



**Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Relatório de Estágio

**O adolescente sujeito a procedimentos dolorosos:
intervenções de enfermagem promotoras de conforto**

Márcia Alexandra Pereira Galvão



**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Relatório de Estágio

**O adolescente sujeito a procedimentos dolorosos:
intervenções de enfermagem promotoras de conforto**

Márcia Alexandra Pereira Galvão



Orientador: Maria Teresa Gouvêa Magão



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Todo o mundo é capaz de suportar a dor,
com exceção de quem a sente.”

(William Shakespeare)

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar esta meta académica, agradeço a todos os que me ajudaram e acompanharam neste percurso, tornando-o possível.

Agradeço à Sr^a Professora Doutora Maria Teresa Magão pelo acompanhamento e disponibilidade ao longo deste percurso. Apesar da agenda exigente, agradeço pelo apoio incansável, pela partilha de conhecimentos e sabedoria pelo incentivo em momentos menos fáceis deste percurso.

Ao meu marido e aos meus pais pelo apoio interminável e amor incondicional, constantes em todos os momentos da minha vida.

Aos meus filhos pelo carinho e compreensão perante a minha maior ausência nesta fase.

Às minhas colegas de mestrado, Ana Rita Ferreira e Cristiana Rodrigues pela partilha de todos os momentos, apoio e compreensão.

Por último, aos meus orientadores de estágio, à minha chefe de serviço Maria Jesus Martins e à minha chefe de equipa Ana Sofia Baptista pela ajuda, compreensão e apoio nesta longa caminhada.

A todos vós muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

CCF – Cuidados Centrados na Família

CD – Centro de Desenvolvimento

CNT – Cuidados Não Traumáticos

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

IASP – International Association for the Study of Pain

IP – Internamento de Pediatria

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

RN – Recém-Nascido

PNSIJ -Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

WHO – World Health Organization

RESUMO

A adolescência é um período de transição, marcado pela maturidade física e sexual, existindo um envolvimento complexo entre as mudanças biológicas, cognitivas, psicológicas e sociais (Saewyc, 2014).

Nos serviços de saúde, os procedimentos são a causa mais frequente de dor na criança e no adolescente, sendo uma experiência sensorial e emocional de conotação negativa, acompanhada por medo e ansiedade, reconhecidos como fatores agravantes da própria dor (DGS, 2012a). Constitui-se, como tema agregador do presente relatório de estágio, a promoção do conforto do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos. Tendo por base a metodologia de projeto o estágio foi norteado pelas seguintes filosofias de cuidados de enfermagem pediátrica, os Cuidados Centrados na Família, a Parceria de Cuidados e os Cuidados Não Traumáticos, tendo como quadro de referência teórico de enfermagem a Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba.

Este relatório descreve o percurso formativo de desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com recurso a uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas, assim como as conseqüentes aprendizagens e contributos para o alcance dos objetivos propostos.

Do percurso de estágio destacam-se atividades relacionadas com a gestão da dor da criança e adolescente e promoção do seu conforto, assim como atividades de formação em contexto de trabalho.

Palavras-chave: Adolescente, dor aguda, dor processual, conforto do paciente e enfermagem pediátrica.

ABSTRACT

Adolescence is a period of transition, marked by physical and sexual maturity, with a complex involvement between biological, cognitive, psychological and social changes (Saewyc, 2014).

In health services, procedures are the most frequent cause of pain in children and adolescents, being sensory and emotional experience with a negative connotation, accompanied by fear and anxiety, recognized and aggravating factors of their own pain. As an aggregation theme of this internship report, the promotion of the comfort for adolescents subjected to painful procedures is constituted. Based on the project methodology, the internship was guided by the following philosophies of pediatric nursing care, family-centered care, care partnership and non-traumatic care, having as a reference framework nursing theorist Katharine Kolcaba's Theory of Comfort.

This report describes the training path for the development of common and specific skills of Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing, using a critical and reflective analysis of the activities developed, as well as the consequent learning and contributions to the achievement of the proposed objectives,

Of the internship course, activities related to managing the pain of children and adolescents and promoting their comfort, as well as training activities in a work context, stand out.

Keywords: Adolescent, acute pain, procedural pain, patient comfort, and pediatric nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CIENTÍFICO.....	12
1.1 A filosofia dos Cuidados em Enfermagem Pediátrica.....	12
1.2 Teoria do Conforto de K. Kolcaba.....	16
1.3 Avaliação e controlo da dor do adolescente.....	19
1.4 Intervenções de enfermagem promotoras de conforto do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos.....	23
2. PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO.....	26
3. PERCURSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	28
3.1 Internamento de Pediatria.....	28
3.2 Serviço de Urgência Pediátrica.....	33
3.3 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.....	38
3.4 Centro de Desenvolvimento.....	43
3.5 Unidade de Cuidados Neonatais.....	45
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de Estágio.

APÊNDICE II – Documento orientador de estágio.

APÊNDICE III – Diagnóstico de necessidades de formação da equipa de enfermagem sobre a avaliação da dor e estratégias não farmacológicas utilizadas na prestação de cuidados.

APÊNDICE IV – Formação em contexto de trabalho “Promoção do conforto do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos”.

APÊNDICE V – Dossier temático: “O adolescente sujeito a procedimentos dolorosos: intervenções de enfermagem promotoras de conforto”

APÊNDICE VI – Estudo de caso desenvolvido no internamento de pediatria.

APÊNDICE VII – Procedimentos dolorosos mais frequentes e estratégias não farmacológicas mais utilizadas no serviço de urgência pediátrica.

APÊNDICE VIII – Jornal de aprendizagem desenvolvido no serviço de urgência pediátrica.

APÊNDICE IX – Estudo de caso desenvolvido no serviço de urgência pediátrica.

APÊNDICE X – Entrevista semi-estruturada a enfermeiro perito do serviço de urgência pediátrica integrante do projeto de melhoria contínua - 5º Sinal Vital “Dor”.

APÊNDICE XI – Poster “Avaliação da dor no Adolescente”.

APÊNDICE XII – Poster “O adolescente sujeito a procedimentos dolorosos: Estratégias não farmacológicas no alívio da dor”.

APÊNDICE XIII – Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante a vacinação pediátrica: poster e folheto.

APÊNDICE XIV – Entrevista ao adolescente: documento orientador.

APÊNDICE XV – Pais adolescentes de um bebé prematuro: folheto – “Pais adolescentes: o bebé nasceu prematuro e agora?”.

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrado no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o objetivo de desenvolver competências para uma prestação de cuidados especializados à criança, jovem e suas famílias. Para tal, teve particular pertinência a elaboração prévia de um projeto sobre a problemática da gestão da dor no adolescente sujeito a procedimentos dolorosos na prática de cuidados, onde a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) é crucial na implementação de intervenções promotoras de conforto do adolescente.

Assim, o presente relatório de estágio, intitulado **“O adolescente sujeito a procedimentos dolorosos: intervenções de enfermagem promotoras de conforto”**, pretende evidenciar o percurso formativo desenvolvido.

Uma das principais causas de sofrimento do ser humano é a dor, conduzindo a uma diminuição da qualidade de vida, interferindo nas relações interpessoais, sociais e comportamentais (Pinto, 2013). Ao longo do meu percurso profissional tenho constatado que a gestão da dor aguda na criança é subavaliada e, como consequência, subtratada como refere Batalha (2010).

Denota-se uma grande evolução na gestão da dor, não só através de novos conhecimentos sobre a fisiopatologia da dor, mas também pela melhoria dos instrumentos de avaliação da dor e pela eficácia do registo da história de dor e da sua avaliação (Jacob, 2014; Batalha, 2013). No entanto, após a avaliação inicial a gestão da dor ainda é inadequada, uma vez que as estratégias farmacológicas são preferenciais, em detrimento das estratégias não farmacológicas, caracterizadas como intervenções autónomas, que são negligenciadas ou incorretamente executadas pelas profissionais de saúde, emergindo a necessidade de sensibilizar estes profissionais para a sua aplicação e adaptação à realidade dos contextos (Jacob, 2014; Batalha, 2013).

A Direção Geral da Saúde (DGS, 2003) assume a dor como 5º sinal vital. O alívio da dor é parte integrante do cuidar em enfermagem, sendo o controlo e alívio da dor um direito humano básico, para todos os grupos etários, sem exceção (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008). A expressão da dor na idade pediátrica é variável face à especificidade de cada grupo etário, estando associado à experiência da dor, o medo

e a ansiedade, dificultando não só a sua avaliação, como a tomada de decisão do enfermeiro quanto à intervenção adequada (OE, 2013). A dor provocada pelos procedimentos dolorosos inclui-se na dor aguda definida como uma dor de curto prazo, minutos, horas ou dias, sempre inferior a 3 meses (Oliveira et al., 2018; DGS, 2012a).

A utilização de estratégias não farmacológicas no alívio e controlo da dor é recomendada pelo Guia Orientador de Boa Prática – Dor da OE (OE, 2008), sendo geralmente de carácter psicológico, eficazes em situações de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento de estratégias farmacológicas, aumentando o sentimento de controlo da criança ou jovem, promovendo a sua autonomia (OE, 2013).

Como descrito no Regulamento nº 422/2018, é competência do EEESIP fazer “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” através da aplicação de “conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem”, garantindo a “gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” e aplicando “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.” (p.19193). Segundo o mesmo regulamento, é competência do EEESIP, providenciar “cuidados à criança/jovem promotores de majoração dos ganhos de saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”, sendo imprescindível possuir “conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem” e procurar “evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar” (p.19193).

O conceito conforto tem sido reconhecido como elemento inerente aos cuidados de saúde, assumindo uma importância considerável em enfermagem (Apóstolo, 2009). A eficaz gestão da dor é parte integrante do conceito de conforto (Kolcaba, 2003), por esse motivo considerei como quadro de referência de enfermagem, o modelo teórico de Katherine Kolcaba – Teoria de Conforto, orientador da prática clínica desenvolvida nos contextos de estágio e na elaboração deste relatório. Segundo Kolcaba (2003), as necessidades de conforto da criança e da família são fundamentalmente colmatadas pela equipa de enfermagem. Assim, é dever do EEESIP basear a sua intervenção num modelo conceptual centrado na criança e família, sendo este binómio o beneficiário dos cuidados (Regulamento nº422/2018), garantindo das condições de conforto de forma holística.

Durante o estágio a prestação de cuidados é alicerçada nas filosofias dos Cuidados Centrados na Família (CCF), da Parceria de Cuidados – como descrito no

modelo de Anne Casey e dos Cuidados Não-Traumáticos (CNT), nunca esquecendo os direitos da criança e da criança hospitalizada e os princípios éticos e deontológicos da profissão. Os enfermeiros no processo de cuidados de enfermagem devem incluir sempre o adolescente e a sua família no planeamento dos cuidados e na tomada de decisão dos mesmos, tendo como objetivo o cuidado holístico à criança, fornecendo cuidados terapêuticos, através de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico (Sanders, 2014; Hockenberry & Barrera, 2014).

Os locais de estágio foram escolhidos tendo por base as orientações da OE, a sua pertinência para a problemática em estudo, considerando o regulamento de competências específicas de EEESIP que prevê a intervenção na promoção do “crescimento e desenvolvimento infantil” (Regulamento nº422/2018, p.19194), mas também as competências na área da gestão da dor em pediatria, como referido anteriormente, em particular na gestão da dor aguda em pediatria e utilização de estratégias não farmacológicas, desenvolvendo atividades para uma prestação de cuidados de qualidade à criança, jovem e família na gestão da dor aguda em pediatria, para dar resposta aos seguintes objetivos gerais (Apêndice II):

- Desenvolver competências de EEESIP no cuidado à criança, ao jovem e sua família, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento;
- Desenvolver intervenções promotoras de conforto do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos.

Estruturalmente, a elaboração do presente relatório tem início com o capítulo do enquadramento teórico e científico do tema, referente à promoção do conforto do adolescente e os contributos da utilização de estratégias não farmacológicas na gestão da dor durante a realização de procedimentos dolorosos, seguido da descrição do problema e objeto de estudo. No capítulo seguinte é realizada uma descrição e análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas, nos diferentes locais de estágio, e seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP. Por último são contempladas as referências bibliográficas que sustentam o desenvolvimento do relatório de estágio, de acordo com a APA 7ª edição. Em apêndice encontram-se os documentos resultantes das experiências no decorrer do estágio, considerados relevantes para a prossecução dos objetivos delineados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CIENTÍFICO

Neste capítulo apresenta-se o enquadramento teórico e científico que sustenta o problema em estudo, servindo de base orientadora para o formativo. Primeiramente, são abordadas as filosofias de Cuidados Centrados na Família (CCF), o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e Cuidados Não Traumáticos (CNT), bem como o referencial teórico – Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Referente ao tema em desenvolvimento neste relatório de estágio, serão abordados os temas de avaliação, controlo e alívio da dor do adolescente e as intervenções promotoras de conforto do adolescente.

1.1. A filosofia dos Cuidados em Enfermagem Pediátrica

Cuidar é manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação, por exemplo da necessidade de conforto (Mendes, Cruz, Rodrigues, Figueiredo & Melo 2016, citando Colière, 1999). O Cuidar é um ato inerente ao ser humano e é conceito central em enfermagem, influenciando áreas como a investigação, a teoria, a prática e o ensino (Queirós, Fonseca, Mariz, Chaves & Cantarino, 2016). A profissão de enfermagem é descrita pelo Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE, Artº4, nº 1) como:

(...) a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano (...) ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. (OE, 2015, p.99)

O EEESIP tem como missão a prestação de cuidados de nível avançado à criança/jovem saudável ou doente (Regulamento nº 351/2015), sendo da sua responsabilidade a adoção de estratégias que diminuam os efeitos negativos inerentes à hospitalização, tentando tornar a experiência mais positiva prestando

cuidados não traumáticos. A prática de cuidados de enfermagem deverá, portanto, ser alicerçada na filosofia de cuidado de cuidados em enfermagem pediátrica, nomeadamente nos CCF, parceria de cuidados e nos CNT.

Nos CCF todos os membros da família estão inseridos nos cuidados, ou seja, esta filosofia de cuidados considera todos os membros da família e não apenas a criança (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). Segundo o *Institute for Patient-and Family Centered Care* (s.d.), a filosofia de CCF engloba o planeamento e a avaliação dos cuidados de saúde, tendo por base parcerias entre profissionais de saúde, criança e a família. O processo de cuidar é valorizado de forma distinta pelos enfermeiros e pela família, enquanto os enfermeiros valorizam as etapas de apreciação e execução, os pais valorizam, essencialmente, o planeamento e a apreciação (Mano, 2002). A consciencialização destas diferenças é fundamental para a negociação e planeamento conjunto (Mano, 2002).

Segundo Hockenberry e Barrera (2014), os CCF reconhecem a composição familiar, os seus sonhos e objetivos, necessidades de apoio, de prestação de cuidados e de informação.

Dois conceitos básicos dos Cuidados Centrados na Família são a capacitação e o empoderamento. Os profissionais capacitam as famílias através da criação de oportunidades e meios para todos os membros de família revelarem as suas habilidades e competências actuais e adquirirem novas, para atender às necessidades da criança e da família. O empoderamento descreve a interação dos profissionais com as famílias, de forma a que estas mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre as suas vidas e reconheçam as mudanças positivas que resultam de comportamento de ajuda que promovem as suas próprias forças, habilidades e acções. (Hockenberry & Barrera, 2014, p.11)

São enumerados 4 conceitos básicos para os cuidados centrados na família: dignidade e respeito, partilha de informações, colaboração e participação (*Institute for Patient and Family Centered Care*, IPFCC, s.d.). O EEESIP tem a responsabilidade de “avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da

adaptação às mudanças em saúde e dinâmica familiar” (Regulamento nº 422/2018 p.19192) e de assistir a criança e o jovem com a família, ou seja, de estabelecer uma relação de parceria que promove a saúde, no sentido da adaptação do regime terapêutico e da parentalidade (Regulamento nº 422/2018).

Para a implementação dos CCF na prestação de cuidados de qualidade à criança ou jovem, o enfermeiro tem de dar oportunidade à família para participar nas políticas e tomada de decisão em tudo o que envolve o estado de saúde da criança, tendo presente que a família, além de ser uma grande influência no bem-estar da criança, necessita de ser respeitada na sua singularidade (Cequeira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Os CCF têm por base a parceria entre os profissionais de saúde e a família na prestação de cuidados à criança (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020; Harrison, T. M., 2010). A família é aliada fundamental na prestação direta de cuidados e nas iniciativas de segurança, educação dos profissionais de saúde, pesquisa e projetos para desenvolver políticas. Segundo Hockenberry e Barrera (2014), a parceria com os pais deve ser relevante para os profissionais de saúde, respeitando e potencializando as competências da família. Os enfermeiros devem apoiar as famílias na prestação de cuidados e na tomada de decisão, reconhecendo as suas competências na prestação natural dos cuidados à criança (Hockenberry & Barrera, 2014).

Em condição de doença e/ou hospitalização, a criança experiencia situações de crise e *stress* e os pais de angústia e insegurança, tornando-se o envolvimento dos pais, na prestação de cuidados à criança, um fator minimizador dos efeitos negativos e devastadores que a condição clínica tem na criança, uma vez que garante afeto, segurança e apoio (Mano, 2002; Monteiro & Cerqueira, 2020). Desta forma, é crucial que, em situação de necessidade de internamento, o ambiente terapêutico proporcione a união da família, os papéis familiares e promova o interesse da criança (Mano, 2002). O EEESIP deve negociar, em todo o processo de cuidar, a participação da criança ou jovem e família, assim como proporcionar momentos de aprendizagem à díade com o objetivo de desenvolver competências na gestão da situação de saúde ou doença (Regulamento nº422/2018).

O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, identifica a família como fundamental na prestação de cuidados à criança durante a doença ou a hospitalização (Monteiro & Cerqueira, 2020). Segundo os mesmos autores, o modelo de parceria de cuidados engloba 5 conceitos centrais: **criança**, como ser que depende de terceiros para satisfação das suas necessidades; **família**, como influenciadores do

desenvolvimento da criança e unidade funcional que presta cuidados à criança; **enfermeiro**, que detém responsabilidade para com a díade, respeitando as habilidades e competências enquanto real conhecedora das necessidades da criança, e as suas ações junto da família são de supervisão dos cuidados, aconselhamento, orientação, apoio físico e psicológico, envolvendo a criança e a família nas decisões e os cuidados da forma que desejarem; **saúde**, ótimo bem-estar físico e mental que permita à criança desenvolver as suas potencialidades; e **ambiente**, são os estímulos exteriores à criança que influenciam o seu desenvolvimento (Monteiro & Cerqueira, 2020).

“Os cuidados às crianças, doentes ou saudáveis, são melhores, quando prestados pela família, recebendo esta apoio, sempre que necessário e em níveis variáveis, por parte de pessoal qualificado da equipa de saúde” (Casey, 1993, p.183). Assim sendo, o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey assenta nas crenças e valores que reconhecem os pais como os melhores prestadores de cuidados à criança, considerando a sua experiência nos cuidados e valorizando o seu contributo na prestação de cuidados (Casey, 1993). É importante que o enfermeiro reconheça que nem todos os pais estão disponíveis para participar na prestação de cuidados à criança percebendo quando existe recetividade para a parceria de cuidados (Monteiro & Cerqueira, 2020).

O modelo de parceria de cuidados apresenta vantagens para os pais e para os enfermeiros, os pais reduzem sentimentos de culpa, incapacidade e impotência perante a doença ou hospitalização da criança e os enfermeiros conhecem melhor a criança e o seu meio familiar, permite dar visibilidade e valorização às competências do enfermeiro e facilita a comunicação com a díade (Monteiro & Cequeira, 2020). “A parceria de cuidados implica uma relação de confiança entre a criança, a família e os enfermeiros, com uma aceitação e compreensão mútua das capacidades, limitações e vontade de cada interveniente, a cada momento do processo.” (Monteiro & Cerqueira, 2020, p.36).

Sendo o tema deste relatório, o adolescente sujeito a procedimentos dolorosos é essencial abordar os cuidados não traumáticos. O conceito de CNT defende que os profissionais de saúde devem fornecer cuidados terapêuticos, através de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico (ansiedade, medo, raiva, tristeza e vergonha) e físico (sonolência, dor, temperaturas extremas, ruídos fortes, luzes brilhantes e escuridão) experimentado pela criança e pela família em contexto de saúde ou doença (Hockenberry & Barrera, 2014).

O objetivo primordial na prestação de cuidados não traumáticos é: primeiro que tudo, não causar dano. Três princípios fornecem a estrutura para alcançar esse objetivo: (1) prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, (2) promover uma sensação de controle, e (3) prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor. (Hockenberry & Barrera, 2014, p.12)

Experiências que podem ser traumáticas, como a doença, a hospitalização e a dor, devem ser alvo de estratégias organizacionais e de intervenções do enfermeiro que minimizem esse trauma (Fernandes, 2020). A mesma autora (2020) descreve seis dimensões essenciais incluídas nos CNT: evitar a hospitalização e diminuir a sua duração; os pais e as crianças devem ser informados e preparados; a participação dos pais nos cuidados deve ser encorajada; possibilitar a manutenção dos seus hábitos de vida; conhecer os gostos e necessidades da criança e família, adequando o ambiente; interação adequada com a criança e a família; e, atenuar o desconforto, o *stress* e a dor. A gestão da dor e do bem-estar da criança e do jovem, contemplada nos CNT, é uma unidade de competência do regulamento das competências específicas do EEESIP, inserida na competência do cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade (Regulamento nº 422/2018).

1.2. Teoria do Conforto de K. Kolcaba

O ato de confortar é um dos princípios científicos e humanísticos utilizados pelos enfermeiros, que têm o dever de prestar atenção aos pormenores que influenciam o conforto das pessoas, intervindo neste sentido com o objetivo de aumentar o conforto de quem cuidam, promovendo a tranquilidade e o alívio do *stress*, para que a pessoa se sinta confortada, uma vez que o conforto é o resultado desejável pelas pessoas sujeitas aos cuidados de enfermagem (Apóstolo, 2009; Dowd, 2014). Para Apóstolo (2009), o conceito conforto está presente na origem e no desenvolvimento da enfermagem, estando identificado como um elemento nos seus cuidados. A palavra confortar tem origem no latim *confortare*, que significa “restituir as forças físicas, o vigor e a energia, tornar forte, fortalecer, revigorar” (Apóstolo, 2009, p. 62).

O conforto está estreitamente ligado à prática de cuidados de enfermagem, fazendo referência a várias perspetivas de conforto nas diferentes teorias de

enfermagem, sendo um exemplo a Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba (Apóstolo, 2009). Dowd (2014) acrescenta que a Teoria de Conforto de Kolcaba permite uma prestação de cuidados individualizados e holísticos, em que o principal objetivo é o conforto do cliente e tem por base as suas verdadeiras necessidades, tornando esta teoria numa teoria humanista e holística. Como diversos modelos e teorias, a Teoria de Conforto também definiu os conceitos inerentes ao metaparadigma de enfermagem como: **Pessoa**, doente, indivíduo, família, que necessita ou recebe cuidados de saúde; **Saúde**, funcionamento ótimo do doente, família ou comunidade, tendo em conta as necessidades de conforto, definidas pelos próprios; **Ambiente**, influências externas a quem recebe os cuidados que podem ser manipuladas pelos enfermeiros ou familiares, para melhorar o seu conforto; por último **Enfermagem**, avaliação intencional das necessidades de conforto do doente, família ou comunidade, o planeamento de medidas de conforto para atender às necessidades identificadas e a sua reavaliação após a implementação das medidas planeadas (Dowd, 2014).

Kolcaba define conforto como a condição experienciada pelas pessoas que recebem medidas de conforto, sendo um estado em que as necessidades básicas estão satisfeitas, nos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (Dowd, 2014; Kolcaba & DiMarco, 2005). O **alívio** descreve o estado em que a necessidade foi satisfeita, ou seja, que o desconforto é diminuído; a **tranquilidade** refere-se ao estado de calma e satisfação, com ausência de desconfortos específicos; e **transcendência** é a capacidade de ultrapassar desconfortos, quando estes não podem ser erradicados ou evitados (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2001; Kolcaba, 2003; Kolcaba & DiMarco, 2005). Kolcaba (2003), refere que a resposta às necessidades do indivíduo é mais eficaz incluindo os quatro contextos (físico, ambiental, social e psicoespiritual), através de uma ou mais intervenções, aumentando a eficiência dos cuidados e a satisfação dos doentes e enfermeiros. Segundo Kolcaba e DiMarco (2005), esses contextos foram definidos como:

- **Físico**, referente às sensações corporais, como a homeostasia, que para atingir o conforto físico, têm de ser mantidos ou restabelecidos;

- **Psicoespiritual**, que inclui o autoconceito, a autoestima e a sexualidade, ou seja, pertence à consciência interna de si próprio, podendo abranger a relação com um ser mais elevado;

- **Ambiental**, referente ao contexto externo da pessoa, como a luz, o barulho, elementos naturais e artificiais do meio, a temperatura e a cor;

- **Sociocultural**, que inclui não só as relações interpessoais, familiares e sociais, como as tradições e religião.

Kolcaba (1991), apresenta uma estrutura taxonómica do conforto, onde estão inseridos os três tipos de conforto e os quatro contextos em que ocorre o conforto. Face à importância da Teoria de Conforto de Kolcaba para a temática em estudo e para uma melhor compreensão da mesma teoria, é fundamental incidir sobre os conceitos de necessidades de cuidados de saúde e medidas de conforto. Kolcaba define **necessidades de cuidados de saúde** como:

Necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde (...), que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais. Estas necessidades incluem necessidades físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais tornadas aparentes através da monitorização e relatos verbais ou não verbais. (Dowd, 2014, p. 659-660)

Para Kolcaba e Kolcaba (1991), o conceito de medidas de conforto é utilizado para alcançar o estado de conforto, seja conforto físico (alívio do estado de desconforto) e/ou conforto mental (fornecimento de consolo e encorajamento). As **medidas de conforto**, são definidas por Kolcaba (2003) como as intervenções de enfermagem que são concebidas para aumentar o nível de conforto do doente e são divididas em três categorias: medidas técnicas, intervenções que mantêm a homeostasia e o controlo da dor, como a monitorização dos sinais vitais ou a implementação de medidas farmacológicas para o alívio da dor; medidas de intervenção, intervenções que promovem a escuta ativa, transmitindo a informação, inspirando esperança e ajudando no planeamento da recuperação, diminuindo assim a ansiedade e promovendo a tranquilidade; medidas de “comfort food for the soul”, intervenções que os enfermeiros desenvolvem para que as crianças e as famílias se sintam cuidadas e fortalecidas (massagem e imaginação guiada são exemplos) (Kolcaba & DiMarco, 2005). As intervenções de enfermagem são bem-sucedidas se a pessoa alcançar o estado de conforto, sendo o aumento de conforto imediato teoricamente fortalecedor, permitindo o envolvimento da pessoa nos comportamentos de procura de saúde aumentando o seu grau de satisfação face aos cuidados de saúde (Kolcaba, 1991).

A promoção do conforto nas crianças e famílias é uma preocupação dos enfermeiros, com o objetivo de diminuir o desconforto. A saúde da criança é de

extrema importância para a família, e em caso de doença são experienciados momentos de grande ansiedade, sendo a maior necessidade da criança e da família alcançar o estado de conforto (Kolcaba & DiMarco, 2005). Para atingir o conforto da criança e família através da prestação de cuidados de enfermagem pediátrica é essencial perceber que o conforto é um resultado desejável e positivo, pertinente à enfermagem, que o esforço da díade em ver as suas necessidades atendidas é um esforço ativo e que pode requerer a ajuda da enfermeira, que existe uma variação face à necessidade por certo tipo de conforto perante as várias díades, que é mais fácil prevenir os desconfortos do que tratá-los e que as intervenções de conforto que transmitem esperança e sucesso ajudam as crianças a vivenciar a transcendência perante desconfortos que não podem ser evitados (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Kolcaba (2003) define a dor como desconforto multidimensional (sensitiva, cognitiva e afetiva), sendo uma sensação específica, com um variável nível de intensidade. O conforto é um termo amplo que engloba uma gestão eficaz da dor, sendo uma parte significativa do processo de cuidar (Kolcaba, 2003).

1.3. Avaliação, controlo e alívio da dor do adolescente

Para uma melhor perceção da temática da dor e para alertar os profissionais de saúde sobre a importância da problemática da dor na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, a Direção Geral da Saúde (DGS) e a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) têm desenvolvido, em parceria, documentos essenciais como a Plano Nacional de Luta Contra a Dor em 2001, onde é recomendada a implementação de estratégias não farmacológicas no alívio e controlo da dor. Outros marcos importantes surgiram sobre a temática da dor: em 2003 a DGS considera a dor como 5º sinal vital, em 2008 com o Programa Nacional de Controlo da Dor, em 2013 com o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor da DGS, em 2017 com o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor da DGS e em 2018 com o desenvolvimento do documento “Desenhos da minha dor” pela APED direcionada somente à dor em pediatria.

“A dor é um mecanismo de alerta essencial à nossa sobrevivência e, como tal, não requer aprendizagem” (Fernandes, 2020, p.48, citando Anand & Craig, 1996) e é caracterizada como fenómeno multidimensional (componentes fisiológicas, sensoriais, cognitivas, afetivas, comportamentais e espirituais) (Fernandes, 2020). A dor além de

ser universal, pessoal e subjetiva, tem um início precoce na nossa vida, sendo um alerta para alguma disfunção biológica (Batalha & Sousa, 2018; Sedrez & Monteiro, 2020). A *International Association for the Study of Pain* (IASP), define a dor como uma experiência desagradável, a nível sensorial e emocional, associada a danos reais ou potenciais nos tecidos (APED, 2020). Nesta revisão da definição da dor a IASP acrescenta pontos chave à definição, o que confere à palavra dor um enquadramento mais amplo e enriquecedor, nomeadamente, a dor é influenciada pelos fatores biológicos, psicológicos e sociais e é sempre uma experiência pessoal; a dor não pode ser deduzida apenas pela atividade dos neurónios sensoriais, ou seja distingue-se dor de nociceção; os indivíduos aprendem o conceito dor ao longo das suas experiências de vida; os relatos de cada pessoa sobre experiências de dor devem ser respeitados; a dor pode ter efeitos negativos na função e no bem-estar social e psicológico, mesmo tendo um papel adaptativo e a comunicação verbal é apenas um comportamento para expressar a dor, um ser humano com incapacidade de comunicar não nega a possibilidade de sentir dor (APED, 2020).

A dor é um fenómeno complexo e multidimensional, com significado próprio para cada pessoa, sendo predominante nas crianças o medo da lesão corporal e da dor (Sanders, 2014; Batalha, 2010). A criança guarda memória das experiências dolorosas, tendo a dor não tratada consequências a longo prazo, a nível fisiológico, psicossocial e comportamental, o que torna a gestão da dor uma prioridade para todos os profissionais de saúde pediátricos (DGS, 2010; Jacob, 2014).

A adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, marcado pela maturidade física e sexual, onde existe envolvimento complexo entre as mudanças biológicas, cognitivas, psicológicas e sociais (Saewyc, 2014). O conceito de adolescente tem origem no latim *adolescere* “que significa crescer, brotar, fazer-se grande” (Fonseca, 2017). O período da adolescência é compreendido entre os 10-19 anos, todavia pode-se subdividir em três fases: a adolescência inicial (11-14 anos); a adolescência intermédia (15-17 anos) e a adolescência tardia (18-20 anos) (Baptista et al., 2020; WHO, 2017). Durante a adolescência é primordial o desenvolvimento da imagem corporal. Assim, qualquer lesão, dor, incapacidade e morte são percecionadas pela forma como afetam a visão do adolescente sobre si próprio, no presente. O adolescente reage à dor com maior autocontrolo que noutra fase pediátrica, conseguindo descrever e avaliar a sua dor com ferramentas desenvolvidas para adultos (Sanders, 2014). Contudo, nesta fase pode existir maior relutância em divulgar a dor, “exigindo que o enfermeiro ouça com atenção e observe as indicações

físicas, tais como movimento limitado, calma excessiva ou irritabilidade.” (Sanders, 2014, p.1033).

O adolescente assume a doença como uma alteração interna, associa a sua dor à sua condição, influenciando as suas atividades de vida e o alcance dos seus objetivos (Batalha, 2010). O mesmo autor refere que os comportamentos do adolescente, face à dor, são variados podendo ir da imobilidade, à posição fetal ou à proteção da área dolorosa. Emocionalmente, os adolescentes ficam irritados, zangados, deprimidos, agressivos, isolam-se e surgem mudanças no padrão do sono, sendo a sua expressão facial de difícil avaliação, consequência da aprendizagem social sobre a aceitação da dor (Batalha, 2010). Por outro lado, é importante que o enfermeiro dê igual importância à ocorrência de dor em crianças com incapacidade de a expressar verbalmente, que beneficiam de uma avaliação objetiva da dor, ou seja, as alterações comportamentais são o seu melhor relato da dor, revelando ser um desafio para os profissionais de saúde o seu reconhecimento e também, o controlo do medo, da ansiedade e da dor nestas crianças (Batalha, 2010; Pascolo et al., 2018).

Segundo Fernandes (2020), a dor não tratada, em qualquer idade, pode ter efeitos que se perpetuam no tempo. A dor pode ser consequência de traumatismos, da existência de doença contínua ou recorrente ou provocada por procedimentos terapêuticos ou diagnósticos (Fernandes, 2020). Perante o tema do relatório de estágio “O adolescente sujeito a procedimentos dolorosos: intervenções de enfermagem promotoras de conforto”, é dada ênfase à dor aguda.

Segundo a IASP, a dor aguda é definida como uma “dor de início recente e de provável duração limitada (...)” (DGS, 2012b, p. 8). Este tipo de dor é comum na infância, com início súbito, etiologia identificável, duração previsível (menos de 3 meses), desaparece após o tratamento e é frequentemente acompanhada por medo e ansiedade (Fernandes, 2020; Batalha, 2010). Segundo Fernandes (2020), a dor aguda, durante a hospitalização pediátrica, tem uma prevalência muito elevada. A Carta da Criança Hospitalizada refere que devem ser reduzidas ao mínimo as agressões físicas, emocionais e a dor, assim como se deve evitar exames ou tratamentos que não sejam indispensáveis (Instituto de Apoio à Criança, 2008). O controlo da dor aguda é um direito dos doentes, tornando-se essencial, uma vez que evita o sofrimento desnecessário, reduz o risco de complicações e o tempo de internamento das crianças (DGS, 2012b; OE, 2008). Por outro lado, o controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde, pois o controlo inadequado da dor aguda é responsável pelo aumento da ansiedade, perturbações do sono e, em condições

extremas, incapacidade de interação social (DGS, 2012b).

A avaliação e o controlo da dor são fundamentais na prestação de cuidados de enfermagem, logo “uma das principais premissas do enfermeiro é o estabelecer um plano de cuidados individualizados com o objetivo de identificar a dor e tomar as medidas necessárias para aliviar o sofrimento do doente.” (Pinto, 2013, p.4). Os enfermeiros têm uma posição privilegiada para intervir adequadamente em situações de dor na criança, através da avaliação, planeamento, implementação e reavaliação, uma vez que prestam cuidados 24 horas por dia (Amposah et al., 2019). Em 2012, um estudo realizado por Batalha, revelou uma redução significativa na prevalência da dor relativamente a 2002 (75% vs 37%), e um aumento significativo na prevalência de registo da história da dor (0% vs 53%) e na prevalência de registo de intensidade da dor (0% vs 64%), no entanto a prevalência de intervenção farmacológica não sofreu alterações, mas a prevalência de intervenção não farmacológica reduziu drasticamente (72% vs 15%), referindo existir uma necessidade de investir em formação escolar, ações de sensibilização e formação contínua, dando ênfase à colheita de dados, avaliação da dor e uso de intervenções farmacológicas e não farmacológicas (Batalha, 2013; Batalha et al., 2014).

A avaliação da dor tem como objetivo identificar, quantificar e reconhecer a criança com dor, tornando objetivo um fenómeno subjetivo, permitindo uma linguagem uniforme entre profissionais de saúde, facilitando a tomada de decisão e a adaptação personalizada do seu controlo e avaliação da eficácia das intervenções (DGS, 2010). O profissional de saúde, na avaliação da dor pediátrica, necessita considerar não só os fatores relacionados com a dor, mas também o ambiente no qual a criança está inserida, as características do desenvolvimento infantil com o objetivo de conseguir adequar os métodos de avaliação de dor à criança (Guedes et al., 2016). A avaliação da intensidade da dor na adolescência pode ser realizada através das seguintes escalas: EVA (Escala Visual Analógica), EN (Escala Numérica), FPS-R (Faces Pain Scale - Revised), Escalas de faces de Wong Baker, FLACC (Face, Legs, Activity, Cry and Consolability) e FLACC – R (para crianças com multideficiência) (Batalha et al., 2009; DGS, 2010; Oliveira et al., 2018).

O controlo da dor depende da sua avaliação e reavaliação sistemáticas, descrito como um dever dos profissionais de saúde e um direito da criança (DGS, 2010). Segundo a OE (2008) o controlo da dor é definido como um “processo dinâmico de estratégias e/ou ações coordenadas, que têm por objectivo prevenir, avaliar e tratar

a dor” (p.25). “Os enfermeiros têm um papel fundamental na avaliação, prevenção e tratamento da dor, com a instituição de medidas farmacológicas e não farmacológicas” (Pinto, 2013, p.1).

Segundo a WHO (2012), as estratégias farmacológicas em pediatria estão divididas em dois degraus, o primeiro degrau onde se insere a dor ligeira (controlo farmacológico da dor com paracetamol e anti-inflamatórios não esteróides) e no segundo degrau onde se insere a dor moderada a severa (controlo farmacológico da dor com opióides fortes). As estratégias não farmacológicas são eficazes em situações de dor ligeira e procedimentos dolorosos rápidos, são seguras, não invasivas e económicas, podem ser complementadas com estratégias farmacológicas e têm o objetivo de promover maior autonomia da criança e família possibilitando a capacitação na sua utilização (Oliveira et al., 2018). A implementação de estratégias não farmacológicas contribui para a redução da perceção da dor, ou seja, para o alívio da dor, e conseqüentemente para a diminuição da ansiedade e do medo associados aos procedimentos dolorosos, tornando a dor mais tolerável (Oliveira et al., 2018).

A segurança e o conforto são parte integrante do processo terapêutico, sendo que o medo, o desconforto e a dor devem ser valorizados, avaliados e geridos com intervenções apropriadas à idade (Fernandes, 2020). A realização de procedimentos dolorosos é uma realidade na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, sendo essencial que o EEESIP demonstre habilidades e conhecimentos sobre terapias não farmacológicas, promovendo o bem-estar físico, psicossocial e espiritual do adolescente (Regulamento nº 422/2018).

1.4. Intervenções de enfermagem promotoras de conforto do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos

Nos serviços de saúde, os procedimentos são a causa mais frequente de dor na criança, descritos como uma experiência sensorial e emocional de conotação negativa, acompanhados por medo e ansiedade e reconhecidos como fatores agravantes da dor (DGS, 2012a). Segundo Paixão (2010), a realização de procedimentos dolorosos, quer com o objetivo de prevenção, de diagnóstico ou tratamento, são frequentes, tornando-se uma situação ameaçadora do bem-estar para

as crianças e adolescentes. Segundo Barros (2010), é fundamental compreender a dor associada à realização de procedimentos dolorosos e quais as intervenções psicológicas e comportamentais mais adequadas para reduzir o desconforto do adolescente.

A dor associada a procedimentos está intimamente associada à ansiedade antecipatória, a qual não pode ser controlada por analgésicos e anestésicos, pelo que é necessária uma abordagem comportamental, de forma isolada ou complementar com o uso de analgesia ou anestesia. (Barros, 2010, p.296)

A parceria de cuidados e o estabelecimento de uma relação de confiança entre enfermeiro, criança e família no cuidado à criança com dor, facilita o desenvolvimento de competências pela díade, contudo é essencial que exista presença, disponibilidade, escuta, acompanhamento, autenticidade e confiança mútua (Batalha, 2010). Os enfermeiros “desempenham um papel chave na prevenção e tratamento da dor ao garantirem um permanente ambiente de carinho, segurança e conforto” (Batalha, 2010, p.49).

É essencial que o enfermeiro compreenda que conforto não é apenas o alívio da dor física, mas sim algo mais complexo, positivo e dinâmico. O interesse sobre as estratégias de conforto para crianças e famílias, especialmente em procedimentos invasivos tem-se manifestado na literatura pediátrica, não sendo o seu foco apenas o alívio da dor (Kolcaba & DiMarco, 2005). O desconforto provocado pela dor não pode ser impedido, mas o enfermeiro é responsável por ajudar a díade a enfrentar o estado de transcendência através das intervenções de conforto, como por exemplo, as estratégias não farmacológicas no alívio da dor (Kolcaba & DiMarco, 2005). Segundo Apóstolo (2009), a perspectiva de conforto abordada por Kolcaba confirma que as intervenções de enfermagem são a ação de confortar o outro, sendo o resultado dessa ação o conforto, logo a minimização ou erradicação da dor é um ato de conforto. Não obstante, a relação entre controlo da dor e conforto ser complexa, Kolcaba clarifica que o conforto é um termo abrangente onde a eficaz gestão da dor está incluída, sendo uma parte significativa (Kolcaba, 2003). A utilização de estratégias não farmacológicas é considerada uma boa prática de enfermagem na redução do medo e ansiedade no jovem durante procedimentos dolorosos e tem demonstrado uma grande eficácia no alívio da dor aguda associada a esses mesmos procedimentos (Barros, 2010; DGS 2012a).

De acordo com Batalha (2010), DGS (2012a) e OE (2013), as estratégias não farmacológicas, adaptadas ao adolescente são:

- *Comportamentais* – ensino de comportamentos que promovem o alívio da dor, como relaxamento muscular e exercícios respiratórios;

- *Cognitivas* – utilizam métodos mentais para o alívio da dor, como o fornecimento de informação antecipatória e reforço positivo;

- *Cognitivo-comportamentais* – utilizam em conjunto métodos com foco na cognição e no comportamento, como a distração;

- *Físicas ou periféricas* – diminuem a intensidade do estímulo doloroso, a reação inflamatória e a tensão muscular, como a aplicação de calor ou frio e a massagem.

- *Suporte emocional* – promoção de conforto através da presença de alguém significativo e do toque;

- *Ambientais* – melhoria das condições ambientais, como a luz, a temperatura, o ruído, o mobiliário e a decoração.

- *Outras estratégias* – musicoterapia, arteterapia e humor.

Para Batalha (2010), existem vários fatores que influenciam a escolha da estratégia não farmacológica a utilizar, como o profissional de saúde, as características do serviço e recursos existentes, as competências do adolescente e o seu desenvolvimento cognitivo. É responsabilidade do enfermeiro antecipar as situações potencialmente causadoras de desconforto ou dor para que o adolescente não se encontre dissociado da sua família, baseando os cuidados prestados nos cuidados centrados na família. Para Kolcaba e DiMarco (2005), uma das intervenções de conforto, na realização de procedimentos invasivos, é a presença dos pais.

Devido à frequente necessidade de realizar procedimentos invasivos, o EEESIP tem de deter conhecimentos para manter a saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual do adolescente, assim como conseguir aplicar os seus conhecimentos e habilidades no que diz respeito às estratégias não farmacológicas mantendo o rigor técnico e científico na sua implementação (Regulamento nº 422/2018; Regulamento nº 351/2015).

2. PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO

Inicialmente, o problema para a elaboração do relatório “O adolescente sujeito a procedimento dolorosos: intervenções de enfermagem promotoras de conforto” foi a necessidade de refletir sobre as práticas de enfermagem relacionadas com a avaliação e controlo da dor, com base na evidência científica. A escolha da temática surgiu de uma análise da sua importância na área da Pediatria com o objetivo de aprofundar conhecimentos relativos à intervenção do enfermeiro nessa área. Este tema despertou-me interesse, uma vez que a nível profissional vivencio diariamente o sofrimento do adolescente face à realização de procedimentos dolorosos, tendo sentido uma necessidade de compreender essa dor, de modo a preveni-la ou tratá-la de forma adequada. Esta necessidade surge também, com o objetivo de melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem prestados ao jovem e suas famílias em situação de internamento onde exerço funções, visando o seu conforto e bem-estar.

A literatura refere que a dor em pediatria é subtratada não só pela dificuldade que o profissional de saúde tem na sua avaliação, mas também pela dificuldade que detém em integrar na sua prática de cuidados as estratégias não farmacológicas no controlo e alívio da dor, o que causa uma gestão ineficaz da dor na criança (Batalha, 2010; Jacob, 2014). A negação ou desvalorização da dor do outro é referida como uma falha na excelência do exercício profissional (OE, 2008). A gestão diferenciada da dor em pediatria é de extrema importância e engloba várias fases como a avaliação, prevenção e tratamento, sendo necessário perceber que existe uma panóplia de estratégias farmacológicas e não farmacológicas que devem ser implementadas na prática diária de cuidados de enfermagem com o objetivo de minimizar a dor na criança (Oliveira et al., 2018). A utilização de estratégias não farmacológicas no alívio e controlo da dor é adequada e eficaz em situações de dor aguda inerente a procedimentos dolorosos, sendo a sua integração no plano de cuidados, uma intervenção autónoma de enfermagem (Batalha, 2010).

De acordo com a Teoria de Conforto de Kolcaba (1994), o enfermeiro deve ter consciência da predisposição da criança para o desconforto, como no caso dos procedimentos dolorosos, e gerir os cuidados à criança e família em conformidade, para assegurar a tranquilidade (tipo de conforto). O controlo da dor, que engloba a sua prevenção, além de ser um dever dos profissionais de saúde, é um direito de todos os indivíduos, sendo crucial nas crianças, a quem queremos poupar do

sofrimento (OE, 2013).

Segundo o Regulamento nº 422/2018, é competência do EEESIP “providenciar cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas pela evidência”, demonstrando “conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem” e procurando “evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.” (p.19193). Com o objetivo de uma intervenção de enfermagem especializada na promoção de conforto do adolescente, sujeito a procedimentos dolorosos, saliento não só o conceito de gestão aplicado à dor, mas também à sua avaliação e controlo. O EEESIP tem o dever de fazer “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” através da aplicabilidade de “conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem”, garantindo “a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” e aplicando “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.” (Regulamento nº 422/2018, p.19193).

No meu contexto profissional, verifico que ainda existe uma dificuldade na implementação das estratégias não farmacológicas no alívio e controlo da dor, quando se realizam procedimentos dolorosos por enfermeiros ou por outros elementos da equipa multidisciplinar, provocando dor ou desconforto ao jovem. A evidência científica demonstra que a sua utilização surte efeito na minimização da dor ou desconforto. Como referido no Plano Nacional da Luta Contra a Dor, um melhor controlo da dor ajuda a prevenir complicações e contribui para a humanização dos cuidados prestados, proporcionando um maior conforto ao doente (DGS & APED, 2001).

Uma vez que a implementação de estratégias não farmacológicas é uma intervenção autónoma de enfermagem e a promoção do conforto nos diferentes contextos é essencial para o bem-estar do jovem e sua família, pretendo implementar intervenções de enfermagem que promovam o conforto do adolescente quando sujeito a procedimentos dolorosos e, desta forma, proporcionar uma melhoria contínua na qualidade de cuidados de enfermagem prestados em pediatria visando, essencialmente, intervir para proporcionar o melhor conforto ao doente, como refere Kolcaba (2003).

3. PERCURSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Neste capítulo, pretendo fazer uma descrição das atividades que desenvolvi em cada contexto de estágio, visando o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de EEESIP. O estágio decorreu de 23 de novembro de 2020 a 11 de junho de 2021, em quatro contextos diferentes: internamento de pediatria, serviço de urgência pediátrica, unidade de cuidados de saúde personalizados, centro de desenvolvimento e unidade de cuidados neonatais (Apêndice I).

Desta forma, o capítulo está dividido em 5 subcapítulos, correspondendo cada um a um contexto de estágio onde foram desenvolvidas as atividades planeadas que possibilitaram alcançar os objetivos propostos (Apêndice II).

3.1 Internamento de Pediatria

O estágio em Internamento de Pediatria (IP) teve a duração de 4 semanas, compreendidas entre 24 de novembro e 20 de dezembro de 2020.

A população alvo engloba crianças com idades entre os 8 e os 18 anos inclusive, provenientes do serviço de urgência, de outras unidades hospitalares, de outros serviços do hospital, das regiões autónomas e dos países de língua oficial portuguesa evacuados para Portugal. Face à situação pandémica é exigido que a criança e o acompanhante realizem teste SarsCov-2, sendo preferível que o resultado esteja negativo antes do internamento devido à falta de condições físicas para manter isolamentos. Sendo o serviço onde desenvolvo a minha atividade profissional e tendo sido, anteriormente, identificada a necessidade de desenvolver um projeto direcionado para o controlo da dor no adolescente submetido a procedimentos dolorosos, o estágio revelou-se ideal para sensibilizar a equipa para a importância das intervenções promotoras de conforto do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos.

As atividades desenvolvidas pretenderam contribuir para a melhoria da qualidade

dos cuidados de enfermagem no IP, convergentes com a política de qualidade preconizada, que visa a implementação de uma abordagem estruturada e promotora da melhoria da qualidade dos cuidados. Na instituição onde trabalho a continuidade de cuidados ao adolescente e sua família é prioritária, desde a sua admissão à alta hospitalar, centrando-se nas suas necessidades e preferências.

A EEESIP, além de prestar cuidados, é responsável de turno, assumindo as funções de gestão do IP. O facto de ter acompanhado a EEESIP reafirmou a sua importância no âmbito da gestão de cuidados, o que me possibilitou, através de observação participante, gerir vagas do internamento, participar nas reuniões multidisciplinares, gerir stock da medicação e realizar os pedidos à farmácia hospitalar, a distribuição enfermeiro-doente e a contagem e requisição de material necessário. Estas atividades, durante as 4 semanas de estágio, permitiram o desenvolvimento competências comuns de enfermeiro especialista, articulando a resposta da equipa de enfermagem e na equipa de saúde (Regulamento nº 140/2019), sempre com supervisão da EEESIP.

A eleição deste local de estágio permitiu um aprofundamento de conhecimentos e um desenvolvimento de competências na prestação de cuidados ao adolescente, promovendo a sua autoestima e a autodeterminação nas escolhas de saúde (Regulamento nº 422/2018), através da comunicação, ponto fulcral para atingir os objetivos propostos para estágio. Como tal, foram delineadas atividades no guia orientador de estágio (Apêndice II), começando pela pesquisa bibliográfica sobre o tema do meu projeto, para a sua implementação no IP e consulta de protocolos existentes no serviço sobre a dor. Foi consultado o manual da dor do IP que inclui documentos reconhecidos como a Carta Europeia dos Direitos da Criança e do Adolescente, Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, Circulares Normativas e Orientações Técnicas da DGS, Guia Orientador de Boa Prática da Dor da OE, Circulares Informativas do hospital e Escada da OMS no tratamento da dor.

Na entrada na adolescência o pensamento e comportamento sofrem oscilações entre ser criança e ser adulto, sendo comum considerar que o adolescente tem as preocupações de uma criança e a sabedoria de um adulto (Hockenberry, 2014). Durante o estágio percebi, com o acompanhamento da EEESIP, a importância de conhecer o adolescente a quem prestamos cuidados, assim como os seus gostos e preferências para conseguir adequar a comunicação à sua individualidade. Uma vez que a adolescência é dividida em adolescência tardia (11-14 anos), adolescência intermédia (15-17 anos) e adolescência tardia (18-20 anos), a comunicação tem de

ser adaptada ao estadio de desenvolvimento do adolescente (Batista, Quintas, Baltar, Alves, Lavrador & Silva, 2020). Para alcançar o objetivo específico: desenvolver capacidades de comunicação com a criança e jovem adaptadas ao seu estadio de desenvolvimento, a minha abordagem ao adolescente era planeada. O meu primeiro contato com o adolescente e acompanhante, depois das apresentações, era tentar conhecer o seu quotidiano, perceber quais os seus conhecimentos sobre o seu estado de saúde, assim como as suas expetativas e preocupações. Depois desta abordagem inicial, num momento em que o adolescente permanecia sozinho, percebia se a presença do acompanhante limitava a expressão das suas emoções, se preferia conversar quando estava sozinho ou se a presença do acompanhante não lhe causava nenhum desconforto, uma vez que o adolescente se sente mais confortável a exprimir as suas preocupações com um adulto que não seja familiar, mostrando aceitação pela pessoa que revela um interesse genuíno por si (Hockenberry, 2014). Mostrei total disponibilidade para ouvir o adolescente e transparência nas informações transmitidas para conseguir uma relação de confiança.

O processo de comunicação é multidirecional e para o seu sucesso contribui a atitude do enfermeiro, pela demonstração da disponibilidade, consistência, transparência e intencionalidade (...). Esta atitude tem potencial para que os clientes (...) tenham maior propensão para confiar nas informações e aderir às orientações de saúde. (Fernandes & Andrade, 2020, p.88)

Quando estabelecida uma relação de confiança e parceria o adolescente e família experienciam uma sensação de transcendência, ultrapassando a situação de desconforto ou sofrimento, quando estes não podem ser erradicados ou evitados (Kolcaba e DiMarco, 2005). Como futura EEESIP desenvolvi 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” e 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, p.19193), mas acima de tudo desenvolver competências na área da comunicação com o adolescente e família adequada ao estádio de desenvolvimento e cultura, através do conhecimento sobre as técnicas de comunicação no relacionamento respeitando as crenças e as culturas (Regulamento nº 422/2018).

Dando ênfase ao segundo objetivo geral: Desenvolver estratégias de intervenção promotoras de conforto dos adolescentes sujeitos a procedimentos dolorosos, achei prioritário, em conjunto com a EEESIP, realizar o levantamento de necessidades de formação na equipa de enfermagem sobre a perceção da avaliação da dor (quanto à frequência com que a equipa de enfermagem avalia a dor, que escalas de avaliação da dor conhecem e as dificuldades sentidas na avaliação da dor no adolescente), assim como a perceção sobre a prevenção e controlo da dor no adolescente sujeito a procedimentos dolorosos (frequência de utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor no adolescente, que estratégias não farmacológicas são utilizadas no adolescente submetido a procedimentos dolorosos, quais as estratégias que consideram promover maior conforto do adolescente e as dificuldades sentidas na aplicabilidade das estratégias não farmacológicas) (Apêndice III). Constatei que a equipa de enfermagem tinha conhecimentos sobre a avaliação e controlo da dor do adolescente, contudo nem sempre os conhecimentos eram aplicados devido às dificuldades explanadas, como a inconsistência na aplicabilidade da escala de avaliação da dor pela equipa de enfermagem, discrepância da auto e heteroavaliação da dor do adolescente e do profissional de saúde, falta de dados da história da dor, desconhecimento das estratégias de *coping* do adolescente, desvalorização das estratégias não farmacológicas pelo adolescente e família e inconsistência na aplicação de estratégias não farmacológicas pela equipa de enfermagem.

Através dos dados obtidos no levantamento de necessidades de formação da equipa de enfermagem foi planeada uma formação em contexto de trabalho (Apêndice IV) com o intuito de aprofundamento de conhecimentos sobre a escalas de avaliação de intensidade da dor e sobre o controlo da mesma, através de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, promovendo a discussão de caso clínico para uma melhor perceção das intervenções de enfermagem promotoras de conforto do adolescente submetido a procedimentos dolorosos. Esta atividade contribuiu para o desenvolvimento das competências D2 “baseia a sua práxis clínica especializada evidência científica” (Regulamento nº 140/2019, p.4749), por ser elo facilitador da aprendizagem na equipa de enfermagem através do diagnóstico das necessidades formativas e da realização da formação em contexto de trabalho, mas também por suportar a prática de enfermagem em evidência científica, sendo dinamizador da aquisição de novos conhecimentos no contexto da prática com o objetivo de aumentar os ganhos em saúde (Regulamento nº 140/2019); e B1 “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais

na área da governação clínica” (Regulamento nº 140/2019, p.4747) por mobilizar conhecimentos e habilidades visando a melhoria contínua da qualidade (Regulamento nº 140/2019).

Neste sentido, no decorrer do meu estágio, apliquei e incentivei algumas estratégias não farmacológicas no alívio e controlo da dor, tais como: a distração com recurso a musicoterapia ou a utilização de dispositivos eletrónicos, incentivo na realização de exercícios respiratórios. Foi igualmente importante promover a presença da pessoa significativa, a escuta ativa e o reforço positivo no final de cada procedimento doloroso, que se constituíram como estratégias eficazes na gestão diferenciada da dor aguda (OE, 2013). A utilização destas estratégias não farmacológicas vai ao encontro da satisfação das necessidades que Kolcaba & DiMarco (2005) mencionam como necessidades de conforto psico-espiritual, pois proporcionam à criança/jovem e família enfrentar ou ultrapassar de forma tranquila as situações de desconforto (como sejam procedimentos dolorosos). Um cuidado inerente à realização de procedimentos dolorosos, foi a utilização da sala de tratamentos e não no quarto da criança ou na sala de atividades, o que constitui uma medida de promoção de conforto ambiental, como refere Kolcaba & DiMarco (2005).

Face a pertinência da temática e a sua importância na qualidade de cuidados prestados elaborei um estudo de caso (Apêndice VI), com o objetivo de focar a intervenção de enfermagem na dor que os procedimentos dolorosos provocam e organizar um plano de cuidados para a situação explanada e elaborei, também, um dossier temático (Apêndice V) constituído por artigos alusivos ao tema em estudo, de simples acessibilidade a toda a equipa de enfermagem. Segundo Fernandes (2020), o medo, o desconforto e a dor devem ser identificados, avaliados e geridos através de intervenções apropriadas à idade, uma vez que a segurança e o conforto devem ser partes integrantes do processo terapêutico. Com a realização destas atividades foram desenvolvidas as unidades de competência B1.1 “Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” (Regulamento nº 140/2019, p.4747), E1.1 “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, E2.2 “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”, E2.4 “Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos de saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”, E3.3 “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio

de desenvolvimento e à cultura” e E3.4 “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento nº 422/2018, p.19194).

3.2 Serviço de Urgência Pediátrica

O estágio em Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) teve a duração de 4 semanas, compreendidas entre 01 e 28 de março de 2021.

O SUP é o primeiro contacto da criança e jovem com o ambiente hospitalar e com a vivência face aos procedimentos dolorosos, sendo pertinente perceber as estratégias não farmacológicas utilizadas pela equipa de enfermagem nesses momentos, uma vez que a realização de procedimentos dolorosos, quer com objetivo de prevenção, de diagnóstico ou tratamento, são frequentes, tornando-se uma situação ameaçadora do bem-estar para crianças e adolescentes (Paixão, 2010).

A população alvo do SUP são crianças desde a nascença até aos 18 anos, assegurando, o serviço, cuidados à população nacional que é encaminhada para o hospital, das regiões autónomas e dos países africanos de língua oficial portuguesa que são evacuados para Portugal. Os cuidados são individualizados de acordo com as necessidades particulares da criança, do jovem e da sua família, tendo como ponto de partida a triagem realizada pelo enfermeiro. Face à distribuição de enfermagem no turno (1 enfermeiro para cada posto do SUP), o método de trabalho é individual.

No decorrer do estágio realizei várias atividades, de forma a desenvolver competências de EEESIP e atingir os objetivos propostos. Inicialmente realizei consulta de protocolos existentes no SUP. Consultei normas, relativamente ao acolhimento do utente pediátrico na sala de observação, transferência das crianças para internamentos, rastreio de Sars-Cov 2. Estas consultas ajudaram-me a compreender a dinâmica do serviço e atuação da equipa de enfermagem em situações específicas. A observação participante na equipa do SUP com supervisão da EEESIP nas diferentes áreas do SUP (sala de tratamentos, sala de cirurgia e sala de ortopedia) permitiram-me intervir junto da criança, jovem e seu acompanhante com maior aptidão, continuando em desenvolvimento a competência de diagnóstico e intervenção nas doenças comuns e nas situações que afetam negativamente a qualidade de vida da criança e do jovem (Regulamento nº 422/2018). Percebi, após a

consulta dos documentos que o projeto de melhoria contínua – 5º Sinal Vital “Dor”, estava implementado no SUP. Suscitou-me interesse perceber como o projeto estava implementado, quais os seus objetivos e atividades já implementadas, pelo que organizei uma entrevista semi-estruturada para realizar a uma enfermeira perita integrante do projeto (Apêndice X), com o intuito de perceber se as atividades que me propus desenvolver seriam pertinentes face ao já implementado.

Através de observação participante, colaborei e acompanhei o EEESIP orientador na avaliação da criança, do jovem e família (acompanhante) com necessidades de cuidados urgentes e emergentes com uma base mais alargada de conhecimentos, colaborando na intervenção em situações complexas. Durante o decorrer do estágio, uma adolescente com patologia psiquiátrica, já seguida em pedopsiquiatria e previamente medicada, recorre ao SUP por ingestão medicamentosa voluntária de comprimidos orodispersíveis, sendo que a lavagem gástrica não era indicada. Foi necessária punção de veia periférica para soroterapia e manter-se em vigilância com monitorização cardiorrespiratória. Face à agitação psicomotora, a adolescente foi contida fisicamente, escalando o seu grau de agressividade. Após esta situação, na qual não foi respeitada a filosofia de cuidados não traumáticos, que segundo Hockenberry e Barrera (2014), são cuidados terapêuticos baseados em intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto da criança e dos familiares tendo como objetivo não causar dano, senti necessidade de realizar um jornal de aprendizagem (Apêndice VIII) onde apresentei a situação e refleti sobre o que poderia ter sido feito de maneira menos traumática para a adolescente e para o pai. A realização destas atividades contribuíram para o desenvolvimento das competências A1 “Desenvolve uma prática ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontologia profissional”, uma vez que todo o processo e os resultados de tomada de decisão foram avaliados através da aferição dos resultados da tomada de decisão e partilha de resultados (Regulamento nº 140/2019, p.4746); D1 Desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, uma vez que “detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” através da otimização do “autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou equipa multidisciplinar” (Regulamento nº 140/2019, p.4749); e as unidades de competência E2.1 “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” e E2.4 “Providencia cuidados à criança/jovem promotores de majoração dos ganhos de saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem

comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (Regulamento nº 422/2018, p.19193)

Tive a oportunidade de observar e colaborar na realização de triagem de crianças e jovens, onde a análise deve ser rápida e precisa para uma decisão clínica responsável e atribuição de prioridade adequada. A observação da intervenção diferenciada da EEESIP foi importante, uma vez que detém perícia no diagnóstico precoce e na intervenção em situações de risco através da triagem utilizada. Importante referir que, pelo sistema de triagem canadiano designado Canadian Triage and Acuity Scale, através de perguntas precisas e de fácil compreensão, a EEESIP realiza uma avaliação precisa, identifica necessidades de cuidados e encaminha para observação para pediatria médica ou outra especialidade, prestando cuidados imediatos à criança ou jovem se for oportuno, realiza ensinamentos simples sobre a intervenção dos pais da criança ou jovem com febre, vômitos ou diarreia, por exemplo. Com a minha observação participante na triagem, percebi que relativamente à avaliação da dor nos adolescentes é utilizada a escala numérica e, quando a sua aplicabilidade não é possível, é utilizada a escala FLACC. A minha intervenção no processo de triagem prendeu-se com o incentivo de utilização de outras escalas de autoavaliação da dor, uma vez que, segundo a DGS (2010), a escala de faces de Wong-Baker e a escala FPS-R e a escala visual analógica são passíveis de ser utilizadas na adolescência. Consequentemente, desenvolvi um poster em formato A3 sobre a avaliação da dor na adolescência (Apêndice XI), com as diferentes escalas de avaliação de intensidade da dor, com o intuito de ficar nas secretárias da triagem para uma consulta e aplicação mais facilitada pela equipa de enfermagem. Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento das unidades de competência E1.1, E1.2 e E2.1 “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”, “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime de reinserção social da criança/jovem” e “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (Regulamento nº 422/2018, p.19193).

O desenvolvimento do meu estágio foi mais centrado na sala de tratamentos e na sala de pequena cirurgia onde são realizados os procedimentos dolorosos no SUP. De salientar, que a equipa de enfermagem reconhece a importância da utilização de estratégias não farmacológicas na realização de procedimentos dolorosos como promotoras de conforto, não só da criança e do jovem, mas também do seu

acompanhante. Nos procedimentos dolorosos realizados, foi comum a utilização de estratégias não farmacológicas como a informação antecipatória, reforço positivo, a presença dos pais, posicionamento de conforto e a utilização do humor. A comunicação durante os procedimentos dolorosos, fornecendo a informação antecipatória e escuta ativa torna-se parte do processo de promoção do conforto à díade, sendo identificada por Kolcaba como uma necessidade de conforto sociocultural. A mesma autora identifica ainda como parte integrante da dimensão sociocultural, as necessidades de cuidados culturalmente sensíveis, linguagem corporal positiva e o carinho (Kolcaba & DiMarco, 2005). Na minha permanência na sala de tratamentos colaborei na realização de procedimentos dolorosos, tendo a oportunidade de implementar a musicoterapia e a realização de exercícios respiratórios. Esta experiência permitiu-me refletir sobre as estratégias não farmacológicas mais utilizadas durante os procedimentos dolorosos. Desta forma, e face ao tema do meu relatório elaborei uma tabela dos procedimentos dolorosos mais frequentes no SUP, com as estratégias não farmacológicas mais utilizadas e a fundamentação teórica sobre o tema (Apêndice VII). Foram desenvolvidas as unidades de competência B3.1. “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” (Regulamento nº 140/19, p.4747), E2.1., E2.2., E2.4., “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”, “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” e “Providencia cuidados à criança/jovem promotores de majoração dos ganhos de saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (Regulamento nº 422/2018, p.19193) e E3.3 e E3.4 “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura” e “Promove autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento nº 422/2018, p.19194).

No entanto, na sala de pequena cirurgia, como a equipa médica não está em permanência na urgência, vem ao SUP nas pausas do bloco operatório, sendo segundo eles o tempo contado, não estando disponíveis para a implementação de estratégias não farmacológicas durante os procedimentos dolorosos, como suturas de feridas incisais, por exemplo. Desta forma, desenvolvi outro poster – “O adolescente sujeito a procedimentos dolorosos: estratégias não farmacológicas no alívio da dor” (Apêndice XII), em formato A2 para ficar disponível nas secretárias da sala de

tratamentos de enfermagem, sala de ortopedia e sala de pequena cirurgia. A elaboração dos dois pósteres contribui para o desenvolvimento das unidades de competência D2.2 “Suporta a prática clínica e evidência científica” através da atuação “como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos” e da interpretação, organização e divulgação de “resultados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento de enfermagem” (Regulamento nº140/2019, p.4749) e E2.2 “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento nº422/2018, p.19193).

No sentido de alcançar os objetivos propostos elaborei um estudo de caso sobre uma adolescente que recorre ao SUP, com necessidade de ser submetida a procedimentos dolorosos (Apêndice IX). A elaboração do estudo de caso teve como objetivo focar a intervenção de enfermagem na dor que os procedimentos dolorosos provocam e organizar um plano de cuidados para a situação explanada. Segundo Fernandes (2020), o medo, o desconforto e a dor devem ser identificados, avaliados e geridos através de intervenções apropriadas à idade, uma vez que a segurança e o conforto devem ser partes integrantes do processo terapêutico. A realização desta atividade contribui para o desenvolvimento das unidades de competência B1.1 “Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade”, B3.1 “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” (Regulamento nº 140/2019, p.4747), E1.1 “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, E2.2 “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”, E2.4 “Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos de saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”, E3.3 “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” e E3.4 “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento nº 422/2018, p.19194).

3.3 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

O estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) decorreu de 6 a 30 de abril de 2021, sendo objetivo deste estágio o desenvolvimento de competências na vigilância de saúde, desenvolvimento infantil, aquisição de competências no que respeita à comunicação com a criança, jovem e família e utilização de estratégias não farmacológicas quando as crianças e jovem são sujeitos a procedimentos dolorosos.

No desenvolvimento deste estágio foi benéfico o acompanhamento da EEESIP que era responsável pela saúde infantil e juvenil, permanecendo todo o percurso na área de especialização. No entanto, por assumir funções de gestão em apoio à enfermeira chefe do UCSP tive a oportunidade, em conjunto com a EEESIP, de organizar as listas de utentes para a vacinação Covid-19 através do SClínico® e sua distribuição pelos enfermeiros da equipa responsáveis pela vacinação, para agendamento dos utentes, desenvolvendo a competência de supervisionar as tarefas, garantindo a segurança e qualidade (Regulamento nº 140/2019). A realização do horário da equipa de enfermagem é responsabilidade da EESIP, onde é necessário que haja sempre um elemento que cumpra horário da tarde (das 13h às 20h) e que todas as áreas da UCSP estejam asseguradas: visitas domiciliárias, sala de tratamentos, saúde infantil e juvenil, saúde materna, apoio à vacinação Covid (nos centros de vacinação) e apoio às áreas dedicadas aos doentes respiratórios (ADR) ao fim de semana. A EESIP permitia à equipa que escolhesse os dias de disponibilidade para turnos da tarde, vacinação Covid e ADR para que, segundo a mesma, a equipa se sinta motivada para assegurar todas essas áreas. Durante o estágio foi-me solicitada ajuda no preenchimento do horário, permitindo o desenvolvimento da competência comum de enfermeiro especialista de adaptação da liderança e gestão de recurso às situações e ao contexto, com o objetivo de garantir a qualidade de cuidados (Regulamento nº 140/2019).

Este contexto de estágio possibilitou-me uma observação participante na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil nas consultas e registar os dados em suportes próprios como o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, incentivando a criança e/ou pais à adoção de comportamentos promotores de saúde face à nutrição, brincar, atividades lúdicas em espaços livres e adoção de medidas de segurança com o objetivo de evitar acidentes, promovendo a vacinação, a saúde oral, a prevenção de

acidentes e maus-tratos e aleitamento materno como preconiza o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013). A participação nas consultas de saúde infantil e juvenil nas idades preconizadas pelo PNSIJ contribuiu para o desenvolvimento de competências nesta área, sendo responsabilidade do EEESIP dar resposta “na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades (...)” (Regulamento nº 422/2018, p.19192) e implementar e gerir de um plano de saúde, em parceria, que promova a parentalidade e a capacidade para gerir um regime terapêutico da criança e do jovem (Regulamento nº 422/2018).

Relativamente à sala de enfermagem de saúde infantil e juvenil, é importante referir a especial atenção à promoção do conforto ambiental, uma vez que a sala onde decorrem as consultas estava pintada de forma colorida e com motivos infantis, onde a temperatura do espaço era regularmente verificada e gerida pela EEESIP, fatores que se assumem como potenciadores de um ambiente terapêutico e seguro, gerador de conforto para a criança, tal como confirmado por Kolcaba (2003) que refere que o conforto físico da criança depende do conforto ambiental do meio onde esta se encontra inserida.

O desenvolvimento deste estágio contribuiu para atingir os objetivos gerais do meu relatório. Para tal, foram definidas atividades como consulta de normas e procedimentos existentes na UCSP referentes à saúde infantil e juvenil, em conjunto com o PNSIJ, programas e orientações da DGS e documentos da OE sobre a dor e o seu controlo e alívio e o Plano Nacional de Vacinação (PNV). A atividade de consulta de normas, procedimentos e projetos, assim como o acompanhamento da EEESIP orientadora, permitiu-me compreender a dinâmica organizacional e estrutural da UCSP, que se guiam pelo preconizado no PNSIJ na marcação de consultas em idade-chave, na valorização dos cuidados antecipatórios, na deteção, acompanhamento e encaminhamento de situações de alterações na saúde da criança e do jovem e no cumprimento do PNV (DGS, 2013).

As EEESIP são responsáveis pela área da saúde infantil e juvenil, o que possibilitou a minha permanência na área de interesse, participando nas consultas de saúde infantil e juvenil, colaborando na transmissão de cuidados antecipatórios aos pais como promotores da parentalidade. Na primeira consulta com o recém-nascido era reforçada a importância do contato entre pais e bebés através da massagem, método canguru e amamentação, como potenciadores da relação, mas também como

estratégias não farmacológicas no controlo e alívio da dor em procedimentos dolorosos, quer no diagnóstico precoce, quer na vacinação, atenuando a resposta comportamental do bebé à dor (OE, 2013). Consequentemente, além de mobilizar a competência de enfermeiro especialista através do desenvolvimento da prática profissional, na área da especialização, com base nas normas legais, princípios éticos e deontologia profissional respeitando sempre os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº 140/2019), desenvolvi competência no cuidado à criança e família em situações complexas, na unidade de competência de gestão da dor e bem estar da criança através da aplicabilidade de conhecimentos e habilidades em estratégias não farmacológicas no alívio da dor (Regulamento nº 422/2018).

As orientações transmitidas aos pais iam de encontro ao estágio de desenvolvimento da criança, ao seu nível de desenvolvimento e às suas necessidades específicas. O instrumento utilizado na avaliação do desenvolvimento da criança é a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de *Mary Sheridan* modificada, permitindo a avaliação do desenvolvimento dos 1 aos 12 meses e dos 18 meses aos 5 anos de idade, que verificando se a criança está no padrão da normalidade esperado para a idade. Segundo a DGS (2013), o desenvolvimento psicomotor é dinâmico e variável de criança para criança, assim como na idade em que a criança adquire novas aquisições e transita de estágio. Na UCSP estava disponível o material preconizado pela DGS (2013) para uma correta avaliação do desenvolvimento da criança através da Escala de Avaliação e Desenvolvimento de *Mary Sheridan*

No decorrer do estágio realizei consultas nas idades chave preconizadas pelo PNSIJ, sendo perceptível que a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de *Mary Sheridan* modificada permite acompanhar a evolução do desenvolvimento da criança, maximizando as suas potencialidades (DGS, 2013). Contudo, é importante salientar que para complementar a avaliação pela referida escala, é necessária a realização de entrevista aos pais ou cuidadores acerca das rotinas da criança, comportamento e aprendizagens adquiridas, permitindo a expressão das suas emoções e preocupações. O estabelecimento de uma parceria de cuidados com o objetivo de envolvimento, participação da família promove a capacitação dos pais na tomada de decisão, reconhecendo as suas competências na prestação natural dos cuidados à criança (Hockenberry & Barrera, 2014), o que me permitiu “avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças em saúde e dinâmica familiar” (Regulamento nº 422/2018, p.19192).

Uma das preocupações da EEESIP é o cumprimento do PNV, se a idade de realização da vacina for coincidente com a consulta de saúde infantil e juvenil é realizada no pós-consulta, indo ao encontro do previsto no PNSIJ. Quando não coincide é realizada marcação prévia pelos pais ou a EEESIP entra em contato para a marcação da vacina se estiver em atraso. No decorrer do estágio, com a supervisão da EEESIP, consultei o sistema informático para perceber as crianças que tinham a vacinação em atraso e entrei em contato com os pais para perceber o porquê do atraso e para proceder ao agendamento. Segundo o PNSIJ é pretendido que se promova a imunização contra doenças transmissíveis, conforme o PNV (DGS, 2013). “A imunização, ao conferir proteção imunológica contra determinadas doenças infecciosas, promove a integridade física e psicológica da criança contribuindo para que todo o processo de desenvolvimento ocorra de forma saudável e sem sobressaltos” (OE, 2010, p.82). A visibilidade do trabalho dos enfermeiros, nesta área, é refletida pelos elevados valores percentuais de crianças vacinadas atualmente, sendo o ato de vacinação uma oportunidade para que o enfermeiro estabeleça uma relação com a criança e observe a dinâmica familiar (OE, 2010).

Tendo em conta que os adolescentes raramente iam à UCSP devido à pandemia, desenvolvi atividades sobre a implementação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante a vacinação nas idades preconizadas pelo PNV. Em concordância com a EEESIP, uma vez que a sala de vacinação é comum para crianças e adultos e a enfermeira responsável não é especialista em saúde infantil e pediátrica, elaborei um poster de consulta rápida para a enfermeira da sala de vacinação sobre as estratégias não farmacológicas no alívio da dor adequadas às diferentes idades da vacinação (Apêndice XIII). Por outro lado, as EEESIP referiram dificuldades em desenvolver uma consulta de enfermagem ao adolescente, pela dificuldade na comunicação e na organização da consulta pela presença dos pais. No início do estágio pensei em desenvolver uma formação em contexto de trabalho para a equipa de enfermagem, mas devido à pandemia e à organização dos agendamentos da vacinação Covid-19, a disponibilidade da equipa não era a melhor. Decidi, em comum acordo com a EEESIP orientadora, elaborar um documento orientador sobre a entrevista ao adolescente, incluindo princípios éticos, as consultas preconizadas pelo PNSIJ, os princípios gerais da entrevista ao adolescente, o algoritmo de atuação e planeamento de cuidados definido pela OE, os diferentes modos de apresentação do adolescente na entrevista, fases da entrevista e o acrónimo *HEEADSSS* e exemplos de perguntas que podem ser feitas referente ao acrónimo referido (Apêndice

XIV). Desenvolvi competências comuns de enfermeiro especialista, uma vez que a minha prática clínica foi baseada em evidência científica, por ser elo facilitador da aprendizagem na equipa de enfermagem através do diagnóstico das necessidades formativas, mas também por suportar a prática de enfermagem em evidência científica, sendo dinamizador da aquisição de novos conhecimentos no contexto da prática com o objetivo de aumentar os ganhos em saúde (Regulamento nº 140/2019); e B1 “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Regulamento nº 140/2019, p.4747) por mobilizar conhecimentos e habilidades visando a melhoria contínua da qualidade (Regulamento nº 140/2019).

Os procedimentos dolorosos realizados na UCSP são o diagnóstico precoce e a vacinação. Antes da vacinação consegui implementar algumas estratégias não farmacológicas no alívio da dor como amamentação, contenção física, presença dos pais, musicoterapia através do telemóvel e imaginação guiada. Não podemos evitar o desconforto causado pela vacinação, mas é essencial que o momento seja o menos doloroso para a criança ou adolescente, tornando-se importante que o enfermeiro implemente estratégias não farmacológicas que ajudem a ultrapassar o desconforto e aliviar a dor – alinhado com Kolcaba e DiMarco (2005), o alívio é um estado em que uma necessidade de conforto é satisfeita, sendo o desconforto aliviado. Para colmatar esta necessidade de implementar estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante a vacinação, elaborei um folheto direcionado aos pais sobre o tema (Apêndice XIII), incluindo o que é a vacinação, como reagem as crianças à dor, como e quando informar sobre o procedimento e as estratégias não farmacológicas no alívio da dor adequadas às diferentes idades preconizadas no PNV, para ser entregue na primeira consulta de saúde infantil. A participação na vigilância do cumprimento do PNV e a administração das vacinas motivou a consolidação de conhecimentos e permitiu desenvolver competências na promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil (Regulamento nº 422/2018). A compreensão da importância das estratégias não farmacológicas no diagnóstico precoce e vacinação permitiu-me desenvolver as unidades de competência E1.2, E2.2 e E2.4 “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”, “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” e “ 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” (Regulamento nº 422/2018, p.19193).

A implementação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor tem como objetivo promover o conforto da criança e da família. A realização de procedimentos dolorosos é uma realidade nos cuidados de enfermagem, sendo imperativo que o EESIP demonstre habilidades e conhecimentos sobre terapias não farmacológicas, promovendo o bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança e jovem (Regulamento nº 422/2018), contribuindo para o conforto dos mesmos através da gestão diferenciada da dor aquando dos procedimentos dolorosos.

3.4 Centro de Desenvolvimento

O estágio no Centro de Desenvolvimento (CD) decorreu de 3 a 14 de maio de 2021. A seleção deste contexto visou a aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, com ênfase no crescimento e desenvolvimento da criança com necessidades especiais.

O CD é constituído por uma equipa multidisciplinar de pediatras do desenvolvimento, neuropediatria, pedopsiquiatria, psicólogas, enfermeiras especialistas em saúde mental, EESIP, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, professora de ensino especial e assistente social. O trabalho em equipa na área do desenvolvimento é essencial, sendo marca deste centro os critérios de acessibilidade e rapidez de resposta.

No decorrer do meu estágio, após leitura das normas e protocolos do serviço percebi que a referenciação ao CD pode ser realizada pelos pais das crianças até aos 3 anos, quando apresentam preocupações com o comportamento, relação e/ou desenvolvimento, alterações no padrão do sono, dificuldade a nível alimentar, alterações na comunicação ou interação social inferior ao que é esperado no estadio de desenvolvimento da criança, ou pelo médico de família que solicitam a colaboração da consulta do desenvolvimento para crianças até aos 5 anos quando identificam alterações no crescimento e/ou desenvolvimento.

Foi-me proporcionado assistir às várias reuniões semanais instituídas no CD, de natureza clínica, formativa ou comunitária: **reunião de interação** – discussão de casos clínicos de crianças com idade inferior a 24 meses, com análise detalhada da

interação entre pais e criança. Num primeiro momento é realizada a leitura do registo de interação sem se facultar mais informação além da idade da criança, promovendo-se a discussão. Num segundo momento é apresentado um vídeo da interação (com consentimento dos pais), retomando-se à discussão no final para considerar hipóteses sobre o motivo da consulta. No final, o médico assistente apresenta o caso clínico com posterior debate sobre diagnóstico e terapêutica; **reunião de orientação** – discussão de casos clínicos selecionados e tem como objetivo compreender a sintomatologia da criança no seu contexto pessoal e familiar com esclarecimento diagnóstico e planeamento terapêutico; e **reunião de desenvolvimento** – apresentação de casos clínicos que promovam a formação de internos em estágio no CD.

Na equipa do CD existem 2 EEESIP que integram a unidade de desenvolvimento, consultas conjuntas entre EEESIP e médico e consultas do sono. O desenvolvimento das consultas é baseado no Modelo Floortime para uma caracterização da criança, para esclarecimento de diagnóstico e adequação do plano de cuidados. Segundo Silva, Eira, Pombo, Silva, Martins, Santos, Bravo e Roncon (2003), o Modelo Floortime tem como objetivo envolver a criança numa relação afetiva, apresentando como princípios acompanhar e entrar na atividade da criança, tendo em conta as suas características individuais e estadio de desenvolvimento emocional; permitir o envolvimento da criança connosco através das nossas expressões afetivas e das nossas ações; através do jogo conseguir abrir e fechar ciclos de comunicação, ampliar as competências motoras e experiências interativas da criança; ajustar as intervenções a cada criança individualmente, mobilizando os seis níveis funcionais do desenvolvimento – atenção, envolvimento, reciprocidade, comunicação, utilização de sequências de ideias e pensamento lógico emocional. Este contexto de estágio possibilitou uma observação participante, na realização das consultas, que tem por base o modelo referido, integrando a interação com a criança no chão, participando nos seus diálogos e brincadeiras, incentivando interações com os brinquedos e connosco, o que contribuiu para o desenvolvimento das unidades de competências E2.2 “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”, E2.4 “Providencia cuidados à criança/jovem promotores 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 à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”, E3.1 “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” e E3.3 “Comunica com a criança e família

de forma apropriada ao estadió de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento nº 422/2018, p.19194). As salas onde são realizadas as consultas têm tapete para a criança brincar e uma panóplia de brinquedos, sendo de livre escolha da criança com quais brinquedos quer brincar sendo assim garantida a promoção do conforto ambiental, tal como referido por Kolcaba & DiMarco (2005).

3.5 Unidade de Cuidados Neonatais

O estágio no contexto de Unidade de Cuidados Neonatais decorreu do dia 17 de maio a 11 de junho de 2021. Esta unidade presta cuidados a recém-nascidos (RN) até aos 28 dias de vida ou a bebés prematuros já com meses de idade cujos cuidados não possam ser assegurados por outras unidades. Os RN são provenientes do bloco de partos do hospital ou de outras unidades hospitalares do país, como serviços de obstetrícia ou outras unidades de neonatologia. Esta unidade de cuidados neonatais abrange ainda a região que se estende de Coimbra ao Algarve, incluindo os arquipélagos da Madeira e dos Açores. Contudo, existem exceções em que o internamento se prolonga além dos 28 dias devido à necessidade de ventilação invasiva ou necessidade de continuidade de cuidados médicos e de enfermagem que inviabilizam a ida do bebé para casa.

Com o objetivo de promover a vinculação, parentalidade e desenvolvimento de competências parentais, existem projetos na unidade de cuidados neonatais como, a implementação do Método Canguru, controlo da dor no RN e a preparação para a alta com a realização de ensinós e envolvimento dos pais ao seu filho(a) logo que possível para promover a sua autonomia no cuidado ao RN.

Neste contexto trabalhei a utilização de terapias de enfermagem comuns e complementares nos cuidados à criança e família que promovam a majoração em ganhos de saúde, suportadas na evidência, e a promoção da vinculação entre os pais e o recém-nascido (Regulamento nº 422/2018), para dar resposta ao objetivo geral delineado para este estágio de desenvolver competências de EEESIP no cuidado à criança, jovem e sua família nas diferentes etapas do desenvolvimento, em particular os objetivos específicos: 1.1 Desenvolver competências no âmbito da promoção da vinculação e da parentalidade, e 1.2 Promover comportamentos potenciadores de

saúde, estilos de vida saudáveis e a gestão do plano de saúde no sentido da maximização da saúde da criança e do jovem.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, fisioterapeuta, médicos, terapeuta da fala, psicóloga e assistente social. No turno da noite existe o médico de urgência, estando a equipa completa presente no turno da manhã. Em todos os turnos estão presentes 5 enfermeiros, sendo o rácio de enfermagem de um enfermeiro para 4 RN em incubadora, no máximo, e de um enfermeiro para 6 recém-nascidos em berços, no máximo. Esta é uma questão crítica e da competência comum do enfermeiro especialista, criar e manter um ambiente seguro, competência B3, sendo responsabilidade gerir “o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais” (Regulamento nº 140/2019, p.4748), colaborando na “definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros” (Regulamento nº 140/2019, p.4748) e desenvolvendo sistemas de trabalho, “de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano” (Regulamento nº 140/2019, p.4748). Dada a contingência orçamental para a contratação de mais profissionais para reforçar as equipas, cabe aos enfermeiros especialistas da unidade de cuidados neonatais gerir os cuidados, otimizando o trabalho e as respostas da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores, de forma a adequar os recursos disponíveis às necessidades de cuidados dos RN (Regulamento nº 140/2019). Durante o estágio, e pela observação da organização da unidade, da leitura de protocolos relativos a atuação em situações específicas, normas e procedimentos e da observação e acompanhamento da enfermeira orientadora na prestação de cuidados especializados ao RN e aos pais, foi possível constatar a necessidade de um reforço da equipa para uma dotação segura de cuidados. Segundo a OE (2019), as equipas de enfermagem nas unidades de cuidados neonatais devem ser constituídas por 75% dos enfermeiros com um mínimo de 2 anos de experiência em cada turno. Além disso, é recomendado a existência de 2 EEESIP por cada 3 enfermeiros de cuidados gerais, permanente nas 24 horas. O rácio recomendado pela OE (2019) nestas unidades é no turno na manhã 1 enfermeiro para 2 utentes e nos turnos da tarde e noite 1 enfermeiro para 3 utentes. Face a este constrangimento, foi discutido com a EEESIP orientadora o assunto, para perceber quais as melhores formas que encontram para ultrapassar o problema, sendo o trabalho de equipa o que mais se ressaltou. No entanto, houve uma tentativa de realização de distribuição enfermeiro-doente pelo grau de dependência o que a equipa referiu não ser viável pelo espaço físico e a necessidade de cuidados de enfermagem

que estes RN necessitam, sendo o seu maior objetivo, a prestação de cuidados de excelência ao RN e sua família, refletidos nos cuidados, nos projetos desenvolvidos e nas ações de formação no serviço. Incentiva-se, desta forma, o desenvolvimento profissional, de competências técnicas e relacionais para cuidar do RN e da sua família com a qualidade e procura permanente da excelência preconizada (OE, 2011). Esta reflexão em conjunto com a EEESIP contribui para o desenvolvimento da competência C2 “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (Regulamento nº 140/2019, p.4748), uma vez que consegui desenvolver as capacidades de avaliação de riscos associados aos recursos que podem interferir na prestação de cuidados, bem como a de constatação da necessidade de negociar a adequação de recursos para a prestação de cuidados seguros e de qualidade (Regulamento nº 140/2019).

Um tema que me despertou especial interesse e relevância para o desenvolvimento de competências do EEESIP foi o posicionamento terapêutico do RN em neonatologia. A realização do posicionamento correto implica uma boa utilização dos materiais de apoio e contenção, com o alinhamento dos membros à linha média e a sua flexão, a manutenção do alinhamento articular e o alinhamento da cabeça. Para além dos princípios-chave, foi importante a análise reflexiva da prestação de cuidados diária com a EEESIP orientadora sobre a importância do posicionamento para o desenvolvimento neuromotor, contribuindo para um melhor controlo da cabeça, estabilidade do tronco, coordenação olho-mão e equilíbrio do RN. Nos RN internados na unidade de cuidados neonatais existe a necessidade de estabelecer limites à amplitude de movimentos do RN, para diminuir a sua desorganização, insegurança, irritabilidade, gasto energético e atividade motora. Como não tinha experiência profissional na área da neonatologia, os posicionamentos requereram da minha parte pesquisa bibliográfica e empenho na prestação de cuidados, tendo contribuído para o desenvolvimento das unidades de competência E3.1, relativa à promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, e E2.2. “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento nº 422/2018, p.19193).

Na unidade de cuidados neonatais é essencial estabelecer uma relação de parceria entre enfermeiro e a família do recém-nascido RN, onde o enfermeiro identifica as competências que o RN já desenvolveu, encorajando os pais a uma participação ativa na prestação de cuidados ao RN, de acordo com a complexidade

do seu estado de saúde e com a capacidade dos pais em assegurar os cuidados. Na prestação de cuidados do RN na unidade de cuidados neonatais, está preconizado o envolvimento dos pais nos cuidados de higiene, mudança da fralda, alimentação e conforto, permanecendo junto do RN durante o dia. A família exerce na criança e jovem uma grande influência no seu crescimento e desenvolvimento, sendo responsabilidade da família a prestação de cuidados à criança e jovem (OE, 2011).

(...) procura-se caracterizar o nível de participação dos pais, mediante um processo de negociação, liderança e decisão, que incorpora a sua participação nos cuidados de menor à maior complexidade à criança/jovem, sendo este processo caracterizado pela supervisão da responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011, p. 5).

Segundo Mendes e Martins (2012), a promoção da otimização da saúde com o objetivo de adequar a gestão dos cuidados e da parentalidade surge através da parceria de cuidados, incluído nas competências de EEESIP. Foi possível o desenvolvimento das seguintes 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.” (Regulamento nº 422/2018, p.19193), E2.4. “Providencia cuidados à criança/jovem promotores de majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.” (Regulamento nº 422/2018, p.19193) e E3.2. “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso de recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.” (Regulamento nº 422/2018, p.19194).

Em momentos de promoção da parceria de cuidados ou esclarecimento de dúvidas dos pais sobre os cuidados ao RN, foi essencial, enquanto futura EEESIP, dominar técnicas de comunicação descritas por Hockenberry (2014) como encorajar os pais a falar sobre as suas preocupações, frustrações e medos; escuta ativa durante a entrevista; usar o silêncio para permitir que os pais expressem sentimentos e pensamentos; ser empático e fornecer orientações antecipatórias. As técnicas de comunicação facilitaram-me a adequação do discurso, linguagem e vocabulário à capacidade de compreensão e assimilação de conhecimentos pelos pais, adquirindo a competência E3.3. “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao

estádio de desenvolvimento e à cultura.” (Regulamento nº 422/2018, p.19194).

Neste contexto a **comunicação** assume uma particular importância. Comunicar eficaz e eficientemente está na origem de uma boa relação terapêutica. Neste processo, a clareza e adequação da linguagem às características de cada indivíduo facilitam a boa percepção da mensagem. É ainda fundamental usar a escuta ativa como uma ferramenta essencial do processo comunicacional. (Ramos, Vilaça & Mendes, 2020, p.132)

A amamentação é um momento muito incentivado pelo EEESIP, sendo que quando a amamentação ainda não é possível, a administração do leite é preferencialmente realizada pelos pais, para estimular a componente emocional do momento conseguida pela interação entre os pais e o RN, facilitando a aprendizagem e identificação das expressões do RN por parte dos pais, promovendo a vinculação. No decorrer do estágio, incentivei e ajudei os pais na administração do leite por sonda, desmistificando o medo que sentem por ter um RN cheio de fios e ruídos do monitor cardiorrespiratório. Depois da EEESIP perceber que o RN tinha competência de sucção, antes de administrar o leite por sonda, incentivei a amamentação, ajudando as mães no posicionamento e na pega do mamilo, contribuindo para o desenvolvimento, novamente, da unidade de competência E3.2. (OE, 2010, 2015; Regulamento nº 422/2018).

Com o objetivo de promover a vinculação entre RN e pais adolescentes e esclarecer pontos essenciais sobre bebé prematuro, elaborei um folheto: “Pais adolescentes: o bebé nasceu prematuro e agora?” (Apêndice XV). A gravidez na adolescência é um tema discutido na bibliografia pelas implicações que provoca em todo o ambiente que envolve os adolescentes. Apesar da incidência da gravidez na adolescência estar a diminuir em Portugal, continua a ser considerado um problema pelo impacto negativo para os pais adolescentes e para o bebé a nível psicológico, biológico, social, educativo e económico (Baptista, Quintas, Baltar, et al., 2020). O uso de contraceptivos depende da tomada de decisão dos adolescentes nas suas relações e os cuidados pré-natais na adolescência são frequentemente tardios ou inadequados porque a adolescente não reconhece a gravidez ou por negação da mesma até ao segundo ou terceiro trimestre (Kollar, 2014). No folheto descreve-se o que é a prematuridade, quais as características de um bebé prematuro, as complicações mais frequentes, os cuidados importantes num bebé prematuro, a parentalidade na

adolescência de um bebê prematuro, promoção de conforto e o que a unidade de cuidados neonatais recomenda.

Os procedimentos dolorosos são frequentes na unidade de neonatologia e a equipa de enfermagem além de avaliação da intensidade da dor, implementa e gere as estratégias farmacológicas e não farmacológicas a utilizar em cada situação, uma vez que “as experiências de dor no período neonatal alteram o desenvolvimento normal do sistema nervoso central quer na sua arquitetura, quer no seu funcionamento” (von Baeyer & Spagrud, 2003, citado por Monteiro & Cerqueira, 2020, p. 48). As escalas de avaliação da intensidade da dor utilizadas na unidade são a Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS) e a Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC). O controlo da dor é um “processo dinâmico de estratégias e/ou intervenções coordenadas, que têm por objetivo prevenir, aliviar e tratar a dor” (OE, 2008, p.25). Na unidade de cuidados neonatais as estratégias não farmacológicas que utilizei foram a contenção do RN, sucção não nutritiva, método canguru, administração de sacarose e o aleitamento materno, corroborando o que está descrito pela OE (2013). Contribuiu assim para o desenvolvimento da unidade de competência E2.2. “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem otimizando as respostas” (Regulamento nº 422/2018, p.19193).

As atividades anteriormente referidas estiveram de acordo com a Teoria de Conforto de Kolcaba, ao permitir aos pais alcançar o estado de transcendência ao promover a sua capacitação nos cuidados de saúde e conseqüentemente na promoção do conforto do seu filho. O contexto sociocultural, evidenciado pelo tipo de relações interpessoais estabelecidas (Kolcaba & DiMarco, 2005) torna-se mais harmonioso através do aumento do vínculo RN-Pais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente relatório de estágio, descrevi as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, visando dar evidências do desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de EEESIP, com foco na promoção de conforto do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos, através da utilização de estratégias não farmacológicas para a gestão diferenciada da dor.

A minha intervenção ao longo deste percurso foi sustentada na evidência científica e nos Cuidados Centrados na Família, na Parceria de Cuidados e nos Cuidados Não Traumáticos. De salientar, que o referencial teórico selecionado, Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba, orientou as minhas atividades, permitindo que alcançasse os objetivos propostos.

O EEESIP tem um papel essencial na utilização das estratégias não farmacológicas como intervenções promotoras de conforto em pediatria, uma vez que são intervenções autónomas de enfermagem (OE, 2013), tornando-se fundamental que assuma a responsabilidade de sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a promoção de conforto e a mobilização de estratégias não farmacológicas, dando uma maior visibilidade à profissão de enfermagem (OE, 2016). Do percurso de estágio destacam-se atividades relacionadas com a gestão da dor da criança e adolescente e promoção do seu conforto, assim como atividades de formação em contexto de trabalho.

Com o intuito de dar continuidade ao percurso formativo, pretendo investir na formação contínua sobre a dor associada a procedimentos dolorosos e até na elaboração de normas e procedimentos na instituição onde exerço funções. A realização de estágio, enquanto estudante do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no meu contexto de trabalho, permitiu-me dar o primeiro passo para a sensibilização dos enfermeiros sobre a importância da gestão diferenciada da dor através da utilização de estratégias não farmacológicas na promoção do conforto do adolescente. Esta sensibilização foi facilitada pela realização de formação em contexto de trabalho “Promoção do conforto do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos”, que pretendo continuar a realizar, uma vez ter sido integrada como dinamizadora no grupo de auditores do serviço onde exerço funções, no que diz respeito à avaliação e controlo da dor e registos de enfermagem. Como projeto futuro, pretendo integrar o projeto de melhoria contínua –

5º Sinal Vital “Dor” instituído no hospital onde me insiro, dando ênfase à formação dos profissionais de saúde sobre a importância da avaliação e gestão da dor na criança e jovem, promovendo o seu conforto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M. & Azevedo, A. I. M. (2012). O adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes: como facilitar a transição? *Adolescência & Saúde*, 9 (3), 21-28. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32284/1/artigos%20afiliados-119.pdf?msckid=962e57cfb8b611ec9a0461a2cffa0324>
- Amponsah, A. K., Bjrön, A., Bam, V. & Axelin, A. (2019). The Effect of Educational Strategies Targeted for Nurses on Pain Assessment and Management in Children: An Integrative Review. *Pain Management Nursing*, 20, 604-613. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.03.005>
- APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2020). *O que é a dor?*. <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teórico. *Revista Referência*, II(9), 61-67. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26
- Baptista, A., Quintas, C., Baltar, P., Alves, R., Lavrador, V. & Silva, T. D. (2020). O Jovem. In [Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. \(2020\). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* \(1º ed., pp. 193-216\). Lidel.](#)
- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18(2), 295-306. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200005
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lidel.
- Batalha, L. M. C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde & Tecnologia*. Suplemento, e-16-e21. ISSN: 1646-9704.
- Batalha, L. M. C., Costa, L. P. S., Reis, G. M. R., Jacinto, F. M. R. C., Machado, R. & Santos, P. M. G. (2014). Dor pediátrica em Portugal: resultados da sensibilização e formação. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, 99-106. <https://actapediatrica.spp.pt/article/view/2723>

- Batalha, L. M. C, Reis, G. M. R., Costa, L. P. S., Carvalho, M. D. R. & Miguens, A. P. M. (2009). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Revista Referência*, II(10), 7-14. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239957001.pdf>
- Batalha, L. M. C. & Sousa, A. F. D. (2018). Autoavaliação da intensidade da dor: correlação entre crianças, pais e enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(17), 15-22. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV18002>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership modelo of nursing care. In Gasper, E. & Tucker, A. (Eds). *Advances in Child Health Nursing* (pp.183-193). Scutari Press.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central (2010). Política da Qualidade. <http://www.chlc.min-saude.pt/content.aspx?menuid=112&eid=79&returnUrl=%2Fcontentlist.aspx%3Fmenuid%3D112>
- Cerqueira, C. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Cuidados Centrados na Família. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Eds). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 28-32). Lidel.
- Direção-Geral da Saúde & Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Direção Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor.pdf
- Dowd, T. (2014). Theory of Comfort. In Alligood, M. R. (Eds.). *Nursing Theorists and Their Work* (8ª ed., pp.657-671). Elsevier
- Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Eds). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 40-55). Lidel

- Fonseca, P. (2017). Adolescência. In Oliveira, G. & Saraiva, J. (Eds.). *Lições de Pediatria*. Vol. 1. (pp. 245-258). Imprensa da Universidade de Coimbra. DOI: https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_14
- Guedes, D. M. B., Rossato, L. M., Sposito, N. P. B, Lima, D. A., Santos, B. & Meireles, E. (2016). Avaliação da dor em crianças hospitalizadas. *Revista Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 16(2), 68-74. <https://repositorio.usp.br/directbitstream/1e690392-96ef-496e-9e7a-98c8f26e8af0/ROSSATO,%20L%20M%20doc%2061.pdf>
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp122-187). Lusociência.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1-20). Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da criança hospitalizada* (4ªed) Autor. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Institute for Family Centered Care. *Advancing the practice of Patient and Family – Centered Care*. <https://www.ipfcc.org>
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 188-239). Lusociência.
- Kolcaba, K. (2003). Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic health care and research. *Springer Publishing Company*. https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=nduGie_ouQkC&oi=fnd&pg=PR11&dq=comfort+theory+and+practice+a+vision+for+holistic+health+care+and+research&ots=Sa_7qOPdCg&sig=UV0gRxZht13fVyFsHsizr6Lrg6kQ&redir_esc=y#v=onepage&q=pain&f=false
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of Comfort for outcomes research. *Nursing outlook*, 49(2), 86-92. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0029655401435986?token=8ECFEE3>

[D3E74DCF0174B5064011F65C9BFA435CCDD0FF1C331FBCB4F1FF25614C4B262ED6AE49BDFD4FA0B80DF76AFBF](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.04.004)

- Kolcaba, K. & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187 – 194. <https://www.researchgate.net/publication/7686145> Comfort Theory and its application to pediatric nursing
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184. <https://www.researchgate.net/profile/Katharine-Kolcaba/publication/15269336> A theory of holistic comfort for nursing/links/5c3f4c6992851c22a37990a9/A-theory-of-holistic-comfort-for-nursing.pdf
- Kolcaba, K. Y. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *The Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240. <https://www.researchgate.net/publication/21217515> A Taxonomic Structure for the Concept Comfort
- Kolcaba, K. Y. & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of Comfort. *Journal of advanced nursing*, 16(11), 1301-1310. <https://pingpdf.com/pdf-an-analysis-of-the-concept-of-comfort-the-comfort-line.html>
- Kollar, L. M. (2014). Problemas Físicos na Adolescência. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Lusociência.
- Macêdo, K. N. F., Silva, G. R. F., Araújo, T. L. & Galvão, M. T. G. (2006). Aplicação da teoria interpessoal de Peplau com puérpera adolescente. *Investigación Y Educacion en Enfermeria*, 24(1), 78-85. <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215400007.pdf>
- Mano, M. J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Revista Referência*, 8, 53-61. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=57&id_revista=5&id_edicao=14
- Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3: (6), p. 113-121.

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19941/3/Parceria%20nos%20cuidados%20de%20enfermagem%20em%20pediatria.pdf>

- Mendes, R. S., Cruz, M. A., Rodrigues, D. P., Figueiredo, J. V. & Melo, A. V. (2016). Teoria do conforto como subsídio para o cuidado clínico de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(2), 390-395. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27767/pdf>
- Ministério da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2008). *Programa Nacional do Controlo da Dor*. Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012b). *Organização das Unidades Funcionais da Dor Aguda*. Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção Geral da Saúde.
- Monteiro, A. J. & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Eds). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 33-38). Lidel
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marone, L. & Amorim, R. (2018). *Desenhos da Minha Dor* (1ª ed.). APED.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática* Cadernos OE, Série I, número 1. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série 1, número 6. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros & Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 – classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lusodidata.
- Organização Mundial de Saúde (2014). Health for the World's Adolescents: A second chance for the second decade. Recuperado de <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>.
- Paixão, M. J. G. (2010). Realidade Virtual no Controlo da Dor e do Distress, Associados a Procedimentos Dolorosos, em Crianças e Adolescentes: Meta Análise. *Pensar em Enfermagem*, 14(2), 2-18. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23946/1/2010_14_2_2-18%282%29.pdf
- Parecer nº19/2019 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16903/parecer-mceesip-n%C2%BA19-2019-c%C3%A1lculo-dota%C3%A7%C3%B5es-seguras-nos-cuidados.pdf>
- Pascolo, P., Peri, F., Montico, M., Funaro, M., Parrino, R., Vanadia, F., Rusalen, F., Vecchiato, L., Benini, F., Congedi, S., Barbi, E. & Cozzi, G. (2018). Needle-related pain and distress management during needle-related procedures in children with and without intellectual disability. *European Journal of Pediatrics*, 177(4), 1753-1760. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3237-4>
- Pinto, P. S. (2013). Dor Aguda no doente crítico em pediatria – Intervenções de Enfermagem. *Nursing*, p. 1-7. Disponível em <http://www.nursing.pt/dor-aguda-no-doente-critico-em-pediatria-intervencoes-de-enfermagem/>

- Queirós, P. J. P., Fonseca, E. P. A. M., Mariz, M. A. D., Chaves, M. C. R F., & Cantarino, S. G. (2016). Significados atribuídos ao conceito de cuida. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (10), 85-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16022>
- Ramos, A. L. (2020). A criança e o jovem como foco do cuidado: Empoderamento da criança, jovem e família. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1º ed.). Lidel.
- Ramos, M., Vilaça, S. & Mendes, G. (2020). O Recém-nascido Pré-termo. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Eds.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 118-134). Lidel
- Regulamento nº 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República, II Série, nº119/15. <https://dre.pt/application/conteudo/67552235>
- Regulamento nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, II Série, nº 133/18. <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
- Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República, II Série, nº 26/19. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Saewyc, E. M. (2014). Promoção da Saúde do Adolescente e da Família. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 784-823). Lusociência.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1025-1060). Lusociência.
- Sedrez, E. S. & Monteiro, J. K. (2020). Avaliação da dor em pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), 1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0109>
- Silva, P. C., Eira, C., Pombo, J., Silva, A. P., Silva, L. C., Martins, F., Santos, G., Bravo, P. & Roncon, P. (2003). Programa clínico para o tratamento das perturbações da relação e da comunicação, baseado no Modelo D.I.R.. *Análise Psicológica*, 1(XXII), 31-39.

- WHO, World Health Organization. (2012). *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. Autor. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44540>
- WHO, World Health Organization (2017). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512343>

APÊNDICES

APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

CRONOGRAMA

Meses	Novembro				Dezembro					Março					Abril				Maio				Junho			
Dias	2	9	16	23	30	7	14	21	28	1	8	15	22	29	6	12	19	26	3	10	17	24	31	7		
Dias	8	15	22	29	6	13	20	27	3	7	14	21	28	5	11	16	25	2	9	16	23	30	6	11		
Semanas				1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	Férias de Natal		13 ^a	14 ^a	15 ^a	16 ^a	Férias da Páscoa		17 ^a	18 ^a	19 ^a	20 ^a							
IP	Dia 2 – Entrega do projeto				Dia 9 – Classificação do projeto				Dia 16 – Ent. Reformulação projeto				Férias de Natal				Férias da Páscoa									
SUP																										
UCSP																										
Centro Desenvolvimento																										
Unidade de Cuidados Neonatais																										

 Presença em estágio

 Interrupções letivas

APÊNDICE II – DOCUMENTO ORIENTADOR DE ESTÁGIO



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

DOCUMENTO ORIENTADOR DE ESTÁGIO

Márcia Alexandra Pereira Galvão

Orientadora: Maria Teresa Gouvêa Magão

Lisboa
2021

INTRODUÇÃO

No contexto do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, foi proposta a realização do presente guia orientador de estágio, com o objetivo de explicar de forma sucinta e clara o projeto de estágio, intitulado “**O Adolescente sujeito a procedimentos dolorosos: Intervenções de Enfermagem Promotoras de Conforto**”. Este projeto pretende contribuir para o desenvolvimento contínuo e garantia da qualidade dos cuidados prestados, através do desenvolvimento de saberes e competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EESIP).

A definição da temática do projeto surge no contexto de prestação de cuidados a adolescentes internados em meio hospitalar. **O Adolescente sujeito a procedimentos dolorosos: Intervenções de Enfermagem Promotoras de Conforto**, é o tema escolhido por ter abrangência e pertinência na área de cuidados de enfermagem pediátrica, com o intuito de aprofundar conhecimentos face à intervenção do EESIP. A escolha deste tema deve-se não só, à sua importância académica de pesquisa e de aprofundar conhecimentos para uma melhoria de cuidados de enfermagem, mas também à minha preocupação perante a gestão da dor inerente à realização de procedimentos dolorosos no adolescente, incluindo a avaliação, controlo, alívio e tratamento. Quando percebemos, antecipadamente, que um procedimento será doloroso, devemos recorrer à combinação de várias estratégias farmacológicas e não farmacológicas, com o objetivo de evitar a dor (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013). Com a mudança profissional para a área pediátrica, o meu interesse relacionado com gestão da dor do adolescente foi-se desenvolvendo, devido às estratégias farmacológicas serem a primeira escolha para controlo e alívio da dor, em detrimento da apreciação e implementação de estratégias não farmacológicas. Foram assim definidos como objetivos gerais deste projeto:

1. Desenvolver competências de EESIP no cuidado à criança, ao jovem e sua família, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento;
2. Desenvolver intervenções promotoras de conforto do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos;

Os objetivos específicos delineados bem como as atividades e as competências a desenvolver durante este estágio serão apresentados de seguida em forma de

quadro.

BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A criança sente dor, guardando memória da mesma, e quando não tratada pode originar consequências a longo prazo, a nível fisiológico, psicossocial e comportamental, o que torna a gestão da dor uma prioridade para todos os profissionais de saúde pediátricos (DGS, 2010; Jacob, 2014). “Os medos da lesão corporal e da dor são predominantes entre as crianças.” (Sanders, 2014, p. 1030). Kolcaba (2003) define a dor como desconforto multidimensional (sensitiva, cognitiva e afetiva), sendo uma sensação específica, com um variável nível de intensidade.

Segundo a *Internacional Association for the Study of Pain*, a dor aguda é definida como uma “dor de início recente e de provável duração limitada (...)” (DGS, 2012b, p. 8). Este tipo de dor é frequente na infância, tendo início súbito, etiologia identificável e duração previsível, dura menos de 3 meses e desaparece após o tratamento, sendo frequentemente acompanhada por medo e ansiedade (Fernandes, 2020; Batalha, 2010).

A adolescência é um período de transição, marcado pela maturidade física e sexual, onde existe envolvimento complexo entre as mudanças biológicas, cognitivas, psicológicas e sociais (Saewyc, 2014). Perante a doença, o adolescente assume-a como uma alteração interna, associando a dor à sua condição, sendo considerada em relação às suas implicações nos objetivos e atividades de vida (Batalha, 2010). O mesmo autor refere que os comportamentos do adolescente, face à dor, são variados podendo ir da imobilidade, posição fetal ou proteção da área dolorosa. Quanto à parte emocional, revelam-se irritados, zangados, deprimidos, agressivos, isolam-se e surgem mudanças no padrão do sono, sendo a sua expressão facial de difícil avaliação, consequência da aprendizagem social sobre a aceitação da dor (Batalha, 2010).

Nos serviços de saúde, os procedimentos são a causa mais frequente de dor na criança, sendo uma experiência sensorial e emocional de conotação negativa, acompanhados por medo e ansiedade, reconhecidos como fatores agravantes da dor (DGS, 2012a). Segundo Paixão (2010), a realização de procedimentos dolorosos, quer com o objetivo de prevenção, de diagnóstico ou tratamento, são frequentes, tornando-se uma situação ameaçadora do bem-estar para as crianças e adolescentes.

A avaliação e o controlo da dor são fundamentais na prestação de cuidados de enfermagem, “uma das principais premissas do enfermeiro é o estabelecer um plano de cuidados individualizados com o objetivo de identificar a dor e tomar as medidas

necessárias para aliviar o sofrimento do doente.” (Pinto, 2013, p.4). A avaliação da dor tem como objetivo identificar, quantificar e reconhecer a criança com dor, tornando objetivo um fenómeno subjetivo, permitindo uma linguagem uniforme entre profissionais de saúde, facilitando a tomada de decisão e a adaptação personalizada do seu controlo e avaliação da eficácia das intervenções (DGS, 2010). Segundo Oliveira et al. (2018), a avaliação da dor a partir dos 6 anos pode ser realizada através das seguintes escalas: EVA (Escala Visual Analógica) e EN (Escala Numérica).

O controlo da dor depende da avaliação e reavaliação sistemáticas da mesma, sendo dever dos profissionais de saúde e um direito da criança (DGS, 2010). A Carta da Criança Hospitalizada refere que devem ser reduzidas ao mínimo as agressões físicas, emocionais e a dor, assim como se deve evitar exames ou tratamentos que não sejam indispensáveis (IAC, 2008). “Os enfermeiros têm um papel fundamental na avaliação, prevenção e tratamento da dor, com a instituição de medidas farmacológicas e não farmacológicas.” (Pinto, 2013, p.1), conseguindo promover o conforto do adolescente através dos dois tipos de estratégias em separado ou na sua coadjuvação.

As estratégias não farmacológicas são eficazes em situação de dor ligeira e procedimentos dolorosos rápidos, podem ser complementadas com estratégias farmacológicas, têm o objetivo de promover maior autonomia da criança e da família, são seguras, não invasivas e económicas e a criança e a família podem aprender a usá-las (Oliveira et al., 2018). A sua utilização contribui para reduzir a perceção da dor tornando-a mais tolerável, diminuindo a ansiedade e o medo associados aos procedimentos dolorosos (Oliveira et al., 2018).

As estratégias não farmacológicas, adaptadas ao adolescente, descritas pela OE (2013) e DGS (2012a) são: a massagem, aplicação de calor e frio, distração, relaxamento muscular e musicoterapia.

OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER: Internamento de Pediatria

Objetivo geral 1 - Desenvolver competências de EESIP no cuidado à criança, ao jovem e sua família, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento

Objetivo específico 1.3 - Desenvolver capacidades de comunicação com a criança e jovem adaptadas ao seu estadió de desenvolvimento

Atividades	Recursos	Competências/Unidades de competência
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre estratégias de comunicação eficazes de acordo com o estadió de desenvolvimento da criança e jovem; - Identificação das estratégias de comunicação adequadas ao adolescente; - Estabelecimento de relação com a criança e jovem nos diferentes contextos, com foco na comunicação e no brincar; - Prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na comunicação com a criança, jovem e família; - Síntese reflexiva sobre as atividades desenvolvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados para pesquisa bibliográfica; - Manuais e normas e procedimentos na Unidade de Adolescentes -Recursos humanos: Enfermeira orientadora, adolescente, pais/família. 	<p>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” (Regulamento 422/2018, p.19193);</p> <p>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 422/2018, p.19193);</p> <p>E2.5 – “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.” (Regulamento 422/2018, p.19193);</p> <p>E3.1 – “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.” (Regulamento 422/2018, p. 19194);</p> <p>E3.3 –“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estádio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/2018, p. 19194);</p>

		E3.4 –“Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento 422/2018, p. 19194).
--	--	--

Objetivo geral 2 - Desenvolver estratégias de intervenção promotoras de conforto do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos		
Objetivo específico 2.1 - Identificar fatores que desencadeiam a dor no adolescente		
Atividades	Recursos	Competências/Unidades de competência
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre a dor inerente aos procedimentos dolorosos no adolescentes e intervenções promotoras de conforto do adolescente; - Leitura de protocolos relativos a atuação em situações específicas, normas e procedimentos; - Observação participante do enfermeiro especialista orientador na prestação de cuidados; - Elaboração de um estudo de caso de uma situação significativa que se enquadre na problemática em desenvolvimento (dor do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos); - Reunião informal com a equipa de enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados para pesquisa bibliográfica; - Manuais normas e procedimentos na Unidade de Adolescentes -Recursos humanos: Enfermeira orientadora, adolescente, pais/família. 	<p>B3 – “Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (Regulamento 140/2019, p. 4747);</p> <p>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” (Regulamento 422/2018, p.19193);</p> <p>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 422/2018, p. 19193);</p> <p>E2.2-“gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento nº 422/2018, p. 19193)</p> <p>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</p>

<p>para elaboração de um diagnóstico de necessidades de formação na equipa no âmbito das intervenções de enfermagem de conforto do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de uma sessão de formação em contexto de trabalho sobre: “O Adolescente sujeito a procedimentos dolorosos: Intervenções de Enfermagem Promotoras de Conforto.” - Síntese reflexiva sobre as atividades desenvolvidas. 		<p>na evidência” (Regulamento 422/2018, p. 19193);</p> <p>E3.3 – “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/2018, p. 19194);</p> <p>E3.4 – “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento 422/2018, p. 19194).</p>
---	--	---

Objetivo específico 2.2: Implementar estratégias não farmacológicas para controlo e alívio da dor

<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre as estratégias não farmacológicas adequadas ao adolescente; - Prestação de cuidados a adolescentes com dor (potencial ou real), sujeitos a procedimentos dolorosos; - Identificação das medidas não farmacológicas que implementadas pela equipa de enfermagem e que eu utilizo em cada situação; - Elaboração de um estudo de caso de uma situação significativa que se enquadre na problemática em desenvolvimento (dor do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos); 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados para pesquisa de artigos relevantes; -Manuais, normas e procedimentos na Unidade de Adolescentes; -Retroprojektor e computador; -Recursos humanos: 	<p>B3 – “Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (Regulamento 140/2019, p. 4747);</p> <p>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” (Regulamento 422/2018, p.19193);</p> <p>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 422/2018, p. 19193);</p> <p>E2.2-“gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento nº 422/2018, p. 19193)</p> <p>E2.4-“Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração</p>
--	--	---

<ul style="list-style-type: none"> - Realização de uma sessão de formação em contexto de trabalho sobre: “O Adolescente sujeito a procedimentos dolorosos: Intervenções de Enfermagem Promotoras de Conforto.” - Síntese reflexiva sobre as atividades desenvolvidas. 	<p>Enfermeira de referência, adolescente e pais ou família.</p>	<p>dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (Regulamento 422/2018, p. 19193);</p> <p>E3.3 –“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/2018, p. 19194);</p> <p>E3.4 –“Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento 422/2018, p. 19194).</p>
<p>Objetivo específico 2.3: Implementar intervenções de enfermagem promotoras de conforto do adolescente</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem ao adolescente admitido na Unidade de Adolescentes ou internado e sua família; - Utilização de intervenções de enfermagem facilitadoras da promoção do conforto do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos; - Realização de registos de enfermagem que integrem a interação com o adolescente e família e reflitam a prática. - Realização de um dossier temático sobre o tema em desenvolvimento para acesso de toda a equipa de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados para pesquisa de artigos relevantes; -Manuais, normas e procedimentos na Unidade de Adolescentes; -Retroprojektor e computador; -Recursos humanos: 	<p>B3 – “Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (Regulamento 140/2019, p. 4747);</p> <p>C2 – “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”. (Regulamento 140/2019, p. 4748);</p> <p>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” (Regulamento 422/2018, p.19193);</p> <p>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 422/2018, p. 19193);</p>

<p>- Realização de uma sessão de formação em contexto de trabalho sobre: “O Adolescente sujeito a procedimentos dolorosos: Intervenções de Enfermagem Promotoras de Conforto.”</p> <p>- Síntese reflexiva sobre as atividades desenvolvidas.</p>	<p>Enfermeira de referência, adolescente e pais ou família.</p>	<p>E2.2-“gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento nº 422/2018, p. 19193)</p> <p>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” (Regulamento 422/2018, p. 19193);</p> <p>E3.3 –“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/2018, p. 19194);</p> <p>E3.4 –“Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento 422/2018, p. 19194).</p>
--	---	---

OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER: Serviço de Urgência Pediátrica

<p><u>Objetivo geral 1 - Desenvolver competências de EESIP no cuidado à criança, ao jovem e sua família, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento</u></p>		
<p>Objetivo específico 1.2: Promover comportamentos potenciadores de saúde, estilos de vida saudáveis e a gestão do plano de saúde no sentido da maximização da saúde da criança e do jovem</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica; - Leitura de protocolos relativos a atuação em situações específicas, normas e procedimentos; - Realização de entrevista exploratória à enfermeira chefe do serviço de urgência pediátrica, que permita conhecer a dinâmica da urgência: constituição da equipa; principais motivos de procura pelos adolescentes; áreas de intervenção e área de atuação do enfermeiro; projetos implementados. - Observação, colaboração e acompanhamento do enfermeiro orientador na avaliação da criança e sua família com necessidade de cuidados urgentes e emergentes e respetiva intervenção em situações de especial complexidade; - Identificação dos principais motivos de procura do serviço de urgência pelos adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados para pesquisa de artigos relevantes; -Manuais, normas e procedimentos do SUP; -Recursos humanos: Enfermeira de referência, RN, criança, adolescente e pais ou família. 	<p>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” (Regulamento 422/18, p.19193);</p> <p>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 422/18, p. 19193);</p> <p>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” (Regulamento 422/18, p. 19193);</p> <p>E2.5 -“Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento 422/18, p. 19193);</p> <p>E3.1 -“Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento 422/18, p, 19194);</p> <p>E3.3 -“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao</p>

estádio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/18, p. 19194);

Objetivo geral 2 - Desenvolver estratégias de intervenção promotoras de conforto do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos

Objetivo específico 2.1 - Identificar fatores que desencadeiam a dor no adolescente

Atividades	Recursos	Competências/Unidades de competência
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre a dor inerente aos procedimentos dolorosos no adolescentes e intervenções promotoras de conforto do adolescente; - Observação participante do EESIP na prestação de cuidados; - Realização de uma entrevista semi-estruturada a enfermeira perita que integra o projeto de melhoria contínua hospitalar – “5º Sinal Vital – Dor”. - Identificação dos procedimentos dolorosos mais frequentes no SUP; - Identificação dos fatores que desencadeiam a dor no adolescente; 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados para pesquisa bibliográfica; - Manuais normas e procedimentos do SUP; - Recursos humanos: Enfermeira orientadora, adolescente, pais e família. 	<p>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” (Regulamento 422/18, p.19193);</p> <p>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 422/18, p. 19193);</p> <p>E2.2-“Gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento nº 422/18, p. 19193)</p> <p>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” (Regulamento 422/18, p. 19193);</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Realização de um poster para a equipa de enfermagem sobre as escalas de avaliação de dor adequadas ao adolescente; - Elaboração de análise reflexiva da aprendizagem e experiência. 		<p>E3.3 –“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/18, p. 19194);</p> <p>E3.4 –“Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento 422/18, p. 19194).</p>
<p>Objetivo específico 2.2: Implementar estratégias não farmacológicas para controlo e alívio da dor</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre as estratégias não farmacológicas adequadas ao adolescente; - Observação participante do EESIP na prestação de cuidados; - Observação das medidas não farmacológicas implementadas pela equipa de enfermagem; - Utilização de medidas não farmacológicas no adolescente sujeito a procedimentos dolorosos. - Elaboração de um estudo de caso de uma situação significativa que se enquadre na problemática em desenvolvimento (dor do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos); - Elaboração de um jornal de aprendizagem sobre uma situação marcante na prestação de cuidados que se enquadra na problemática em 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados para pesquisa de artigos relevantes; -Manuais, normas e procedimentos do SUP; -Recursos humanos: Enfermeira de referência, adolescente e pais ou família. 	<p>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” (Regulamento 422/18, p.19193);</p> <p>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 422/18, p. 19193);</p> <p>E2.2-“gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento nº 422/18, p. 19193)</p> <p>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” (Regulamento 422/18, p. 19193);</p> <p>E3.3 –“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao</p>

<p>desenvolvimento;</p> <p>- Elaboração de análise reflexiva da aprendizagem e experiência.</p>		<p>estádio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/18, p. 19194);</p> <p>E3.4 –“Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento 422/18, p. 19194).</p>
<p>Objetivo específico 2.3: Implementar intervenções de enfermagem promotoras de conforto do adolescente</p>		
<p>- Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem ao adolescente admitido no SUP;</p> <p>- Utilização de intervenções de enfermagem facilitadoras da promoção do conforto do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos;</p> <p>- Realização de registos de enfermagem que integrem a interação com o adolescente e família e reflitam a prática.</p> <p>- Elaboração de um poster sobre as intervenções de conforto do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos;</p> <p>- Elaboração de um estudo de caso de uma situação significativa que se enquadre na problemática em desenvolvimento (dor do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos);</p> <p>Elaboração de um jornal de aprendizagem sobre</p>	<p>- Bases de dados para pesquisa de artigos relevantes;</p> <p>-Manuais, normas e procedimentos do SUP;</p> <p>-Recursos humanos: Enfermeira de referência, adolescente e pais ou família.</p>	<p>B3 – “Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (Regulamento 140/2019, p. 4747);</p> <p>C2 – “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”. (Regulamento 140/2019, p. 4748);</p> <p>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” (Regulamento 422/2018, p.19193);</p> <p>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 422/2018, p. 19193);</p> <p>E2.2-“gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento nº 422/2018, p. 19193)</p> <p>E2.4-“Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração</p>

<p>uma situação marcante na prestação de cuidados que se enquadra na problemática em desenvolvimento;</p> <p>-Síntese reflexiva sobre as atividades desenvolvidas.</p>		<p>dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (Regulamento 422/2018, p. 19193);</p> <p>E3.3 –“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/2018, p. 19194);</p> <p>E3.4 –“Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento 422/2018, p. 19194).</p>
--	--	--

OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Objetivo geral 1 - Desenvolver competências de EESIP no cuidado à criança, ao jovem e sua família, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento		
Objetivo específico 1.1 - Desenvolver competências específicas no âmbito da promoção da vinculação e da parentalidade		
Atividades	Recursos	Competências/Unidades de competência
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica; - Leitura de protocolos relativos a normas e procedimentos; - Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem promotores da parentalidade e da promoção do contato físico entre pais e RN através do método de Canguru e massagem, entre outros; - Colaboração na transmissão de orientações antecipatórias aos pais, promotoras da parentalidade; - Elaboração de análise reflexiva da aprendizagem e experiência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados para pesquisa bibliográfica; - Manuais normas e procedimentos do centro de saúde; - Recursos humanos: Enfermeira orientadora, RN, criança, pais/família. 	<p>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” (Regulamento 422/18, p.19193);</p> <p>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” (Regulamento 422/18, p. 19193);</p> <p>E3.2-“Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém -nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (Regulamento nº 422/18, p. 19194).</p> <p>E3.3 –“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/18, p. 19194);</p>

Objetivo específico 1.2: Promover comportamentos potenciadores de saúde, estilos de vida saudáveis e a gestão do plano de saúde no sentido da maximização da saúde da criança e do jovem

<ul style="list-style-type: none"> - Leitura dos projetos implementados ou em desenvolvimento no âmbito do programa nacional de saúde infantil e juvenil e programas de saúde prioritários da DGS; - Observação do EESIP na orientação às famílias de crianças com necessidade de intervenção precoce integrada e apoio na comunidade; - Participação no planeamento e realização de consultas de saúde infantil e juvenil; - Avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem; - Colaboração na transmissão de orientações antecipatórias à família; - Elaboração de análise reflexiva da aprendizagem e experiência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados para pesquisa de artigos relevantes; -Manuais, normas e procedimentos do centro de saúde; -Retroprojektor e computador; -Recursos humanos: Enfermeira de referência, RN, criança, adolescente e pais ou família. 	<p>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” (Regulamento 422/18, p.19193);</p> <p>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 422/18, p. 19193);</p> <p>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” (Regulamento 422/18, p. 19193);</p> <p>E2.5 -“Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento 422/18, p. 19193);</p> <p>E3.1 -“Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento 422/18, p, 19194);</p> <p>E3.3 -“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/18, p. 19194);</p>
--	--	---

Objetivo específico 1.3 - Desenvolver capacidades de comunicação com a criança e jovem adaptadas ao seu estadio de desenvolvimento

Atividades	Recursos	Competências/Unidades de competência
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre estratégias de comunicação eficazes de acordo com o estadio de desenvolvimento da criança e jovem; - Identificação das estratégias de comunicação adequadas ao adolescente; - Estabelecimento de relação com a criança e jovem nos diferentes contextos, com foco na comunicação e no brincar; - Prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na comunicação com a criança, jovem e família; - Elaboração de um documento orientador de entrevista ao adolescente; - Síntese reflexiva sobre as atividades desenvolvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados para pesquisa bibliográfica; -Recursos humanos: Enfermeira orientadora, adolescente, pais/família. 	<p>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” (Regulamento 422/2018, p.19193);</p> <p>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 422/2018, p.19193);</p> <p>E2.5 – “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.” (Regulamento 422/2018, p.19193);</p> <p>E3.1 – “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.” (Regulamento 422/2018, p. 19194);</p> <p>E3.3 –“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/2018, p. 19194);</p> <p>E3.4 –“Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento 422/2018, p. 19194).</p>

Objetivo geral 2 - Desenvolver estratégias de intervenção promotoras de conforto do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos

Objetivo específico 2.1 - Identificar fatores que desencadeiam a dor no adolescente

Atividades	Recursos	Competências/Unidades de competência
<p>- Pesquisa bibliográfica sobre a dor inerente aos procedimentos dolorosos no adolescentes e intervenções promotoras de conforto do adolescente;</p> <p>- Observação participante do EESIP na prestação de cuidados;</p> <p>- Avaliação da história de dor do adolescente;</p> <p>- Elaboração de análise reflexiva da aprendizagem e experiência.</p>	<p>- Bases de dados para pesquisa bibliográfica;</p> <p>- Manuais normas e procedimentos do centro de saúde;</p> <p>- Recursos humanos: Enfermeira orientadora, RN, criança, pais/família.</p>	<p>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” (Regulamento 422/18, p.19193);</p> <p>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 422/18, p. 19193);</p> <p>E2.2-“Gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento nº 422/18, p. 19193)</p> <p>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” (Regulamento 422/18, p. 19193);</p> <p>E3.3 -“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/18, p. 19194);</p>

		E3.4 –“Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento 422/18, p. 19194).
Objetivo específico 2.2: Implementar estratégias não farmacológicas para controlo e alívio da dor		
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre as estratégias não farmacológicas adequadas ao adolescente; - Observação participante do EESIP na prestação de cuidados; - Observação das medidas não farmacológicas implementadas pela equipa de enfermagem; - Realização de um poster direcionado à equipa de enfermagem sobre as estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante a vacinação; - Realização de um folheto informativo direcionado aos pais: “Como posso aliviar a dor do meu filho durante a vacinação?”; - Elaboração de análise reflexiva da aprendizagem e experiência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados para pesquisa de artigos relevantes; -Manuais, normas e procedimentos do centro de saúde; -Retroprojektor e computador; -Recursos humanos: Enfermeira de referência, RN, criança, adolescente e pais ou família. 	<p>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” (Regulamento 422/18, p.19193);</p> <p>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 422/18, p. 19193);</p> <p>E2.2-“gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento nº 422/18, p. 19193)</p> <p>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” (Regulamento 422/18, p. 19193);</p> <p>E3.3 –“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/18, p. 19194);</p> <p>E3.4 –“Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação</p>

		nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento 422/18, p. 19194).
--	--	---

OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER: Centro de Desenvolvimento

Objetivo geral 1 - Desenvolver competências de EESIP no cuidado à criança, ao jovem e sua família, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento		
Objetivo específico 1.1 - Desenvolver competências específicas no âmbito da promoção da vinculação e da parentalidade		
Atividades	Recursos	Competências/Unidades de competência
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica; - Leitura de protocolos relativos a normas e procedimentos; - Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem promotores da parentalidade; - Colaboração na transmissão de orientações antecipatórias aos pais, promotoras da parentalidade; - Elaboração de análise reflexiva da aprendizagem e experiência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados para pesquisa bibliográfica; - Manuais normas e procedimentos do centro estudos do bebê e da criança; - Recursos humanos: Enfermeira orientadora, RN, criança, pais/família. 	<p>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” (Regulamento 422/18, p.19193);</p> <p>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” (Regulamento 422/18, p. 19193);</p> <p>E3.2–“Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém -nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (Regulamento nº 422/18, p. 19194).</p> <p>E3.3 –“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/18, p. 19194);</p>

Objetivo específico 1.2: Promover comportamentos potenciadores de saúde, estilos de vida saudáveis e a gestão do plano de saúde no sentido da maximização da saúde da criança e do jovem

<ul style="list-style-type: none"> - Leitura dos projetos implementados ou em desenvolvimento no âmbito do programa nacional de saúde infantil e juvenil e programas de saúde prioritários da DGS; - Observação do EESIP na orientação às famílias de crianças com necessidade de intervenção precoce integrada e apoio na comunidade; - Participação no planeamento e realização de consultas de saúde infantil; - Avaliação do crescimento e desenvolvimento do bebé e da criança; - Colaboração na transmissão de orientações antecipatórias à família; - Elaboração de análise reflexiva da aprendizagem e experiência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados para pesquisa de artigos relevantes; -Manuais, normas e procedimentos do centro de estudos do bebé e da criança; -Recursos humanos: Enfermeira de referência, bebé, criança e pais ou família. 	<p>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” (Regulamento 422/18, p.19193);</p> <p>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 422/18, p. 19193);</p> <p>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” (Regulamento 422/18, p. 19193);</p> <p>E2.5 -“Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento 422/18, p. 19193);</p> <p>E3.1 -“Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento 422/18, p, 19194);</p> <p>E3.3 -“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/18, p. 19194);</p>
---	---	---

Objetivo específico 1.3 - Desenvolver capacidades de comunicação com a criança e jovem adaptadas ao seu estadio de desenvolvimento

Atividades	Recursos	Competências/Unidades de competência
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre estratégias de comunicação eficazes de acordo com o estadio de desenvolvimento do bebé e da criança; - Identificação das estratégias de comunicação adequadas ao desenvolvimento do bebé e da criança; - Estabelecimento de relação com o bebé ou criança nos diferentes contextos, com foco na comunicação e no brincar; - Prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na comunicação com o bebé ou criança e família; - Síntese reflexiva sobre as atividades desenvolvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados para pesquisa bibliográfica; -Recursos humanos: Enfermeira orientadora, bebé, criança e família. 	<p>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” (Regulamento 422/2018, p.19193);</p> <p>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 422/2018, p.19193);</p> <p>E2.5 – “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.” (Regulamento 422/2018, p.19193);</p> <p>E3.1 – “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.” (Regulamento 422/2018, p. 19194);</p> <p>E3.3 –“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/2018, p. 19194);</p>

OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER: Unidade de Cuidados Neonatais

Objetivo geral 1 - Desenvolver competências de EESIP no cuidado à criança, ao jovem e sua família, nos seus processos de saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento		
Objetivo específico 1.1 - Desenvolver competências específicas no âmbito da promoção da vinculação e da parentalidade		
Atividades	Recursos	Competências/Unidades de competência
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica; - Leitura de protocolos relativos a normas e procedimentos; - Conhecer projetos de investigação e de intervenção na área da promoção da vinculação e da parentalidade; - Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem promotores da parentalidade e da promoção do contato físico entre pais e RN através do método de Canguru e massagem, entre outros; - Elaboração de um folheto informativo “Pais adolescentes: o bebé nasceu prematuro e agora?”; - Elaboração de análise reflexiva da aprendizagem e experiência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados para pesquisa bibliográfica; - Manuais normas e procedimentos do centro de saúde; - Recursos humanos: Enfermeira orientadora, RN, criança, pais/família. 	<p>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” (Regulamento 422/18, p.19193);</p> <p>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” (Regulamento 422/18, p. 19193);</p> <p>E3.2-“Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém -nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (Regulamento nº 422/18, p. 19194).</p>
Objetivo específico 1.2: Promover comportamentos potenciadores de saúde, estilos de vida saudáveis e a gestão do plano de saúde no sentido da maximização da saúde da criança e do jovem		

<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica; - Observação participante na avaliação do crescimento e desenvolvimento do RN; - Avaliação da dor no RN através das escalas utilizadas no serviço – NPASS no RN em incubadora e FLACC no RN em berço. - Utilização de medidas não farmacológicas no alívio da dor no RN; - Observação do EESIP orientador na orientação às famílias de crianças com necessidade de intervenção precoce integrada e apoio na comunidade; - Observação participante no apoio e esclarecimento dos pais sobre os cuidados ao RN; - Elaboração de análise reflexiva da aprendizagem e experiência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bases de dados para pesquisa de artigos relevantes; -Manuais, normas e procedimentos do centro de saúde; -Retroprojeter e computador; -Recursos humanos: Enfermeira de referência, RN, criança, adolescente e pais ou família. 	<p>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” (Regulamento 422/18, p.19193);</p> <p>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 422/18, p. 19193);</p> <p>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” (Regulamento 422/18, p. 19193);</p> <p>E2.5 -“Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento 422/18, p. 19193);</p> <p>E3.1 -“Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento 422/18, p, 19194);</p> <p>E3.3 -“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/18, p. 19194);</p>
--	---	---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lidel.

Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Eds). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1º ed., pp. 40-55). Lidel.

Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da criança hospitalizada* (4ª ed). autor. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianc_a_hospitalizada.pdf

Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor Da Criança. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 188-239). Lusociência.

Kolcaba, K. (2003). Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. *Springer Publishing Company*
https://books.google.pt/books?id=tCKJbUrMjscC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Ministério da Saúde. (2010). *Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças*. Direção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde. (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos)*. Direção Geral da Saúde.

Ministério da Saúde. (2012b). *Organização das Unidades Funcionais da Dor Aguda*. Direção Geral da Saúde.

Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marone, L. & Amorim, R. (2018). *Desenhos da Minha Dor* (1ª ed.). APED.

Ordem dos enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série 1, número 6. Ordem dos Enfermeiros

Paixão, M. J. G. (2010). Realidade Virtual no Controlo da Dor e do Distress, Associados a Procedimentos Dolorosos, em Crianças e Adolescentes. Meta Análise. *Pensar em Enfermagem*, 14(2), 2-18.

Pinto, P. S. (2013). Dor Aguda no doente crítico em pediatria – Intervenções de Enfermagem. *Nursing*, p. 1-7. Disponível em <http://www.nursing.pt/dor-aguda-no-doente-critico-em-pediatria-intervencoes-de-enfermagem/>

Regulamento nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, II Série, nº 133/18. <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>

Saewyc, E. M. (2014). Promoção da Saúde do Adolescente e da Família. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 784-823). Lusociência.

Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1025-1060). Lusociência.

**APÊNDICE III – DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES DE FORMAÇÃO
DA EQUIPA DE ENFERMAGEM SOBRE A AVALIAÇÃO DA DOR E
ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS NA
PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**

Questionário

Percepção sobre a avaliação da dor na criança

Com que frequência utiliza escalas de avaliação de dor?

- Nunca
- Raramente
- Regularmente
- Frequentemente
- Sempre

Quais as escalas de avaliação de dor na pediatria que conhece?

Quais as escalas de avaliação da dor que utiliza na sua prática?

Na prestação de cuidados, quais as dificuldades sentidas na avaliação da dor do adolescente?

- Falta de tempo
- Desconhecimento
- Falta de recursos

Outra(s): Quais? _____

Percepção sobre a prevenção e controlo da dor do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos

Com que frequência utiliza estratégias não farmacológicas no alívio da dor do adolescente?

- Nunca
- Raramente
- Regularmente
- Frequentemente
- Sempre

Que estratégias utiliza para a prevenção da dor do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos?

Com que estratégias considera promover maior conforto do adolescente?

Na prestação de cuidados, quais as dificuldades identificadas na utilização de estratégias não farmacológicas na promoção do conforto do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos?

- Falta de tempo
- Desconhecimento
- Falta de recursos

Outra(s): Quais? _____

Obrigada pela colaboração

**APÊNDICE IV – FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO
“PROMOÇÃO DO CONFORTO DO ADOLESCENTE SUJEITO A
PROCEDIMENTOS DOLOROSOS”**

Promoção do conforto do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos



MÁRCIA GALVÃO N.º 9556

ORIENTADORA: PROF. MARIA TERESA MAGÃO

Sumário

Objetivos da sessão

Enquadramento teórico

Discussão de um caso clínico

Avaliação da dor do adolescente

Controlo da dor do adolescente

Registos de enfermagem



Objetivos da sessão

Rever os conceitos relacionados com a dor associada a procedimentos dolorosos

Apresentar as diferentes escalas de avaliação da dor adequadas à adolescência teórico

Discutir um caso clínico com ênfase no diagnóstico dor face à realização de procedimentos dolorosos

Apresentar das terapias não farmacológicas adequadas à adolescência, baseadas na evidência científica

Refletir sobre a importância dos registos de enfermagem relativos à dor no adolescente

Desenvolver competências no âmbito da gestão da dor e do bem-estar da criança e do adolescente, otimizando as respostas

Enquadramento teórico



✓ A dor é definida como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.”

(Internacional Association for the Study of Pain, citado por DGS 2008)

A causa mais frequente de dor na criança, que recorre aos serviços de saúde, são os procedimentos



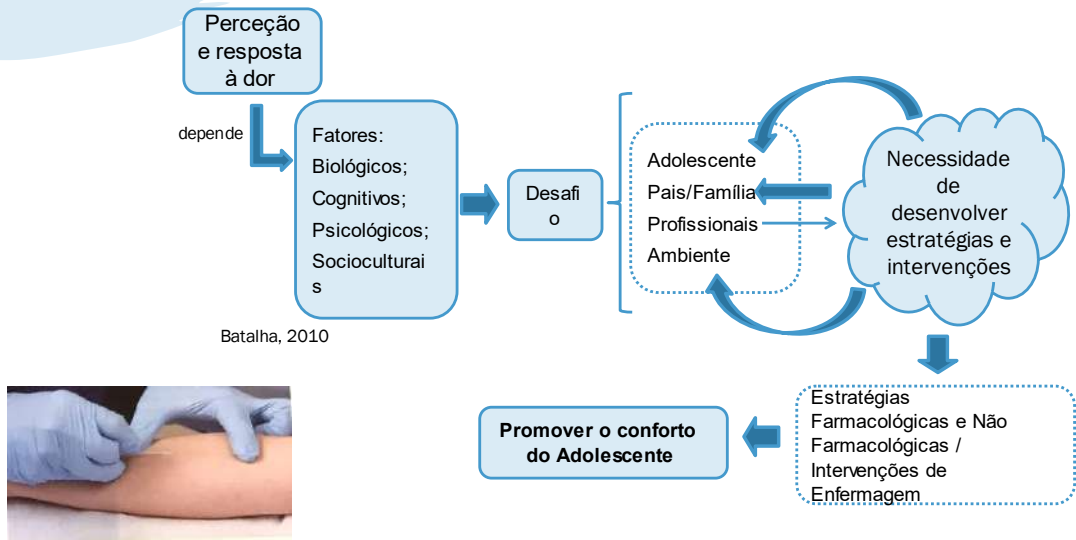
Experiência sensorial e emocional desagradável, acompanhada por medo e ansiedade.



A dor não tratada pode ter consequências, a longo prazo, a nível fisiológico, psicossocial e comportamental, devendo ser uma prioridade para todos os profissionais de saúde pediátricos.

(DGS, 2012; Jacob, 2014)

Enquadramento teórico (cont.)

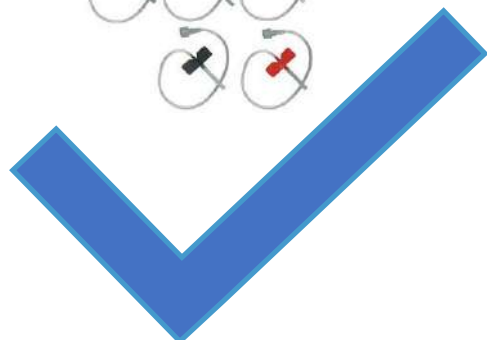
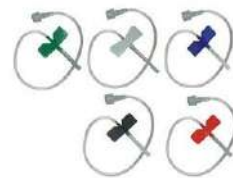


Enquadramento teórico (cont.)

Punção de veia periférica

Colheita de sangue

Procedimentos dolorosos mais frequentes





Enquadramento teórico (cont.)

Conceção Teórica de Enfermagem

Filosofia dos cuidados

Cuidados Centrados na Família

Cuidados não traumáticos



Enquadramento teórico (cont.)

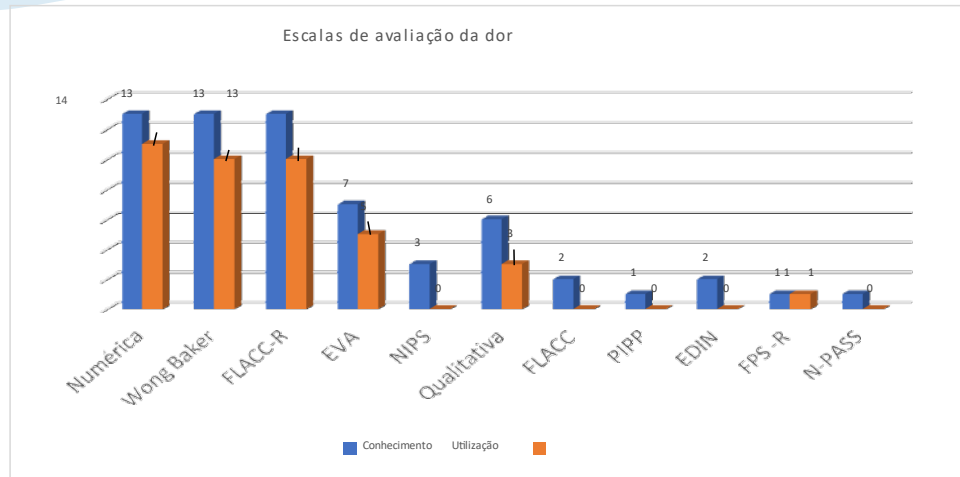
Definição de conforto

Teoria do Conforto – Katharine Kolcaba

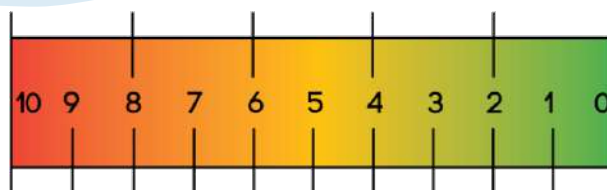
Origem da palavra *confortare* – significa fortalecer muito

Termo holístico e complexo, definido como “ser fortalecido por ter necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, satisfeitas em quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental).

Escalas de avaliação da dor identificadas pela equipa de enfermagem

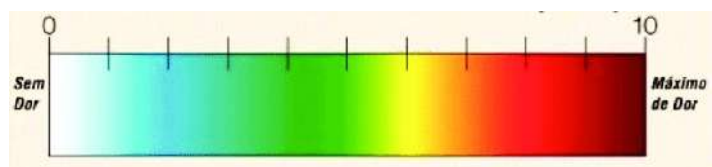


Escalas de avaliação da dor a partir dos 6 anos

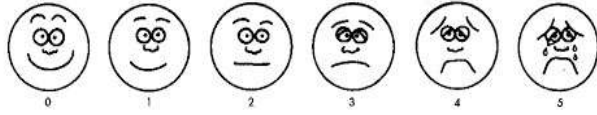


Escala Numérica

Escala Visual Analógica

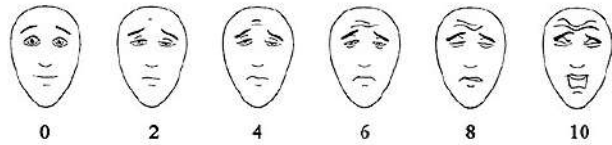


Escalas de avaliação da dor a partir dos 6 anos



Escala faces Wong Baker

Escala FPS-R



DGS, 2010

Escalas de avaliação da dor a partir dos 6 anos

Categorias	PONTUAÇÃO		
	0	1	2
F - Face	Sem expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de careta ou sobrancelhas salientes; introspecção, desinteresse; Parece triste ou preocupado	Sobrancelhas esporadicamente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trêmulo; Face apresentando estresse, expressão assustada ou de pânico
P - Pernas	Posição normal ou relaxada	Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais	Chutes ou pernas soltas; Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou excêntricas
A - Atividade	Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente	Contorcendo-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por exemplo, movimento da cabeça para frente e para trás, comportamento agressivo); respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes	Corpo arqueado, rígido ou trêmulo. Agitação intensa, cabeceando (não vigorosamente), tremores, respiração presa em gasping, inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial
C - Choro	Sem choro (acordado ou dormindo)	Gemidos ou lamúrias, reclamações ocasionais. Impulsos verbais ou grunhidos ocasionais	Choro regular, gritos, soluços, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes
C - Consolabilidade	Contente, relaxado	Tranquilizado por toques ocasionais, abraços ou conversa e distração	Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto

Escala FLACC-R



DGS, 2010

Outro instrumento de avaliação da dor no adolescente – Escala APPT

ADOLESCENT PEDIATRIC PAIN TOOL

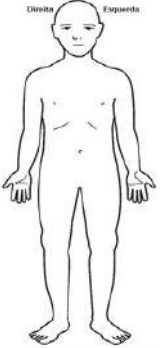
APPT – VERSÃO PORTUGUESA (PT)
versão original: Dorella et al., 1998, 1992
 versão portuguesa: Fernandes, Soares, Pais, Gó, Campos e Oliveira 2013

Código: _____
 Data: _____

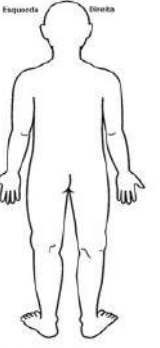
INSTRUÇÕES

1. Pinta/neste/desenhos/as áreas que mostram onde tens dor.
 Pinta as áreas grandes ou pequenas conforme a dor que tens nesse local.

Direita



Esquerda



Esq. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Faz um traço de uma pila a baixo desta linha para indicar a tua dor tens.

	Sem dor	Dor pequena	Dor média	Dor grande	Pior dor possível
Atormentada					
Mã					
Normal					
Intol.					
Tenaz					
Desconfortável					
Dorça					
Magoa					
Fraca e opressiva					
Sezível					
Bate					
Como uma chicotada					
Como uma martelada					
Como um muro					
Palbata					
Como uma montanha					
Quilata					
Como um afilado					
Como uma faca afilada					
Madr					
Como um gelado					

3. Indica ou faz um círculo nas palavras que descrevem a tua dor.

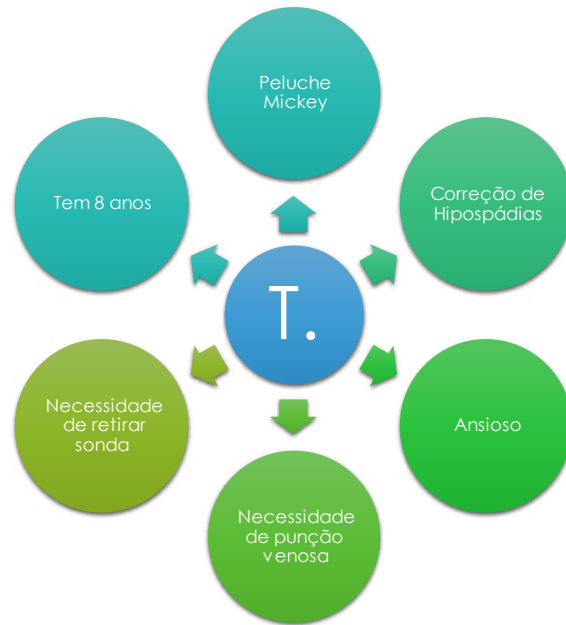
Como uma bolha	Muito desagradável	Pilha e incomoda
Arde	Mudal	De vez em quando
Queira	Faz morrer	Comença desagrado
Nata	Nata	À vezes
Como uma cálice		Sempre igual
Esmaça	Faz chorar	
Como um beliscão	Assustadora	Se quiseres, podes acrescentar outras palavras.
Baloca	Faz gritar	
Pressão	Assustosa	
Faz e opressiva		
Como uma ferida	Faz torturas	
Sezível	Enje	
Como uma pivala	Suficiente	
Amacha		
PKA	Faz press	
Como um chego	Incontrolável	
Como um tiro		
Cor	Depois apresenta	
	Vai e volta	
	Vai de repente	
	Constante	
	Cardinal	
	Dura sempre	

#100% = 0%
 #4(11-15) = 1%
 #4(17-19) = 2%
 #7(14-15) = 3%
 Total = 9%

Oliveira et al., 2018

Apresentação de um caso clínico





Estratégias farmacológicas

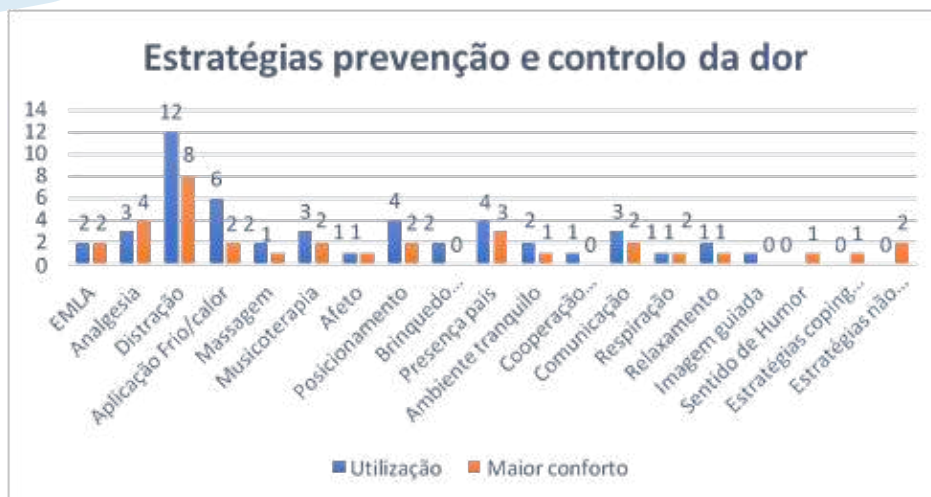


Dor Ligeira
(Paracetamol e AINES)

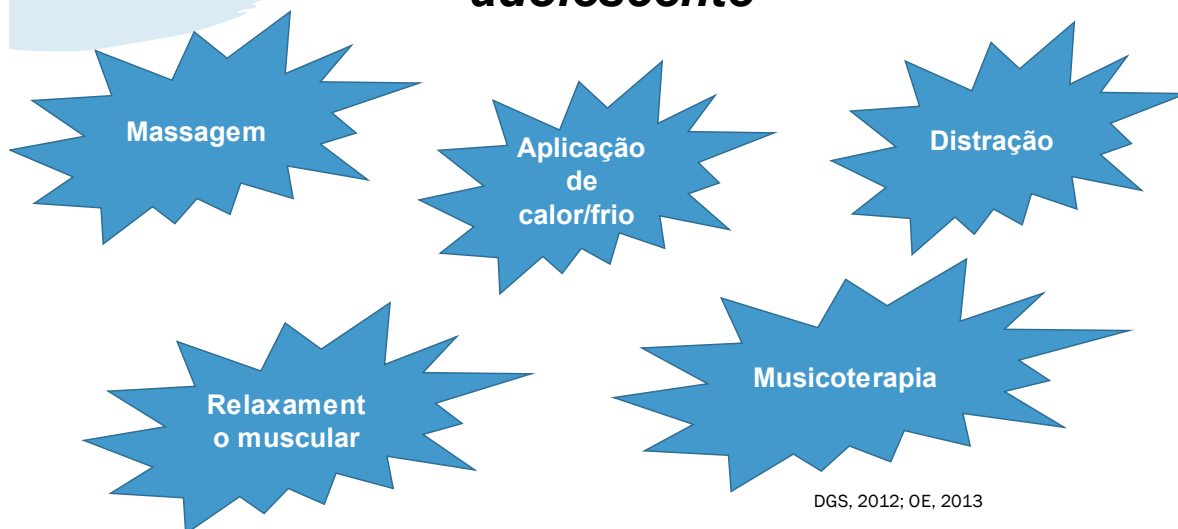
Dor moderada a severa
(Opióides fortes)



Estratégias não farmacológicas identificadas pela equipa de enfermagem



Estratégias não farmacológicas adequadas ao adolescente



Registos de enfermagem

HISTÓRIA DA DOR:

- Características da dor – duração e padrão; localização; qualidade; intensidade
- Formas habituais de comunicar / manifestar / expressar a dor
- Fatores de alívio e agravamento
- Estratégias de Coping
- Impacto nas atividades de vida
- Conhecimento / Perceção acerca da doença / Expectativas acerca da dor e tratamento
- Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor: escola, atividades de lazer, relações pessoais e estado emocional
- Sintomas associados
- Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não - farmacológicas

OE, 2008

Registos de enfermagem

Avaliação da dor da criança internada, pelo menos uma vez em cada turno de trabalho (8horas);

Adequação e conformidade na utilização das escalas de avaliação da dor;

Descrição da dor sentida pelo adolescente;

Descrição das estratégias farmacológicas e não farmacológicas utilizadas;

Reavaliação da dor após 1 hora da intervenção para avaliação do seu efeito.

Conclusão

- A percepção dos sentimentos negativos da hospitalização é essencial para fomentar uma relação de confiança e honestidade entre o enfermeiro, o adolescente e a sua família. A disponibilidade do enfermeiro, a promoção da autonomia do adolescente e a prestação de cuidados holísticos favorece a relação terapêutica (Branco, et al., 2011)
- A tomada de decisão sobre as estratégias a utilizar, devem ter em conta a evidência sobre a eficácia, mas também o tipo de procedimento, a idade e maturidade da criança, a existência de experiências anteriores sensibilizadoras (Barros, 2010).
- As estratégias farmacológicas têm-se mostrado insuficientes, aumentando os custos para o sistema de saúde. A sua complementaridade com as estratégias não farmacológicas pode constituir uma melhoria no controlo da dor (Matos et al., 2017).
- Existe necessidade de aprofundar o investimento desde a formação escolar, continuando a fomentar o esforço na recolha de informação, avaliação da dor e uso de estratégias não farmacológicas na prática de cuidados de enfermagem (Batalha, et al., 2014).

Referências Bibliográficas

- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18(2), 295-306. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a05.pdf>
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lousã, Portugal: Lidel.
- Batalha, L. M. C., Costa, L. P. S., Reis, G. M. R., Jacinto, F. M. R. C., Machado, R. & Santos, P. M. G. (2014). Dor pediátrica Portugal: resultados da sensibilização e formação. *Acta Pediátrica Portuguesa* 45, 99-106. Recuperado de <https://pjp.spp.pt/article/view/2723/3026>
- Branco, A. M., Brito, M. A., Fonseca, S. R. & Ribeiro, S. (2011). Intervenção do enfermeiro junto do adolescente/família hospitalizado. *Enfermagem*, 11, 14-17. Recuperado de http://repositorio.cnic.min-saude.pt/bitstream/10400.1/17786/1/Enferma%20a%20a%202009_11_14.pdf
- Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Harrison, T. M. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing* 25, 335-343. Doi: 10.1016/j.pedn.2009.01.006
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.) *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Jacob, E. (2014) Apreciação e Gestão da Dor Da Criança. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.) *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Matos, A., Cardoso, R., Coisinha, S., Silveira, S., Lotra, V. & Fonseca, C. (2017). Medidas não farmacológicas na pessoa com dor: resultados sensíveis da intervenção dos enfermeiros - Revisão Sistemática da Literatura. *RIASE - Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(3), 1198-1216. Recuperado de http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/242/378
- Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa, Portugal: Autor
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, L., Lanzas, D., ... Amorim, R. (2018) *Desenhos da Minha Dor* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: APED.
- Ordem dos enfermeiros (2008). *Guia orientador de boa prática: Dor*. Cadernos OE, série 1, número 1. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe--dor.pdf>
- Ordem dos enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série 1, número 6. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/qobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolordorcrianca.pdf
- World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2002.

**APÊNDICE V – DOSSIER TEMÁTICO: “O ADOLESCENTE SUJEITO
A PROCEDIMENTOS DOLOROSOS: INTERVENÇÕES DE
ENFERMAGEM PROMOTORAS DE CONFORTO”**

Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D.,...Amorim, R. (2018). *Desenhos da Minha Dor* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: APED.

“Desenhos da Minha Dor” é um manual da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) que pretende pormenorizar o processo fisiológico da dor e as diferenças nas características, avaliação e controlo da dor nas diferentes fases inerentes à pediatria.

O manual encontra-se dividido em vários capítulos, primeiramente descreve o que é a dor e a sua fisiologia, seguido de uma breve descrição dos direitos das crianças ao tratamento da dor, evolução e abordagem da dor em pediatria e a sua evolução em Portugal. Posteriormente, dá ênfase à avaliação da dor em pediatria, ao seu controlo através das estratégias não farmacológicas (físicas e psicológicas), posicionamentos de conforto e estratégias farmacológicas.

Importante referir a importância dos últimos dois capítulos que salientam a dor durante procedimentos médicos e cirúrgicos e a dor durante procedimentos, expondo as estratégias farmacológicas e não farmacológicas benéficas para diminuir a ansiedade e medo inerente ao processo doloroso.

Amaral-Bastos, M. & Sousa, C. F. (2014). Valorizar a dor na criança: uma reflexão voltada para a práxis. *Nascer e Crescer*, 2384), 19-194. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v23n4/v23n4a03.pdf>

A dor foi considerada 5º sinal vital em 2003, o que implica a sua avaliação, registo e controlo através de medidas adequadas. A deteção precoce da dor é realizada pelo enfermeiro, sendo essencial que o façam de acordo com o Guia Orientador de Boa Prática (GOBP) sobre a Dor da Ordem dos Enfermeiros.

O estudo tem como objetivo descrever a forma como os enfermeiros questionados valorizam a dor da criança; confrontar a valorização da dor com o GOBP sobre a dor. Após a análise de questionários realizados a 41 enfermeiros, e agrupando o seu conteúdo em categorias, emergiram 4 – dor reconhecida como *Quinto Sinal Vital*, como *Reconhecimento e Cuidado Personalizado*, como *Exigência Profissional* e como *Caminho de Excelência*.

Na categoria da dor como *Quinto Sinal Vital* destaca-se a avaliação da dor (*Score*, escalas de avaliação, registo e reavaliação) que permite prestar cuidados de qualidade, promovendo o conforto da criança. Na categoria *Reconhecimento e Cuidado Personalizado* destaca-se o acreditar que a criança tem dor, vendo, ouvindo e sentindo; estar sensível aos sinais evidentes ou mascarados com objetivo de diminuir o seu sofrimento. Quanto à *Exigência Profissional*, a valorização da dor na criança é uma exigência profissional, fazendo parte dos cuidados holísticos. Por último, na categoria *Caminho de Excelência* salienta-se o trabalhar para melhorar a qualidade de vida da criança, diminuindo o sofrimento e aumentando o conforto.

Batalha, L. M. C., Costa, L. P. S., Reis, G. M. R., Jacinto, F. M. R. C., Machado, R. & Santos, P. M. G. (2014). Dor pediátrica em Portugal: resultados da sensibilização e formação. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, 99-106. Recuperado de <https://pjp.spp.pt/article/view/2723/3026>

A dor e o seu controlo são um direito universal, sendo essencial a sensibilização e formação dos profissionais. Existe, em Portugal, um maior investimento nesta área, estando presente a evolução da sua importância: a Direção Geral da Saúde (DGS) em 2003 salienta a dor como 5º sinal vital, o Guia Orientador de Boa Prática sobre a Dor da Ordem dos Enfermeiros e as orientações técnicas emitidas pelo grupo de trabalho da Dor na Criança da Comissão Nacional do Controlo da Dor, sob a direção da DGS.

Este estudo tem como objetivo avaliar o impacto da sensibilização e da formação na área da dor, nos últimos 10 anos, na prestação de cuidados de enfermagem à criança hospitalizada. A formação revela, a médio prazo, um investimento positivo quando existe controlo da dor. Para um controlo da dor eficaz, é necessário conhecer a história da dor da criança, incluindo as estratégias de *coping* utilizadas pela criança, sendo as registadas como preferidas no estudo a massagem e a presença dos pais. Quanto à avaliação da dor, este estudo revela que existe avanços nos últimos anos, mas ainda está longe do que é preconizado, assim como a utilização de escalas de avaliação da dor adequadas. Nos últimos 10 anos, as estratégias farmacológicas não sofreram alteração na sua prevalência. Por sua vez, o registo das estratégias não farmacológicas foi mais baixo em relação a 2003.

Existe necessidade de aprofundar o investimento desde a formação escolar, continuando a fomentar o esforço na recolha de informação, avaliação da dor e uso de estratégias não farmacológicas na prática de cuidados de enfermagem.

Sedrez, E. S. & Monteiro, J. K. (2002). Avaliação da dor em pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn*, 73(4), 1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0109>

A dor é um sinal de alerta para uma disfunção orgânica. Os clientes com dor que são tratados por enfermeiros capacitados, apresentam um melhor controlo da dor. Desta forma, são essenciais a avaliação e o registo da dor para uma continuidade de cuidados de qualidade. Estar atento aos sinais do paciente é intervenção de enfermagem, assim como o tratamento da dor baseado na individualidade do paciente.

O objetivo do estudo é investigar como é realizado o processo de avaliação e controlo da dor em crianças e sugestões para o seu melhoramento. Foi realizado com 9 profissionais da equipa de enfermagem, identificou a visão destes na avaliação da dor e agrupou as respostas em 7 categorias: Importância da avaliação da dor na pediatria; Fatores importantes para a avaliação da dor em pacientes pediátricos; Papel do familiar na avaliação da dor da criança; Uso de instrumentos de apoio para a avaliação da dor de pacientes pediátricos; Sensibilização dos profissionais da equipa de enfermagem para a avaliação da dor em pacientes pediátricos; Dificuldades para avaliar a dor em pacientes pediátricos e Estratégias para aprimorar o processo de avaliação da dor na pediatria (Necessidade de capacitações para avaliar a dor em pacientes pediátricos).

Quando bem avaliada a dor em pediatria, existe uma prestação de cuidados qualificada que além de atender às necessidades da criança, permite observar a evolução do seu quadro.

Guedes, D. M. B., Rossato, L. M., Sposito, N. P. B., Lima, D. A., Santos, B. & Meireles, E. (2016). Avaliação da dor em crianças hospitalizadas. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 16(2), 68-74. Recuperado de https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-S1676-3793201600009/2238-202X-sobep-S1676-3793201600009.pdf

O conceito de dor engloba as populações que não têm possibilidades de descrever a dor que sentem como as crianças. É fundamental que a dor na criança seja adequadamente identificada, avaliada e tratada.

O objetivo do estudo é avaliar a dor em crianças hospitalizadas e verificar a associação entre gênero, idade e diagnóstico médico das crianças e a escolha dos Cartões de Qualidade de Dor. Este estudo possibilita a criança de expressar a sua dor através da aplicação dos Cartões de Qualidade da Dor, instrumento que além de avaliar várias dimensões da dor, procura fortalecer a comunicação entre criança, família e os profissionais de saúde sendo o escolhido para o desenvolvimento do estudo.

Para uma avaliação mais precisa é necessário adequar a escala de avaliação da dor a cada estadio de desenvolvimento. O fato da dor ser subjetiva, dificulta o estudo que objetiva avaliá-la. A utilização dos Cartões de Qualidade da Dor tornou possível avaliar a dor, como associar a escolha dos cartões de acordo com o gênero, a idade e o diagnóstico médico da criança.

Com a finalidade de que a criança possa expressar e vivenciar o episódio de dor o menos traumatizante possível, o profissional de saúde tem de implementar na sua rotina os instrumentos de avaliação da dor.

Batalha, L. M. C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde e Tecnologia*, suplemento, e16-e21. ISSN: 1646-9704. Recuperado de <https://web.estesl.ipl.pt/ojs/index.php/ST/article/view/844>

A dor é uma das maiores preocupações dos pais e das crianças, sendo o seu controlo prioritário para minimizar o sofrimento. O controlo da dor ainda é negligenciado em Portugal, ainda que se evidenciem iniciativas para a melhoria da prática de cuidados com circulares normativas da DGS e com documentos orientadores de boas práticas da OE.

Este estudo é descritivo, transversal, de consulta retrospectiva de registos intermitentes. O estudo inclui todas as crianças internadas até aos 18 anos, em 4 hospitais portugueses entre agosto e dezembro de 2011.

Passados dez anos do primeiro estudo é de salientar o decréscimo da prevalência de dor, sendo a intensidade da dor significativamente menos. Nesta década houve melhoria na prestação de cuidados na dor, no que respeita à enfermagem, na colheita de dados sobre a história da dor, verificando-se que mais de metade dos casos tinha elementos de registo na história de dor da criança; no controlo da dor intimamente ligada ao incremento da avaliação da sua intensidade; no registo de dor nas últimas 8 horas, sendo reconhecido pelos enfermeiros a importância da avaliação da dor para um controlo eficaz.

Por outro lado, como pontos menos positivos deste estudo, foram identificadas poucas situações em que estavam descritas as estratégias de coping da criança para o alívio da dor; o tratamento farmacológico não sofreu alterações e as estratégias não farmacológicas sofreram um decréscimo acentuado.

Conclui-se que as boas praticas melhoraram na avaliação e controlo da dor na criança com o seu envolvimento e dos pais na prestação de cuidados. As ações de sensibilização na área da dor, na última década, geraram ganhos na qualidade dos cuidados, devendo ser uma área de contínuo investimento.

Batalha, L. M. C. & Sousa, A. F. D. (2018). Autoavaliação da intensidade da dor: correlação entre crianças, pais e enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV(17), 15-22. Recuperado de <https://doi.org/10.12707/RIV18002>

A pedra basilar na avaliação da intensidade da dor, incluindo a criança, é o autorrelato. Na criança pré-verbal ou condição clínica que impede o autorrelato, a dor é avaliada pelo enfermeiro e pelos pais. É importante perceber se a avaliação da dor realizada pelos pais e pelo enfermeiro se correlaciona com o autorrelato da criança. A tomada de decisão para o controlo eficaz da dor deve ser coerente com a avaliação realizada pela criança.

O estudo tem com objetivo avaliar o grau de correlação da avaliação da intensidade da dor entre crianças, pais e enfermeiros. O enfermeiro assume importante papel na avaliação e controlo da dor, por garantir uma avaliação regular, objetiva, válida e fiável da dor, sendo de grande complexidade em crianças incapazes de autorrelato.

As moderadas correlações na avaliação da intensidade da dor entre crianças, pais e enfermeiros revelam que as perceções de enfermeiros e pais são válidas, mas não passam de estimativas da dor sentida pela criança. Normalmente, enfermeiros e pais subestimam a dor da criança em comparação com a autoavaliação da criança. No entanto, os pais são quem melhor conhece a criança, devendo ser envolvidos na avaliação da intensidade da dor, passando a ser parte integrante da equipa de saúde.

Ordem dos enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série 1, número 6.

O Guia Orientador de Boa Prática da OE referente às estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança revela-se uma das bases no desenvolvimento do tema do meu projeto, uma vez que detalha como se operacionaliza as estratégias não farmacológicas e quais as adequadas aos adolescentes.

Primeiramente, no guia encontra-se um esquema, um algoritmo de atuação face às estratégias não farmacológicas, que se encontra dividido em recém-nascido, idade pré-escolar, idade escolar e adolescência.

No capítulo 4, que se intitula de “Operacionalização das estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança” destaca a importância da avaliação inicial onde é primordial perceber as características individuais e a sua história da dor, as características familiares ou do cuidador, as características do profissional, aspetos culturais do contexto e a história de dor. Em crianças a partir dos 6 anos as perguntas devem ser feitas diretamente à criança.

Para uma adequação das estratégias não farmacológicas a cada criança é crucial que a equipa de enfermagem construa o(s) diagnóstico(s) e as intervenções de enfermagem numa atuação abrangente do fenómeno “dor” na criança.

A seleção destas estratégias neste capítulo encontra-se dividido nos recém-nascidos e nas crianças e adolescentes, descrevendo quais os benefícios de cada estratégia não farmacológica. Existe um anexo importante sobre os adolescente intitulado “Ensinar o adolescente sobre o autocontrolo: Dor”.

Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18(2), 295-306. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a05.pdf>

A dor associada a procedimentos de rotina ou como consequência de tratamentos mais complexos, é uma experiência frequente na infância. A não utilização de estratégias para controlo da dor durante os procedimentos, expõe a criança a sofrimento desnecessário. A dor não tratada, associada a procedimentos, provoca sequelas, tais como a ansiedade antecipatória em futuros procedimentos e eficácia reduzida de analgésicos.

Este artigo pretende apresentar os avanços na área da psicologia que contribuem para uma avaliação e controlo da dor pediátrica associada a procedimentos. Através do Modelo Bio-Comportamental de Varni e do Modelo Interativo para o *Distress* agudo de Blount, as principais estratégias de avaliação identificadas são as Escalas de Observação Comportamentais e as Escalas de Auto-Avaliação da Dor e/ou Ansiedade, e as principais intervenções para controlo da dor associada a procedimentos são as Estratégias Comportamentais, Estratégias Cognitivas e estratégias complementares.

A atitude dos adultos durante o procedimento é crucial para o comportamento das crianças. Atitudes de calma, de distração e modo como posiciona a criança, podem ter impacto positivo na criança. Pelo contrário, pais tensos e ansiosos que gritam e ameaçam a criança, contribuem para o aumento da ansiedade da criança.

A tomada de decisão sobre as estratégias a utilizar, devem ter em conta a evidência sobre a eficácia, mas também o tipo de procedimento, a idade e maturidade da criança, a existência de experiências anteriores sensibilizadoras.

Furley, A. K. L., Pinel, H. & Sena, L. S. (2020). Brinquedoteca hospitalar: A importância do brincar para crianças e adolescentes hospitalizados. *Artefactum – Revista de estudos em linguagem e tecnologia*, 19(1). Recuperado de <http://artefactum.rafrom.com.br/index.php/artefactum/article/view/1841/863>

A brinquedoteca não é só um espaço de brinquedos, mas um espaço que promove o brincar. Neste espaço não é necessário que exista brinquedos para que o brincar aconteça. A brincadeira e o brincar desenvolvem na criança capacidades cognitivas, sociais, sensoriais, afetivas, psicomotoras promovendo a construção da aprendizagem. Na hospitalização é frequente a necessidade de procedimentos dolorosos e invasivos que provoca na criança e no adolescente uma rutura com a sua vida normal. Ao entrar na brinquedoteca é esperado que a criança e os adolescentes sejam tocados pela magia das cores, dos brinquedos e a partir daí construam conhecimentos.

O objetivo deste estudo é refletir a importância do brincar para crianças e adolescentes hospitalizados, para além do ato do brincar no espaço da brinquedoteca hospitalar.

Analisando os resultados, a ludoterapia apresenta-se como a possibilidade da criança criar novos significados e linguagens através da brincadeira desvanecendo a ansiedade, sentimentos de agressividade e de frustração. O brincar promove não só a interação social, mas o desenvolvimento psicomotor e cognitivo e a resiliência perante si e perante o mundo.

Paixão, M. J. G. (2010). Realidade Virtual no Controlo da Dor e do *Distress*, Associados a Procedimentos Dolorosos, em Crianças e Adolescentes: Meta Análise. *Pensar em Enfermagem*, 14(2), 2-18. Recuperado de [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_2-18\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_2-18(2).pdf)

Na prestação de cuidados é habitual recorrer a procedimentos dolorosos na criança. Com o intuito de reduzir o medo, a ansiedade, o desconforto e a dor face ao procedimento doloroso, os enfermeiros recorrem a estratégias não farmacológicas como a distração, através da imaginação, do relaxamento, o humor, a música, a visualização de vídeos e o toque. A técnica mais recente e mais avançada é a realidade virtual, que utiliza um capacete em frente dos olhos do utilizador, bloqueando a visualização do ambiente envolvente.

O objetivo deste estudo é, através de uma revisão da literatura com meta análise, avaliar a eficácia da realidade virtual no controlo da dor e do *distress*, em crianças e adolescentes submetidos a procedimentos dolorosos. Os resultados da análise demonstram que a realidade virtual é eficaz na redução da dor e do *distress* provocada pelos procedimentos; a utilização da realidade virtual demonstra menos excitação fisiológica cardíaca durante os procedimentos; e, a distração com realidade virtual favorece o *coping*.

Quanto às implicações para a prática, esta revisão conclui sobre a eficácia da realidade virtual na gestão da dor e o *distress* em crianças e adolescentes submetidos a procedimentos dolorosos, sendo que nos ensaios a realidade virtual foi utilizada em conjunto com analgesia e colocação de EMLA.

Bice, A. A. & Wyatt, T. H. (2017). Holistic Comfort Interventions for Pediatric Nursing Procedures - A Systematic Review. *Journal of Holistic Nursing*, 35(3), 280-295. DOI: 10.1177/0898010116660397

Os procedimentos invasivos são frequentes na área pediátrica, sendo uma das principais causas de dor aguda e desconforto nas crianças. É importante diferenciar o conforto holístico e o alívio dador, uma vez que o conforto holístico engloba toda a experiência inerente ao procedimento invasivo, incluindo mais do que a redução da dor. A necessidade de conforto na criança depende de fatores como a idade e o nível de desenvolvimento.

Neste estudo foram examinados 33 estudos que se concentraram na avaliação dos efeitos do conforto das intervenções de enfermagem na dor, ansiedade, medo e angústia.

Evidenciaram-se 4 categorias de intervenção de conforto face aos procedimentos invasivos: musicoterapia, promissora na redução da ansiedade e dos sintomas de dor na criança submetida a procedimentos dolorosos; diversão e entretenimento, em que o caleidoscópio ajuda no conforto na criança sujeita a procedimentos dolorosos; facilitação do cuidador, em que a criança procura o conforto no cuidador em momentos de angústia, medo, ansiedade ou dor; abordagem multifacetada, em que a coadjuvação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas pode aumentar o conforto e o bem-estar, revelando uma abordagem holística do conforto na criança submetida a procedimentos invasivos (incluindo o físico e o psicoespiritual).

É necessário investimento nas intervenções que proporcionam conforto holístico na criança submetida a procedimentos invasivos, fator bastante significativo do ponto de vista da criança.

**APÊNDICE VI – ESTUDO DE CASO DESENVOLVIDO NO
INTERNAMENTO DE PEDIATRIA**



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

Estudo de caso

Márcia Alexandra Pereira Galvão, nº9556

Orientador: Maria Teresa Gouvêa Magão

—
Lisboa

2020

LISTA DE SIGLAS

CCF – Cuidados Centrados na Família

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNT – Cuidados Não Traumáticos

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

DGS – Direção Geral da Saúde

HDE – Hospital Dona Estefânia

OE – Ordem dos Enfermeiros

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	6
2. AVALIAÇÃO INICIAL.....	9
2.1 Histórico da saúde.....	9
2.2 Ecomapa e Genograma.....	12
2.5 Focos de intervenção.....	14
3. PLANO DE CUIDADOS.....	17
4. AVALIAÇÃO.....	30
5. CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

Apêndices

Apêndice I – Instrumento de colheita de dados

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ecomapa do T. Silva.....	13
Figura 2. Genograma familiar do T.....	14

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Plano de Cuidados do T.....	18
Quadro 2. Estrutura taxonómica de K. Kolcaba para o T.....	31

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com relatório do 11º Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, decorrente do estágio na Unidade de Adolescentes, desenvolvi o presente trabalho de índole académica, sendo o tema a elaboração de um estudo de caso. A elaboração do estudo de caso consiste numa metodologia que visa investigar, de forma pormenorizada, os conhecimentos relativos a uma determinada pessoa, grupo ou comunidade. É um método que faculta e amplifica conhecimentos, competências e capacidades na tomada de decisão, motivo pelo qual é frequentemente utilizado pelos profissionais de saúde (Pereira, Godoy & Terçariol, 2009). Sendo uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), a prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento nº 422/2018), o estudo de caso torna-se importante para de aplicar e aperfeiçoar.

Este estudo de caso é relativo a uma criança de 8 anos de idade, com internamento programado, para intervenção cirúrgica para correção de hipospádias. A oportunidade de estar presente no acolhimento da criança no internamento de pediatria, estando no primeiro contato com a criança e sua mãe (acompanhante), foi o que motivou a seleção deste caso para o seu respetivo estudo. O nome verdadeiro da criança foi substituído por um nome fictício, com o objetivo de proteger o direito de sigilo e privacidade da criança e seu acompanhante.

Este trabalho encontra-se dividido em quatro partes, a primeira referente ao enquadramento teórico. A segunda à etapa inicial do processo de enfermagem – avaliação inicial que inclui a identificação e antecedentes de saúde da criança, a história da doença atual, o Ecomapa, o Genograma e os focos de intervenção, a terceira parte refere-se ao plano de cuidados alusivo ao caso em estudo, com foco na problemática da dor aguda associada aos procedimentos dolorosos. Por fim, é apresentada a conclusão, que inclui os aspetos significativos, quais os ganhos pessoais e profissionais obtidos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O período entre os 6 e os 12 anos de idade é designada de idade escolar devido à forte influência que o ambiente escolar tem nesta fase, revelando-se significativo no desenvolvimento e nas relações interpessoais (Rodgers, 2014). Esta fase inicia-se com a queda dos primeiros dentes e termina com o início da puberdade, sendo o crescimento mais lento em comparação com a idade pré-escolar (Rodgers, 2014; Johnson & Keogh, 2012).

Nesta fase, além da principal influência serem os pais, o grupo de pares torna-se importante e o sentimento de sucesso e insucesso tem um grande impacto (Johnson & Keogh, 2012). A idade pré-escolar é caracterizada por diferentes teorias de desenvolvimento infantil: a teoria psicossocial de Erickson caracteriza esta fase como diligência versus inferioridade, uma vez que a criança está preparada para realizar tarefas que pode completar, aprendendo a competir e a cooperar com os outros aprendendo as regras; a teoria psicosexual de Freud descreve a idade escolar como fase de latência, tanto a energia e psíquica é direcionada para a aquisição de conhecimentos e brincadeira; a teoria cognitiva de Piaget nomeia esta fase como operações concretas, pois o pensamento é cada vez mais lógico e coerente, conseguindo organizar fatos para resolver problemas; e, por último, a teoria do julgamento de Moral Kohlberg, caracteriza a idade escolar como a fase convencional uma vez que surge a preocupação com a conformidade e valorização e assumem como corretos os comportamentos relativos ao cumprimento das regras e obediência (Festas, Quelhas & Braga, 2020).

As crianças em idade escolar conseguem descrever a sua dor, fazendo a associação entre a dor e a sua causa, no entanto são muito exigentes porque necessitam de explicações sobre os procedimentos (Oliveira et al, 2018). Nesta fase, a dor é expressa: a nível corporal, por imobilidade e rigidez, posição fetal, proteger ou tocar a área dolorosa, cerrar os punhos e isolamento; a nível comportamental, podem ficar irritáveis, zangados, tristes, deprimidos ou agressivos; e pode provocar alterações no padrão do sono (Oliveira et al., 2018).

Segundo a *Internacional Association for the Study of Pain* (Direção Geral da Saúde [DGS], 2008), a dor é definida como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo (...) um componente sensorial (...), um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é

descrita em função dessa lesão.” (p.6). A dor aguda é definida como uma dor de curto prazo, minutos, horas ou dias, sempre inferior a 3 meses (Oliveira et al., 2018), sendo a causa mais frequente de dor na criança que recorre aos serviços de saúde, a realização de procedimentos (DGS, 2012).

O controlo da dor depende da avaliação realizada pela criança, através das escalas utilizadas a partir dos 6 anos: escala numérica, escala visual analógica, escala de faces Wong-Baker e escala FLACC – R (crianças com deficiência ou problemas de desenvolvimento) (DGS, 2010). As intervenções inerentes ao diagnóstico de dor presente, são centradas na criança através da sua avaliação e da implementação de estratégias de *coping* da mesma, identificadas na recolha de dados da sua história de dor.

Segundo a World Health Organization (WHO, 2012), as estratégias farmacológicas nas crianças com dor estão divididas em dois degraus, o primeiro degrau onde se insere a dor ligeira (incluindo o paracetamol e anti-inflamatório não esteróides) e no segundo degrau a dor moderada a severa (incluindo os opióides fortes).

As estratégias não farmacológicas têm o objetivo de promover maior autonomia da criança e da família, são eficazes em situação de dor ligeira e procedimentos dolorosos rápidos que podem ser complementadas com estratégias farmacológicas, são seguras, não invasivas e económicas e a criança e a família podem aprender a usá-las (Oliveira et al., 2018). A sua utilização contribui para reduzir a perceção da dor tornando-a mais tolerável, diminuindo a ansiedade e o medo associados aos procedimentos dolorosos (Oliveira et al., 2018).

Segundo Batalha (2010a), as estratégias não farmacológicas dividem-se em 6 categorias: as comportamentais (dessensibilização, reforço positivo e relaxamento); as cognitivas (informação preparatória, mudança de memória, auto-relato positivo e paragem do pensamento e hipnose); as cognitivo-comportamentais (distração, modelagem e ensaio e imagem guiada); as físicas (aplicação calor/frio, massagem, posicionamento e estimulação nervosa elétrica transcutânea); as de suporte emocional (presença, toque e conforto); por último, as ambientais (temperatura, luz, ruído, mobiliário e decoração).

A minha conceção dos cuidados de enfermagem engloba a família como parte integrante e decisiva dos cuidados prestados. Desta forma, desenvolvi este estudo de

caso considerando os Cuidados Centrados na Família (CCF) e os Cuidados Não Traumáticos (CNT), nunca esquecendo os direitos da criança e da criança hospitalizada e os princípios éticos e deontológicos da profissão. Os enfermeiros no processo de cuidados devem incluir sempre a criança e a sua família no planeamento de cuidados e na tomada de decisão dos mesmos, tendo como objetivo o cuidado holístico, fornecendo cuidados terapêuticos, através de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico (Sanders, 2014; Hockenberry & Barrera, 2014).

Os procedimentos invasivos são as principais causas de dor aguda e de desconforto nas crianças, tornando-se importante promover o seu conforto nestes momentos (Bice & Wyatt, 2017). Ainda segundo os mesmos autores, as necessidades de conforto da criança dependem da idade e do seu desenvolvimento. Para Apóstolo (2009), o conforto é um conceito inerente aos cuidados de enfermagem, reforçando que o controlo e a ausência de dor são, na maioria das vezes, considerados como sinónimos de conforto.

Conforto é definido como “ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental).” (Kolcaba e DiMarco, 2005, p.188). Por este motivo, considero o modelo teórico de Katharine Kolcaba – Teoria do Conforto, como referencial teórico no desenvolvimento do estudo de caso, uma vez que a teórica apresenta uma visão holística do conforto, tornando-o fundamental para o cuidado em enfermagem pediátrica. Através da visão holística do cuidar em enfermagem, Katharine Kolcaba na sua Teoria do Conforto, orientou a uma prática centrada nas necessidades de conforto da pessoa, definindo os conceitos inerentes ao metaparadigma de enfermagem: **Pessoa** – doente, indivíduo, família, que necessita ou recebe cuidados de saúde; **Saúde** – funcionamento ótimo do doente, família ou comunidade, tendo em conta as necessidades de conforto; **Ambiente** – influências externas a quem recebe os cuidados que podem ser manipuladas pelos enfermeiros ou familiares, para melhorar o seu conforto; por último **Enfermagem** – avaliação intencional das necessidades de conforto do doente, família ou comunidade, o planeamento de medidas de conforto para atender às necessidades identificadas e a sua reavaliação (Dowd, 2014).

2. AVALIAÇÃO INICIAL

A avaliação inicial ou apreciação, como é denominada por Hockenberry e Barrera (2014), envolve várias habilidades de enfermagem, sendo conseguida pela colheita intencional, classificação e análise de dados de diversas fontes, além disso trata-se de um processo contínuo que atua em todas as fases de resolução de um problema tornando-se a base para a tomada de decisão.

Para o EESIP, a apreciação revela-se essencial para a tomada de decisão, na medida em que é fundamental considerar a dependência da criança e o binómio criança e família como alvo dos cuidados, através do estabelecimento de uma parceria de cuidados, promovendo a otimização da saúde (Regulamento nº 422/2018). Os cuidados de enfermagem têm como foco de atenção a promoção da autonomia, procurando caracterizar a participação dos pais através da negociação, liderança e decisão, que incorpora a sua participação nos cuidados à criança, sendo a sua supervisão responsabilidade do EESIP (Regulamento nº351/2015).

Para simplificar esta complexa fase do processo de enfermagem, dividiu-se a apreciação inicial em 3 componentes essenciais, sendo eles a histórico da saúde, ecomapa e genograma e os focos de intervenção.

2.1 Histórico da saúde

O caso escolhido para o estudo, reporta-se a uma criança de 8 anos (o T.), sendo a colheita de dados efetuada através de informações facultadas pelo T., pela mãe (acompanhante do internamento), pelo processo clínico existente e pela observação direta em contexto de internamento. A recolha de dados iniciou-se no dia 09/12/2020, primeiro dia de internamento do T., com recurso a um instrumento de colheita de dados construído para a elaboração do presente estudo de caso (Apêndice I). Este instrumento foi construído tendo em conta os aspetos biofísicos, psicológicos, socioculturais e emocionais do T., com ênfase na história da dor e procedimentos dolorosos a que foi submetido. Durante a recolha de dados foram respeitados os princípios básicos de alguns instrumentos de enfermagem como a entrevista, a observação, a comunicação e a relação de ajuda.

Neste histórico de saúde, para além da análise das informações gerais e do estado atual de saúde do T., foram também alvos de avaliação a estrutura e o contexto familiar na perspetiva da mãe, o que segundo o Regulamento nº351/2018 “o respeito pela informação existente, através da avaliação da estrutura e contexto do sistema familiar, na perspetiva dos pais” (p. 16662) é um elemento importante na satisfação da criança/jovem.

O T. tem 8 anos de idade, nasceu no dia 19-01-2012. É do género masculino, caucasiano e tem os pais e a irmã de 3 meses como agregado familiar (família nuclear).

A mãe do T. tem 33 anos de idade, o seu grupo sanguíneo é O Rh+, índice obstétrico 1-1, desconhece alergias e antecedentes pessoais. O pai do T. tem 37 anos de idade, desconhece o seu grupo sanguíneo e tem como antecedentes pessoais hipercolesterolemia, medicado com atorvastatina 10mg (1 por dia). Relativamente a outros antecedentes familiares de saúde relevantes, a avó paterna e o avô materno apresentam hipertensão arterial medicada (mãe não sabe especificar a medicação). Não existe conhecimento de alergias medicamentosas ou alimentares na família.

O pai do T. é licenciado em engenharia informática, a exercer numa empresa na área de residência, que a mãe preferiu não especificar, a mãe tem o 12º ano de escolaridade e trabalha como administrativa na mesma empresa. De momento a mãe está de licença de maternidade pela irmã do T.. A família não recebe nenhum apoio social nem comunitário, vive numa moradia de 5 assoalhadas com quintal. O T. encontra-se na escola primária, no 3º ano, adora matemática e o que gosta menos é português.

A gravidez do T. foi planeada e vigiada em obstetra particular, realizadas as ecografias preconizadas, sem alterações fetais. O parto ocorreu às 39 semanas e 1 dia, no Hospital de Portimão, foi eutócico, com necessidade de rutura de bolsa de águas. O T. nasceu com 3180 gramas de peso, índice de Apgar de 9-10, 49 centímetros de comprimento e 34 cm de perímetro cefálico. O internamento na maternidade foi de 48 horas, o T. saiu com 3010 gramas de peso, sem qualquer tipo de intercorrências.

Aos 3 anos de idade, a pediatra particular ao observar a uretra do T. achou que existia um estreitamento acentuado, referenciando o T. para o hospital da área de residência. Após observação em consulta hospitalar, foi realizada referenciação para o Hospital onde lhe diagnosticaram hipospádias, corrigida a primeira vez aos 4 anos de idade, mantendo seguimento regular nas consultas de urologia. O primeiro internamento durou 3 dias, o T. teve alta com sonda vesical e com indicação para regressar ao fim de 4 dias para consulta de revisão e para retirar a sonda vesical. A mãe refere que o T. esteve sempre muito choroso no internamento, que a analgesia não se revelou suficiente e que o que o acalmava era, além do posicionamento, a colocação de luva água morna. Estas estratégias foram mantidas em casa, enquanto o T. tinha a sonda. Foi medicado com diazepam, para evitar as ereções matinais e movicol carteiras para facilitar a eliminação intestinal sem provocar dores exacerbadas.

Aos 5 anos e meio de idade, numa consulta de urologia, observou-se novo estreitamento da uretra preparando-se a mãe para novo internamento e nova cirurgia. Aos 6 anos, o T. é novamente internado, a mãe refere que a irritabilidade do T. era maior, que não tolerava a presença dos profissionais de saúde perto dele. O procedimento cirúrgico foi o mesmo, mas como eram de longe, desta vez o internamento durou até o T. retirar a sonda vesical, para evitar mais deslocções à família. O esquema terapêutico foi o mesmo do internamento interior, sendo a avaliação da dor realizada através da escala de faces Wong Baker no nível 5, pelo T.. Adotadas as mesmas estratégias não farmacológicas do internamento anterior, por informação prévia cedida pela mãe. Durante o internamento o T., além da companhia da mãe, teve a visita do pai alguns dias do internamento.

Em dezembro deste ano, o T. é internado pelo mesmo motivo, sendo a terceira intervenção cirúrgica programada para correção da hipospádias. A intervenção cirúrgica foi realizada no mesmo dia em que foi internado, estando combinada a permanência no serviço até retirar a sonda vesical. Neste internamento denotou-se uma maior ansiedade por parte do T., com choro intenso e irritabilidade na presença dos profissionais de saúde. Quando questionado o porquê de toda a ansiedade, o T. referiu que queria que o pai estivesse com ele, e tinha saudades da irmã ainda bebé. A necessidade de procedimentos dolorosos como a punção de veia periférica e colheita de sangue para análises foi extremamente complicado de negociar com o T..

O T. fazia-se acompanhar do seu Mickey, e através da utilização do brinquedo terapêutico consegui que o T. aceitasse ir para a sala de tratamentos. O acordo que fiz com o T. foi realizar os procedimentos primeiro no Mickey e depois o T. diria se estaria preparado ou não para a realização dos procedimentos dolorosos. Neste momento, foi utilizada também a distração através das músicas preferidas do T. que coloquei no telemóvel. O mesmo preferiu a presença da mãe durante os procedimentos. Após a intervenção cirúrgica, o T. tinha a sonda vesical, mas desta vez sem saco coletor, mas sim com duas fraldas, estando a sonda a drenar para a fralda externa, servindo a interna para se o T. evacuasse (para não haver contato com a extremidade da sonda). Devido ao medo de manipulação da sonda e de sentir dor, o momento da mudança da fralda era desesperante para o T., expressando o seu medo através do choro, do grito e da recusa de todos os cuidados. Em conversa com o T. percebi que, para ele, a mãe é que deveria trocar a fralda. Aproveitei para lhe explicar que a primeira vez teria de ser eu para ensinar à mãe a técnica das fraldas e colocação da pomada. O T. muito renitente e desconfiado aceitou, mas da segunda vez agradeceu por perceber que era realmente a mãe a trocar a fralda a partir daí. No decorrer do internamento, mesmo com a medicação o T. ficou com obstipação pelo medo de sentir dor com o esforço de evacuar. Na tarde do 5º dia de internamento, contatei a médica de cirurgia que deu indicação para administração de microlax. Como não tinha indicação para levante, foi colocada arrastadeira para administração do microlax, acompanhada de 20 min de realização de massagem abdominal que surtiu efeito. Durante o internamento a medicação instituída foi a mesma de outros internamentos, em relação às estratégias não farmacológicas, além do posicionamento e da luva de água morna, foram utilizadas a técnica do brinquedo terapêutico, a distração com o telemóvel e a massagem. O T. retirou a sonda ao 7º dia de internamento, realizou levante, urinou espontaneamente e teve alta clínica.

2.2 Ecomapa e Genograma

Segundo o *Institute for Patient-and Family Centered Care* (s.d), a filosofia de cuidado centrado na família engloba o planeamento e a avaliação dos cuidados de saúde, tendo por base parcerias entre profissionais de saúde, paciente e a família. A família é definida pelo paciente e pela família determinando a sua participação nos

cuidados e na tomada de decisão.

No decorrer dos anos a percepção e a própria constituição da família sofreram alterações, pelo que na literatura são descritas, não só a evolução, mas também as várias tipologias de família. Segundo Fernandes (2015) existe dificuldade em obter consenso na definição de família face à diversidade de modelos familiares (ao longo dos tempos e nas diferentes culturas), mesmo que cada pessoa tenha uma conceção própria em mente. Esta variabilidade de famílias exige que o enfermeiro especialista não tenha ideias preconcebidas da família ideal para melhor compreender e adaptar os seus cuidados à família que se apresenta, sendo responsabilidade do EESIP “avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças em saúde e dinâmica familiar.” (Regulamento nº 422/2018 p. 19192).

A avaliação da estrutura familiar é realizada através do ecomapa e do genograma, instrumentos úteis para a enfermeira delinear as estruturas internas e externas da família (Fernandes, 2015). O ecomapa é uma representação visual das relações e ligações com a família e meio onde habita (Fernandes, 2015; Agostinho, 2007). Criado em 1975 por Ann Hartman e expõe o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família, ilustrando três dimensões para cada ligação: força da ligação, impacto da ligação e qualidade da ligação (Agostinho, 2007).

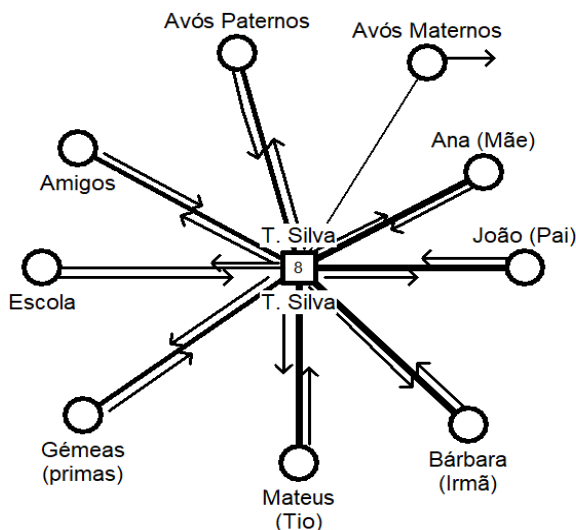


Figura 1. Ecomapa do T. Silva

O genograma permite uma observação global da estrutura familiar, a interação entre os membros da família e o padrão das relações, estando presente os processos biológicos, sociais, emocionais e culturais do indivíduo (Costa, 2013; Fernandes, 2015).

Foi enaltecido o papel parental enquanto elemento essencial no pré e pós-operatório do T., incentivando a mãe a participar em todas os cuidados prestados ao T., uma vez que o conceito Saúde da Criança e do Jovem no Regulamento nº 351/2015 é definido como dinâmico e contínuo, salientando a importância do desenvolvimento da criança através da otimização do bem-estar holístico, permitindo que alcance o seu potencial não a dissociando dos pais/família. Foram realizados ensinamentos à mãe sobre técnicas de distração através da musicoterapia e do telemóvel, incentivada a momentos de afeto, posicionamentos possíveis no pós-operatório, mudança da fralda e aplicação da pomada no pénis para aquisição de estratégias de *coping* face à dor e capacitar a mãe e o próprio T. para gerir o *stress* , sempre com o objetivo de promover o conforto da criança. Segundo Apóstolo (2009), o conceito de conforto está presente na origem e no desenvolvimento de enfermagem, estando identificado como elemento nos seus cuidados, derivando a palavra confortar do latim *confortare* , que significa “restituir as forças físicas, o vigor e a energia, tornar forte, fortalecer, revigorar.” (p.62). Quanto à obstipação, um problema de saúde que o T. enfrenta no internamento e que necessita de ser eliminado para uma melhor recuperação e planeamento da alta, pois compromete o conforto e o bem-estar do T. e da mãe pela ansiedade acrescida. Foi inicialmente avaliado o conhecimento da mãe sobre as técnicas que poderiam resolver a situação, uma vez que a obstipação do T. derivava do medo de sentir dor quando evacuasse. Foram direcionados os ensinamentos para o que era desconhecido, como as massagens abdominais e a colocação de uma luva de água morna na barriga e reforçados os ensinamentos sobre a administração de clister, uma vez que já tinha realizado no domicílio, mas quando o T. tinha 2 anos de idade. Para a resolução do problema, a partir do quarto dia de internamento iniciaram-se as massagens abdominais e colocação de luva de água morna, mas como não surtiu o efeito desejado, na tarde do quinto dia de internamento foi administrado microlax em coadjuvação com as estratégias não farmacológicas que, além de surtir efeito, o T. referiu que não sentiu dor no local intervencionado quando evacuou.

Por último, com o objetivo de uma intervenção especializada na promoção do conforto na criança e na família, a avaliação de intensidade da dor, durante o internamento, foi realizada através da escala de faces Wong-Baker, referindo dor de intensidade 4 como score máximo. Com a utilização de estratégias não farmacológicas, como referido anteriormente, o T., segundo a avaliação de intensidade da dor através da mesma escala de avaliação, referida uma dor de intensidade 1. A avaliação da dor está sempre implícita porque “fundamenta as intervenções dos profissionais de saúde no seu controlo.” (Batalha, 2010a, p. 23). Kolcaba define necessidades de cuidados de saúde como: “necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde (...) que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais (...) incluem necessidades físicas, psicoespirituais, sociais e ambientais.” (Dowd, 2004, p. 484).

Referente ao EESIP, é importante utilizar modelo concetual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como benéfico nos cuidados prestados e prevenir o desconforto a vários níveis, avaliando a predisposição para o mesmo, intervindo para a promoção do conforto na gestão diferenciada da dor aguda (Regulamento nº 422/2018).

3. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

No plano de cuidados de enfermagem estão englobados a formulação de diagnósticos de enfermagem, os resultados esperados e as intervenções planejadas.

A formulação dos diagnósticos de enfermagem tem como objetivo identificar os focos onde o EESIP deve intervir, ou seja, o enfermeiro, através dos dados colhidos, interpreta e toma decisões (Hockenberry & Barrera, 2014). Com os diagnósticos formulados, o enfermeiro planeia os cuidados, estabelecendo resultados previstos ou esperados no estado de saúde do indivíduo para posteriormente implementar o plano de cuidados, onde o enfermeiro realiza as intervenções definidas e recebe feedback do seu efeito através da observação e da comunicação (Hockenberry & Barrera, 2014). Para que estas etapas sejam realizadas adequadamente é imprescindível a parceria de cuidados com a criança e família “respeitando os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível.” (Regulamento nº 351/2015, p. 16661). Nos critérios de qualidade da intervenção do EESIP encontra-se a exigência relativa ao rigor técnico/científico na implementação do plano de cuidados de enfermagem, com o intuito de aplicar e mobilizar conhecimentos e habilidades referentes a diversos temas, como da rápida identificação dos focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória, do crescimento e desenvolvimento da criança e sua avaliação e das terapias não farmacológicas para o alívio da dor (Regulamento nº 351/2015).

No caso do T., os focos de intervenção identificados foram a controlo da dor, *Coping* face à dor, capacidade de gerir o *stress*, a obstipação e o conforto. Deste modo, foram definidos e priorizados 5 diagnósticos de enfermagem com o recurso à CIPE – Versão 2015 (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2016): Controlo da dor inadequado, dificuldade de *coping* face à dor, capacidade de gerir o *stress* comprometido, obstipação atual e conforto comprometido.

O plano de cuidados é apresentado em formato de quadro para simplificar a leitura e a compreensão do mesmo (Quadro 1), que inclui os diagnósticos de enfermagem, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem, bem como as competências do EESIP (Regulamento nº 422/2018) e a evidência científica que sustentam todo este processo.

Diagnóstico de enfermagem 1	
<p>Controlo da dor inadequado</p> <p>Controlo → <i>Status</i>: exercer uma influência forte sobre uma situação (OE, 2016).</p>	<p><u>Resultado esperado:</u></p> <p>Controlo da dor adequado.</p>
<p><u>Intervenções de enfermagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentar a história de dor; • Avaliar a dor; • Monitorizar a dor; • Validar as estratégias de <i>coping</i> utilizadas; • Ensinar estratégias não farmacológicas apropriadas à idade do T.; • Gerir o <i>stress</i> provocado pela dor no T. e na mãe; • Avaliar evolução da dor após implementação de estratégias não farmacológicas; • Promover o conforto do T. e da mãe. 	<p><u>Competências do EESIP:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar (E1.1.1.); • Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento (E1.1.2.); • Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (E1.1.4.); • Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5.); • Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar (E1.1.6.);
	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de

	<p>instabilidade e resposta pronta antecipatória (E2.1.1.);</p> <ul style="list-style-type: none">• Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar (E2.4.3.);• Aplica conhecimentos sobre a saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem (E2.2.1.);• Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (E2.2.3.);• Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de <i>coping</i> e de adaptação (E2.5.2.);• Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem (E3.1.2.);• Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família (E3.3.1.);• Facilita a comunicação expressiva de emoções (E.3.4.1.).
<p><u>Evidência científica:</u></p> <p>A experiência da dor é vivenciada de forma diferente em cada criança e depende de fatores como o desenvolvimento, a causa e a natureza da dor e pela sua capacidade de expressar a dor (Jacob, 2014). As crianças em idade escolar conseguem descrever a dor e fazer a sua associação com a causa, necessitam de explicações sobre os procedimentos que são</p>	

realizados, expressando a sua dor através de imobilidade e rigidez, proteção da área dolorosos, isolamento, tornando-se irritáveis, deprimidos e agressivos (Oliveira et al., 2018)

A dor associada a procedimentos de rotina ou como consequência de tratamentos mais complexos, é uma experiência frequente na infância e a não utilização de estratégias para controlo da dor durante os procedimentos, expõe a criança a sofrimento desnecessário (Batalha, 2010b). A dor não tratada, associada a procedimentos, provoca sequelas, tais como a ansiedade antecipatória em futuros procedimentos e eficácia reduzida de analgésicos (Batalha, 2010b). O controlo da dor depende da avaliação e reavaliação sistemáticas da mesma, sendo dever dos profissionais de saúde e um direito da criança (DGS, 2010). As estratégias não farmacológicas são eficazes em situação de dor ligeira e procedimentos dolorosos rápidos, podem ser complementadas com estratégias farmacológicas, têm o objetivo de promover maior autonomia da criança e da família, são seguras, não invasivas e económicas e a criança e a família podem aprender a usá-las (Oliveira et al., 2018). A sua utilização contribui para reduzir a perceção da dor tornando-a mais tolerável, diminuindo a ansiedade e o medo associados aos procedimentos dolorosos (Oliveira et al., 2018).

A segurança e o conforto são parte integrante do processo terapêutico, sendo que o medo, o desconforto e a dor devem ser valorizados, avaliados e geridos com intervenções apropriadas à idade (Fernandes, 2020).

Diagnóstico de enfermagem 2

Dificuldade de *coping* face à dor
Coping → Atitude: gerir o *stress* e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico (OE, 2016).

Resultado esperado:

Coping face à dor presente.

Intervenções de enfermagem:

- Avaliar as estratégias de coping utilizadas;
- Ensinar à mãe estratégias de coping adequadas pelo T..
- Implementar estratégias de coping na realização de procedimentos dolorosos;
- Avaliar a eficácia das estratégias de coping.
- Promover o conforto ao T. e à mãe.

Competências do EESIP:

- Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar (E1.1.1.);
- Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento (E1.1.2.);
- Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (E1.1.4.);
- Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5.);
- Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar (E1.1.6.);
- Aplica conhecimentos sobre a saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem (E2.2.1.);
- Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (E2.2.3.);
- Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar (E2.4.3.);

- Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação (E2.5.2.);

Evidência científica:

Os mecanismos de *coping*, ou seja, de adaptação, inatos e aprendidos são fulcrais na aceitação da doença por parte da criança, sendo as crianças mais positivas e com maior aceitação do seu estado, mais capacitadas para um estilo adaptado, com maior competência, otimismo e anuência (McElfresh & Merck, 2014).

O coping focado nas emoções tem como objetivo diminuir o *distress* emocional através de várias estratégias como o evitamento, distanciamento, procura de apoio emocional, meditação, exercício, ventilação de emoções, atenção seletiva, culpabilização e minimização (Lyon, 2012). Altera-se a forma como a situação é interpretada, mas não se altera a situação em si ou o seu significado, num movimento que corresponde à reavaliação, tal como no coping focado no problema que se dirige para o self (Lyon, 2012).

A preparação da criança para a necessidade de procedimentos dolorosos, além de diminuir a ansiedade, promove a sua cooperação e a sua sensação de controlo da situação, reforçando ou ensinando habilidades de *coping* como a imaginação, a distração ou o relaxamento (Brown, 2014). É importante ter em conta a idade da criança, assim como as estratégias de *coping* já utilizadas, para uma promoção de *coping* e adaptação a longo prazo, sendo na idade escolar essencial a explicação dos procedimentos com linguagem correta (com apoio de fotografias ou diagramas), discussão da necessidade do procedimento face à sua situação de doença, permissão da manipulação do material (recorrendo a um boneco ou outra pessoa para praticar a utilização do material) e o dar tempo para perguntas e discussão (Brown, 2014).

Diagnóstico de enfermagem 3

Capacidade de gerir o *stress* comprometido
Capacidade → *status* → característica:
condição da pessoa relativamente a outras;
posição relativa de uma pessoa (OE, 2016).

Resultado esperado:

Capacidade de gerir o *stress* melhorado.

Intervenções de enfermagem:

- Identificar os fatores geradores de *stress*;
- Avaliar os sintomas de *stress*;
- Validar as estratégias de *coping* utilizadas;
- Ensinar à mãe e ao T. estratégias de *coping* adequadas;
- Avaliar a eficácia das estratégias implementadas;
- Promover o conforto do T. e da mãe.

Competências do EESIP:

- Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar (E1.1.1.);
- Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento (E1.1.2.);
- Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (E1.1.4.);
- Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5.);
- Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar (E1.1.6.);

- Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à segurança na criança/jovem e família (E1.2.8.);
- Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória (E2.1.1.);
- Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem (E2.2.1.);
- Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração em ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência (E2.4.);
- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3.);
- Facilita a comunicação expressiva de emoções (E3.4.1.).

Evidência científica:

“O stress é uma reação do organismo que tem componentes físicos e/ou psicológicos, causados pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que (...) irrite-a (...), amedronte-a (...), excite-a (...), confunde-a (...) ou (...) que a faça (...) feliz (...)” (Lipp, 2014).

A hospitalização é um fator de *stress* na criança e geradora de ansiedade nos pais, na fase de admissão, durante o internamento e no pós-alta, sendo responsabilidade do enfermeiro evitar suposições incorretas sobre o que a doença significa para a criança quando esta tem experiência médica anterior (Sanders, 2014). Este *stress* pode ter efeitos negativos na criança devido à duração do internamento, necessidade de procedimentos invasivos e a ansiedade dos pais, respondendo com regressão, ansiedade, apatia

e fobias (Sanders, 2014). Por outro lado, a hospitalização também pode ser benéfica, uma vez que a criança aprende a lidar com o *stress* e adquire competências nos seus mecanismos de *coping* (Sanders, 2014). Para lidar com o *stress*, a criança pode aprender várias técnicas que ajudam a diminuir a intensidade do *stress*, como técnicas de relaxamento e de respiração, adoção de comportamentos alternativos quando o comportamento gerador de *stress* é identificado (Rodgers, 2014).

Diagnóstico de enfermagem 4

<p style="text-align: center;">Obstipação atual</p> <p>Processo do sistema gastrointestinal comprometido: diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes; passagem de fezes excessivamente duras e secas (OE, 2016).</p>	<p style="text-align: center;"><u>Resultado esperado:</u></p> <p>Obstipação diminuída.</p>
<p style="text-align: center;"><u>Intervenções de enfermagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar padrão de eliminação; • Avaliar dor abdominal; • Ensinar sobre as medidas não farmacológicas e farmacológicas para estimular a eliminação intestinal; • Avaliar o conhecimento sobre o conforto; • Ensinar sobre técnicas de conforto. 	<p style="text-align: center;"><u>Competências do EESIP:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (E1.1.4.); • Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde (E1.2.7.); • Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança da criança/jovem e família (E1.2.8);

- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2.);
- Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento (E3.1.1.).

Evidência científica

A obstipação é caracterizada por diminuição do movimento intestinal, sendo uma alteração na frequência, consistência ou facilidade na eliminação intestinal, definida, por vezes, por eliminação dolorosa normalmente raiada de sangue (Hockenberry, 2014). Segundo a mesma autora, na idade escolar, a obstipação é consequência de alteração do ambiente, *stress* e alteração no padrão de eliminação.

É comum, na idade escolar, a obstipação estar relacionada com hábitos alimentares incorretos da responsabilidade da criança e da família, que se torna essencial corrigir antes de qualquer outra intervenção, fornecendo mais fibras e líquidos (Pereira, 2008; Hockenberry, 2014). É necessário que os pais estabeleçam uma rotina de ida à casa de banho, uma a duas vezes por dia durante 5 a 10 minutos, para que a criança consiga relaxar o esfíncter anal durante a eliminação (Hockenberry, 2014).

É necessário que o enfermeiro, na sua avaliação, conheça a “história dos hábitos intestinais; dieta; acontecimentos que podem ser associados ao início da obstipação; medicamentos e outras substâncias que a criança pode estar a tomar; e a consistência, cor, frequência e outras características das fezes.” (Hockenberry, 2014, p.1390). Segundo a mesma autora, é essencial capacitar os pais para a situação, diminuindo a sua ansiedade, para que consigam dar continuidade ao tratamento (farmacológico ou não farmacológico), sendo crucial perceber com os pais as suas atitudes e expectativas face às idas à casa de banho e ao tratamento planeado.

Diagnóstico de enfermagem 5

<p>Conforto comprometido</p> <p><i>Status:</i> sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal (OE, 2016).</p>	<p><u>Resultado esperado:</u></p> <p>Conforto melhorado.</p>
<p><u>Intervenções de enfermagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Avaliar o conhecimento sobre o conforto;• Identificar fatores de desconforto;• Validar os contextos que influenciam os fatores de conforto;• Ensinar técnicas de conforto;	<p><u>Competências do EESIP:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar (E1.1.1.);• Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento (E1.1.2.);• Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde (E1.1.3.);• Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (E1.1.4.);• Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5.);• Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar (E1.1.6.);

- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2.);
- Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração em ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência (E2.4.);
- Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação (E2.5.2.);
- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3.);
- Facilita a comunicação expressiva de emoções (E3.4.1.);
- Reforça a imagem corporal positiva se necessário (E3.4.2.).

Evidência científica:

Segundo Apóstolo (2009), o conceito de conforto está presente na origem e no desenvolvimento da enfermagem, estando identificado como um elemento nos seus cuidados. A palavra confortar tem origem no latim *confortare*, que significa “restituir as forças físicas, o vigor e a energia, tornar forte, fortalecer, revigorar.” (Apóstolo, 2009, p. 62). Na prática de enfermagem os conceitos de bem-estar e conforto são utilizados, muitas vezes, como sinónimos, tornando-se importante clarificar a sua distinção, sendo o bem-estar entendido como a ausência de sintomas ou desconfortos, enquanto o conforto é a medida de alívio desses desconfortos. (Oliveira, 2013). Segundo Oliveira & Lopes (2010), uma forma de conseguir o cuidado é através do confortar.

Kolcaba define conforto como a condição experimentada pelas pessoas que recebem medidas de conforto, é a experiência

imediate de ser fortalecido através da satisfação dos três tipos de necessidades de conforto: **alívio**, considerado como o estado em que a necessidade foi satisfeita, permitindo que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; **tranquilidade**, associado a um estado de calma, contentamento ou de satisfação que foi experienciada pela pessoa; e a **transcendência**, referindo-se à habilidade da pessoa superar os seus problemas ou sofrimento, quando estes não podem ser evitados (Kolcaba & DiMarco, 2005). Segundo os mesmos autores, os três tipos de conforto ocorrem em quatro contextos de experiência: **Físico**, pertencente às sensações corporais e aos mecanismos homeostáticos; **Psicoespiritual**, referente à consciência que tem de si mesmo, incluindo autoestima, autoconceito e a sexualidade e o significado da vida, podendo também abranger a relação com uma ordem ou ser mais elevado; **Social**, relacionado com as relações interpessoais, familiares e sociais, incluindo as tradições familiares, rituais e práticas religiosas e, o **Ambiental**, pertencente ao meio, às condições e influências exteriores como a temperatura, luz, som ou o odor. A segurança e o conforto são parte integrante do processo terapêutico, sendo que o medo, o desconforto e a dor devem ser valorizados, avaliados e geridos com intervenções apropriadas à idade (Fernandes, 2020).

Os procedimentos invasivos são as principais causas de dor aguda e de desconforto nas crianças, tornando-se importante promover o conforto nas crianças nestes momentos (Bice & Wyatt, 2017). Ainda segundo Bice e Wyatt (2017), as necessidades de conforto da criança dependem da idade e do seu desenvolvimento, descrevendo como intervenções holísticas de conforto nos procedimentos, diminuindo a ansiedade, o medo e a dor da criança, várias técnicas de distração como: brinquedo terapêutico, realidade virtual, televisão e utilização de iPad. Os mesmos autores ainda incidem o estudo numa abordagem multifacetada onde concluem que a orientação, a distração e a presença dos cuidadores, utilizadas simultaneamente, diminuem a dor, a angústia e a ansiedade nas crianças submetidas a procedimentos dolorosos.

4. AVALIAÇÃO

A avaliação é a última fase do processo da tomada de decisão, onde o enfermeiro reúne, classifica e analisa os dados para definir se os resultados esperados foram atingidos, se as intervenções de enfermagem foram adequadas, se o plano de cuidados requer alteração ou devem ser definidas alternativas (Hockenberry & Barrera, 2014).

No que diz respeito ao controlo da dor, nos procedimentos invasivos realizados no internamento foram utilizadas estratégias farmacológicas, como a colocação do penso EMLA, e estratégias não farmacológicas, como a utilização do brinquedo terapêutico, distração com musicoterapia e presença da mãe. Denotou-se que o T. demonstrou menos agressividade à presença do profissional de saúde, menos ansioso quando utilizadas as estratégias não farmacológicas, participando e colaborando no seu plano de cuidados. No que se refere à troca da fralda e ao medo da dor quando mobilizada a sonda vesical, o T. diminuiu a sua angústia quando se ensinou o procedimento à mãe e se mostrou capacitada a realizá-lo autonomamente. O T. demonstrou ao longo do internamento um controlo da dor adequado, como definido como resultado no plano de cuidados.

Face à dificuldade de *coping* face à dor e à capacidade de gerir o *stress* comprometido, diagnósticos interligados entre si, identifiquei junto do T. e da mãe as estratégias de *coping* já utilizadas anteriormente (como já referido em capítulo anterior), assim como os fatores geradores de *stress*, que a mãe associa à hospitalização, aos procedimentos dolorosos, à presença de sonda vesical e à presença de profissionais de saúde. Quanto aos procedimentos dolorosos, conseguimos a adoção de estratégias de *coping*, através das estratégias não farmacológicas; quanto à hospitalização e à presença dos profissionais de saúde, com base na comunicação e na participação de brincadeiras com legos e com o Mickey consegui a sua confiança assim como facilitei a expressão das suas emoções; quanto à presença da sonda vesical percebi que com a utilização das estratégias de *coping* anteriormente utilizadas, como o posicionamento, a colocação de luva morna permitia a redução de *stress* e a colaboração na prestação de cuidados; o cumprimento do regime terapêutico instituído também facilitava a diminuição da angústia do T.. No final do internamento, após avaliação o T. apresentava *coping* face à dor presente e capacidade de gerir o *stress* melhorado.

Quanto ao diagnóstico obstipação atual, foi provocado pelo medo que o T. tinha de ter dor pelo esforço de evacuar. Foi necessária uma comunicação eficaz, realização da massagem abdominal e a capacitação da mãe para a realização da mesma, em coadjuvação com a administração de lactulose duas vezes ao dia e de microlax em SOS que o T. ao 5º dia de internamento evacuou, referindo que a dor não tinha sido muito intensa. Na minha avaliação o resultado obstipação diminuída foi atingido, uma vez que o T. no dia seguinte evacuou duas vezes sem necessidade da medicação SOS.

Por último, quanto ao conforto comprometido, intimamente ligado a todos os diagnósticos anteriormente definidos, durante o internamento consegui que, através das estratégias não farmacológicas instituídas e das estratégias de *coping* anteriormente utilizadas pelo T. o desconforto desvaneceu-se, conseguindo após retirada da sonda vesical realizar autonomamente todas as suas atividades de vida, assim como manter uma relação de confiança com os profissionais de saúde.

Quadro 2. Estrutura taxonómica de K. Kolcaba para o T.

Contexto do conforto	Tipos de conforto		
	<u>Alívio</u>	<u>Tranquilidade</u>	<u>Transcendência</u>
<u>Físico</u>	Dor, obstipação	Medicação, massagem, musicoterapia, brinquedo terapêutico	T. consegue tolerar a dor nos procedimentos dolorosos, colabora nos cuidados
<u>Psicoespiritual</u>	Stress, ansiedade, medo e desconforto	Presença da mãe, estratégias de <i>coping</i> instituídas no domicílio.	Mãe refere T. mais calmo e confortável.
<u>Ambiental</u>	Barulho, luzes, enfermaria de 4 camas e presença dos profissionais de saúde	Redução da intensidade das luzes, correr das cortinas e redução de profissionais de saúde no quarto.	Maior privacidade para o T. na troca da fralda e para a mãe (utiliza bomba de extração de leite).
<u>Social</u>	Ausência do pai e da irmã.	Vídeo chamadas, escrever cartas e fazer presentes.	O T. refere sentir-se melhor quando fala com o pai e vê a irmã.

5. CONCLUSÃO

A elaboração deste estudo de caso permitiu-me alargar os meus conhecimentos, adquirir e desenvolver competências e capacidades específicas enquanto futura EESIP.

Com a elaboração deste estudo de caso creio ter desenvolvido conhecimentos e capacidades ao nível de EESIP, tendo em conta as competências específicas de EESIP e os padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem de saúde da criança e do jovem. Alguns destes padrões destacaram-se tendo em conta a metodologia e o caso particular em questão, como a identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico na criança/jovem e família, a implementação de intervenções que contribuam para a capacitação da criança e família em estratégias de *coping* e gestão do *stress*, assim como para a promoção do conforto, e o rigor técnico/científico na implementação de intervenções de enfermagem que visem a aplicação de conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual, sobre terapias não farmacológicas para o alívio da dor e sobre diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem (Regulamento nº 351/2015).

Considero também ter desenvolvido conhecimentos e capacidades relativamente à metodologia de estudo de caso, bem como ter conseguido adquirir/developar conhecimentos e competências referentes ao processo de enfermagem, às suas diversas etapas, e à linguagem CIPE. A unidade curricular de Estágio com Relatório e o presente trabalho facultaram-me acima de tudo novos conhecimentos e capacidades que se enquadram na minha prática clínica diária, elevando conseqüentemente a qualidade dos cuidados de enfermagem por mim prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 23, 327-330.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teórico. *Revista Referência*, II(9), 61-67.
- Batalha, L. (2010a). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lidel.
- Barros, L. (2010b). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18(2), 295-306. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a05.pdf>
- Bice, A. A. & Wyatt, T. H. (2017). Holistic Comfort Interventions for Pediatric Nursing Procedures - A Systematic Review. *Journal of Holistic Nursing*, 35(3), 280-295. DOI: 10.1177/0898010116660397
- Brow, T. L. (2014). Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1061-1118). Lusociência.
- Costa, R. P. (2013). Representação gráfica de famílias com recurso ao Genopro®: (re)descobrir o genograma familiar no contexto da investigação qualitativa. *Indagatio Didactica*, vol. 5(2), 723-733.
- Dowd, T. (2014). Theory of Comfort. In Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (Eds.). *Nursing Theorists and Their Work* (8ª ed., pp.657-671). Elsevier
- Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Eds.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1º ed., pp. 40-55). Lidel.
- Fernandes, C. S. (2015). *A família como Foco dos Cuidados de Enfermagem Aprendendo com o FAMILY NURSING GAME*. Lusodidacta.

- Festas, C., Quelhas, I. & Braga, M. C. (2020). A Criança em Idade Pré-escolar (3 aos 6 anos) e Escolar (6 a 12 anos). In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (Eds). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 159-191). Lidel.
- Hockenberry, M. J. (2014). A Criança com Disfunção Gastrointestinal. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., 1379-1426). Lusociência.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1-20). Lusociência.
- Institute for Family Centered Care. *Advancing the practice of Patient and Family – Centered Care*. Disponível em www.familycenteredcare.org
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 188-239). Lusociência.
- Johnson, J. Y. & Keogh, J. (2012). Crescimento e Desenvolvimento. In Johnson, J. Y. & Keogh, J. (Eds.). *Enfermagem Pediátrica Desmistificada* (pp. 13-31). Lusodidacta.
- Kolcaba, K. & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187 – 194.
- Lipp, M. (2014). *Stress em crianças e adolescents* (1ª ed.). Papyrus Editora. https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=JDjnDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=stress+na+crian%C3%A7a&ots=Zqb43Y3wwn&sig=qYSH_C9bJKa3RTYeWFHxA86hEXA&redir_esc=y#v=onepage&q=stress%20na%20crian%C3%A7a&f=false
- Lyon, B. L. (2012) Stress, Coping, and Health A Conceptual Overview . In Rice, V. H. (Ed.). *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice* (2ª ed., pp.2-20). Sage Publications. <https://pdfs.semanticscholar.org/dd0d/86f56021211231f07d0fa4eb981a6891855f.pdf>.
- McElfresh, P. B. & Merck, T. T. (2014). Cuidados Centrados na Família em

Situações de Doença Crónica ou Incapacidade. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 897-930). Lusociência.

- Ministério da Saúde. (2008). *Programa Nacional do Controlo da Dor*. Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2010). *Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças*. Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos)*. Direção Geral da Saúde.
- Oliveira, C. S. & Lopes, M. J. (2010). Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto. *Pensar em Enfermagem*, 14(1), 67-74.
- Oliveira, C.S. (2013). Conforto e Bem-Estar enquanto Conceitos em Uso em Enfermagem. *Pensar em Enfermagem*, 17(2), p.2-8.
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marone, L. & Amorim, R. (2018). *Desenhos da Minha Dor* (1ª ed.). APED.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE – Versão 2015. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (Ed. Portuguesa). Autor. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Pereira, F. (2008). Obstipação na Criança – Como Lidar. *Nascer e Crescer – uma revista do hospital de crianças Maria Pia*, 17(3), 192-194. http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1161/1/ObstipacaoNaCrianca_NeC_17-3_Web.pdf
- Pereira, L. et al. (2009). Estudo de Caso como Procedimento de Pesquisa Científica: Reflexão a partir da Clínica Fonoaudiológica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 422-429. <https://www.scielo.br/pdf/prc/v22n3/v22n3a13.pdf>
- Regulamento nº 351/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Diário da República, II Série, nº119/15. <https://dre.pt/application/conteudo/67552235>

- Regulamento nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, II Série, nº 133/18. <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
- Rodgers, C. C. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Escolar e da Família. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 683-725). Lusociência.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1025-1060). Lusociência.
- WHO, World Health Organization (2012). *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*.
WHO

APÊNDICES

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Instrumento de colheita de dados

1. Dados de identificação:

Data de nascimento: 19-01-2012

Idade: 8A

Género: Masculino

Agregado familiar: Pai, Mãe, T., Irmã

Local de residência: Portimão

2. Antecedentes familiares de saúde:

Mãe: Sem antecedentes

Pai: Dislipidémia – atorvastatina 10mg 1xdia

Outros familiares: Avó Paterna e Avô Materno – HTA

3. Situação social:

Apoio Social/Comunitário: Não

Habitação: Moradia 5 assoalhadas com quintal

Creche/Jardim de infância/Escola: 3ºAno de escolaridade

Relações familiares: Família nuclear – pai, mãe, T. e irmã. Relação próxima com avós paternos e tia paterna (divorciada do marido). Relação mais forte com as primas gémeas (filhas da tia paterna); relação muito forte com a família nuclear e com o tio materno. Relação de afastamento com os avós maternos.

4. Antecedentes pessoais de saúde:

Gestação: 39 semanas + 1 dia

Parto: Eutócico

Local do parto: Hospital de Portimão

Problemas de saúde/patologias: Hipospádias

Internamentos hospitalares anteriores: 2 correções anteriores de hipospádias (4A e com 6A)

5. História da situação atual:

a. Exame físico:

- Pele e mucosas: coradas e hidratadas

- Peso: 28Kg
- Altura: 125cm
- IMC: 17,08
- Abdómen: mole, depressível e indolor
- Genitais: sonda vesical pós-operatório, com penso realizado com spongostan e mepilex Ag no bloco operatório.

b. Procedimentos dolorosos: Punção venosa periférica, colheita de sangue para análises e mobilização da sonda vesical.

História da dor:

- **Caraterísticas da dor** (duração, padrão, localização, qualidade, intensidade): Dor intermitente no pénis, tipo pontada de intensidade 7 na escala numérica.
- **Comunicação/manifestação e expressão da dor**: Dor manifestada por choro e irritabilidade. Em momentos de dor o T. não quer falar com ninguém.
- **Fatores de alívio e agravamento**: posicionamento, respiração, luva de água quente, distração com legos e analgesia
- **Estratégias de Coping**: posicionamento, analgesia, e luva de água quente
- **Impacto nas atividades de vida**: Alteração da atividade de vida eliminação (vesical por presença de sonda e intestinal por dor); atividade de vida higiene (não realizar levante, cuidados de higiene no leito); atividade de vida mobilidade (permanecer 5 a 6 dias no leito); atividade de vida trabalho e lazer (quebra das rotinas diárias)
- **Perceção da doença e perspetivas do tratamento**: o T. por experiências anteriores sabe a necessidade de internamento, mas por ser o terceiro internamento pensava que seria mais curto.
- **Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor** (Escola; atividades de lazer; Relações pessoais; Estado emocional): T. triste e angustiado pela hospitalização, uma vez que a intensidade de dor é grande, sendo difícil a mobilização no leito. Estes internamentos por norma duram 3

dias no máximo, mas como são de Portimão a médica prolongou o internamento para 6 dias (tem alta sem a sonda e sem necessidade de vir a consulta de revisão). Mãe ansiosa por ter uma bebé de 3 meses em casa, ainda a amamentar.

- **Sintomas associados:** a dor provocou obstipação, uma vez que o T. quando tenta evacuar, exacerba a dor sentida. Só conseguiu evacuar no 5º dia de internamento.
- **Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas:** Cumpre analgesia com paracetamol e ibuprofeno solução oral como medidas farmacológicas; em conjunto foram utilizadas as medidas não farmacológicas de aplicação de calor, posicionamento e distração com os legos.

**APÊNDICE VII - PROCEDIMENTOS DOLOROSOS MAIS
FREQUENTES E ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS MAIS
UTILIZADAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Procedimentos dolorosos mais frequentes e estratégias não farmacológicas mais utilizadas no Serviço de Urgência Pediátrica

Procedimentos dolorosos no SUP	Estratégias não farmacológicas utilizadas
Punção de veia periférica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conforto; ✓ Presença (se não for angustiante para os pais); ✓ Informação preparatória; ✓ Distração; ✓ Humor; ✓ Reforço positivo.
Colheita de sangue	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conforto; ✓ Presença (se não for angustiante para os pais); ✓ Informação preparatória; ✓ Humor; ✓ Reforço positivo.
Entubação nasogástrica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presença (se não for angustiante para os pais); ✓ Informação preparatória; ✓ Humor; ✓ Reforço positivo.
Sutura de feridas incisais	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presença (se não for angustiante para os pais); ✓ Informação preparatória; ✓ Reforço positivo.
Redução de fraturas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presença (se não for angustiante para os pais); ✓ Informação preparatória;
Punção lombar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conforto; ✓ Presença (se não for angustiante para os pais); ✓ Informação preparatória; ✓ Humor; ✓ Posicionamento; ✓ Reforço positivo.
Teste Sars-Cov 2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presença (se não for angustiante para os pais); ✓ Informação preparatória;

Fundamentação teórica

Nos serviços de saúde, os procedimentos são a causa mais frequente de dor na criança, sendo uma experiência sensorial e emocional de conotação negativa, acompanhados por medo e ansiedade, reconhecidos como fatores agravantes da dor (DGS, 2012). Segundo Paixão (2010), a realização de procedimentos dolorosos, quer com o objetivo de prevenção, de diagnóstico ou tratamento, são frequentes, tornando-se uma situação ameaçadora do bem-estar para as crianças e adolescentes.

As estratégias não farmacológicas são eficazes em situação de dor ligeira e procedimentos dolorosos rápidos, podem ser complementadas com estratégias

farmacológicas, têm o objetivo de promover maior autonomia da criança e da família, são seguras, não invasivas e económicas e a criança e a família podem aprender a usá-las (Oliveira et al., 2018). A sua utilização contribui para reduzir a percepção da dor tornando-a mais tolerável, diminuindo a ansiedade e o medo associados aos procedimentos dolorosos (Oliveira et al., 2018).

As estratégias não farmacológicas nos adolescentes incluem:

- **Intervenções cognitivas: Informação antecipatória** - a informação sobre os procedimentos a realizar é um dever dos enfermeiros e um dos direitos da criança (OE, 2013); **Distração** - direciona as atenções para fora do estímulo doloroso, através de leitura, música, televisão, vídeos, dependendo da preferência do adolescente, conjugando com exercícios de respiração (OE 2013; DGS, 2012). A distração pode incluir também a imaginação, relaxamento e o humor (Paixão, 2010). O humor proporciona alívio face à tensão e preocupação, tendo como objetivo aumentar a proximidade e confiança com o adolescente, estimula o sorriso e o riso que desviam a atenção dos estímulos (potencialmente) dolorosos e diminui a intensidade dos estímulos dolorosos e a reatividade à dor pela estimulação de produção de endorfinas. (OE, 2013); **Reforço positivo** – elogio ou recompensa após procedimentos dolorosos, quando a criança manifesta e utiliza estratégias positivas no alívio da dor (OE, 2013; Batalha, 2010); **Imaginação guiada** - sensação de bem-estar e relaxamento através da indução de um estado de concentração, intensificado numa ideia ou imagem particular, foca a atenção usando os seus mecanismos de *coping* (OE, 2013; Batalha, 2010).
- **Intervenções comportamentais: Relaxamento muscular** – preparação do adolescente para situação dolorosa, ajudando a controlar a ansiedade associada aos procedimentos dolorosos (OE, 2013). O relaxamento pode reduzir o medo, a ansiedade, a náusea, o vómito e a dor, uma vez que diminui o metabolismo, o consumo de energia, oxigénio, baixa a frequência cardíaca e respiratória e produz uma sensação de calma, tranquilidade e bem-estar (OE, 2013; Batalha, 2010).
- **Intervenções cognitivo-comportamentais:** Combinação de pelo menos uma intervenção cognitiva e uma comportamental. A terapia cognitivo-comportamental é bastante utilizada pelos adolescentes. Tem como objetivo a compreensão face à associação que existe entre os pensamentos, sentimentos e comportamentos inerentes à

dor (OE, 2013).

- **Intervenções físicas: *Aplicação de frio e de calor*** - a aplicação de frio provoca vasoconstrição, diminuindo a circulação periférica favorecendo a redução do edema, aliviando a pressão nas terminações nervosas (Batalha, 2010). A aplicação de calor promove a circulação sanguínea, devendo-se o seu efeito analgésico à ativação do sistema supressor da dor e relaxamento muscular (OE, 2013); ***Massagem*** - massajar através de manipulação, com ou sem aplicação de óleos, durante 15 a 30 minutos (OE, 2013), o que remove produtos de degradação celular, estimula as fibras de grande calibre dos aferentes primários, favorecendo o alívio da dor (Batalha, 2010); ***Posicionamento*** – as mudanças de posição que promovem o conforto são estratégias reconhecidas como úteis no alívio da dor (OE, 2013).
- Segundo a OE (2013), estão descritas outras estratégias como musicoterapia (diminui o *stress*, a tensão, induz ao relaxamento, ativa a produção de endorfinas endógenas); a arteterapia (o teatro, a música, a arte, a poesia, as marionetas, a escrita e o desenho facilitam a criança a falar sobre a sua doença e a controlar a sua dor); hipnose, dessensibilização sistemática, Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS), acupuntura, cromoterapia, aromaterapia, hidroterapia, dramaterapia, homeopatia, acupressão, reflexoterapia, Shiatsu, Reiki, meditação e ioga.

A segurança e o conforto são parte integrante do processo terapêutico, sendo que o medo, o desconforto e a dor devem ser valorizados, avaliados e geridos com intervenções apropriadas à idade (Fernandes, 2020). A teoria do conforto tem o holismo como pedra basilar, ou seja, considera que a pessoa se inclui e está rodeada do seu ambiente. É importante que os enfermeiros consigam manipular as características do ambiente, como o ruído, o mobiliário, a temperatura e a luminosidade para aumentar o conforto da pessoa. Tanto a pessoa como a enfermeira possuem o seu campo de energia, energia essa que a teoria do conforto consegue incluir durante as intervenções terapêuticas (Kolcaba, 2001). Através da visão holística do cuidar em enfermagem, Katharine Kolcaba na sua Teoria do Conforto, orientou a uma prática centrada nas necessidades de conforto da pessoa. Sendo a realização de procedimentos dolorosos uma realidade nos cuidados de enfermagem, torna-se essencial que o EESIP demonstre habilidades e conhecimentos sobre terapias não farmacológicas, promovendo o bem-estar físico, psicossocial e espiritual do adolescente (Regulamento nº 422/2018),

contribuído para a plenitude do conforto holístico, especialmente na gestão diferenciada da dor no adolescente sujeito a procedimentos dolorosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lidel.
- Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1º ed., pp. 40-55). Lidel.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing outlook*, 49(2), 86-92.
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0029655401435986?token=8ECFEE3D3E74DCF0174B5064011F65C9BFA435CCDD0FF1C331FBCB4F1FF25614C4B262ED6AE49BDFD4FA0B80DF76AFBF>
- Ministério da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos)*. Direção Geral da Saúde.
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marone, L. & Amorim, R. (2018). *Desenhos da Minha Dor* (1ª ed.). APED.
- Ordem dos enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série 1, número 6.
- Paixão, M. J. G. (2010). Realidade Virtual no Controlo da Dor e do *Distress*, Associados a Procedimentos Dolorosos, em Crianças e Adolescentes. Meta Análise. *Pensar em Enfermagem*, 14(2), 2-18.
- Regulamento nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, II Série, nº 133/18. <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>

**APÊNDICE VIII – JORNAL DE APRENDIZAGEM DESENVOLVIDO NO
SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA**



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área
de Especialização em enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

Jornal de aprendizagem

Márcia Alexandra Pereira Galvão, nº9556

Orientador: Maria Teresa Gouvêa Magão

Lisboa

2021

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Introdução

A elaboração deste jornal de aprendizagem, tem como objetivo a descrição de um episódio ocorrido no decurso da prestação de cuidados no contexto de urgência pediátrica.

A pertinência deste Jornal de Aprendizagem no Relatório de Estágio encontra-se relacionada com dois objetivos específicos definidos para este estágio: “Identificar fatores que desencadeiam a dor no adolescente” e “Implementar medidas não farmacológicas para controlo e alívio da dor”.

1. Descrição da Situação

A situação alvo da minha reflexão, está relacionada com os cuidados prestados a uma adolescente de 14 anos que recorreu ao serviço de urgência pediátrica por ingestão medicamentosa voluntária (14 comprimidos de Olanzapina 7,5mg – orodispersíveis). Adolescente previamente seguida em pedopsiquiatria, com esquema de medicação habitual. À entrada no serviço de urgência pediátrica, acompanhada pelo pai, a agitação era evidente, além de gritar e apresentar agitação psicomotora, apresentava momentos de heteroagressividade para com o pai.

Após observação médica, a qual contactou com o Centro de Informação Antivenenos, a lavagem gástrica ficou descartada por serem comprimidos orodispersíveis, sendo a indicação ficar posteriormente em SO para vigilância, com necessidade de monitorização cardio-respiratória pelo risco de arritmias.

Encaminhou-se a adolescente para a sala de tratamentos para punção de veia periférica. A agitação era permanente e os momentos de heteroagressividade também, no entanto foi explicado o procedimento que era necessário a realizar. Neste momento o pai estava ausente devido à necessidade de se ir inscrever para o teste Sars-Cov2. Após estar deitada e ser colocado o garrote a agitação psicomotora foi crescente, sendo necessários 3 enfermeiros para proceder à sua contenção para ser

possível a realização do procedimento, momento em que o pai chegou à sala de tratamentos. A ansiedade da adolescente era cada vez maior, tornando-se impossível a implementação de estratégias não farmacológicas nesta situação. No fim do procedimento era perceptível a exaustão dos profissionais de saúde acompanhada de tristeza e frustração.

2. Sentimentos e Avaliação

Na situação descrita vários aspetos me fizeram refletir. O primeiro aspeto foi a dificuldade sentida por toda a equipa de ter uma comunicação eficaz com a adolescente em situação de agitação psicomotora. Por outro lado, e com um olhar externo face à situação considero toda a contenção necessária na altura do procedimento, poderia ser entendida como comportamento de agressividade por parte dos profissionais, sendo a imagem da situação passível de transparecer brutalidade.

Sentimentos ambíguos foram vivenciados por mim enquanto futura enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria. Primeiro surgiu a frustração face à comunicação ineficaz, percebendo que a adolescente não estava a ouvir o que tentávamos transmitir. No momento em que conseguimos que a adolescente se deitasse, um ligeiro contentamento apareceu, por pensar que a adolescente se teria acalmado um pouco. Contudo, esse contentamento desvaneceu-se no momento em que foi necessário proceder à contenção física para a realização do procedimento, sentindo nesse momento, além de desilusão, uma exaustão no final do mesmo. Por fim, fui inundada com uma tristeza por perceber que a agitação psicomotora da adolescente era crescente, inerente à maneira agressiva de realizar o procedimento e que em nada contribui para os cuidados não traumáticos. O conceito de cuidados não traumáticos defende que os profissionais de saúde devem fornecer cuidados terapêuticos, através de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico (ansiedade, medo, raiva, tristeza e vergonha) e físico (sonolência, dor, temperaturas extremas, ruídos fortes, luzes brilhantes e escuridão) experimentado pela criança e pela família em contexto de saúde/doença (Hockenberry & Barrera, 2014).

o objetivo primordial na prestação de cuidados não traumáticos é: primeiro que tudo, não causar dano. Três princípios fornecem a estrutura para alcançar esse objetivo: (1) prevenir ou minimizar a separação da criança

da sua família, (2) promover uma sensação de controlo, e (3) prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor. (Hockenberry & Barrera, 2014, p.12)

No que respeita à utilização de estratégias não farmacológicas na realização de procedimentos dolorosos, as únicas identificadas foi a informação antecipada e o humor. A informação antecipada é uma das estratégias não farmacológicas preconizadas pela OE (2013), devendo ser ajustada consoante o desenvolvimento físico e cognitivo da criança e do jovem e coincidir com o momento em que o procedimento é realizado. A partilha de informação sobre os procedimentos a realizar, além de ser um dever dos enfermeiros é também, um direito das crianças e permite que estas concebam expectativas realistas do que vai acontecer, reduzindo o medo e a ansiedade, aumentando o seu controlo, facilitando o uso de mecanismos de *coping* (OE, 2013; Batalha, 2010).

Perante a doença, o adolescente assume-a como uma alteração interna, associando a dor à sua condição, sendo considerada em relação às suas implicações nos objetivos e atividades de vida (Batalha, 2010). O mesmo autor refere que os comportamentos do adolescente, face à dor, são variados podendo ir da imobilidade, posição fetal ou proteção da área dolorosa. Quanto à parte emocional, revelam-se irritados, zangados, deprimidos, agressivos, isolam-se e surgem mudanças no padrão de sono, sendo a sua expressão facial de difícil avaliação, consequência da aprendizagem social sobre a aceitação da dor (Batalha, 2010). Por todas estas características descritas, a comunicação com o adolescente é crucial para o estabelecimento de uma relação de confiança. Segundo Hockenberry (2014), a comunicação com o adolescente divide-se na construção de alicerces (através do tempo que passamos com o adolescente, do encorajamento da expressão das emoções, respeitar as suas expectativas, reforçar os aspetos positivos e respeitar a sua privacidade) e na comunicação eficaz (através da atenção exclusiva, do ouvir atentamente, ser delicado, ter calma e mente aberta e evitar julgamentos ou críticas).

Perante a situação descrita tornou-se complicado a comunicação eficaz sobre o procedimento, uma vez que a adolescente além da agitação psicomotora, apresentava um discurso incoerente e por vezes incompreensível. As tentativas de descentrar a adolescente da situação foram ineficazes, uma vez que a sua perceção da realidade se encontrava alterada. O humor é descrito como estratégia não

farmacológica pela OE (2013) e Batalha (2010), e a sua correta mobilização beneficia a relação com a criança e jovem. Contudo, analisando a situação vivenciada, o humor foi utilizado como forma de diminuir o impacto do ocorrido e de forma a haver um restabelecimento que permitisse continuar a prestação de cuidados. O humor proporciona alívio face à tensão e preocupação, tendo como objetivo aumentar a proximidade e confiança com o adolescente, estimula o sorriso e o riso que desviam a atenção dos estímulos (potencialmente) dolorosos e diminui a intensidade dos estímulos dolorosos e a recetividade à dor pela estimulação de produção de endorfinas (OE, 2013).

A adolescente só acalmou quando foi encaminhada para o SO, onde estava sozinha com o pai, num ambiente calmo e tranquilo, sem luzes artificiais promovendo um sono tranquilo, com o objetivo de observação clínica por pedopsiquiatria no turno da manhã.

Face à minha avaliação da situação, é crucial refletir sobre o que poderia ter sido realizado de outra forma com o objetivo de contornar a agitação da adolescente e promover o seu conforto, uma vez que a situação vivenciada provocou uma escalada na agitação da mesma.

Conforto é definido por Kolcaba como a condição experimentada pelas pessoas que recebem medidas de conforto (Dowd, 2014), sendo um estado em que as necessidades básicas estão satisfeitas, nos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba & DiMarco, 2005). O alívio descreve o estado em que a necessidade foi satisfeita, ou seja, que o desconforto é diminuído; a tranquilidade refere-se ao estado de calma e satisfação, com ausência de desconfortos específicos; e transcendência é a capacidade de ultrapassar desconfortos, quando estes não podem ser erradicados ou evitados (Kolcaba, 2003).

Primeiramente, seria importante perceber que o suporte da adolescente era o seu pai, que a acompanhava, tornando-se essencial a sua presença para iniciar qualquer tipo de procedimento. Segundo Batalha (2010) a presença dos pais é descrita como estratégia não farmacológica no alívio da dor, pertencente ao suporte emocional. Segundo o mesmo autor, tanto o *stress* como a perceção da dor podem aumentar quando existe separação dos pais, sendo que estes são um veículo importante na comunicação para a compreensão, avaliação e tratamento da dor na criança.

Uma questão que a equipa de enfermagem deveria ter tido mais presente é que a adolescente já era, previamente, seguida em consulta de pedopsiquiatria e que no serviço de urgência existe sempre um colega de pedopsiquiatria. O pedido de auxílio deste colega teria sido pertinente, uma vez que possui competências desenvolvidas para uma prestação de cuidados de qualidade perante esta adolescente e seu pai.

Segundo Cachão, Oliveira e Raminhos (2017) os padrões familiares, maus-tratos, consumo parental de substâncias, baixa autoestima, baixo rendimento escolar, amigos com consumo ilícitos e comorbilidades como depressão são identificados como fatores de vulnerabilidade para o abuso de substâncias. Nesta situação a pouca importância e visibilidade que a equipa de enfermagem deu ao pai foi prejudicial para perceber o contexto de vida da adolescente e a possível causa para este episódio, dados que ficaram desconhecidos no processo de enfermagem.

A agressividade da adolescente combatida com a nossa contenção física, só provocou uma agressividade maior, provocando uma situação de trauma. Segundo American Academy of Pediatrics (2014), a definição de traumático engloba as respostas físicas e emocionais da criança a episódios de ameaça de vida ou de integridade física e um episódio de ataque de um estranho pode constituir *stress* tóxico, sendo que se o ataque persistir os efeitos multiplicam-se, existindo uma relação dose-resposta.

Segundo indicação médica a hidratação, monitorização cardio-respiratória e a vigilância seriam as indicações para a adolescente. Uma questão que me surge...face à sua agitação não seria promotor de conforto discutir com a equipa multidisciplinar se seria possível a hidratação com soro de rehidratação oral, e quando mais calma proceder à punção venosa periférica? Será que, com a intervenção do colega da pedopsiquiatria, conseguiríamos estratégias mais eficazes para conseguir que a adolescente se acalmasse?

As intervenções de enfermagem são bem-sucedidas se a pessoa alcançar o estado de conforto, sendo este aumento de conforto imediato teoricamente fortalecedor, permitindo o envolvimento da pessoa nos comportamentos de procura de saúde (Kolcaba, 1991).

3. Conclusão

A situação descrita influenciou a minha reflexão e autocrítica sobre o que muitas vezes é considerado como habitual em contexto hospitalar, mas que não são considerados como cuidados de saúde de qualidade. Por vezes a reação à agressividade é a contenção física, como ação de primeira linha sem pensarmos em alternativas. A perceção do que iria acontecer deveria ter feito parte do plano de cuidados à adolescente e ao pai, para que o pai não se sentisse impotente nem revoltado com a situação a que estávamos a expor a filha.

A utilização das estratégias não farmacológicas é eficaz na dor ligeira e na realização de procedimentos dolorosos, reduzindo a perceção da dor e a ansiedade do adolescente (Oliveira et al., 2018). A conjugação de várias estratégias não farmacológicas, potencia os seus efeitos positivos permitindo uma melhor aceitação do cliente aos cuidados de saúde.

Como futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, cujo foco do estudo é a gestão da dor no adolescente, torna-se imperativo pensar sobre o adolescente como cliente da minha prestação de cuidados, nas suas características, necessidades e experiências anteriores, recorrendo ao acompanhante ou ao processo para ter acesso a essa informação. O fato de estar em contexto de urgência, em que o tempo é cronometrado ao segundo, não pode ser desculpa na prestação de cuidados holísticos.

Olhar para o adolescente de forma holística é crucial para alcançar o conforto definido por Kolcaba na sua teoria de médio alcance. O EESIP deverá fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do adolescente, otimizando as respostas, mas também, providenciando cuidados ao adolescente promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência (Regulamento nº422/18).

Referências Bibliográficas

- American Academy Pediatrics (2014). Adverse Childhood Experiences and the Lifelong Consequences of Trauma. *American Academy Pediatrics*, 1-5.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lidel.
- Cachão, J., Oliveira, I. & Raminhos, I. (2017). Adolescência e Abuso de Substâncias. *Nascer e Crescer – Birth and Growth Medical Journal*, 26(2), 103-108.
- Dowd, T. (2014). Theory of Comfort. In Alligood, M. R. (Eds.). *Nursing Theorists and Their Work* (8ª ed., pp.657-671). Elsevier
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 122-187). Lusociência.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1-20). Lusociência.
- Kolcaba, K. Y. (1991). A taxonomic structure for the concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240.
https://www.researchgate.net/publication/21217515_A_Taxonomic_Structure_for_the_Concept_Comfort
- Kolcaba, K. (2003). Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. *Springer Publishing Company*, 610 p. ISBN 0-8261-1663-7
- Kolcaba, K. & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187 – 194.
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marone, L. & Amorim, R. (2018). *Desenhos da Minha Dor* (1ª ed.). APED.
- Ordem dos enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série 1, número 6.
- Regulamento nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República, II Série, nº 133/18. <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>

**APÊNDICE IX – ESTUDO DE CASO DESENVOLVIDO NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

Estudo de caso

Márcia Alexandra Pereira Galvão, nº9556

Orientador: Maria Teresa Gouvêa Magão

**Lisboa
2021**

1. Apresentação da adolescente

Adolescente de 17 anos, de sexo feminino, sem antecedentes pessoais relevantes e sem alergias medicamentosas nem alimentares. Frequenta a 12º ano de escolaridade, referindo que quer entrar na universidade de medicina de Lisboa. Vive com a mãe e com o pai, filha única, sem antecedentes familiares de relevância.

Por quadro de cefaleias, fotofobia e diplopia com 48 horas de evolução, recorre ao serviço de urgência pediátrica com necessidade de utilização de óculos de sol, acompanhada pela mãe. Na triagem consciente e orientada, com queixas de diplopia sem conseguir distinguir algumas cores com o olho direito, atribuída pulseira “urgente”. Realizada observação médica que deu indicação para punção venosa periférica e colheita de sangue para hemograma, bioquímica e coagulação. Colocada em balcão para iniciar medicação analgésica e realização de exames complementares de diagnóstico (TAC CE e punção lombar).

Enquanto se encontrou em balcão manteve-se o quarto escuro, por agravamento do quadro quando sujeita a luz artificial e o ambiente silencioso. Após 4 horas em balcão decide-se pelo internamento por não haver resposta aos analgésicos. Realizado teste de rastreio Sars-Cov 2.

2. Observação da adolescente

As informações recolhidas foram realizadas através do diálogo com a mãe e com adolescente, da consulta do processo clínico e através da observação da adolescente e sua interação com a mãe e com os profissionais de saúde.

- **Observação comportamental**

Adolescente calma e tranquila na companhia da mãe. Muito queixosa quando entrou na sala de tratamentos pela presença de luzes artificiais e barulho inerente ao trabalho da equipa de enfermagem. Durante os procedimentos dolorosos a adolescente teve comportamentos distintos. Como nunca tinha estado internada, estava apreensiva perante a necessidade de punção de veia periférica, mas manteve a calma pedindo a um enfermeiro se poderia colocar um som calmante no telemóvel, que escolheu o som do mar. Com a aceitação da

equipa, a adolescente conseguiu-se distrair da punção, e quando avaliada a intensidade da dor através da escala numérica, referia dor de intensidade 0. A colheita de sangue foi realizada através da punção da veia periférica.

Após 2 horas em balcão, realizou TAC CE e a equipa médica decidiu realizar a punção lombar. Quando a médica explicou no que consistia o procedimento, a adolescente ficou extremamente nervosa, com sudorese intensa e sensação de desmaio. Quando questionada a equipa médica sobre a necessidade de fazer medicação para diminuir este quadro a médica desvalorizou, e só quando questionada pela necessidade de colocação de EMLA 5 vezes é que a colocação foi realizada. Após 40 minutos da colocação do EMLA foi realizado o procedimento. A equipa de enfermagem incentivou-a a colocar novamente o som do mar no telemóvel para distração e relaxamento. Foram realizadas 7 tentativas de punção sem sucesso, sendo a última uma punção traumática com saída de conteúdo hemático.

A adolescente após o procedimento ficou em repouso, posição dorsal e plano 0, em pausa alimentar e com soroterapia em curso, sendo transferida para o internamento.

- **Observação da comunicação**

A adolescente gostava de conversar, mas devido às cefaleias não tolerava conversas prolongadas. Apesar dessa barreira à comunicação, aceitava todas as indicações que lhe eram dadas, e devido ao interesse pela área da saúde, questionava o porquê de todas as intervenções e medicação prescrita. Era muito recetiva a toda a equipa de saúde, agradecendo sempre a nossa intervenção.

- **Observação da relação familiar com a mãe**

Mãe sempre presente junto da adolescente, com uma relação de afetividade e compreensão presente. Qualquer queixa de novo ou agravamento das queixas, a adolescente falava com a mãe. O incentivo, pela parte da mãe, para que a adolescente percebesse qual era a sua posição de conforto, e o toque entre as duas foi evidente durante a sua permanência no SUP.

O cuidar na área pediátrica engloba não só a criança, mas também os seus pais, ou quem se responsabiliza pelo papel parental. Assim, é necessário, incluirmos nos cuidados de enfermagem à criança, os cuidados centrados à família. Segundo o *Institute for Patient-and Family Centered Care* (2017), a filosofia de cuidado centrado na família (CCF) engloba o planeamento e a avaliação dos cuidados de saúde, tendo por base parcerias entre profissionais de saúde, paciente e a família. A família é definida pelo paciente e pela família determinando a sua participação nos cuidados e na tomada de decisão.

No decorrer dos anos a perceção e a própria constituição da família sofreram alterações, pelo que na literatura são descritas, não só a evolução, mas também as várias tipologias de família. Segundo Fernandes (2015) existe dificuldade em obter consenso na definição de família face à diversidade de modelos familiares (ao longo dos tempos e nas diferentes culturas), mesmo que cada pessoa tenha uma conceção própria em mente. Esta variabilidade de famílias exige que o enfermeiro especialista não tenha ideias preconcebidas da família ideal para melhor compreender e adaptar os seus cuidados à família que se apresenta. É responsabilidade do EESIP “avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças em saúde e dinâmica familiar.” (Regulamento nº 422/2018 p. 19192).

Sendo o tema deste projeto o adolescente sujeito a procedimentos dolorosos é crucial abordar os Cuidados Não Traumáticos (CNT). O conceito de CNT defende que os profissionais de saúde devem fornecer cuidados terapêuticos, através de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico (ansiedade, medo, raiva, tristeza e vergonha) e físico (sonolência, dor, temperaturas extremas, ruídos fortes, luzes brilhantes e escuridão) experimentado pela criança e pela família em contexto de saúde/doença (Hockenberry & Barrera, 2014).

A gestão da dor e do bem-estar da criança e do jovem referida nos CNT, vem inserida no regulamento das competências específicas do EESIP, na unidade de competência do cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade (Regulamento nº 422/2018).

Segundo a *Internacional Association for the Study of Pain* (DGS, 2008), a dor é definida como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo (...) um

componente sensorial (...), um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.” (p.6). A DGS em 2003 assume a dor como 5º sinal vital, destacando a dor como sintoma que segue, na generalidade as situações patológicas dependentes de cuidados de saúde. O alívio da dor é parte integrante do cuidar em enfermagem, sendo o controlo e alívio da dor um direito humano básico, para todos os grupos etários, sem exceção (OE, 2008). A dor aguda é definida como uma dor de curto prazo, minutos, horas ou dias, sempre inferior a 3 meses sendo a causa mais frequente de dor na criança que recorre aos serviços de saúde, a realização de procedimentos (Oliveira et al., 2018; DGS, 2012a).

A adolescência é um período de transição, marcado pela maturidade física e sexual, onde existe envolvimento complexo entre as mudanças biológicas, cognitivas, psicológicas e sociais (Saewyc, 2014). Perante a doença, o adolescente assume-a como uma alteração interna, associando a dor à sua condição, sendo considerada em relação às suas implicações nos objetivos e atividades de vida (Batalha, 2010). O mesmo autor refere que os comportamentos do adolescente, face à dor, são variados podendo ir da imobilidade, posição fetal ou proteção da área dolorosa. Quanto à parte emocional, revelam-se irritados, zangados, deprimidos, agressivos, isolam-se e surgem mudanças no padrão do sono, sendo a sua expressão facial de difícil avaliação, consequência da aprendizagem social sobre a aceitação da dor (Batalha, 2010).

Nos serviços de saúde, os procedimentos são a causa mais frequente de dor na criança, sendo uma experiência sensorial e emocional de conotação negativa, acompanhados por medo e ansiedade, reconhecidos como fatores agravantes da dor (DGS, 2012). Segundo Paixão (2010), a realização de procedimentos dolorosos, quer com o objetivo de prevenção, de diagnóstico ou tratamento, são frequentes, tornando-se uma situação ameaçadora do bem-estar para as crianças e adolescentes. A avaliação e o controlo da dor são fundamentais na prestação de cuidados de enfermagem, “uma das principais premissas do enfermeiro é o estabelecer um plano de cuidados individualizados com o objetivo de identificar a dor e tomar as medidas necessárias para aliviar o sofrimento do doente.” (Pinto, 2013, p.4). A avaliação da dor tem como objetivo identificar, quantificar e reconhecer a criança com dor, tornando objetivo um fenómeno subjetivo, permitindo uma linguagem uniforme entre profissionais de saúde, facilitando a tomada de decisão e a adaptação personalizada do seu controlo e avaliação da eficácia das intervenções (DGS, 2010). Segundo

Oliveira et al. (2018), a avaliação da dor a partir dos 6 anos pode ser realizada através das seguintes escalas: EVA (Escala Visual Analógica) e EN (Escala Numérica). No entanto, segundo DGS (2010), a partir dos 4 anos também podemos utilizar a Escala de Faces Wong-Baker e Escala FPS-R. A escala FLACC pode ser utilizada em todas as idades pediátricas (Batalha, Reis, Costa, Carvalho & Miguens, 2009).

O controlo da dor depende da avaliação e reavaliação sistemáticas da mesma, sendo dever dos profissionais de saúde e um direito da criança (DGS, 2010). De acordo com Kolcaba e Dimarco (2005), uma das intervenções de conforto quando se realizam procedimentos dolorosos, é a presença dos pais. A Carta da Criança Hospitalizada refere que devem ser reduzidas ao mínimo as agressões físicas, emocionais e a dor, assim como se deve evitar exames ou tratamentos que não sejam indispensáveis (IAC, 2008). “Os enfermeiros têm um papel fundamental na avaliação, prevenção e tratamento da dor, com a instituição de medidas farmacológicas e não farmacológicas.” (Pinto, 2013, p.1), conseguindo promover o conforto do adolescente através dos dois tipos de estratégias em separado ou na sua coadjuvação.

Segundo a WHO (2012), as estratégias farmacológicas nas crianças com dor estão divididas em dois degraus, o primeiro degrau onde se insere a dor ligeira (incluindo o paracetamol e AINE) e no segundo degrau a dor moderada a severa (incluindo os opióides fortes).

As estratégias não farmacológicas são eficazes em situação de dor ligeira e procedimentos dolorosos rápidos, podem ser complementadas com estratégias farmacológicas, têm o objetivo de promover maior autonomia da criança e da família, são seguras, não invasivas e económicas e a criança e a família podem aprender a usá-las (Oliveira et al., 2018). A sua utilização contribui para reduzir a perceção da dor tornando-a mais tolerável, diminuindo a ansiedade e o medo associados aos procedimentos dolorosos (Oliveira et al., 2018).

As estratégias não farmacológicas nos adolescentes incluem:

- **Intervenções cognitivas: *Informação antecipatória*** - a informação sobre os procedimentos a realizar é um dever dos enfermeiros e um dos direitos da criança (OE, 2013); ***Distração*** - direciona as atenções para fora do estímulo doloroso,

através de leitura, música, televisão, vídeos, dependendo da preferência do adolescente, conjugando com exercícios de respiração (OE 2013; DGS, 2012). A distração pode incluir também a imaginação, relaxamento e o humor (Paixão, 2010). O humor proporciona alívio face à tensão e preocupação, tendo como objetivo aumentar a proximidade e confiança com o adolescente, estimula o sorriso e o riso que desviam a atenção dos estímulos (potencialmente) dolorosos e diminui a intensidade dos estímulos dolorosos e a reatividade à dor pela estimulação de produção de endorfinas. (OE, 2013); **Reforço positivo** – elogio ou recompensa após procedimentos dolorosos, quando a criança manifesta e utiliza estratégias positivas no alívio da dor (OE, 2013; Batalha, 2010); **Imaginação guiada** - sensação de bem-estar e relaxamento através da indução de um estado de concentração, intensificado numa ideia ou imagem particular, foca a atenção usando os seus mecanismos de *coping* (OE, 2013; Batalha, 2010).

- **Intervenções comportamentais: Relaxamento muscular** – preparação do adolescente para situação dolorosa, ajudando a controlar a ansiedade associada aos procedimentos dolorosos (OE, 2013). O relaxamento pode reduzir o medo, a ansiedade, a náusea, o vômito e a dor, uma vez que diminui o metabolismo, o consumo de energia, oxigénio, baixa a frequência cardíaca e respiratória e produz uma sensação de calma, tranquilidade e bem-estar (OE, 2013; Batalha, 2010).
- **Intervenções cognitivo-comportamentais:** Combinação de pelo menos uma intervenção cognitiva e uma comportamental. A terapia cognitivo-comportamental é bastante utilizada pelos adolescentes. Tem como objetivo a compreensão face à associação que existe entre os pensamentos, sentimentos e comportamentos inerentes à dor (OE, 2013).
- **Intervenções físicas: Aplicação de frio e de calor** - a aplicação de frio provoca vasoconstrição, diminuindo a circulação periférica favorecendo a redução do edema, aliviando a pressão nas terminações nervosas (Batalha, 2010). A aplicação de calor promove a circulação sanguínea, devendo-se o seu efeito analgésico à ativação do sistema supressor da dor e relaxamento muscular (OE, 2013); **Massagem** - massajar através de manipulação, com ou sem aplicação de óleos, durante 15 a 30 minutos (OE, 2013), o que remove produtos de degradação celular, estimula as fibras de grande calibre dos aferentes primários, favorecendo o alívio da dor (Batalha, 2010); **Posicionamento** – as mudanças de posição que promovem o conforto são estratégias reconhecidas como úteis no alívio da dor (OE, 2013).
- Segundo a OE (2013), estão descritas outras estratégias como musicoterapia

(diminui o *stress*, a tensão, induz ao relaxamento, ativa a produção de endorfinas endógenas); a arteterapia (o teatro, a música, a arte, a poesia, as marionetas, a escrita e o desenho facilitam a criança a falar sobre a sua doença e a controlar a sua dor); hipnose, dessensibilização sistemática, Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS), acupuntura, cromoterapia, aromaterapia, hidroterapia, dramaterapia, homeopatia, acupressão, reflexoterapia, Shiatsu, Reiki, meditação e ioga.

A segurança e o conforto são parte integrante do processo terapêutico, sendo que o medo, o desconforto e a dor devem ser valorizados, avaliados e geridos com intervenções apropriadas à idade (Fernandes, 2020). A teoria do conforto tem o holismo como pedra basilar, ou seja, considera que a pessoa se inclui e está rodeada do seu ambiente. É importante que os enfermeiros consigam manipular as características do ambiente, como o ruído, o mobiliário, a temperatura e a luminosidade para aumentar o conforto da pessoa. Tanto a pessoa como a enfermeira possuem o seu campo de energia, energia essa que a teoria do conforto consegue incluir durante as intervenções terapêuticas (Kolcaba, 2001). Através da visão holística do cuidar em enfermagem, Katharine Kolcaba na sua Teoria do Conforto, orientou a uma prática centrada nas necessidades de conforto da pessoa. Sendo a realização de procedimentos dolorosos uma realidade nos cuidados de enfermagem, torna-se essencial que o EESIP demonstre habilidades e conhecimentos sobre terapias não farmacológicas, promovendo o bem-estar físico, psicossocial e espiritual do adolescente (Regulamento 422/2018), contribuindo para a plenitude do conforto holístico, especialmente na gestão diferenciada da dor no adolescente sujeito a procedimentos dolorosos.

4. Análise dos dados de acordo com a Teoria de Conforto de K. Kolcaba

Conforto é definido por Kolcaba como a condição experimentada pelas pessoas que recebem medidas de conforto (Dowd, 2014), sendo um estado em que as necessidades básicas estão satisfeitas, nos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba & DiMarco, 2005). O alívio descreve o estado em que a necessidade foi satisfeita, ou seja, que o desconforto é diminuído; a tranquilidade refere-se ao estado de calma e satisfação, com ausência de desconfortos específicos; e transcendência é a capacidade de ultrapassar desconfortos, quando estes não podem ser erradicados ou evitados (Kolcaba, 2003).

Os três estados de conforto anteriormente descritos, desenvolvem-se em 4 contextos: contexto físico, referente às sensações corporais; contexto psicoespiritual, que inclui o autoconceito, a autoestima e a sexualidade; o contexto ambiental, referente ao contexto externo da pessoa, como a luz, o barulho, elementos naturais e artificiais do meio, a temperatura e a cor; e o contexto sociocultural, que inclui não só as relações interpessoais, familiares e sociais, como as tradições e religião (Kolcaba & DiMarco, 2005). Kolcaba (1991), apresenta uma estrutura taxonômica do conforto onde estão inseridos os três tipos de conforto e os quatro contextos em que ocorre o conforto, que revela a forma total do conforto holístico. Segundo Kolcaba e DiMarco (2005), a aplicação da estrutura taxonômica da Teoria do Conforto de Kolcaba em pediatria é possível e satisfatória para a criança, família e enfermeiros.

Contexto do conforto	Tipos de conforto		
	<u>Alívio</u>	<u>Tranquilidade</u>	<u>Transcendência</u>
<u>Físico</u>	Dor	Estratégias farmacológicas e não farmacológicas	Pensamento do adolescente: “eu posso tolerar esta dor”
<u>Psicoespiritual</u>	Stress, ansiedade, medo e desconforto	Insegurança e desconhecimento sobre o procedimento doloroso	Necessidade de apoio psicoespiritual e garantia dos profissionais de saúde

<u>Ambiental</u>	Barulho, luzes artificiais	Ambiente escuro	Necessidade de ambiente calmo e familiar.
<u>Social</u>	Pai e pares ausentes.	Barreira da linguagem	Necessidade de apoio do pai e amigos; necessidade de informação.

5. Plano de cuidados

Foco	Diagnóstico de enfermagem segundo CIPE	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem segundo CIPE	Individualização das intervenções	Evolução / Avaliação
Dor	(10023130) – Dor; (10000454) – Dor aguda; (10000477) - Ansiedade (1004079) – <i>Coping</i> face à dor.	Que a adolescente apresente controlo e alívio da dor quando sujeita a procedimentos dolorosos.	(10011660) – Gerir dor; (10026119) – Avaliar a dor; (1009654) – Identificar atitude face à dor; (10023084) – Administrar medicação para a dor; (10019489) – Ensinar sobre gestão da dor; (10034053) – Avaliar evolução da resposta à gestão da dor;	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Usar a escala numérica na avaliação da dor na adolescente; ✓ Compreender que a indisponibilidade para comunicar é consequência da dor sentida; ✓ Compreender que a adolescente nunca foi submetida a procedimentos dolorosos, interrogando sobre todo o seu processo; ✓ Conhecer a história de dor da adolescente e estratégias de <i>coping</i> já utilizadas e benéficas; ✓ Explicar previamente os cuidados prestados; ✓ Administrar de medicação analgésica; 	Verificou-se que a dor na adolescente à chegada ao serviço de urgência era intensa. Na realização de procedimentos dolorosos as ENFAD mais eficazes para esta adolescente eram, o conforto, a distração e relaxamento através do som do mar no telemóvel. Na cateterização de veia periférica quando a dor agravava, bastava tocar-me no braço, que a equipa esperava um pouco o procedimento,

			<p>(10002710) – Avaliar o controlo de dor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Combinar com a adolescente as formas de manifestar a dor, estando impossibilitada de se mobilizar nos procedimentos dolorosos; ✓ Utilizar estratégias de <i>coping</i> utilizadas pela adolescente, como técnica de relaxamento e distração; ✓ Mobilizar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, como o posicionamento e presença da mãe; ✓ Reavaliar a dor, através da escala numérica durante os procedimentos dolorosos. 	<p>utilizando o toque para confortar a adolescente. Na realização da punção lombar as estratégias não farmacológicas utilizadas foram as mesmas em conjunto com a prévia colocação do penso EMLA no local de punção. Verificou-se que as estratégias de <i>coping</i> já utilizadas pela adolescente revelaram um resultado benéfico no controlo e alívio da dor.</p> <p>(10025831) – Dor controlada;</p> <p>(10022378) – <i>Coping</i> efetivo.</p>
--	--	--	--	---	--

Referências Bibliográficas

- Batalha, L. M. C., Reis, G. M. R., Costa, L. P. S., Carvalho, M. D. R & Miguens, A. P. M. (2009). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Revista Referência*, II(10), 7-14.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lidel.
- Dowd, T. (2014). Theory of Comfort. In Alligood, M. R. (Eds.). *Nursing Theorists and Their Work* (8ª ed., pp.657-671). Elsevier
- Fernandes, C. S. (2015). *A família como Foco dos Cuidados de Enfermagem Aprendendo com o FAMILY NURSING GAME*. Lusodidacta.
- Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1º ed., pp. 40-55). Lidel.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1-20). Lusociência.
- IAC (2008). *Carta da criança hospitalizada* (4ª ed). Autor. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Institute for Family Centered Care. *Advancing the practice of Patient and Family – Centered Care*. www.familycenteredcare.org
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing outlook*, 49(2), 86-92. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0029655401435986?token=8ECFEE3D3E74DCF0174B5064011F65C9BFA435CCDD0FF1C331FBCB4F1FF25614C4B262ED6AE49BDFD4FA0B80DF76AFBF>
- Kolcaba, K. Y. (1991). A taxonomic structure for the concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240. https://www.researchgate.net/publication/21217515_A_Taxonomic_Structure_for

[r the Concept Comfort](#)

- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company, 610 p. ISBN 0-8261-1663-7
- Kolcaba, K. & DiMarco, M. A. (2005). *Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing*. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187 – 194.
- Ministério da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2008). *Programa Nacional do Controlo da Dor*. Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2010). *Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças*. Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos)*. Direção-Geral da Saúde.
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marone, L. & Amorim, R. (2018). *Desenhos da Minha Dor* (1ª ed.). APED.
- Ordem dos enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série 1, número 6. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia Orientador de Boa Prática - Dor*. Cadernos OE, Série I, (1). Ordem dos Enfermeiros.
- Paixão, M. J. G. (2010). *Realidade Virtual no Controlo da Dor e do Distress, Associados a Procedimentos Dolorosos, em Crianças e Adolescentes. Meta Análise*. *Pensar em Enfermagem*, 14(2), 2-18.
- Pinto, P. S. (2013). *Dor Aguda no doente crítico em pediatria – Intervenções de Enfermagem*. *Nursing*, p. 1-7. <http://www.nursing.pt/dor-aguda-no-doente-critico-em-pediatria-intervencoes-de-enfermagem/>
- Regulamento nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). *Diário da República*, II Série, nº 133/18. <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>

- Saewyc, E. M. (2014). Promoção da Saúde do Adolescente e da Família. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 784-823). Lusociência.
- WHO, World Health Organization (2012). *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. WHO.

**APÊNDICE X – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA A
ENFERMEIRO PERITO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA
INTEGRANTE DO PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA – 5º SINAL
VITAL “DOR”**

Guião de entrevista semi-estruturada a enfermeiro perito
Projeto de melhoria contínua – 5º Sinal Vital “Dor” no Serviço de Urgência Pediátrica

Objetivo geral: Conhecer a implementação do projeto de melhoria contínua – 5º Sinal Vital “Dor” e as atividades desenvolvidas no SUP.

Dia e hora: 18-03-2021 às 17h

Bloco temático	Objetivos específicos	Questões orientadoras
Legitimação da Entrevista	<ul style="list-style-type: none">• Explicar o guião de entrevista sobre a implementação do projeto de melhoria contínua – 5º Sinal Vital “Dor”	
Caracterização do projeto de melhoria contínua – 5º Sinal Vital “Dor”	<ul style="list-style-type: none">• Identificar os objetivos projeto de melhoria contínua – 5º Sinal Vital “Dor”;• Caracterizar a equipa do projeto de melhoria contínua no SUP e a sua dinâmica	<ul style="list-style-type: none">• Quais os objetivos do projeto de melhoria contínua – 5º Sinal Vital “Dor” para a melhoria da qualidade de cuidados de saúde?• Há quantos anos existe o projeto no SUP?

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar quais as atividades desenvolvidas e em desenvolvimento no SUP desde o início do projeto de melhoria contínua – 5º Sinal Vital “Dor”; • Identificar as estratégias de divulgação do projeto de melhoria contínua– 5º Sinal Vital “Dor” no SUP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que profissionais do SUP fazem parte do projeto de melhoria contínua e como são selecionados? • Quais as atividades desenvolvidas e implementadas no SUP desde o início do projeto de melhoria contínua – 5º Sinal Vital “Dor”? • Existem atividades em desenvolvimento inerentes ao projeto de melhoria contínua – 5º Sinal Vital “Dor”? • Que elementos da equipa de enfermagem têm conhecimento dessas atividades? • Qual o planeamento de formação sobre o projeto de melhoria contínua – 5º Sinal Vital “Dor” à restante equipa multidisciplinar? • Toda a equipa tem conhecimento de quem são os integrantes do projeto?
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Quais os meios utilizados para a divulgação do projeto de melhoria – 5º Sinal Vital “Dor”?
<p>Gestão da dor do adolescente sujeito a procedimentos dolorosos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os procedimentos dolorosos a que os adolescentes são sujeitos no SUP; • Identificar dificuldades na avaliação da dor nos adolescentes (aplicabilidade das escalas da dor, auto-avaliação do adolescentes e hetero-avaliação dos enfermeiros; • Identificar que escalas são utilizadas na avaliação da dor no adolescente pela equipa de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quais os procedimentos dolorosos mais frequentes no SUP nos adolescentes? • Os adolescentes demonstram dificuldade em descrever a sua dor quanto à intensidade e características? • Que escalas de avaliação da dor são utilizadas nos adolescentes? • Quando a dor é avaliada no adolescente? • Quando é que os adolescentes são questionados sobre a sua história de dor? (em que etapa do atendimento do SUP, antes ou após os procedimentos?)

- **Quais os objetivos do projeto de melhoria contínua – 5º Sinal Vital “Dor” para a melhoria da qualidade de cuidados de saúde?**
- **Há quantos anos existe o projeto no SUP?**
- **Que profissionais do SUP fazem parte do projeto de melhoria contínua e como são selecionados?**

Neste momento eu não te sei dizer há quantos anos existe, sei o que existe é o grupo da dor associado ao hospital, do qual eu faço parte, faz parte a Isabel Fritz e entretanto, este ano acho que entrou mais, vai entrar mais colegas mas ainda não sei exatamente quem nem quantos.

- **Quais as atividades desenvolvidas e implementadas no SUP desde o início do projeto de melhoria contínua – 5º Sinal Vital “Dor”?**

O que temos desenvolvido na urgência, até hoje tem sido ao nível dos registos, registo da dor. Como sabes este ano também a nível do SIADAP é um dos objetivos, quer dizer o ano passado já era, mas temos tentado melhorar, implementar medidas para que as pessoas não se esqueçam da avaliação da dor e o registo das técnicas não farmacológicas.

- **Existem atividades em desenvolvimento inerentes ao projeto de melhoria contínua – 5º Sinal Vital “Dor”?**

Eu integrei o projeto da dor na sequência de ter feito formação em hipnose clínica e tenho um projeto dentro deste grupo da dor que basicamente se integra na questão de redução de dor em técnicas dolorosas. Eu comecei por querer aplicar a doentes com drepanocitose, portanto, o meu objetivo era fazer em pessoas que já têm dor crónica e que venham com a dor crónica agudizada e também em procedimentos com a utilização do MEOPA (mistura equimolar de protóxido de azoto e oxigénio) que nós fazemos (agora neste momento não por causa dos procedimentos geradores de aerossóis) mas que fazíamos bastante para PL, para redução de fratura e tudo mais. Nesse âmbito insere-se o meu projeto com a implementação de medidas de controlo da dor não farmacológicas, nomeadamente algumas técnicas de hipnose, relaxamento, imaginação guiada, entre outras.

- **Toda a equipa tem conhecimento de quem são os integrantes do projeto?**
- **Quais os meios utilizados para a divulgação do projeto de melhoria – 5º Sinal Vital “Dor”?**

Neste momento ainda não está bem em prática porque eu comecei o projeto no final de 2019, entretanto veio o Covid, e tem sido difícil, em termos de abertura da equipa também não há...ainda não está espetacular. Alguns médicos já aceitam e reconhecem, mas ainda é preciso desbravar caminho a este nível.

- **Qual o planeamento de formação sobre o projeto de melhoria contínua – 5º Sinal Vital “Dor” à restante equipa multidisciplinar?**

Geralmente há formação, ou momentos formativos, sobre as auditorias e eu já fiz formação também neste âmbito do projeto para integrar as pessoas à hipnose clínica, às técnicas, mas faz parte do meu projeto fazer uma formação mais alongada para que as pessoas fiquem autónomas nalgumas técnicas, nalgumas práticas.

- **Quais os procedimentos dolorosos mais frequentes no SUP nos adolescentes?**

Punção venosa, que é o mais frequente, depois tens os outros que são esporádicos, mas que acontecem, as feridas, as suturas, as especialidades médicas – cirurgia e ortopedia – dão muito pouca importância à dor, ao controlo da dor e, portanto, é a nossa grande luta. Tirando isso, na ortopedia as reduções de fratura também são bastante dolorosas, os queimados...de resto procedimentos comuns que fazamos, punção lombar, mas o cateter venoso periférico é o mais comum.

- **Os adolescentes demonstram dificuldade em descrever a sua dor quanto à intensidade e características?**
- **Quando a dor é avaliada no adolescente?**

Por vezes sim, nós neste momento estamos a...é obrigatório não é...portanto, mesmo na triagem fazemos avaliação da dor com escala.

- **Que escalas de avaliação da dor são utilizadas nos adolescentes?**

Eu na triagem, como é um momento muito curto, de difícil avaliação da pessoa, eu geralmente utilizo a escala subjetiva, pronto utilizo a FLACC.

- **Quando é que os adolescentes são questionados sobre a sua história de dor? (em que etapa do atendimento do SUP, antes ou após os procedimentos?)**

Em sala de tratamento, em SO, já podemos aprofundar um bocadinho mais sobre a história de dor e tentar...eu acho que eles percebem, quando explicado eu acho que eles percebem a escala numérica e percebem o objetivo, mas é preciso algum tempo

e portanto, assim aqui nos momentos de sala de tratamentos só para isto ou triagem é mais difícil. No SO é que temos um bocadinho mais de tempo para caracterizar e para os ajudar também a perceber.

Em termos de queixas, não são os mais difíceis, felizmente, não são.

**APÊNDICE XI – POSTER “AVALIAÇÃO DA DOR NO
ADOLESCENTE”**

AValiação DA DOR NO ADOLESCENTE

Galvão, M.¹

¹ Mestranda do 11º Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na ESEL

Adolescência →

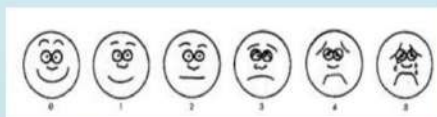
Inicial: 11 - 14 anos.
Intermédia: 15 - 17 anos.
Tardia: 18 - 20 anos.
Saewyc, 2014

Avaliação da dor

- ✓ Identifica, quantifica e reconhece a criança com dor, tornando objetivo um fenómeno subjetivo.
- ✓ Permite uma linguagem uniforme entre profissionais de saúde.
- ✓ Facilita a tomada de decisão e a adaptação personalizada do seu controlo e avaliação da eficácia das intervenções.

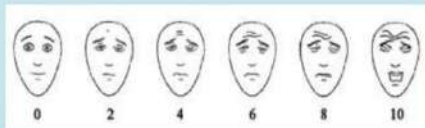
DGS, 2010

Escalas de avaliação da dor

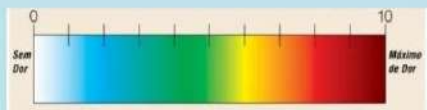


Escala de faces Wong-Baker

Dos 4 aos 20 anos

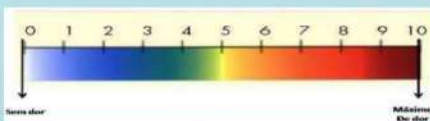


Escala FPS - R



Escala Visual Analógica

Dos 6 aos 20 anos



Escala Numérica

DGS, 2010

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
ATIVIDADE	Deitada 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			

Escala FLACC → **Em todas as idades pediátricas**

DGS, 2010; Batalha et al., 2009

Batalha, L. M. C., Reis, G. M. R., Costa, L. P. S., Carvalho, M. D. R. & Miguens, A. P. M. (2009). Adaptação cultural e validação de reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Revista Referência*, 11(10), 7-14.
Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
Saewyc, E. M. (2014). Promoção da Saúde do Adolescente e da Família. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

**APÊNDICE XII – POSTER “O ADOLESCENTE SUJEITO A
PROCEDIMENTOS DOLOROSOS: ESTRATÉGIAS NÃO
FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR”**

O ADOLESCENTE SUJEITO A PROCEDIMENTOS DOLOROSOS: ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR

Galvão, M.¹

¹ Mestranda do 11º Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na ESEL

Estratégias não farmacológicas

- ✓ Eficazes em situações de dor ligeira e procedimentos dolorosos rápidos.
- ✓ Podem ser complementadas com estratégias farmacológicas.
- ✓ Têm o objetivo de promover maior autonomia da criança e da família.
- ✓ São seguras, não invasivas e económicas e a criança e a família podem aprender a usá-las.
- ✓ Contribuem para reduzir a perceção da dor tornando-a mais tolerável, diminuindo a ansiedade e o medo associados a procedimentos dolorosos.

Oliveira et al., 2018

Cognitivas

Informação antecipada

A informação sobre os procedimentos a realizar é um dever dos enfermeiros e um direito da criança.

Distração

Direciona as atenções para fora do estímulo doloroso, através da leitura, música, televisão, vídeos, dependendo da preferência do adolescente, conjugando com exercícios de respiração.

Reforço positivo

Elogio da criança ou recompensa após procedimentos dolorosos, quando o adolescente utiliza estratégias positivas para o alívio da dor.

Imaginação guiada

Sensação de bem-estar e relaxamento através da indução de um estado de concentração, intensificando uma ideia ou imagem em particular.

OE, 2013; b65, 2012

Comportamentais

Relaxamento muscular

Ajuda a controlar a ansiedade associada aos procedimentos dolorosos e assume especial importância nos adolescentes, reduzindo o medo, a ansiedade, a náusea, o vômito e a dor sendo necessário o uso antes e/ou depois do procedimento para manter a redução do nível de vigília e ansiedade.

OE, 2013; b65, 2012

Físicos

Aplicação frio/calor

Frio provoca vasoconstrição, diminuindo a circulação periférica favorecendo a redução do edema, aliviando a pressão nas terminações nervosas.

Calor promove a circulação sanguínea, devendo-se o seu efeito analgésico à ativação do sistema supressor da dor e relaxamento muscular.

Massagem

Remove os produtos da degradação celular, estimula as fibras de grande calibre dos aferentes primários, favorecendo o alívio da dor.

Posicionamento

As mudanças de posição que promovem o conforto são estratégias reconhecidas como úteis no alívio da dor.

OE, 2013; b65, 2012; Batalha, 2010



OE, 2013

**APÊNDICE XIII – ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO
ALÍVIO DA DOR DURANTE A VACINAÇÃO PEDIÁTRICA: POSTER E
FOLHETO**



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

**ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA
DOR DURANTE A VACINAÇÃO PEDIÁTRICA**

Márcia Alexandra Pereira Galvão

Professora Orientadora: Maria Teresa Gouvêa Magão

**Lisboa
2021**

ÍNDICE

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	2
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	11
APÊNDICES.....	13
Apêndice I – Poster “Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante a vacinação	
Apêndice II – Folheto – “Como posso aliviar a dor do meu filho durante a vacinação	

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A criança está em constante desenvolvimento e o seu crescimento manifesta-se através de comportamentos e reações resultantes da dinâmica entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais e evoluem em concordância com as leis da maturação neuropsicológica, sob influência de fatores ambientais (OE, 2010). A avaliação desse percurso, a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, constituem objetivos da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil em Cuidados de Saúde Primários (DGS, 2013). É da competência do EESIP a implementação de um plano de saúde que promova a parentalidade, assim como a promoção do crescimento e o desenvolvimento infantil através dos conhecimentos na área, da avaliação realizada e das orientações antecipatórias às famílias com o objetivo de maximizar o potencial de desenvolvimento (Regulamento nº 422/2018).

Segundo a Convenção sobre os Direitos da Crianças, a criança é todo o ser humano com idade inferior a dezoito anos, exceto os estados em que a lei nacional reconheça a maioridade mais cedo, com direito à acessibilidade à saúde, atingindo o melhor estado de saúde possível, sendo responsabilidade do estado ter especial cuidados com os cuidados de saúde primários e às medidas de educação e prevenção, diminuindo a mortalidade infantil (Unicef, 2019).

Segundo o Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil é pretendido que se promova a imunização contra doenças transmissíveis, conforme o PNV (DGS, 2013). “A imunização, ao conferir protecção imunológica contra determinadas doenças infecciosas, promove a integridade física e psicológica da criança contribuindo para que todo o processo de desenvolvimento ocorra de uma forma saudável e sem sobressaltos.” (OE, 2010, p.82).

A prevenção do aparecimento de doenças é conseguida através da vacinação, tornando possível a sua erradicação, eliminação ou controlo, melhorando o bem-estar das pessoas e influenciando a eficácia e a sustentabilidade dos serviços de saúde (DGS, 2020). O Plano Nacional de Vacinação (PNV) foi criado em 1965 e tem como características ser gratuito, universal, ter calendário recomendado, prescrição universal, administrado por enfermeiros, aplicado em centros de saúde e hospitais, coordenação da DGS e financiado pelo orçamento de estado (DGS, 2020).

Os cidadãos participam ativamente na decisão de serem vacinados, sendo a vacinação um dever e um direito dos cidadãos, sendo crucial que as pessoas percebam que estão a defender a sua saúde, a saúde pública e a praticar cidadania (DGS, 2020). O PNV foi atualizado, sendo aprovado pelo Despacho nº12434/2019 de setembro e a Norma nº 18/2020 substituiu o PNV de 2017. É da responsabilidade dos profissionais de saúde, não só a divulgação do programa, mas também a motivação das famílias para a vacinação e aproveitar todas as oportunidades para vacinar (DGS, 2020).

A visibilidade do trabalho dos enfermeiros, nesta área, é refletida pelos elevados valores percentuais de crianças vacinadas atualmente, sendo o ato da vacinação uma oportunidade para que o enfermeiro estabeleça uma relação com a criança e observe a dinâmica familiar (OE, 2010).

O esquema de vacinação preconizado pelo PNV, em idade pediátrica, engloba imunizações entre os 0 – 11 anos de idade, sendo a maior incidência de vacinação dos 0-18 meses com 13 inoculações e depois aos 5 anos com 2 inoculações e aos 10 anos com 2 inoculações (DGS, 2020).

A vacinação é um procedimento doloroso frequente na idade pediátrica, e nos serviços de saúde, os procedimentos são a causa mais frequente de dor na criança, sendo uma experiência sensorial e emocional de conotação negativa, acompanhados por medo e ansiedade, reconhecidos como fatores agravantes da dor (DGS, 2012b). Segundo Paixão (2010), a realização de procedimentos dolorosos, quer com o objetivo de prevenção, de diagnóstico ou tratamento, são frequentes, tornando-se uma situação ameaçadora do bem-estar para as crianças e adolescentes.

O desenvolvimento cognitivo e experiência à dor é distinta nas diferentes fases da idade pediátrica, estando descrito por Batalha (2010) que:

- **Lactente:**
 - Sem competência de linguagem para descrever a dor;
 - Tem capacidade, possivelmente desde a nascença, para memorizar acontecimentos dolorosos;
 - Respondem ao comportamento dos pais (ex: ansiedade)
- **Do 1 aos 3 anos:**
 - Utilizam expressões para a dor como *ai, ui, dói*;
 - Se os pais estiverem ausentes durante os procedimentos pode sentir mais *distress*;

- Egocêntricas; fase do início da autonomia, sentido de controle e permitem escolhas durante os procedimentos.
- **Dos 3 aos 6 anos:**
 - Usam linguagem para exprimir a dor;
 - Percecionam a dor como uma punição;
 - Mistura de fatos reais com ficção; pensamentos mágicos face ao desaparecimento da dor; não têm pensamento causa efeito;
 - Temem as lesões corporais; têm medo das agulhas;
 - Tentam atrasar procedimentos dolorosos ou desconfortáveis;
 - Melhor cooperação se envolvidos no procedimento doloroso devido ao sentido de controle;
 - Tendem a culpar alguém pela própria dor e podem bater na pessoa.
- **Dos 6 aos 12 anos:**
 - Necessitam manter a auto-estima e controle; beneficiam do ensino de técnicas para manter o controle durante o procedimento;
 - Receiam perder o controle durante o procedimento;
 - Sentem-se onnipotentes;
 - Acreditam que os profissionais de saúde sabem quando é necessária a medicação para a dor, motivo pelo qual não a solicitam.

Por outro lado, os comportamentos/reações em situação de dor também são distintos segundo Batalha (2010):

- **Lactentes:**
 - Choro;
 - Expressão facial – olhos fechados, sobrancelhas elevadas e marcadas, abertura das fossas nasais, sulcos nasolabiais marcados, boca aberta;
 - Expressão de emoções – alegria, surpresa, medo, raiva, desprezo;
 - Expressão corporal – hipertonia, arqueamento do tronco, agitação, movimento de retirada e flexão dos membros, localização e proteção da área dolorosa;
 - Alterações comportamentais – alimentares, sono e vigília, resistência física, falta de cooperação, irritabilidade e inquietude;
 - Sinais físicos – polipneia, taquicardia e hipertensão arterial.
- **Do 1 aos 3 anos:**
 - Choro;

- Grito;
 - Expressão facial - raiva, caretas, o cerrar os lábios e dentes e o arregalar os olhos;
 - Balançar;
 - Agitação;
 - Agressividade – morder, bater ou fugir;
 - Proteção da zona dolorosa;
 - Adoção de posição antiálgica e imobilidade.
- **Dos 4 aos 6 anos:**
 - Expressão verbal – a dor é definida face à localização ou propriedades físicas;
 - Descrição da intensidade da dor;
 - Alterações comportamentais – agitação e agressão física;
 - Alterações de sociabilidade e dependência;
 - Alteração dos sinais vitais.
 - **Dos 6 aos 12 anos:**
 - Por volta dos 9 a 10 anos, a maioria das crianças demonstra pouco receio à dor;
 - Comunicam verbalmente a dor, descrevendo a intensidade e qualidade;
 - Aprendem alguns métodos passivos de alívio como permanecer quietos, de olhos fechados, ou tentar agir corajosamente.

Está definido como competência do EESIP a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” (Regulamento nº422/2018, p. 19193), através dos conhecimentos adquiridos e da gestão e aplicabilidade de estratégias farmacológicas e não farmacológicas (Regulamento nº422/2018).

Segundo a *Internacional Association for the Study of Pain* (DGS, 2008), a dor é definida como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo (...) um componente sensorial (...), um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.” (p.6). A DGS em 2003 assume a dor como 5º sinal vital, destacando a dor como sintoma que segue, na generalidade as situações patológicas dependentes de cuidados de saúde. O alívio da dor é parte integrante do cuidar em enfermagem, sendo o controlo e alívio da dor um direito humano básico, para todos os grupos etários, sem exceção (OE, 2008). A dor aguda é definida como uma dor de curto prazo, minutos, horas ou dias, sempre inferior a 3 meses sendo a causa mais frequente de dor na criança que recorre aos

serviços de saúde, a realização de procedimentos (Oliveira et al., 2018).

A avaliação e o controlo da dor são fundamentais na prestação de cuidados de enfermagem, “uma das principais premissas do enfermeiro é o estabelecer um plano de cuidados individualizados com o objetivo de identificar a dor e tomar as medidas necessárias para aliviar o sofrimento do doente.” (Pinto, 2013, p.4). A avaliação da dor tem como objetivo identificar, quantificar e reconhecer a criança com dor, tornando objetivo um fenómeno subjetivo, permitindo uma linguagem uniforme entre profissionais de saúde, facilitando a tomada de decisão e adaptação personalizada do seu controlo e avaliação da eficácia das intervenções (DGS, 2010).

As estratégias não farmacológicas são eficazes em situação de dor ligeira e procedimentos dolorosos rápidos, podem ser complementadas com estratégias farmacológicas, têm o objetivo de promover maior autonomia da criança e da família, são seguras, não invasivas e económicas e a criança e a família podem aprender a usá-las (Oliveira et al., 2018). A sua utilização contribui para reduzir a perceção da dor tornando-a mais tolerável, diminuindo a ansiedade e o medo associados aos procedimentos dolorosos (Oliveira et al., 2018).

As estratégias não farmacológicas de fácil implementação no momento da vacinação pela equipa de enfermagem são:

- **Dos 0 aos 18 meses:**

- Amamentação

A amamentação engloba a sucção, o contato materno e o preenchimento gástrico, e a sua utilização reduz a resposta à dor pela mediação do sistema opióide endógeno (DGS, 2012a).

O bebé deve ser colocado à mama antes, durante e após o procedimento, durante alguns minutos (DGS, 2012a; DGS, 2012b)

- Sucção não nutritiva

A utilização da chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto do bebé, uma vez que a estimulação orotátil é muito importante e é autorregulada pelo bebé (DGS 2012a; OE, 2013).

A chupeta promove a analgesia durante os movimentos ritmados da sucção e quando é interrompido pode surgir um fenómeno de dor e deve ser oferecida aos bebés que já a utilizam (DGS, 2012b; OE, 2013).

- Sacarose

A estimulação oro-gustativa diminui a resposta à dor, que parece ativar o sistema opióide endógeno, sendo necessário administrar 2ml de sacarose

por seringa ou através da chupeta sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento, fracionando a dose máxima em intervalos de 30-60 segundos, quando o procedimento é superior a 60 segundos (DGS, 2012a; DGS, 2012b; OE, 2013).

É eficaz no primeiro ano de vida (DGS, 2012b).

- Contenção manual

O profissional, o pai ou a mãe segura a cabeça, os braços e as pernas do bebé mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão com o objetivo de promover a autorregulação e evitar a desorganização motora (DGS, 2012a; DGS, 2012b).

- **Dos 5 aos 6 anos:**

- Simulação/Modelação

Informar a criança sobre o procedimento, sugerindo comportamento que ajudem a controlar a dor e a ansiedade, demonstrando estratégias de *coping* e permitindo que a criança simule o procedimento, por exemplo, num brinquedo (Batalha, 2010).

- **Dos 10 aos 11 anos:**

- Imaginação guiada

Promove o relaxamento e sensação de bem-estar, concentrando o foco de atenção em imagem ou ideia em particular, imaginando uma situação agradável, descentrando-se do procedimento (Batalha, 2010; DGS, 2012b).

- Presença dos pais

Os pais são essenciais na compreensão, avaliação e controlo da dor da criança e a sua ausência nos cuidados à criança é geradora de *stress*, aumentando a perceção da dor (Batalha, 2010).

Para as crianças os pais são fonte de proteção, confiança, amor e carinho e a sua presença promove o falar, o tocar, o deixar chorar, ajudando a lidar com os procedimentos dolorosos (Batalha, 2010).

- **Comum em todas as idades:**

- Distração

Tem como objetivo desviar a atenção do bebé para coisas agradáveis antes e durante o procedimento, com atividades que envolvem a cognição (vídeos, imagens e histórias) ou o comportamento (cantar, bolas de sabão) (Batalha, 2010; DGS, 2012b).

- Musicoterapia

Ativa a produção de endorfinas endógenas, diminuindo o *stress*, a tensão e induz o relaxamento (OE, 2013).

Adequar a música às idades.

- Reforço positivo

Quando a criança utiliza estratégias positivas para o alívio da dor, promove-se o elogio verbal (“Portaste-te muito bem...”) ou recompensa após procedimentos dolorosos, como pequenos prémios (ex. autocolantes, certificados) (DGS, 2012b; OE, 2013).

- **Comum nas idades 5 aos 6 anos e dos 10 aos 11 anos**

- Fornecimento de informação antecipatória

Fornecer informação no momento em que é realizado o procedimento doloroso, uma vez que as crianças abaixo dos 6 ou 7 anos não retêm informação por mais de uma hora (OE, 2013).

A informação é fornecida através de desenhos, vídeos, manipulação do equipamento, reduzindo a ansiedade e o medo e aumentando o seu autocontrolo (OE, 2013).

- Aplicação de frio

A aplicação de frio diminui a circulação periférica, retardando a transmissão de impulsos nervosos ao nível dos recetores e tem uma opção anti-inflamatória, o que auxilia no alívio da dor (Batalha, 2010).

- Massagem

A massagem alivia a dor através da remoção de produtos de degradação celular e pela estimulação das fibras de aferentes primários, sendo a sua eficácia aumentada quando utilizada em combinação com outras estratégias não farmacológicas (Batalha, 2010).

- Relaxamento

Diminui o metabolismo, o consumo de energia, oxigénio, baixa a frequência cardíaca e respiratória e produz uma sensação de calma, tranquilidade e bem-estar, tornando-se útil na diminuição da ansiedade e da dor (Batalha, 2010).

Através do relaxamento dos grupos musculares, permitindo o autocontrolo da criança (consciencialização da diferença dos músculos contraídos e relaxados) e através do ensino de técnicas de respiração profunda e controlada (Batalha, 2010).

O apoio dos pais à criança, quando sujeita a procedimentos dolorosos, é

essencial. Contudo, é importante dar oportunidade de escolha aos pais de estar presente ou não, assim como a preferência da criança face à presença dos pais (Brown, 2014). É responsabilidade do enfermeiro apoiar os pais na sua escolha de não estar presente, reforçando a importância de se manter por perto para apoiar nos pós procedimento (Brown, 2014). No entanto, se os pais escolhem estar presentes têm um papel importante no antes, durante e pós procedimento. O medo da criança face à vacinação é normal, mas é importante que o enfermeiro e os pais percebam que algumas abordagens podem tornar o momento de mais tranquilo e menos traumático para as crianças (Rocha, 2021). É essencial que se lide com a criança consoante a idade, uma vez que uma criança de um ano não percebe as nossas explicações assim como não se deve esconder nem desvalorizar a um adolescente (Rocha, 2021).

As explicações tornam-se viáveis para as crianças a partir dos 5 anos, uma vez que a sua compreensão já se encontra mais desenvolvida, tendo presente que as explicações, para crianças com idade inferior a 6 ou 7 anos, deve ser realizada no momento do procedimento porque não retêm a informação por mais de uma hora (OE, 2013; Rocha, 2021). É responsabilidade dos pais a tranquilização das crianças, ajudando-as a ultrapassar os seus medos, podendo introduzir explicações mais concretas na pré-adolescência, sendo de extrema importância não mentir (Rocha, 2021). Perante a necessidade de vacinação os pais nunca devem dizer “se te portares mal, levas uma pica”, porque provoca na criança a relação da vacinação com um ato de punição, deve-se utilizar expressões como “não é nada”, “não dói”, não proibindo o choro e não instituindo castigo na presença do choro (Rocha, 2021).

Explicar aos pais que existem numerosas estratégias para desmistificar o ato da vacinação para a criança é de extrema importância, como a possibilidade de amamentar durante a vacinação ou a utilização de sacarose; explicar que o medo é normal; dizer a verdade sobre o que vai acontecer para não ter de enfrentar o desconhecido; conversar em casa, adequando o discurso à idade, para desmistificar o assunto; reforçar que o medo não significa falta de coragem; permitir à criança a utilização de um anestésico local; utilização de dispositivo vibratório com aplicação de frio e distrair a criança com música e brinquedos (Rocha, 2021). É importante que o enfermeiro elucide os pais que as suas atitudes no momento da vacinação se refletem no seu filho. Pais calmos e tranquilos refletem no filho a serenidade e, como consequência, a diminuição da percepção da dor, pelo contrário, pais ansiosos e nervosos provocam agitação e ansiedade no filho (Rocha, 2021).

A segurança e o conforto são parte integrante do processo terapêutico, sendo que o medo, o desconforto e a dor devem ser valorizados, avaliados e geridos com intervenções apropriadas à idade (Fernandes, 2020). A teoria do conforto tem o holismo como pedra basilar, ou seja, considera que a pessoa se inclui e está rodeada do seu ambiente. É importante que os enfermeiros consigam manipular as características do ambiente, como o ruído, o mobiliário, a temperatura e a luminosidade para aumentar o conforto da pessoa. Tanto a pessoa como a enfermeira possuem o seu campo de energia, energia essa que a teoria do conforto consegue incluir durante as intervenções terapêuticas (Kolcaba, 2001). Através da visão holística do cuidar em enfermagem, Katharine Kolcaba na sua Teoria do Conforto, orientou a uma prática centrada nas necessidades de conforto da pessoa. Sendo a realização de procedimentos dolorosos uma realidade nos cuidados de enfermagem, torna-se essencial que o EESIP demonstre habilidades e conhecimentos sobre terapias não farmacológicas, promovendo o bem-estar físico, psicossocial e espiritual do adolescente (Regulamento 422/2018), contribuindo para a plenitude do conforto holístico, especialmente na gestão diferenciada da dor no adolescente sujeito a procedimentos dolorosos.

A escolha de desenvolver o poster sobre as estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante a vacinação para a equipa de enfermagem deveu-se ao fato de que as enfermeiras responsáveis pela sala de vacinação não são EESIP, não estando por vezes despertas e dispostas para a importância da aplicabilidade de estratégias não farmacológicas no ato da vacinação e os seus benefícios para a criança. O desenvolvimento do folheto para os pais sobre como ajudar os filhos no ato da vacinação tem como objetivo abordar o tema nas primeiras consultas, entregando o folheto para que os pais estejam alerta sobre a melhor forma de agir face à vacinação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lidel.
- Brown, T. L. (2014). Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1061-1118). Lusociência.
- Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1º ed., pp. 40-55). Lidel.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing outlook*, 49(2), 86-92.
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0029655401435986?token=8ECFEE3D3E74DCF0174B5064011F65C9BFA435CCDD0FF1C331FBCB4F1FF25614C4B262ED6AE49BDFD4FA0B80DF76AFBF>
- Ministério da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2008). *Programa Nacional do Controlo da Dor*. Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2010). *Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças*. Direção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém nascidos (0 – 28 dias)*. Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos)*. Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2020). *Plano Nacional de Vacinação*. Direção Geral da Saúde.
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marone, L. & Amorim, R. (2018). *Desenhos da Minha Dor* (1ª ed.). APED.

- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia Orientador de Boa Prática - Dor*. Cadernos OE, Série I, (1). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica*. Cadernos OE, Série I, Número 3 (1). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série 1, número 6. Ordem dos Enfermeiros.
- Paixão, M. J. G. (2010). Realidade Virtual no Controlo da Dor e do *Distress*, Associados a Procedimentos Dolorosos, em Crianças e Adolescentes. Meta Análise. *Pensar em Enfermagem*, 14(2), 2-18.
- Pinto, P. S. (2013). Dor Aguda no doente crítico em pediatria – Intervenções de Enfermagem. *Nursing*, p. 1-7. <http://www.nursing.pt/dor-aguda-no-doente-critico-em-pediatria-intervencoes-de-enfermagem/>
- Regulamento nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, II Série, nº 133/18. <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
- Rocha, A. M. (2021). Medo da vacinação: o que fazer?. *Sapo Lifestyle*. Disponível em <https://lifestyle.sapo.pt/familia/pais-e-filhos/artigos/medo-da-vacinacao-o-que-fazer>
- Unicef (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Lisboa, Portugal: Comité Português para a Unicef.

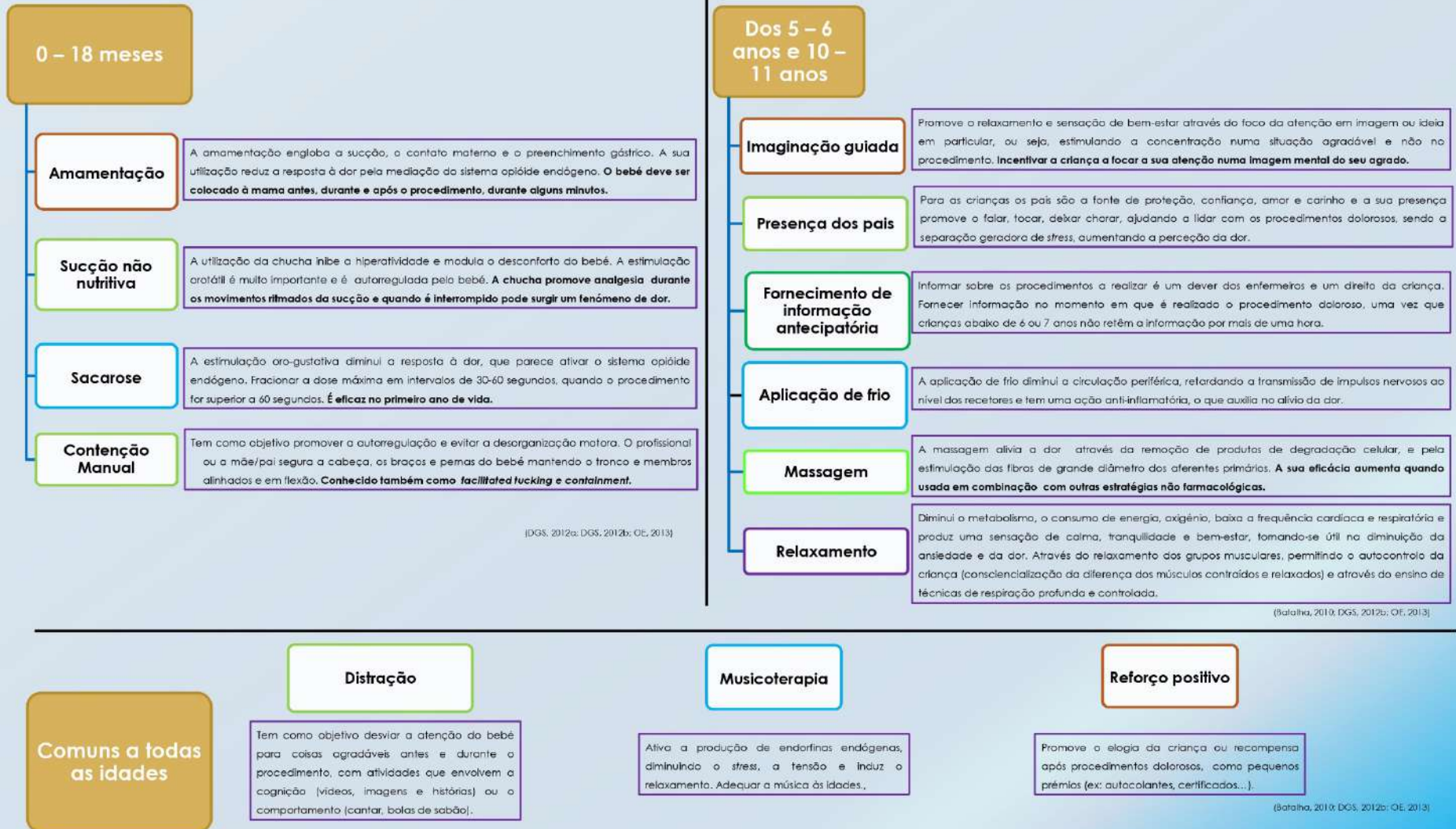
APÊNDICES

**APÊNDICE I – POSTER SOBRE ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO
ALÍVIO DA DOR DURANTE A VACINAÇÃO**

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR DURANTE A VACINAÇÃO

Galvão, M.¹

¹ Mestranda do 11º Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na ESEL



**APÊNDICE II – FOLHETO “COMO POSSO ALIVIAR A DOR DO MEU FILHO
DURANTE A VACINAÇÃO?”**

O que fazer durante a vacinação?

0-18 meses

- Amamentar;
- Acarinhar;
- Dar colo;
- Dar a chucha;
- Cantar;
- Dar o brinquedo favorito;
- Usar frases simples.



5-6 anos

- Cantar;
- Contar;
- Dizer o abecedário;
- Construir um lego;
- Respirar fundo.



10-11 anos

- Deixar a criança exprimir os seus sentimentos;
- Criar um ambiente de confiança;
- Conversar com a criança sobre um assunto que lhe interesse;
- Deixar a criança escolher sobre a presença dos pais

Bibliografia:

Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18(2), 295-306. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a05.pdf>

Brown, T. L. (2014). Especificidades nas intervenções de Enfermagem em Pediatria. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.), Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Faria, H. (2012). *Interação e perfis de comportamentos das crianças, pais e enfermeiros durante a vacinação pediátrica*. Lisboa, Faculdade de Psicologia. Tese de mestrado.

Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde (2020). *Plano Nacional de Vacinação*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE, Série I, Número 3 (1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Rocha, A. M. (2021). Medo da vacinação: o que fazer?. *Sapo Lifestyle*. Disponível em <https://lifestyle.sapo.pt/familia/pais-e-filhos/artigos/medo-da-vacinacao-o-que-fazer>

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Vacinação na consulta ou mediante marcação prévia

Folheto realizado por Márcia Galvão (Estudante do 11º Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria)

Como posso
aliviar a dor do
meu filho durante
a vacinação?





Vacinação

A vacinação confere proteção contra determinadas doenças infecciosas, promove a integridade física e psicológica da criança. (OE, 2010)

O "medo e a ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e reduzem a tolerância à dor."

(Barros, 2010, p. 297)

Pais calmos e tranquilos refletem no filho a serenidade e, como consequência, a diminuição da percepção da dor.

(Rocha,

2021)

Papás vocês têm um papel muito importante na preparação das crianças para a vacinação.
É necessário vir com tempo.

Reação das crianças com dor:

0-18 meses

Choro;
Grito;
Expressão facial - raiva, caretas, cerrar os lábios e dentes e arregalar os olhos;
Agitação.

5-6 anos

Descrição da intensidade da dor;
Alterações comportamentais – agitação e agressão física;
Alterações de sociabilidade e dependência;
Alteração dos sinais vitais.

10-11 anos

Comunicam verbalmente a dor
Aprendem alguns métodos passivos de alívio da dor.

Seja honesto e sincero.

Como informar a criança?

0-18 meses

Dizer que a criança vai fazer uma vacina para sua proteção.

5-6 anos

Diga que vai fazer um medicamento para sua proteção, sem se centrar na dor, mas sim na vacinação.

Vais ganhar defesas contra algumas doenças más, para não ficares doente.

Fornecer informação no momento em que é realizado o procedimento doloroso, uma vez que crianças abaixo de 6 ou 7 anos não retêm a informação por mais de uma hora.

10-11 anos

Explicar a criança antecipadamente para que se prepare.

Explicar a importância da vacinação como método preventivo de doenças graves.

Nunca diga...

"Vais levar uma pica"

"Se te portas mal levas outra."

**APENDICE XIV – ENTREVISTA AO ADOLESCENTE: DOCUMENTO
ORIENTADOR**

Entrevista ao adolescente:

documento orientador

Manual realizado por Márcia Galvão (Estudante do 11 Mestrado de Enfermagem na área de Especializao em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESEEL)

Adolescência

O que é a adolescência?

- ❖ A palavra adolescente deriva do latim *adolescere* que significa crescer, brotar, fazer-se grande.
- ❖ O conceito de adolescente associa-se ao período de juventude e ao jovem.
- ❖ Inicia-se com a puberdade e termina quando se torna num adulto independente.

(Baptista et al., 2020)

Adolescente indivíduo
com idade entre 10 e os
19 anos

(OMS, 2014)

3 fases na adolescência:

Inicial: 11 – 14 anos

Intermédia: 15 – 17 anos

Tardia: 18 – 20 anos

(Saewyc, 2014)

Ética nos cuidados de saúde ao adolescente

Autonomia



Para atingir a maturidade necessária para alcançar a autonomia, o adolescente tem de necessitar percorrer as diversas etapas do desenvolvimento socio-moral, para consolidação da mesma, permitindo tomadas de decisão com responsabilidade.

Confidencialidade



Garante que as informações conhecidas pelo enfermeiro não sejam transmitidas aos pais, sem a sua autorização (sexualidade, uso de drogas e violência).

Privacidade



É direito do adolescente ser atendido individualmente, em espaço privado, onde se reconhece a sua autonomia, estimulando a sua responsabilidade pela sua saúde. Está relacionada com a relação interpessoal entre enfermeiro, adolescente e família, facilitando o diálogo e confiança mútua.

Sigilo



Situações de risco de vida para o adolescente, têm de ser partilhadas com os pais. É necessário informar, antecipadamente o adolescente da necessidade de quebrar o sigilo.

Consultas de enfermagem preconizadas pelo PNSIJ (2013)

	10 A	12 / 13 A	15 / 18 A
Puberdade	1	1	1
Alimentação	2	2	2
Atividade física	3	3	3
Hábitos de sono	4	4	4
Saúde oral	5	5, 14	5
Escola	6	6	6, 18
Família	7	7	7
Amigo(a)s	8	8	8
Tempos livres	9	9	9
Cidadania	10	10	10
Sexualidade	11	15	19
Segurança e acidentes	12	16	16
Consumos nocivos, riscos	13	13	13
Violência e maus-tratos		17	17
Higiene			

1. Puberdade normal e variantes. Puberdade precoce e atraso pubertário.
2. Diversidade, adequação à fase de crescimento e atividade: regimes restritivos.
3. Tipo, frequência, intensidade e segurança e desaconselhar suplementos energéticos e anabolizantes; vigorexia.
4. Quantidade, qualidade, ritmo e higiene do sono.
5. Promover a escovagem dos dentes de manhã e à noite e o uso de fio dentário.
6. Ano de escolaridade, bem-estar, projetos, absentismo escolar, *bullying* e *cyberbullying*.
7. Dinâmica familiar e adultos de referência.
8. Socialização, atividades, redes sociais e grupos de pertença.
9. Sedentarismo, hábitos de televisão / computador / novas tecnologias / vídeo jogos.
10. Direitos humanos, desigualdades de género, ambiente, cultura de segurança.
11. Puberdade, socialização e género.
12. Acidentes domésticos e segurança rodoviária.
13. Álcool, tabaco, medicamentos e drogas de abuso.
14. 10, 13, 15 aos 16 – cheque dentista
15. Autodeterminação sexual, género, relações íntimas, comportamentos sexuais e contraceção.
16. Segurança rodoviária, atividades de lazer, atividades recreativas noturnas, desportos (radicais)
17. Violência no namoro.
18. Falar do trabalho; mobbing (assédio moral), assédio sexual.
19. Contraceção, género, relações diádicas e violência namoro/conjugal.

Princípios gerais na entrevista ao adolescente

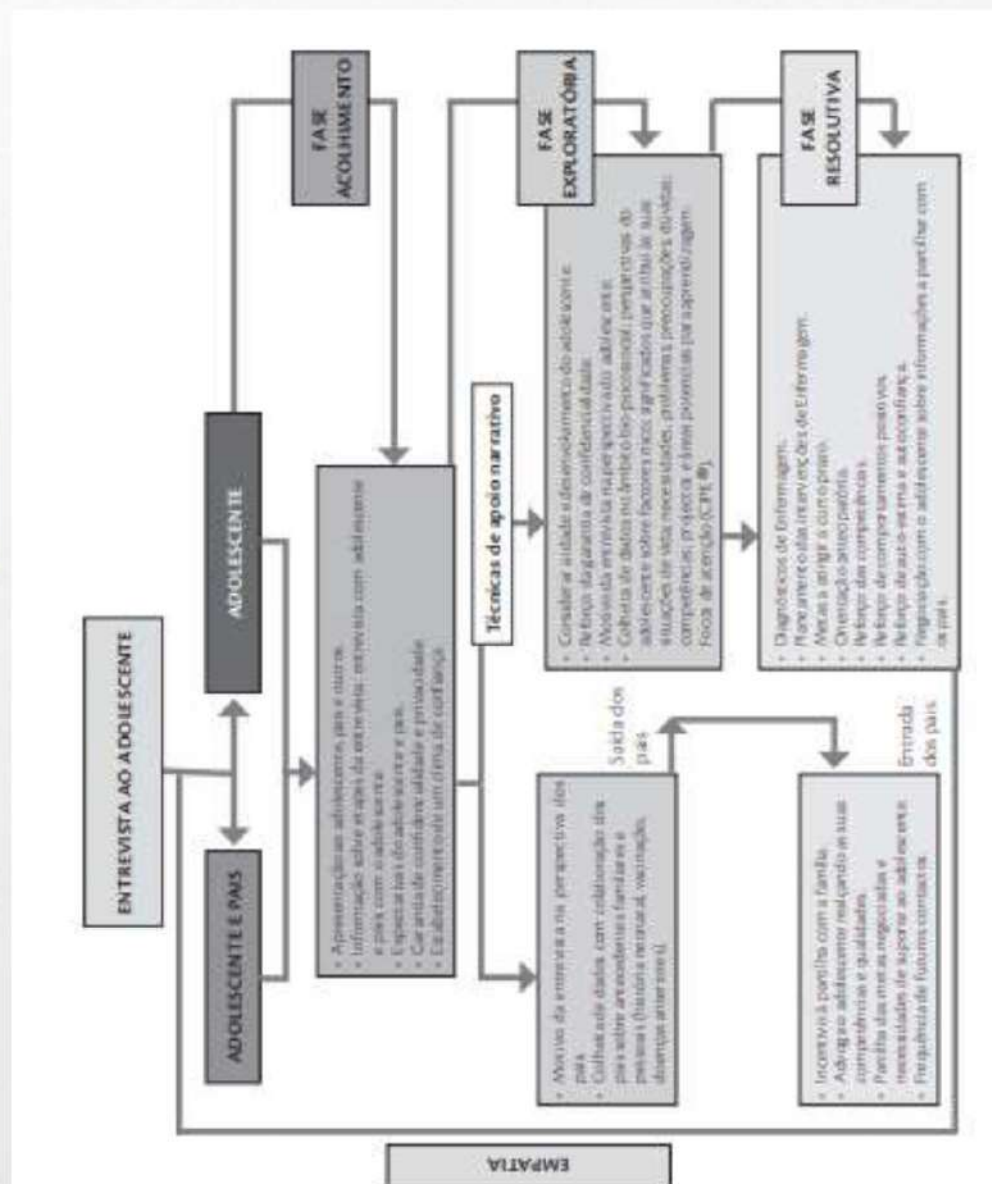
Características do entrevistador

Características do adolescente

Características do espaço e tempo

Pré requisitos para a relação / comunicação com adolescente

Algoritmo de atuação / Planeamento de cuidados



Modo de apresentação do adolescente durante a entrevista

Característica	Descrição
Falador	Camuflagem, rodeia o assunto e explica coisas que estão para além do que o preocupa realmente. É importante deixar o adolescente falar mas orientando a conversa até à reflexão pessoal.
Nervoso	Em jovens que receiam a observação. São habitualmente as jovens que apresentam ansiedade por medo da observação ginecológica. Explicar que é necessário mas que a sua realização depende do comum acordo.
Silencioso	Ocorre por sentimento de culpa do adolescente por várias razões, por o terem obrigado a recorrer aos serviços de saúde e ele não considerar necessário. Pode ter medo de ser repreendido.
Escarnecedor	Provocador, discute tudo com piadas, sendo recorrente quando não tem controlo na situação.
Hostil ou agressivo	O motivo da raiva não é o profissional de saúde, mas se for saber pedir desculpa. Uma escalada de agressão mútua é prejudicial e inútil.
Choroso	É importante permitir o choro e apoiar o adolescente de forma silenciosa e oferecer um lenço. O adolescente sente-se aliviado e este gesto contribuir para o início da comunicação.

Técnicas de apoio narrativo durante a entrevista ao adolescente

Característica	Descrição
Perguntas abertas	Perguntas que não podem ser respondidas com uma ou duas palavras e que permitem ao adolescente explicar e perceber o seu problema.
Escuta Reflexiva	Como objetivo apurar o que o adolescente sente, devolvendo as suas afirmações através da repetição de uma palavra que o adolescente disse e achamos importante, pela identificação do estado emocional do adolescente ou pelo silêncio permitindo um momento de auto-reflexão.
Reestruturação positiva	Significa apoiar o adolescente destacando os seus pontos fortes, contribuindo para o aumento da autoestima e da autoconfiança.
Resumo da entrevista	Destacar o que foi mais importante na entrevista para ajudar o adolescente se torne mais consciente das suas preocupações e problemas.
Afirmações de automotivação	Colocar questões sobre o reconhecimento do problema, expressão da preocupação, intenção de mudar e otimismo para a mudança.
Clarificação	Perante uma resposta imprecisa, tornar mais clara a frase ou pergunta para ajudar o adolescente compreender o que está a referir.
Afirmações que facilitam a discussão	Úteis se se pretende abordar assuntos embaraçosos.
Respostas e afirmações de apoio e ânimo	Contribuem para um sentimento de compreensão.

Fases da entrevista ao adolescente

Acolhimento

- O enfermeiro apresenta-se primeiramente ao adolescente e posteriormente aos pais.
- O enfermeiro esclarece as etapas da entrevista: entrevista com o adolescente e família e entrevista individual com o adolescente.
- Assegurar a confidencialidade e privacidade.

Exploratória

- Colheita de dados sobre as diversas áreas de saúde, incluindo a obtenção da informação relevante à disposição para aprender, motivação para a mudança, assim como áreas potenciais para a promoção da aprendizagem.
- Inclui-se o algoritmo *HEEADSSS*.

Resolutiva

- Educação para a saúde que tem subjacente um processo de diagnóstico, planeamento e intervenção, sendo que na fase de avaliação é identificada a natureza da necessidade, a motivação para aprender, as metas a atingir estabelecidas conjuntamente com o adolescente e/ou família.

Acrónimo utilizado na entrevista ao adolescente *HEEADSSS*

H	⇒	Home (casa, família)
E	⇒	Education and Employment (educação, emprego)
E	⇒	Eating (alimentação)
A	⇒	Activities (atividades desportivas e de lazer)
D	⇒	Drugs (consumos, adição)
S	⇒	Sexuality (sexualidade)
S	⇒	Suicide (depressão, suicídio, humor)
S	⇒	Safety (segurança, acidentes e violência)

Exemplos de perguntas segundo o acrónimo **HEEADSSS**

Home (casa, família)



- ✓ Onde moras?
- ✓ Há quanto tempo estás nessa casa?
- ✓ Com quem vives? Tens um quarto só para ti?
- ✓ Como é o teu relacionamento com os membros da família?
- ✓ De quem te sentes mais próximo?

Education e employment (educação e emprego)



- ✓ Em que escola andas? Como é a escola?
- ✓ Quais as disciplinas que preferes e as que menos gostas?
- ✓ Tens amigos na escola?
- ✓ Como é o teu aproveitamento?
- ✓ Que planos tens para o futuro?
- ✓ Trabalhas? Onde? E qual o horário?

Eating (alimentação)



- ✓ Do que gostas e não gostas no teu corpo?
- ✓ O teu peso alterou-se recentemente?
- ✓ Cumpres uma dieta saudável? Explica.
- ✓ Já fizeste dieta alguma vez?
- ✓ Praticas algum desporto?

Exemplos de perguntas segundo o acrónimo **HEEADSSS**

Activities (atividades desportivas e de lazer)



- ✓ O que fazes quando estás com os amigos?
- ✓ Praticas algum desporto? Quantas vezes por semana?
- ✓ O que fazes quando estás com a família?
- ✓ Tens algum hobbies? Gostas de ler? Que livro estás a ler?
- ✓ Quantas horas de televisão por dia? E computador? E vídeo jogos?

Drugs (consumos, adição)



- ✓ No teu grupo de amigos alguém fuma, bebe álcool ou consome drogas?
- ✓ E tu próprio?
- ✓ E na tua família? Alguém fuma na tua casa?
- ✓ Tens algum familiar que tenha sido alcoólico ou tenha consumido drogas?

Sexuality (sexualidade)



- ✓ Tens namorado? Já tiveste?
- ✓ Já tiveste relações sexuais?
- ✓ O que significa "sexo seguro" para ti?
- ✓ Utilizas contraceção? Qual o método?
- ✓ Alguma vez foste forçado a ter relações sexuais contra a tua vontade?
- ✓ Já tiveste alguma infeção transmitida sexualmente? Quando e qual?

Exemplos de perguntas segundo o acrónimo **HEEADSSS**

Suicide
(depressão,
suicídio, humor)



- ✓ Sentes-te mais triste que o habitual?
- ✓ Estás sempre chateado?
- ✓ Tens dificuldade em dormir?
- ✓ Pensas por vezes magoares-te ou magoares outras pessoas?
- ✓ Isolas-te mais dos amigos nos últimos tempos?
- ✓ Conheces alguém que tenha pensado suicidar-se? E tu já pensaste nisso?
- ✓ Começaste a fumar, beber ou usar drogas para te sentires mais calmo?

Safety
(segurança,
acidentes,
violência)



- ✓ Já alguma vez tiveste um acidente grave ou provocaste algum?
- ✓ Usas sempre cinto de segurança no carro?
- ✓ Alguma vez andaste de carro com um condutor embriagado?
- ✓ Usas equipamentos de proteção quando praticas desporto?
- ✓ Existe violência na tua família? E na escola?
- ✓ Alguma vez foste agredido ou abusado sexualmente?
- ✓ Alguma vez foste vítima ou te envolverste em *bullying* ou em situação de violência no namoro?

Referências Bibliográficas



- Bagfista, A., Quintas, C., Baltar, P., Alves, R., Lavrador, V. & Silva, T. D. (2020). O Jovem. In Ramos, A. L. & Barberi-Figueiredo, M. C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed., pp. 193-214). Lidel.
- Ministério da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção Geral da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE, Série I, Número 3 (1). Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2014). *Health for the world's adolescents – A second chance in the second decade*. WHO Document Production Services.
- Sawyc, E. M. (2014). *Promoção da Saúde do Adolescente e da Família*. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 784-823). Lusociência.

**APENDICE XV– PAIS ADOLESCENTES DE UM BEBÉ PREMATURO:
FOLHETO - “PAIS ADOLESCENTES: O BEBÉ NASCEU
PREMATURO E AGORA?”**



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

PAIS ADOLESCENTES DE UM BEBÉ PREMATURO

Márcia Alexandra Pereira Galvão



Professora Orientadora: Maria Teresa Gouvêa Magão



**Lisboa
2021**

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A adolescência é a transição da infância para a idade adulta e envolve mudanças a nível biológico, cognitivo, psicológico e social (Saewyc, 2014). O conceito de adolescente tem origem no latim *adolescere* “que significa crescer, brotar, fazer-se grande.” (Fonseca, 2017). Segundo WHO (2017), o período da adolescência é compreendido entre os 10-19 anos. Pode-se subdividir em três fases: a adolescência inicial (11-14 anos); a adolescência intermédia (15-17 anos) e a adolescência tardia (18-20 anos) (Baptista et al., 2020; Baptista, Quintas, Baltar, Alves, Lavrador & Silva, 2020).

As mudanças inerentes à adolescência têm implicações na compreensão do tipo de riscos a que cada adolescente está sujeito, tornando-se crucial entender que estas mudanças também ocorrem no contexto familiar, social, escolar, grupo de pares e local de trabalho (Saewyc, 2014). Nesta fase do ciclo da vida estão subjacentes necessidades de saúde específicas, uma vez que o adolescente está em constante transformação e a sua autonomia se revela emergente, focando a sua preocupação na aparência do seu corpo (Baptista, Quintas, Baltar et al., 2020).

A sexualidade é um tema importante na adolescência, uma vez que nesta fase ocorrem mudanças hormonais, físicas, cognitivas e sociais, sendo a puberdade a mudança com maior impacto na sexualidade do adolescente. Durante a adolescência intermédia até à adolescência tardia torna-se mais comum a atividade sexual (Saewyc, 2014).

A gravidez na adolescência é um tema discutido na bibliografia pelas implicações que provoca em todo o ambiente que envolve os adolescentes. Além da incidência da gravidez na adolescência estar a diminuir em Portugal, continua a ser considerado um problema pelo impacto negativo para os pais adolescentes e para o bebé a nível psicológico, biológico, social, educativo e económico (Baptista, Quintas, Baltar, et al., 2020). O uso de contraceptivos depende das tomadas de decisões que os adolescentes têm nas relações e os cuidados pré-natais na adolescência são frequentemente tardios ou inadequados porque a adolescente não reconhece a gravidez ou porque a nega até ao segundo ou terceiro trimestre (Kollar, 2014). O bebé provoca nas adolescentes expectativas irreais, podendo ser percecionado como um brinquedo ou objeto alvo do seu amor, ficando a responsabilidade da educação da criança a cargo de um avô (Kollar, 2014).

Em situação de nascer um bebé prematuro é importante que o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica (EESIP) promova a vinculação no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais através da avaliação do desenvolvimento da parentalidade, da promoção do contato dos pais com o recém-nascido e da negociação do envolvimento dos pais na prestação de cuidados (Regulamento nº 422/2018).

A prematuridade pode ser classificada segundo a idade gestacional e o peso: < 28 semanas e /ou peso < 1000g: Prematuro extremo; 28 às 32 semanas e /ou peso entre 1000 e 1500g: Prematuro moderado; 34 às 36 semanas e 6/7 dias e/ou peso entre 1500 e 2500g: Prematuro tardio (Askin & Wilson, 2014). Os pais adolescentes precisam saber que o bebé prematuro tem um aspeto físico diferente, maior risco de complicações e uma diferente probabilidade de sobreviver, necessitando de diferentes tipos de cuidados, sendo crucial explicar os cuidados neuroprotectores e sua importância aos pais: posicionamento e manipulação, cuidados com a pele, minimizar a dor e o stress, otimizar a nutrição e salvaguardar o sono (Altimier & Philips, 2013).

A promoção de conforto do recém-nascido é benéfica para o desenvolvimento favorável. O significado de conforto na enfermagem evoluiu ao longo dos anos. Nightingale, em 1859, referiu que o objetivo da observação é salvar vidas e aumentar a saúde e o conforto (Kolcaba & Kolcaba, 1991). Segundo os mesmos autores (1991), o conceito de medidas de conforto é utilizado para alcançar o estado de conforto, que pode ser o alívio do estado de desconforto (conforto físico) e/ou o fornecer consolo e encorajamento (conforto mental). Segundo Apóstolo (2009), o conceito de conforto está presente na origem e no desenvolvimento da enfermagem, estando identificado como um elemento nos seus cuidados. A palavra confortar tem origem no latim *confortare*, que significa “restituir as forças físicas, o vigor e a energia, tornar forte, fortalecer, revigorar.” (Apóstolo, 2009, p. 62). A promoção do conforto nas crianças e famílias é uma preocupação dos enfermeiros, com o objetivo de diminuir o desconforto. A saúde da criança é de extrema importância para a família, e em caso de doença são experienciados momentos de grande ansiedade, sendo a maior necessidade da criança e da família alcançar o estado de conforto (Kolcaba & DiMarco, 2005). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), a presença dos pais, redução das luzes, redução do ruído ambiental, promoção de períodos prolongados de sono, posicionamento adequado (contenção em ninhos), embalo e colo, método canguru, sucção não nutritiva (chucha) e a amamentação, além de estratégias não

farmacológicas no alívio da dor, são estratégias que promovem o conforto do recém-nascido.

Para que o EESIP consiga promover a vinculação e a parentalidade é essencial que as filosofias de cuidados, como os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos estejam englobados na prestação de cuidados diários.

Segundo Hockenberry e Barrera (2014), a parceria com os pais deve ser relevante para os profissionais de saúde, respeitando e potencializando as competências da família. Os enfermeiros devem apoiar as famílias na prestação de cuidados e na tomada de decisão, reconhecendo-lhes as competências na prestação natural dos cuidados à criança. Os CCF incluem a composição familiar, os seus sonhos, objetivos, necessidades de apoio, de prestação de cuidados e de informação.

dois conceitos básicos dos Cuidados Centrados na Família são a capacitação e o empoderamento. Os profissionais capacitam as famílias através da criação de oportunidades e meios para todos os membros de família revelarem as suas habilidades e competências actuais e adquirirem novas, para atender às necessidades da criança e da família. O empoderamento descreve a interação dos profissionais com as famílias, de forma a que estas mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre as suas vidas e reconheçam as mudanças positivas que resultam de comportamento de ajuda que promovem as suas próprias forças, habilidades e acções. (Hockenberry & Barrera, 2014, p.11)

Os CCF têm por base a parceria entre os profissionais de saúde e a família. A família é aliada fundamental na prestação direta de cuidados e nas iniciativas de segurança, educação dos profissionais de saúde, pesquisa e projetos para desenvolver políticas. São enumerados 4 conceitos básicos para os cuidados centrados na família: dignidade e respeito, partilha de informações, colaboração e participação (*Institute for Patient and Family Centered Care*, IPFCC, 2017). O EESIP tem a competência de assistir a criança e o jovem com a família, ou seja, estabelece uma relação de parceria que promove a saúde, no sentido da adaptação de regime terapêutico e da parentalidade (Regulamento nº 422/2018).

O conceito de cuidados não traumáticos defende que os profissionais de saúde

devem fornecer cuidados terapêuticos, através de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico (ansiedade, medo, raiva, tristeza e vergonha) e físico (sonolência, dor, temperaturas extremas, ruídos fortes, luzes brilhantes e escuridão) experimentado pela criança e pela família em contexto de saúde/doença (Hockenberry & Barrera, 2014).

O objetivo primordial na prestação de cuidados não traumáticos é: primeiro que tudo, não causar dano. Três princípios fornecem a estrutura para alcançar esse objetivo: (1) prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, (2) promover uma sensação de controlo, e (3) prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor. (Hockenberry & Barrera, 2014, p.12)

É competência do EESIP explicar aos pais adolescentes que o *stress* dos pais perante a nova realidade é normal. Importante reconhecer o fator de *stress* e partilhar com os profissionais de saúde com o objetivo de desenvolver estratégias para ultrapassar esses fatores; está disponível no serviço apoio psicológico e social; importante a presença e apoio de outros adultos, como a avó, por exemplo; o outro adulto não é substituto dos pais do bebé na prestação de cuidados. A promoção do vínculo pais-bebé é essencial para o desenvolvimento do recém-nascido. Durante a permanência da família no serviço de neonatologia é fulcral que os pais adolescentes sintam confiança na equipa de enfermagem para expor as suas dúvidas e preocupações para uma promoção de relação pais – recém-nascido favorável para o desenvolvimento saudável da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L. & Phillips, L. M. (2013) . The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teórico. *Revista Referência*, II(9), 61-67. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26
- Askin, D. F. & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 331-411). Lusociência.
- Baptista, A., Quintas, C., Baltar, P., Alves, R., Lavrador, V. & Silva, T. D. (2020). O Jovem. In Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1º ed., 193-216). Lidel.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 1-20). Lusociência.
- Institute for Family Centered Care. *Advancing the practice of Patient and Family – Centered Care*. Disponível em www.familycenteredcare.org
- Kolcaba, K. Y., & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of advanced nursing*, 16(11), 1301-1310. <https://pingpdf.com/pdf-an-analysis-of-the-concept-of-comfort-the-comfort-line.html>
- Kolcaba, K. & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187 – 194.
- Kollar, L. M. (2014). Problemas Físicos na Adolescência. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 824-854). Lusociência.
- Ordem dos enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não*

farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série 1, número 6.

- Regulamento nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República, II Série, nº 133/18. <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
- Saewyc, E. M. (2014). Promoção da Saúde do Adolescente e da Família. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., pp. 784-823). Lusociência.
- WHO, World Health Organization (2017). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/adolescent-and-young-adult-health/global-accelerated-action-for-the-health-of-adolescents>

**APÊNDICE I – “PAIS ADOLESCENTES: O BEBÉ NASCEU PREMATURO E
AGORA?”**

A EQUIPA DA RECOMENDA:

- Não hesite em colocar questões e esclarecer dúvidas;
- Se não puder visitar ou acompanhar o bebé, telefone e fale com a equipa do serviço de Neonatologia para receber informações;
- Coloque o telemóvel no silêncio antes de entrar no serviço de Neonatologia;
- Desinfete as mãos e vista uma bata antes de se dirigir para perto do seu bebé;
- Fale com o seu bebé com tom suave e tente manter um ambiente silencioso e tranquilo;
- Pode e deve tocar no seu filho. Pergunte ao enfermeiro acerca da melhor forma de o fazer;
- Não mexa nos aparelhos do serviço de neonatologia, a sua manipulação é exclusiva dos profissionais;
- Siga as recomendações da equipa de saúde.

PAIS ADOLESCENTES: O BEBÉ NASCEU

PREMATURO E AGORA?



Caros pais,



Primeiramente muitos parabéns pelo nascimento do vosso bebé! Sejam bem-vindos à unidade de neonatologia. Para a equipa de saúde do neonatologia a parceria de cuidados com os pais é essencial para a vinculação e crescimento favorável do recém-nascido. Esta nova fase da vida caracteriza-se por novos desafios, estando a equipa multidisciplinar sempre disponível para ouvir as vossas dúvidas e dificuldades.

O serviço de neonatologia [redacted] constituído por 34 postos de internamento: 11 em cuidados intensivos e 21 em cuidados intermédios. A equipa médica e de enfermagem estão presentes 24h/dia e cada bebé tem um enfermeiro e um médico responsável por turno.

Prematuridade:

- Bebé que nasce antes das 37 semanas de gestação.
- Classificação face à idade gestacional:
 - < 28 semanas e /ou peso < 1000g: Prematuro extremo
 - 28 às 32 semanas e /ou peso entre 1000 e 1500g: Prematuro moderado
 - 34 às 36 semanas e 6/7 dias e/ou peso entre 1500 e 2500g: Prematuro tardio



Características do bebé prematuro:

- Dependendo da sua imaturidade, terá:
 - Um aspeto físico diferente;
 - Um maior risco de ter complicações;
 - Uma diferente probabilidade de sobreviver, necessitando de diferentes tipos de cuidados.

Complicações mais frequentes:

- Complicações respiratórias são as mais frequentes devido à imaturidade pulmonar, sendo necessário oxigénio através do ventilador ou da incubadora;
- Reflexos de sucção e de deglutição ainda estão ausentes – alimentação por sonda;
- Ausência de controlo da temperatura corporal, sendo fundamental manter a temperatura corporal através da incubadora.

Cuidados importantes no bebé prematuro:

- Posicionamentos e manipulação;
- Cuidados com a pele;
- Minimizar a dor e o stress;
- Otimizar a nutrição;
- Salvaguardar o sono.

**PAIS:
ANTES DE TOCAREM
NO VOSSO BEBÉ
FALEM COM AS
ENFERMEIRAS**

Parentalidade na adolescência de um bebé prematuro:

- O *stress* dos pais perante a nova realidade é normal. Importante reconhecer o fator de *stress* e partilhar com os profissionais de saúde com o objetivo de desenvolver estratégias para ultrapassar esses fatores.
- Está disponível no serviço apoio psicológico e social.
- Importante a presença e apoio de outros adultos, como a avó, por exemplo;
- O outro adulto não é substituto dos pais do bebé na prestação de cuidados. A promoção do vínculo pais-bebé é essencial para o desenvolvimento do recém-nascido;

IMPORTANTE:

**PAIS É IMPORTANTE EXPRESSAREM OS
VOSSOS SENTIMENTOS PARA PREVENIR
PROBLEMAS FUTUROS NA RELAÇÃO COM O
BEBÉ.**

**OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ESTÃO
SEMPRE DISPONÍVEIS.**

