promover a literacia continuamente	Questionar a equipa sobre o que devem esperar
Respeitar os procedimentos e as políticas da organização	Apoiar a equipa na avaliação da dor e ansiedade da criança
Comunicar no seio da equipa acerca do estado da criança e do seu comportamento no procedimento	Intervir na realização de um plano individualizado de promoção do conforto para a criança
Avaliar documentos, intervir e avaliar o procedimento	Apoiar na seleção de intervenções de alívio da dor
Participar em projetos de melhoria contínua da qualidade	

Nota: Adaptado de Manworren & Lurry Children Hospital of Chicago (2019).

Os pais são quem melhor conhecem a criança e mais facilmente reconhecem os seus sinais de dor, pelo que envolvê-los nos cuidados tem inúmeras vantagens, considerando que podem influenciar positivamente as experiências futuras de dor da criança, devendo ser incluídos na implementação de intervenções não farmacológicas (DGS, 2012a; DGS, 2012b). Envolver os pais diminui o medo e as suas preocupações, promove a compreensão do processo inerente à prática do cuidar e à necessidade de determinados procedimentos, permitindo assim que se sintam mais tranquilos e seguros, num ambiente mais calmo e propício ao bem-estar (Franck, 2020; OE, 2013). O enfermeiro tem aqui um papel fundamental na preparação dos

pais, para que distraiam a criança e a tentem consolar utilizando palavras de conforto, nunca esquecendo que a separação dos pais é sempre um fator de *stress* e ansiedade para a criança (APED, 2018; Fernandes, 2020; OE, 2008).

2. METODOLOGIA DE PROJETO – CAPACITAÇÃO DOS PAIS PARA O CONTROLO DA DOR

A metodologia de projeto tem como finalidade a resolução de problemas e visa a aquisição de capacidades e competências de natureza pessoal através do desenvolvimento e concretização de projetos que incidam sobre uma situação. A metodologia permite a ligação da teoria com a prática, considerando que o conhecimento da teoria serve como suporte para posterior aplicação prática (Ferrito et al., 2010).

A realização de um projeto abrange diversas etapas nomeadamente o diagnóstico de situação; a planificação de atividades, meios e estratégias; a execução; a avaliação e a divulgação dos resultados obtidos. O projeto consiste num “plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar”. A metodologia de projeto deve ser “uma atividade intencional”, o que pressupõe que exista um objetivo determinado pelos autores que dá significado às atividades e que deve estar associado ao “produto final”, o que exige que quem a realiza tenha “iniciativa e autonomia”, bem como a capacidade para tomar decisões ao longo das etapas do seu desenvolvimento, deve também existir “autenticidade”, “originalidade” e “complexidade e incerteza”, bem como “um carácter prolongado e faseado, estendendo-se ao longo do tempo e percorrendo as várias etapas desde a formulação do objetivo central até à apresentação dos resultados e sua avaliação” (Ferrito et al, 2010, p. 5).

O projeto desenvolvido na área da saúde deve ser sustentável e atender a determinadas características como: ter a capacidade de gerar benefícios que se mantenham ao longo do tempo, desenvolver condições para que os efeitos do projeto se perpetuem mesmo na sua ausência, ter uma dinâmica que fomente outras iniciativas e promova o desenvolvimento geral, ser empreendedor e irreversível, valorizando os recursos disponíveis (Brissos, 2004).

Face aos aspetos anteriormente mencionados e enquanto Enfermeira de cuidados gerais a exercer funções numa UIP e numa Unidade de Cuidados Especiais de Neonatologia foi possível observar que relativamente ao tema dor na criança e jovem, os pais ainda não são devidamente incluídos nos cuidados, não lhes sendo explicado o que é esperado deles e de que forma podem colaborar. Neste sentido considera-se pertinente desenvolver este tema “capacitação dos pais para o controlo da dor”.

2.1. Definição de objetivos

Definir objetivos permite determinar os resultados que se pretendem atingir, estes podem ser gerais e específicos, a consciência dos mesmos contribui para demonstrar as capacidades que o formando deve desenvolver ao longo da sua formação que devem ser abrangentes e diferenciadas e a sua formulação deve considerar os conhecimentos que devem ser adquiridos (Ferrito et al., 2010). Os objetivos devem ser realizáveis, consistentes, facilmente entendidos e mensuráveis em qualidade, quantidade e duração (Borges, sd, citado por Ferrito et al., 2010).

Como **objetivo geral** definiu-se:

- Desenvolver competências de EEESIP e Mestre que permitam a prestação de cuidados de forma diferenciada à criança/jovem e à sua família nos diferentes contextos de prestação de cuidados em que se encontrem.

Definiram-se como objetivos específicos:

- Compreender a dinâmica e organização dos 4 contextos de estágio (UIP, UUP, CEP/HDP e SMIPN);
- Prestar cuidados de forma especializada à criança e à sua família nos vários contextos de prestação de cuidados;
- Promover a capacitação dos pais no controlo da dor.

Para atingir os objetivos delineados foram desenvolvidas actividades em cada contexto de estágio, consoante as necessidades identificadas no seio das equipas multidisciplinares, o que será evidenciado na etapa seguinte da metodologia de projeto.

2.2. Diagnóstico de situação

A primeira etapa da metodologia de projeto consiste no diagnóstico de situação e “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar

um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar” (Ferrito et al, 2010, p. 10).

A etapa de diagnóstico de situação abrange a recolha de dados de natureza objetiva e qualitativa, sem desvalorizar o aprofundamento que exige. Esta etapa permite definir um determinado problema “quer quantitativa quer qualitativamente, estabelecendo-se as prioridades e indicando-se as causas prováveis, seleccionando-se posteriormente recursos e grupos intervenientes”. Quando se foca a prática baseada em evidência é essencial considerar que tudo se inicia na prática clínica, o que só é possível se as perguntas forem formuladas tendo em conta o que é desenvolvido a nível profissional, no dia-a-dia. O contexto influencia a formulação de problemas, por exemplo, um enfermeiro que desempenhe a sua prática profissional numa unidade hospitalar, formula problemas de forma totalmente distinta de um docente, porque as situações com que se confrontam diariamente são totalmente diferentes e cada qual definirá os problemas que considera pertinentes (Ferrito et al, 2010).

É essencial que na definição de um problema se analise a qualidade e a congruência, pelo que deve ser “concreto e real”; “reunir condições para o estudo”, nomeadamente de recursos e disponibilidade em termos de contexto, “ser operacionalizado através de uma hipótese científica”, “ser relevante para a teoria/prática” e ser formulado de forma clara, sendo facilmente percebido por outro investigador (Almeida & Freire, 2007, citado por Ferrito et al., 2010, p. 12).

Na elaboração de um diagnóstico, o enfermeiro pode utilizar diversos métodos para identificar e validar problemas para os quais pretenda obter resposta. Para que se possa utilizar qualquer um dos métodos é essencial a “observação do contexto e das pessoas, todos os intervenientes e actividades, sendo o ponto de partida para a sua correta e fiável utilização” (Ferrito et al., 2010, p. 13).

No Estágio I e no Estágio Final foram realizadas entrevistas com as enfermeiras orientadoras e com as enfermeiras-chefe no sentido de perceber a percepção da equipa de enfermagem sobre a temática do presente Relatório. A situação de pandemia por SARS-CoV2 gerou grandes alterações nas dinâmicas e a necessidade de reorganização dos serviços e das equipas: aumento do volume de trabalho, a avaliação e tratamento da dor foram sendo descurados ao longo do tempo, o que se agravou com a entrada de novos profissionais nas

equipas não suficientemente integrados. Este Relatório incidu sobretudo sobre a capacitação dos pais para o controlo da dor, pelo que ao longo dos diferentes estágios foram desenvolvidos conteúdos direcionados para os pais e para os profissionais saúde. No Módulo C do Estágio Final para além da entrevista informal, foi utilizado um instrumento de análise de dados denominado por análise SWOT (Figura 2).

A análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) considera a perceção de um grupo de elementos no que respeita à dinâmica de um determinado sistema, apresenta-se em quadrantes e inclui fatores negativos, nomeadamente debilidades e ameaças e fatores positivos como forças e oportunidades. Distinguir os fatores negativos pode ser difícil, as debilidades correspondem a inconvenientes e circunstâncias internas que afetam negativamente o sistema, as ameaças são os aspetos externos que trazem constrangimentos. As forças correspondem aos elementos potenciais e aos benefícios que são internos ao sistema, as oportunidades favorecem o sistema, mas constituem-se como elementos externos (Santos, 2010).

Figura 2:

Análise SWOT

	Favorecem	Prejudicam
Origem Interna	<p>Forças:</p> <ul style="list-style-type: none">• Interesse da enfermeira-chefe no tema;• Equipa altamente qualificada e motivada;• Elevado número de EEESIP;• Ambiente acolhedor, organizado, acessível e confortável para os pais;• Valorização da parceria de cuidados, com pais bem integrados na prestação de cuidados ao recém-nascido;• Prestação de cuidados considerando o programa <i>Newborn individualized developmental care and assessment program</i> [NIDCAP];• Cuidados promotores do desenvolvimento e da autorregulação do bebé;• Preocupação com o controlo da dor;• Materiais disponíveis para a realização de formação;• Presença de normas e protocolos que promovem a prestação de cuidados atraumáticos e a parceria de cuidados.	<p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none">• Serviço altamente complexo que exige um tempo de integração de 6 meses;• Estrutura física do serviço não permite a permanência dos pais durante 24 horas;• Limitação do sistema informático que não se encontra de acordo com a filosofia NIDCAP e não permite a realização de registos por todos os profissionais da equipa multidisciplinar;• Carga horária elevada.
Origem Externa	<p>Oportunidades:</p> <ul style="list-style-type: none">• Acreditação de Hospital Amigo dos Bebés;• Projetos desenvolvidos na área da qualidade;• Existência de alojamento para pais no exterior do Hospital;• Inovações tecnológicas.	<p>Ameaças:</p> <ul style="list-style-type: none">• Situação de Pandemia por SARS-CoV2;• Carência de investimento no Serviço Nacional de Saúde [SNS];• Instabilidade socioeconómica do país.

2.2.1. Caraterização das unidades de saúde

O projeto de intervenção foi desenvolvido em quatro contextos de estágio, pelo que a caraterização das unidades de saúde e a análise reflexiva irá respeitar a ordem cronológica em que decorreram. A caraterização irá permitir entender a estrutura e organização das unidades de saúde, bem como a constituição das equipas multidisciplinares e as dinâmicas dos serviços. O projeto de intervenção foi amplamente desenvolvido no decurso do Estágio I e do Estágio Final, neste subcapítulo será evidenciado de forma pormenorizada o percurso realizado com especial enfoque para a descrição dos locais de estágio.

2.2.1.1. Unidade de Internamento de Pediatria

O Estágio I foi realizado numa UIP de um Centro Hospitalar Universitário Distrital. Apesar de ser Enfermeira a trabalhar em contexto de UIP, considerou-se importante realizar um estágio num hospital em que a área de abrangência territorial é maior e existe um maior número de valências médicas. O Estágio I decorreu de 17 de maio a 27 de junho com a duração total de 6 semanas.

A UIP encontra-se inserida num hospital de referência, que pertence ao SNS, que tem como principal missão prestar cuidados a crianças com idades compreendidas entre os 28 dias e os 17 anos e 364 dias com patologias do foro médico e cirúrgico, satisfazendo as necessidades e expetativas, considerando a criança e a sua família como alvos de cuidados.

A UIP pode receber crianças encaminhadas do HDP, da CEP, da UUP e do SMIPN. O serviço tem um total de 27 camas, distribuídas por 7 enfermarias de 3 camas, 1 enfermaria de 2 camas e 4 quartos individuais que incluem 1 quarto de pressão positiva que permite o isolamento de crianças cuja patologia assim o exija. Nesta situação de pandemia existe 1 vaga no Serviço de Infeciologia que permite o internamento de um doente em idade pediátrica com infeção confirmada por SARS-CoV2. A UIP inclui diversas outras estruturas necessárias ao seu funcionamento, entre elas uma sala de tratamentos na qual são realizados os procedimentos invasivos e uma sala de entretenimento. A unidade tem uma decoração colorida com diversas ilustrações, a fim de minimizar o impacto da hospitalização na criança.

A equipa de enfermagem é constituída pela enfermeira-chefe e 17 enfermeiros dos quais nove são Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EESIP], a restante equipa multidisciplinar inclui médicos pediatras, assistentes operacionais, educadoras de infância e assistentes técnicos. A equipa tem o apoio de nutrição, psicologia, serviço social e fisioterapia. O método utilizado na unidade é o método individual em que, consoante o número de horas de cuidados, são atribuídos os doentes a cada enfermeiro, que presta cuidados na globalidade de uma perspetiva humanizada e multidimensional, sendo valorizada a entreajuda no seio da equipa.

No momento da admissão é realizado o acolhimento à criança e à sua família, sendo explicado o funcionamento e as regras existentes, realizada a avaliação inicial e o processo de enfermagem no qual se estabelece o plano de cuidados e se atualiza de acordo com as necessidades de cuidados identificadas. Os registos médicos e de enfermagem são realizados no programa Sclínico[®] e a folha de passagem de turno tem um formato próprio que é atualizado em cada turno.

De referir que foi possível constatar ao longo do Estágio I que o EESIP é um elemento de referência para a equipa, detentor de competências que lhe permitem cuidar de forma diferenciada e humanizada, adaptando a prestação de cuidados à criança de acordo com a sua idade e estágio de desenvolvimento e à sua família.

2.2.1.2. Unidade de Urgência Pediátrica

O Módulo A do Estágio Final foi realizado numa UUP de um Centro Hospitalar Universitário de 13 de setembro a 24 de outubro com a duração total de 6 semanas. O principal objetivo da UUP consiste na prestação de cuidados urgentes e inadiáveis a crianças/jovens até aos 17 anos e 364 dias.

A situação de pandemia por SARS-CoV2 exigiu que esta UUP sofresse grandes adaptações quer em termos de estrutura física quer em termos de recursos humanos e materiais. No espaço físico exterior encontra-se uma estrutura que inclui uma zona de pré-triagem e nove boxes, das quais uma é utilizada para dar apoio à arrumação de material e oito são destinadas ao atendimento de crianças que apresentem sintomas respiratórios. O interior do serviço inclui

a sala de espera, o gabinete de atendimento (onde é feita a inscrição da criança), a sala de triagem (encontram-se sempre dois enfermeiros a realizar triagem), o gabinete da chefia de enfermagem, dois gabinetes médicos (um para médico de clínica geral e um para pediatras), sala de reanimação, sala de pequena Cirurgia/Ortopedia, sala de tratamento e Unidade de Internamento de Curta Duração [UICD] (seis camas), incluindo outras estruturas necessárias ao funcionamento da unidade (zona de sujos, arrumos e copa).

Atualmente e devido ao elevado número de crianças que recorrem à UUP é seguido um diagrama em que é realizada uma pré-triagem, se a criança não tiver sintomas de SARS-CoV2 segue o circuito normal e é encaminhada para o interior da unidade onde é devidamente triada, em caso de apresentar sintomas de infeção por SARS-CoV2 é encaminhada para uma sala, realiza teste de antigénio, se o resultado for negativo segue o circuito normal, no caso de ter apresentado um contacto recente de alto risco aguarda para ser observada. Todas as crianças com indicação de internamento realizam um teste Proteína C-reactiva. Em situações de emergência os doentes são encaminhados para a sala de emergência onde são prestados os cuidados e quando oportuno é realizado o teste para deteção de SARS-CoV2.

A triagem é realizada através do sistema de triagem de Manchester, e através do Triângulo de Avaliação Pediátrica, onde se avalia a aparência, a respiração e a coloração, questionam-se os motivos pelos quais a criança recorre à UUP e as principais queixas. A triagem é realizada de acordo com um fluxograma que se adequa à situação clínica, em que é atribuída uma pulseira de uma determinada cor em função da prioridade da situação clínica, reavaliando sempre que necessário.

A equipa multidisciplinar inclui médicos de clínica geral, médicos pediatras, assistentes técnicos, assistentes operacionais e a equipa de enfermagem que inclui a chefia de enfermagem e 31 enfermeiros, dos quais cinco são EESIP.

O método de trabalho é o individual em que cada enfermeiro é distribuído pelos diferentes postos de trabalho (pré-triagem, ala respiratória, triagem, sala de reanimação, sala de tratamento/sala Cirurgia/Ortopedia e UICD), existindo sempre um enfermeiro responsável pela equipa, sendo valorizada a entreaajuda nos diferentes postos de trabalho. Os registos são realizados no sistema ALERT[®], exceto nas crianças internadas na UICD em que são realizados no Sclínico[®].

Este estágio foi muito produtivo em oportunidades de aprendizagem e enquanto UUP foi possível desenvolver intervenção nos diferentes postos de trabalho. A triagem é um ponto-chave considerando que a avaliação realizada nesta fase determina o percurso no interior da UUP.

2.1.1.3 Consulta Externa de Pediatria/Hospital de Dia de Pediatria

O Módulo B do Estágio Final foi realizado numa CEP/HDP de um Centro Hospitalar Universitário de 25 de outubro a 5 de dezembro com um total de 6 semanas. Os serviços encontram-se no mesmo espaço físico e apesar de serem distintos partilham a mesma equipa multidisciplinar.

Nestes serviços são prestados cuidados a crianças desde os zero aos 17 anos e 364 dias, que provêm maioritariamente do exterior do hospital, no entanto também podem ser encaminhadas de outros serviços/especialidades. O espaço físico do HDP inclui uma sala de espera; um gabinete destinado à consulta de desenvolvimento infantil; um gabinete de trabalho de enfermagem onde se realizam os registos e os agendamentos; uma sala de procedimentos onde se procede à colheita de sangue e outros espécimes; uma sala dedicada à permanência de crianças que necessitem de tratamentos mais prolongados como administração de antibioterapia ou outra medicação, crianças com doenças oncológicas que necessitem de realizar análises clínicas, manutenção ou permeabilização de cateteres venosos centrais, administração de sangue, hemoderivados ou quimioterapia; um gabinete dedicado à consulta de imunoalergologia onde se desenvolve a administração de estratos de alérgenos, testes por picada, testes prick-prick e provas de provocação oral; um gabinete médico; uma casa de banho para as crianças; um vestuário/casa de banho para os profissionais; uma copa; entre outras estruturas essenciais ao seu funcionamento.

Devido à pandemia por SARS-CoV2 a temperatura da criança e dos pais é avaliada à entrada do hospital. À chegada os pais não necessitam de solicitar uma senha e deslocam-se diretamente ao serviço de HDP, sendo posteriormente abordados por um elemento da equipa de enfermagem que questiona o motivo da sua vinda e pede para aguardar na sala de espera ou encaminha para a sala/gabinete correspondente.

A CEP é constituída pela sala de espera, o gabinete de secretariado, 4 gabinetes médicos e o gabinete de enfermagem onde é realizada a triagem e são avaliados os parâmetros antropométricos, bem como o estado geral da criança. Os pais que acompanham as crianças à consulta solicitam uma senha à entrada do hospital e dirigem-se ao secretariado do CEP, aguardando na sala de espera a chamada à sala de triagem e posteriormente ao gabinete médico.

Todas as diferentes estruturas dos serviços de HDP e CEP apresentam diferentes ilustrações e posters, nas salas de colheitas/procedimentos existem brinquedos e jogos que permitem distrair a criança. O fardamento dos enfermeiros também apresenta ilustrações adequadas ao ambiente de cuidados pediátricos.

A equipa de enfermagem é constituída por uma enfermeira-chefe e quatro enfermeiras, das quais duas são EESIP, a restante equipa multidisciplinar inclui uma vasta equipa de médicos de diferentes especialidades (desenvolvimento infantil, cardiologia, imunoalergologia), assistentes operacionais, secretárias de unidade, psicóloga, nutricionista e terapeuta da fala.

O método de trabalho é o individual em que cada enfermeiro é distribuído pelos diferentes postos de trabalho (Hospital de Dia, Imunoalergologia e Consulta Externa) e apoiam-se mutuamente. Os registos são realizados no sistema informático Sclínico[®].

2.1.1.4. Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal

O Módulo C do Estágio Final foi desenvolvido num SMIPN num Centro Hospitalar Universitário Distrital entre 6 de dezembro e 21 de janeiro com um total de seis semanas. Este serviço engloba os Cuidados Intensivos Pediátricos, os Cuidados Intensivos Neonatais e o berçário que se encontram no mesmo espaço físico e partilham a mesma equipa multidisciplinar.

O estágio foi realizado especificamente nos Cuidados Intensivos Neonatais que tem como missão a prestação de cuidados de grande complexidade a recém-nascidos que independentemente da idade gestacional se encontrem em situação de especial vulnerabilidade, seja por prematuridade ou doença. O espaço físico do SMIPN é constituído pela UCIN que

dispõe de um total de 13 vagas, que incluem uma zona intensiva composta por uma sala denominada pela equipa por “aquário” na qual podem ser encontradas três incubadoras direcionadas para o cuidado ao recém-nascido grande prematuro que necessitem de uma maior vigilância e controlo das medidas ambientais. A UCIN inclui também uma sala ampla denominada por cuidados intermédios com um total de 10 incubadoras. De ressaltar que o espaço físico da UCIN se encontra com ligação direta ao Serviço de Bloco de Partos e que o Serviço de Obstetrícia se encontra no mesmo piso.

O SMIPN inclui também o berçário que tem um total de seis berços que são direcionados para recém-nascidos em situação de maior estabilidade hemodinâmica que não requerem cuidados tão diferenciados e que na maior parte das vezes se encontram internados para aumento de peso ou aquisição de autonomia alimentar. O SMIPN tem no seu espaço físico a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, que dispõe de duas camas e inclui uma área em anexo com uma vaga direcionada ao internamento de recém-nascidos que se encontrem positivos para SARS-CoV2 ou filhos de mães positivas para SARS-CoV2 que careçam de cuidados especiais e que após a realização de teste negativo são encaminhados para o interior da UCIN.

De referir que o SMIPN se encontra muito bem organizado e dispõe de recursos materiais, como incubadores e ventiladores, altamente sofisticados. Este serviço inclui ainda a sala de pais, o gabinete de secretariado, o gabinete da enfermeira-chefe, o gabinete do diretor clínico, a sala de passagem de turno, a sala de sujos, a sala de armazenamento de material, a copa da equipa multidisciplinar, a copa direcionada à preparação e armazenamento de leites, os vestiários e outras estruturas essenciais ao funcionamento do serviço. As paredes nos corredores do SMIPN encontram-se decoradas com imagens coloridas e com inúmeras fotografias e quadros de recém-nascidos prematuros e famílias que passaram pela unidade.

O espaço físico do SMIPN permite aos pais acompanharem os filhos durante o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, no entanto pela limitação da estrutura física os pais dos recém-nascidos internados na UCIN não podem pernoitar no interior do hospital, mas é-lhes dada a possibilidade de ficarem alojados em apartamentos que são atribuídos pelos serviços sociais.

Apesar da situação de pandemia por SARS-CoV2 a equipa da unidade apresenta uma filosofia amplamente voltada para a parceria de cuidados que desde o início da pandemia encorajou a presença dos pais junto dos filhos durante o maior tempo possível, existindo um protocolo que regulamenta a realização regular de testes de despiste para garantir a segurança.

A equipa de enfermagem é constituída pela enfermeira-chefe, 19 enfermeiros EESIP e 24 enfermeiros de cuidados gerais. A restante equipa multidisciplinar engloba médicos pediatras, assistentes operacionais, secretárias, psicóloga, terapeuta da fala, fisioterapeuta e técnicos de audiometria.

O método de trabalho é o individual em que é realizada uma distribuição das crianças internadas pelos enfermeiros, que prestam cuidados individualizados, existindo entreajuda no seio da equipa. O sistema informático utilizado é o Behavioral Intensive Care Unit [BICU®].

No Módulo C do Estágio Final foi realizada uma entrevista informal com a enfermeira-chefe e com a enfermeira orientadora, sendo posteriormente desenvolvida uma análise SWOT que permitiu constatar que a filosofia do serviço é amplamente direcionada para a gestão diferenciada da dor e para a parceria de cuidados, tendo sido sugerida a avaliação da UCIN em termos da implementação do NIDCAP. Considerando que a filosofia do programa assenta na individualização de cuidados ao recém-nascido e na parceria de cuidados com a família fez todo o sentido desenvolver uma auditoria que se centrou na avaliação do serviço através do Programa de Certificação NIDCAP.

2.3. Planeamento

O planeamento constitui-se como a terceira fase do projeto, “na fase de planificação do esboço do projecto, realiza-se o levantamento dos recursos, bem como as limitações condicionantes do próprio trabalho” (Ferrito et al., 2010, p. 20).

É essencial calendarizar as atividades, pelo que deve ser desenvolvido um cronograma que funciona como um elemento dinâmico que determina o início e o final das atividades que serão realizadas ao longo do projeto. As atividades, os meios e as estratégias fazem parte do planeamento do projeto, considerando que as atividades são “o elemento de trabalho no decurso

de um projeto, que possui uma duração esperada, um determinado custo e requisitos esperados de recursos” (Miguel, 2006 citado por Ferrito et al., 2010, p. 20). As atividades desenvolvidas permitem aos estudantes e aos enfermeiros contribuir para que ocorram progressos e atualizações que enriqueçam a prática profissional (Ferrito et al., 2010).

Considerando os aspetos anteriormente mencionados foi desenvolvido um cronograma com as atividades e os períodos em que se pretendia que fossem desenvolvidas (Apêndice 8). De acordo com as necessidades identificadas, o cronograma foi sucessivamente atualizado ao longo dos estágios.

As estratégias são um elemento essencial de planificação para o desenvolvimento do projeto, estas abrangem os recursos disponíveis, o método selecionado e a interação entre os intervenientes que se encontram a desenvolver o projeto. No que respeita aos meios, cabe ao investigador a sua seleção de acordo com os objetivos do estudo e questões que pretenda obter reposta, considerando que os meios correspondem aos recursos que são necessários para desenvolver o projeto (Fortin, 1999, citado por Ferrito et al., 2010). Os meios podem ser humanos, materiais, técnicos e financeiros (Ferrito et al., 2010).

Foi desenvolvida uma tabela que permite analisar o planeamento do projeto de intervenção, onde serão mencionadas as atividades que se pretende desenvolver de acordo com cada objetivo delineado, bem como os recursos humanos e materiais utilizados (Apêndice 1).

2.4. Execução

A execução é a quarta etapa da metodologia de projeto, na qual se coloca em prática o que foi previamente planeado, nesta fase “são esperados muitos resultados, nomeadamente em termos de aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências (Ferrito et al., 2010, p. 24).

Na execução é essencial que exista pesquisa de dados, conteúdos e documentos que promovam a resolução do problema previamente definido, considerando o planeamento de atividades e o tempo que foi estipulado (Castro et al., 1993, citado em Ferrito et al., 2010).

No Estágio I foi desenvolvido um manual para pais que se designa por: “Como confortar a criança/jovem em situação de hospitalização”, que tem como principal objetivo promover o desenvolvimento de competências na área do conforto que permitam minimizar o impacto da hospitalização. Este manual foi desenvolvido sob a forma de QR Code (Quick Response **Code**), devidamente plastificado o que facilita a desinfecção, tendo sido exposto em cada enfermaria juntamente com o manual de normas da unidade (Apêndice 2).

A UIP onde foi realizado o Estágio I apresentou nos últimos 18 meses um aumento significativo de crianças/jovens internados com o diagnóstico inaugural de Diabetes Mellitus tipo I, verificando-se uma taxa mais elevada de ocorrência em crianças que haviam sido infetadas previamente como o vírus SARS-CoV2, face a estes dados encontrava-se em curso a realização de um estudo com o intuito de estabelecer uma relação entre a infeção por SARS-CoV2 e o surgimento da patologia. O estudo consistia na realização de uma colheita de sangue durante o período de internamento que era posteriormente enviada para o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, neste contexto foi solicitada a realização de um poster que incidiu sobre a alimentação e os princípios da dieta mediterrânica no sentido de sensibilizar as crianças com diagnóstico de Diabetes Mellitus, bem como outras crianças e suas famílias que se encontrem em regime de internamento para a importância da adoção de uma alimentação saudável (Apêndice 2).

No Estágio I foi realizado um estudo de caso que incidiu sobre a situação clínica de um latente que apresentava alterações significativas do seu estado de saúde, motivo pelo qual recorreu à UUP, verificando-se posteriormente a necessidade de cuidados diferenciados, pelo que ficou internado para vigilância e para cumprir a administração de antibioterapia. Ao longo do estudo de caso foi descrita a história clínica do latente, a evolução do internamento, analisadas e fundamentadas as alterações verificadas no seu estado de saúde, avaliado o contexto social, desenvolvido o processo de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] de forma individualizada e o plano de cuidados foi atualizado de acordo com as necessidades de cuidados. De referir que a realização do estudo de caso contribuiu para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à criança e sua família em situações de especial complexidade (Apêndice 3).

No Módulo A do Estágio Final durante a entrevista com a enfermeira-chefe e com enfermeira orientadora, foi possível identificar que a situação de pandemia por SARS-CoV2 e

a necessidade de organização do serviço contribuíram para que algumas práticas utilizadas na avaliação da dor fossem sendo menos utilizadas, o que se agravou com a crescente necessidade de recursos humanos para suprir as necessidades do serviço com conseqüente entrada de elementos novos. Esta necessidade identificada determinou a importância de intervir na equipa através de uma sessão de formação sobre a avaliação da dor em pediatria. Foi também desenvolvido um manual de avaliação da dor que compilou todos os conteúdos mencionados na formação e que foi colocado ao dispor da equipa para que pudessem consultar sempre que necessário (Apêndice 4).

No Módulo B do Estágio Final no decurso da entrevista com a enfermeira orientadora e a enfermeira-chefe detetou-se uma lacuna no que respeita ao tratamento da dor nomeadamente na utilização de intervenções não farmacológicas. No serviço existia uma norma de grande relevância sobre a administração de Sacarose a 24%/Glucose a 30% que se encontrava desatualizada, pelo que se procedeu à sua reformulação. Considerando os procedimentos invasivos realizados no HDP, procurou-se dar a conhecer à equipa o dispositivo Buzzy[®], ideia que foi recebida com grande entusiasmo, o que permitiu angariar um patrocinador externo que contribuiu para a aquisição de dois dispositivos. Revelou-se essencial realizar uma norma no sentido de promover a correta utilização do dispositivo Buzzy na prevenção/minimização da dor de determinados procedimentos invasivos. Considerando as necessidades identificadas, foi desenvolvida uma sessão de formação que abordava os seguintes conteúdos: intervenções não farmacológicas de acordo com a idade da criança e o estágio de desenvolvimento, importância do tratamento da dor e mitos associados, as repercussões das experiências precoces de dor na criança, a responsabilidade ética do enfermeiro e a importância de incluir os pais. Foi ainda desenvolvido um poster dirigido aos pais que apresentava sugestões sobre formas de reduzir a dor da criança em contexto de ambulatório considerando a idade e o desenvolvimento cognitivo, tendo sido afixado na sala de espera da CEP e do HDP e na sala de tratamentos. Todos os documentos anteriormente mencionados podem ser consultados no Apêndice 5 e no Apêndice 6.

No Módulo C - SMIPN - do Estágio Final foi constatada a importância de realizar uma auditoria interna que incidisse na implementação do NIDCAP, através do Programa de Certificação NIDCAP (Apêndice 7).

O NIDCAP surgiu em 1984 e consiste numa abordagem ampla que se baseia em evidência científica e se direciona para a prestação de cuidados promotores do desenvolvimento individualizado do recém-nascido internado, valorizando a intervenção centrada na família. Os recém-nascidos são vistos como indivíduos que participam nos cuidados e que são apoiados pelos pais, que por sua vez são os seus principais protetores e nutridores, participando nos processos de tomada de decisão no que respeita aos cuidados de saúde. Os profissionais intervêm nos cuidados como parceiros dos bebés e dos seus pais (NIDCAP Federation International, 2022).

O Programa de Certificação NIDCAP é realizado de acordo com as diretrizes da Federação Internacional de NIDCAP e tem como objetivo reconhecer a excelência do compromisso de uma Unidade de Neonatologia em integrar a ideologia NIDCAP. Os serviços certificados pelo NIDCAP devem promover um contexto dinâmico de cuidados médicos e de enfermagem baseados no cuidado, respeito mútuo e na parceria de cuidados entre as crianças, famílias e os profissionais. O Programa de Certificação do NIDCAP utiliza a NIDCAP Nursery Certification Criterion Scales [NNCCS]/Escala de Critérios de Certificação de Berçário NIDCAP como o principal instrumento para avaliar a qualidade dos cuidados implementados. A certificação é desenvolvida por uma equipa de três profissionais NIDCAP que através da escala identifica e confirma os pontos fortes e fornece orientações que promovem o crescimento e o desenvolvimento da Unidade de Neonatologia de forma que esta possa atingir o seu máximo potencial (Smith et al., 2011). Neste caso em particular foi desenvolvida uma auditoria interna, que analisou a unidade através dos critérios considerados no Manual NNCCS.

O Manual NNCCS que permite certificar uma Unidade consiste num total de 121 escalas divididas em 4 categorias principais, organizadas da seguinte forma (Smith et al., 2011):

- (a) Ambiente Físico do Hospital e Serviço;
- (b) Filosofia e Implementação do Cuidado: Bebés;
- (c) Filosofia e Implementação do Cuidado: Família;
- (d) Filosofia e Implementação do Cuidado: Profissionais e Equipa.

A avaliação pode ir de 1 a 5 pontos ou não aplicável e cada um dos 5 pontos corresponde a um nível ou grau de implementação como se demonstra seguidamente (Smith et al., 2011):

- (1) Cuidados tradicionais convencionais;
- (2) O início ou um grau ou nível mínimo de implementação do NIDCAP;
- (3) Grau ou nível inconsistente, variável ou moderado de implementação do NIDCAP;
- (4) Um nível ou grau consistente e bem integrado de implementação do NIDCAP;
- (5) Um nível ou grau altamente sintonizado e distinto de implementação do NIDCAP.
- (NA) “Não aplicável” é pontuado quando um aspeto do cuidado não se aplica a um sistema de uma Unidade de Neonatologia específica.

A certificação para ser bem-sucedida deve apresentar pontuações médias da escala resumida de 4 ou 5, igual ou superior a 3,5 nas escalas (b), (c), (d), ou seja, no que respeita aos aspetos da filosofia e implementação de cuidados para bebés, famílias e profissionais. Na categoria (a) a pontuação média da escala resumida pode ser inferior a 4 ($<3,5$) dependendo da possibilidade de controlar o ambiente físico de uma unidade inserida num determinado hospital. Para a certificação da Unidade de Neonatologia a pontuação geral da escala resumida do hospital e do serviço deve ter uma pontuação de 4 ou 5 ($\geq 3,5$). É essencial considerar que o Manual NNCCS se encontra adaptado à experiência dos hospitais nos Estados Unidos da América e que alguns países ou culturas podem não ter algumas estruturas organizacionais ou procedimentos específicos que são avaliados (Smith et al., 2011). Seguidamente apresentam-se as escalas que permitiram avaliar o serviço de acordo com o Manual NNCCS estabelecendo uma comparação da avaliação atual com a avaliação que havia sido realizada em 2015, sendo posteriormente mencionados os pontos fortes e os que necessitam de melhoria, bem como algumas intervenções que devem ser realizadas para maximizar a pontuação obtida.

Esta auditoria foi realizada em conjunto com a enfermeira orientadora bem como a análise dos pontos fortes e as propostas de soluções de melhoria, que se apresentam de seguida:

Ambiente Físico do Hospital e Serviço

Os pontos fortes no que respeita ao ambiente físico do hospital e do serviço consistem na existência de um transporte inter-hospitalar de excelência, na organização e acessibilidade da unidade do recém-nascido que proporciona conforto para os pais e na preocupação da equipa com os elementos sensoriais dos espaços: luz, som, atividade, campo visual, toque, experiências olfativas e gustativas dos recém-nascidos. Os pontos menos fortes correspondem à escassez de estacionamento, à difícil acessibilidade ao SMIPN desde o exterior, à dificuldade no acesso da mãe no pós-parto, bem como à limitação do espaço físico da unidade. As intervenções que deveriam ser desenvolvidas de acordo com o Manual NNCCS e que permitiram melhorar a pontuação consistem em:

- Propor ao Conselho de Administração do hospital a criação 2 lugares de estacionamento para os pais;
- Refletir sobre a possibilidade de os bebés poderem ficar junto das mães com vigilância, quando a situação clínica assim o permitir;
- Ponderar a colocação de cortinas nas janelas;
- Decorar o interior da unidade;
- Melhorar a aparência física da sala de extração de leite/permitir à mãe extrair leite junto do bebé;
- Criar e disseminar materiais de apoio à amamentação;
- Melhorar o aspeto da sala de estar dos profissionais;
- Promover a aquisição de material que faça menos ruído;
- Realizar sessões de formação para as assistentes operacionais;
- Estimular a mãe a utilizar uma manta/pano/peça de roupa enquanto dorme para depois ser utilizada pelo bebé na sua ausência/compressa embebida em leite materno.

Filosofia e Implementação do Cuidado: Bebés

No que corresponde à filosofia e implementação do cuidado aos bebés os pontos fortes devem-se ao especial cuidado que existe com os recursos de apoio ao bebé nomeadamente a facilitação do colo, a utilização de roupa individualizada e de materiais de posicionamento e contenção suaves; à prestação de cuidados sempre no sentido de promover o desenvolvimento e a autorregulação do bebé e à preocupação com o controlo da dor. Os pontos menos fortes

correspondem à estrutura física do serviço que não permite a presença dos pais durante 24 horas e às limitações do sistema informático utilizado (BICU[®]). As intervenções que devem ser desenvolvidas com vista à melhoria são:

- Alimentar os bebés quando apresentam sinais de prontidão;
- Incentivar os pais a estarem presentes o maior número de refeições possível;
- Educar os pais para que não ‘esfreguem/batam’ nas costas do bebé para que este eructe;
- Proteger a privacidade da criança de forma mais consistente durante a realização de procedimentos invasivos;
- Discutir informações clínicas em local privado;
- Utilizar EMLA de forma mais consistente;
- Ponderar o livre acesso à informação clínica pelos pais;
- Promover a utilização do BICU[®] por todos os profissionais da equipa multidisciplinar (os Psicólogos e Terapeuta da Fala fazem os registos no Sclínico[®]);
- Melhorar o BICU[®] considerando que não contempla alguns princípios do NIDCAP, nomeadamente acerca da individualização dos cuidados;
- Promover a realização de plano de cuidados para o desenvolvimento;
- Refletir sobre a possibilidade de uma equipa de referência para cada recém-nascido (médico e enfermeiro).

Filosofia e Implementação do Cuidado: Família

Os pontos fortes na categoria da filosofia e implementação do cuidado à família dizem respeito à existência de uma equipa que demonstra de forma consistente comportamentos que transmitem apreço e apoio aos pais, considerando-os como os melhores cuidadores dos seus bebés e que revela compromisso de envolver a família na prestação de cuidados desde a admissão. Os pontos menos fortes correspondem ao facto do envolvimento da família na tomada de decisão e na formulação do plano de cuidados não ser ainda uma preocupação da saúde em Portugal e do envolvimento da família e dos pais em aspetos organizacionais da instituição e do serviço requerer melhoria. As intervenções a fomentar são:

- Desenvolver materiais escritos de apoio às famílias;

- Promover políticas hospitalares que priorizem a formação da equipa de apoio à SMIPN nomeadamente de rececionistas, administrativos, equipa de limpeza e manutenção;
- Reativar o grupo de apoio existente: ‘momentos de partilha’;
- Promover oportunidades de apoio de pais para pais;
- Criar plataforma/biblioteca com conteúdos pertinentes a que os pais possam aceder;
- Criar um plano de alta;
- Melhorar a carta de alta para incluir questões relacionadas com o desenvolvimento do bebé, bem como a vinculação da díade/tríade;
- Realizar reuniões periódicas com os pais para falar sobre a evolução da situação e progresso.

Filosofia e Implementação do Cuidado: Profissionais e Equipa

Os pontos fortes da categoria de filosofia e implementação do cuidado para os profissionais e para a equipa consistem na presença de uma equipa que assume um forte compromisso em proporcionar cuidados de qualidade aos recém-nascidos e à sua família, na existência de um plano de integração profissional bem desenvolvidos e na existência de um elevado número de profissionais com formação em NIDCAP/FINE e em Conselheiro de Aleitamento Materno. Os pontos menos fortes são a impossibilidade de contratar enfermeiros com experiência prévia na área, a presença de profissionais de diferentes áreas (terapia da fala, psicologia e cinesiterapia) em tempo parcial no serviço e ao facto dos profissionais e do seu desenvolvimento profissional não ser uma prioridade para o hospital. As intervenções que devem ser desenvolvidas no sentido de melhorar esta categoria são:

- Promover políticas de apoio psicológico aos profissionais;
- Formular políticas hospitalares de apoio à formação dos profissionais;
- Criar processos de análise e reflexão clínica do serviço;
- Melhorar a carta de transferência que deve incluir questões relacionadas com o desenvolvimento do bebé, bem como a vinculação da díade/tríade;
- Desenvolver equipas de follow-up e de visita domiciliária.

Na categoria (a) e (b) o sumário corresponde a uma classificação de 4 o que é um resultado muito bom, nas categorias (c) e (d) a classificação do sumário foi de 3, o que revela que deverão ser implementadas melhorias para que se atinja o máximo potencial. O sumário final da avaliação foi de 3,5 o que corresponde a uma avaliação muito positiva. Com o presente trabalho tornou-se possível constatar que existiu uma grande melhoria nas diferentes categorias que constituem o Manual NNCCS comparando os resultados de 2015 e de 2022 e que apesar da situação pandémica a equipa do SMIPN manteve o compromisso de promover o desenvolvimento e a autorregulação dos bebés e a parceria de cuidados com os pais, mantendo o seu reconhecimento como unidade de excelência.

2.5. Avaliação e divulgação dos resultados

A avaliação é a penúltima fase da metodologia de projeto, esta pode ser realizada em mais do que um momento podendo ser intermédia se for desenvolvida ao mesmo tempo que a execução, ou final se for realizada sobre o produto final. Para avaliar um projeto é essencial verificar se os objetivos definidos foram alcançados. A leitura e análise crítica do projeto pode funcionar como um elemento impulsionador de projetos futuros (Ferrito et al., 2010).

A implementação do projeto foi realizada na totalidade, todas as atividades propostas foram efetuadas ao longo dos diferentes estágios, o que permitiu concretizar a avaliação final e constatar que todos os objetivos traçados foram alcançados.

A divulgação dos resultados corresponde à última fase, permite demonstrar a importância de um determinado projeto evidenciando o trajeto que foi realizado para resolver um dado problema. Especificamente na área da saúde, a utilização da metodologia de projeto para resolver um problema contribui para o desenvolvimento profissional e para a excelência dos cuidados prestados. Divulgar os resultados obtidos contribui para incrementar a evidência científica, demonstrar os esforços desenvolvidos para melhorar os cuidados, servindo de exemplo para outras entidades ou serviços (Ferrito et al., 2010).

A redação do presente Relatório e a sua discussão pública permitem evidenciar todo o percurso realizado, dando a conhecer um problema identificado e as diversas formas utilizadas para o resolver, permitindo também demonstrar o desenvolvimento profissional realizado

através da aquisição de competências de EEESIP e de Mestre que contribuem para a melhoria dos cuidados prestados. Espera-se assim que a divulgação dos resultados obtidos possa contribuir para a transmissão de conhecimento, servindo como base para a realização de projetos futuros.

3. COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Construímos o nosso conhecimento através das experiências pessoais e da construção reflexiva (como conhecimento sobre si próprio), assim como do estudo, da investigação e da atualização científica (Nunes, 2018). Barbara Carper em 1978 referiu que o conhecimento pessoal está “centrado na autoconsciência, sabedoria pessoal; relacionado com o existencial, a autenticidade, a natureza de ser e tornar-se, conhecimento subjectivo” (Nunes, 2010, p.7).

O conhecimento em Enfermagem “não se restringe ao saber proveniente da investigação, ele é desenvolvido na ação cuidativa, na clínica de enfermagem e reveste-se de aspetos pessoais, culturais, éticos, relacionais, processuais, estéticos, intuitivos e tácitos” (Queirós, 2014, p.778). O conhecimento de enfermagem tem presente os dados científicos (evidência e investigação), a experiência e os derivados pessoais da compreensão. No entanto, o conhecimento científico também é utilizado através de experiências adquiridas e as suas próprias aprendizagens pessoais. Com isto, torna-se difícil saber o significado de conhecimento de enfermagem “(...) por estar embebido na prática e porque enfermagem envolve um conjunto de interações dinâmicas que fazem com que, na realidade, percebemos que sabemos mais do que conseguimos comunicar” (Nunes, 2018, p. 100). A Enfermagem “(...) caracteriza-se pela perspectiva única, distintiva, de olhar para os fenómenos, mais ampla do que uma ciência e baseada no conhecimento que produz assim como nos conhecimentos que outras disciplinas desenvolvem (...)” (Nunes, 2018, p.176).

O presente projeto de intervenção visa promover o desenvolvimento de competências de EEESIP e de Mestre em Enfermagem. O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define o Enfermeiro Especialista como

(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em

enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019, 6 de fevereiro de 2019).

A prestação de cuidados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica deve ser desenvolvida com base num modelo centrado na criança e na família, que são os beneficiários dos cuidados, devendo ser realizada em parceria no contexto em que se encontrem. O Regulamento de Competências Específicas do EEESIP, no artigo 4º menciona as seguintes competências: “a) assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, na alínea “b) cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” e na alínea “c) presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento nº 422/2018, 12 de julho de 2018).

No que respeita à competência “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, esta engloba as unidades de competência: “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” (Regulamento nº 422/2018, 12 de julho de 2018).

A primeira unidade de competência foi amplamente desenvolvida no Módulo C do Estágio Final que foi realizado numa SMIPN. Este estágio foi sem dúvida um dos mais marcantes quer pela complexidade quer pelas experiências vividas. O internamento de um recém-nascido numa UCIN é um momento difícil para os pais considerando a incerteza vivida. Em muitas situações aquilo que os pais observam quando chegam a uma UCIN é um bebé pequenino/bebé muito doente que necessita de muitos cuidados e que está rodeado de ‘máquinas’ e ‘fios’. O bebé ‘sonhado’ acaba por não ser o bebé que têm à sua frente e a sua chegada prematura pode exigir semanas/meses de internamento. Face a estes aspetos, importa referir que a filosofia de cuidados existente no serviço é amplamente direcionada para a parceria de cuidados com a família, o que permitiu desenvolver competências na implementação e gestão de um plano de saúde promotor da parentalidade e da saúde.

A segunda unidade de competência mencionada foi desenvolvida no Módulo A do Estágio Final, este foi realizado numa UUP à qual recorrem diariamente crianças de diferentes

faixas etárias o que permitiu mobilizar conhecimento sobre as doenças comuns de cada faixa intervindo de forma apropriada, permitindo encaminhar as crianças que necessitavam de outro tipo de cuidados para outros profissionais e para outras especialidades.

No que respeita à competência “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” que engloba as unidades de competência: “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.” (Regulamento nº 422/2018, 12 de julho de 2018).

A primeira unidade de competência foi desenvolvida no Estágio I e no Módulo A e C do Estágio Final. Foi referido no decurso das aulas que uma das maiores dificuldades sentidas se prendia com a prestação de cuidados a crianças em situação paliativa, apesar de já existir alguma experiência nesta área, esta teria potencial para me permitir crescer profissionalmente. No Estágio I foi possível acompanhar situações de crianças com doença complexas e foi neste estágio que ocorreu o primeiro contacto com a morte, tendo sido possível prestar cuidados paliativos à criança ao longo de várias semanas e foi muito enriquecedor observar a articulação da equipa multidisciplinar em todo o processo com o intuito de promover o bem-estar e a dignidade daquela criança. O Módulo A do Estágio Final foi desenvolvido numa UUP o que permitiu desenvolver competências de reconhecimento de situações de instabilidade hemodinâmica, aspeto que foi desenvolvido na sala de triagem quando se realiza uma análise do estado geral da criança e das suas queixas. Foi também desenvolvida na sala de reanimação, considerando que foi possível a prestação de cuidados a crianças em situações de risco. No Módulo C do Estágio Final que foi realizado no SMIPN foi possível desenvolver esta competência, na medida em que foram prestados cuidados a recém-nascidos prematuros e neonatos com situações de doença altamente complexas, o que exigiu a aquisição de novos conhecimentos e a mobilização dos pré-existentes no sentido de reconhecer situações de instabilidade hemodinâmica, intervindo de forma apropriada.

A competência que corresponde à gestão da dor assume particular importância na medida em que este projeto se foca na capacitação dos pais para o controlo da dor, nomeadamente no papel do EEESIP, tendo sido desenvolvida em todos os contextos de estágio. No Estágio I a gestão diferenciada da dor evidenciou-se como uma preocupação da equipa multidisciplinar, tendo sido possível observar a atuação dos diversos profissionais e intervir de forma a promover a prevenção e controlo da dor, de referir que a avaliação é realizada de forma apropriada, tendo em conta as características de cada criança e registada no sistema informático Sclínico®. O plano de cuidados foi sendo atualizado sempre que se verificou necessidade, evidenciando-se a implementação de intervenções de alívio da dor como uma prioridade, nomeadamente de intervenções não farmacológicas com especial enfoque para a distração e para o reforço positivo. A UUP sofreu inúmeras adaptações devido às múltiplas necessidades que foram sendo identificadas no decurso da situação de pandemia por SARS-CoV2, no entanto foi possível verificar uma preocupação consistente com a dor e com o seu controlo, aspeto que é valorizado pelo enfermeiro desde a triagem da criança, onde se segue um protocolo de administração de Paracetamol e Ibuprofeno em situações de febre ou de dor, em função do peso da criança. A dor é avaliada através da utilização de uma escala de dor apropriada à idade da criança e ao seu desenvolvimento cognitivo, sendo registado o score de dor, as intervenções desenvolvidas e a reavaliação das mesmas no programa ALERT®.

No HDP foi dado especial ênfase à gestão da dor na medida em que foi possível verificar uma preocupação com o bem-estar da criança durante a realização de procedimentos dolorosos, quer através de intervenções não farmacológicas como a sacarose, a distração e a imaginação guiada, como pela utilização de intervenções farmacológicas como a administração de lidocaína tópica e de protóxido de azoto. Também foi desenvolvida no SMIPN, considerando que a gestão diferenciada da dor neste serviço é realizada de forma rigorosa existindo protocolos bem-definidos e interiorizados no seio da equipa, de ressaltar que os pais são incluídos e empoderados para que possam intervir em parceria com a equipa na promoção do bem-estar do seu filho.

A prestação de cuidados a crianças com doenças raras foi desenvolvida no HDP/CEP, de referir a importância de atualizar conhecimentos que muitas vezes era evidenciada pela presença de situações clínicas novas ou pouco comuns e de adaptar a prestação de cuidados à criança e à sua família.

A quarta unidade de competência foi amplamente desenvolvida nos diferentes contextos de estágio nomeadamente na gestão da dor, de ressaltar a utilização de técnicas como o relaxamento através da respiração e da imaginação guiada.

A promoção da adaptação da criança a situação de doença foi desenvolvida na UIP e no HDP/CEP. A UIP consiste numa unidade inserida num hospital de referência na qual se encontram frequentemente internadas crianças com doenças crónicas ou incapacitantes. No serviço HDP foi possível prestar cuidados de enfermagem nos diferentes postos de trabalho, bem como na CEP, a prestação de cuidados a crianças com doenças crónicas e oncológicas também foi desenvolvida nomeadamente o desenvolvimento de competências técnicas e científicas no que respeita à permeabilização e manutenção de diferentes cateteres venosos centrais, bem como ao desenvolvimento de competências humanas pelo especial cuidado que deve ser tido aquando da comunicação e a sensibilidade na abordagem considerando que estas crianças se encontram em situação de especial vulnerabilidade tanto pela diminuição da resposta imunitária como pelos recorrentes tratamentos. A existência da consulta de desenvolvimento infantil permitiu a prestação de cuidados a crianças com deficiência ou incapacidade o que fomentou a aquisição de competências que promovessem a adaptação da criança/família à situação de doença e ao desenvolvimento de estratégias de *coping*.

No que respeita à competência “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” que engloba as seguintes unidades de competência: “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.” (Regulamento nº 422/2018, 12 de julho de 2018).

A primeira unidade de competência foi desenvolvida na CEP, na consulta de desenvolvimento infantil e nas consultas de vigilância nas quais foi possível mobilizar conhecimentos que permitiram a avaliação e deteção precoce de alterações de desenvolvimento e encaminhamento para outros profissionais ou para outras especialidades, torna-se essencial destacar o trabalho de educação para a saúde realizado de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento e a promoção de hábitos de vida saudáveis.

A promoção da vinculação no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais foi desenvolvida no SMIPN. Na UCIN os pais são incluídos na prestação de cuidados ao seu recém-nascido desde a admissão e são considerados os melhores cuidadores dos seus filhos, o que contribuiu para o desenvolvimento de capacidades facilitadoras da adaptação dos cuidados às características dos pais nomeadamente à sua cultura e literacia, para que possam cuidar dos seus bebés de forma autónoma. O empoderamento dos pais contribui para que estes se sintam mais seguros na prestação de cuidados contribuindo para a promoção da vinculação da díade/tríade.

Enquanto enfermeira de cuidados gerais a desenvolver a atividade profissional numa Unidade de Cuidados Especiais de Neonatologia, a prestação de cuidados a um recém-nascido em situação de complexidade não foi uma novidade, no entanto o ‘olhar’ mudou completamente. O recém-nascido tem uma capacidade extraordinária de comunicar com os profissionais e em contexto de cuidados ao recém-nascido prematuro ou gravemente doente é importante preservar a sua ‘energia’, pelo que a capacidade de reconhecer pequenos sinais e intervir apropriadamente é essencial. O recém-nascido prematuro que ‘abre os braços e se estica’ pode evidenciar sinais de desconforto e até mesmo de *stress*, ao ‘convidá-lo’ a colocar suavemente as suas mãos junto do peito ou no rosto, ajudando-o a fletir as pernas, estamos a contribuir para o desenvolvimento da sua capacidade de autorregulação. A subida do ritmo cardíaco ou até a alteração de outros parâmetros vitais pode revelar desconforto e demonstrar a importância de abrandar o ritmo com que fazemos determinado procedimento. O ‘bocejo ou um levantar da mão tipo stops’ podem indicar que o recém-nascido se encontra cansado e que é altura de fazer uma pausa nos cuidados, aguardando para que este se demonstre mais disponível ou até mesmo suspender o procedimento e aguardar para outra altura mais propícia. A capacidade para reconhecer sinais e intervir pode ser o suficiente para confortar o recém-nascido. Nesta unidade a utilização do método canguru e a amamentação/extração de leite, em que se prioriza o leite como o melhor alimento, são amplamente realizadas e reconhecidas desde o nascimento e ao longo do internamento.

A comunicação é uma competência que é transversal a todos os locais de estágio, a necessidade de adaptar a forma como comunicamos aos diferentes estádios de desenvolvimento é essencial. Os adolescentes constituem um grupo em que existem grandes alterações fisiológicas e comportamentais, pelo que a comunicação deve ser aberta, valorizando o papel da informação antecipatória e a promoção da autodeterminação na tomada de decisão em

saúde. Importa destacar a importância do respeito pelas crenças e valores da criança e da sua família considerando a multiculturalidade existente na região em que se realizaram os estágios.

Na UUP foi possível prestar cuidados a adolescentes e um dos aspetos observados que exigiu especial reflexão foi o grande número de jovens que recorrem com queixas de ansiedade/depressão, tendo-se vindo a verificar que a situação pandémica vivida nos últimos anos contribuiu para o aumento do número de adolescentes que manifestam transtornos mentais. Outra situação que se revela preocupante foi a recorrência de um maior número de jovens com autointoxicações medicamentosas desde o início da pandemia. A saúde mental dos adolescentes evidencia-se mais do que nunca como um aspeto que exige grande preocupação, tendo sido possível observar que apesar dos cuidados prestados na UUP e dos encaminhamentos, os recursos existentes na comunidade revelam-se insuficientes, considerando que foi possível observar nas poucas semanas de estágio a recorrência sistemática dos mesmos jovens com transtornos previamente identificados em situação de agudização.

Um aspeto que requereu reflexão consistiu na afluência ao Serviço de Urgência de crianças com infeções respiratórias em períodos atípicos nomeadamente no final do verão. Foi possível verificar um elevado número de recém-nascidos e lactentes com infeções respiratórias, nomeadamente por Vírus Sincicial Respiratório [VSR], o que parece ser uma novidade, outro aspeto a considerar foi a gravidade do estado clínico destas crianças que por vezes necessitaram de ventilação não invasiva ou até mesmo de ventilação invasiva e de longos períodos de internamento. A presença fora do habitual do VSR e a preocupação dos Pediatras com esta situação foi confirmada pela comunicação social (Observador, 2021; Público, 2021).

Face ao que foi objetivado na UUP no que respeita à elevada presença de infeção VSR nos recém-nascidos/latentes, no HDP foi possível observar que os latentes com doenças crónicas e situação de prematuridade são referenciados e com o consentimento dos pais cumprem com a administração da vacina Palivizumab, tendo sido realizada uma atualização para prevenir a ocorrência da doença e de complicações, com a administração de uma dose mensal durante seis meses, em vez dos quatro meses preconizados. No SMIPN foi possível verificar um aumento do número internamentos de crianças em situação de gravidade pela presença de infeção por VSR, o que segundo a equipa nunca se haveria verificado antes da situação de pandemia atualmente vivida.

Importa referir que ao longo deste capítulo foi possível identificar que foram desenvolvidas unidades de competências de todas as competências que compõem o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP, o que revela a importância dos estágios para o desenvolvimento pessoal e profissional.

No que respeita ao grau de Mestre e de acordo com o Decreto-lei 63/2016, este é atribuído aos que evidenciem:

“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que (...) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde; (...) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; (...) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; (...) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; (...) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; (...) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

No decurso do Mestrado em Enfermagem tanto no contexto teórico como no contexto prático foram sendo desenvolvidos os conhecimentos previamente adquiridos na licenciatura e no contexto profissional, tendo ainda, sido promovida a participação em diversas formações consideradas pertinentes, de destacar a participação enquanto Preletora nas Jornadas “Enfermagem: refletir na pandemia e perspetivar o futuro” (Apêndice 9), a participação no curso “Saúde Mental e Neurodesenvolvimento - O diagnóstico no bebé e na criança baseado na DC:0-5” e a formação pós-graduada em “Essencial de Neonatologia: da sala de partos à UCIN” (Apêndice 10).

Todos os trabalhos desenvolvidos no Mestrado em Enfermagem, basearam-se em pesquisas realizadas em artigos publicados, normas de orientação, legislações, livros

científicos e técnicos, o que permitiu aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no domínio da investigação. De ressaltar a participação no 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente com o tema “Acesso à saúde de qualidade e promoção de bem-estar”, no qual foi apresentado um poster realizado em grupo no 1º semestre do Mestrado na disciplina de Investigação em Enfermagem com o tema “Intervenções não farmacológicas de alívio da dor em Neonatologia: *Scoping Review*”. O resumo da *Scoping Review* foi posteriormente publicado no E-book do Congresso (Apêndice 11).

Foram desenvolvidas competências no que respeita à mobilização de conhecimentos e à resolução de problemas em situações novas ao longo do Estágio I e do Estágio Final em que houve necessidade de adaptação a novos contextos e a diferentes realidades de prestação de cuidados. A realização do projeto de intervenção também contribuiu para o desenvolvimento da competência anteriormente mencionada, na medida em que a metodologia de projeto permite resolver problemas, através da ligação da teoria à prática (Ferrito et al. 2010).

A capacidade de comunicar conclusões e conhecimentos é uma competência essencial na prática profissional, tendo sido desenvolvida no Módulo C do Estágio Final em que foi realizada uma auditoria interna ao serviço para determinar a implementação do programa NIDCAP tendo sido posteriormente realizada uma formação em que foi dado a conhecer à equipa as conclusões obtidas, bem como algumas sugestões de melhoria. A realização de um artigo no Estágio Final que incidiu sobre o “Impacto dos pais nas experiências dolorosas dos filhos” (Apêndice 12), bem como o desenvolvimento do presente Relatório de Estágio e a sua apresentação e discussão pública também contribuiu para o desenvolvimento da competência mencionada anteriormente.

A responsabilidade ética e social está inerente à profissão de Enfermagem, sendo amplamente contempladas no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, princípios aos quais foi dada especial ênfase ao longo do Mestrado, de ressaltar durante a realização do Estágio I e do Estágio Final.

No que respeita ao desenvolvimento de competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma, importa referir que ao longo deste percurso formativo foram desenvolvidas diversas competências que permitem realizar pesquisa bibliográfica e obter conhecimentos científicos que podem ser posteriormente utilizados na

prática profissional de forma a produzirem melhorias na qualidade dos cuidados prestados, podendo ser também aplicados no desenvolvimento de trabalhos acadêmicos e de investigação. Todos os aspetos anteriormente mencionados permitem alcançar as competências de Mestre em Enfermagem.

A realização de uma Especialidade com Mestrado Integrado pode ser uma experiência verdadeiramente transformadora, tudo depende da forma como se observa, se for considerada como a aquisição de um título o seu propósito pode perder-se, no entanto se for observada como uma oportunidade, recebendo o que esta tem para proporcionar poderemos vivê-la em pleno e tirar o melhor partido. Nem sempre é fácil porque exige esforço, existirão fases mais fáceis e outras mais difíceis, mas se for fomentada a resiliência esta pode ser uma experiência transformadora em termos pessoais e profissionais, que nos permitirá ter outra forma de olhar e outra sensibilidade que mudará a forma como vemos a criança e a sua família e lhes prestamos cuidados.

Enquanto perspectivas futuras encontra-se em curso a adaptação do artigo científico realizado no Estágio Final para ser submetido para publicação em revista científica e a realização de um artigo científico com base na comparação dos dados existentes de 2015 com os obtidos na auditoria de 2022 realizada no Módulo C do Estágio Final no serviço de SMIPN, que será enviado para publicação em maio na Revista da Federação Internacional de NIDCAP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos a evidência científica demonstra que existe um longo percurso no que respeita à dor em contexto de pediatria, considerando que esta é muitas vezes avaliada de forma inapropriada e subtratada, o que evidencia a importância da prestação de cuidados atraumáticos e da promoção do conforto da criança.

O conceito de dor evoluiu ao longo do tempo, constituindo-se como uma experiência individual na qual interferem inúmeros fatores. As crianças sentem dor e podem guardar memória das experiências de dor que quando vivenciadas precocemente têm efeitos a curto e a longo prazo, interferindo no limiar de dor e na resposta a situações de *stress*. A forma como cada criança sente e manifesta a dor é diferente em função da sua idade e do seu estágio de desenvolvimento, o conhecimento destes aspetos deve ser considerado na sua avaliação, prevenção e tratamento.

Os pais são quem melhor conhece a criança, reconhecendo facilmente sinais de dor, pelo que a sua capacitação para o controlo da dor é fundamental. Estes muitas vezes não sabem de que forma podem colaborar ou até mesmo o que é expectável que façam, podendo sentir-se desamparados, pelo que a promoção da literacia e da autonomia, bem como a utilização de estratégias de comunicação eficazes podem ter inúmeras vantagens. Os enfermeiros estão numa posição de destaque, na medida em que têm um papel importante no controlo da dor e a sua intervenção deve salvaguardar o interesse superior da criança e considerar os pais como parceiros de cuidados, valorizando o seu papel, estimulando-os a intervir ativamente na prestação de cuidados.

A presente temática foi desenvolvida ao longo do Estágio I e do Estágio Final através da realização do projeto de intervenção de acordo com a metodologia de projeto, na qual foi realizado um diagnóstico de situação tendo sido desenvolvidas entrevistas informais com as chefias de enfermagem e com as enfermeiras orientadoras em todos os locais. Esta fase inicial permitiu determinar a pertinência da temática da dor, nomeadamente a capacitação parental para o controlo da dor. Apesar de se constatar a importância desta temática foi possível verificar que pela situação pandémica vivida, pelas necessidades dos serviços, diversas práticas anteriormente estabelecidas foram sendo perdidas, constatando-se uma necessidade de sensibilização para a temática da dor na criança.

Na UIP foi realizado um manual para pais denominado por: “Como confortar a criança/jovem em situação de hospitalização” com o intuito de promover a parceria de cuidados empoderando os pais no desenvolvimento de competências na gestão da dor e na promoção do conforto da criança internada. Pelo elevado número de internamentos de crianças com o diagnóstico inaugural de Diabetes Mellitus, foi realizado um poster que incidiu sobre a alimentação saudável e os princípios da dieta mediterrânica de forma a sensibilizar estas e outras crianças internadas e suas famílias, tendo sido ainda realizado um estudo de caso.

Na UUP foi possível constatar através da entrevista que alguns aspetos considerados na gestão da dor haviam sido descurados com a situação de pandemia, pelo que se revelou importante sensibilizar a equipa para esta temática. Neste estágio foi desenvolvida uma sessão de formação sobre a avaliação da dor em pediatria e foi criado um manual de apoio à avaliação da dor.

No HDP/CEP detetou-se lacunas no tratamento da dor em termos da implementação de intervenções não farmacológicas, pelo que se procedeu à reformulação de uma norma sobre administração de Sacarose a 25%/Glucose a 30% em crianças com idade inferior a 1 ano, tendo sido adquiridos dois dispositivos Buzzy® e elaborada uma norma para facilitar a sua correta utilização. Para além destas intervenções foi realizada uma sessão de formação sobre intervenções não farmacológicas e foi elaborado um poster denominado por “Como confortar a criança/jovem em contexto de ambulatório” no sentido de promover a literacia e o empoderamento dos pais.

No SMIPN foi realizada uma entrevista informal e uma análise SWOT que permitiu perceber que a equipa era altamente diferenciada na gestão da dor e na promoção da parceria de cuidados, pelo que se considerou importante colaborar na realização de uma auditoria interna sobre a implementação do programa NIDCAP, constatando-se que apesar da pandemia a equipa manteve um forte compromisso na prevenção e tratamento da dor, investindo na parceria de cuidados, reconhecendo os pais como os melhores cuidadores dos seus filhos, incluindo-os nos cuidados desde a admissão. Constatou-se que existiu uma evolução positiva em relação à auditoria realizada em 2015, tendo sido posteriormente realizada uma sessão de formação para dar a conhecer à equipa os dados obtidos e algumas sugestões de melhoria. No Estágio Final foi realizado um artigo científico que incidiu sobre o impacto dos pais nas experiências dolorosas dos filhos.

Todas as intervenções desenvolvidas permitiram sensibilizar as equipas para o tema, promover o aumento de conhecimentos, uniformizar as práticas e acima de tudo contribuir para a capacitação dos pais para o controlo da dor. Ao longo do Mestrado foi promovida a participação em diversas formações consideradas pertinentes, tendo sido também realizada a apresentação de um poster num Congresso e a publicação do resumo da *Scoping Review* que deu origem ao poster em E-book.

Este projeto de intervenção contribuiu para o desenvolvimento de competências de EEESIP e Mestre, o que sustenta a prática profissional baseada na evidência, que deve ser desenvolvida de forma refletida e diferenciada, valorizando os aspetos éticos, deontológicos e legais que regem a profissão. Os objetivos definidos foram alcançados na medida em que todas as atividades propostas para os diferentes contextos foram realizadas, pelo que se espera que o presente Relatório possa servir como um contributo científico na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como uma inspiração para futuros trabalhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, P., Dias, G. & Rato, M. (2002). Por favor, não mexam nos meus medos!. *Revista de Saúde Infantil*, 24(3), 1-80. <https://bit.ly/3ATLhfi>
- Antão, C., Rodrigues, N., Sousa, F., Anes, E. & Pereira, A. (2018). Hospitalização da criança: sentimentos e opiniões dos pais. *Revista de Psicologia*, 1(1), 125-132. <http://hdl.handle.net/10198/17998>
- APED (2018). *Desenhos da minha dor*. Grafisol - Artes Gráficas.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: perspetiva desenvolvimentista*. Gráfica de Coimbra
- Batalha, L. M. C. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lidel-Edições Técnicas, LDA.
- Batalha, L. M. C. (2016). *Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar (Manual de estudo - versão 1)*. <http://repositorio.esenfc.pt>
- Batalha, L. M. C. (2017). *Avaliação da dor (Manual de estudo - versão 1)*. <http://repositorio.esenfc.pt>
- Batalha, L. M. C. & Sousa, A. F. D. (2018). Autoavaliação da intensidade da dor: correlação entre crianças, pais e enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 17, 15-22. <https://bit.ly/2PpZFdR>
- Birnie, K. A., Chambers, C. T., Chorney, J., Fernandez, C. V. & McGrath, P. J. (2017). A multi-informant multi-method investigation of family functioning and parent-child coping during children's acute pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(1): 28-39. doi: 10.1093/jpepsy/jsw045
- Brissos, M. A. (2004). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22(1), 43-55. <http://hdl.handle.net/10362/100125>
- Brown, E. A., Young, A., Kimble, R. & Kenardy, J. (2019). Impact of parental acute psychological distress on young children pain related behavior through differences in parenting behavior during pediatric burn wound care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26, 516-529. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9596-1>
- Caes, L., Goubert, L., Devos, P., Verlooy, J., Benoit, Y. & Vervoort, T. (2014). The relationship between parental catastrophizing about child pain and distress in response to medical procedures in the context of childhood cancer treatment: a longitudinal

- analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(7), 677-686.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu034>
- Casa Nova, A., Ramos, A. L., Cruz, D., Calado, G., Malcata, M. & Chora, M. A. F. C. (2021). *Plano da unidade curricular de Estágio I*. <https://bit.ly/35mL9rz>
- Cerqueira, C. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Cuidados centrados na família. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Ed), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª Edição, pp. 25-32). Lidel-Edições Técnicas, LDA.
- Chorney, J. M., Tan, E. T. & Kain, Z. N. (2013). Adult-child interactions in the post anesthesia care unit: behavior matters. *Anesthesiology*, 118(4), 834-841. doi: 10.1097/ALN.0b013e31827e501b
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. <https://bit.ly/3x3jo3X>
- Costa, L., Souza, M., Sena, E., Mascarenhas, M., Moreira, R. & Lúcio, I. (2016). Utilização de medidas não farmacológicas pela equipe de enfermagem para alívio da dor neonatal. *Revista de Enfermagem*, 10, 2395-2403. <https://bit.ly/3tRpPYp>
- Cruz, M. D., Fernandes, A. M. & Oliveira, C. R. (2016). Epidemiology of painful procedures performed in neonates: a systematic review of observational studies. *European Journal of pain*, 20, 489-498. doi:10.1002/ejp.757
- Cruz, M. D. D. (2020). *Epidemiologia da dor neonatal: fatores determinantes para a sua prevenção e tratamento* (Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). <http://hdl.handle.net/10316/91098>
- Decreto de lei nº 63/2016. Diário da República n.º 176/2016, Série I de 13 de setembro de 2016, 3159 – 3191.
- DGS & Ministério da Saúde (2003). *A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor*. <https://bit.ly/2QPUG6P>
- DGS (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. <https://bit.ly/32q2ka6>
- DGS (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. <https://bit.ly/3ajcBcD>
- DGS (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. <https://bit.ly/3DkdhM7>

- Franck, L. S. & Callery, P. (2004). Re-thinking Family-Centred Care Across the Continuum of Children's Healthcare. *Child: Care, Health & Development*, 30(3), 265-77. doi: 10.1111/j.1365-2214.2004.00412.x
- Franck, L. S. (2020). *Como confortar o bebé nos cuidados intensivos*. <https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/comfy.pdf>
- Fernandes, A. (2020). Cuidados traumáticos e dor em pediatria. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Ed.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª Edição, pp. 40-55). Lidel-Edições Técnicas, LDA
- Ferrito, C., Nunes, L., Ruívo, M. A. & Alunos do 7º CLE (2010). Metodologia de projecto: colectânea descrita de etapas. *Percursos*, 15(5), 1-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Fournier-Charrière, E. (2007). La douleur laisse-t-elle des traces chez le bébé? *Dans Spirale*, 42, 34-48. doi:10.3917/spi.042.0034
- Fundo das Nações Unidas (2019). *Convenção sobre os direitos da criança facultativos*. Comité Português para a UNICEF
- Goldstein-Leever, A., Cohen, L. L. & Dampier, S. (2018). Parent pain catastrophizing predicts child depressive symptoms in youth with sickle cell disease. *Pediatric Blood Cancer*, 65, e27027. <https://doi.org/10.1002/pbc.27027>
- Harrison, T. (2010). Family centered pediatric nursing care: state of the science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5), 335–343. doi: 10.1016/j.pedn.2009.01.006
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente (9ª Edição)*. Lusociência
- Jaaniste, T., Jia, N., Lang, T., Goodison-Farnsworth, E. M., McCormick, M. & Anderson, D. (2016). The relationship between parental attitudes and behaviours in the context of paediatric chronic pain. *Child: care, health and development*, 42(3), 433-438. doi:10.1111/cch.12312
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re)pensar o cuidar em enfermagem*. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and comfort: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Levy, M. (1996). Os direitos da criança hospitalizada. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 4(27), 655-657. <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/5818/0>

- Lopes, A. P. S. (2016). *Cuidar em Pediatria: a importância da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Católica Portuguesa). <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/22074>
- Mano, M. J. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Revista Referência*, 2, 54-61. <https://bit.ly/3tHrhcc>
- Manworren, R. C. B. & Lurry Children Hospital of Chicago (2019). *Easing anxiety and pain of pediatric procedures*. <https://bit.ly/3nfzeW7>
- Mendes, M. G. S. R & Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 6 (III), 113-121. <https://bit.ly/3AR82IF>
- Mershkey, H. & Bogduk, M. (1994). *IASP Terminology*. <https://bit.ly/3uAKQWd>
- Monteiro, A. J. & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Ed.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª Edição, pp. 33-38). Lidel-Edições Técnicas, LDA.
- NIDCAP Federation International (2022). *NIDCAP: programa de avaliação e cuidados de desenvolvimento individualizado para recém-nascidos*. <https://nidcap.org/professionals/supports-for-nursery-change/nidcap/>
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem. *Percursos*, 17, pp. 3-9. <https://bit.ly/36ITJFc>
- Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. (2ª Edição). Lusodidacta
- Observador (2021). *Rede nacional vigia vírus responsável por infeções respiratórias em crianças*. <https://bit.ly/318jMTD>
- OE (2008). *Dor: guia orientador de boa prática, cadernos OE, série 1, número 1*. <https://bit.ly/3xoF0If>
- OE (2013). *Guia orientador de boa prática: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. <https://bit.ly/2RWYu6o>
- Palermo, T. M., Valrie, C. R. & Karlson, C. W. (2014). Family and parent influences on pediatric chronic pain: a developmental perspective. *American Psychologist*, 69(2):142–152. <https://doi.org/10.1037/a0035216>
- Público (2021). *Vírus Sincicial Respiratório tinha recuado, mas está de regresso*. <https://bit.ly/3xy9OGQ>
- Queirós, J. (2014). Reflexões para uma epistemologia da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 23(3), pp. 776-781. <https://bit.ly/36Rx7IL>

- Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Enfermagem em saúde da criança e do jovem numa sociedade em mudança. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Ed), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª Edição, pp. 1-10). Lidel-Edições Técnicas, LDA.
- Regulamento n.º 140/2019- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série - N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019, 4744-4750.
- Regulamento n.º 422/2018- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, 2.ª Série- N.º 133 de 12 de julho de 2018, 19192-19194.
- Santos, M. O. G. (2010). *Texto de apoio sobre a análise swot e selecção de prioridades*. <https://bit.ly/3sKCOHq>
- Shave, K., Ali, S., Scott, S. D. & Hatling, L. (2018). Procedural pain in children: a qualitative study of caregiver experiences and information needs. *BMC Pediatrics*, 18, 324. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1300-y>
- Silva, T. & Silva, L. (2010). Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido: revisão sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 423-454.
- Smith, K., Buehler, D. Als, H., St Luke's Medical Center; Havard Medical School & Children's Hospital Boston (2011). *NIDCAP Nursery Criterion Scales (NNCCS)*. <https://bit.ly/3Fxf4O6>

APÊNDICES

Apêndice 1: Planeamento do projeto de intervenção

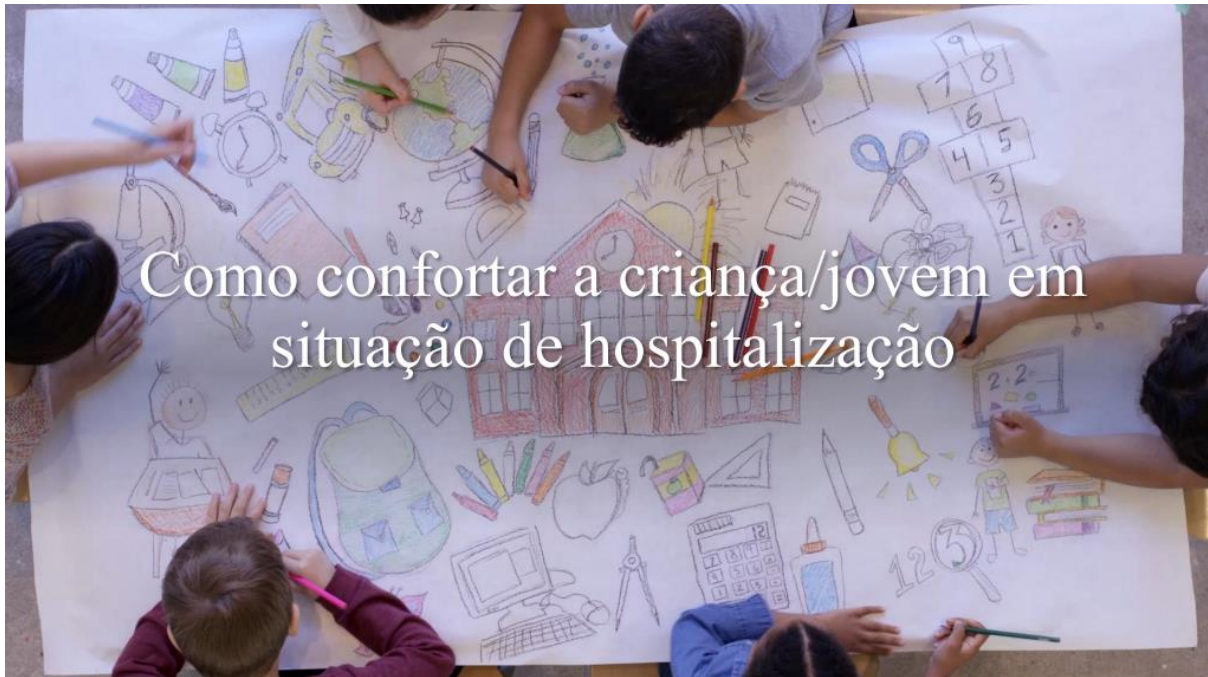
- **Objetivo Geral:** Desenvolver competências de EEESIP e Mestre que permitam a prestação de cuidados de forma diferenciada à criança/jovem e à sua família nos diferentes contextos de prestação de cuidados em que se encontrem.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos Humanos	Recursos Materiais
Compreender a dinâmica e organização dos 4 contextos de estágio (UIP, UUP, CEP/HDP e SMIPN)	Realizar entrevistas com enfermeira-chefe e com enfermeira orientadora para identificar as necessidades dos serviços	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira chefe • Enfermeira orientadora • Equipa de enfermagem • Docente 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Internet (Bases de dados)
Prestar cuidados de forma especializada à criança e à sua família nos vários contextos de prestação de cuidados	Desenvolver sessões de formação com a equipa de enfermagem (Estágio Final)	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira chefe • Enfermeira orientadora • Equipa de enfermagem • Docente 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de Reunião • Projetor • Computador • Internet (Bases de dados) • Software <i>Word e Power Point</i>
	Realização de um manual sobre a avaliação da dor (Estágio Final Módulo A)	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira chefe • Enfermeira orientadora • Equipa de enfermagem • Docente 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Internet (Bases de dados) • Impressora • Folhas A4 • Software <i>Word e Power Point</i>

	<p>Aquisição de dois dispositivo Buzzy (Estágio Final Módulo B)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira chefe • Enfermeira orientadora • Equipa de enfermagem • Educadora de infância • Patrocinador • Docente 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Internet
	<p>Desenvolvimento de normas de procedimento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administração de Sacarose 24% ou Glucose a 30% a crianças com idade inferior a 1 ano • Utilização do dispositivo Buzzy 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira Chefe • Enfermeira orientadora • Equipa de enfermagem • Docente 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Impressora; • Folhas A4 • Internet (Bases de dados) • Software <i>Word</i>
	<p>Realização de uma auditoria interna a um SMIPN para determinar a implementação do NIDCAP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira Chefe • Enfermeira orientadora • Equipa de enfermagem • Docente 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Impressora; • Folhas A4 • Internet (Bases de dados) • Software <i>Word e Power Point</i>
<p>Promover a literacia dos pais sobre o controlo da dor</p>	<p>Realização de um guia denominado: “Como confortar a criança/jovem em contexto de hospitalização” (Estágio I)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira chefe • Enfermeira orientadora • Equipa de enfermagem • Docente 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Impressora • Folhas A4 • Internet (Bases de dados) • Software <i>Word e Power Point</i>

<p>Realização de um poster designado: “Como confortar a criança/jovem em contexto de ambulatório” (Estágio Final Módulo B)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira chefe • Enfermeira orientadora • Equipa de enfermagem • Docente 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Impressora • Internet (Bases de dados) • Software <i>Word e Power Point</i>
<p>Elaboração de um artigo científico denominado: “Impacto dos pais nas experiências de dolorosas dos filhos” (Estágio Final)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Docente 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Impressora • Folhas A4 • Internet (Bases de dados) • Software <i>Word</i>

Apêndice 2: Manual para pais designado por “Como confortar a criança/jovem em situação de hospitalização” e Poster com a roda dos alimentos e os princípios da dieta mediterrânea



A hospitalização é sempre uma situação que induz *stress*.

A dor associada à prestação de cuidados dentro ou fora do ambiente hospitalar é um dos maiores medos da criança, constituindo um elemento de preocupação para os pais.

Este manual é dirigido aos pais com o objetivo de promover o desenvolvimento de competências na área do conforto.

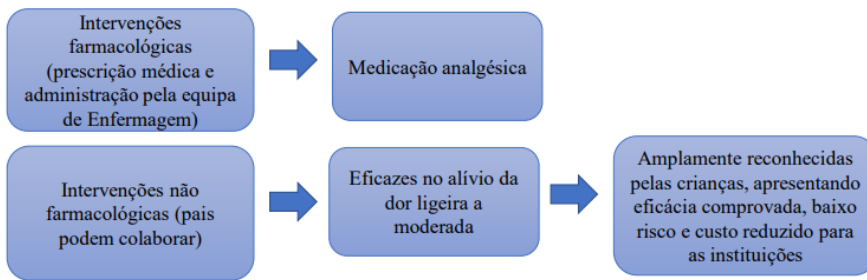
O direito da criança/jovem a cuidados atraumáticos

A Carta da Criança Hospitalizada aprovada em Leiden (1988) estabelece que “deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável” e “reduzir ao mínimo as agressões físicas ou emocionais e a dor” e a “intimidade de cada criança deve ser respeitada (...) deve ser tratada com tacto e compreensão em todas as circunstâncias”.

A dor é um fenómeno subjetivo e individual, diferente de criança para criança.



Como confortar a criança/jovem



Os médicos e os enfermeiros tudo farão para avaliar e tratar a dor da criança/jovem. Os pais são elemento fundamentais que podem auxiliar neste processo.

A criança/jovem: estratégias para aliviar a dor

- “O corpo fala” manifestam sobretudo a dor através da expressão facial, de choro intenso, alterações do comportamento e através dos sinais vitais;
- Medos: Estímulos fortes que são estranhos para o bebé, ruídos intensos, animais, máscaras, tempestades e pessoas desconhecidas.

1º ano de vida



Estratégias

- Ambiente calmo com pouco ruído com iluminação controlada;
- Posicionamento de forma a deixar o latente confortável;
- Massagem;
- Colo;
- Amamentação;
- Chupeta.



<https://bit.ly/3x4OXdm>

1-4 anos

- “Idade do grito”, pelo que a dor manifesta-se sobretudo por choro, gritos, ansiedade, uso de palavras para exprimir (ai e dói), através da expressão facial e corporal, podendo manifestar-se através de um comportamento agressivo e proteção da zona que dói;
- Medos: Escuro, as figuras místicas como as bruxas e os fantasmas, as catástrofes e o medo da separação dos pais.

4-6 anos

- Período marcado pelo egocentrismo e pelo pensamento mágico, começam a ter capacidade de exprimir a sua dor, demonstram alterações de comportamento que podem incluir agitação e agressão física;
- Medos: Dano corporal, o ridículo, as agulhas, os procedimentos médicos e a perda de integridade física, apresentam sobretudo medo de serem magoadas ou maltratadas e os procedimentos dolorosos apresentam-se como uma ameaça que pode gerar uma lesão.



- Ambiente calmo com pouco ruído com iluminação controlada;
- Relaxamento muscular, estimular a criança a simular soprar uma vela;
- Distração (brincar, contar histórias, fazer desenhos ou pinturas ou ver os bonecos favoritos);
- Imaginação guiada (lembrar histórias que a criança goste ou lugares preferidos);
- Reforço positivo (elogio).



<https://bit.ly/3qxCQTq>

As crianças em idade escolar apresentam necessidade que lhes seja tudo devidamente explicado, são capazes de exprimir a sua dor, associando-a a uma causa, podendo evidenciar a dor através da expressão corporal podendo apresentar-se imóveis, em posição fetal, cerrando os punhos, isolando-se e protegendo a zona onde sentem a dor.

- Medos: seres sobrenaturais; lesões corporais; escuro; estar sozinho; ladrões.

7-12 anos

- Medos: desempenho escolar; lesões corporais; aparência física; trovoadas; escuro; morte; futuro.

9-12 anos

- Relaxamento muscular, respirar profunda e lentamente;
- Massagem;
- Distração (brincadeira, ver televisão, desenhar ou pintar e leitura);
- Imaginação guiada (lembrar histórias que a criança goste ou lugares preferidos);
- Informação antecipatória (explicar o que vai acontecer);
- Aplicação de frio ou calor;
- Humor;
- Reforço positivo.



<https://bit.ly/3643La>

Os adolescentes quando experienciam dor questionam-se "porquê a mim?" (p. 21), têm necessidade de manter uma sensação de controlo, pode existir dificuldade em entender a sua expressão facial, considerando que podem sentir vergonha de mostrar comportamentos de dor, beneficiam que lhes sejam explicadas formas de controlar a dor. Podem sentir-se abandonados e deprimidos

- Medos: Falha social; sexualidade.

13-18 anos

- Relaxamento muscular, (respirar profunda e lentamente; usar objetos que o deixem confortável como a blusa favorita ou um amuleto);
- Distração*;
- Informação antecipatória (explicar o que vai acontecer);
- Aplicação de frio ou calor;
- Utilizar posições que aliviem a dor.
- Humor.

- *Informar o adolescente de estratégias que contribuam para aliviar a dor:
 - Utilizar o computador;
 - Usar o telemóvel;
 - Ver televisão
 - Ouvir as músicas preferidas;
 - Imaginar locais e situações que o confortem.



<https://bbc.in/35Y6BUd>

Qualquer dúvida ou questão
estamos disponíveis para
exclarecer.
Juntos vamos controlar a
dor...



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, P., Dias, G. & Rato, M. (2002). Por favor, não mexam nos meus medos!. *Revista de Saúde Infantil*, 24(3), 1-80. Disponível em: <https://bit.ly/3ATLhfi>
- APED (2018). *Desenhos da minha dor*. Disponível em: <https://bit.ly/3jpmFpV>
- Batalha, L. M. C. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Portugal, Lisboa: Lidel Edições Técnicas, LDA.
- Batalha, L. M. C. (2016). *Avaliação da dor: manual de estudo (versão 1)*. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt>
- Baptista, A., Quintas, C., Baltar, P., Alves, R., Lavrador, V. I. & Silva, T. D. (2020). O jovem. En Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Ed), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª Edição, pp. 193-216). Portugal, Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, LDA.
- Decreto de lei n.º 161/1996- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 4 de setembro de 1996, 2959-2962.
- Decreto de lei n.º 63/2016. Diário da República n.º 176/2016, Série I de 13 de setembro de 2016, 3159 – 3191.
- DGS (2012a). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Disponível em <https://bit.ly/3ajcBc>
- Doca, F. & Linhares, M. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18(2), 307-325. Disponível em: <https://bit.ly/33zqX4Z>
- Franck, L. S. & Callery, P. (2004). Re-thinking Family-Centred Care Across the Continuum of Children's Healthcare. *Child: Care, Health & Development*, 30(3), 265-277. doi: 10.1111/j.1365-2214.2004.00412.x
- Festas, C., Quelhas, I. & Braga, M. C. (2020). A criança em idade pré-escolar (3 aos 6 anos) e Escolar (6 aos 12 anos). En Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Ed), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª Edição, pp. 159-192). Portugal, Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, LDA.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente* (9ª Edição). Portugal, Loures: Lusociência
- Levy, M. (1996). Os direitos da criança hospitalizada. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 4(27), 655-657. Disponível em: <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/5818/0>
- Lopes, A. P. S. (2016). *Cuidar em Pediatria: a importância da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Católica Portuguesa). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/22074>
- OE (2013). *Guia orientador de boa prática: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Disponível em: <https://bit.ly/2RWVuo6>

Alimentação Saudável



Os 10 Princípios da Dieta Mediterrânica

- 1. Escolha de métodos de confeção simples** (sopas, cozidas e ensopados);
- 2. Elevado consumo de alimentos de origem vegetal**, como hortícolas, fruta, pão de qualidade, leguminosas, frutos secos e oleaginosas;
- 3. Sazonalidade**, privilegiar o consumo de alimentos locais, frescos e da época;
- 4. Azeite** como principal fonte de gordura;
- 5. Consumo moderado de laticínios;**
- 6. Utilização de ervas aromáticas** para temperar em detrimento do sal;
- 7. Consumo frequente de pescado e baixo de carnes vermelhas;**
- 8. Consumo baixo a moderado de vinho** e apenas nas refeições principais;
- 9. Água** como principal bebida ao longo do dia;
- 10. Convivialidade** à volta da mesa.

Referências Bibliográficas
DGS (2020). Dieta Mediterrânica. Disponível em:
<http://alimentacaosaudavel.dgs.pt/dieta-mediterranica/>
DGS (2020). Alvo dos Alimentos. Disponível em:
<http://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alvo-dos-alimentos/#>

Apêndice 3: Adenofleimão na infância: um estudo de caso

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2020/2021

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio I

ADENOFLEIMÃO NA INFÂNCIA: UM ESTUDO DE CASO

Maria Ricardo M47701

Junho

2021

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Universidade de Évora

Escola Superior de Saúde São João de Deus

5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2020/2021

Área de Especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio I

ADENOFLEIMÃO NA INFÂNCIA: UM ESTUDO DE CASO

Maria Ricardo M47701

Junho

2021

Abreviaturas e símbolos

CCF- Cuidados Centrados na Família

CDP- Centro de Diagnóstico Pneumológico

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direção-Geral da Saúde

EEESIP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

IGRA- Interferon Gamma Release Assay

PCR- Proteína C Reactiva

PNV- Plano Nacional de Vacinação

INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste num estudo de caso e está enquadrado no âmbito da Unidade Curricular do Estágio I, inserido no 5º Curso de Mestrado em Associação, lecionado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, no 2º semestre do ano letivo de 2020/2021. O principal objetivo com a realização do estudo de caso consiste na aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP] e Mestre.

O estudo de caso constitui-se como um método de pesquisa muito utilizado em Enfermagem, que pode ser aplicado nos diferentes contextos da prática profissional e que “focalizam os fenômenos complexos da vida e permitem aos pesquisadores estudá-los de forma intensiva e profundamente, com múltiplas fontes de evidência, para compreensão de fatos relacionados a indivíduos, grupos ou organizações” (Andrade et al., 2017, p. 9).

Neste trabalho encontra-se exposta a situação clínica de um latente que apresenta alterações significativas do seu estado de saúde, motivo pelo qual recorre à UUP, verificando-se posteriormente a necessidade de cuidados diferenciados, pelo que fica internado para vigilância do seu estado de saúde e para cumprir com antibioterapia. Ao longo do estudo de caso será descrita a história clínica do latente, a evolução do internamento, sendo analisadas e fundamentadas as alterações verificadas e desenvolvido o processo de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] e referidas as competências de EEESIP e Mestre adquiridas.

A identidade do latente foi ocultada com o intuito de manter a privacidade, tendo sido atribuído o nome fictício de David e as datas mencionadas são meramente ilustrativas, considerando o Artigo 106º do Código Deontológico do Enfermeiro que estabelece o dever do sigilo, pelo que deve ser mantido “o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro de 2015).

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa bibliográfica foi desenvolvida em artigos publicados, normas de orientação, legislação, livros técnicos e científicos. Os portais utilizados foram a B-On e a EBSCOhost. A bibliografia está de acordo com as normas da American Psychological Association [APA], 7ª edição.

Apêndice 4: Formação “Dor em Pediatria” e “Manual de avaliação da dor”

Sessão de Formação

Avaliação da dor em Pediatria

14 de Outubro às 14 horas e 30 minutos

Sob orientação:
Professora Dra. Dulce Cruz

Desenvolvida pela Estudante de Mestrado: Maria Ricardo



Plano de Sessão				
Local: <input style="width: 100px;" type="text"/>		Sob orientação: Professora Dra. Dulce Damas da Cruz		
Formadora: Enfermeira Maria Ricardo		Data: 14 de outubro de 2021		
		Duração: 30 minutos		
Objetivos		Conteúdos	Metodologia	Materiais/recursos
Gerais	Específicos			
<p>O formando deverá adquirir/actualizar os conhecimentos sobre a avaliação da dor em Pediatria</p>	<p>O formando deverá ser capaz de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Determinar que escala deve ser utilizada em função da idade e do desenvolvimento cognitivo da criança 2) Aplicar de forma apropriada a escala 3) Conhecer os princípios que devem ser respeitados aquando da avaliação da dor 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Cuidados atraumáticos 2) O tratamento da dor enquanto um dever ético e moral dos profissionais 3) Dor na criança 5) Princípios da avaliação da dor 6) Mitos associados ao tratamento da dor 7) Avaliação da dor em Pediatria 	<p>Metodologia expositiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Datashow; • Pen.



Dor em Pediatria

Sob orientação:
Professora Dra. Dulce Damas da Cruz

Desenvolvido por:
Estudante de Mestrado Maria Ricardo

CUIDADOS ATRAUMÁTICOS

Assistiu-se a uma grande evolução no que respeita aos cuidados prestados em Pediatria, no entanto as intervenções utilizadas para tratar doenças e para prolongar a vida são muitas vezes assustadoras, desconfortáveis e dolorosas.

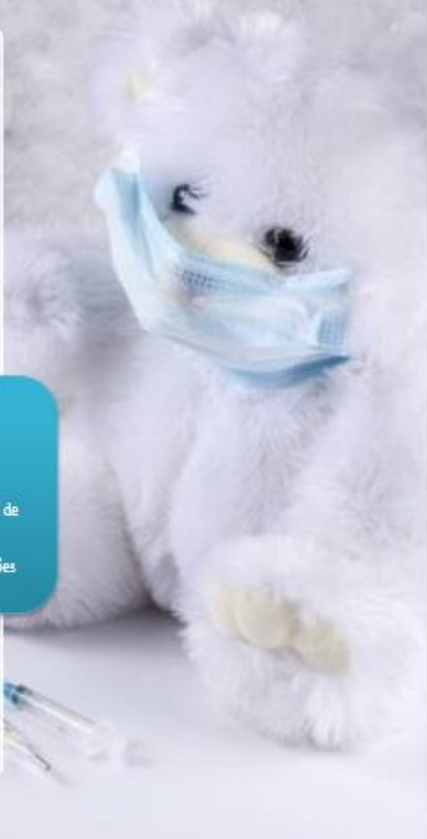
Cuidados terapêuticos prestados por profissionais de saúde de forma humanizada

- Princípios dos cuidados traumáticos:
- > Evitar a separação da criança da família;
 - > Promover uma sensação de controlo;
 - > Evitar ou minimizar lesões e dores.

Minimizar ou eliminar o sofrimento físico e psicológico da criança e da sua família

Não devem causar malefício à criança

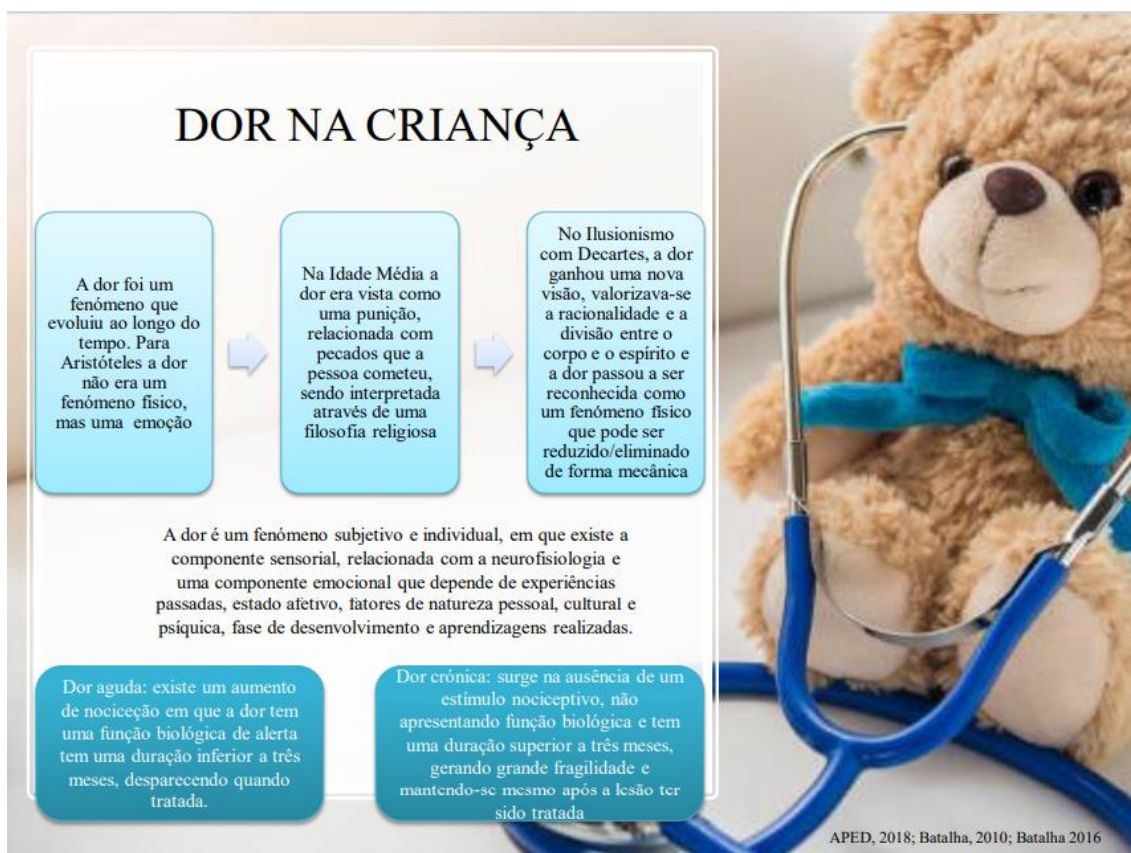
Hockenberry & Wilson, 2014



O TRATAMENTO DA DOR É UM DEVER ÉTICO E MORAL DOS PROFISSIONAIS

Convenção sobre os Direitos da Criança	Carta da criança hospitalizada
<ul style="list-style-type: none">• Salvaguarda o interesse superior da criança e as decisões tomadas que a envolvam devem ter presente esse aspeto;• Reconhece o direito inerente à vida;• “Nenhuma criança será submetida à tortura ou a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”	<ul style="list-style-type: none">• “Evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável”• “Reduzir ao mínimo as agressões físicas ou emocionais e a dor”;• “Equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família”;• “A intimidade de cada criança deve ser respeitada (...) deve ser tratada com tacto e compreensão em todas as circunstâncias”

Fundo das Nações Unidas para a Infância (2019); Levy (1996)



DOR NA CRIANÇA/JOVEM

A dor na criança e no jovem é um aspeto que exige atenção, as crianças para além de sentirem dor, podem guardar memória das experiências dolorosas.

- “O corpo fala” (p. 20) manifestam sobretudo a dor através da expressão facial, de choro intenso, alterações do comportamento e através dos sinais vitais;
- Estimulos fortes que são estranhos para o bebé, ruidos intensos, animais, máscaras, tempestades e pessoas desconhecidas

1º ano de vida

1-4 anos

- “Idade do grito” (p. 20), pelo que a dor manifesta-se sobretudo por choro, gritos, ansiedade, uso de palavras para exprimir (ai e dói), através da expressão facial e corporal, podendo manifestar-se através de um comportamento agressivo e proteção da zona que dói;
- Escuro, as figuras místicas como as bruxas e os fantasmas, as catástrofes e o medo da separação dos pais.

- Período marcado pelo egocentrismo e pelo pensamento mágico, começam a ter capacidade de exprimir a sua dor, demonstram alterações de comportamento que podem incluir agitação e agressão física;
- Dano corporal, o ridículo, as agulhas, os procedimentos médicos e a perda de integridade física, apresentam sobretudo medo de serem magoadas ou maltratadas e os procedimentos dolorosos apresentam-se como uma ameaça que pode gerar uma lesão .

4-6 anos

APED, 2018; OE, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014

DOR NA CRIANÇA/JOVEM

A dor na criança e no jovem é um aspeto que exige atenção, as crianças para além de sentirem dor, podem guardar memória das experiências dolorosas.

- O pensamento torna-se mais lógico e coerente e a energia física e psíquica é direcionada para a aquisição de conhecimento e para a brincadeira, podendo evidenciar a dor através da expressão corporal podendo apresentar-se imóveis, em posição fetal, cerrando os punhos, isolando-se e protegendo a zona que dói.
- 7-12 anos Medos: seres sobrenaturais; lesões corporais; escuro; estar sozinho e ladrões.
- 9-12 anos Medos: a aparência física, lesões corporais, aproveitamento escolar, trovoadas, escuro, morte e futuro

7-12 anos

13-18 anos

- Períodos de importantes alterações físicas, psíquicas e sociais, em que a comunicação deve ser simples, aberta e empática de forma a permitir a expressão de medos e ansios por parte do jovem no que respeita à situação de doença. Os adolescentes quando experienciam dor questionam-se “porquê a mim?” (p. 21), têm necessidade de manter uma sensação de controlo, pode existir dificuldade em entender a sua expressão facial, considerando que podem sentir vergonha de mostrar comportamentos de dor, beneficiam que lhes sejam explicadas formas de controlar a dor, Podem sentir-se abandonados e deprimidos.
- Medos: Falha social, sexualidade

Almeida, Dias & Rato, 2002; APED, 2018; OE, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014

AValiação da Dor em Pediatria

A dor encontra-se muitas vezes associada a crenças, mitos, bem como preconceitos que muitas vezes dificultam a sua avaliação e o seu tratamento

Mitos	Evidência Científica	Estímulos semelhantes provocam o mesmo nível de dor	O limiar de dor difere de criança para criança e é influenciado por uma multiplicidade de fatores
Os RN não sentem dor, considerando a imaturidade do seu Sistema Nervoso Central	As vias nervosas que permitem sentir dor desenvolvem-se na gravidez e já se encontram presentes às 24 semanas de gestação	As crianças verbalizam sempre que têm dor	As crianças podem não referir que sentem dor, por apresentarem medo de ir a um hospital ou de «devar uma picaz»
As crianças sentem menos dor que os adultos	As crianças mais jovens sentem níveis de dor mais elevados do que as crianças mais velhas, com a idade vão apresentando maior tolerância à dor	A criança habitua-se a sentir dor e a ser submetida a procedimentos dolorosos	A exposição frequente a dor, aumenta a ansiedade e pode ter consequências no futuro
As crianças não têm memória da dor	Existem evidências que mostram que as crianças não verbalizam a dor, as suas respostas comportamentais a procedimentos dolorosos, permitem concluir o contrário	A dor só ocorre se a criança tiver uma lesão	A dor é real, independentemente de se conhecer a causa ou a origem
As crianças pequenas não têm capacidade para descrever e localizar a dor	As crianças conseguem desde muito cedo mencionar o local onde sentem a dor e avaliar a intensidade da dor se forem utilizados instrumentos apropriados	As crianças devem ser encorajadas a aguentar a dor	A dor deve ser devidamente tratada e não deve ser prolongado o sofrimento da criança

Adaptado de OE (2008), DGS (2010) e APED (2018)

PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO DA DOR EM PEDIATRIA

- Considerar sempre que a criança referir que dor;
- Numa criança a partir dos 3 anos deve ser promovido o autorrelato;
- Dar espaço à criança para que ela possa exprimir a dor que sente;
- Na avaliação ter presente o comportamento normal da criança ou de outra criança na mesma faixa etária, mas sem dor;
- Comunicar com a criança (mais de 3 anos), com os pais ou pessoa significativa, utilizar escalas de avaliação de dor e realizar a história de dor;
- Utilizar sempre o mesmo instrumento de avaliação, mudar apenas se existir uma justificação plausível;
- Respeitar as diretrizes do instrumento de avaliação de dor;
- Numa situação em que a criança manifeste dor de grande intensidade deve priorizar o tratamento em detrimento da avaliação.

OE, 2010

AValiação DA DOR EM PEDIATRIA

Na criança que não tem capacidade de autorrelato ou pela sua situação de saúde não é capaz de exprimir o que sente, os enfermeiros e os pais são essenciais na determinação da dor e neste caso a avaliação acontece através da heteroavaliação.

Nas escalas de heteroavaliação, a avaliação da dor não é realizada pela pessoa que experiencia.

Crianças com menos de 4 anos ou sem capacidade para avaliar:

- *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* [FLACC]

Crianças com Multideficiência

- *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability- Revised* [FLACC-R]

Batalha, 2016; Batalha & Sousa, 2018; DGS, 2010; OE, 2008; Tiago Silva & Lincoln Silva, 2010

FLACC

FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY (FLACC)

IDENTIFICAÇÃO			DATA															
			HORA															
	0	1	2															
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso.	Caretas ou sobranceiras franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas															
PERNAS	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas															
ACTIVIDADE	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos															
CHORO	Ausência de choro (acordado ou adormecido).	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais.	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes.															
CONSOLABILIDADE	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar															
			Pontuação total															

© The Regents of the University of Michigan

FLACC-R

FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY Revised (FLACC-R)

Face 0 = Nenhuma expressão em especial ou sorriso 1 = Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada 2 = Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico Comportamento individualizado:
Pernas 0 = Posição normal ou relaxadas; tonificação normal & movimentação dos membros inferiores e superiores 1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais 2 = Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos Comportamento individualizado:
Atividade 0 = Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica 1 = Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes. 2 = Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); sustar a respiração, arfar ou respirar fundo, grava contração muscular Comportamento individualizado:
Choro 0 = Sem choro/ verbalização 1 = Gemido ou choramingo, queixa ocasional; explosão verbal ou "grunhidos" ocasionais 2 = Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, "grunhidos" constantes Comportamento individualizado:
Consolabilidade 0 = Satisfeita e relaxada 1 = Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída. 2 = Difícil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto Comportamento individualizado:

AValiação DA DOR EM PEDIATRIA

A avaliação da dor na criança é específica e distinta das restantes faixas etárias. Na criança que têm capacidade de verbalizar, o autorrelato tem um papel fundamental para avaliar a intensidade da dor, devendo ser privilegiado sempre que possível.

As crianças entre os 3 e os 4 anos quando avaliam a sua dor têm maior tendência para se situar nos extremos, constatando-se também uma tendência para atribuir valores mais elevados à dor aguda, quando comparadas com crianças mais velhas.

Recomendada a partir dos 4 anos:

- Revised Faces Pain Scale (FPS-R)

Apenas recomendada a partir dos 6 anos:

- Escala Visual Analógica [EVA];

Recomendada a partir dos 8 anos, podendo ser utilizada a partir dos 6 anos:

- Escala Numérica

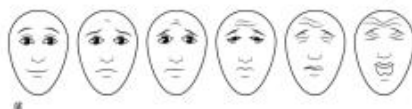
Batalha, 2010; Batalha, 2016; Costa et al., 2016; DGS, 2010; OE, 2008

EVA



Figura 1 - Exatões EVA

Revised Faces Pain Scale (FPS-R)



Escala Numérica



Figura 2 - Escala numérica

Batalha, 2010

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, P., Dias, G. & Rato, M. (2002). Por favor, não mexam nos meus medos!. *Revista de Saúde Infantil*, 24(3), 1-80. Disponível em: <https://bit.ly/3ATLhfi>
- APED (2018). *Desenhos da minha dor*. Portugal, Sintra: Grafisol - Artes Gráficas.
- Batalha, L. M. C. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Portugal, Lisboa: Lidel Edições Técnicas, LDA.
- Batalha, L. M. C. (2016). *Avaliação da dor: manual de estudo (versão 1)*. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt>
- Costa, L., Souza, M., Sena, E., Mascarenhas, M., Moreira, R. & Lúcio, I. (2016). Utilização de medidas não farmacológicas pela equipe de enfermagem para alívio da dor neonatal. *Revista de Enfermagem*, 10, 2395-2403. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963v10i7a11295p2395-2403-2016>
- DGS (2010). Orientações Técnicas sobre a Avaliação da Dor nas Crianças. Disponível em <https://bit.ly/32q2ka6>
- Fundo das Nações Unidas (2019). *Convenção sobre os direitos da criança facultativos*. Portugal, Lisboa: Comité Português para a UNICEF
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente* (9ª Edição). Portugal, Loures: Lusociência
- Levy, M. (1996). Os direitos da criança hospitalizada. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 4(27), 655-657. Disponível em: <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/5818/0>
- OE (2008). Dor: guia orientador de boa prática, cadernos OE, série 1, número 1. Disponível em: <https://bit.ly/3xoF0If>
- OE (2013). Guia orientador de boa prática: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Disponível em: <https://bit.ly/2RWYU6o>
- Silva, T. & Silva, L. (2010). Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido: revisão sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 423-454.

Toda a dor é grande para
um coração pequeno



Obrigada pela vossa atenção

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



MANUAL DE AVALIAÇÃO DA DOR

Outubro de 2021

Sob orientação:

Professora Dra. Dulce Damas da Cruz

Desenvolvido por:

Estudante de Mestrado Maria Ricardo

Cuidados Atraumáticos

Assistiu-se a uma grande evolução no que respeita aos cuidados prestados em pediatria, no entanto as intervenções utilizadas para tratar doenças e para prolongar a vida são muitas vezes assustadoras, desconfortáveis e dolorosas. Os cuidados atraumáticos consistem em cuidados terapêuticos prestados por profissionais de saúde de forma humanizada, pelo que não devem causar malefício à criança, com o principal objetivo de minimizar o sofrimento físico e psicológico da criança e da sua família. Têm como princípios evitar a separação da criança da família, promover a sensação de controlo e evitar ou minimizar lesões e dores. Este aspeto assume particular importância na medida em que o tratamento da dor é um dever ético e moral dos profissionais.

Convenção sobre os Direitos da Criança	Carta da criança hospitalizada
<ul style="list-style-type: none">• Salvaguarda o interesse superior da criança e as decisões tomadas que a envolvam devem ter presente esse aspeto;• Reconhece o direito inerente à vida;• “Nenhuma criança será submetida à tortura ou a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”.	<ul style="list-style-type: none">• “Evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável”;• “Reduzir ao mínimo as agressões físicas ou emocionais e a dor”;• “Equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família”;• “A intimidade de cada criança deve ser respeitada (...) deve ser tratada com tacto e compreensão em todas as circunstâncias”.

A dor foi um fenómeno que evoluiu ao longo do tempo. Para Aristóteles a dor não era um fenómeno físico, mas uma emoção. Na Idade Média a dor era vista como uma punição, relacionada com pecados que a pessoa cometeu, sendo interpretada através de uma filosofia religiosa; no Ilusionismo com Decartes a dor ganhou uma nova visão, valorizava-se a racionalidade e a divisão entre o corpo e o espírito e a dor passou a ser reconhecida como um fenómeno físico que pode ser reduzido/eliminado de forma mecânica. A dor pode ser definida como um fenómeno subjetivo e individual, em que existe a componente sensorial, relacionada com a neurofisiologia e uma componente emocional que depende de experiências passadas, estado afetivo, fatores de natureza pessoal, cultural e psíquica, fase de desenvolvimento e aprendizagens realizadas.

A perceção da dor varia em função da idade como é possível observar no seguinte fluxograma:

DOR NA CRIANÇA/JOVEM

A dor na criança e no jovem é um aspeto que exige atenção, as crianças para além de sentirem dor, podem guardar memória das experiências dolorosas.

- “O corpo fala” (p. 20) manifestam sobretudo a dor através da expressão facial, de choro intenso, alterações do comportamento e através dos sinais vitais;
- Estímulos fortes que são estranhos para o bebé, ruídos intensos, animais, máscaras, tempestades e pessoas desconhecidas

1º ano de vida

1-4 anos

- “Idade do grito” (p. 20), pelo que a dor manifesta-se sobretudo por choro, gritos, ansiedade, uso de palavras para exprimir (ai e dói), através da expressão facial e corporal, podendo manifestar-se através de um comportamento agressivo e proteção da zona que dói;
- Escuro, as figuras místicas como as bruxas e os fantasmas, as catástrofes e o medo da separação dos pais.

- Período marcado pelo egocentrismo e pelo pensamento mágico, começam a ter capacidade de exprimir a sua dor, demonstram alterações de comportamento que podem incluir agitação e agressão física;
- Dano corporal, o ridículo, as agulhas, os procedimentos médicos e a perda de integridade física, apresentam sobretudo medo de serem magoadas ou maltratadas e os procedimentos dolorosos apresentam-se como uma ameaça que pode gerar uma lesão.

4-6 anos

APED, 2018; OE, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014

DOR NA CRIANÇA/JOVEM

A dor na criança e no jovem é um aspeto que exige atenção, as crianças para além de sentirem dor, podem guardar memória das experiências dolorosas.

- O pensamento torna-se mais lógico e coerente e a energia física e psíquica é direcionada para a aquisição de conhecimento e para a brincadeira, podendo evidenciar a dor através da expressão corporal podendo apresentar-se imóveis, em posição fetal, cerrando os punhos, isolando-se e protegendo a zona que dói.
- 7-12 anos Medos: seres sobrenaturais; lesões corporais; escuro; estar sozinho e ladrões.
- 9-12 anos Medos: a aparência física, lesões corporais, aproveitamento escolar, trovoadas, escuro, morte e futuro

7-12 anos

13-18 anos

- Períodos de importantes alterações físicas, psíquicas e sociais, em que a comunicação deve ser simples, aberta e empática de forma a permitir a expressão de medos e ansios por parte do jovem no que respeita à situação de doença. Os adolescentes quando experienciam dor questionam-se “porquê a mim?” (p. 21), têm necessidade de manter uma sensação de controlo, pode existir dificuldade em entender a sua expressão facial, considerando que podem sentir vergonha de mostrar comportamentos de dor, beneficiam que lhes sejam explicadas formas de controlar a dor, Podem sentir-se abandonados e deprimidos.
- Medos: Falha social; sexualidade

Almeida, Dias & Rato, 2002; APED, 2018; OE, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014

Princípios a considerar na avaliação da dor:

- Considerar sempre que a criança referir que tem dor;
- Numa criança a partir dos 3 anos deve promover o autorrelato;
- Dar espaço à criança para que ela possa exprimir a dor que sente;
- Na avaliação ter presente o comportamento normal da criança ou de outra criança na mesma faixa etária, mas sem dor;
- Comunicar com a criança (mais de 3 anos), com os pais ou pessoa significativa, utilizar escalas de avaliação de dor e realizar a história de dor;
- Utilizar sempre o mesmo instrumento de avaliação, mudar apenas se existir uma justificação plausível;
- Respeitar as diretrizes do instrumento de avaliação de dor;
- Numa situação em que a criança manifeste dor de grande intensidade deve priorizar o tratamento em detrimento da avaliação.

Avaliação da dor na criança

A maioria das escalas avalia a dor de 0 a 10, uma pontuação mais elevada corresponde a uma maior intensidade, sendo que a categorização varia de acordo com os critérios usados, na maioria das escalas de 0 a 10, um valor ≥ 3 corresponde a dor moderada, o que exige uma intervenção farmacológica. Pode considerar-se que:

- 0-1 (sem dor); 1-3 (dor ligeira), 3-6 (dor moderada); 6-9 (dor intensa); 9-10 (dor muito intensa).

Na criança incapaz de realizar o autorrelato ou pela sua situação de saúde não é capaz de exprimir o que sente, os enfermeiros e os pais são essenciais na determinação da dor. Neste caso a avaliação acontece através da heteroavaliação, nessas escalas a avaliação da dor não é realizada pela pessoa que experiencia. Este manual inclui as escalas de auto-avaliação FLACC e FLACC-R.

Nas crianças com menos de 4 anos ou sem capacidade para avaliar:

- *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* [FLACC]

Escala que permite através um conjunto de indicadores claros e objetivos (expressão facial, o movimento das pernas, a atividade, o choro e a consolabilidade) determinar a dor em idade pediátrica, cada indicador é avaliado de a 0 a 2 pontos e a soma total pode ir de 0 (ausência de dor) a 10 pontos (dor muito intensa). As vantagens incluem ser uma escala comportamental que pode ser utilizada facilmente, o que facilita a comparação com as escalas de autoavaliação.

FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY (FLACC)

IDENTIFICAÇÃO			DATA																	
			HORA																	
	0	1	2																	
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso.	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas																	
PERNAS	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas																	
ACTIVIDADE	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos																	
CHORO	Ausência de choro (acordado ou adormecido).	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais.	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes.																	
CONSOLABILIDADE	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar																	
			Pontuação total																	

© The Regents of the University of Michigan

Crianças com Multideficiência

- *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability- Revised [FLACC-R]*

Esta escala foi adaptada a partir da FLACC, incluindo os descritores de forma mais detalhada, como comportamentos que são específicos de dor em crianças que apresentam multideficiência ou défice cognitivo. A avaliação requer um tempo de observação que varia entre 2 a 3 minutos e a pontuação atribuída é entre 0 e 10. Escala que foi validada e traduzida para a população Portuguesa.

FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY Revised
(FLACC-R)

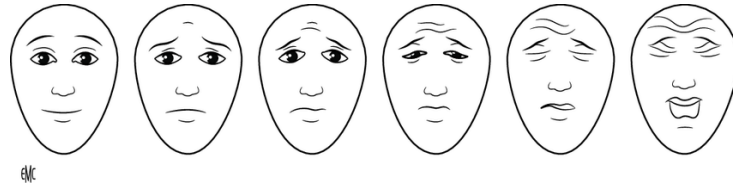
<p>Face</p> <p>0 = Nenhuma expressão em especial ou sorriso</p> <p>1 = Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada</p> <p>2 = Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p>Pernas</p> <p>0 = Posição normal ou relaxadas; tonificação normal & movimentação dos membros inferiores e superiores</p> <p>1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais</p> <p>2 = Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p>Actividade</p> <p>0 = Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica</p> <p>1 = Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes.</p> <p>2 = Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); sustar a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contracção muscular</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p>Choro</p> <p>0 = Sem choro/ verbalização</p> <p>1 = Gemido ou choramingo, queixa ocasional; explosão verbal ou "grunhidos" ocasionais</p> <p>2 = Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, "grunhidos" constantes</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p>Consolabilidade</p> <p>0 = Satisfeita e relaxada</p> <p>1 = Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída.</p> <p>2 = Difícil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto</p> <p>Comportamento individualizado:</p>

A avaliação da dor na criança é específica e distinta das restantes faixas etárias. Na criança que tem capacidade de verbalizar, o autorrelato tem um papel fundamental para avaliar a intensidade da dor, devendo ser privilegiado sempre que possível. As crianças entre os 3 e os 4 anos quando avaliam a sua dor têm maior tendência para se situar nos extremos, constatando-se também uma tendência para atribuir valores mais elevados à dor aguda, quando comparadas com crianças mais velhas.

Recomendada a partir dos 4 anos:

- Revised Faces Pain Scale (FPS-R)

Esta escala apresenta seis faces sem expressão facial feliz, triste ou com lágrimas, apresentando uma face neutra que corresponde à ausência da dor. A intensidade da dor é distinta das outras escalas, podendo ir de 0 a 10, em que sem dor corresponde à face 1 (pontuação 0), dor ligeira à face 2 (pontuação de 2), dor moderada à face 3 (pontuação 4), dor intensa à face 4 (pontuação 6) e dor muito intensa à face 5 e 6 (pontuação 8 ou 10). A aplicação deve ser realizada através da demonstração objectiva das extremidades (que correspondem a face sem dor e com muita, muita dor), explicando que a intensidade da dor aumenta da esquerda para a direita, devendo ser evitados termos como feliz e contente, tentando determinar se a criança entendeu a explicação para que possa expressar a dor que sente.



Apenas recomendada a partir dos 6 anos:

- Escala Visual Analógica [EVA];

Escala considerada de referência na avaliação da dor. A sua utilização deve respeitar a régua, em que a disposição vertical é indicada para crianças e a disposição horizontal para adultos. A utilização deve ser realizada deslocando o cursor entre as extremidades, explicado de forma objetiva e utilizando linguagem simples.

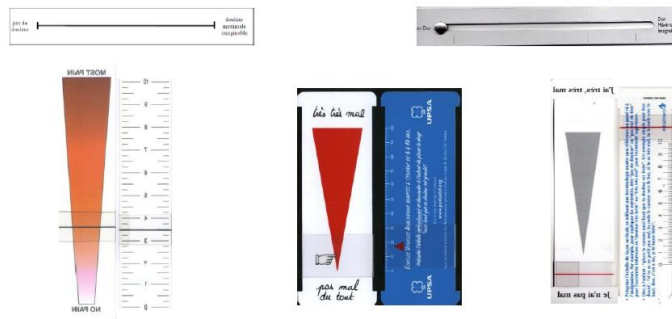


Figura 1 - Escalas EVA

Recomendada a partir dos 8 anos, podendo ser utilizada a partir dos 6 anos de acordo com o desenvolvimento cognitivo da criança:

- Escala Numérica

Escala com 10 números que pode ser utilizada desde que a criança seja capaz de interpretar os números, sendo de fácil aplicação e tendo como principal desvantagem em relação à EVA, exigir o efeito de memória considerando que a escala não é contínua.



Figura 2 - Escala numérica

Referências Bibliográficas:

Almeida, P., Dias, G. & Rato, M. (2002). Por favor, não mexam nos meus medos!. *Revista de Saúde Infantil*, 24(3), 1-80. Disponível em: <https://bit.ly/3ATLhfi>

APED (2018). *Desenhos da minha dor*. Portugal, Sintra: Grafisol - Artes Gráficas.

- Batalha, L. M. C. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Portugal, Lisboa: Lidel Edições Técnicas, LDA.
- Batalha, L. M. C. (2016). *Avaliação da dor: manual de estudo (versão 1)*. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt>
- Costa, L., Souza, M., Sena, E., Mascarenhas, M., Moreira, R. & Lúcio, I. (2016). Utilização de medidas não farmacológicas pela equipe de enfermagem para alívio da dor neonatal. *Revista de Enfermagem*, 10, 2395-2403. Disponível em: https://doi.org/10.5205/1981-8963_v10i7a11295p2395_2403-2016
- DGS (2010). Orientações Técnicas sobre a Avaliação da Dor nas Crianças. Disponível em <https://bit.ly/32q2ka6>
- Fundo das Nações Unidas (2019). *Convenção sobre os direitos da criança facultativos*. Portugal, Lisboa: Comité Português para a UNICEF
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente (9ª Edição)*. Portugal, Loures: Lusociência
- Levy, M. (1996). Os direitos da criança hospitalizada. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 4(27), 655-657. Disponível em: <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/5818/0>
- OE (2008). Dor: guia orientador de boa prática, cadernos OE, série 1, número 1. Disponível em: <https://bit.ly/3xoF0If>
- OE (2013). Guia orientador de boa prática: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Disponível em: <https://bit.ly/2RWYu6o>
- Silva, T. & Silva, L. (2010). Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido: revisão sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 23, 423-454.

Apêndice 5: Normas de administração de Sacarose a 24%/Glucose a 30% e de utilização do dispositivo médico Buzzy

	NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	N.º 57/XI/E DATA: 09/11/2021	FOLHA 1/5
ASSUNTO: ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE A 24% OU GLUCOSE A 30% EM CRIANÇAS COM IDADE INFERIOR A 1 ANO		ELABORADA POR: Enfermeiros da Comissão de Dor Pediátrica ATUALIZADA POR: Serviço de Internamento de Pediatria/Unidade de Cuidados Especiais de Neonatologia/Hospital de Dia de Pediatria	
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR MANUAL DE ENFERMAGEM Capítulo XI Pediatria		APROVADA POR: Enfª Directora Documento Aprovado Original Arquivado	
ENTRAD A EM VIGOR: Imediata			
SUBSTITUI: N.º 57/XI/E de 9/11/2011 (1ª Versão)			
PALAVRAS-CHAVE: SACAROSE, CRIANÇA		A REVER EM: Maio 2023	

INTRODUÇÃO

A dor no neonato e na criança é um aspeto que exige atenção, as crianças para além de sentirem dor, podem guardar memória das experiências dolorosas. A investigação demonstra que as vias nervosas que se encontram ligadas à perceção da dor desenvolvem-se durante a gravidez e podem ser encontradas quando o feto tem 20 semanas, estando totalmente desenvolvidas pelas 28 semanas. As terminações nervosas estão numa zona superficial, mais próxima da pele, tornando o recém-nascido mais suscetível à dor (APED, 2018; DGS, 2010; Franck, 2020).

Entre os anos de 1985 e 1995 surgiram inúmeras evidências científicas que através da realização de procedimento dolorosos como a punção do calcanhar e a colheita de sangue permitiram observar a ocorrência de reações aos estímulos dolorosos por parte do neonato que podem ser registadas e objetivadas, demonstrando a capacidade de transmitir mensagens dolorosas em recém-nascidos prematuros e de termo (Fournier-Charrière, 2007).

ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE A 24% OU GLUCOSE A 30% EM CRIANÇAS COM IDADE INFERIOR A 1 ANO	N.º 57/XI/E DATA: 30/10/2021	FOLHA 2/5
--	---	--------------------------------

Existem diversos estudos que demonstram que durante um procedimento doloroso, algum aspeto fica gravado e isso irá modificar as experiências dolorosas subsequentes, o que é visível desde o período neonatal. A experiência precoce de dor tem repercussões na vida futura a curto e a longo prazo, tanto a nível de limiar de dor como na forma de perceber situações de *stress* (APED, 2018; Batalha, 2016; DGS, 2010; Franck, 2020; Fournier-Charrière, 2007).

A Glucose a 30%/Sacarose consiste numa intervenção não farmacológica, que promove a libertação de endorfinas, diminuindo o tempo de choro, minimizando a dor, podendo ser potenciado se for simultaneamente fornecida com a chupeta (APED, 2018; Batalha, 2010; DGS, 2010; Franck, 2020).

OBJECTIVOS

- Contribuir para a prestação de cuidados atraumáticos;
- Promover a literacia dos pais/cuidadores sobre a implementação de intervenções não farmacológicas de alívio da dor;
- Aumentar o bem-estar e o conforto do recém-nascido/criança.

INFORMAÇÕES GERAIS

QUEM EXECUTA

O enfermeiro

HORÁRIO

De acordo com as necessidades do recém-nascido/criança.

ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE A 24% OU GLUCOSE A 30% EM CRIANÇAS COM IDADE INFERIOR A 1 ANO	N.º 57/XI/E DATA: 30/10/2021	FOLHA 3/5
---	-------------------------------------	------------------

CONSIDERAÇÕES GERAIS

SACAROSE A 24%/GLUCOSE A 30%	
Ação	A resposta à dor é reduzida pela estimulação orogustativa que ativa o sistema opióide endógeno.
Indicações	Punções venosas; Punção capilar; Punção calcâneo; Punção supra-púbica; Punção lombar; Injecção subcutânea e intramuscular; Colocação de cateteres umbilicais; Colocação de dreno torácico; Colheita de espécimes; Algaliação; Pensos; Aspiração traqueal; Aspiração de secreções; Entubação nasogástrica; Rastreio oftalmológico; Vacinação.
Conservação	Após abertura, conservar durante 24 horas refrigerado.
Limitação/Complicação	Hiperglicémia.
Contra-indicações	Alteração da deglutição; Intolerância à frutose; Prematuridade < 27 semanas; Fistula traqueo-esofágica; Atrésia esofágica; Enterocolite Necrosante A pausa alimentar não é contra-indicação absoluta
Duração da ação	Analgesia de 5 a 8 minutos.

Ponderar o risco-benefício em recém-nascidos prematuros, se possível utilizar leite materno. Em recém-nascidos/lactentes administrar solução oral de Glucose a 30% ou Sacarose a 24% por seringa na porção anterior da língua ou colocando a solução na chupeta (volume aproximado de 0,1-0,2 ml), 2 minutos antes dos procedimentos. Se o procedimento durar mais de 60 segundos a dose máxima deve ser fracionada de 30 a 60 segundos.

ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE A 24% OU GLUCOSE A 30% EM CRIANÇAS COM IDADE INFERIOR A 1 ANO	N.º 57/XI/E DATA: 30/10/2021	FOLHA 4/5
--	---	----------------------------

Dose mínima eficaz: 0,05-0,5 ml.

Dose máxima/procedimento:

27-31 semanas de IG:0,5 ml

32-36 semanas de IG:1 ml

RN termo e dos 28 dias ao 1º ano de vida: 2 ml

Franck, 2020; DGS (2012a); DGS (2012b)

D- MATERIAL

- Seringa de insulina ou de 3 ml;
- Chupeta (mais eficaz).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
Informar a família acerca do procedimento	Diminui a ansiedade e medo por parte da família
Ensinar aos pais como podem participar na técnica	Envolver os pais nos cuidados, de forma a sentirem-se úteis e mais confiantes
Preparar o material	Rentabilizar o tempo e reduzir o medo da criança
Executar lavagem das mãos	Evita infeções associadas aos cuidados de saúde
Instalar o recém-nascido/lactente	Promover o conforto
Administrar de acordo com a idade e com a informação constante nas considerações gerais	Administrar analgesia.
Executar o procedimento 2 minutos após a analgesia	Aguardar o início de ação
Observar as respostas comportamentais e fisiológicas do recém-nascido/lactente	Observar a eficácia
Realizar registos	Promover a continuidade e a qualidade dos cuidados

<p style="text-align: center;">ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE A 24% OU GLUCOSE A 30% EM CRIANÇAS COM IDADE INFERIOR A 1 ANO</p>	<p>N.º 57/XI/E DATA: 30/10/2021</p>	<p style="text-align: center;">FOLHA 5/5</p>
---	---	--

REGISTOS

A hora, volume e eventual ocorrência de efeitos adversos deve ser registado no processo clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APED (2018). *Desenhos da minha dor*. Portugal, Sintra: Grafisol - Artes Gráficas.

Batalha, L. M. C. (2016). *Avaliação da dor: manual de estudo (versão 1)*. Disponível em:
<http://repositorio.esenfc.pt>

DGS (2010). Orientações Técnicas sobre a Avaliação da Dor nas Crianças. Disponível em
<https://bit.ly/32q2ka6>

DGS (2012a). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Disponível em <https://bit.ly/3ajcBcD>

DGS (2012b). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Disponível em <https://bit.ly/3do6xRY>

Franck, L. S. (2020). Como confortar o bebé nos cuidados intensivos. Disponível em:
<https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/comfy.pdf>

Fournier-Charrière, E. (2007). La douleur laisse-t-elle des traces chez le bébé? *Dans Spirale*, 42, 34-48. doi:10.3917/spi.042.0034

	NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	N.º /X/E/P DATA: 09/11/2021
ASSUNTO: UTILIZAÇÃO DO DISPOSITIVO BUZZY		ELABORADO POR: <input type="text"/> Serviço de Internamento de Pediatria/Unidade de Cuidados Especiais de Neonatologia/Hospital de Dia de Pediatria
DIVULGAÇÃO: MANUAL HOSPITALAR MANUAL DE ENFERMAGEM – Capítulo X – Pediatria		APROVADA POR: Enfª Directora Documento Aprovado Original Arquivado
ENTRADA EM VIGOR: Imediata		
PALAVRAS-CHAVE: MANEJO DA DOR		A REVER EM: Maio 2023

INTRODUÇÃO

A dor encontra-se presente na maioria das situações de doença que exigem cuidados de saúde, o controlo é um dever profissional e um direito da criança, pelo que se torna imperativo prevenir, avaliar e tratar a dor, constituindo-se este aspeto como um indicador da qualidade dos cuidados que são prestados à criança em meio hospitalar (Batalha, 2010).

A dor associada à prestação de cuidados dentro ou fora do ambiente hospitalar, no decurso de procedimentos de diagnóstico e terapêutica é um dos maiores medos da criança, constituindo um elemento de *stress* para os pais (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2012a; Fernandes, 2020).

As intervenções não farmacológicas têm um efeito muito positivo no alívio da dor ligeira a moderada, sendo amplamente reconhecidas pelas crianças, apresentando eficácia comprovada, baixo risco e custo reduzido para as instituições (APED, 2018; Batalha, 2010; DGS, 2012b; OE, 2013).

UTILIZAÇÃO DO DISPOSITIVO BUZZY	N.º /X/E/P DATA: 30/10/2021	FOLHA 2/4
--	--	----------------------------

OBJETIVOS

- Contribuir para a prestação de cuidados atraumáticos;
- Diminuir a dor associada a procedimentos de diagnóstico e terapêutica;
- Aumentar o bem-estar e o conforto da criança/jovem.

INFORMAÇÕES GERAIS

QUEM EXECUTA

O enfermeiro

HORÁRIO

As intervenções devem ser realizadas durante os procedimentos dolorosos.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O Buzzy consiste num dispositivo médico que permite reduzir/eliminar a dor da picada de agulha durante a realização de procedimentos dolorosos. Combina frio e vibração com o objetivo de reduzir a dor através da temperatura e do movimento durante a punção. O dispositivo desliga-se automaticamente e possui duas configurações de vibração, sendo constituído por:

- 1 Dispositivo Buzzy;
- 2 Asas de gel;
- 2 Baterias (instaladas no dispositivo);
- 1 Manual de instruções.

UTILIZAÇÃO DO DISPOSITIVO BUZZY	N.º /X/E/P DATA: 30/10/2021	FOLHA 3/4
--	--	----------------------------

O dispositivo pode ser desinfectado com toalhita embebida em álcool ou lixívia, não devendo ser esterilizado em autoclave ou mergulhado em líquidos.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
Informar a família acerca do procedimento	Diminui a ansiedade e medo por parte da família
Ensinar aos pais como podem participar na técnica	Envolver os pais nos cuidados, de forma a sentirem-se úteis e mais confiantes
Executar lavagem das mãos	Evita infecções associadas aos cuidados de saúde
Instalar o criança/jovem	Promover o conforto
Anexar as asas previamente congeladas ao dispositivo e colocar sobre a área a ser perfurada mantendo-o durante 20 a 30 segundos, movendo para a zona acima ou abaixo da zona a ser perfurada. Na nova zona manter a vibração durante a realização do procedimento	A resposta à dor é reduzida pelo efeito da vibração e do frio
Observar as respostas comportamentais e fisiológicas do recém-nascido/lactente	Observar a eficácia
Realizar registos	Promover a continuidade e a qualidade dos cuidados

REGISTOS

A hora, volume e eventual ocorrência de efeitos adversos deve ser registado no processo clínico.

UTILIZAÇÃO DO DISPOSITIVO BUZZY	N.º /X/E/P DATA: 30/10/2021	FOLHA 4/4
---------------------------------	--------------------------------	--------------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APED (2018). *Desenhos da minha dor*. Portugal, Sintra: Grafisol - Artes Gráficas.

Batalha, L. M. C. (2016). *Avaliação da dor: manual de estudo (versão 1)*. Disponível em:
<http://repositorio.esenfc.pt>

DGS (2010). Orientações Técnicas sobre a Avaliação da Dor nas Crianças. Disponível em
<https://bit.ly/32q2ka6>

DGS (2012a). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Disponível em <https://bit.ly/3ajcBcD>

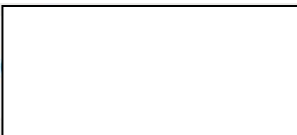
DGS (2012b). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Disponível em <https://bit.ly/3do6xRY>

Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. En Ramos, A. L. & Barbieri Figueiredo, M. C. (Ed.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª Edição, pp. 40-55). Portugal, Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, LDA

Go On Living (2022). Buzzy: Drug Free Pain Relief. Disponível em:
<https://www.goonliving.pt/buzzy>

OE (2013). Guia orientador de boa prática: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Disponível em: <https://bit.ly/2RWYU6o>

Apêndice 6: Formação “Dor em Pediatria: intervenções não farmacológicas” e Poster
“Como confortar a criança/jovem em contexto de ambulatório

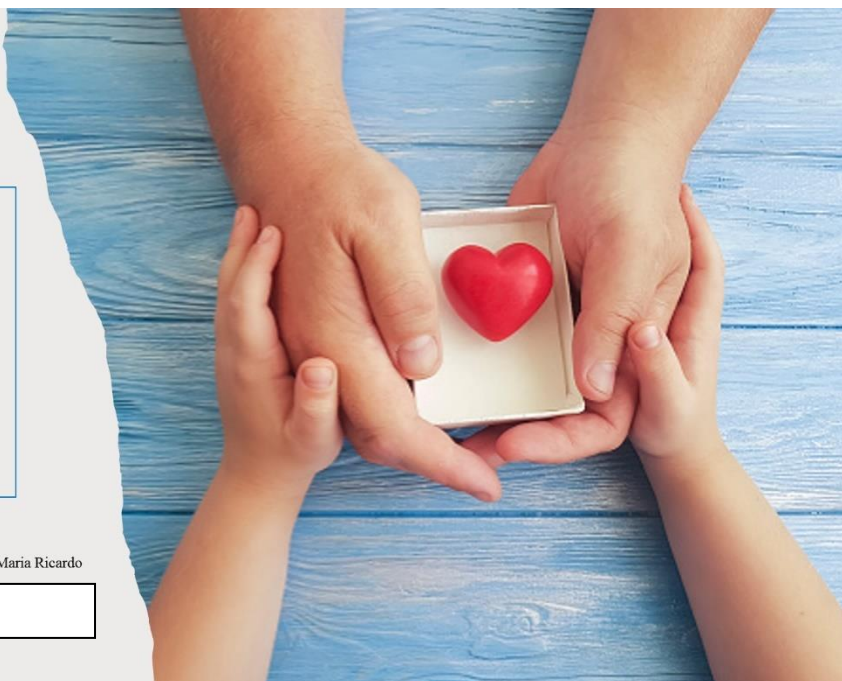
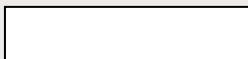


Sessão de Formação

Dor em Pediatria:
intervenções não
farmacológicas

11 de Novembro
14 horas e 30 minutos

Desenvolvido por:
Estudante de Mestrado Maria Ricardo



DOR EM PEDIATRIA
Intervenções não farmacológicas de
alívio da dor



Desenvolvido por:
Estudante de Mestrado Maria Ricardo

INTRODUÇÃO

- A dor na criança em contexto de hospitalização constitui-se como uma realidade inegável, estima-se que a prevalência varia entre os 26% e os 91%, independente do seu país de origem;
- A dor surge associada a procedimentos de diagnóstico e tratamento, bem como ao processo patológico, tornando-se imperioso que os profissionais reconheçam a importância de avaliar a dor para que a mesma possa ser controlada;
- Na atualidade, a dor ainda é um fenómeno pouco reconhecido e muitas vezes subtratado, pelo que se torna essencial que os profissionais reflitam e analisem a sua prática profissional.

Batalha, 2010

CUIDADOS ATRAUMÁTICOS

Assistiu-se a uma grande evolução no que respeita aos cuidados prestados em pediatria, no entanto as intervenções utilizadas para se tratar doenças e para prolongar a vida são muitas vezes assustadoras, desconfortáveis e dolorosas

A prestação de cuidados atraumáticos, constitui-se como cuidados terapêuticos que são prestados por profissionais de saúde, de forma humanizada, pelo que não devem causar malefício à criança

Constituem um conjunto de intervenções com o principal objetivo de minimizar ou eliminar o sofrimento físico e psicológico da criança e da sua família



Princípios dos cuidados atraumáticos:

- Evitar a separação da criança da família;
- Promover uma sensação de controlo;
- Evitar ou minimizar lesões e dores.

Hockenberry & Wilson, 2014

DOR NA CRIANÇA/JOVEM

A dor foi um fenómeno que evoluiu ao longo do tempo. Para Aristóteles a dor não era um fenómeno físico, mas uma emoção

Na Idade Média a dor era vista como uma punição, relacionada com pecados que a pessoa cometeu, sendo interpretada através de uma filosofia religiosa

No Ilusionismo com Descartes, a dor ganhou uma nova visão, valorizava-se a racionalidade e a divisão entre o corpo e o espírito e a dor passou a ser reconhecida como um fenómeno físico que pode ser reduzido/eliminado de forma mecânica

A dor é um fenómeno subjetivo e individual, em que existe a componente sensorial, relacionada com a neurofisiologia e uma componente emocional que depende de experiências passadas, estado afetivo, fatores de natureza pessoal, cultural e psíquica, fase de desenvolvimento e aprendizagens realizadas

Dor aguda: existe um aumento de nociceção em que a dor tem uma função biológica de alerta tem uma duração inferior a três meses, desaparecendo quando tratada

Dor crónica: surge na ausência de um estímulo nociceptivo, não apresentando função biológica e tem uma duração superior a três meses, gerando grande fragilidade e mantendo-se mesmo após a lesão ter sido tratada

APED, 2018; Batalha, 2010; Batalha 2016

DIREITO A CUIDADOS ATRAUMÁTICOS

Convenção sobre os Direitos da Criança

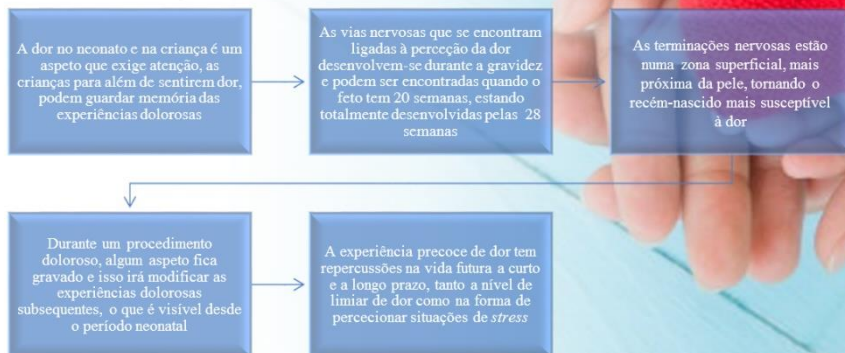
- Salvaguarda o interesse superior da criança e as decisões tomadas que a envolvam devem ter presente esse aspeto;
- Reconhece o direito inerente à vida;
- "Nenhuma criança será submetida à tortura ou a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes".

Carta da criança hospitalizada

- "Evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável";
- "Reduzir ao mínimo as agressões físicas ou emocionais e a dor";
- "Equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família";
- "A intimidade de cada criança deve ser respeitada (...) deve ser tratada com tacto e compreensão em todas as circunstâncias".

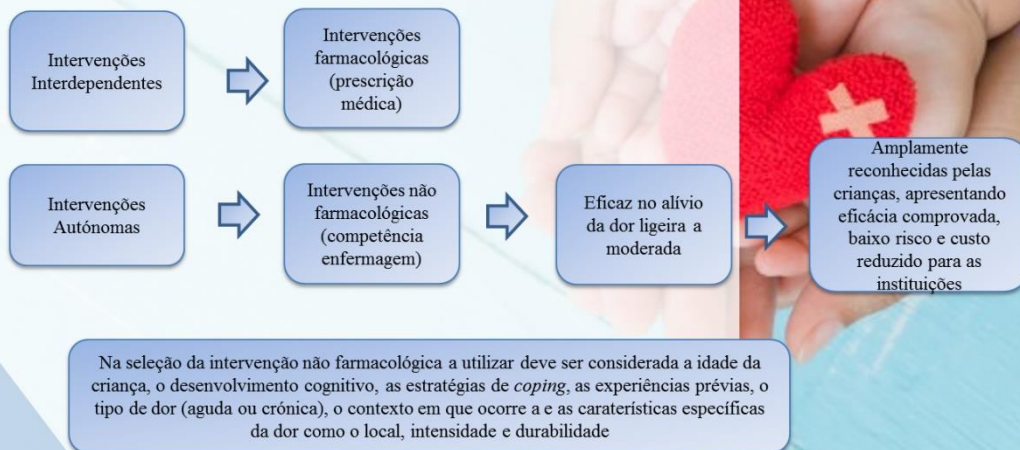
Fundo das Nações Unidas para a Infância (2019); Levy (1996)

EXPERIÊNCIAS PRECOCES DE DOR



APED, 2018; Batalha, 2016; DGS, 2010; Franck, 2020; Fournier-Charrière, 2007

INTERVENÇÃO NÃO FARMACOLÓGICAS



APED, 2018; Batalha, 2010; DGS, 2012b; Doca & Linhares, 2010; OE, 2016; Decreto-lei nº 161/96, 4 de setembro de 1996



A CRIANÇA/JOVEM: ESTRATÉGIAS PARA ALIVIAR A DOR

• “O corpo fala” manifestam sobretudo a dor através da expressão facial, de choro intenso, alterações do comportamento e através dos sinais vitais;

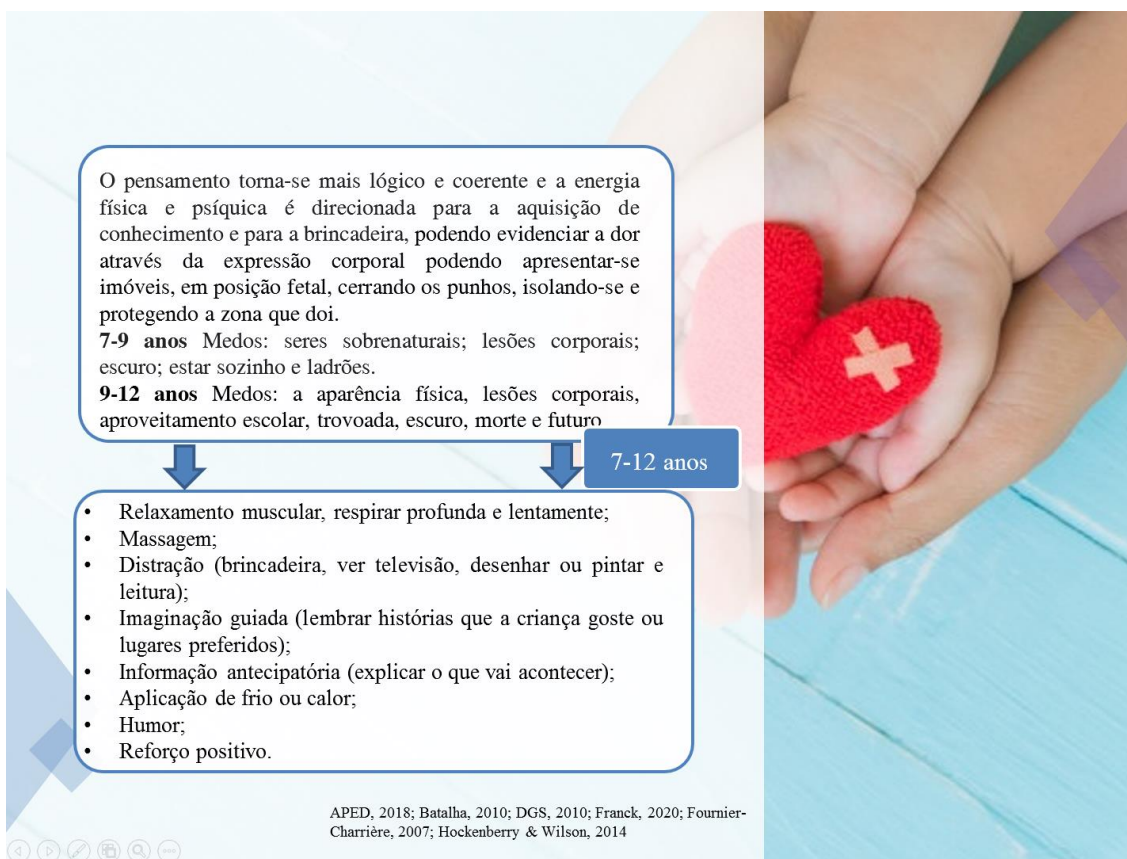
• Medos: Estímulos fortes que são estranhos para o bebé, ruídos intensos, animais, máscaras, tempestades e pessoas desconhecidas.

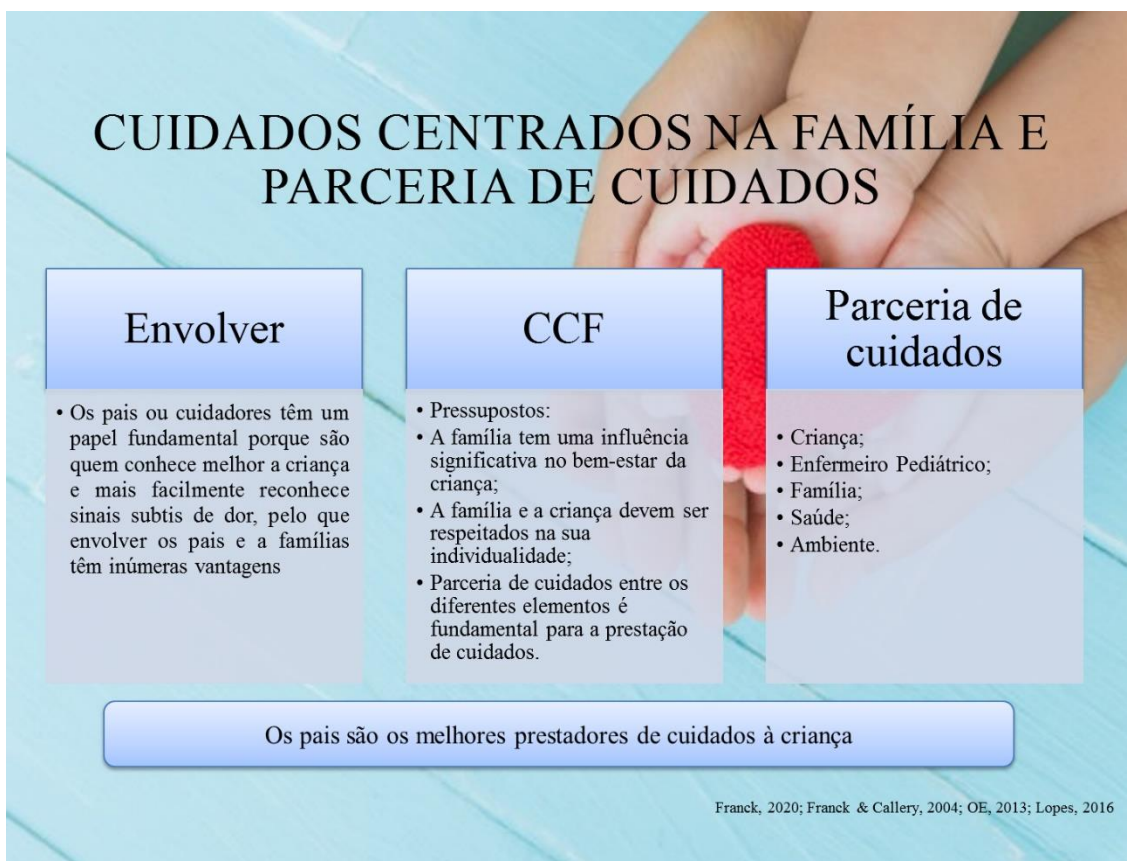
1º ano de vida

Estratégias

- Ambiente calmo com pouco ruído com iluminação controlada;
- Posicionamento de forma a deixar o latente confortável;
- Massagem;
- Colo;
- Amamentação;
- Sacarose;
- Chupeta.

APED, 2018; Batalha, 2010; DGS, 2010; Franck, 2020; Fournier-Charrière, 2007; Hockenberry & Wilson, 2014





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APED (2018). *Desenhos da minha dor*. Disponível em: <https://bit.ly/3jpmFpV>
- Batalha, L. M. C. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Portugal, Lisboa: Lidel Edições Técnicas, LDA.
- Batalha, L. M. C. (2016). *Avaliação da dor: manual de estudo (versão 1)*. Disponível em: <http://repositorio.esenfci.pt>
- Decreto de lei nº 161/1996- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 4 de setembro de 1996, 2959-2962.
- DGS (2010). Orientações Técnicas sobre a Avaliação da Dor nas Crianças. Disponível em <https://bit.ly/32q2ka6>
- DGS (2012b). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Disponível em <https://bit.ly/3do6xRY>
- Doca, F. & Linhares, M. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18(2), 307-325. Disponível em: <https://bit.ly/33zqX4Z>
- Franck, L. S. & Callery, P. (2004). Re-thinking Family-Centred Care Across the Continuum of Children's Healthcare. *Child: Care, Health & Development*, 30(3), 265-277. doi: 10.1111/j.13652214.2004.00412.x
- Franck, L. S. (2020). Como confortar o bebé nos cuidados intensivos. Disponível em: <https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/comfy.pdf>
- Fournier-Charrière, E. (2007). La douleur laisse-t-elle des traces chez le bébé? *Dans Spirale*, 42, 34-48. doi:10.3917/spi.042.0034
- Fundo das Nações Unidas (2019). *Convenção sobre os direitos da criança facultativos*. Portugal, Lisboa: Comité Português para a UNICEF
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente (9ª Edição)*. Portugal, Loures: Lusociência
- Levy, M. (1996). Os direitos da criança hospitalizada. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 4(27), 655-657. Disponível em: <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/5818/0>
- Lopes, A. P. S. (2016). *Cuidar em Pediatria: a importância da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Católica Portuguesa). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/22074>
- OE (2013). Guia orientador de boa prática: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Disponível em: <https://bit.ly/2RWYU6o>
- OE (2016). Parecer N.º 04-massagem terapêutica na consulta de enfermagem na unidade de dor crónica. Disponível em <https://bit.ly/3eBxtgD>

Toda a dor é grande para
um coração pequeno



Obrigada pela vossa atenção

Como confortar a criança/jovem em contexto de ambulatório

A dor na criança/jovem é um aspeto que exige atenção, para além de sentirem dor, podem guardar memória das experiências dolorosas. O tratamento da dor é essencial e os pais são elementos fundamentais e podem participar no alívio da dor durante a realização de procedimentos dolorosos.

1º ano de vida

- “O corpo fala” manifestam sobretudo a dor através da expressão facial e de choro.
- Medos: estímulos fortes, ruídos intensos, animais, máscaras e pessoas desconhecidas.

↓

Estratégias: Ambiente calmo; posicionamento; massagem, colo amamentação e chupeta.

2 a 4 anos de vida

- “Idade do grito”, pelo que a dor manifesta-se sobretudo por choro, gritos, e uso expressões como ai e dói.
- Medos: escuro, figuras místicas e separação dos pais.

↓

Estratégias: Ambiente calmo, relaxamento muscular (estimular a criança a simular soprar uma vela), distração (brincar, contar histórias, fazer desenhos); imaginação guiada (lembrar lugares positivos para a criança) e reforço positivo (elogio).

4 a 6 anos

- Período marcado pelo egocentrismo e pensamento mágico, exprimem a dor pela alteração do comportamento.
- Medos: dano corporal, ridículo e agulhas.

7 a 12 anos

- O pensamento torna-se mais lógico e coerente e a energia física e psíquica é direcionada para a aquisição de conhecimento e para a brincadeira.
- Medos: seres sobrenaturais; lesões corporais; estar sozinho; aparência física; aproveitamento escolar e escuro.

↓

Estratégias: Relaxamento muscular (respirar profunda e lentamente); massagem; distração (brincadeira, ver desenhos animados); imaginação guiada; informação antecipatória (explicar o que vai acontecer), aplicação de frio ou calor; humor e reforço positivo.

12 a 18 anos

- Períodos de importantes alterações físicas, psíquicas e sociais, manifestam necessidade de manter uma sensação de controlo e podem sentir vergonha de manifestar a dor, pelo que a comunicação deve ser simples, aberta e empática.
- Medos: Falha social e sexualidade

↓

Estratégias: Relaxamento muscular, (respirar profunda e lentamente); distração (telemóvel e música preferida); informação antecipatória (explicar o que vai acontecer) e humor.

Referências bibliográficas:

- Almeida, P., Dias, G. & Rato, M. (2002). Por favor, não mexam nos meus medos!. *Revista de Saúde Infantil*, 24(3), 1-30. Disponível em: <https://bit.ly/3ATLh6f>
- APED (2018). *Desenhos da minha dor*. Disponível em: <https://bit.ly/3jpmFpV>;
- Batalha, L. M. C. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Portugal, Lisboa: Lidel Edições Técnicas, LDA
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong: enfermagem da criança e do adolescente (9ª Edição)*. Portugal, Loures: Lusociência

Realizado por:

Enfermeira Especialista Teima Justino

Apêndice 7: Auditoria interna do Programa NIDCAP de acordo com Programa de
Certificação NIDCAP

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE LISBOA
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
UNIVERSIDADE DE COVILHÃ
UNIVERSIDADE DE AVEIRO
UNIVERSIDADE DE BRAGA
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO ALGARVE

Programa de Certificação do NIDCAP

Nursery Aecessment Manual

Orientação:
Professora Dra. Dulce Cruz

Elaborado por:
Enfermeira Maria Ricardo

pequenos pés, grandes passos

Objetivos:

Reconhecer a excelência do compromisso de uma Unidade de Neonatologia em integrar a filosofia NIDCAP através da promoção do desenvolvimento individualizado do recém-nascido, direcionado também para as famílias e para os profissionais.

Cuidado → Respeito mútuo → Parceria de cuidados

O Manual NNCCS que permite certificar uma Unidade consiste num total de 121 escalas divididas em 4 categorias principais, organizadas da seguinte forma:

- (1) Ambiente Físico do Hospital e do serviço;
- (2) Filosofia e Implementação do Cuidado: Bebés;
- (3) Filosofia e Implementação do Cuidado: Família;
- (4) Filosofia e Implementação do Cuidado: Profissionais e Equipa.



A avaliação pode ir de 1 a 5 pontos ou não aplicável, o que permite avaliar a filosofia do serviço e a implementação de cuidados em referência ao NIDCAP. Cada um dos 5 pontos corresponde a um nível ou grau de implementação do NIDCAP.

A certificação para ser bem-sucedida deve apresentar pontuações médias da escala resumida de 4 ou 5 (igual ou superior a 3,5) nas escalas (2), (3), (4). Na categoria (1) a pontuação média da escala resumida pode ser inferior a 4 (<3,5) dependendo da possibilidade de controlar o ambiente físico de uma Unidade inserida num determinado hospital.



Ambiente Físico do Hospital e do Serviço

Pontos fortes:

- Transporte inter-hospitalar de excelência;
- Unidade do recém-nascido organizada, acessível e confortável para os pais com possibilidade de armazenamento dos pertences pessoais em zona segura;
- Preocupação da equipa com os elementos sensoriais dos espaços: luz, som, atividade, campo visual, toque, experiências olfativas e gustativas dos recém-nascidos.

Pontos fracos:

- Estacionamento e acessibilidade desde o exterior do hospital;
- Acessibilidade da mãe no pós-parto;
- Limitação do espaço físico da Unidade.



Sugestões:

- Propor 2 lugares de estacionamento para os pais;
- Refletir sobre a possibilidade dos bebés poderem ficar junto das mães com vigilância;
- Refletir sobre a colocação de cortinas nas janelas;
- Decorar o interior da unidade;
- Melhorar a aparência física da sala de extração de leite/permitir à mãe extrair leite junto do bebé;
- Criar e disseminar materiais de apoio à amamentação;
- Melhorar o aspeto da sala de estar dos profissionais;
- Promover a aquisição de material que faça menos ruído (caixotes do lixo);
- Realizar sessões de formação para as assistentes operacionais;
- Estimular a mãe a utilizar uma manta/pano/peça de roupa enquanto dorme para depois ser utilizada pelo bebé na sua ausência/compressa embebida em leite materno.



Filosofia e Implementação do Cuidado: Bebês

Pontos fortes:

- Especial cuidado com os recursos de apoio ao bebê nomeadamente a facilitação do colo, a utilização de roupa individualizada e de materiais de posicionamento e contenção suaves para o bebê;
- Prestação de cuidados que promove o desenvolvimento e a autorregulação do bebê;
- Preocupação com o controlo da dor.

Pontos fracos:

- Espaço físico não permite a presença dos pais durante 24 horas;
- Limitações do BICU.



Sugestões:

- Alimentar os bebês quando apresentam sinais de prontidão;
- Incentivar os pais a estarem presentes o maior número de refeições possível;
- Educar os pais para que não esfregue/batam nas costas do bebê para que este arrote;
- Proteger a privacidade da criança de forma mais consistente durante a realização de procedimentos invasivos;
- Discutir informações clínicas em local privado;
- Utilizar EMLA de forma mais consistente;
- Ponderar o livre acesso à informação clínica pelos pais;
- Promover a utilização do BICU por todos os profissionais da equipa multidisciplinar (Psicólogos e Terapeuta da fala fazem registos no Sclinic);
- Melhorar o BICU considerando que não contempla alguns princípios do NIDCAP, nomeadamente acerca da individualização dos cuidados;
- Promover o desenvolvimento de plano de cuidados para o desenvolvimento;
- Refletir sobre a possibilidade de uma equipa de referência para cada RN (médico e enfermeiro).



Filosofia e Implementação do Cuidado:

Família

Pontos fortes:

- Equipa que demonstra de forma consistente comportamentos que transmitem apreço e apoio aos pais, considerando-os como os melhores cuidadores dos seus bebés;
- A família é envolvida na prestação de cuidados desde a admissão.

Pontos fracos:

- O envolvimento da família na tomada de decisão e na formulação do plano de cuidados não é ainda uma preocupação da saúde em Portugal;
- O envolvimento da família e dos pais em aspetos organizacionais da instituição e do serviço requer algumas melhorias.



Sugestões:

- Desenvolver materiais escritos de apoio às famílias;
- Promover políticas hospitalares que priorizem a formação da equipa de apoio à SMIPN nomeadamente de rececionistas; administrativos, equipa de limpeza e manutenção;
- Reativar o grupo de apoio existente: "momentos de partilha";
- Promover oportunidades de apoio de pais para pais;
- Criar plataforma/biblioteca com conteúdos pertinentes que os pais podem aceder;
- Criar um plano de alta;
- Melhorar a carta de alta para incluir questões relacionadas com o desenvolvimento do bebé, bem como a vinculação da diade/tríade;
- Realizar reuniões periódicas com os pais para falar sobre o progresso.



***Filosofia e Implementação do Cuidado:
Profissionais e Equipe***

Pontos fortes:

- A equipa assume um forte compromisso em proporcionar cuidados de qualidade aos recém-nascidos e à sua família;
- Plano de integração profissional bem desenvolvidos;
- Elevado número de profissionais com formação em NIDCAP/FINE e em Conselheiro de Aleitamento Materno.

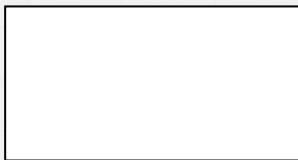
Pontos fracos:

- Impossibilidade de contratar enfermeiros com experiência prévia na área;
- Profissionais de diferentes áreas (terapia da fala, psicologia e cinesiterapia) em tempo parcial nos serviços;
- Os profissionais e o seu desenvolvimento profissional não é uma prioridade para o Hospital.



Sugestões:

- Promover políticas de apoio psicológico aos profissionais;
- Formular políticas hospitalares de apoio à formação dos profissionais;
- Criar processos de análise e reflexão clínica do serviço;
- Melhorar a carta de transferência que deve incluir questões relacionadas com o desenvolvimento do bebé, bem como a vinculação da diáde/triade;
- Desenvolver equipas de follow-up e de visita domiciliária.



Referências Bibliográficas

- Smith, K., Buehler, D., Als, H., St Luke's Medical Center, Harvard Medical School & Children's Hospital Boston (2011). NIDCAP Nursery Criterion Scales (NNCCS). Disponível em <https://bit.ly/3Fxf4O6>



Se o que fizeste hoje foi só respirar... lembra-te há momentos em que respirar é o suficiente.

Obrigada pela atenção!



Apêndice 8: Cronograma

Tabela

Cronograma de atividades

Meses		Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Atividades											
Pesquisa Bibliográfica											
Diagnóstico de Situação											
Planeamento de atividades											
Execução	Realizar entrevista com a enfermeira-chefe e com a enfermeira orientadora										
	Desenvolver sessões de formação com a equipa de enfermagem										
	Realização de um manual sobre a avaliação da dor										
	Aquisição de um dispositivo Buzzy										
	Desenvolvimento de normas de procedimento										
	Realização de um guia denominado: "Como confortar a										

	criança em contexto de hospitalização”										
	Realização de um poster designado: “Como confortar a criança em contexto de ambulatório”										
	Realização de uma auditoria interna do Programa NIDCAP de acordo com o Programa de Certificação NIDCAP										
	Elaboração de um artigo científico denominado: “Impacto do sofrimento psicológico dos pais nas experiências de dolorosas dos filhos”.										
Avaliação											
Divulgação dos Resultados											

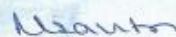
Apêndice 9: Jornadas “Enfermagem: refletir na pandemia e perspetivar o futuro”

JORNADAS

Enfermagem: Refletir na pandemia, Perspetivar o futuro

Certificado

Certifica-se que a Sr.ª Enfermeira **Maria da Graça Moreira Nunes Ricardo** participou, na qualidade de **oradora**, com a comunicação **Pandemia: vivências em contexto pediátrico**, que decorreu no dia 10 de maio, das 14h30min às 16h15min, integrada na mesa **Enfermagem pediátrica em tempos de pandemia: Entender o passado para preparar o futuro** das Jornadas "Refletir na Pandemia: perspetivar o futuro", comemorativas do Dia Internacional do Enfermeiro, que tiveram lugar no Centro Hospitalar Universitário do Algarve.



Mariana Santos
Enfermeira Diretora



Apêndice 10: Curso “Saúde Mental e Neurodesenvolvimento- O diagnóstico no bebê e na criança baseado na DC:0-5” e Formação pós-graduada em “Essencial de Neonatologia: da sala de partos à UCIN”

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Para os devidos efeitos, certifica-se que

Maria da Graça Moreira Nunes Ricardo

esteve presente no Curso **“Saúde Mental e Neurodesenvolvimento: O diagnóstico no Bebê e na Criança, baseado na DC: 0-5”**, que decorreu em formato online nos dias 24 e 25 de Maio de 2021.

P'la Comissão Organizadora



CURSO CEBC 2021 – SAÚDE MENTAL E NEURODESENVOLVIMENTO O DIAGNÓSTICO NO BEBÉ E NA CRIANÇA, BASEADO NA DC:0-5

Classificação Diagnóstica das Perturbações de Saúde Mental e do Desenvolvimento
na Infância dos 0 aos 5 anos

24 de maio 2021

- 9h50 - 10h00 **Acolhimento**
Sílvia Afonso, Pediatra - Unidade de Desenvolvimento - CEBC
- 10h00 - 11h30 **As classificações na primeira infância - A DC:0-5**
Pedro Caldeira da Silva, Pedopsiquiatra - Unidade da Primeira Infância - CEBC
- 11h30 - 11h45 Pausa
- 11h45 - 17h50 **EDXO I – Perturbações Clínicas**
- 11h45 - 12h30 **Perturbações do Neurodesenvolvimento:**
Perturbação do Espectro do Autismo
Perturbação do Espectro do Autismo Atípica Precoce
Pedro Caldeira da Silva
- 12h30 - 13h30 **Perturbações do Neurodesenvolvimento:**
Perturbação do Desenvolvimento da Linguagem
Atraso Global do Desenvolvimento
Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação
Cristina Martins Halpern, Neuropediatra - Unidade de Desenvolvimento - CEBC
- 13h30 - 15h00 Pausa
- 15h00 - 16h00 **Perturbações do Neurodesenvolvimento:**
Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção
Perturbação de Inquietude da Primeira Infância
Perturbações do Humor
Perturbações do Processamento Sensorial
Rita Rapazote, Pedopsiquiatra - Unidade da Primeira Infância - CEBC
- 16h00 - 16h50 **Perturbações de Ansiedade**
Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações relacionadas
Trauma, Stress e Perturbações de Privação
Rita Gonçalves, Pedopsiquiatra - ULSNE - Unidade Hospitalar de Bragança
- 16h50 - 17h00 Pausa
- 17h00 - 17h15 **Perturbações do Sono**
Sílvia Afonso
- 17h15 - 17h50 **Perturbações da Alimentação e Choro**
Catarina Amaral, Pedopsiquiatra - Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães
- 17h50 **Encerramento**
Pedro Caldeira da Silva

CURSO CEBC 2021 – SAÚDE MENTAL E NEURODESENVOLVIMENTO O DIAGNÓSTICO NO BEBÉ E NA CRIANÇA, BASEADO NA DC:0-5

Classificação Diagnóstica das Perturbações de Saúde Mental e do Desenvolvimento
na Infância dos 0 aos 5 anos

25 de maio 2021

9h50 - 10h00 **Acolhimento**
Sílvia Afonso

10h00 - 11h00 **Perspetivas**
Quais as vantagens e as desvantagens de usar uma classificação diagnóstica?
Para intervir é preciso diagnosticar?

Diana Costa, Elisabete Garcia, Lília Carvalho, Maria João Nascimento, Paula Silva - Enfermeiras especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria e Saúde Infantil e Pediatria - Unidade da Primeira Infância e Unidade de Desenvolvimento - CEBC

Madalena Paiva Gomes, Maria João Pimentel - Psicólogas Clínicas - Unidade da Primeira Infância e Unidade de Desenvolvimento - CEBC

Isabel Santos, Susana Pereira - Terapeuta da Fala e Terapeuta Ocupacional - Unidade da Primeira Infância e Unidade de Desenvolvimento - CEBC

Moderador: Susana Aires Pereira, Pediatra - Unidade de Desenvolvimento - CEBC

11h00 - 11h30 **EDXO 2 – Contexto Relacional**
Pedro Caldeira da Silva

11h30 - 11h45 Pausa

11h45 - 12h15 **EDXO 3 – Condições e Considerações da Saúde Física**
Patrícia Lopes, Pediatra - Unidade de Desenvolvimento - CEBC

12h15 - 12h45 **EDXO 4 – Fatores de Stress Psicosociais**
Sofia Neiva, Pedopsiquiatra - Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães

12h45 - 13h15 **EDXO 5 – Competências do desenvolvimento – a perspetiva evolutiva do desenvolvimento - a orquestra perfeita**
Cristina Martins Halpern

13h15 - 14h45 Pausa

14h45 - 17h30 **Casos Clínicos – Apresentação e Comentário Equipa CEBC**
Giulia Riggi, Joana Macieira, Henrique de Brito, Maria Tareco, Sara Pires, Sofia Vaz Pinto, Sara Ticló - Médicos internos de formação específica de Pedopsiquiatria

17h30 **Encerramento**
Pedro Caldeira da Silva



Certifica-se que

Maria da Graça Moreira Nunes Ricardo

Participou no Curso "**O Essencial em Neonatologia: da Sala de Partos à UCIN**", realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto em colaboração com o Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, no dia 26 de Maio de 2021, com avaliação de conhecimentos. Obteve a classificação de 75%.

Porto, 26 de Maio de 2021

Paulo Jorge Almeida Soares

FORMAÇÃO PÓS-GRADUADA
NEONATOLOGIA
2021

**Essencial em Neonatologia:
da Sala de Partos à UCIN**
26 de maio / 4ª feira
E-learning
INSCRIÇÃO: 35€

O Pulmão Neonatal
1 de outubro / 6ª feira
E-learning
INSCRIÇÃO: 35€

INSCRIÇÃO
NOS 2 CURSOS: 60€

PRÓXIMOS CURSOS EM AGENDAMENTO
REANIMAÇÃO NEONATAL
ECOGRAFIA PULMONAR
VENTILAÇÃO NEONATAL

ORGANIZAÇÃO
Departamento de Pediatria da FMUP
Serviço de Neonatologia do CHUSJ

CONTACTOS
Serviço de Neonatologia
Centro Hospitalar Universitário de São João,
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200-319 Porto

Secretariado
Aurora Martins
aurora@med.up.pt

FORMAÇÃO PÓS-GRADUADA
NEONATOLOGIA
2021

**Essencial em Neonatologia:
da Sala de Partos à UCIN**
26 de maio

O Pulmão Neonatal
1 de outubro

E-learning



Essencial em Neonatologia
26 de maio / 4ª feira

Coordenação: Paulo Soares

08.45 Boas vindas
Henrique Soares

08.55 Abertura
Paulo Soares

SALA DE PARTOS: ATUALIDADES

09.00 Reanimação neonatal: guidelines 2020
Marta Rosário

09.30 Prematuridade: apoio na transição
América Gonçalves

10.00 Parto em ambiente COVID 19
Henrique Soares

10.30 Discussão

10.45 Pausa

UCIN: O DESAFIO DE VELHOS CONCEITOS

11.00 Práticas ventilatórias
Gustavo Rocha

11.30 Práticas nutricionais
Susana Pissarra

12.00 Práticas transfusionais
Ana Cristina Gomes

12.30 Asfixia e monitorização neurológica
Ana Vilan

13.00 Discussão

13.15 Almoço

UCIN: O DESAFIO DE NOVOS CONCEITOS

14.00 Prematuridade e golden hour
Filipa Flor de Lima

14.30 Cuidados centrados no desenvolvimento
Fátima Clemente

15.00 Uso racional de antimicrobianos
Sandra Costa

15.30 Suporte hemodinâmico
Paulo Soares

16.00 Nefrotoxicidade
Jorge Santos Silva

16.30 Pausa

NEONATOLOGIA BASEADA NA EXPERIÊNCIA
SESSÃO INTERATIVA POR GRUPOS

16.45 Apresentação e discussão de casos clínicos
Painel de Neonatologistas

18.15 Teste de avaliação / Avaliação do curso

18.30 Encerramento

O Pulmão Neonatal
1 de outubro / 6ª feira

Coordenação: Gustavo Rocha

08.15 Boas vindas
Henrique Soares

08.25 Abertura
Gustavo Rocha

08.30 Desenvolvimento pulmonar fetal
Teresa Castro

09.00 Doença das membranas hialinas
Filipa Flor de Lima

09.30 Taquipneia transitória do recém-nascido
Ana Cristina Gomes

10.00 Pneumonia
Sandra Costa

10.30 Discussão

10.45 Intervalo

11.00 Síndrome de aspiração de mecónio
Vanessa Arnet

11.30 Malformações pulmonares
Mariana Borges

12.00 Hérnia diafragmática congénita
Tiago Tuna

12.30 Doenças intersticiais
Inês Azevedo

13.00 Discussão

13.15 Almoço

14.30 Fugas de ar
América Gonçalves

15.00 Hemorragia pulmonar
Paulo Soares

15.30 Derrames pleurais
Marta Rosário

16.00 Broncoscopia
Catarina Ferraz

17.00 Discussão

17.15 Intervalo

17.30 Hipertensão pulmonar persistente
Elisa Proença

18.00 Displasia broncapulmonar
Gustavo Rocha

18.30 Discussão

18.45 Teste de Avaliação / Avaliação do curso

Inscrição

**CURSOS DE FORMAÇÃO PÓS-GRADUADA
EM NEONATOLOGIA, 2021**

Enviar e-mail para aurora@med.up.pt com o comprovativo da transferência bancária e a seguinte informação:

NOME
CATEGORIA PROFISSIONAL
LOCAL DE TRABALHO
MORADA
TELEFONE
CURSO(S) EM QUE SE INSCREVE

"ESSENCIAL EM NEONATOLOGIA: DA SALA DE PARTOS À UCIN" (35€)

"O PULMÃO NEONATAL" (35€)

INSCRIÇÃO NOS 2 CURSOS: 60€

Pagamento por transferência bancária

IBAN PT50 0035 0103 00029288730 35
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Secretariado: Aurora Martins
Serviço de Neonatologia, Centro Hospitalar Universitário de S. João,
Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto
aurora@med.up.pt

Apêndice 11: 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente:
“Intervenções não farmacológicas de alívio da dor em Neonatologia: Scoping Review ”



1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente

Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar

Certificado

Certifica-se que, Maria Ricardo apresentou o ePoster intitulado: “Intervenções não farmacológicas de alívio da dor em neonatologia (scoping review)”, da autoria de Maria Ricardo, David Santos, Jéssica Costa e Maria Ruivo, no 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente, subordinado ao tema “Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar”, realizado online nos dias 20 e 21 de Maio de 2021, com a duração de 13h.



Isabel Malheiro
Presidente do Congresso

Intervenções não farmacológicas de alívio da dor em Neonatologia

Maria Ricardo - Enfermeira de cuidados gerais no serviço de Pediatria/Neonatologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Unidade de Portugal, Portugal; Mestranda em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora
David Santos - Enfermeiro de cuidados gerais no serviço de Medicina 1A do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Unidade de Portugal, Portugal; Mestrando em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora
Inês Costa - Enfermeira de cuidados gerais no serviço de Medicina 3C do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Unidade de Portugal, Portugal; Mestranda em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora
Orientado pela Professora Dra. Maria Raiva - EN, PhD, Professora do V Mestrado em Associação realizado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora

Introdução

Diariamente, os recém-nascidos internados em Unidades de Neonatologia são sujeitos a inúmeros procedimentos dolorosos e o alívio da dor é uma prioridade. Neste contexto, as intervenções não farmacológicas são amplamente utilizadas no alívio da dor, dado que apresentam baixo custo e eficácia comprovada.

Objetivo: mapear quais as intervenções não farmacológicas mais utilizadas no alívio da dor em Neonatologia.

Questão de investigação: "Que intervenções não farmacológicas são utilizadas na prestação de cuidados em Neonatologia?"

Metodologia

Scoping Review (Joanna Briggs Institute, 2020) de acordo com o método PCC

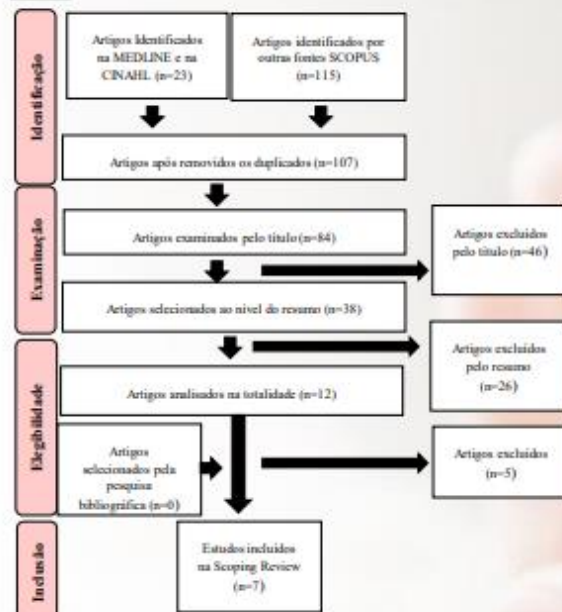
Descritores: Ações [não] farmacológicas; Neonatologia; Hospital; Scoping Review

Plataforma EBSCO-host

Critérios de inclusão: recém-nascidos; estudos que foram realizados em âmbito hospitalar com data de publicação entre 2016 e 2019, estudos que evidenciem as intervenções de enfermagem e documentos que se encontrem em Português, Espanhol e Inglês.



PRISMA 2009 Flow Diagram



Resultados: As intervenções não farmacológicas mais referenciadas são o posicionamento, a contenção, a sucção não nutritiva e o método pele-a-pele. As menos mencionadas são a redução de estímulos ambientais, o manuseamento mínimo, a massagem, o aleitamento materno, o toque, o cheiro e a música. Constatou-se ainda, eficácia na utilização simultânea de várias intervenções não farmacológicas, com especial relevância para a sucção não nutritiva utilizada concomitantemente com a sucrose.

Conclusão: As intervenções não farmacológicas são eficazes e amplamente utilizadas em neonatologia e a sua implementação promove o alívio da dor e contribui para o conforto do recém-nascido.

Referências bibliográficas

- Christof, M., Castro, T., Dard, M., Moura, L., Gomes, A. & Rocha, C. (2017). Atitudes dos profissionais de saúde em avaliação e tratamento da dor neonatal. *Enfermagem: Teoria e Prática*, 14(4). Disponível em: <https://doi.org/10.5051/1414-4145.20170616>.
- Costa, T., Rosato, L., Basso, M., Siqueira, J., Spósito, N. & Barioni, D. (2017). Conhecimento e práticas de enfermagem acerca do manejo da dor em recém-nascidos. *Revista da Escola de Enfermagem, UFMG*, 1(1). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1080-280X2016014463219>
- Isaia, A. (2017). Intervenções enfermeiras para alívio da dor neonatal realizada em todos os farmacológicos em uma Unidade de Cuidados Intensivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 21(3), 116-121. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-20160440>
- Finckh, L. (2020). Como configurar um Web of Science. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8787.20190607>
- Nóbrega, A., Castanho, A., Caspary, A., Santos, N., Henriques, N. & Castro, T. (2019). Eficácia de intervenções no manejo da dor em recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Enfermagem em Foco*, 9(2), 66-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8787.20190607>
- Spósito, N., Rosato, L., Basso, M., Kinnara, A., Costa, T. & Garcia, D. (2017). Avaliação e manejo da dor em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo descritivo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 1-6. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1605.2017>





1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente

- Paniagua, D.V., Ribeiro, M.P.H., Correia, A.M., Cunha, C.R.F., Baixinho, C.L. & Ferreira, O. (2018). Project K: Training for hospital-community safe transition. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2264-2271. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0190>
- World Health Organization. (2016). Transitions of care: Technical Series on Safer Primary Care. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf?sequence=1>

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR EM NEONATOLOGIA (SCOPING REVIEW)

María Ricardo¹, David Santos², Jéssica Costa³, Maria Ruivo⁴

¹Enfermeira de cuidados gerais no serviço de Pediatria/Neonatologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Unidade de Portimão, Portugal; Mestranda em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora

²Enfermeiro de cuidados gerais no serviço de Medicina 3A do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Unidade de Portimão, Portugal; Mestrando em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora

³Enfermeira de cuidados gerais no serviço de Medicina 3C do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Unidade de Portimão, Portugal; Mestranda em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora

⁴RN, PhD, Professora do V Mestrado em Associação realizado na Escola Superior de Enfermagem São João Deus da Universidade de Évora

Introdução: Diariamente, os recém-nascidos internados em Unidades de Neonatologia são sujeitos a inúmeros procedimentos dolorosos e o alívio da dor é uma prioridade. Nesse contexto, as intervenções não farmacológicas são amplamente utilizadas no alívio da dor, dado que apresentam baixo custo e eficácia comprovada. Os objetivos do presente estudo são: mapear quais as intervenções não farmacológicas mais utilizadas no alívio da dor em Neonatologia.

Métodos: O presente artigo foi desenvolvido tendo por base o protocolo preconizado por Joanna Briggs Institute de 2020, com recurso à metodologia PCC para a elaboração da pergunta de partida. Na primeira fase, foi realizada uma pesquisa na MEDLINE e CINAHL utilizando as palavras-chave definidas. Na segunda fase a pesquisa foi mais ampla, onde se utilizaram as



1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente

palavras-chave e termos de pesquisa nas restantes bases de dados da EBSCO. Na terceira fase foi efetuada pesquisa através das referências bibliográficas dos estudos considerados. No global foram utilizados 7 estudos (quantitativos, qualitativos e revisões sistemáticas da literatura).

Resultados: As intervenções não farmacológicas mais referenciadas são o posicionamento, a contenção, a sucção não nutritiva e o método pele-a-pele. As menos mencionadas são a redução de estímulos ambientais, o manuseamento mínimo, a massagem, o aleitamento materno, o toque, o cheiro e a música. Contata-se, ainda, eficácia na utilização simultânea de várias intervenções não farmacológicas, com especial relevância para a sucção não nutritiva utilizada concomitantemente com a sacarose.

Conclusão: As intervenções não farmacológicas são eficazes e amplamente utilizadas em neonatologia e a sua implementação promove o alívio da dor e contribui para o conforto do recém-nascido.

Palavras-chave: Ações (não) farmacológicas; Neonatologia; Hospital; Scoping Review

Referências bibliográficas

- Christoffel, M., Castral, T., Daré, M., Montanholi, L., Gomes, A. & Scochi, C. (2017). Atitudes dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. *Escola Anna Nery*, 21(1). Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170018>
- Costa, T., Rossato, L., Bueno, M., Secco, I., Sposito, N. & Harrison, D. (2017). Conhecimento e práticas de enfermeiros acerca do manejo da dor em recém-nascidos. *Revista da Escola de Enfermagem*, 51. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016034403210>
- Estal, A. (2017) Intervenciones enfermeras para al manejo del dolor neonatal mediante métodos no farmacológicos en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Revisión Bibliográfica*, 21(3), 116-121. Disponível em: <https://bit.ly/3gMzk4Q>
- Franck, L. (2020) Como confortar um bebê nos Cuidados Intensivos. Disponível em: <https://bit.ly/3npwYu5>
- Maciel, H., Costa, M., Costa, A., Marcatto, J., Manzo, B. & Bueno, M. (2019) Medidas farmacológicas e não farmacológicas de controle e tratamento da dor em recém-



1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente

nascidos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(1), 21-26. DOI: 10.5935/0103-507X.20190007

Nóbrega, A., Cantalice, A., Cerqueira, A., Santos, N., Bezerra, N. & Chaves, T. (2018). Tecnologias de enfermagem no manejo da dor em recém-nascidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Enfermagem em Foco*, 9(2), 66-72. Disponível em: <https://bit.ly/3sZ8B7D>

Sposito, N., Rossato, L., Bueno, M., Kimura, A., Costa, T. & Guedes, D. (2017). Avaliação e manejo da dor em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo transversal. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 25. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1665.2931>

INTOXICAÇÕES EM PEDIATRIA: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Maria Isabel Moura; Liliana Ferreira; Anabela Mesquita; Manuela Gonçalves; Eduardo Martins

INTRODUÇÃO: A intoxicação é definida como uma manifestação clínica dos efeitos nocivos de uma substância no organismo. As intoxicações medicamentosas/produtos químicos representam uma grande incidência em pediatria, devido à imaturidade/curiosidade das crianças (acidentais) e às tentativas de suicídio nos adolescentes (voluntárias) (Almeida, Paiva, Silva, Araújo & Morais, 2017). As intoxicações alcoólicas definem-se como a condição transitória após administração de álcool (DGS, 2017). As intoxicações apresentam um elevado impacto na nossa sociedade constituindo um problema de saúde pública (Oliveira & Arnauts, 2011).

OBJETIVOS: Caracterizar o perfil epidemiológico das crianças e adolescentes que recorrem ao Serviço de Urgência (SU) de um Centro Hospitalar com quadro de embriaguez aparente e de sobredosagem e envenenamento (substâncias químicas/psicoativas); Identificar os principais agentes relacionados com esta temática.

METODOLOGIA: Estudo Epidemiológico, com paradigma quantitativo. A recolha dos dados foi concretizada através da análise dos fluxogramas existentes no programa de Triagem de

Fuso horário – Lisboa, Portugal

Dia 20

Manhã

9h - 12h45

9h00 **SESSÃO DE ABERTURA**

Maria Isabel Malheiro | Presidente do Congresso
José Vilelas | Presidente da MCEE de Saúde Infantil e Pediátrica, Ordem dos Enfermeiros
António Lacerda Sales | Secretário de Estado Adjunto e da Saúde
João Santos | Presidente da ESEL

10h00 **CONFERÊNCIA**

A Criança e o Direito à Saúde: Bárbara Menezes (DGS)
Comentador: Maria Graça Vinagre

11h Coffee Break

11h15 **1ª MESA – CRES(SER) SAUDÁVEL** | Moderador: Sónia Rodrigues

Transição na parentalidade: e quando é o segundo filho? Da praxis à evidência | Joana Rodrigues (ESEL)

Sexualidade na adolescência: influência do contexto multicultural | Cristina Jeremias (ESEL)

Promoting children's and adolescents' health with gamified digital interventions | Heidi Parisod (University of Turku)

Ligar-se «na boa» a uma Internet segura! Desafios das tecnologias no desenvolvimento das crianças e jovens | Margarida Gaspar de Matos (FMH, ISAMB-UL)

12h45 Almoço

Tarde

14h00 - 18h00

14h00 **2ª MESA – O BEM-ESTAR DA CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE EM TEMPOS CONTURBADOS** | Moderador: Ana Inês Costa

Challenges to a global access to palliative care for children and families and sensitive nursing outcomes | Julia Downing (International Children Palliative Care Network)

Efeitos da pandemia na criança com paralisia cerebral - Um olhar da família/cuidadores | Teresa Folha (Observatório Nacional de Paralisia Cerebral)

Competências dos pais com filhos nascidos pré-termo | Sónia Colaço (ESEL)

Efeito de um Campo de Férias na Autoeficácia, Conhecimentos e Qualidade de Vida de Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1 | Marília Flora (Hospital de S. Teotónio)

15h30 Coffee Break

15h45 **Apresentação de Comunicações Livres e ePosters**

18h00 *Final do 1º Dia*

Dia 21

Manhã

9h - 13h00

09h00 **CONFERÊNCIA**

Direitos da Criança em Contexto de Pandemia | Ana Perdigão (IAC)
Comentador: Maria Alice Curado

10h00 **3ª MESA – SEGURANÇA EM PEDIATRIA: DIFERENTES OLHARES PARA UMA VISÃO |**

Moderador: Ana Lúcia Brantes

A segurança nos primeiros anos de vida | Sandra Nascimento (Presidente da APSI)

A segurança no contexto escolar | Tiago Silva (PSP - Programa Escola Segura)

A segurança na era digital | Ricardo Valadas (Polícia Judiciária)

A segurança nos cuidados de saúde: A segurança do doente em cuidados intensivos pediátricos - Instrumentos para a medição do dano | Helga Oliveira (ESEL)

11h30 Coffee Break

11h45 **CONFERÊNCIA**

Fim da violência contra a criança - Do sonho ao objetivo global | Miguel Caldeira (ONU)
Comentador: Maria Isabel Malheiro

12h45 **SESSÃO DE ENCERRAMENTO**

Entrega de Prémios

Filomena Sousa | Representante da Comissão Organizadora

Maria Graça Vinagre | Presidente do CTC ESEL

Patrícia Pereira | Vice-Presidente da ESEL

Apêndice 12: Artigo científico "Impacto dos pais nas experiências dolorosas dos filhos"

RESUMO

Introdução: Os pais podem influenciar a reação dos filhos à dor, o que pode ter inúmeras repercussões, determinar esses aspetos é fundamental para que se possa intervir. O principal objetivo desta revisão sistemática consiste em sintetizar a melhor evidência disponível relacionada com a forma como os pais podem influenciar as experiências dolorosas dos filhos.

Métodos: O presente artigo foi desenvolvido tendo por base o protocolo preconizado por *Joanna Briggs Institute*, usando a metodologia PICOD. Foi realizada a análise de relevância dos artigos com data de publicação entre 2015 e 2021, com posterior extração e síntese de dados, tendo sido incluídos seis estudos.

Resultados: O funcionamento da família influencia os comportamentos dos pais e das crianças durante a realização de procedimentos dolorosos. A catastrofização da dor pelos pais associa-se ao surgimento de angústia, sintomas depressivos e menor capacidade de *coping* da criança, repercutindo-se num maior sofrimento e na presença de níveis mais elevados de dor.

Conclusão: Promover o suporte emocional dos pais e a sua auto-eficácia contribui para diminuir o sofrimento da criança durante a realização de procedimentos dolorosos.

Palavras-chave: Relações Pais-Filho; Dor; Criança.