



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

Sim mas INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Parceria de Cuidados no Controlo da Dor na
Criança: Contributo do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediátrica**

Paula Cristina Agostinho Ribeiro

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce Damas da Cruz

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Parceria de Cuidados no Controlo da Dor na
Criança: Contributo do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediátrica**

Paula Cristina Agostinho Ribeiro

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce Damas da Cruz

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

A criança é promessa infinita e o homem exígua
realização.
(Leonardo Coimbra)

AGRADECIMENTOS

É com enorme satisfação que encaro a concretização desta etapa. Ao longo deste árduo percurso existiram muitos obstáculos e muitos momentos de desmotivação, que só foram superados com o apoio incondicional de várias pessoas que de diferentes formas foram contribuindo para a concretização do mesmo.

Aos meus pais um agradecimento eterno por toda a dedicação, pelo apoio em todos os momentos, por terem sempre uma palavra de carinho e por compreenderem as minhas ausências neste período.

À minha irmã pelo encorajamento em me manter firme nesta jornada.

Ao João, amigo e companheiro, pelo amor, apoio, tolerância às minhas ausências e aos momentos de frustração que estiveram presentes ao longo deste percurso, acreditando sempre nas minhas capacidades.

A todos os professores que colaboraram neste percurso académico e contribuíram com os seus saberes. À professora Maria Dulce Cruz, que me acompanhou nesta jornada de aprendizagens, pelo apoio, orientação académica e disponibilidade.

A todas as Enfermeiras que orientaram o meu percurso, proporcionando momentos únicos de aprendizagem e contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, enquanto Enfermeira especialista.

A todas as colegas da Unidade de Urgência Pediátrica, onde exerci funções, por terem sido o meu berço de desenvolvimento profissional, pelo apoio e por estarem presentes nos momentos mais difíceis.

A todas as crianças e famílias de quem cuido, pelos sorrisos sinceros que me motivam a ser constantemente melhor.

A todas as colegas do curso pelos bons momentos que partilhámos.

A todos os meus amigos que no decorrer deste percurso académico, se viram privados da minha presença, mas ainda assim, não deixaram de me apoiar e motivar a seguir em frente. Em especial à Carina, Catarina e Patrícia pelo carinho e palavras de força e ânimo que me transmitiam.

À Catarina, por passar de pessoa desconhecida a uma das melhores pessoas que já conheci, por estar sempre presente, por ter sempre as palavras certas e por ter tornado esta experiência ainda mais memorável.

A todos, o meu mais sincero obrigada!

RESUMO

A dor é um fenómeno complexo e transversal a todas as faixas etárias. É considerada uma das principais causas de sofrimento na infância, com repercussões importantes na criança. A família desempenha um papel determinante na vida da criança, sendo fulcral o seu envolvimento nos cuidados de saúde. Os pais são parceiros na prestação de cuidados e cabe ao Enfermeiro apoiá-los no seu papel parental, capacitá-los de conhecimentos e habilidades para que possam gerir os processos de saúde/doença dos seus filhos. O Enfermeiro, neste contexto, detém um papel fundamental na implementação de estratégias autónomas de gestão da dor, nomeadamente as não farmacológicas, como recurso importante para a prevenção e/ou minimização da dor na criança.

Este Relatório de Estágio apresenta o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção, segundo a metodologia de projeto, inserido na linha de investigação “Necessidades em cuidados de Enfermagem em populações específicas”, denominado: “Parceria de Cuidados no Controlo da Dor na Criança: Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”. Pretende também apresentar uma análise crítico-reflexiva sustentada na evidência das etapas constituintes do desenvolvimento das competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e as competências de Mestre.

Palavras-chave: Capacitação parental; Parceria de cuidados; Controlo da dor; Intervenções não farmacológicas; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

ABSTRACT

Pain is a complex phenomenon across all age groups. It is considered one of the main causes of suffering in childhood, with important repercussions on the child. The family plays a decisive role in the child's life, and its involvement in health care is fundamental. Parents are partners in providing care, the nurse supports them in their parental role, empowering them with knowledge and skills, and together managing the child's health/disease processes. Nurses, in this context, have a fundamental role in the implementation of non-pharmacological interventions, such as strategies for preventing and minimizing pain in children.

This Report presents the development of an Intervention Project “Partnership of Care in Pain Control in Children: Contribution of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health”, according to the project methodology, inserted in the research line “Care needs of nursing in specific populations”. It also intends to present a critical-reflexive analysis of the stages of development of the Common and Specific competences of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing and the competences of the master’s degree.

Keywords: Parental empowerment; Partnership Care; Pain management; Non-pharmacological interventions; Child and Pediatric Health Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

BSIJ – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CCEE - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CCCCESIP - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CME - Competências de Mestre em Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

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

EE - Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EN - Escala Numérica

ESIP - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EVA - Escala Visual Analógica

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

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

FMEA - *Failure Modes, Effects Analysis*

FPS-R - *Faces Pain Scale – Revised*

IAC – Instituto de Apoio à Criança

ICN – *International Council of Nurses*

n. - Número

NIPS - *Neonatal Infant Pain Scale*

N-PASS - *Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale*

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. – Página

PIPP - *Premature Infant Pain Profile*

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Plano Nacional de Vacinação

pp. – Páginas

QRCode – *Quick Responde Code*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

RNPT - Recém-nascido Pré-termo

SWOT - *Strenghts, Weaknesses, Opportunities and Threats*

UC - Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

UIP – Unidade de Internamento de Pediatria

USF – Unidade de Saúde Familiar

UUP – Unidade de Urgência Pediátrica

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1 CUIDAR EM PEDIATRIA: FILOSOFIAS DE CUIDADOS E MODELOS TEÓRICOS	
17	
1.2 A CAPACITAÇÃO DOS PAIS PARA O CONTROLO DA DOR.....	22
1.2.1 A dor em Pediatria.....	25
1.2.2 Reconhecimento da dor em Pediatria.....	29
1.2.3 Estratégias não farmacológicas para o controlo da dor.....	35
2 PERCURSO DE APRENDIZAGENS: METODOLOGIA DE PROJETO.....	38
2.1 CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS: DOS CUIDADOS DE SAÚDE	
PRIMÁRIOS AOS CUIDADOS HOSPITALARES	39
2.1.1 Unidade de saúde familiar.....	39
2.1.2 Unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos.....	42
2.1.3 Unidade de urgência pediátrica	43
2.1.4 Unidade de internamento de pediatria.....	45
2.2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	46
2.3 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	49
2.4 PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	50
2.5 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	51
2.6 AVALIAÇÃO DO PROJETO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS	54
3 ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E	
DESENVOLVIDAS.....	56
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	57
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM	
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	64
3.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	74
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Os 5 P's do controlo da dor.....	34
Figura 2 - Análise SWOT.....	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Abordagem "ONE VOICE"	24
Tabela 2 - Literacia sobre a dor: Papel do Enfermeiro vs Papel dos Pais	25

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Programa e respetivo Certificado de Participação no “IX Encontro de Benchmarking da MCEESIP”	88
---	-----------

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice A – Cronograma Geral das Etapas do Projeto de Estágio.....	93
Apêndice B – Questionário de Diagnóstico de Situação utilizado em Contexto da UIP e respetivo tratamento de dados.....	95
Apêndice C – Cronograma das Atividades do Projeto de Estágio.....	102
Apêndice D – Planeamento do Projeto de Estágio nos Diferentes Contextos Clínicos.....	104
Apêndice E – Póster ‘Porque é importante vacinar as crianças?’	108
Apêndice F – Póster ‘Estratégias Não Farmacológicas para a Promoção do Conforto e Alívio da Dor no Recém-nascido’	110
Apêndice G – Póster ‘Estratégias Não Farmacológicas para a Promoção do Conforto e Alívio da Dor na Criança e Jovem’	112
Apêndice H – Manual da Dor.....	114
Apêndice I – Sessão de Formação ‘Cuidar com Amor: A Atuação do EEESIP para o Controlo da Dor na Criança’ e respetivo Plano de Sessão.....	116
Apêndice J – Panfleto Informativo ‘Método Canguru’	118
Apêndice K – Norma de Procedimento ‘Capacitação dos pais para a realizar o Método Canguru’	120
Apêndice L – Panfleto Informativo ‘Estratégias Não Farmacológicas: Recém-nascido e Lactente’	122
Apêndice M – Panfleto Informativo ‘Estratégias Não Farmacológicas: Criança’	124
Apêndice N – Panfleto Informativo ‘Estratégias Não Farmacológicas: Adolescente’	126
Apêndice O – Norma de Procedimento ‘Dor em Pediatria: Utilização da Sacarose a 24% em Crianças com Idade Inferior a 12 meses’	128
Apêndice P – ‘Caixa Sorriso’ e respetivos Materiais didáticos.....	130
Apêndice Q – Guia de Utilização da Caixa Sorriso para os Profissionais de Saúde.....	135
Apêndice R – Sessão de Formação ‘Cuidar com Amor: Caixa Sorriso’ e respetivo Plano de Sessão.....	137
Apêndice S – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação ‘Cuidar com Amor: A Atuação do EEESIP para o Controlo da Dor na Criança’ e respetivo tratamento de dados....	139
Apêndice T – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação ‘Cuidar com Amor: Caixa Sorriso’ e respetivo tratamento de dados.....	143

Apêndice U – Questionário de Avaliação da ‘Caixa Sorriso’ e Guia de Utilização, e respetivo tratamento de dados.....	147
Apêndice V – Resumo do Artigo de Revisão Sistemática da Literatura “Efeito da Presença dos Pais durante a Realização de Procedimentos Dolorosos nas Crianças Hospitalizadas”.....	151
Apêndice X – Estudo de Caso: Lactente L.....	153

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio surge no âmbito da Unidade Curricular [UC] Relatório que se insere no primeiro semestre do segundo ano daquele que é o sexto Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [ESIP]. Este relatório compreende a descrição, desenvolvimento, avaliação do projeto de estágio e ainda uma reflexão sobre o percurso formativo realizado ao longo do Estágio I e Estágio Final, sendo que se avaliam estas experiências com base no desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [CCEE], Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [CEEEESIP] e Competências de Mestre em Enfermagem [CME].

O Estágio I e Estágio Final ocorreram em quatro unidades de saúde distintas, nas quais se desenvolveu o projeto de estágio intitulado “Parceria de Cuidados no Controlo da Dor na Criança: Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”, inserido na linha de investigação “Necessidades em cuidados de Enfermagem em populações específicas”. Este projeto baseou-se na metodologia de trabalho de projeto, imprescindível para a fomentação da qualidade em saúde e para uma melhor tomada de decisão, na medida em que procura resolver problemas existentes na prática clínica e permite a produção de conhecimentos, bem como a aquisição de competências (Ferrito et al., 2010).

O projeto procurou ser desenhado de forma a responder às expectativas e necessidades de cada contexto clínico em particular, podendo a temática ser trabalhada de maneiras diferentes com o intuito de alcançar o objetivo geral na construção do mesmo (Ferrito et al., 2010).

A implementação do projeto de estágio teve como objetivo principal contribuir para a promoção da parceria de cuidados e capacitação dos pais no controlo da dor na criança. Como objetivos específicos procurámos compreender a realidade e a organização dos quatro contextos clínicos; promover a capacitação dos pais na implementação de estratégias não farmacológicas e sensibilizar as equipas de Enfermagem através do desenvolvimento de estratégias promotoras do controlo da dor na criança, adequadas aos diferentes contextos clínicos.

Considero que a dor é o tema que correlaciona as várias temáticas que perfazem o presente Relatório de Estágio. Neste sentido, é conveniente compreender que a dor é uma experiência

vivenciada desde muito cedo, tornando-se num acontecimento único, complexo, multidimensional e transversal a todas as faixas etárias. Ao longo da infância, as crianças são frequentemente sujeitas a procedimentos dolorosos e, por esse motivo, o controlo da dor na criança tem assumido um papel relevante nos últimos anos (Batalha, 2016).

Atualmente conhecem-se as consequências negativas despoletadas pela dor, tanto a curto como a longo prazo. A dor não controlada assume especial relevância no início da vida da criança, com repercussões no desenvolvimento cerebral e no nível do limiar da dor, tornando as crianças mais sensíveis à dor futura, colocando-as em risco de evoluir para uma dor crónica (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], 2018; Azak et al., 2022; Tavares, 2020).

A principal causa de dor aguda na criança são os procedimentos invasivos, de diagnóstico ou tratamento. A dor é um problema com efeitos ao nível da saúde e dos custos e é um dever ético e moral dos profissionais de saúde minimizá-la, promovendo o bem-estar e o desenvolvimento saudável da criança. Para isso, é essencial que os profissionais de saúde permitam a presença dos pais e os capacitem a ter uma participação ativa durante a hospitalização da criança, pois segundo alguns estudos a sua presença interfere significativamente no tratamento e na recuperação da criança, reconhecendo-se os benefícios dessa presença para a minimização de possíveis consequências (Azak et al., 2022; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2012b; Harrison, 2010; Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2020; Lopes, 2016).

O que a literatura atual nos demonstra é que a sensibilização e formação dos profissionais de saúde acerca da utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor, bem como a instrução dos pais para a sua implementação, durante os cuidados de saúde aos filhos, permanece um desafio. Desta maneira, as evidências científicas referem que, apesar de existirem inúmeras recomendações, ainda se verifica uma diferença substancial entre o que é preconizado e o que é aplicado na prática. Assim, é de especial interesse a capacitação dos pais para a implementação de estratégias não farmacológicas que promovam o conforto da criança (Batalha, 2013; Cruz, 2016).

O interesse por esta temática emergiu da observação de cuidados prestados com elevada complexidade numa Unidade de Urgência Pediátrica [UUP], onde adquirimos e desenvolvemos a nossa experiência profissional durante três anos. Soma-se a inquietação de querer fazer sempre mais e melhor nos cuidados prestados ao utente pediátrico. Neste contexto, existem problemáticas que poderiam ser atenuadas se os profissionais de saúde estivessem

sensibilizados para tal e também se os pais estivessem informados para atuarem em equipa, juntamente com os profissionais de saúde.

Importa agora perceber a organização do presente relatório. Este inicia-se com esta introdução onde são contextualizados o âmbito, a temática e a sua pertinência, a fundamentação dos objetivos e a descrição da estrutura do documento.

O primeiro capítulo, designado por enquadramento teórico, apresenta um enquadramento geral que justifica a importância da capacitação dos pais para a utilização das estratégias não farmacológicas e apresenta as filosofias e modelos do cuidado em Pediatria que dão sustento a todo o percurso realizado. Aborda também a gestão da dor em Pediatria, passando pelas estratégias não farmacológicas e explicando a sua aplicabilidade.

O segundo capítulo apresenta uma descrição do percurso formativo, onde abordamos todas as etapas desenvolvidas, começando pelo enquadramento dos quatro contextos onde o projeto foi desenvolvido. De seguida, são apresentadas as etapas da metodologia de projeto, onde é feito o diagnóstico de situação de forma a verificar as necessidades de cada contexto clínico, seguindo-se a definição dos objetivos, planeamento e execução do projeto, bem como a avaliação e divulgação dos resultados obtidos no decorrer do mesmo.

Já no terceiro capítulo, realiza-se uma análise reflexiva de todo o percurso formativo, tendo presente a aquisição das CCEE e CEEESIP e, por fim, integramos as CME. Após este capítulo expõem-se, ainda, as considerações finais, debruçando-nos sobre o cumprimento dos objetivos propostos, tendo em conta os aspetos facilitadores e limitadores para a realização do projeto.

No final deste relatório listam-se as referências bibliográficas, apêndices e anexos fulcrais ao desenvolvimento deste trabalho. De realçar que o presente Relatório de Estágio se encontra redigido e formatado de acordo com os documentos de orientação disponibilizados ao estudante, em conformidade com as diretrizes do novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e respeitando as normas de citação e referenciação da 7ª edição da *American Psychological Association* [APA] (2020).

1| ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP] diferencia-se pela aquisição e desenvolvimento de competências que facilitem uma intervenção personalizada e especializada no utente pediátrico, prestando cuidados de qualidade e tendo sempre em consideração a parceria de cuidados estabelecida com os pais (Regulamento n.º 422, 2018).

Pela necessidade de uma formação contínua com vista ao seu desenvolvimento pessoal e profissional, cabe ao Enfermeiro a procura de conhecimento teórico e científico, atualizado e rigoroso, para poder prestar cuidados de elevada qualidade (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

Neste primeiro capítulo, surge a necessidade de enquadrarmos as noções conceptuais que nortearam este percurso, fundamentam as escolhas e as estratégias definidas e suportam a ação desenvolvida. Começamos então por apresentar as filosofias de cuidados e os modelos teóricos que sustentam a problemática em questão e os cuidados na área particular da Pediatria, seguindo-se a importância da capacitação dos pais para o controlo da dor. Prosseguimos, abordando a gestão da dor em Pediatria, especificando as estratégias não farmacológicas para o controlo da mesma.

1.1 CUIDAR EM PEDIATRIA: FILOSOFIAS DE CUIDADOS E MODELOS TEÓRICOS

“Os sentimentos perdem-se nas palavras.
Todos deveriam ser transformados em acções.
Em acções que tragam resultados.”
(Florence Nightingale)

Ao longo dos anos verificou-se uma grande evolução nos cuidados de saúde, estando sempre ancorados em saberes estruturados e humanizados. A maioria dos procedimentos de diagnóstico e tratamento realizados são considerados potencialmente dolorosos e causadores de emoções como a ansiedade, medo ou *stress*. Por isto, torna-se fundamental considerar o

conforto como um elemento inerente aos cuidados de Enfermagem, assumindo uma importância significativa nas ciências da saúde e da Enfermagem (Ponte et al., 2020).

Segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2022a) o termo conforto é um derivado regressivo de confortar, que significa sensação de prazer, de bem-estar ou de comodidade e que oferece alívio ou consolo. O termo confortar deriva do latim *confortare* que significa tornar forte, revigorar e fortalecer. Já na versão 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] o conforto é definido como “(...) sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.” (International Council of Nurses [ICN], 2019). Florence Nightingale é quem inicia a referência ao conceito de conforto e refere ainda que o mesmo não deve ser esquecido. O conforto era o foco central do cuidado e visto como fundamental para o cuidado em Enfermagem. Contudo, a partir da década de 60 até à década de 80, o conforto “(...) tornou-se um objetivo menor dos cuidados de Enfermagem (...)” (Apóstolo, 2009, p. 64), passando o foco a ser a cura dos utentes e os cuidados físicos (Diogo et al., 2020).

O conforto foi estudado e desenvolvido por várias teóricas de Enfermagem, sendo Katharine Kolcaba uma das teóricas que conceptualiza e compreende o conceito ligado à prática dos cuidados de Enfermagem, criando a Teoria do Conforto. Segundo esta autora, o conforto é “(...) uma experiência imediata, fortalecida por sensação de alívio, tranquilidade e transcendência (...)” (Cardoso et al., 2019, pp. 2-3), sendo que o alívio é o estado em que uma das necessidades foi satisfeita; a tranquilidade corresponde a um estado de calma ou satisfação; e a transcendência diz respeito ao estado no qual cada pessoa tem competências ou potencial para resolver um determinado problema. Estes três estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos, sendo eles: o contexto físico que integra as sensações corporais, mecanismos de homeostasia e o sistema imunitário; o contexto sociocultural que engloba as relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto psicoespiritual que compreende a consciência interna de si próprio (incluindo a autoestima, o autoconceito, a sexualidade, o significado de vida e o relacionamento compreendido pela pessoa); e o contexto ambiental que diz respeito ao meio envolvente (incluindo a luz, som, cor, temperatura, elementos naturais ou artificiais) (Apóstolo, 2009; Cardoso et al., 2019; Kolcaba et al., 2006).

Para Katharine Kolcaba, o conforto é um resultado essencial para a saúde e é focado no utente, sendo alcançado quando o Enfermeiro reconhece que confortou o utente adequadamente e esses aspetos são percebidos simultaneamente pelo utente (Cardoso et al., 2019).

A hospitalização, a doença e a dor podem ser consideradas experiências traumáticas, desagradáveis e assustadoras para a criança e sua família, pelo que devem ser reduzidas ou

evitadas sempre que a situação clínica da criança o permitir. Diminuir o número de internamentos e a duração dos mesmos acarreta inúmeras vantagens económicas e administrativas, bem como benefícios biológicos, psicológicos e emocionais para a saúde das crianças (Batalha & Sousa, 2018; Fernandes, 2020).

Apesar da presença de um dos pais, existem outros fatores que podem gerar emoções de ansiedade e *stress* como é exemplo a separação do seu ambiente familiar, a perda de controlo, o medo do desconhecido, da lesão corporal e da própria dor. Por isto, torna-se importante informar a criança de forma apropriada ao seu desenvolvimento e tendo sempre em consideração experiências anteriores para que se consiga atenuar este episódio que ocorre maioritariamente de forma inesperada (Barros, 2003; Fernandes, 2020; Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo a OE (2015, p. 16661) o EEESIP tem como objetivo prestar “(...) cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança (...) saudável ou doente (...)”, tendo como obrigação adotar estratégias que minimizem os efeitos menos positivos associados à hospitalização, sustentando os cuidados em Pediatria pela Filosofia dos Cuidados Não Traumáticos.

Os cuidados não traumáticos são cuidados terapêuticos e humanizados, prestados pelos profissionais de saúde, que têm como objetivo eliminar ou minimizar o desconforto psicológico e físico, experienciado pelo utente pediátrico. Para se conseguir alcançar este objetivo existem três princípios pelo qual devemos reger a nossa prática: “(1) evitar ou minimizar a separação entre criança e família; (2) promover uma sensação de controlo, e (3) evitar ou minimizar lesões e dores.” (Fernandes, 2020; Hockenberry & Wilson, 2014, p. 70).

Estes cuidados reconhecem como intervenções principais e eficazes:

Evitar a hospitalização e reduzir a sua duração; informar e preparar as crianças e os pais; encorajar a presença e participação dos pais nos cuidados; proporcionar a manutenção de hábitos de vida; adequar o ambiente aos gostos e necessidades das crianças e famílias; interagir adequadamente com a criança e com os pais; minimizar o *stress*, o desconforto e a dor. (Fernandes, 2020, p. 43).

Tanto as intervenções associadas aos cuidados não traumáticos, como o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESIP destacam a importância dos cuidados prestados pelo EEESIP “(...) em parceria com a criança (...) e família (...), em

qualquer contexto em que ela se encontre (...), de forma a promover o mais elevado estado de saúde.” (OE, 2017, p. 3).

Torna-se fundamental que o cuidar em Pediatria promova o envolvimento e a participação dos pais na prática de cuidados à criança, com o objetivo de existir uma interação com a família e proporcionar condições favorecedoras para o desenvolvimento global da criança (Martins & Lomba, 2021).

Prestar cuidados de saúde, ao longo do ciclo vital, requer competências específicas à sua fase de desenvolvimento, pelo que a criança deve ser tida em conta como um ser humano com direitos e com uma grande vulnerabilidade associada. Compete, também, ao Enfermeiro informar sobre o que é esperado e apenas substituir os pais quando estes não reúnem todas as capacidades para cuidar da criança. A inclusão dos pais nos cuidados à criança resulta em benefícios para os pais, uma vez que podem assegurar e consolidar as relações estabelecidas com os profissionais de saúde, desempenhar competências parentais para cuidar do seu filho durante o internamento e após a alta e ainda aumentar a satisfação dos pais em relação aos cuidados prestados, minimizando os sentimentos de culpa, impotência e incapacidade. Por outro lado, esta parceria acarreta benefícios também para a criança devido ao contato contínuo com os pais e, também por permitir a estes cuidados mais humanizados, especializados e individualizados para a satisfação das suas necessidades (Carvalhais et al., 2022; Shave et al., 2018).

Nesta linha de pensamento, a Filosofia dos Cuidados Centrados na Família, os princípios e os valores que a compõem são fundamentais nesta temática de cuidados à criança e na gestão da sua dor (Martins & Lomba, 2021).

Os cuidados centrados na família são definidos como uma “(...) abordagem de cuidado à saúde como um processo de planeamento, prestação e avaliação baseados em parceria, com benefícios mútuos entre os pacientes, famílias (...)” (Pinto et al., 2010, p. 133), proporcionando uma diminuição da tensão e do *stress* emocional dos pais, minimizando os efeitos negativos da hospitalização e, por outro lado, promove uma maximização dos resultados face ao tratamento e procedimentos instituídos, otimizando o conforto e o apoio à criança e família garantindo uma preparação para a alta mais eficaz. Estes cuidados assentam em vários pressupostos:

- A partilha de informação e conhecimentos, onde ocorre uma troca de informação clara, objetiva e imparcial;
- O respeito e cumprimento pelas diferenças, onde o cuidar é adaptado às diferentes culturas, tradições e preferências de cuidados;

- A parceria e a colaboração, onde as decisões tomadas incluem a família e têm em consideração a melhor satisfação das necessidades da criança;
- A negociação, onde as decisões sobre os cuidados são flexíveis e individualizadas;
- Os cuidados em contexto de família e comunidade, onde é possível que a criança possa ser cuidada no ambiente que lhes é familiar, de modo a diminuir o impacto da hospitalização (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020; Hockenberry & Wilson, 2014; Kuo et al., 2012).

Esta filosofia de cuidados propõe os seguintes elementos-chave:

(...) reconhecer a força da família como uma constante na vida da criança; facilitar a colaboração entre pais e profissionais (...); respeitar e valorizar a diversidade cultural, racial, étnica e socioeconómica da família; reconhecer as forças e individualidade da família, respeitando os diferentes métodos de enfrentamento; compartilhar informação imparcial e continuamente com a família; responder às necessidades de desenvolvimento da criança e da família; adotar políticas de práticas que fornecem apoio emocional e financeiro para família; planejar um cuidado flexível, culturalmente competente e que responda à necessidade da família; encorajar e facilitar o suporte familiar e rede de apoio. (Pinto et al., 2010, p. 134).

Existem dois conceitos básicos que sustentam a filosofia dos cuidados centrados na família que são a capacitação e o empoderamento. Para que se implementem estes dois conceitos é fulcral que os profissionais de saúde desenvolvam competências relacionais, de ensino, comunicação e colaboração com o utente pediátrico. Isto é, os Enfermeiros capacitam os pais criando oportunidades e meios para que estes manifestem as suas capacidades e competências reais e adquiram novas para atender às necessidades da criança. Já o empoderamento diz respeito à interação dos Enfermeiros com os pais para que estes adquiram e mantenham controlo sobre a vida familiar e sobre as mudanças positivas que advêm da participação nos cuidados, dando preferência às suas especificidades e preferências (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020; Hockenberry & Wilson, 2014).

O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, que começou a ser reconhecido no final da década de 90, inclui a filosofia dos cuidados centrados na família, e veio reforçar e promover a presença da família junto da criança. Assim, este modelo realça a importância da união entre os profissionais de saúde e os pais para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, para que sejam agentes ativos no ato do cuidar e consigam tomar decisões conscientes e informadas.

Este modelo abrange cinco conceitos fundamentais: a criança, a família, a saúde, o meio ambiente e o Enfermeiro:

- A criança é vista como um ser com necessidades que, para serem satisfeitas, dependem de terceiros;
- A família é vista como um conjunto de indivíduos que têm responsabilidade de prestar cuidados à criança e que têm uma grande influência no seu crescimento e desenvolvimento;
- A saúde, é tida como um estado de ótimo bem-estar físico e mental, que deve estar sempre presente, e que permite à criança desenvolver todas as suas potencialidades;
- O ambiente considera um conjunto de estímulos externos à criança e que podem influenciar o seu desenvolvimento;
- Os Enfermeiros são vistos como uma unidade de cuidados que considera as habilidades e competências da família enquanto conhecedora das necessidades da criança. Sabe-se que o grau de participação nos cuidados varia de família para família e é o Enfermeiro que deve apoiar e orientar de forma individualizada e respeitar as necessidades de cada tríade (Hockenberry & Wilson, 2014; Martins & Lomba, 2021; Monteiro & Cerqueira, 2020).

Até meados da década de 80 não eram evidentes modelos de Enfermagem que reforçassem a importância dos pais nos cuidados à criança, sendo cada vez mais corroborado o benefício do envolvimento dos pais nos cuidados à criança hospitalizada e o aumento de ideologias associadas a esta prática (Monteiro & Cerqueira, 2020).

1.2 A CAPACITAÇÃO DOS PAIS PARA O CONTROLO DA DOR

“O amor é a melhor música na partitura da vida. Sem ele serás um
eterno desafinado no imenso coro da humanidade.”
(Roque Schneider)

O Guia Orientador de Boa Prática sobre a Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização refere que os pais devem ser informados “(...) sobre os tratamentos a realizar (...)” (OE, 2015, p. 15) e ser envolvidos “(...) nas tomadas de decisão (...)” (OE, 2015, p. 15), sendo um princípio ético com repercussões em todo o processo de cuidados.

Os profissionais de saúde são valorizados pelos pais quando dialogam de forma aberta enquanto prestam os cuidados e os envolvem ativamente nos mesmos e lhes explicam os procedimentos que vão realizar (Shave et al., 2018).

A gestão diferenciada da dor é uma competência do EEESIP pelo que devem ser respeitados os princípios que garantem os direitos das crianças, tais como:

-Ter atenção à idade da criança e ao seu desenvolvimento cognitivo; -Permitir que os pais decidam o tipo de colaboração que pretendem dar, tendo em conta o papel parental desejado no momento; (...) -Dar informação à criança de forma simples e exata sobre o que irá ser feito. (...); -Nunca usar procedimentos médicos ou de Enfermagem como ameaça; -Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor. (...); -Dar feedback positivo. (...); -Permanecer junto da criança após um procedimento doloroso. (...) (OE, 2013, pp. 25-27).

Os pais desempenham um papel fulcral e inseparável na prática de cuidados em Pediatria, pois são uma ajuda preciosa no processo de gestão da dor, fazendo com que a criança se sinta mais segura e consiga suportar melhor a dor. Por outro lado, quando ocorre a separação dos pais e da criança existe uma fonte geradora de *stress* o que pode aumentar a perceção da dor da mesma (OE, 2013).

A abordagem ‘ONE VOICE’ é uma iniciativa apresentada por uma equipa de profissionais do *Children’s Hospital of Chicago* com o objetivo de criar estratégias que permitam controlar a dor e a ansiedade das crianças que são submetidas a procedimentos dolorosos. Com a implementação desta abordagem, nós, profissionais de saúde, podemos criar um ambiente mais calmo para as crianças e utilizar um conjunto de estratégias que contribuam para o seu bem-estar durante os procedimentos dolorosos, tal como se encontra evidenciado na tabela 1:

Tabela 1 - Abordagem "ONE VOICE"

(Adaptado de Manworren & Lurie Children's Hospital of Chicago, 2019)

O N E	Uma voz ou pessoa que tenha competências apropriadas e que dê informações à criança ao longo da realização do procedimento.
	Necessita do envolvimento dos pais.
	Explicar à criança o que vai acontecer durante o procedimento.
V O I C E	Validar com palavras, ou seja, respeitar a experiência da criança e ouvi-la.
	Promover uma posição confortável.
	Individualizar o plano de cuidados a cada criança.
	Escolher uma estratégia adequada à criança, à sua fase de desenvolvimento e aos seus gostos.
	Eliminar elementos desnecessários para realizar os procedimentos.

A interação e o comportamento dos pais influenciam diretamente o comportamento da criança durante a realização de procedimentos dolorosos. A dor da criança percebida pelos pais está relacionada a sentimentos de angústia, tristeza e a presença de elevados níveis de ansiedade e medos. Já a dor da criança está diretamente relacionada com o sofrimento dos pais, pelo que se estivermos na presença de pais com menores níveis de ansiedade, apresentam uma maior capacidade para utilizar estratégias apropriadas para regular o sofrimento da criança. Quando estamos na presença de pais com elevados níveis de ansiedade associa-se a altos níveis de angústia na criança (Brown et al., 2019; Goldstein-Leever et al., 2018).

Os comportamentos de *stress* dos pais e o funcionamento da família afetam a forma como a criança vai perceber e manifestar a dor durante os procedimentos dolorosos. Assim, torna-se fundamental reforçar a importância do suporte psicológico dos pais para que consigam recorrer a estratégias apropriadas para reduzir o sofrimento da criança sujeita a procedimentos dolorosos (Franck, 2020; Manworren & Lurie Children's Hospital of Chicago, 2019; Shave et al., 2018).

O Enfermeiro deve ser o responsável por capacitar os pais para questionarem sobre possíveis dúvidas e solicitarem estratégias farmacológicas e não farmacológicas, de forma a minimizarem a falta de conhecimento relacionada com a dor em Pediatria (Shave et al., 2018).

Na tabela 2 encontra-se evidente a importância da literacia sobre a dor tanto para os pais como para o Enfermeiro:

Tabela 2 - Literacia sobre a dor: Papel do Enfermeiro vs Papel dos Pais
(Adaptado de Manworren & Lurie Children's Hospital of Chicago, 2019)

Papel do Enfermeiro na Gestão da Dor	Papel dos Pais na Gestão da Dor
Promover a literacia contínua	Questionar a equipa de saúde sobre o que devem esperar
Respeitar os procedimentos e as políticas da organização de saúde	Apoiar a equipa de saúde na avaliação da dor e ansiedade da criança
Comunicar com a equipa multidisciplinar sobre o estado da criança, o seu comportamento durante o procedimento e a estratégia utilizada	Intervir na realização de um plano de cuidados individualizado e que promova o conforto para a criança
Avaliar documentos, intervir e avaliar o procedimento	Apoiar na seleção de estratégias mais adequadas para a criança
Participar em projetos de melhoria contínua da qualidade	

Quando os pais são envolvidos nos cuidados à criança, os seus medos e as suas preocupações diminuem, compreendem a necessidade de realizar determinados procedimentos, permitindo que se sintam mais tranquilos e seguros, num ambiente mais calmo e que promove o bem-estar dos mesmos e da criança. Para que isto aconteça é fundamental que os Enfermeiros capacitem os pais, para que estes distraiam a criança e a tentem confortar, tendo sempre presente que a separação dos pais é um fator de *stress* e ansiedade para a criança (Franck, 2020; OE, 2013).

1.2.1 A dor em Pediatria

“Dor é tudo o que a pessoa que a experimenta diz que é, existindo sempre que ela diz que existe.”
(Margo McCaffery)

O conceito de dor em contexto pediátrico tem vindo a alterar-se com a evolução do conhecimento científico. Atualmente, procura-se uma abordagem global, sendo que a dor é

subjetiva e multidimensional, não estando apenas relacionada com a componente sensorial ou neurofisiológica, mas também com a componente emocional, que está associada a experiências anteriores e a fatores biológicos (como a predisposição genética, a idade e a fase de desenvolvimento), a fatores psicológicos (como a personalidade, experiências prévias de dor, se já adquiriu estratégias de adaptação ou não) e a fatores socioculturais (influência familiar, nível de ansiedade dos pais, educação, ambiente que o rodeia e crenças culturais e religiosas) (APED, 2018; Batalha, 2016).

Para podermos compreender a complexidade que está associada à dor é fundamental perceber a sua neurofisiologia. A nociceção diz respeito “(...) ao processo pelo qual a informação sobre os estímulos periféricos é transmitida pelos nociceptores aferentes primários à medula espinhal, tronco cerebral, tálamo e estruturas subcorticais.” (Cruz, 2020, p. 22). Para que a mesma ocorra é fundamental o desenvolvimento das seguintes fases: a transdução, a transmissão, a modulação e a perceção (Watson, 2022).

A transdução e a transmissão, são as primeiras duas etapas a ocorrerem, e dizem respeito ao processamento da informação desde os nociceptores aferentes primários até à medula espinhal. Este conjunto de processos inicia-se com a transdução onde o impulso doloroso é recebido pelos nociceptores, e é convertido num impulso elétrico, que será transmitido através dos nervos, para a medula espinhal. Após o impulso ser modulado na medula espinhal é transmitido para o centro cerebral da dor, o tálamo e, posteriormente, para a formação reticular, córtex sensitivo e sistema límbico que classificam, localizam e memorizam a dor (Watson, 2022).

A plasticidade cerebral diz respeito à capacidade que o nosso cérebro tem para se modificar de acordo com os estímulos recebidos e o ambiente envolvente. Nas crianças, a plasticidade cerebral é potencializada, ou seja, ao receberem novos estímulos conseguem construir conexões neuronais. À medida que vamos envelhecendo esta capacidade vai diminuindo. Por isto, torna-se fundamental adquirir conexões neuronais positivas no que diz respeito ao significado da dor, pois as “(...) crianças têm dor (...)” (DGS, 2010, p. 3) e “(...) guardam memória da dor (...)” (DGS, 2010, p. 3), o que faz com que as experiências futuras, sejam influenciadas pelas experiências anteriores.

No que diz respeito à evolução temporal da dor, esta pode ser classificada em dor aguda e dor crónica. A dor aguda é considerada uma dor previsível e está associada a uma lesão ou inflamação dos tecidos, de duração inferior a três meses, que diminui progressivamente quando a cura ocorre, podendo estar acompanhada de emoções como a ansiedade e o medo. Por outro

lado, a dor crónica é definida como uma dor longa (duração superior a três meses) e que resulta de um estímulo nociceptivo persistente, de uma lesão do sistema nervoso ou de uma patologia do foro psicológico, podendo evoluir de forma persistente (no decorrer de uma doença de base) ou recorrente (caraterizada por surtos e separados por períodos assintomáticos), que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem (APED, 2018; Batalha, 2016).

Embora em determinadas circunstâncias de diagnóstico a dor aguda seja útil, esta deve ser minimizada, tratada para não perdurar e não progredir para uma dor crónica. Existe uma maior referência à dor aguda, por ser o tipo de dor mais frequente na infância (Fernandes, 2020).

A valorização da dor inicia-se com a criação da Declaração de Ottawa, da Convenção sobre os Direitos da Criança e da Carta da Criança Hospitalizada que diferenciou a abordagem à criança, tornando os cuidados prestados à mesma mais especializados, humanizados, holísticos e éticos (1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, 1986; IAC, 2017; IAC, 2020).

A Convenção sobre os Direitos da Criança salvaguarda que todas as decisões que dizem respeito à criança devem ter “(...) em conta o interesse superior da criança.” (IAC, 2020, p.5), reconhecer à criança o direito inerente à vida e, tal como referido no artigo 37.º “(...) Nenhuma criança será submetida à tortura ou a penas ou tratamento cruéis, desumanos ou degradantes. (...)” (IAC, 2020, p. 18).

Já a Carta da Criança Hospitalizada, contempla dez princípios que devem ser salvaguardados e tidos em consideração em situações de doença e hospitalização da criança. O princípio 5 refere que “Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.” (IAC, 2017, p. 10) e, para isso, é necessário cumprir os princípios 8 e 10 que referem que os profissionais de saúde devem “(...) ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.” e tratar da criança com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias (IAC, 2017, pp. 13-15).

Para além dos documentos supracitados, foram desenvolvidas, em Portugal, diversas iniciativas para melhorar a qualidade dos cuidados em relação à dor. Nomeadamente, a instituição de um Plano Nacional de Luta Contra a Dor (DGS, 2001), para elaboração de um diagnóstico de situação e definição de metas e orientações para os serviços de saúde. Em 2003, a DGS (2003) publicou a circular normativa que identifica a dor como 5º sinal vital e determina a avaliação sistemática da dor como um indicador de boa prática e um padrão de qualidade dos serviços de saúde. O Plano Nacional de Saúde (DGS, 2004) dá prioridade à sensibilização e

formação dos profissionais de saúde na área da dor e sua gestão. No ano de 2008 a OE (2008) reconhece a necessidade de publicar um guia orientador de boa prática nos cuidados à pessoa com dor e uma versão atualizada do Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Em 2010 é elaborada a primeira orientação técnica para controlo da dor em Pediatria (DGS, 2010) e, em 2012, são formuladas mais três orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos [RN] (DGS, 2012a), crianças de 1 mês a 18 anos (DGS, 2012b) e crianças com doença oncológica (DGS, 2012c).

Para conseguirmos fazer uma avaliação credível da evolução dos cuidados à criança com dor, podemos analisar o estudo de Batalha (2013) realizado em quatro serviços pediátricos, em Portugal, no período de agosto a dezembro do ano de 2011, que revela que a prevalência da dor durante a hospitalização reduziu de forma significativa entre 2002 e 2012. O estudo incidiu sobre os registos da dor incluídos nos processos clínicos de crianças até aos 18 anos de idade. O processo de seleção da amostra foi aleatório e consistiu num sorteio simples de um dia em cada semana, um turno de cada dia e o número da cama, perfazendo um total de 810 crianças. No estudo de 2002 participaram 1877 crianças. Ao fazermos esta comparação podemos perceber que em 2002 apenas 37% das crianças não sentiam dor, enquanto em 2012 passa para 75% das crianças. Verificou-se, também, que o registo da avaliação sistemática da intensidade da dor passou a ser uma prática comum dos profissionais de saúde, passando de 0% para 64% em 2012. Contudo, torna-se importante referir que a prevalência do uso das estratégias não farmacológicas decresceu de forma significativa 72% para 15% em 2012 (Batalha, 2013).

A melhoria no reconhecimento da dor está relacionada com o facto de terem sido implementadas várias circulares normativas e orientações técnicas sobre a avaliação da intensidade da dor (DGS 2003, 2010, 2012a, 2012b, 2012c). O decréscimo acentuado no registo de estratégias não farmacológicas foi justificado pelo autor com a implementação dos registos informatizados nos serviços, uma vez que, as notas associadas aos mesmos foram reduzidas, concomitante com outros fatores organizacionais relativos à diminuição do rácio entre o número de Enfermeiros por crianças a cuidar (Batalha, 2013).

No que diz respeito à dor neonatal, foi analisado através da evidência científica que há um elevado número de procedimentos dolorosos realizados em RN. Um estudo de revisão analisou 18 estudos de 14 países verificando-se que o número de procedimentos varia entre 7,5 e 17,3 procedimentos por RN por dia (Cruz, 2016). Já o estudo observacional realizado em Portugal revelou que são realizados 5,4 procedimentos por dia de internamento e nem sempre se verifica a instituição de medidas para o controlo da dor a eles associada (Cruz, 2020).

Torna-se importante manter o investimento neste tema, dando prioridade à formação e à sensibilização dos profissionais de saúde no que diz respeito à implementação de estratégias não farmacológicas (Cruz, 2020; Cruz et al., 2016).

1.2.2 Reconhecimento da dor em Pediatria

“A correta abordagem da dor nas crianças e adolescentes, é muito importante e engloba a avaliação, prevenção e tratamento (...)”
(Clara Abadesso)

A avaliação da dor é um dever do EEESIP, uma vez que este tem competência para fazer a “(...) gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19193).

A avaliação da dor na criança traz grandes desafios aos profissionais de saúde. Se a identificação de uma experiência dolorosa não coloca problemas na criança com capacidade de comunicação verbal, o mesmo não se verifica numa criança pré-verbal, onde a sua identificação só é possível recorrendo à identificação de indicadores fisiológicos ou comportamentais, o que torna a criança ainda mais vulnerável e dependente de uma avaliação subjetiva de quem a cuida (APED, 2018; Batalha & Sousa, 2018).

Atualmente, existe evidência que admite que a resposta comportamental à dor aguda é bifásica, ou seja, existe uma primeira fase caracterizada pela expressão de comportamentos associados ao *stress* (agitação, choro e gritos) e sinais fisiológicos (elevação da tensão arterial, da frequência cardíaca, da pressão intracraniana, da frequência respiratória, sudorese, diminuição da saturação periférica de oxigénio e palidez cutânea); e uma segunda fase que é vinculada pelo aparecimento progressivo de uma inércia psicomotora com alteração de algumas atividades, tais como o brincar, dormir, comer ou falar (Batalha, 2010).

A criança tem uma imaturidade própria e uma dificuldade em transmitir a intensidade e a qualidade da experiência dolorosa que está a vivenciar. Por isso, devemos sempre ter em consideração a classificação e a caracterização que esta dá à sua dor, tendo presente que não há melhor conhecedor da sua dor do que a própria. Para além disso, devemos ter presentes os indicadores fisiológicos e comportamentais característicos de cada fase de desenvolvimento (Batalha, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014).

A identificação da dor no RN e no lactente ainda constitui um grande desafio para os profissionais de saúde que a avaliam. Até há algum tempo, acreditava-se que o RN não sentia dor devido à imaturidade do seu sistema nervoso. Atualmente, a investigação reconhece que durante a vida fetal e os primeiros meses de vida já estão desenvolvidas as vias nervosas responsáveis pela transmissão da dor (desenvolvem-se a partir da 20ª semana de gestação e ficam totalmente desenvolvidas à 28ª semana de gestação). Pela imaturidade dos mecanismos fisiológicos da perceção e regulação dos estímulos dolorosos, os recém-nascidos pré-termo [RNPT] e os RN encontram-se numa situação de maior vulnerabilidade (APED, 2018; Ramos et al., 2020).

O RN e o lactente (zero a doze meses de idade), ao longo do internamento, são sujeitos a inúmeros procedimentos de diagnóstico e tratamento. No entanto, a dor não é só provocada por estes procedimentos, podendo também estar associada a procedimentos não invasivos, como por exemplo: a manipulação excessiva, posições desconfortáveis e toques bruscos (Cruz, 2020; Hockenberry & Wilson, 2014).

No caso do RN e do lactente que experiencia a dor, esta pode ser manifestada por alterações na mímica fácil e corporal, comportamentais e físicas. As alterações na mímica facial são caracterizadas por “(...) sulcos acima e entre as sobrancelhas, compressão da fenda palpebral, sulco nasolabial, contratura e abertura da boca, tremor do queixo, face cianosada com choro, gritos e lágrima, língua tensa e protusa, olhos fechados e fossas nasais largas e salientes.” (Batalha, 2010, p. 23); já nas alterações corporais podemos observar agitação (membros em flexão e extensão, hipertonia, arqueamento do tronco e punhos cerrados), prostração e uma atitude antiálgica. As alterações comportamentais estão relacionadas com o sono agitado e despertar frequente, irritabilidade e consolabilidade difícil, sucção contínua e exacerbada, diminuição da interação e indiferença. As alterações físicas estão associadas à cianose, palidez, polipneia, aumento da pressão arterial, taquicardia ou bradicardia (APED, 2018; Cruz, 2020; Hockenberry & Wilson, 2014).

Durante a primeira infância (um ano aos três anos de idade), o *toddler* ainda tem pouco desenvolvido o conceito de corpo e de imagem corporal, especialmente no que diz respeito aos seus limites corporais. Este facto contribui para que todos os procedimentos realizados nesta etapa do desenvolvimento, até os procedimentos não invasivos, sejam altamente ansiogénicos para a criança. Segundo a APED (2018), as respostas comportamentais mais frequentes são: choro, gritos (a partir dos 18 ou 24 meses começam por referir palavras que sinalizam a dor, tais como ‘ai’, ‘ui’, ‘dói’), expressão facial de raiva, arregalar dos olhos, cerrar os lábios e os

dentes, agressividade, proteção da região dolorosa, adoção da posição antiálgica e a imobilização.

Na criança em idade pré-escolar (quatro aos seis anos de idade), está presente o pensamento mágico, o medo da mutilação e a convicção da dor como punição. Nesta idade, a criança já consegue verbalizar a dor, devendo ser privilegiado o autorrelato da mesma. São descritas como reações mais frequentes a expressão verbal, descrição da intensidade, alterações comportamentais (agitação e agressão física), alterações na sociabilidade e na dependência e alterações nos indicadores fisiológicos (APED, 2018; Hockenberry & Wilson, 2014).

A criança na idade escolar (dos seis aos doze anos), já tem presente o início do desenvolvimento do pensamento concreto e operacional, sendo detentora de competências verbais e cognitivas para descrever de forma clara a causa, a intensidade e a qualidade da dor que está a sentir. O desenvolvimento cognitivo adquirido nesta fase do desenvolvimento possibilita à criança ter noção da doença, de possíveis tratamentos a realizar e, também, a capacidade de aprender estratégias que aliviem a dor (APED, 2018; Batalha, 2016; Hockenberry & Wilson, 2014; OE, 2013).

Por último, na adolescência (dos treze aos dezoito anos), os jovens apresentam o seu pensamento abstrato desenvolvido e conseguem diferenciar o estado de saúde e de doença, acreditando que têm controlo sobre todas as alterações que ocorrem no seu organismo, não verbalizando a dor por vergonha. As respostas comportamentais presenciadas entre crianças em idade escolar e adolescentes são maioritariamente: imobilidade, rigidez muscular, dentes e punhos cerrados, posição de defesa e tornam-se irritáveis, agressivos ou deprimidos (APED, 2018; Hockenberry & Wilson, 2014; OE, 2013).

Segundo a DGS (2010), é recomendado que a avaliação da dor seja realizada de forma regular e sistemática, ocorrendo desde o primeiro contacto que o profissional tem com a criança, uma vez em cada turno de trabalho, na ausência de dor (a cada oito horas), durante a realização de procedimentos invasivos dolorosos, para avaliar a eficácia das estratégias não farmacológicas utilizadas, na presença de sinais sugestivos de dor intensa ou alteração dos sinais vitais.

No momento da avaliação da dor, é preconizado que seja feita a recolha de dados, se possível logo no momento da admissão, tais como: “(...) características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados); (...) fatores de alívio e de agravamento; (...) uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas; (...) experiências anteriores traumatizantes e medos; (...)” (DGS, 2010, p. 2).

Na prática clínica são utilizados dois tipos de instrumentos de avaliação da dor: instrumentos de autoavaliação, em que a criança relata a sua própria dor, e instrumentos de heteroavaliação, onde os pais e/ou o profissional de saúde observa os indicadores comportamentais (respostas motoras, alteração na mímica facial, choro e o cortisol salivar), fisiológicos (aumento da tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, diminuição da saturação de oxigénio e palidez cutânea) ou ambos (Batalha, 2016; Hockenberry & Wilson, 2014).

A DGS (2010) refere ainda que, para uma avaliação da dor adequada, devem ser utilizados instrumentos de avaliação válidos, fiáveis, práticos e com utilidade clínica, adequados à idade da criança, ao tipo de dor e à situação em que ocorre. Por isso, neste Relatório de Estágio serão abordadas apenas as escalas validadas e traduzidas pelo Ministério da Saúde e pela APED (APED, 2018; DGS, 2010).

Para Batalha (2010), as escalas de avaliação da dor devem

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

As escalas utilizadas para a avaliação da dor no RN são compostas por indicadores comportamentais, fisiológicos ou ambos, podendo ser utilizadas pelos profissionais de saúde ou pelos pais. Segundo a orientação da DGS (2010) e a APED (2018), as escalas incluídas são:

- *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né* [EDIN] (utiliza indicadores comportamentais relevantes para a avaliação dos RNPT e RN, mais utilizada em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN]);
- *Neonatal Infant Pain Scale* [NIPS] (é composta por cinco indicadores comportamentais e um indicador fisiológico, e é utilizada em RNPT e RN que não estejam em ventilação assistida);
- *Premature Infant Pain Profile* [PIPP] (é composta por indicadores comportamentais, fisiológicos e contextuais, e é utilizada para avaliação da dor em procedimentos. Aparentemente, apresenta algumas dificuldades na sua implementação pelo facto de ter muitos indicadores, tornando-se morosa e pouco prática);

- *Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale* [N-PASS] (utilizada em RN que se encontram em ventilação assistida).

Nas crianças com menos de quatro anos de idade ou sem capacidade para verbalizar, recomenda-se a utilização da escala de dor *Face, Legs, Activity, Cry and Consolability* [FLACC]. Esta escala utiliza indicadores comportamentais e tem como vantagens a rapidez e praticidade na sua utilização, facilidade de memorização e a facilidade de comparação com outras escalas, visto que avalia a dor numa escala de zero a dez pontos. A escala de dor *Face, Legs, Activity, Cry and Consolability - Revised* [FLACC-R] foi validada e revista para incluir comportamentos específicos de crianças com multideficiência, podendo ser utilizada em crianças com menos de dois meses e com deficiência até aos 21 anos de idade (APED, 2018; DGS, 2010).

Os instrumentos de avaliação da dor que devem ser utilizados em crianças entre os quatro e os seis anos de idade são: a *Faces Pain Scale – Revised* [FPS-R] e a escala de faces de *Wong-Baker*. A última escala apresenta ilustrações de faces em que são descritos os vários graus de dor e a maioria das crianças entre os quatro e os sete anos de idade prefere utilizá-la por ser de fácil compreensão. No entanto, o facto de ter presente faces sorridentes e outras a chorar pode levar a criança a avaliar o seu estado emocional e não o estado sensorial, sendo este último o que importa na avaliação da dor (APED, 2018; DGS, 2010).

Para a avaliação da dor em crianças a partir dos seis anos de idade existem as seguintes escalas:

- Escala Visual Analógica [EVA] (mede a dor numa escala, no verso, de zero a dez centímetros ou de zero a cem milímetros. Pelo facto de a categorização da dor nesta escala não ser consensual a *Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé* adotou a seguinte: “(...) sem dor: < 10; dor ligeira: 10-30; dor moderada: 30-50; dor intensa: 50-70; dor muito intensa: ≥ 70)” (Batalha, 2010, p. 29);

- Escala Numérica [EN];
- FPS-R;
- Escala de faces de *Wong-Baker* (DGS, 2010).

As escalas de autoavaliação devem ser privilegiadas, sempre que possível a partir dos três/quatro anos, e pressupõem que a avaliação da dor é feita pela criança que a está a vivenciar, sendo necessário que o EEESIP adeque a escala à idade, à fase de desenvolvimento, às capacidades cognitivas e à preferência da criança. As escalas de heteroavaliação devem ser utilizadas apenas quando a criança é incapaz de realizar o autorrelato (DGS, 2010).

Com a utilização correta dos instrumentos para a avaliação da dor é possível

(...) identificar e reconhecer a criança com dor, (...) uniformizar a linguagem dentro da equipa de saúde facilitando a tomada de decisões homogéneas, adaptar de forma personalizada o seu controlo e avaliar a eficácia das intervenções e sua correção em tempo útil. (DGS, 2010, p. 4).

A prevenção e o controlo da dor são dois conceitos que se interligam. É fundamental compreender a importância de recorrermos a estratégias não farmacológicas para prevenir uma dor que é previsível, para assim modificarmos o significado que a criança atribui à dor, através da reestruturação cognitiva, diminuição da ansiedade e do medo. Quando uma dor aguda não é prevenida e tratada corretamente, pode prolongar-se no tempo e evoluir para uma dor crónica, aumentando os receios e dificultando a adesão aos tratamentos (OE, 2013).

Segundo *Children's Hospital of Chicago* (2019), a gestão da dor aguda nos contextos pediátricos é facilitada pela mobilização dos 5 P's (*Presence, Positioning, Preparation, Positive reinforcement, Play*), tal como se pode verificar na figura 1:

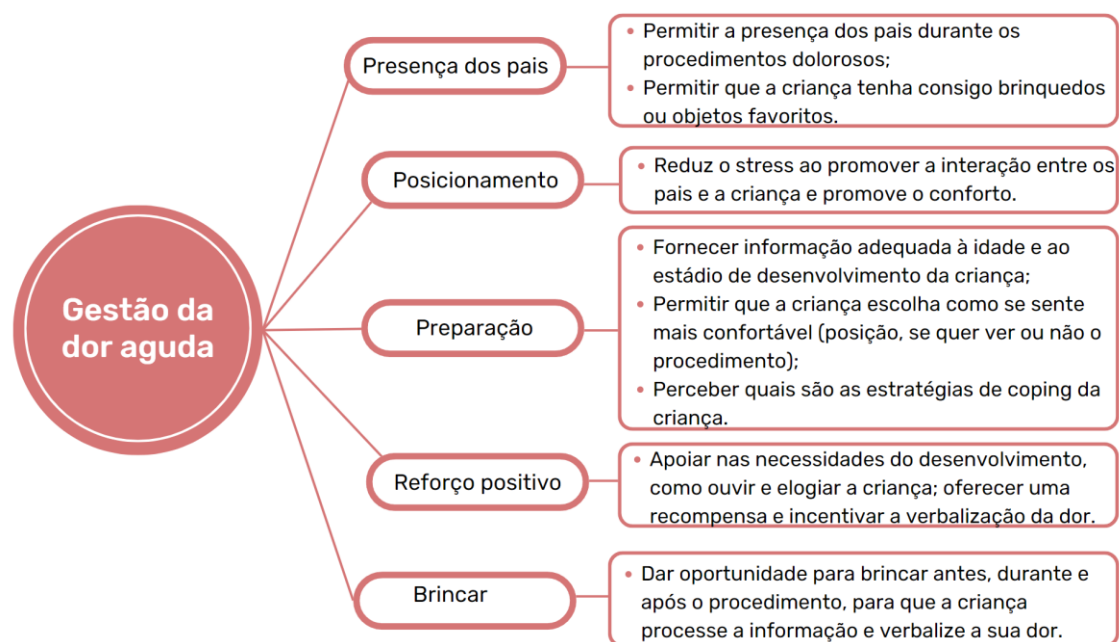


Figura 1 - Os 5 P's do controlo da dor.

(Adaptado de Manworren & Lurie Children's Hospital of Chicago, 2019).

Controlarmos a dor "(...) não é apenas administrar um fármaco ou um outro tratamento, mas sim realizar uma abordagem integrada que reduza ou bloqueie a atividade nociceptiva do trauma associado ao procedimento e que modifique os fatores situacionais que a agravam." (Cruz, 2020, p. 33). É importante recorrermos a estratégias não farmacológicas devido ao facto

de estas modificarem o significado que a criança atribui à dor, a perceção das emoções de medo e ansiedade e ainda pelo facto de estas constituírem uma abordagem promotora de cuidados não traumáticos.

1.2.3 Estratégias não farmacológicas para o controlo da dor

“As crianças sentem dor e guardam memória da dor.”

(Clara Abadesso)

Como EEESIP, assumimos um interesse especial pelas estratégias não farmacológicas, enquanto cuidado autónomo de Enfermagem, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] que refere que são intervenções “(...) realizadas pelos Enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, (...), com os contributos na investigação em Enfermagem.” (Decreto-Lei n.º 161, 1996, p. 2961).

As estratégias não farmacológicas em Pediatria aplicam-se a todas as faixas etárias e “(...) constituem um recurso primordial no controlo da dor da criança (...)” (OE, 2013, p. 36) em diversas situações: “(...) de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento de analgésicos, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e da família.” (OE, 2013, p. 13).

Estas estratégias devem ser ensinadas à criança e sua família para utilização domiciliária, uma vez que conferem à criança e respetivos pais uma maior autonomia e sensação de controlo, diminuem a ansiedade e incentivam à participação e responsabilização pelo seu tratamento (Batalha, 2010).

Atualmente, a escolha e a aplicabilidade das estratégias não farmacológicas variam de acordo com vários fatores, tais como: recursos existentes, instrução e capacitação dos profissionais de saúde, história de dor, desenvolvimento cognitivo e faixa etária da criança, situação clínica da criança, a intensidade, o tipo e a etiologia da dor e ainda características da família. Apesar de não substituírem os analgésicos, são consideradas estratégias seguras e eficazes (uma vez que não apresentam efeitos secundários), não invasivas, de fácil acesso e de baixo custo, o que permite o controlo da dor e o sofrimento desnecessário. Torna-se importante salientar que as estratégias não farmacológicas têm uma maior eficácia quando são utilizadas várias estratégias em associação, e que quando não são eficazes por si só devem ser

complementadas com as estratégias farmacológicas. Ao adequarmos a utilização das estratégias a cada situação há uma diminuição da utilização dos fármacos e da dor em simultâneo (APED, 2018; OE, 2013).

Os cuidados prestados ao RN devem ser orientados para as suas necessidades, promovendo o seu conforto e estabilidade hemodinâmica, e reduzindo o *stress* associado à prestação dos cuidados. Para promover o conforto no RN, estão identificados dois tipos de estratégias não farmacológicas: ambientais e comportamentais (Altimier & Phillips, 2016; APED, 2018; Ramos et al., 2020).

Como estratégias ambientais podemos:

- Controlar fatores como o ruído e as luzes intensas;
- Promover os ciclos circadianos (dia e noite);
- Preservar os períodos de sono e repouso (Altimier & Phillips, 2016; APED, 2018; Ramos et al., 2020).

Como estratégias comportamentais podemos:

- Utilizar uma quantidade mínima de adesivo e removê-lo adequadamente e com cuidado;
- Promover a manipulação mínima, agrupando os cuidados de saúde para um período de vigília;

- Adequar o posicionamento e a contenção do RN de forma a estabelecer barreiras físicas promotoras da organização comportamental do RN (contenção com ‘ninhos’ e rolos de posicionamento);

- Recorrer ao método de canguru com contacto pele a pele, com o objetivo de reduzir a atividade comportamental, a duração do tempo de choro, a frequência cardíaca e a frequência respiratória;

- A massagem e o toque terapêutico;
- Promover a sucção não nutritiva, com recurso a chupeta, que inibe a hiperatividade do RN e promove a modulação do desconforto associado ao procedimento doloroso;
- Utilizar leite materno, quer através da amamentação ou colocação de algumas gotas na mucosa oral do RN;

- Utilizar sacarose a 24%, tal como recomendado pelo *The Royal Children’s Hospital Melbourne* (2021), permite diminuir o tempo de choro e atenuar a mímica facial, através da libertação de endorfinas endógenas (Altimier & Phillips, 2016; APED, 2018; Ramos et al., 2020).

Existem inúmeras estratégias não farmacológicas, seguras e eficazes que se podem utilizar nas crianças. Segundo a APED (2018), dividem-se em estratégias físicas, psicológicas e o posicionamento em associação.

As estratégias físicas permitem reduzir a intensidade do estímulo doloroso através da redução da inflamação ou tensão e do relaxamento. Consideram-se estratégias físicas: a massagem, o posicionamento de conforto, a contenção, a sucção e a utilização de sacarose ou leite materno, aplicação de calor ou frio, a aplicação de vibração (*Buzzy Bee*), acupressão, reflexologia e aromaterapia (APED, 2018).

As estratégias psicológicas recorrem a métodos mentais e comportamentais para lidar com a dor, das quais são exemplos: a informação preparatória, a distração, o reforço positivo, a imaginação guiada, o autorrelato positivo, a simulação ou modelação e técnicas de relaxamento (APED, 2018).

Os posicionamentos de conforto oferecem aos pais a oportunidade de reduzir a dor e a ansiedade das crianças antes, durante e após os procedimentos dolorosos. Estas posições devem ser adaptadas à criança e ao procedimento que vai ser realizado (APED, 2018).

Recorrer e promover a presença dos pais durante o procedimento doloroso é uma das intervenções que não deve ser esquecida em Pediatria, uma vez que a separação dos pais gera *stress* na criança. Primeiramente, a presença dos pais deve ser negociada e, caso seja a vontade de todos, deve haver uma explicação prévia ao procedimento para que os pais possam ter uma presença de qualidade e consigam transmitir segurança à criança (Batalha, 2016).

Deve dar-se sempre à criança a possibilidade – e isto de acordo com a sua idade e etapa de desenvolvimento – de participar nas estratégias não farmacológicas para o controlo da dor. Do mesmo modo, deve-se contribuir para o envolvimento, participação e capacitação dos pais com vista à promoção do conforto da criança e a diminuição da ansiedade, do *stress* e do medo (APED, 2018; OE, 2013; OE, 2015).

2| PERCURSO DE APRENDIZAGENS: METODOLOGIA DE PROJETO

“Torna-te na mudança que queres ver no mundo.”

(Mahatma Gandhi)

No decorrer dos Estágio I e Estágio Final do curso de Mestrado em Enfermagem e ambicionando o desenvolvimento de CCEE e CEEEESIP e a aquisição de CME, desenvolvemos um projeto de intervenção direcionado para a parceria de cuidados com foco no controlo da dor da criança. Assim, este projeto pretendeu acompanhar o percurso formativo ao longo de todos os contextos clínicos.

A palavra metodologia vem do grego e é composta por três termos, em que ‘meta’ significa para além de, ‘odos’ significa caminho e ‘logos’ quer dizer discurso, linguagem ou estudo. Ou seja, ‘metodologia’ pode definir-se como “(...) um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação (...) e prever uma mudança.” (Ferrito et al., 2010, p. 3), permitindo que o conhecimento sustente a prática. Assim, podemos afirmar que esta tem como principal intuito resolver problemas existentes na prática clínica e adquirir novos conhecimentos e competências (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2022b; Ferrito et al., 2010).

Quando desenvolvemos um projeto no contexto de cuidados de saúde, este deve ser sustentável e devemos ter em atenção “(...) as necessidades da população, (...) concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis (...)” (Ferrito et al., 2010, p. 10).

No que diz respeito à metodologia de projeto, esta engloba as seguintes etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planificação das atividades, meios e estratégias, implementação das atividades planeadas, a avaliação e a divulgação dos resultados obtidos. Estas diversas etapas da metodologia de projeto servirão de linha orientadora em todo o projeto de intervenção, pretendendo dar a conhecer todas as atividades desenvolvidas e obter conclusões válidas (Apêndice A) (Ferrito et al., 2010).

Primeiramente, iremos analisar os contextos clínicos onde foi desenvolvido o projeto, caracterizando o serviço e a população-alvo de forma a estabelecer o diagnóstico de situação posteriormente.

2.1 CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS: DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS AOS CUIDADOS HOSPITALARES

O projeto de intervenção foi desenvolvido ao longo das UC de Estágio I e Estágio Final. Assim, com os objetivos de aprendizagem delineados para estas UC, espera-se que o estudante: (...) evidencie capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica; fundamente as decisões com base na teorização e na evidência científica; descreva e avalie o desenho e a implementação de um projeto; apresente um relatório, com consequente discussão em provas públicas. (Instituto Politécnico de Setúbal, 2022).

Considerando os objetivos gerais do curso, das UC de Estágio I e Estágio Final e os que nós definimos, bem como as CCEE, CEEESIP e as CME, de seguida iremos realizar uma análise de cada contexto clínico. A caraterização irá permitir entender a estrutura e organização das unidades de saúde, bem como a constituição das equipas multidisciplinares e as dinâmicas dos serviços.

A análise dos contextos clínicos é realizada seguindo a ordem cronológica em que os mesmos foram desenvolvidos. O Estágio I decorreu de 16 de maio de 2022 a 24 de junho de 2022, com duração de seis semanas, numa Unidade de Saúde Familiar [USF]. O Estágio Final decorreu entre 19 de setembro de 2022 e 3 de fevereiro de 2023, subdividindo-se em três contextos clínicos. O primeiro realizou-se numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos [UCINP], de 19 de setembro de 2022 a 28 de Outubro de 2022, o segundo decorreu numa UUP, que decorreu de 31 de outubro de 2022 a 9 de dezembro de 2022 e o terceiro realizou-se numa Unidade de Internamento de Pediatria [UIP], que decorreu de 12 de dezembro a 3 de fevereiro de 2023, com um total de dezoito semanas (seis semanas para cada contexto clínico).

2.1.1 Unidade de saúde familiar

A OE reconhece que o Enfermeiro Especialista [EE] tem competências científicas, técnicas e humanas, capacitando-o para atuar em todos os contextos de vida e nos diferentes níveis de prevenção, de acordo com as necessidades da população envolvente (Regulamento n.º 140, 2019).

Considerando que a nossa experiência profissional tem sido desenvolvida em contexto de urgência pediátrica, surgiu a necessidade de desenvolver competências na promoção da saúde e desenvolvimento infantil em contexto de Cuidados de Saúde Primários [CSP], nomeadamente no que diz respeito à consulta de desenvolvimento infantil numa USF.

Os CSP fazem parte do primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde por parte das populações, assumindo um papel crucial na promoção da saúde e prevenção da doença. Estes encontram-se organizados em Agrupamentos de Centros de Saúde, dos quais fazem parte várias unidades funcionais, como é o exemplo das USF. As USF são unidades de cuidados personalizados e têm como missão a prestação de cuidados de saúde gerais e individualizados com o objetivo de melhorar a saúde das populações onde estão inseridas, garantindo a acessibilidade e a continuidade dos cuidados de saúde. A atividade da USF tem uma autonomia funcional e técnica, à qual cabe “(...) a vigilância epidemiológica, a elaboração de informações e planos no domínio da saúde pública, a gestão de programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população.” (Decreto-Lei n.º 52, 2022, p. 21).

A USF onde este projeto foi desenvolvido abrange a área geográfica de um dos concelhos do distrito de Setúbal e iniciou a sua atividade em 2021. Trata-se de uma USF com uma população de 8103 utentes inscritos em 2022. Dados relativos ao mesmo ano apontam para 1487 crianças em consulta de saúde infantil e juvenil. Relativamente ao espaço físico, esta USF encontra-se no mesmo edifício que outra unidade funcional, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. A zona destinada ao funcionamento da USF possui cinco gabinetes médicos e cinco gabinetes de Enfermagem, onde são realizadas as consultas de saúde infantil e juvenil, clínica geral/medicina familiar, saúde materna e planeamento familiar, uma sala de vacinação e uma sala de tratamentos. Existe também um espaço dedicado à brincadeira e atividades lúdicas com brinquedos e livros, adequados a cada faixa etária, que no momento do estágio não se encontrava a funcionar pelo facto de ainda nos encontrarmos perante a situação pandémica Sars-Cov-2.

A equipa multidisciplinar desta unidade é constituída por cinco Enfermeiros, dos quais dois são EEESIP, um dos quais desempenha funções de coordenação e chefia, 5 médicos de medicina geral e familiar, 2 administrativas e 3 assistentes operacionais. O método de trabalho utilizado na USF é o método de trabalho por equipas multiprofissionais entre médico e Enfermeiro (Ventura-Silva et al., 2021).

O Enfermeiro desempenha o papel de Enfermeiro de família que, segundo o Decreto-Lei n.º 118 (2014), se define como quem:

(...) cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde (...). (p. 4070).

Os registos de Enfermagem são realizados no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil [BSIJ] e no próprio processo clínico da criança através do sistema informático SClínico®, que contempla a nomenclatura da CIPE, e que integra ainda a Escala de Desenvolvimento de *Mary Sheridan*, que permite avaliar o desenvolvimento da criança dos zero meses aos cinco anos de idade (DGS, 2013).

Direcionando o foco para a área da especialização em ESIP, importa contextualizar o funcionamento da USF neste âmbito. No que diz respeito à estrutura do gabinete de Enfermagem, próprio e exclusivo da saúde infantil, onde se desenvolvem as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, apresentava o mobiliário adequado. Porém, ao nível da decoração, apresentava apenas uma das paredes com quadros de bonecos que interpretavam o crescimento e desenvolvimento da criança promovendo um ambiente mais confortável, sendo que as restantes paredes estavam brancas. Junto à marquesa, não havia brinquedos que pudessem ser utilizados pela criança no momento da interação nem aquando da avaliação dos dados antropométricos como método de distração. Esta apresentação deve-se ao facto de terem mudado de instalações recentemente e terem perdido a maior parte dos materiais utilizados na área de Pediatria.

A consulta de Enfermagem decorre num ambiente terapêutico, individualizado, humanizado e seguro, evidenciando a importância da filosofia dos cuidados centrados na família. É realizada de forma autónoma, antecede a consulta médica e utiliza como eixo orientador o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ] e o Plano Nacional de Vacinação [PNV], sendo agendada de acordo com as idade-chaves contempladas no PNSIJ, idades essas que correspondem a acontecimentos marcantes na vida da criança, como por exemplo, o desenvolvimento físico e psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade (DGS, 2013, 2020).

No que diz respeito à vacinação, é realizada diariamente ou durante a consulta de Enfermagem de saúde infantil e juvenil, caso se justifique. Os elementos da equipa da USF promovem o cumprimento do PNV, convocando todas as crianças com esquema vacinal em atraso.

De salientar que foi possível constatar ao longo do estágio que o EEESIP é um elemento de referência para a equipa, detentor de diversas competências que lhe permitem prestar cuidados de forma diferenciada e humanizada, adaptando a prestação dos cuidados à criança de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento e à sua família (Regulamento n.º 422, 2018).

2.1.2 Unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos

Na UCINP, a primeira impressão é a de um “(...) ambiente desconhecido, mecanicista, expresso pela relação dura com a tecnologia (...) principalmente, para os familiares/cuidadores (...)” (Castro, 2020, p. 294). Como EEESIP é fundamental envolvermos a família nos cuidados e avaliar as necessidades emocionais e psicológicas dos mesmos, de modo a diminuir a ansiedade, o medo e o *stress* provocados pela situação em si, tendo como objetivo major a excelência do cuidar e a presença de cuidados centrados na família (Castro, 2020).

A UCINP onde decorreu o primeiro estágio da UC Estágio Final é um hospital de referência, cujo objetivo é “(...) proporcionar cuidados diferenciados a crianças gravemente doentes, instáveis ou potencialmente instáveis, que necessitem de profissionais de saúde especializado e equipamento específico.” (Castro, 2020, p. 294).

A área materno-infantil deste hospital garante um apoio perinatal diferenciado, tendo a capacidade de proporcionar assistência materna e perinatal, do mais alto nível técnico e com as variadas especialidades. O serviço de Pediatria deste hospital tem como objetivo prestar cuidados de saúde de excelência, humanizados e específicos da população em idade pediátrica, privilegiando o regime ambulatorio, a importância do trabalho em equipa multidisciplinar e a interligação com os CSP. Perante isto, justifica-se a pertinência da escolha desta unidade para o desenvolvimento do nosso projeto de intervenção e também para o desenvolvimento de CCEE, CEEESIP e CME.

Esta UCIN recebe RNPT e de termo, até aos vinte e oito dias de vida, nascidos no próprio hospital, transferidos de outras instituições hospitalares, conforme determinado pela área de influência ou do serviço de obstetrícia.

Em relação ao espaço físico, a UCINP é composta por três salas: sala de cuidados intensivos neonatais, sala de cuidados intermédios neonatais e a sala de cuidados intensivos pediátricos, sendo que na última não foi concretizado estágio. Existem ainda outros espaços comuns e de apoio logístico e funcional a todas as unidades. As diversas unidades e espaços encontravam-se decorados e com mobiliário adequado, promovendo um ambiente mais seguro

e afetuoso. O acompanhamento permanente dos pais na unidade é permitido, à exceção do período noturno, entre as 00 horas e as 8 horas. A sala de cuidados intensivos neonatais é constituída por cinco unidades preparadas para realizar ventilação invasiva e têm autonomia para prestar cuidados a todos os RN de risco, sejam eles de pré-termo ou de termo, com necessidade de ventilação ou outra patologia que justifique o internamento em cuidados intensivos. Os diagnósticos de admissão mais frequentes são a doença respiratória, a hipoxemia neonatal, prematuros e grandes prematuros de alto risco. Após controlo da patologia médica e estabilização clínica, os RN eram transferidos para a sala de cuidados intermédios neonatais, constituída por dez unidades que podem ser ocupadas por RNPT ou de termo que se encontrem perante uma situação clínica mais estável, podendo ficar em incubadora ou berço.

A equipa multidisciplinar é constituída por Enfermeiros, pediatras, assistentes operacionais e uma funcionária administrativa. Especificando a equipa de Enfermagem, é composta por quarenta e dois elementos, dos quais um é a Enfermeira Gestora, dois elementos fazem parte da coordenação das unidades e dos restantes trinta e nove elementos apenas dez são EEESIP. A equipa de Enfermagem segue o método de trabalho individual, com base no conceito global e que implica a atribuição de neonatos por Enfermeiro, tornando-se responsável pela totalidade dos cuidados prestados, bem como o planeamento e avaliação dos mesmos (Ventura-Silva et al., 2021).

De forma a assegurar a continuidade dos cuidados ao utente pediátrico, o trabalho da equipa de Enfermagem divide-se em três turnos: turno da manhã (das 8 horas às 15 horas e 30 minutos), turno da tarde (das 15 horas às 23 horas) e o turno da noite (das 22 horas e 30 minutos às 8 horas e 30 minutos). Em todos os turnos de trabalho estavam presentes dois elementos em cada sala de trabalho.

Os registos de Enfermagem são realizados no próprio processo clínico da criança através do sistema informático SClínico®, que contempla a nomenclatura da CIPE.

2.1.3 Unidade de urgência pediátrica

A UUP é considerada como um ambiente promotor do desenvolvimento de competências comunicacionais com o utente pediátrico, uma vez que se encontram num ambiente desconhecido, assustador e com uma grande carga emocional associada. Assim, é fundamental que os Enfermeiros tenham uma preparação na área pediátrica e “(...) competências necessárias para responder eficazmente numa situação de reanimação, estabilização de uma criança em

estado crítico e identificação de possíveis situações de urgência/emergência.” (Vaz & Trigo, 2020, p. 294).

Nestas unidades são prestados cuidados de saúde urgentes e emergentes, tendo presente a dor não só enquanto doença, mas também nos casos de traumatismo e sinal de alerta decorrente de procedimentos realizados. Por isto, surgiu a necessidade de desenvolver competências para cuidar do utente pediátrico em situações de especial complexidade (Vaz & Trigo, 2020).

O segundo contexto clínico da UC Estágio final foi realizado numa UUP de um Centro Hospitalar Universitário. O principal objetivo é prestar cuidados de saúde a todas as crianças, do primeiro dia de vida até aos dezassete anos e trezentos e sessenta e quatro dias, em situações de urgência e emergência médica.

A UUP é constituída por uma sala de espera para o utente pediátrico, sala de triagem, três gabinetes para observação clínica, sala de nebulizações, sala de reanimação, sala de pequena cirurgia, sala de ortopedia, gabinete de Enfermagem, sala de preparação de medicação, um serviço de observação, onde podem ficar duas crianças com situação clínica instável, e todas as restantes áreas de apoio logístico e funcional comuns a todos os serviços de saúde.

A triagem é realizada através do sistema de Triagem de Manchester, que por sua vez consiste na realização de fluxogramas adequados às queixas principais da criança. Assim, atribui-se uma pulseira de uma determinada cor em função da prioridade da situação clínica, reavaliando sempre que for necessário. No momento da realização da triagem os Enfermeiros utilizam também o Triângulo de Avaliação Pediátrica, onde se avalia a aparência, a respiração e a coloração, questionam-se os motivos pelos quais a criança recorreu ao serviço de urgência e as queixas principais.

Esta unidade compreende uma equipa multidisciplinar constituída por Enfermeiros, pediatras, médicos de clínica geral, assistentes operacionais e uma administrativa. No que diz respeito à equipa de Enfermagem é composta por onze elementos, entre os quais uma Enfermeira chefe e uma Enfermeira responsável. Dos elementos que compõem esta equipa, quatro são EEESIP. O método de trabalho utilizado na UUP é em equipa. Este método pressupõe que o utente pediátrico tem o direito a receber o melhor atendimento possível, todos os Enfermeiros têm o direito de receber ajuda para fazer o seu trabalho e os cuidados em equipa podem proporcionar o melhor atendimento (Ventura-Silva et al., 2021).

De forma a assegurar a continuidade dos cuidados ao utente pediátrico, o trabalho da equipa de Enfermagem divide-se em dois turnos: turno da manhã (das 8 horas às 16 horas e 30 minutos) e turno da tarde (das 16 horas às 00 horas), salientando que a UUP se encontra fechada a partir

das 00 horas. Nos respetivos turnos de trabalho estavam presentes dois elementos, cada um distribuído por um posto de trabalho.

Os registos de Enfermagem são realizados no momento da triagem, no sistema informático da Triagem de Manchester, e no que diz respeito aos registos do cuidado à criança são realizados no próprio processo clínico através do sistema informático SClínico®, que contempla a nomenclatura da CIPE.

2.1.4 Unidade de internamento de pediatria

A hospitalização é um evento marcante, preocupante e traumático na vida de uma criança e de toda a sua família, podendo afetar negativamente o seu desenvolvimento e provocar sentimentos como medo, ansiedade, angústia e *stress*. O EEESIP desempenha um papel fundamental ao promover atividades que minimizam o impacto de fatores de *stress* relacionados com a hospitalização.

Sendo o último contexto a ser desenvolvido torna-se importante compreender o circuito do utente pediátrico dentro da unidade hospitalar, bem como os cuidados prestados durante a hospitalização, dando continuidade ao processo de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências.

A unidade hospitalar, onde se insere a UIP em que decorreu o estágio, trata-se de uma entidade integrada no Sistema Nacional de Saúde. A UIP tem como população alvo dos cuidados, crianças dos zero aos dezassete anos e trezentos e sessenta e quatro dias, e tem como objetivo principal dar resposta a todas as necessidades de saúde do utente pediátrico e prestar cuidados eficientes, seguros e especializados.

Este serviço é constituído por sete vagas oficialmente, embora a sua verdadeira capacidade seja de treze vagas mais um quarto de isolamento. Este número oficial foi definido tendo em conta a baixa taxa de internamento que é condicionada pelo baixo número de crianças na região. O estágio decorreu no período do inverno, fazendo com que o número de crianças internadas fosse entre seis e onze crianças, o que possibilitou a prestação de cuidados a mais crianças e realização de mais procedimentos. É composto, também, por uma sala de Enfermagem, uma sala de preparação de terapêutica e todas as restantes áreas de apoio logístico e funcional comuns a todos os serviços de saúde.

A equipa multidisciplinar é composta por Enfermeiros, pediatras, uma administrativa, assistentes operacionais e uma educadora de infância. Especificando a equipa de Enfermagem,

esta é composta por treze elementos, dos quais um é a Enfermeira chefe e dos restantes elementos apenas cinco são EEESIP. A equipa de Enfermagem segue o método individual de trabalho. Sendo assim, existem sempre dois Enfermeiros por cada turno de trabalho, responsáveis por um número de crianças, e um destes fica com a responsabilidade de Enfermeiro responsável, por norma o Enfermeiro com especialidade e mais anos de serviço na área pediátrica. Os cuidados prestados pelos Enfermeiros são suportados pelos princípios dos cuidados centrados na família, dos cuidados não traumáticos e da parceria de cuidados (Ventura-Silva et al., 2021).

Tivemos a oportunidade de prestar cuidados à criança desde a sua admissão na UIP, até à alta hospitalar. Sempre que a criança é admitida na UIP, efetuamos o acolhimento ao utente pediátrico, explicamos as normas de funcionamento do serviço, mostramos a unidade onde a criança vai ficar internada e iniciamos o processo de Enfermagem com a colheita de dados, através da entrevista de Enfermagem. Durante a hospitalização da criança é fundamental desenvolvermos uma relação terapêutica e empática, em que através de esclarecimento de dúvidas, ensinamos e validamos os mesmos, capacitamos o utente pediátrico para uma alta mais segura. No momento da alta, validamos se a família tem todos os recursos necessários para continuar a recuperação no domicílio e elaboramos a nota de alta de Enfermagem.

Os registos de Enfermagem são realizados no processo clínico de cada criança através do sistema informático SClínico®, que contempla a nomenclatura da CIPE. Nas crianças com internamento em regime de ambulatório, os registos de Enfermagem são realizados no processo em papel.

2.2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A elaboração do diagnóstico de situação diz respeito à primeira etapa da metodologia de trabalho de projeto, em que se identifica e descreve a problemática que se pretende desenvolver, tendo em conta a relevância e a atualidade do problema. Esta etapa permite definir um determinado problema “(...) quer quantitativa quer qualitativamente, estabelecendo-se as prioridades e indicando-se as causas prováveis, selecionando-se posteriormente os recursos e os grupos intervenientes.” (Ferrito et al., 2010, p. 11).

Segundo Ferrito et al. (2010), o contexto influencia a formulação de problemas porque nos confrontamos diariamente com essas situações. Como Enfermeira, em contexto de urgência pediátrica, denoto-me com crianças vulneráveis à dor, perante procedimentos invasivos, e

infelizmente, observo que apesar da existência de diretrizes, nacionais e internacionais, a avaliação da intensidade da dor é uma prática recorrente dos cuidados, mas a implementação de estratégias não farmacológicas ainda não é uma prática muito presente nos cuidados.

A temática da prevenção e controlo da dor insere-se no Plano Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor, e refere que a “(...) abordagem das pessoas com dor é possível e deve ser baseada na melhor evidência científica, no sentido de prevenir e controlar a dor, melhorar a qualidade de vida (...)” (DGS, 2017, p. 4), tendo como metas:

(...) Contribuir para melhorar a formação dos profissionais de saúde sobre a avaliação e controlo da dor; (...) Promover modelos de boas práticas na abordagem da dor em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde; Contribuir para a literacia dos cidadãos em relação à prevenção e controlo da dor. (DGS, 2017, p. 5).

Partindo das premissas referidas e com base no enquadramento teórico realizado no capítulo anterior, é possível afirmar que apesar dos avanços da investigação no conhecimento da dor e seu controlo, verifica-se ainda que na prática há muitos profissionais com pouca formação no que diz respeito ao controlo da dor, sendo fundamental atuarmos por via da sensibilização e formação contínua dos profissionais de saúde com o objetivo de promover a gestão diferenciada da dor e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Com este Relatório de Estágio, pretendemos que este paradigma seja alterado na prática clínica, uma vez que está comprovado que a criança vivencia a dor e a mesma tem um impacto negativo ao longo do seu desenvolvimento. Desta forma, tencionamos melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao utente pediátrico, no que concerne à competência e sensibilidade do Enfermeiro perante a criança com dor e concretização de cuidados não traumáticos e centrados na família.

Na elaboração de um diagnóstico de situação, o Enfermeiro pode utilizar diversos instrumentos de diagnóstico, tais como: a entrevista (formal ou informal), a aplicação de questionários ou o método de análise de situação (*Strenghts, Weaknesses, Opportunities and Threats* [SWOT] ou *Failure Modes, Effects Analysis* [FMEA]), que pretendem agilizar o processo de definição do problema (Ferrito et al., 2010).

No Estágio I e Estágio Final foram realizadas entrevistas informais com as Enfermeiras orientadoras e com as Enfermeiras chefes no sentido de perceber a perceção da equipa de Enfermagem sobre a temática do projeto de intervenção.

No Estágio I, para além da entrevista informal, foi utilizado um instrumento de análise de situação, designado por análise SWOT (Figura 2). A análise SWOT permite uma reflexão, decorrente da prática clínica e da pesquisa realizada, de modo a resumir os fatores influenciadores da utilização das estratégias não farmacológicas para o controlo da dor, em Portugal. É de fácil utilização e pretende planear e ajudar a entender quais são os fatores negativos e positivos:

Dentro dos factores positivos estão incluídas as forças (...) que são elementos favoráveis e internos ao próprio sistema, enquanto as oportunidades são de carácter ou origem exógena. Nos fatores negativos, estão integradas as debilidades, entendidas como pontos fracos ou desvantagens, com carácter interno. Já as ameaças ou constrangimentos são os factores ou circunstâncias provenientes do exterior, que eventualmente prejudicam o sistema. (Ferrito et al., 2010, p. 14).

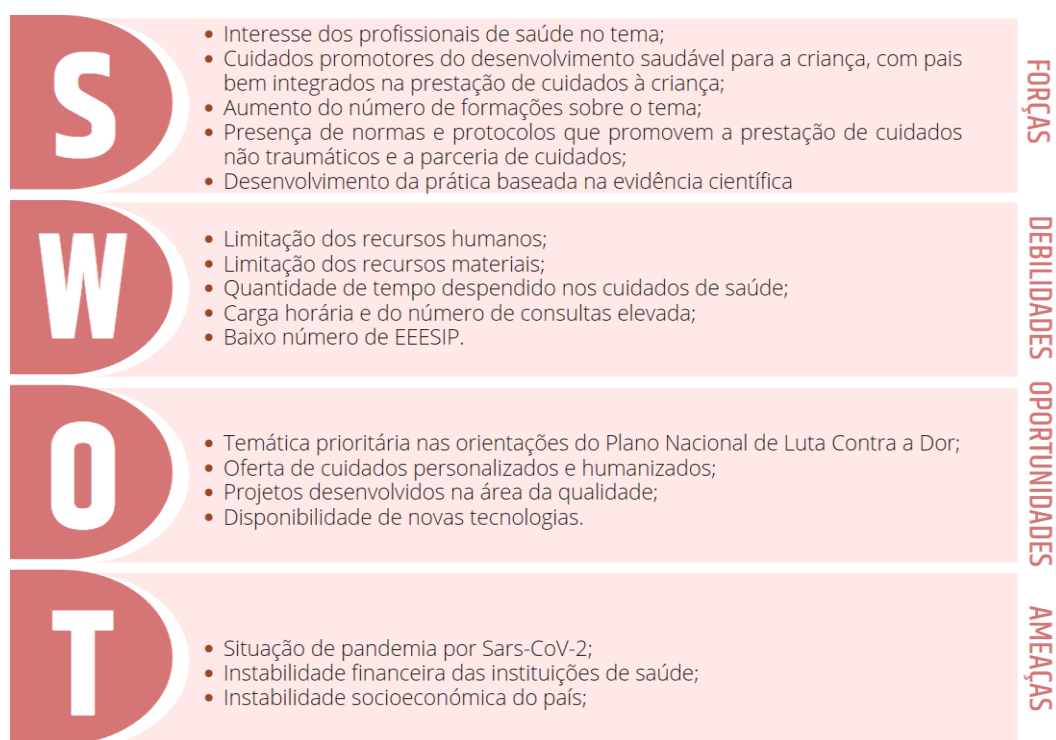


Figura 2 - Análise SWOT.

(Fonte própria)

No primeiro contexto do Estágio Final, realizado na UCINP, para além da entrevista informal, foi identificada uma necessidade do serviço através da observação direta dos cuidados prestados ao RN. A realização do método canguru não é uma estratégia não farmacológica

utilizada regularmente na unidade, por ainda existir alguma resistência por parte da equipa multidisciplinar.

No último contexto do Estágio Final, realizado na UIP, para além da entrevista informal, foi elaborado e aplicado um questionário de diagnóstico de situação à equipa de Enfermagem para identificar a necessidade específica em relação à formação em serviço (Apêndice B). O preenchimento do questionário foi realizado de forma voluntária, dando conhecimento sobre o projeto em questão. O anonimato e a confidencialidade dos participantes foram garantidos. Com o tratamento de dados verifiquei que a equipa de Enfermagem sentia a necessidade de uma sessão de formação sobre a dor em Pediatria, para rever e atualizar alguns conhecimentos, e também demonstraram interesse na utilização da brincadeira terapêutica como estratégia não farmacológica, tendo sido constatada a necessidade de criar a ‘Caixa Sorriso’ e de um suporte informativo, dirigido aos profissionais de saúde para utilização da mesma.

De forma evidente, as conclusões obtidas através dos instrumentos utilizados para o diagnóstico de situação, permitiram estabelecer a necessidade de maior sensibilização, formação e treino das equipas de Enfermagem nesta área, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

2.3 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Seguindo a metodologia de trabalho de projeto, após a elaboração de um diagnóstico de situação, devem ser definidos os objetivos do projeto que representam exposições centradas na ação a realizar, demonstrando o que se pretende alcançar. Estes devem ser de linguagem concisa, claros, mensuráveis e realizáveis. Os objetivos gerais são considerados enunciados de intenções que descrevem os resultados que são esperados e que nos fornecem “(...) indicações acerca daquilo que o formando deverá ser capaz de fazer após o seu percurso formativo.” (Ferrito et al., 2010, p. 18), enquanto os objetivos específicos são “(...) indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo.” (Ferrito et al., 2010, p. 18).

Com vista à resolução do problema, identificámos objetivos gerais e específicos que suportam os resultados que se pretendem alcançar com a realização deste projeto, na medida da atuação do EEESIP no controlo da dor no utente pediátrico envolvendo os cuidadores.

Como objetivo geral definimos:

- Contribuir para a promoção da parceria de cuidados e capacitação dos pais no controlo da dor na criança.

Como objetivos específicos definimos:

- Compreender a realidade e organização dos quatro contextos clínicos;
- Promover a capacitação dos pais na implementação de estratégias não farmacológicas;
- Sensibilizar as equipas de Enfermagem através do desenvolvimento de estratégias promotoras do controlo da dor na criança, adequadas aos diferentes contextos clínicos.

Traçados os objetivos geral e específicos do projeto de intervenção podemos definir atividades que permitiram a concretização dos mesmos.

2.4 PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Durante a terceira fase do projeto, o planeamento, deve ser elaborado um plano detalhado do projeto e as atividades que podem ser desenvolvidas com vista à resolução ou minimização do problema. A fase do planeamento é uma fase dinâmica, pelo que podem existir alterações consoante as necessidades que surgirem (Ferrito et al, 2010).

O planeamento deste projeto iniciou-se com o requerimento de pedido de avaliação do projeto à Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, o qual obteve parecer positivo. Após cumprida esta formalidade ética e legal foram planeadas as atividades a desenvolver. A fase do planeamento e as seguintes foram acompanhadas e discutidas permanentemente com a docente orientadora e a Enfermeira orientadora.

As atividades, as estratégias e os meios utilizados fazem parte do planeamento do projeto tendo em conta que as atividades são descritas como “(...) o elemento de trabalho realizado no decurso de um projeto.” (Miguel, 2006 citado por Ferrito et al., 2010, p. 20) que contribuem para o progresso e atualização da prática profissional. As atividades desenvolvidas permitem que tanto os estudantes como os Enfermeiros se atualizem e melhorem a qualidade dos cuidados prestados (Ferrito et al., 2010).

É fundamental calendarizar as atividades, pelo que deve ser desenvolvido um cronograma que determina o início e o final das atividades que serão realizadas ao longo do projeto, tendo havido necessidade de atualizar o cronograma ao longo dos estágios (Apêndice C).

As estratégias são elementos fulcrais para o desenvolvimento do projeto. Estas abrangem os recursos disponíveis que podem ser referentes à “(...) pesquisa (bases de dados eletrónicas,

artigos ou livros) ou às capacidades individuais de cada membro da equipa (...), bem como os meios de suporte disponíveis.” (Ferrito et al., 2010, p. 21). No que diz respeito aos meios, cabe ao investigador a sua seleção consoante os objetivos do estudo, visto que os meios correspondem à determinação dos recursos “(...) – pessoa, equipamentos, materiais – necessários, e em que quantidades, para a realização das atividades do projeto.” (Miguel, 2006 citado por Ferrito et al., 2010, p. 21).

Foi elaborada uma tabela que permite analisar toda a etapa do planeamento do projeto de intervenção, onde estão mencionadas as atividades que se desenvolveram, de acordo com cada objetivo delineado, bem como os recursos humanos e materiais utilizados (Apêndice D).

2.5 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A quarta etapa da metodologia de trabalho de projeto diz respeito à execução. Esta corresponde à operacionalização do que foi anteriormente planeado, esperando-se “(...) muitos resultados, nomeadamente em termos de aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências.” (Ferrito et al., 2010, p. 24). Nesta fase, é essencial a “(...) procura de dados, informações e documentos que contribuam para a resolução do problema (...)” (Ferrito et al., 2010, p. 23). Após a recolha dos dados, são trabalhados de modo a desenvolver estratégias que possam colmatar as fragilidades encontradas e dar uma melhor resposta ao problema identificado (Ferrito et al., 2010).

No Estágio I, as atividades desenvolvidas estavam relacionadas com a necessidade de atualização de novos conhecimentos sobre as estratégias não farmacológicas para o controlo da dor, nas diferentes faixas etária, e de informação para capacitar os pais para intervirem e prevenirem a dor.

Para promover a capacitação dos pais foram desenvolvidos três pósteres: o primeiro aborda a importância da vacinação das crianças e tem presente as idades-chave de cada vacina correspondente, os outros dois contemplam a importância da promoção do conforto através da utilização de estratégias não farmacológicas no RN e na criança. Foram afixados na sala de espera da consulta de saúde infantil e juvenil e na sala da vacinação, para que os pais os pudessem visualizar enquanto aguardavam pela consulta ou pelo momento da vacinação (Apêndice E, F e G).

Para sensibilizar os profissionais de saúde foi desenvolvido um manual que se designa por ‘Manual da Dor’, que tem como principal objetivo promover o desenvolvimento de competências na área do conforto que permitam assim minimizar o impacto das experiências dolorosas. Trata-se de um documento prático, intuitivo e de fácil acesso para que todos os profissionais o possam consultar sempre que necessário. Tem disponíveis todas as circulares normativas da DGS (2003, 2010, 2012a, 2012b, 2012c), o Guia Orientador de Boas Práticas: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança da OE (2013) e as orientações da APED relacionadas com o controlo da dor na vacinação pediátrica (APED, 2021), bem como um guia orientador, elaborado por nós, sobre a utilização correta das estratégias não farmacológicas de acordo com cada fase de desenvolvimento (Apêndice H).

Desenvolveu-se uma sessão de formação, para os profissionais de saúde, sobre a importância do controlo da dor na criança, intitulada ‘Cuidar com Amor: a atuação do EEESIP para o controlo da dor na criança’. Esta sessão abordava os seguintes conteúdos: o desenvolvimento infantojuvenil, a importância da gestão da dor em Pediatria, as repercussões das experiências precoces de dor na criança e as estratégias não farmacológicas, incluindo a *Buzzy Bee* que era uma das estratégias que a equipa de Enfermagem desconhecia e após a sua apresentação, contexto informal, mostrou interesse sobre a mesma (Apêndice I).

No primeiro contexto clínico do Estágio Final, a UCINP, durante a entrevista informal com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira orientadora e através da observação direta dos cuidados, foi possível identificar como necessidade a importância de intervir na capacitação dos pais para a utilização de estratégias não farmacológicas e, também, na equipa através da elaboração de uma norma de procedimento.

De forma a promover a capacitação dos pais foi elaborado um panfleto informativo para os informar sobre o que é o método canguru, quando e como se realiza o procedimento, e quais os benefícios desta prática para o RN e para os pais. De modo a prevenir e a garantir o controlo de infeções hospitalares, foram impressas três cópias e plastificadas, para que os panfletos pudessem ser desinfetados após utilização de cada cuidador (Apêndice J).

A norma de procedimento sobre ‘A capacitação dos pais para realizar o método canguru.’ foi elaborada com o objetivo de sensibilizar a equipa de Enfermagem para a promoção desta prática, uma vez que, é considerada uma intervenção autónoma de Enfermagem e promove o aleitamento materno, a vinculação e um aumento da autonomia dos pais nos cuidados ao RN. A utilização desta estratégia também permite minimizar os momentos de *stress* e de dor,

aquando da realização de procedimentos dolorosos. Para além de estar explícito como a equipa de Enfermagem deve ensinar e instruir os pais sobre o método canguru, a norma de procedimento também tem presente como devem ser realizados os registos no sistema informático SClínico® para que sejam uniformizados em todos os processos (Apêndice K) (Carvalho et al., 2021).

No segundo contexto clínico do Estágio Final, a UUP, após entrevista informal com as Enfermeiras orientadoras e a Enfermeira-chefe detetou-se uma lacuna no que respeita à carência de suportes informativos para fornecer aos pais de forma a capacitá-los para intervirem com estratégias não farmacológicas e a necessidade de quererem implementar uma norma de procedimento sobre a utilização de sacarose a 24%.

Os panfletos informativos foram realizados para informar os pais sobre quais as estratégias não farmacológicas mais adequadas para cada fase do desenvolvimento e, também, sobre como aplicar cada uma delas. Assim, torna-se possível capacitar os pais para intervir em conjunto com os profissionais de saúde e também para atuar no domicílio. Os panfletos são intitulados em ‘Estratégias Não Farmacológicas: Recém-nascido e Lactente’, ‘Estratégias Não Farmacológicas: Criança’ e ‘Estratégias Não Farmacológicas: Adolescente’ (Apêndice L, M e N).

A norma de procedimento sobre a ‘Dor em Pediatria: Utilização da sacarose a 24% em crianças com idade inferior a 12 meses’ foi elaborada com o objetivo de capacitar a equipa de Enfermagem para a utilização da sacarose a 24%, durante os procedimentos dolorosos, de modo a contribuir para o controlo da dor em crianças com idade inferior a doze meses. Para além de um enquadramento teórico sobre a dor na área pediátrica, também está presente no procedimento as indicações e contraindicações de utilização, como deve ser realizada a técnica e como devem ser efetuados os registos de Enfermagem, no sistema informático SClínico®, de forma uniformizada (Apêndice O). Na urgência era utilizado um manipulado de sacarose a 24% e como a sua utilização não era realizada frequentemente os manipulados eram desperdiçados ainda na sua totalidade. Por este motivo foi dado a conhecer à equipa multidisciplinar as unidoses de sacarose a 24%, a sua viabilidade e as vantagens a nível económico.

No último contexto clínico do Estágio Final, UIP, foi constatada a necessidade de reunir um conjunto de materiais lúdicos e terapêuticos para se poderem utilizar aquando da realização

de procedimentos dolorosos e a importância de realizar uma sessão de formação para sensibilizar a equipa de Enfermagem para a utilização de estratégias não farmacológicas.

A ‘Caixa Sorriso’ foi desenvolvida com o objetivo de utilizar a brincadeira como estratégia não farmacológica durante os procedimentos dolorosos. É composta por:

- Uma lista que contempla os materiais de acordo com cada fase de desenvolvimento, para ser de fácil acesso aos profissionais de saúde;
- Materiais didáticos e terapêuticos adaptados a todas as etapas do desenvolvimento;
- Dois cartões, devidamente plastificados para facilitar a desinfeção, com o *Quick Responde Code* [QRCode], com músicas adequadas ao lactente e à criança *toddler*;
- Um cartão plastificado, com diversos QRCode de aplicações interativas para cada criança poder escolher um jogo ao seu gosto (Apêndice P).

Para além disso, a ‘Caixa Sorriso’ também é composta por um guia de utilização, plastificado, para os profissionais de saúde, onde está explicado o que é a caixa sorriso, qual a sua utilidade, a descrição de todos os materiais de acordo com as faixas etárias e como podem ser utilizados (Apêndice Q).

A sessão de formação ‘Cuidar com Amor: Caixa Sorriso’ foi integrada na formação em serviço e assistiram à formação presencialmente oito Enfermeiros e virtualmente três Enfermeiros. Ao longo da sessão de formação foi abordado o desenvolvimento infantojuvenil, a caixa sorriso e o material didático e terapêutico que a compõe, em que tivemos como eixo norteador, o Guia Orientador de Boas Práticas: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança da OE (2013) e o manual da APED sobre os ‘Desenhos da minha dor’ (APED, 2018) (Apêndice R).

2.6 AVALIAÇÃO DO PROJETO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

A avaliação é a penúltima fase da metodologia de trabalho de projeto. Esta é um processo permanente e realizada ao longo de todo o projeto de intervenção, para que exista uma redefinição de objetivos, atividades planeadas e seleção dos meios, com o intuito de melhorar a coerência, eficácia e eficiência do projeto (Ferrito et al., 2010).

A avaliação pode ser dividida em avaliação intermédia e a avaliação final. A avaliação intermédia, pode ser desenvolvida ao mesmo tempo que a execução, e corresponde a um momento de pausa e de reflexão sobre o percurso desenvolvido até ao momento. A avaliação

final acaba por ter um papel preponderante, pois corresponde à avaliação de todo o projeto e dos resultados que se obtiveram (Ferrito et al., 2010).

Durante a realização das sessões de formação concretizadas nos contextos da USF e da UIP foi realizado um questionário de avaliação de sessão de formação (Apêndice S e T), onde se pôde verificar que as avaliações estavam dentro dos parâmetros ‘Muito bom’ e ‘Excelente’.

Como atividade proposta na UIP, foi elaborada a ‘Caixa Sorriso’ e respetivo guia de utilização, a qual foi avaliada no fim do ensino clínico, com o objetivo de obter uma avaliação fidedigna após a sua utilização com as crianças internadas. Após o tratamento dos dados, a avaliação desta estratégia variou entre ‘Muito bom’ e ‘Excelente’ (Apêndice U).

A implementação do projeto foi realizada na sua totalidade e todas as atividades delineadas e propostas foram aceites em todos os contextos clínicos, contribuindo para a capacitação dos pais e para a sensibilização dos Enfermeiros na implementação das estratégias não farmacológicas, promovendo a melhoria da prestação de cuidados humanizados e especializados ao utente pediátrico em situação de especial complexidade. Desta maneira, foi possível realizar a avaliação final, tanto pela docente orientadora como pelas Enfermeiras orientadoras e as Enfermeiras coordenadoras de cada contexto, através de entrevistas informais, no sentido de verificar que todos os objetivos foram alcançados e apurar a eficácia das atividades implementadas.

A metodologia de projeto culmina com a fase de divulgação dos resultados. Esta etapa corresponde, após a implementação do projeto, à redação final deste relatório, dando a “(...) conhecer à população em geral e outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema.” (Ferrito et al., 2010, p. 31).

A divulgação dos resultados obtidos contribui para o desenvolvimento da evidência científica, demonstrando os esforços para melhorar os cuidados prestados. É considerada uma das etapas mais importantes pois assume um papel fulcral para o desenvolvimento dos profissionais de saúde, através da partilha de experiências, e para a excelência dos cuidados prestados (Ferrito et al., 2010).

A redação do presente Relatório de Estágio e a sua discussão pública permitem evidenciar todo o percurso realizado, dando a conhecer o problema identificado inicialmente e as diversas atividades e estratégias que foram implementadas para o resolver. Desta maneira, tornou possível demonstrar o desenvolvimento pessoal e profissional que se registou através da aquisição de CCEE, CEEEESIP e CME.

3| ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

“A correta abordagem da dor é um direito de todas as crianças. Os pais trabalhando com os profissionais de saúde são os melhores defensores desse direito!”

(Clara Abadesso)

O percurso formativo foi desenvolvido através dos quatro contextos clínicos supracitados, articulados entre si e direcionados para áreas de atuação diferenciadas, permitindo assim o desenvolvimento de CCEE e CEEESIP na abordagem ao utente pediátrico, numa perspetiva holística, científica e personalizada.

A profissão de Enfermagem tem como objetivo prestar cuidados ao “(...) ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais (...) de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional (...)” (Decreto-Lei n.º 161, 1996, p. 7).

Ser Enfermeiro significa que lhe foram reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados generalistas ao indivíduo, família, grupos e comunidade nos seus três níveis de prevenção e atuação. Este é responsável pelo desenvolvimento de habilidades, nos diferentes contextos de atuação, recorrendo às suas competências para solucionar problemas de maior complexidade.

O EE é quem possui um curso de especialização em Enfermagem e lhe são reconhecidas competências “(...) científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem (...)” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4744), ou seja, permite aplicar os conhecimentos específicos de forma a tornar a sua prática e capacidade de raciocínio mais adequada a cenários de maior complexidade e exigência.

“A prática reflexiva inicia-se quando os praticantes problematizam a sua prática e aprendem novos conhecimentos, habilidades e atitudes que a própria prática obriga (...)” (Peixoto & Peixoto, 2016, p. 122). Esta afirmação assume maior ênfase ao longo dos processos formativos, em contextos clínicos, pois permite relacionar os conhecimentos teóricos com os momentos de tomada de decisão na prática dos cuidados (Peixoto & Peixoto, 2016).

Quando é desenvolvido um ensino prático reflexivo há a formulação de novas perspetivas e pesquisas para a prática, melhorando a qualidade, a segurança e a atualização dos cuidados de saúde. Assim, para evidenciarmos a capacidade de reflexão crítica apresentamos a terceira parte do relatório, onde realizamos uma análise sobre as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem, na especialidade de saúde infantil e pediátrica, as CCEE, as CEEESIP e as CME (Peixoto & Peixoto, 2016).

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE detém um conjunto de competências que se dividem em duas vertentes: as competências comuns e as competências específicas relacionadas com cada área de especialidade. Primeiramente, centramo-nos na descrição e análise das CCEE adquiridas e desenvolvidas ao longo deste percurso formativo.

Este é o profissional a “(...) quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de Enfermagem especializados (...)” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4744) e um conjunto de habilidades que o possibilitam de atuar em todos os contextos de vida e nos diferentes níveis de prevenção.

As competências comuns são competências partilhadas por todos os EE “(...) independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessória.” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4745).

As CCEE são enquadradas em quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140, 2019).

A. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A Enfermagem desenvolve uma prática de cuidados que promove a segurança, a privacidade, os direitos humanos e uma tomada de decisão ética e deontológica.

Durante todos os contextos clínicos foram respeitados os princípios contidos no REPE (Decreto-Lei n.º 161, 1996) e os valores, direitos e deveres defendidos pelo Código Deontológico do Enfermeiro inserido no Estatuto da OE (Lei n.º 156, 2015). Reportando ao Código Deontológico do Enfermeiro refletimos que o mesmo é responsável por prestar

cuidados humanizados, por “Dar (...) atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade (...)” e também por “(...) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.” (Lei n.º 156, 2015, p. 8080).

O cuidar em Pediatria tem presente diversas especificidades, sendo uma delas a vulnerabilidade da própria criança, tanto a nível físico como psicológico. Por isso, foram sempre cumpridos e priorizados os direitos da criança presentes na Convenção dos Direitos da Criança e na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2017; IAC, 2020).

Os cuidados de Enfermagem que prestámos tiveram sempre presente a filosofia dos cuidados centrados na família e dos cuidados não traumáticos e o modelo teórico da parceria de cuidados de Anne Casey. Ambos colocam a criança no centro da sua família, a qual deve ser sempre incluída pelo Enfermeiro na prestação de cuidados, com o objetivo de maximizar a saúde da criança, prestar cuidados que não sejam traumáticos e tornar a família mais capacitada para prestar cuidados à sua criança. Ao atuarmos com base nestas premissas tornou possível desenvolver este domínio de CCEE, promovendo sempre a humanização dos cuidados, tal como é referido pelo artigo 107.º do Código Deontológico do Enfermeiro: “Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la da ingerência na sua vida privada e na da sua família; salvaguardar sempre, (...) a privacidade e a intimidade da pessoa.” (Lei n.º 156, 2015, p. 8080) e pela Carta da Criança Hospitalizada a “(...) intimidade de cada criança deve ser respeitada (...)” (IAC, 2017, p. 15).

Em todos os contextos clínicos se promoveu ao máximo a privacidade e a intimidade do utente pediátrico, mas no contexto clínico da UCINP, o cumprimento deste dever tornou-se um desafio devido à estrutura da própria sala e ao espaço reduzido entre as incubadoras, pelo que se tornava difícil estabelecer um diálogo com os pais sem que a conversa fosse audível pelos restantes pais que se encontrassem na sala. Para conseguirmos ultrapassar esta dificuldade, procurámos utilizar diferentes tons de voz, consoante o tipo de informação que estávamos a dar, estabelecendo a diferença entre as informações genéricas para todos os pais e informações particulares para cada situação específica. Em simultâneo, durante o desenvolvimento de todo o projeto de estágio, foram respeitadas as considerações éticas e legais, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, não colocando em causa a privacidade ou dignidade das pessoas envolvidas.

Ao longo do Estágio I e Estágio Final, foi necessário o desenvolvimento de estratégias que permitissem a resolução de problemas em parceria com a criança e sua família, bem como a tomada de decisão em equipa, tendo sempre por base os princípios éticos. A tomada de decisão é intrínseca do pensamento ético e deontológico da prática de Enfermagem e esteve sempre

baseada “(...) no conhecimento e experiência.” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4746). Todas as tomadas de decisão foram realizadas em parceria com o utente pediátrico e com a equipa multidisciplinar, tentando sempre resolver os seus problemas, oferecendo sempre para tal cuidados de excelência.

Os princípios éticos relacionados com a nossa prática profissional estão presentes no artigo 99.º do Código Deontológico do Enfermeiro e dizem respeito: a igualdade, a liberdade responsável com capacidade de escolha, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional. Para além dos princípios éticos referidos anteriormente, a nossa conduta de atuação norteou-se também pelos princípios éticos básicos da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça (Lei n.º 156, 2015).

Face á temática do presente relatório, procurámos respeitar e alertar para o direito da criança à não separação dos seus pais, tal como consta do artigo 9.º da Convenção sobre os Direitos da Criança e na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2017; IAC, 2020).

Assim, ao enquadrarmos a nossa prática em princípios éticos e normas de conduta adequadas, promovemos um exercício profissional suportado em decisões, princípios, valores e normas deontológicas.

B. Competências no domínio da melhoria contínua da qualidade

Segundo a OE (2017), a melhoria dos cuidados de Enfermagem resultou da definição de padrões de qualidade e da existência de estratégias institucionais na área da governação clínica, a gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade e a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro.

Manter a qualidade em saúde é um dever de todos os profissionais e, por isso, é fundamental que os cuidados de saúde respondam às necessidades das pessoas e das comunidades. Para isso, a governação clínica prevê que sejam prestados cuidados de qualidade, envolvendo todos os profissionais de saúde e desenvolvendo uma cultura orientada para os resultados e ganhos em saúde (DGS, 2014).

Nas várias instituições de saúde existem normas e procedimentos de atuação que são padronizados a nível institucional e que são guias orientadores de boas práticas nos cuidados prestados, proporcionando benefícios para a saúde. As normas e procedimentos assentes na evidência científica mais atualizada permitem a melhoria dos cuidados e dos resultados, a promoção do aumento da eficiência e a minimização dos riscos. Nos diferentes contextos

clínicos que frequentámos, pudemos conhecer as normas gerais e setoriais próprias das instituições e enquadrá-las nas políticas já percecionadas por nós da nossa prática profissional.

Ao longo do nosso projeto de estágio foram desenvolvidas atividades que permitiram desenvolver a liderança, concretizar e gerir um programa de melhoria contínua, o que por sua vez contribuiu para a melhoria contínua e a qualidade dos cuidados prestados ao utente pediátrico. Através da utilização da metodologia de trabalho de projeto, mais em concreto nas etapas de diagnóstico de situação e planeamento, conseguimos identificar oportunidades de melhoria e estabelecer prioridades e estratégias, adaptadas a cada contexto clínico, permitindo desenvolver os critérios de avaliação de competências “B2.2.1 – Identifica oportunidades de melhoria; B2.2.2 – Estabelece prioridades de melhoria; B2.2.3 – Seleciona estratégias de melhoria. (...)” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4747).

As unidades de competência “B1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. B1.2 – Orienta projetos institucionais na área da qualidade.” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4747) foram desenvolvidas através da elaboração de normas de procedimento, incorporadas na temática do projeto de estágio, com o objetivo de reunir informação atual e relevante e contribuir para a uniformização dos cuidados e dos registos de Enfermagem efetuados.

No contexto clínico realizado na UCINP, a necessidade conhecida levou à elaboração de uma norma de procedimento sobre a ‘Capacitação dos Pais para realizar o Método Canguru’. Nesta norma de procedimento foi fundamentado e descrito o procedimento do Método Canguru, dando ênfase aos seus benefícios, tanto para os pais como para o RN, aos seus critérios de elegibilidade, exclusão e de interrupção, aos passos para concretizar a técnica do Método Canguru e, por fim, como devem ser realizados os registos de Enfermagem. Já na UUP, a necessidade conhecida levou à elaboração de uma norma de procedimento sobre a ‘Dor em Pediatria: Utilização da sacarose a 24% em crianças com idade inferior a 12 meses’. Esta norma incidiu sobre a descrição da utilização da sacarose a 24%, as suas indicações e contraindicações e como devem ser realizados os registos de Enfermagem após a sua utilização. Estas normas de procedimentos elaboradas (Apêndice K e O) permitiram-nos atingir os critérios de avaliação de competências “B1.1.3 – Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados. (...) B2.2.4 – Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. (...) B2.3.2 – Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4747).

No contexto clínico da USF e da UIP colaboramos na participação, conceção e concretização de atividades relacionadas com a temática do projeto. Como exemplos, destaca-se a apresentação de duas sessões de formação, aos profissionais de saúde dos respetivos contextos, ‘Cuidar com Amor: A atuação do EEESIP para o controlo da dor na criança e no jovem’ e ‘Cuidar com Amor: Caixa Sorriso (Apêndice I e R), com o objetivo de sensibilizar as equipas para a importância da capacitação dos pais para a utilização de estratégias não farmacológicas.

Ao longo de todos os contextos clínicos, colaborámos também no registo de informação, nos sistemas informáticos SClínico® e Triage de Manchester, nos quais foram registadas as intervenções realizadas, bem como agendamentos de futuras intervenções. A concretização destes registos é fundamental na prática de Enfermagem, pois remete-nos para “B2.1.2 – (...) indicadores e instrumentos adequados para a avaliação das práticas clínicas.” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4747), nomeadamente no que diz respeito à avaliação da dor e à utilização de estratégias não farmacológicas.

Ainda dentro deste domínio de competências procurámos promover e garantir “B3.1 – (...) um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção (...)” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4747) do utente pediátrico. A passagem por todos os contextos clínicos possibilitou-nos desenvolver esta competência pelas características da população abrangida e pelo contacto com crianças e famílias com necessidades culturais e espirituais diferenciadas, adotando sempre uma postura de promoção da sensibilidade e o respeito pela identidade cultural e espiritual.

Para promovermos um ambiente seguro em parceria com os pais, aplicámos medidas de prevenção de acidentes, tais como: a utilização de grades nos berços e camas, a utilização de brinquedos adequados a cada faixa etária, a identificação correta das crianças para prevenir o erro e a administração de terapêutica segura. No que diz respeito à preparação e administração da terapêutica, para se evitarem possíveis erros, tivemos sempre presente os ‘treze certos’ da administração da terapêutica que conferiram essa segurança, sendo eles: utente certo, medicação certa, dose certa, via de administração certa, forma da medicação certa, prazo de validade certo, horário certo, compatibilidade certa, orientação certa, registo certo, tempo de administração certo, ação certa e direito de recusa. Tivemos, ainda, a oportunidade de conhecer na UUP, o Pyxis®, sistema de fornecimento automatizado de medicação, que tem como principais objetivos aumentar a segurança terapêutica, gerir e monitorizar o consumo de estupefacientes e otimizar a gestão dos medicamentos pela farmácia hospitalar.

Para além de todas as medidas preventivas referidas anteriormente, participámos na prevenção e controlo da infeção, nomeadamente com o cumprimento das orientações da DGS para as boas práticas da higiene das mãos nas unidades de saúde (DGS, 2019).

Em suma, adquirimos a capacidade de criar um meio envolvente com as condições necessárias para o bem-estar físico, psicossocial, cultural e espiritual do utente pediátrico, tornando-se num meio facilitador para estabelecer uma ligação empática com o Enfermeiro e a tríade.

C. Competências do domínio da gestão dos cuidados

O EE tem como domínio inerente à sua prática a gestão dos cuidados. Segundo Mororó et al. (2017) a gestão dos cuidados é vista como “(...) a arte de fazer acontecer e obter resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados.” (p. 324) e que deve ter em conta as necessidades do utente, a segurança e a autonomia. Em Enfermagem, existem duas dimensões da gestão dos cuidados. A primeira incide sobre a organização do trabalho e os recursos humanos, proporcionando condições para os cuidados ao utente e para a atuação da equipa de Enfermagem. A segunda incide sobre as intervenções do Enfermeiro. O EE procura gerir os cuidados no âmbito da sua intervenção,

(...) otimizando as respostas de Enfermagem e da sua equipa de saúde, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas. (...) e adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados. (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4748).

A implementação do projeto de intervenção consistiu numa oportunidade de desenvolvimento de competências, otimizando os recursos disponíveis de acordo com as necessidades dos cuidados. Para além disto, ao longo de todo o percurso, foi possível acompanhar a supervisão de tarefas e a avaliação da qualidade e segurança desses cuidados. Neste domínio, consideramos que a maior oportunidade de desenvolvimento deste domínio surgiu no contexto da UCINP e UIP, uma vez que as Enfermeiras orientadoras eram chefes de equipa, o que nos permitiu observar, compreender e participar na otimização do trabalho da equipa. Nestes dois contextos, constatámos que o chefe de equipa foi frequentemente chamado para resolver inúmeras situações relativas, entre outros aspetos, à organização do serviço, à gestão de recursos humanos e materiais, ao elo entre a equipa de Enfermagem e a equipa multidisciplinar e ainda para a tomada de decisões em situações urgentes/emergentes.

A colaboração com a Enfermeira chefe de equipa da UCINP e da UIP permitiu adquirir este domínio de competências analisando os critérios de avaliação: “C2.1.3 – Coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4 – Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5 – Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4748). No contexto da UIP pudemos observar a Enfermeira chefe de equipa na gestão dos recursos materiais, controlando o *stock* da medicação e de consumos clínicos e não clínicos através de uma aplicação de *software* e um apoio operacional eletrónico designado por Kanban®.

D. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O desenvolvimento deste domínio de competências do EE inclui o autoconhecimento, a assertividade e uma prática clínica alicerçada em conhecimentos válidos, atuais e pertinentes (Regulamento n.º 140, 2019).

Aprimorámos a autoconsciência e o autoconhecimento através da análise e reflexão do percurso formativo realizado enquanto pessoa e Enfermeira, mobilizando alguns dos conhecimentos e experiências vivenciadas ao longo da prática profissional, permitindo interligar a teoria e a prática dos cuidados. Este processo permitiu-nos desenvolver a capacidade de autoconhecimento que é “(...) central na prática de Enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais.” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4749).

Com o desenvolvimento do projeto de intervenção aprofundámos práticas de pesquisa avançada, tendo sempre presente a evidência científica, que sustentaram todo o projeto e permitiram adquirir e atualizar conhecimentos válidos, atuais e pertinentes. Ainda no âmbito do projeto fomos agentes facilitadores da aprendizagem em contexto de trabalho através da realização de sessões de formação, em dois dos contextos clínicos, o que nos permitiu contribuir para a atualização dos conhecimentos e cumprir os critérios de avaliação desta unidade de competência:

D2.1.1 – Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 – Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 – Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 – Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos Enfermeiros. D2.1.5 – Avalia o impacto da formação. (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4749).

A aquisição de conhecimento é fulcral para o desenvolvimento de competências de EE e neste processo formativo o enriquecimento científico foi realizado através dos trabalhos académicos e científicos, das sessões de formação realizadas nos contextos clínicos, da revisão sistemática da literatura (Apêndice V), do Relatório de Estágio e também através da participação no “IX Encontro de Benchmarking da MCEESIP”, onde vimos abordados temas como o sono da criança comprometido, o empoderamento da parentalidade complexa, o papel do EEESIP nos CSP e as emoções em saúde (Anexo I).

Em suma, todos estes momentos foram uma mais-valia no nosso percurso de aprendizagem e geraram contributos fulcrais para o desenvolvimento de “D2.2.6 (...) conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4749).

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Em contexto de sala de aula, foi aprofundado e adquirido novo saber teórico, enquanto o saber-fazer foi desenvolvido nos diferentes contextos clínicos. No que diz respeito à nossa prática clínica especializada, esta teve na sua base a evidência científica e conhecimento válido, pertinente e atual.

Segundo a OE (2017), o EEESIP “(...) presta cuidados de nível avançado com segurança e competências à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.” (p. 3). Este também desenvolve a sua prática centrada no utente pediátrico, que são os beneficiários dos seus cuidados, devendo ser realizada em parceria, independentemente do contexto em que se encontrem. O artigo 4.º do Regulamento de CEEESIP (Regulamento n.º 422, 2018), menciona as seguintes competências:

- a) Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde; b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. (p. 19192).

a) Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde

Esta competência engloba duas 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 n.º 422, 2018, p. 19193).

No Estágio I, realizado em contexto de USF, foi possível desenvolver planos de saúde promotores da parentalidade através das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil. Durante a realização das consultas, desenvolvemos estratégias para ajudar os pais, utilizando a escuta ativa, o esclarecimento de dúvidas e o fornecimento de cuidados antecipatórios nas idades-chaves, auxiliando os pais na parentalidade.

Na UCINP, esta unidade de competência foi amplamente desenvolvida, pelo que o estabelecimento de uma parceria de cuidados e a realização de um plano de saúde promotor da parentalidade foi fundamental. O internamento de um RN numa UCIN é um momento de *stress* e de difícil gestão para os pais, pois a imagem do bebé idealizado, dá vez à imagem de um bebé instável num ambiente mecanizado. Apesar dos aspetos anteriormente referidos importa salientar que a filosofia de cuidados existente no serviço é direcionada para a parceria de cuidados com a família. Durante o estágio os cuidados prestados pelos pais, ao RN, foram incentivados sempre que possível para que se sentissem mais envolvidos, confiantes e confortáveis na prestação dos mesmos e existisse um plano de saúde promotor para a alta hospitalar. Assim tornou possível a aquisição dos critérios de avaliação

E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para assunção dos seus papéis em saúde; E1.1.4. 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; E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19193).

Na UIP o estabelecimento de uma parceria de cuidados foi concretizado através da elaboração de um plano de saúde promotor da parentalidade. Em todas as crianças foi negociada a participação da sua família em todo o processo de cuidar, de forma a promover-se o bem-estar do utente pediátrico. Para isso, foi fulcral comunicar com a criança e a sua família utilizando

técnicas apropriadas à sua idade e fase de desenvolvimento. No período em que a criança está hospitalizada é necessária a implementação de estratégias motivadoras para que a criança e a sua família desenvolvam os seus papéis na saúde. Para isso, a utilização diária do modelo de parceria de cuidados foi uma mais-valia.

O EEESIP não deve substituir a família nos cuidados, mas sim efetuar uma parceria e capacitar os pais no desenvolvimento de novas competências e conhecimentos para executar o seu papel nas variadas situações. A promoção e capacitação para a utilização das estratégias não farmacológicas começou com a demonstração das nossas intervenções, durante os turnos que realizámos, antes que fosse feito qualquer procedimento doloroso. Demonstrámos aos pais a importância de implementar as estratégias não farmacológicas mais adequadas à criança, capacitámo-los a executarem-nas e explicámos como as mesmas ajudam a controlar as emoções de ansiedade, *stress* e medo. Já com as crianças, num primeiro contacto, tentámos criar uma relação empática e de confiança, através da brincadeira e da comunicação e, posteriormente, após explicarmos o procedimento aos pais e à criança, realizámos o procedimento utilizando, em simultâneo, as estratégias não farmacológicas.

Um dos pontos positivos presentes neste estágio foi a separação por quarto da população pediátrica, tendo em conta as idades e patologias, dinâmica que permite um maior controlo de infeção e uma maior satisfação por parte das crianças e suas famílias, já que desta forma podem partilhar brincadeiras e interesses adaptados ao seu grau de desenvolvimento. Assim, tornou-se possível promover um ambiente terapêutico, individualizado, humanizado e onde os cuidados centrados na família estavam sempre presentes e tornava-se possível avaliar a estrutura e o sistema familiar. Durante o internamento, a UIP permite o acompanhamento da criança as 24 horas diárias, por um acompanhante, e das 14 horas às 21 horas, por outro acompanhante. A família é incentivada, sempre que possível, a trazer os objetos de apego da criança, bem como o seu vestuário, produtos de higiene pessoal, para que a criança se sinta segura e confortável.

○ “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem.” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19193).

Ao longo de todos os contextos clínicos fomos-nos deparando com as doenças características da Pediatria. Consequentemente, tornou-se fundamental adquirir e desenvolver conhecimentos sobre as mesmas através de pesquisa bibliográfica atualizada para que pudéssemos fornecer informações e respostas apropriadas.

Em contexto da USF, durante a concretização da consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil foi possível desenvolver os critérios de avaliação:

E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais; (...)

E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem (...); E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde; E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança da criança/jovem e família. (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19193).

Durante o decorrer das mesmas, desenvolvemos intervenções como: a recolha sistemática de informações, a avaliação física e a deteção de sinais de alerta e de maus-tratos ou negligência. Para facilitar a aquisição de conhecimentos foram evidenciados comportamentos que sejam promotores de saúde, tais como: a prática regular de exercício físico, o brincar, a gestão do *stress*, a nutrição, a prevenção de acidentes, a adoção de medidas de segurança e a prevenção de consumos nocivos. Promovemos, também, a imunização conforme o PNV, a prevenção de perturbações emocionais e do comportamento, a saúde oral, a prevenção de acidentes e intoxicações, de maus-tratos e dos riscos associados à exposição solar prolongada (DGS, 2013, 2020).

b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Esta competência engloba cinco unidades de competência:

- “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de Enfermagem apropriados.” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19193).

Em contexto da UCINP e da UUP foi possível desenvolver e adquirir esta unidade de competência. Em contexto da UCINP foram prestados cuidados a RNPT e RN com situações de patologias muito complexas e instáveis, o que impôs a aquisição de novos conhecimentos e a utilização dos que já existiam, no sentido de reconhecer as situações de instabilidade hemodinâmica e intervir de forma apropriada. Já na UUP esta unidade de competência esteve sempre presente, por nos depararmos com crianças com doenças complexas e em situações urgentes e emergentes. Foi possível desenvolver competências de reconhecimento de situações de instabilidade hemodinâmica, que foram desenvolvidas na sala de triagem, quando se realizava uma análise do estado geral da criança e das suas queixas, e na sala de reanimação, sempre que foi necessário prestar cuidados a crianças em situações de risco.

○ “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19193).

Esta unidade de competência assume uma importância peculiar uma vez que este projeto se foca na capacitação dos pais para a implementação de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor, tendo sido desenvolvida ao longo de todos os contextos clínicos. Em todos os cuidados prestados, foi realizada uma avaliação e controlo da dor da criança, utilizando os diversos instrumentos de avaliação disponíveis, adaptado a cada faixa etária e fase de desenvolvimento da criança.

No contexto da USF, verificámos que nem sempre eram utilizadas estratégias não farmacológicas que minimizassem o desconforto e a dor sentida pela criança, uma vez que não estavam disponíveis os materiais para tal. Após a aplicação das atividades desenvolvidas, a gestão diferenciada da dor tornou-se presente em todas as consultas de saúde infantil e juvenil, de maneira individualizada e de acordo com a singularidade de cada criança e família. As intervenções que provocavam dor na criança foram maioritariamente o teste do diagnóstico precoce, mais conhecido por ‘Teste do Pezinho’ e a vacinação. A prevenção da dor, evidenciou-se como uma preocupação da equipa de Enfermagem, tendo sido possível observar a atuação dos Enfermeiros e intervir com o objetivo de promover o controlo da dor através da implementação de várias estratégias. Durante a realização do diagnóstico precoce, utilizámos como estratégias não farmacológicas a amamentação, a sucção não nutritiva, o método canguru e a contenção ao colo de um dos pais. Na vacinação, eram realizadas estratégias não farmacológicas antes, durante e após a realização da técnica, e foram implementadas intervenções adequadas à fase de desenvolvimento da criança e, por norma, mais do que uma estratégia associada, uma vez que são mais eficazes quando utilizadas em associação. Para além destes procedimentos que provocam dor na criança, a cólica do lactente, é também um dos sintomas mais vivenciados pelas crianças e registados pelos pais. Explicámos e exemplificámos, com alguns utentes pediátricos, como a massagem e o posicionamento podem ser utilizados para a prevenção e o alívio da cólica, facilitando o desenvolvimento de competências dos pais para a gestão dos processos de saúde/doença.

Em contexto da UCINP, durante o internamento, o RN é sujeito a inúmeros procedimentos dolorosos por dia, afetando o seu neuro desenvolvimento e as respostas comportamentais perante as situações de *stress*. Por isso, o EEESIP deve estar capacitado para desenvolver intervenções neuro protetoras e que sejam minimizadoras de *stress* e dor, através de

intervenções como: a promoção de cuidados individualizados de maneira a antecipar, priorizar e suportar as necessidades do RN, a utilização de estratégias não farmacológicas, o envolvimento parental e, por fim, capacitar os pais sobre o comportamento do seu filho e a forma como podem intervir.

No que diz respeito ao planeamento e colaboração nos cuidados, pudemos desenvolver várias atividades que vão ao encontro da temática do projeto desenvolvido, e pudemos constatar que as intervenções que provocam dor nos RNPT e RN, são maioritariamente a punção venosa e arterial e a punção do calcâneo. Durante a concretização destes procedimentos, utilizámos como estratégias não farmacológicas a presença e colaboração dos pais, a sucção não nutritiva, muitas das vezes com gotas de leite materno associadas e a contenção constatando que o tempo e a intensidade do choro do RN diminuía.

Na UUP a equipa de Enfermagem tinha uma preocupação constante em promover o conforto e o controlo da dor, sendo um aspeto valorizado desde o momento da triagem, onde se seguia um protocolo de administração de Paracetamol e Ibuprofeno em função do peso da criança. A dor era avaliada através dos instrumentos disponíveis, adequada à idade da criança e ao seu desenvolvimento cognitivo, sendo posteriormente registada no sistema informático SClinico®. No momento da realização de procedimentos dolorosos eram sempre utilizadas estratégias não farmacológicas como o manipulado de sacarose a 24%, a distração, a imaginação, a musicoterapia e a presença dos pais. Concluímos que, apesar do esforço da equipa de Enfermagem em ter sempre presente a prática de cuidados não traumáticos e de implementarem estratégias não farmacológicas, os pais nem sempre estavam capacitados para intervirem, o que por sua vez nos permite auferir que é fundamental direcionar algumas das atividades realizadas para essa vertente da capacitação.

Em contexto de internamento, na UIP, implementámos a ‘Caixa Sorriso’, tendo-se verificado, através da observação informal, que foi uma atividade eficaz e útil no controlo da dor, durante a realização dos procedimentos dolorosos.

Em todos os contextos pudemos verificar que quando os pais percebiam realmente o efeito que as estratégias não farmacológicas tinham aquando da realização de procedimentos dolorosos, a adesão às mesmas era maior, sendo que os mesmos acabavam por referir que iriam adotar essas estratégias no futuro.

○ “E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de Enfermagem apropriados.” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19193).

A prestação de cuidados a crianças com patologias raras foi desenvolvida na USF e na UIP, tendo sido necessária a aquisição de conhecimentos sobre as patologias e a adaptação dos cuidados prestados ao utente pediátrico.

Um dos contactos com crianças com patologias raras serviu de mote à elaboração de um trabalho, seguindo a metodologia de trabalho de estudo de caso. O estudo de caso consiste numa metodologia que investiga, de maneira pormenorizada, os conhecimentos que estão relacionados a uma pessoa, grupo ou comunidade. Esta metodologia é, frequentemente, utilizada pelos profissionais de saúde para auxiliar a tomada de decisão clínica, visto que permite desenvolver conhecimentos, competências e capacidades inerentes a este processo. O estudo de caso incidiu sobre a situação clínica de uma lactente que tinha sido diagnosticada com Fibrose Quística após a concretização do teste de diagnóstico precoce (Apêndice X). Ao longo do estudo de caso foi descrita a história clínica da lactente, avaliado o contexto social, realizado um enquadramento teórico sobre a patologia, desenvolvido o processo de Enfermagem de acordo com a CIPE de forma individualizada e o plano de cuidados de acordo com as suas necessidades. De salientar que a realização do estudo de caso, contribuiu para a aquisição dos critérios de avaliação “E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de Enfermagem apropriadas. E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19193).

- “E.2.4. 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 n.º 422, 2018, p. 19193).

Esta unidade de competência foi desenvolvida ao longo de todos os contextos clínicos nomeadamente na área da gestão da dor, uma vez que foram utilizadas técnicas como o relaxamento através da imaginação guiada, da massagem e da respiração.

- “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19193).

A promoção da adaptação da criança e família a situações de doença crónica e deficiência/incapacidade foi desenvolvida na USF e na UIP.

Na USF, em momento de consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil, tivemos a oportunidade de realizar a consulta a um lactente com doença crónica, o que permitiu a

aquisição de competências que promovessem a adaptação da família à situação de doença da criança e ao desenvolvimento e aquisição de estratégias de *coping*.

Em contexto da UIP foi possível prestar cuidados de Enfermagem a uma criança com doença crónica onde foi possível, para além da aquisição de novos conhecimentos, o desenvolvimento de competências técnicas e científicas no que diz respeito à permeabilização e manutenção de sondas gástricas, bem como o desenvolvimento de competências humanas pelo cuidado especial e sensibilidade elevada.

c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Esta competência engloba quatro unidades de competência:

- “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19194).

Ao longo do ensino clínico realizado na USF estive presente como observadora, participante e executante, sempre sob supervisão da Enfermeira orientadora, nas consultas de Enfermagem de saúde infantil e juvenil, tendo a oportunidade de realizar consultas em todas as faixas etárias.

Em todas as consultas de Enfermagem realizadas, foi avaliado o crescimento e desenvolvimento de acordo com a faixa etária, permitindo transmitir às famílias informações antecipatórias para que fosse maximizado o desenvolvimento da criança. Estas consultas foram sempre desenvolvidas num ambiente terapêutico, individualizado, humanizado e seguro, evidenciando a importância da filosofia dos cuidados centrados na família.

As consultas realizadas por nós, na sua maioria, foram consultas realizadas ao RN e ao lactente. A primeira consulta de vigilância da saúde infantil realiza-se na primeira semana de vida do RN. Para além do registo informático sobre a colheita de dados, avaliação dos parâmetros que constam no PNSIJ e realização do genograma familiar, realizámos o rastreio neonatal que permite o diagnóstico precoce de doenças hereditárias do metabolismo, que deve ser realizado entre o terceiro e o sexto dia de vida do RN. Esta intervenção é realizada através de uma punção no calcâneo do RN, de modo a colher sangue para o papel de filtro indicado para a colheita, e depois de seco é enviado para a Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genético do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Durante a punção, colocámos o RN ao peito, em contacto com um dos pais, de forma a promovermos o controlo da dor

provocada pela punção. Após a realização do procedimento era explicado como devem proceder para aceder aos resultados do teste de diagnóstico precoce.

Nas restantes consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil avaliamos e registamos o crescimento e desenvolvimento da criança no BSIJ. Durante o decorrer das mesmas, desenvolvemos intervenções como: o acolhimento do utente pediátrico, a colheita sistemática de informações, a avaliação física e a deteção de sinais de alerta. Devem ser evidenciados comportamentos que sejam promotores de saúde, tais como: a prática regular de exercício físico, o brincar, a gestão do *stress*, a nutrição, a prevenção de acidentes, a adoção de medidas de segurança e a prevenção de consumos nocivos. Promovemos, também, a imunização conforme o PNV, a prevenção de perturbações emocionais e do comportamento, a saúde oral, a prevenção de acidentes e intoxicações, a prevenção de maus-tratos, a prevenção dos riscos associados à exposição solar prolongada e a promoção do aleitamento materno (DGS, 2013, 2020).

Os registos de Enfermagem foram realizados no BSIJ e no próprio processo clínico da criança através do sistema informático SClínico®, que contempla a nomenclatura da CIPE, e que integra ainda a Escala de Desenvolvimento de *Mary Sheridan*, que permite avaliar o desenvolvimento da criança dos zero meses aos cinco anos de idade, no que diz respeito à postura e motricidade, visão e motricidade fina, audição, linguagem, comportamento e adaptação social. Como a consulta decorria num ambiente estranho à criança e durante um período mais limitado, foi fundamental questionar os pais sobre as competências que já haviam sido adquiridas pela criança e alertá-los de que nem todas as crianças alcançam o mesmo estadió de desenvolvimento na mesma idade, permitindo diminuir a ansiedade e a preocupação que os pais sentiam quando algum dos itens da escala não eram validados.

A concretização das inúmeras consultas de Enfermagem de saúde infantil e juvenil permitiram mobilizar conhecimentos para a avaliação e deteção de situações de risco e alterações no desenvolvimento, possibilitando o encaminhamento para outros profissionais ou outras especialidades, de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento e a promoção de hábitos de vida saudáveis.

- “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19194).

Durante o internamento do RN, tanto em contexto de UCINP e da UIP, avaliamos o desenvolvimento da parentalidade para podermos orientar os nossos cuidados e podermos atuar para promover o seu desenvolvimento.

Em ambiente hospitalar, cabe aos Enfermeiros permitirem e garantirem a presença dos pais junto dos RN para que possam iniciar o processo de vinculação o mais precocemente possível e possam prestar cuidados aos seus filhos, contribuindo para o desenvolvimento de capacidades facilitadoras da adaptação aos cuidados ao RN de forma autónoma. A capacitação dos pais contribui para que se sinta mais seguros aquando da prestação de cuidados, o que em última instância promove a vinculação da tríade. Para que esta vinculação se estabelecesse, promoveu-se o contato físico com o RN através do toque, do método canguru e da amamentação, sempre que tal foi possível.

Relativamente ao projeto de intervenção, trabalhou-se com as famílias a temática do método canguru, explicando-lhes a sua importância para o conforto, o aleitamento materno e a relação de vinculação, não esquecendo, também, uma explicação de como o procedimento se deve realizar e referindo os seus principais benefícios para a tríade.

○ “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19194).

A comunicação é uma competência que é transversal a todos os ensinamentos clínicos. Esteve sempre presente a preocupação em desenvolver competências comunicacionais e relacionais com os pais e as crianças através da utilização de uma linguagem acessível, com recurso à brincadeira e a utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor, adequadas ao estágio de desenvolvimento de cada criança. Estas estratégias permitiram-nos criar uma relação de proximidade e terapêutica com o utente pediátrico.

○ “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação, mas escolhas relativas à saúde.” (Regulamento n.º 422, 2018, p. 19194).

A adolescência é a fase de desenvolvimento onde ocorrem grandes alterações fisiológicas e comportamentais, pelo que a relação terapêutica deve ter como foco a sua autonomia, permitindo a aquisição de responsabilidade e de uma tomada de decisão consciente. Para que se adquirisse esta unidade de competência foi fundamental utilizarmos uma comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento. Consideramos que o percurso realizado foi bastante enriquecedor, pois pudemos prestar cuidados especializados e individualizados ao utente

pediátrico. Importa salientar que a experiência dos contextos clínicos nos permitiu adquirir conhecimentos, desenvolver competências de EEESIP e partilhar experiências com as equipas de Enfermagem que prestam cuidados em prol da maximização da saúde da criança, garantindo cuidados de excelência.

3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Todo o nosso percurso formativo foi desenvolvido com base nos objetivos gerais definidos para este curso de Mestrado em Enfermagem: desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de Enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão; promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação e a uma prática baseada na evidência; capacitar para a governação clínica, a liderança de equipa e de projetos e contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada. Fazendo uma análise retrospectiva sobre o nosso processo de aprendizagem e desenvolvimento, consideramos ter atingidos globalmente os objetivos gerais definidos para este curso de Mestrado.

Segundo o regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior, regulamentado no Decreto-Lei n.º 65 (2018), para adquirir o grau de Mestre é necessária a aquisição de diversas competências. Neste subcapítulo analisamos as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso e o seu enquadramento nas competências de Mestre.

O presente percurso académico, inserido na área de especialização de SIP, decorreu ao nível teórico, em contexto de sala de aula, e ao nível teórico-prático, em quatro contextos clínicos diferenciados. Esta metodologia possibilitou-nos adquirir novos conhecimentos; aprofundar os conhecimentos, que haviam sido assimilados previamente na Licenciatura em Enfermagem; mobilizar saberes relacionados com o processo de investigação, métodos e recolhas de dados; análise e tratamento de dados e discussão e síntese dos resultados obtidos. Dos quatro contextos clínicos, até então três eram desconhecidos, pelo que foram compreendidos como momentos oportunos e únicos para melhorar aptidões, adquirir e desenvolver competências. Assim conseguimos atingir a competência de Mestre que se refere a:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i. Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

- ii. Permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação. (Decreto-lei n.º 65, 2018, p. 4162).

A implementação de um projeto de intervenção, transversal aos quatro contextos clínicos e passando por dois níveis de prestação de cuidados, dos CSP aos cuidados hospitalares, permitiu-nos desenvolver uma das competências de Mestre que se refere a “b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, com a sua área de estudo” (Decreto-Lei n.º 65, 2018, p. 4162).

O Mestre em Enfermagem detém “(...) competências (...) na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de Enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (...)” (Regulamento n.º 705, 2021, p. 124). Ao longo das UC de Estágio I e Estágio Final, foi possível aplicar os conhecimentos adquiridos e permitiu-nos estruturar o pensamento e tomar decisões fundamentadas, o que possibilitou desenvolver competências da comunicação e solucionar problemas, nos diferentes contextos clínicos articulados entre si, através da implementação do processo de Enfermagem.

Segundo Phaneuf, citado por Ferrito et al. (2010) “O processo de Enfermagem é um processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para a planificação dos cuidados personalizados, visando a melhoria do estado de saúde da pessoa (...)” (pp. 6-7) e possibilita a tomada de decisão baseada num pensamento crítico e clínico, tendo sempre na sua base a evidência científica.

No que diz respeito à especialidade de SIP, existem características particulares no que concerne à prestação de cuidados, pois estamos perante crianças que se encontram em diferentes estágios de desenvolvimento. Por isto, adotou-se uma organização dos cuidados de Enfermagem com base na criação de um ambiente acolhedor e saudável, na individualização dos cuidados adequados às características das crianças, a promoção da parceria de cuidados centrados na família e a prestação de cuidados não traumáticos.

Ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem, foram aplicados os conhecimentos apreendidos nas diversas UC, tanto em contexto de sala de aula, com trabalhos académicos e de investigação, como em contexto clínico. Estes conhecimentos vieram ajudar-nos a conseguirmos lidar com situações de especial complexidade.

A habitual complexidade do cuidar em Pediatria impõe uma frequente prática reflexiva tendo por base norteadora os princípios éticos (como a beneficência, da não maleficência, da justiça e o respeito pela autonomia), a dignidade do utente pediátrico e a consciencialização das

responsabilidades a nível ético e social, de modo a não causar qualquer tipo de dano, pelo que acreditamos ter seguido uma conduta profissional, humana e empática. Desta maneira, demonstramos que temos

- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem. (Decreto-Lei n.º 65, 2018, p. 4162).

Quanto ao conhecimento e capacidade de compreensão, principalmente na área de SIP, como Enfermeiros devemos “d) Ser capazes de comunicar as (...) conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.” (Decreto-Lei n.º 65, 2018, p. 4162) e participar “(...) de uma forma proativa em equipas e projetos (...)” (Regulamento n.º 705, 2021, p.124). No que diz respeito à quarta competência de Mestre, toda a informação e conhecimento adquirido e produzido foi comunicado tanto à professora orientadora, ao EEESIP responsável pela orientação, ao Enfermeiro coordenador de cada contexto e a toda a restante equipa dos vários contextos de estágio, procurando ser um agente dinamizador no desenvolvimento do nosso conhecimento para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e, também, para obter ganhos em saúde em conjunto com as equipas.

As atividades que foram desenvolvidas no âmbito do projeto foram apresentadas às equipas de Enfermagem, dos diferentes contextos clínicos, promovendo a mudança no que concerne à prática da promoção do controlo da dor na criança, tendo sempre presente a filosofia dos cuidados centrados na família e dos cuidados não traumáticos.

A revisão bibliográfica acompanhou todo o percurso formativo, desde a concetualização e definição da temática até à discussão dos resultados, tendo sempre em vista o desenvolvimento de conhecimentos e competências relacionadas com as estratégias não farmacológicas e com a capacitação dos pais para a implementação das mesmas. Esta pesquisa bibliográfica materializou-se na elaboração de um artigo de revisão sistemática da literatura (Apêndice V). A elaboração deste artigo obedeceu à metodologia de revisão do *Joanna Briggs Institute* e teve como objetivo de reunir evidências sobre o ‘Efeito da Presença dos Pais durante a Realização de Procedimentos Dolorosos em Crianças Hospitalizadas’. Foram incluídos nesta revisão 7 artigos científicos. As principais conclusões evidenciam que a presença dos pais acarreta vantagens não só para a criança, como também, para a família e para os profissionais de saúde.

O desenvolvimento do presente relatório e a sua apresentação e discussão pública também contribui para o desenvolvimento da competência acima mencionada.

Ao longo do nosso desenvolvimento profissional é necessário existir um “(...) desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.” (Regulamento n.º 705, 2021, p. 124) e “e) competências que (...) permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.” (Decreto-Lei n.º 65, 2018, p. 4162). Esta linha de pensamento é evidenciada pelo artigo 99.º e 109.º do Estatuto da OE (Lei n.º 156, 2015) que refere que se deve “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas” (p. 8103) e a “competência e o aperfeiçoamento profissional” (p. 8102), respetivamente. A redação do próprio Relatório de Estágio também foi uma forma de comunicarmos informações adquiridas e de espelhar os resultados da investigação efetuada ao longo de todo o percurso.

Por fim, podemos concluir que a aprovação de todas as UC do plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem; a aquisição e desenvolvimento de CCEE e CEEEEESIP, com recurso à investigação, atualização e aprofundamento dos conhecimentos; e a aprovação do ato público do Relatório de Estágio contribuem para a obtenção do grau de Mestre. Este só é atribuído quando o Enfermeiro é detentor de conhecimentos válidos para o desenvolvimento da Enfermagem e é capaz de utilizar a evidência científica na prática, envolvendo a equipa na atualização do conhecimento e na promoção da qualidade dos cuidados prestados (Decreto-Lei n.º 65, 2018).

4| CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos a evidência científica refere que ainda existe um longo percurso no que diz respeito à dor na área da Pediatria, o que evidencia a importância de prestarmos cuidados não traumáticos e promovermos o conforto. As crianças sentem dor e guardam memória das experiências dolorosas, e quando são vivenciadas de uma forma muito precoce têm efeitos a curto e a longo prazo. A maneira como cada criança manifesta e sente a dor é diferente, consoante a sua idade e fase de desenvolvimento, sendo fundamental ter em consideração esses aspetos quando é realizada a avaliação, prevenção e tratamento.

Os pais são quem melhor conhece a criança e reconhece mais facilmente os sinais de dor que a mesma transmite, pelo que se torna importante envolvê-los nos cuidados de Enfermagem e capacitá-los para o controlo da dor. Muitas das vezes os pais não sabem como podem colaborar com a equipa de Enfermagem, fazendo com que se sintam desamparados e ansiosos, pelo que a promoção da literacia e da autonomia pode trazer inúmeras vantagens.

Os Enfermeiros são os principais responsáveis por promoverem os cuidados parentais e por capacitarem os pais para o cuidar não só através do conhecimento comum adquirido, mas também pelo conhecimento que é transmitido pelos Enfermeiros, pelo que deve ser “(...) proporcionada a aquisição de competências necessárias ou o aperfeiçoamento das competências já adquiridas.” (Chora, 2020, p. 138). Assim, torna-se fundamental delinear um projeto com base em modelos de cuidados de Enfermagem autónomos, tendo como parceiros os pais das crianças, empoderando-os e capacitando-os de conhecimento de forma a promoverem o melhor estado de saúde para o seu filho. É, por isso, importante que o EEESIP desenvolva competências, para trabalhar em parceria com os pais e a criança, em qualquer contexto em que a mesma se encontre, sempre com a premissa de capacitar e empoderar para os cuidados.

A elaboração do Relatório de Estágio permitiu-nos relatar o percurso realizado ao longo do Estágio I e do Estágio Final, e desenvolver as CCEE, CEEESIP e CME que sustentam a nossa prática profissional. Este relatório foi desenvolvido através da metodologia de trabalho de projeto, demonstrando todas as etapas desenvolvidas para a concretização do mesmo. A realização do enquadramento teórico permitiu-nos aprofundar os conhecimentos relacionados

com a temática, transmitindo-nos novas aprendizagens e alicerçando todo o caminho a percorrer. Esta investigação, os modelos teóricos e as filosofias de cuidados permitiram-nos fundamentar as atividades que delineámos. Todas as atividades desenvolvidas permitiram sensibilizar as equipas de Enfermagem para a temática, promover o aumento dos conhecimentos, uniformizar as práticas e contribuir para a capacitação dos pais para o controlo da dor nos seus filhos. Pressupomos que os objetivos definidos foram todos atingidos na medida em que todas as atividades propostas foram desenvolvidas, nos diferentes contextos clínicos, pelo que espero que o presente relatório contribua para o conhecimento na área de Enfermagem, bem como uma inspiração para trabalhos futuros.

Podemos referir como aspetos facilitadores para o desenvolvimento deste relatório o fornecimento do guia orientador da UC atempadamente, favorecendo a análise de cada etapa da metodologia de projeto. Todo o percurso alcançado permitiu fornecer conhecimentos e instrumentos para promover a capacitação dos pais na implementação de estratégias não farmacológicas. Não foram sentidas limitações no desenvolvimento de todo o projeto, pois sentimos que as equipas de Enfermagem se envolviam com a temática e consideraram necessária a implementação destas atividades sugeridas.

Podemos fazer um balanço positivo de todo este percurso realizado uma vez que nos permitiu adquirir novos conhecimentos e consolidar saberes já adquiridos. Estes saberes, agora fundamentados, permite-nos realizar intervenções mais eficazes e baseadas em evidência científica. Também o espírito crítico ficou mais sensível, o que permitiu fomentar uma prática mais sólida e refletida e um questionar constante sobre as atitudes e cuidados prestados.

O término desta etapa marca o início de uma nova perspetiva sobre o cuidar em Enfermagem, em específico no cuidar ao utente pediátrico, direcionando as intervenções em evidência científica, procurando sempre a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assumimos assim, a responsabilidade de no futuro dar continuidade ao projeto desenvolvido, divulgando-o e levando todos os ganhos que surgiram para o nosso contexto de trabalho, pois consideramos ter desenvolvido competências, para dar resposta a uma área em constante desenvolvimento, garantindo assim a excelência da prestação dos cuidados ao utente pediátrico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde Ottawa. (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Disponível em: [A PROMOÇÃO DA SAÚDE \(iasaude.pt\)](http://iasaude.pt)
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230-244. <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030> 1527-3369/
- Apóstolo, J. (2009). O Conforto nas Teorias de Enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*, II(9), 61-67. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239956007>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2018). *Desenhos da Minha Dor* (1ª edição). Grafisol-Artes gráficas. Disponível em: [Desenhos da minha Dor \(aped-dor.org\)](http://aped-dor.org)
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2021). *Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor para o Controlo da Dor na Vacinação Pediátrica: Linhas Orientadoras para a Prática Clínica*. Disponível em: https://www.aped-dor.org/documentos/vac_young/recomendacoes_aped.pdf
- Azak, M., Aksucu, G., & Çaglar, S. (2022). The Effect of Parental Presence on Pain Levels of Children during Invasive Procedures: A Systematic Review. *Pain Management Nursing*, 23(5), 682-688. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.03.011>
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: uma perspetiva desenvolvimentista*. (2ª edição revista e aumentada). Lisboa: Climepsi.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar* (1ª edição). Lidel.
- Batalha, L. (2013). Avaliação e Controlo da Dor em Pediatria: uma década. *Revista Científica Saúde & Tecnologia*, 16-21. <https://doi.org/10.25758/set.844>
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da Dor: Manual de Estudo*. (1ª edição). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Batalha, L., & Sousa, A. (2018). Autoavaliação da intensidade da dor: correlação entre crianças, pais e Enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(17), 15-22. <https://doi.org/10.12707/RIV18002>

- Brown, E., Young, A., Kimble, R., & Kenardy, J. (2019). Impact of Parental Acute Psychological Distress on Young Child Pain-Related Behavior Through Differences in Parenting Behaviour During Pediatric Burn Wound Care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(4), 516-529. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9596-1>
- Cardoso, R., Caldas, C., & Souza, P. (2019). Uso da Teoria do Conforto de Kolcaba na Implementação do Processo de Enfermagem: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 8(1), 118-128. <https://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2758>
- Carvalho, M., Moreira, D., Oliveira, I., Leonardo, T., & Oliveira, A. (2022). Satisfação dos Pais relativamente aos Cuidados de Enfermagem em Cuidados Intensivos Neonatais. *Salud UIS*, 54, 1-8. <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22052>
- Carvalho, S., Moura, A., Castro, M., Sousa, L., Rodrigues, M., Rego, E., Oliveira, K., & Medeiros, R. (2021). Benefícios do Método Canguru em Recém-nascidos Prematuros e de Baixo Peso: Revisão de Literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 34(2), 67-73.
- Castro, R. (2020). O Doente Pediátrico. In J. Pinho (1ª edição), *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 293-300). Lidel.
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Modelos de Cuidados em Saúde Infantil e Pediatria. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (1ª edição), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 25-38). Lidel.
- Chora, M. (2020). O Lactente. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (1ª edição), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 135-146). Lidel.
- Cruz, M. (2020). *Epidemiologia da Dor Neonatal: Fatores determinantes para a sua prevenção e tratamento* [Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/91098>
- Cruz, M., Fernandes, A., & Oliveira, C. (2016). Epidemiology of painful procedures performed in neonates: A systematic review of observational studies. *European Journal of Pain*, 20(4), 489-498. <https://doi.org/10.1002/ejp.757>
- Decreto-Lei n.º 118 (5 de Agosto de 2014). Ministério da Saúde. Diário da República: I série, n.º 149. Disponível em: [0406904071.pdf \(dre.pt\)](https://dre.pt/0406904071.pdf)

- Decreto-Lei n.º 161. (4 de setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República: I série-A, n.º 205. Disponível em: [Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro | DRE](#)
- Decreto-Lei n.º 52. (4 de agosto de 2022). Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República: I série, n.º 150. Disponível em: [0000500052.pdf \(dre.pt\)](#)
- Decreto-Lei n.º 65. (16 de agosto de 2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República: I série, n.º 157. Disponível em: [Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto | DRE](#)
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (2022). *Conforto*. Disponível em: [Conforto - Dicionário Online Priberam de Português](#)
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (2022b). Metodologia. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/Metodologistas>
- Diogo, P., Freitas, B., Costa, A., & Gaíva, M. (2020). O Cuidar em Enfermagem Pediátrica na Perspetiva das Emoções: de Nightingale à Atualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4), 1-5. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0377>
- Direção-Geral da Saúde. (2001, março 26). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2003, junho 14). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: [cn_09_03_dgcg \(dgs.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: [estratégias t 7 jan 2.doc \(dgs.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde. (2010, dezembro 14). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: [orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx \(dgs.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde. (2012a, dezembro 18). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: [orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx \(dgs.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde. (2012b, dezembro 18). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: [orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx \(dgs.pt\)](#)

- Direção-Geral da Saúde. (2012c, dezembro 18). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: [orientacao-n-0232012-de-18122012-png.aspx \(dgs.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: [DGS-Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor - 2017.pdf \(aped-dor.org\)](#)
- Direção-Geral da Saúde. (2019, outubro 16). *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: [higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf \(min-saude.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde. (27 de setembro de 2020). Programa Nacional de Vacinação. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: [0003000031.pdf \(dre.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde. (31 de maio de 2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: [programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx \(dgs.pt\)](#)
- Direção-Geral da Saúde. (setembro de 2014). Plano Nacional de Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: [Versao_Resumo.indd \(dgs.pt\)](#)
- Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (1ª edição), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 39-55). Lidel.
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, (15), 1-37.
- Franck, L. (2020). *Como Confortar um Bebê nos Cuidados Intensivos* (1ª edição). Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. Disponível em: [Comfy \(aped-dor.org\)](#)
- Goldstein-Leever, A., Cohenn, L., Dampier, C., & Sil, S. (2018). Parent Pain Catastrophizing Predicts Child Depressive Symptoms in Youth with Sickle Cell Disease. *Pediatric Blood & Cancer*, 65(7), 1-15. <https://doi.org/10.1002/pbc.27027>
- Harrison, T. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5), 335-343. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª edição). Elsevier.

- Instituto de Apoio à Criança. (2017). *Carta da Criança Hospitalizada* (5ª edição). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em: [GCB Carta Crianca Hospitalizada \(iacrianca.pt\)](http://iacrianca.pt/GCB_Carta_Crianca_Hospitalizada)
- Instituto de Apoio à Criança. (2020). *Convenção sobre os Direitos da Criança* (1ª edição). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em: [Convencao sobre os direitos da crianca.pdf \(iacrianca.pt\)](http://iacrianca.pt/Convencao_sobre_os_direitos_da_crianca.pdf)
- Instituto Politécnico de Setúbal. (2022). *Ficha da Unidade Curricular*. Disponível em: [IPS ESS - Estágio Final](http://ips-ess.com/IPS_ESS_-_Est%C3%A1gio_Final)
- International Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 2019*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [ICNP Browser | ICN - International Council of Nurses](http://icnp-browser.org/)
- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort Theory: A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *The Journal of Nursing Administration*, 36(11), 538-544. <https://doi.org/10.1097/00005110-200611000-00010>
- Kuo, D., Houtrow, A., Arango, P., Kuhlthau, K., Simmons, J., & Neff, J. (2012). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Maternal and Child Health Journal*, 16(2), 297-305. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>
- Lei n.º 156. (16 de setembro de 2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. 8059-8105. Diário da República: 1.ª série, n.º 181. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/70309872>
- Lopes, A. (2016). Cuidar em Pediatria: a importância da parceria de cuidados entre pais e Enfermeiros [Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde: Escola de Enfermagem]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10400.14/22074>
- Manworren, R., & Ann & Robert Lurie Children's Hospital of Chicago. (2019). *Easing Anxiety and Pain of Pediatric Procedures*. Ann & Robert Lurie Children's Hospital of Chicago. Disponível em: [Pediatric PRN Procedural Pain.FINALK.PG \(luriechildrens.org\)](http://luriechildrens.org/Pediatric_PRN_Procedural_Pain.FINALK.PG)
- Martins, C., & Lomba, M. (2021). Envolvimento e participação das Famílias nos Cuidados à Criança Hospitalizada: dos Enfermeiros em Cabo Verde. *Revista Enfermaría, Innovación y Ciencia*, 2(1), 1-9.

- Monteiro, A., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (1ª edição), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 33-38). Lidel.
- Mororó, D., Enders, B., Lira, A., Silva, C., & Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em Enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista Enfermagem*, 30(3), pp. 323- 332. <http://dx.doi.org/10.1590/19820194201700043>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Guia Orientador de Boa Prática: Dor* (1ª edição). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [cadernosoe-dor.pdf \(ordemEnfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança* (1ª edição). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf \(ordemEnfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática: Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização* (1ª edição). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [GOBP_ParentalidadePositiva_vf.pdf \(ordemEnfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017, novembro 25). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf \(ordemEnfermeiros.pt\)](#)
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática Reflexiva em Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(4), 121-132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pinto, J., Ribeiro, C., Pettengill, M., & Balieiro, M. (2010). Cuidado Centrado na Família e sua Aplicação na Enfermagem Pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 132-135. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100022>
- Ponte, K., Silva, L., Zagonel, I., Guedes, M., & Farias, M. (2020). Teoria do Conforto no Cuidado Clínico de Enfermagem pelo Método de Enfermagem pelo Método de Pesquisa-Cuidado. *Enfermagem em Foco*, 11(5), 13-19. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n5.3569>
- Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G. (2020). O Recém-nascido Pré-termo. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (1ª edição), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 117-134). Lidel.

- Regulamento n.º 140. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: 2ª Série, n.º 26. Disponível em: [0474404750.pdf \(ordemEnfermeiros.pt\)](#)
- Regulamento n.º 422. (12 de julho de 2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República: 2.ª série, n.º 133. Disponível em: [1919219194.pdf \(ordemEnfermeiros.pt\)](#)
- Regulamento n.º 705. (27 de julho de 2021). Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem. Diário da República: 2ª série, n.º 144. Disponível em: [Regulamento n.º 705/2021, de 27 de julho | DRE](#)
- Shave, K., Ali, S., Scott, S., & Hartling, L. (2018). Procedural Pain in Children: a qualitative study of caregiver experiences and information needs. *BMC Pediatrics*, 18 (324), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1300-y>
- Tavares, P. (2020). No contexto do Internamento. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (1ª edição), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 95-103). Lidel.
- The Royal Children's Hospital Melbourne. (2021). *Sucrose (oral) for procedural pain management in infants*. Disponível em: [Clinical Guidelines \(Nursing\) : Sucrose \(oral\) for procedural pain management in infants \(rch.org.au\)](#)
- Universidade Aberta. (2020). *Diretrizes para a realização de citações em texto e referências bibliográficas: Publication Manual of the American Psychological Association* (7ª edição). Disponível em: [NormaAPA7W.pdf \(uab.pt\)](#)
- Vaz, F., & Trigo, R. (2020). A Criança e o Jovem em Contexto de Urgência. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (1ª edição), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 293-300). Lidel.
- Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). Métodos de Trabalho dos Enfermeiros em Hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Watson, J. (2022). *Fisiopatologia da dor*. Manual MSD para profissionais de saúde. Disponível em: [Visão geral da dor - Distúrbios neurológicos - Manuais MSD edição para profissionais \(msdmanuals.com\)](#)

ANEXOS

Anexo I – Programa e respetivo Certificado de Participação no “IX Encontro de Benchmarking da MCEESIP”



03-04 JUNHO 2022
AUDITÓRIO DO PÓLO A
DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA
IX ENCONTRO
DE BENCHMARKING
DA MCEESIP
"A VISIBILIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA"
O QUE FAZEMOS? COMO FAZEMOS? E QUAIS OS RESULTADOS?

PROGRAMA | 3 DE JUNHO

8h30
Abertura do secretariado

9h00
SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES I
Moderadora: Márcia Santos

10h15
SESSÃO DE ABERTURA
- Ana Fonseca, Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE)
- Ananda Maria Fernandes, Professora Coordenadora da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde da Criança e do Adolescente na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- José Vilelas, Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP) da OE

10h35
COFFEE BREAK/PAUSA

11h00
CONFERÊNCIA: SONO DA CRIANÇA COMPROMETIDO: INTERVENÇÃO DO EEESIP NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E HOSPITALARES
Oradores: Joana Marques e Ana Correia
Comentador: José Vilelas

11h45
MESA I – EMPODERAMENTO DA PARENTALIDADE COMPLEXA
Moderadora: Maria do Rosário Martins
- O EEESIP e os pais de crianças/jovens com doença mental: estudo piloto na implementação do projeto "PedoParentalidade", Dulce Carvalho
- Capacitação dos pais e transição para o domicílio em Cuidados Paliativos Pediátricos, Filipa Freitas e Sara Seabra
- Experiência de uma EEESIP e mãe de uma criança com doença complexa. Um testemunho para a melhoria dos cuidados especializados, Ana Luísa Escada

13h00
ALMOÇO LIVRE

14h30
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS PÓSTERES
Comentadores: Lina Pereira e Simão Vilaça

15h30

MESA II – NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS EM MEIO ESCOLAR

Moderador: Leonel Lusquinhos

- A realidade das crianças/jovens com necessidades de saúde especiais em Portugal, **Constança Festas**
- Crianças/jovens com necessidades de saúde especiais em contexto escolar da teoria à prática, **Celina Machado e Natália Machado**

16h30

CONFERÊNCIA: EDUCAÇÃO COM SUCESSO PROMOVE A FELICIDADE NOS ESTUDANTES?

Oradora: Helena Marujo

Comentadora: Helena Catarino

17h15

COFFEE BREAK/PAUSA

17h45

**MOMENTO CULTURAL
ACADEMIA DE BAILADO DA LOUSÃ**

18h00

ENCERRAMENTO

PROGRAMA | 4 DE JUNHO

8h30

Abertura do Secretariado

9h00

SESSÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES II

Moderadora: Olívia Barcelos

10h00

CONFERÊNCIA: ONTOLOGIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Oradora: Paula Sousa

Comentador: Leonel Lusquinhos

10h45

COFFEE BREAK/PAUSA

11h15

MESA III – O EEESIP NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Moderadora: Filipa Barbosa

Comentadores: Paulo Coelho, Margarida Pontes e Natália Vale Lima

12h30

ALMOÇO LIVRE

14h00

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS PÓSTERES

Comentadores: Lina Pereira e Simão Vilaça

14h45

MESA IV – AS EMOÇÕES EM SAÚDE

Moderador: José Vilelas

- Trabalho emocional dos enfermeiros no cuidado à pessoa com COVID-19, **Odete Lemos e Sousa**
- O Processo de Trabalho Emocional dos Enfermeiros que Cuidam das Crianças com Necessidades Paliativas e seus Pais em Casa, **Ana Inês Costa**
- Gestão das emoções em contexto da Pedopsiquiatria, **Patrícia Baltar**

15h45

ENCERRAMENTO E ENTREGA DE PRÉMIOS

José Vilelas

16h00

COFFEE BREAK



**IX ENCONTRO
DE BENCHMARKING
DA MCEESIP**



**#ninguém está
sozinho**

**SIGENF
BALCÃO ÚNICO**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

PAULA CRISTINA AGOSTINHO RIBEIRO

membro nº [] desta Ordem, participou no **IX Encontro de Benchmarking: “A visibilidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica” O que fazemos? Como fazemos? E quais os resultados?**”, realizado nos dias **3 e 4 de Junho de 2022**, com duração total de **12 horas**, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Lisboa, 22 de Junho de 2022.

P¹ A Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo²

¹ Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,85** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

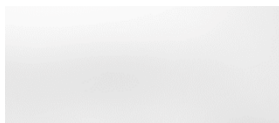
² Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

APÊNDICES

Apêndice A – Cronograma Geral das Etapas do Projeto de Estágio

		2022								2023					
Etapas do Projeto	Mês	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Diagnóstico de Situação															
Definição de Objetivos															
Planeamento das Atividades															
Execução															
Avaliação															
Divulgação dos Resultados	Elaboração do relatório de estágio														
	Discussão Pública														

Apêndice B – Questionário de Diagnóstico de Situação utilizado em Contexto da UIP e respetivo tratamento de dados



Questionário

Este questionário surge no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto Politécnico de Setúbal e destina-se aos enfermeiros do Internamento de Pediatria do

. Enquadra-se no âmbito do projeto: **«Parceria de Cuidados no Controlo da Dor na Criança – Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica»**, tendo como objetivo auscultar a equipa de enfermagem sobre as necessidades de formação da temática, formalizada numa sessão de formação a acontecer posteriormente.

A dor em Pediatria desde sempre foi desvalorizada pela incapacidade que as crianças têm em expressar a sua dor. Com o evoluir da investigação e da ciência, os cuidados em Pediatria começaram a ser mais individualizados, especializados e holísticos.

Torna-se importante ter na nossa prática clínica ferramentas que possibilitem a concretização de cuidados mais humanizados, como é exemplo a Caixa Sorriso. Esta caixa destina-se à aprendizagem de estratégias que permitem diminuir o medo e a ansiedade da criança/adolescente e o stress dos pais, associado à hospitalização, bem como diminuir a perceção da dor durante os procedimentos invasivos.

É de carácter individual e voluntário. Não há respostas certas ou erradas e os dados recolhidos serão utilizados apenas para fins académicos.

O anonimato será assegurado e não são recolhidos dados sociodemográficos que o possam identificar.

A sua opinião é importante. Agradeço antecipadamente a sua colaboração.

A estudante

Paula Cristina Agostinho Ribeiro

A Docente Orientadora

Prof. Doutora Dulce Cruz

Para responder basta assinalar com um “X” a resposta, de acordo com a escala apresentada:

Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
1	2	3	4	5

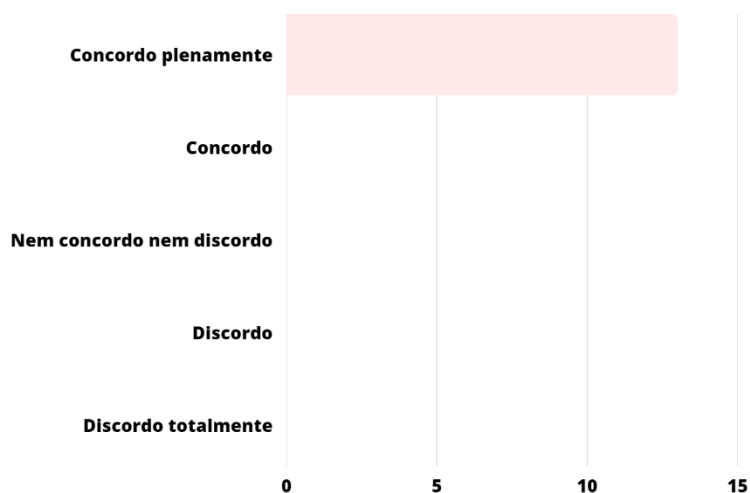
Sinto que seria útil para a melhoria dos cuidados prestados uma Sessão de Formação em Serviço sobre:	1	2	3	4	5
A dor em Pediatria.					
Avaliação da dor em Pediatria.					
A importância da prevenção da dor em Pediatria.					
Tipos de tratamentos da dor em Pediatria (Tratamento farmacológico e não farmacológico).					
A importância da utilização de estratégias não farmacológicas, no controlo e alívio da dor, adequadas a cada fase do desenvolvimento infantojuvenil.					
A brincadeira como promotora do desenvolvimento infantil e da adesão a procedimentos invasivos.					
A Caixa Sorriso (material didático e terapêutico).					

Indicadores:	1	2	3	4	5
Considera importante a temática para a melhoria da prestação de cuidados na sua prática diária?					
Considera importante a elaboração de um guia de utilização da Caixa Sorriso, para os profissionais de saúde?					
Considera importante a construção de uma Caixa Sorriso para o Internamento de Pediatria do []					

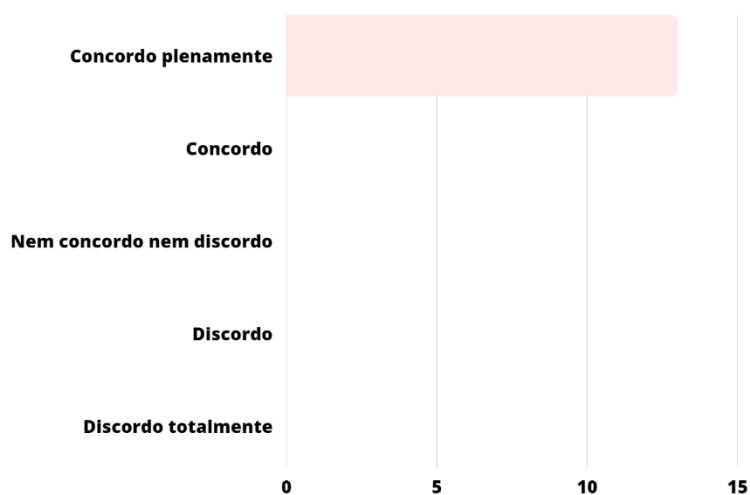
Comentários ou sugestões:

Obrigada pela vossa disponibilidade.

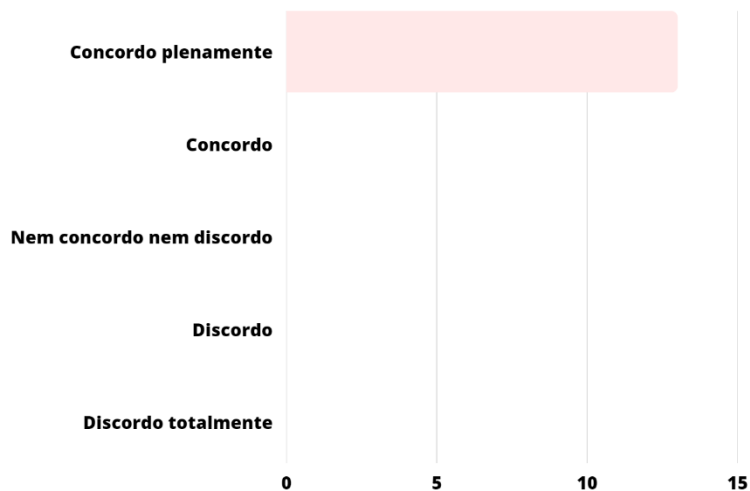
Questão 1. A dor em Pediatria.



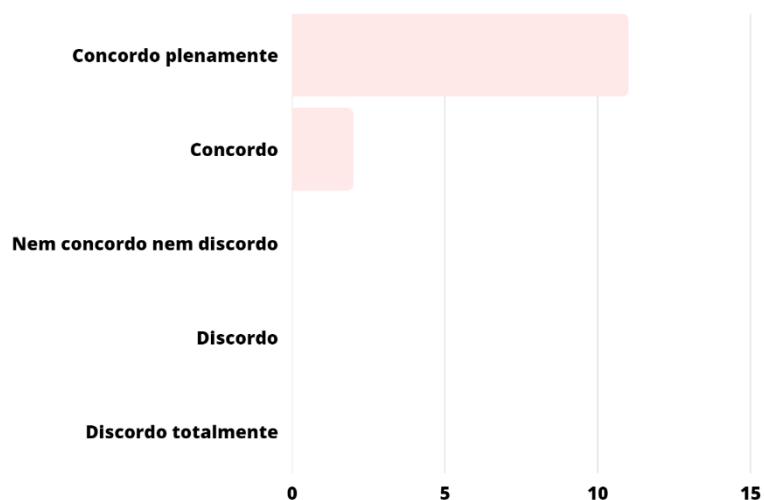
Questão 2. Avaliação da dor em Pediatria.



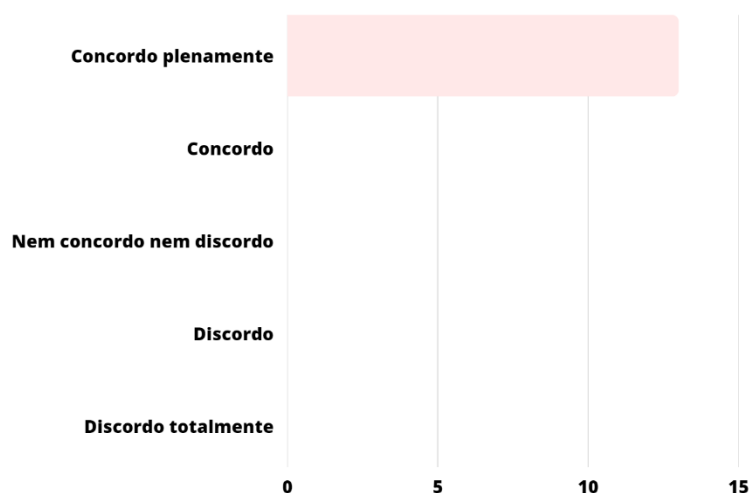
Questão 3. A importância da prevenção da dor em Pediatria.



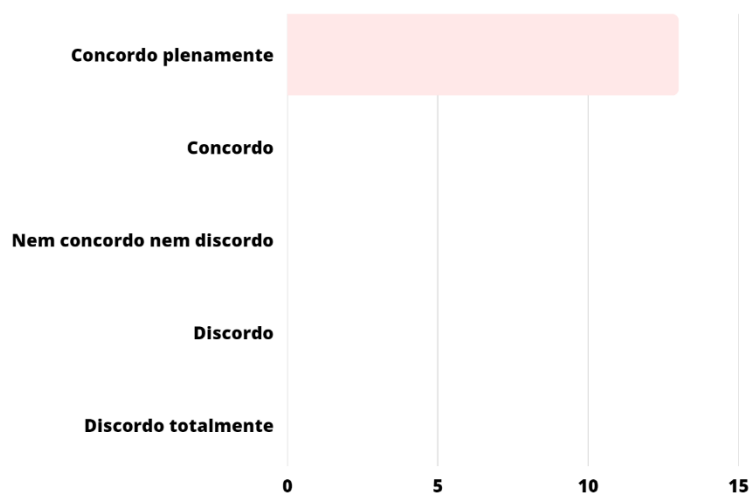
Questão 4. Tipos de tratamentos da dor em Pediatria (Tratamento farmacológico e não farmacológico).



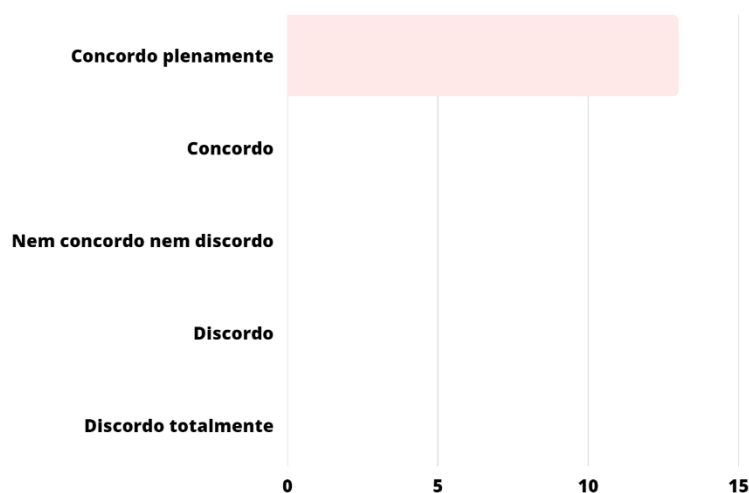
Questão 5. A importância da utilização de estratégias não farmacológicas, no controlo e alívio da dor, adequadas a cada fase de desenvolvimento infantojuvenil.



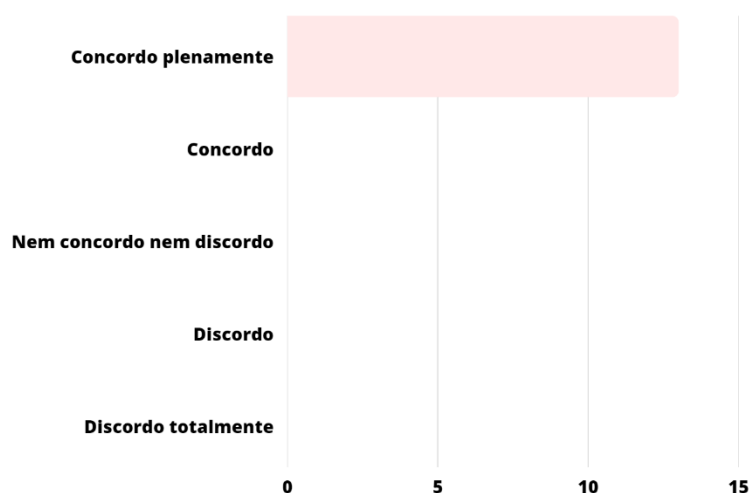
Questão 6. A brincadeira como promotora do desenvolvimento infantil e da adesão a procedimentos invasivos.



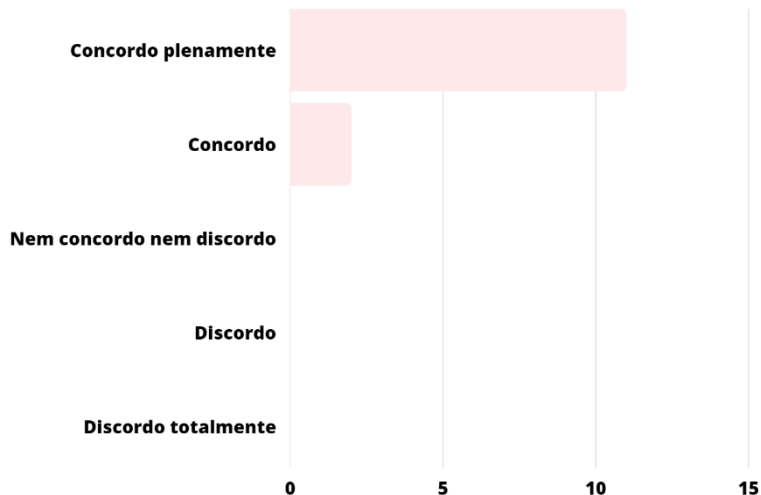
Questão 7. A Caixa Sorriso (material didático e terapêutico).



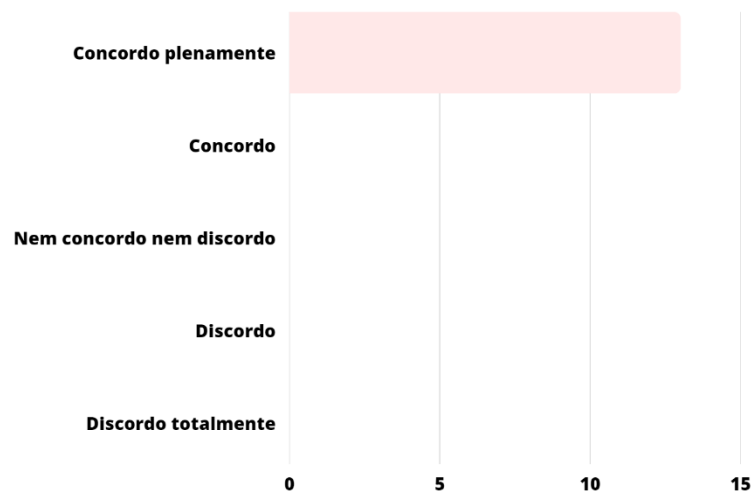
Indicador 1. Considera importante a temática para a melhoria da prestação de cuidados na sua prática clínica?



Indicador 2. Considera importante a elaboração de um guia de utilização da Caixa Sorriso, para os profissionais de saúde?



**Indicador 3. Considera importante a construção de uma
Caixa Sorriso para o internamento de Pediatria?**



Apêndice C – Cronograma das Atividades do Projeto de Estágio

		2022								2023		
Atividades		Mês	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Pesquisa Bibliográfica												
Diagnóstico de Situação												
Planeamento das Atividades												
Execução	Realizar entrevista informal com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira orientadora.											
	Conhecer a estrutura física, equipa multidisciplinar e modo de funcionamento dos contextos.											
	Identificação da metodologia de trabalho da equipa de Enfermagem.											
	Desenvolver sessões de formação com a equipa de Enfermagem.											
	Realização de um «Manual da Dor» para profissionais de saúde.											
	Realização de <i>Posters</i> para a promoção do conforto e alívio da dor no RN, criança e jovem.											
	Desenvolvimento de normas de procedimento.											
	Realização de panfletos informativos sobre a promoção do controlo da dor.											
	Elaboração de uma Caixa Sorriso.											
	Realização de um guia orientador sobre a utilização da Caixa Sorriso.											
Avaliação												
Divulgação dos resultados												

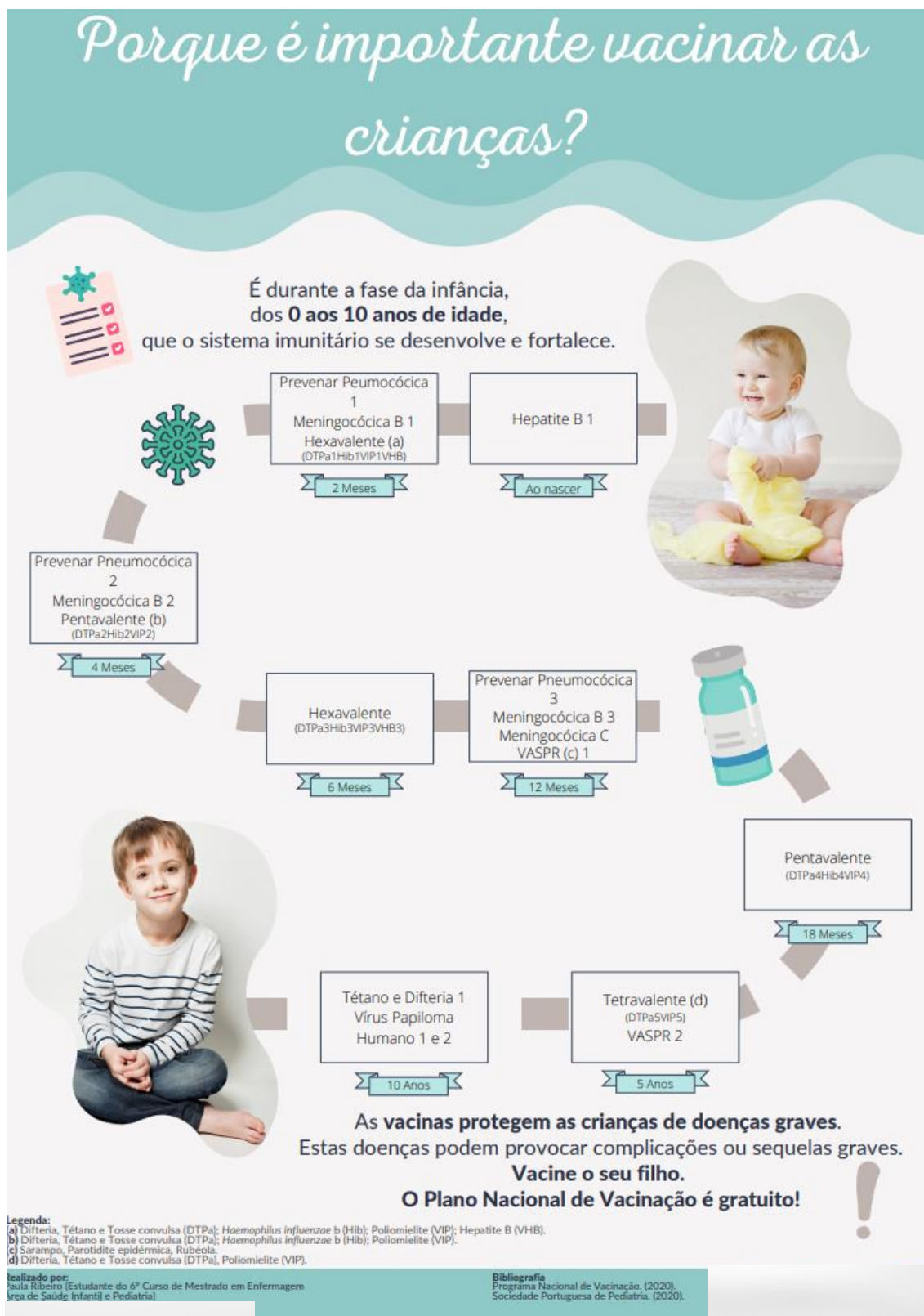
**Apêndice D – Planeamento do Projeto de Estágio nos Diferentes Contextos
Clínicos**

Objetivo Geral Contribuir para a promoção da parceria de cuidados e capacitação dos pais no controlo da dor na criança			
Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos Humanos	Recursos Materiais
Compreender a realidade e organização dos quatro contextos	Realizar entrevistas informais com as Enfermeiras Chefes e as Enfermeiras orientadoras para identificar as necessidades dos serviços.	○ Enfermeira chefe; ○ Enfermeira orientadora; ○ Equipa de Enfermagem; ○ Docente orientadora.	○ Computador; ○ Bases de dados.
	Conhecer a estrutura física, equipa multidisciplinar e modo de funcionamento dos contextos.	○ Enfermeira chefe; ○ Enfermeira orientadora; ○ Equipa de Enfermagem; ○ Docente orientadora.	○ Computador; ○ Bases de dados.
	Identificar a metodologia de trabalho da equipa de Enfermagem.	○ Enfermeira chefe; ○ Enfermeira orientadora; ○ Equipa de Enfermagem; ○ Docente orientadora.	○ Computador; ○ Bases de dados.
Promover a capacitação dos pais na implementação	Realização de Posters para a promoção do conforto e alívio da dor no RN, criança e jovem – Estágio I: - ‘Porque é importante vacinar as crianças?’;	○ Enfermeira chefe; ○ Enfermeira orientadora;	○ Computador; ○ Bases de dados;

de estratégias não farmacológicas	- ‘Estratégias Não Farmacológicas para a Promoção do Conforto e Alívio da Dor no Recém-nascido’; - ‘Estratégias Não Farmacológicas para a Promoção do Conforto e Alívio da Dor na Criança e Jovem’.	- o Equipa de Enfermagem; - o Docente orientadora.	- o Normas, procedimentos e manuais da OE, DGS e da APED; - o Software <i>Canva</i>.
	Realização de panfletos informativos sobre a promoção do controlo da dor – Estágio I e Estágio Final (UCINP): - ‘Estratégias Não Farmacológicas: Recém-nascido e Lactente’; - ‘Estratégias Não Farmacológicas: Criança’; - ‘Estratégias Não Farmacológicas: Jovem’; - ‘Método Canguru’.	- o Enfermeira chefe; - o Enfermeira orientadora; - o Equipa de Enfermagem; - o Docente orientadora.	- o Computador; - o Bases de dados; - o Normas, procedimentos e manuais da OE, DGS e da APED; - o Software <i>Word</i> e <i>Canva</i>; - o Máquina plastificadora.
Sensibilizar as equipas de Enfermagem através do desenvolvimento de estratégias não farmacológicas promotoras do controlo da dor na criança	Desenvolver sessões de formação com a equipa de Enfermagem – Estágio I e Estágio Final (UIP).	- o Enfermeira chefe; - o Enfermeira orientadora; - o Equipa de Enfermagem; - o Docente orientadora.	- o Sala de Formação; - o Computador; - o Projetor; - o Bases de dados; - o Normas, procedimentos e manuais da OE, DGS e da APED; - o Software <i>Word</i> e <i>Canva</i>.
	Realização de um ‘Manual da Dor’ para profissionais de saúde.	- o Enfermeira chefe; - o Enfermeira orientadora; - o Equipa de Enfermagem; - o Docente orientadora.	- o Computador; - o Bases de dados; - o Normas, procedimentos e manuais da OE, DGS e da APED; - o Software <i>Word</i> e <i>Canva</i>.

	Desenvolvimento de normas de procedimento: - ‘Dor em Pediatria: Utilização da Sacarose a 24% em crianças com idade inferior a 12 meses.’; - ‘Capacitação dos pais para realizar o Método Canguru.’.	○ Enfermeira chefe; ○ Enfermeira orientadora; ○ Equipa de Enfermagem; ○ Docente orientadora.	○ Computador; ○ Bases de dados; ○ Normas, procedimentos e manuais da OE, DGS e da APED; ○ Software <i>Word</i>.
	Elaboração de uma ‘Caixa Sorriso’.	○ Enfermeira chefe; ○ Enfermeira orientadora; ○ Equipa de Enfermagem; ○ Docente orientadora.	○ Computador; ○ Bases de dados; ○ Normas, procedimentos e manuais da OE, DGS e da APED; ○ Software <i>Word</i> e <i>Canva</i>; ○ Máquina Plastificadora; ○ Brinquedos.
	Realização de um guia orientador sobre a utilização da ‘Caixa Sorriso’ para profissionais de saúde.	○ Enfermeira chefe; ○ Enfermeira orientadora; ○ Equipa de Enfermagem; ○ Docente orientadora.	○ Computador; ○ Bases de dados; ○ Normas, Procedimentos e manuais da OE, DGS e da APED; ○ Software <i>Word</i> e <i>Canva</i>; ○ Máquina plastificadora.

Apêndice E – Póster ‘Porque é importante vacinar as crianças?’



Apêndice F – Póster ‘Estratégias Não Farmacológicas para a Promoção do Conforto e Alívio da Dor no Recém-nascido’

Estratégias Não Farmacológicas para a Promoção do Conforto e Alívio da Dor



A presença dos pais/cuidadores nos cuidados prestados ao recém-nascido é fundamental. Assim, cabe aos enfermeiros, tornar os pais parceiros na prestação de cuidados aos seus filhos, adquirindo novas habilidades.

Promoção do Conforto do Recém-Nascido

Realizado por:
Paula Ribeiro (Estudante do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Saúde Infantil e Pediatria)



Posicionamento de Conforto

Promove a organização comportamental do recém-nascido perante a realização de um procedimento doloroso.

***Swaddling** (consiste em envolver o recém-nascido com um lençol com tronco alinhado e mãos em linha média);

***Posicionamento em "ninho"** (colocar o recém-nascido com as pernas fletidas, tronco alinhado e mãos em linha média).



Contenção Manual

Os cuidadores devem segurar na cabeça e nos braços mantendo o tronco alinhado e as mãos em linha média, com as pernas fletidas junto à linha média. Com esta estratégia é possível autorregular e evitar a desorganização motora do recém-nascido,



Método Canguru

Consiste em colocar o recém-nascido na posição vertical, sobre o peito de um dos pais/cuidadores, em contacto pele a pele. Desta maneira, é possível diminuir o stress vivenciado pelo recém-nascido e diminuir a ansiedade vivida pelos pais.

Esta estratégia deve ser utilizada antes e após o procedimento doloroso.



Amamentação

A amamentação combina várias estratégias não farmacológicas como a sucção nutritiva, o sabor doce e o contacto materno. O recém-nascido deve ser amamentado antes, durante e após o procedimento doloroso, reduzindo a dor e o stress e proporcionando conforto.



Sucção Não Nutritiva

A sucção não nutritiva é uma necessidade que o recém-nascido apresenta desde o seu nascimento e que lhe proporciona uma sensação de bem-estar e proteção. A chupeta inibe a agitação e atenua o desconforto do recém-nascido.



Sacarose

A utilização da sacarose está associada à redução da dor. Esta estratégia não farmacológica é mais eficaz no 1º ano de vida, pois está relacionada com a estimulação oro-gustativa ocorrendo uma redução da transmissão de estímulos que provocam dor. A administração da sacarose deve ser realizada minutos antes e durante o procedimento doloroso.



Promoção do Ambiente Envolvente

Deve-se tentar recriar um ambiente semelhante ao ambiente intrauterino. Deve ser evitada a incidência de luzes sobre o recém-nascido e ser reduzido o ruído ambiente. Torna-se importante promover um ambiente favorável para o crescimento e desenvolvimento adequado do recém-nascido.

Bibliografia
Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. (2013).

Apêndice G – Póster ‘Estratégias Não Farmacológicas para a Promoção do Conforto e Alívio da Dor na Criança e Jovem’



Brincadeira lúdica e terapêutica

A brincadeira permite transmitir informações verdadeiras à criança (com linguagem adequada ao desenvolvimento cognitivo e intelectual da criança).

É muito útil na preparação prévia para procedimentos. A utilização destas estratégias permite reduzir o nível de ansiedade e o medo associados à realização de procedimentos invasivos.



Simulação / Modelagem

Consiste em demonstrar ou simular procedimentos, por outra criança ou adulto, através da colocação de máscara, perfusão endovenosa, penso na pessoa significativa e fazer com que a criança toque nos materiais («faz de conta»). Desta maneira, demonstram-se comportamentos de conforto positivo e que ajudam a lidar com a dor e a ansiedade.



Musicoterapia

Durante o procedimento doloroso devem ser colocadas músicas que a criança esteja habituada, para que se consiga abstrair do momento doloroso.

A musicoterapia ajuda a diminuir o stress e a tensão muscular, promovendo o relaxamento.



Estratégias de relaxamento

Prepara a criança para os procedimentos dolorosos, ajudando a reduzir o medo, controlar a ansiedade e a dor. O relaxamento é útil em todas as idades, mas assume especial importância nos adolescentes.

Pode-se promover o relaxamento através de exercícios de respiração diafragmática, exercícios de relaxamento muscular progressivo e exercícios de relaxamento ativo.



Distração comportamental

Pretende-se desviar a atenção do estímulo doloroso, antes e durante o procedimento doloroso, através de objetos divertidos, envolventes e interativos, tais como: brinquedos, contar histórias, bolas de sabão, vídeos interativos, exercícios de respiração e livros.

A distração deve ser iniciada antes, durante e após o procedimento para reduzir a ansiedade e melhorar a recuperação.



Linguagem positiva

Deve ser utilizada uma postura calma e a voz normal antes, durante e após o procedimento doloroso. A criança é elogiada ou recompensada com um relato positivo, brinquedo ou outro tipo de prémio imediatamente após o procedimento doloroso. Não devem ser utilizadas expressões como «Desculpa», «Já vai acabar», «É só uma pica», «Não dói nada».



Informação preparatória

A informação sobre os procedimentos a realizar é um dever dos profissionais e um dos direitos da criança. Implica explicar à criança as etapas do procedimento. A informação deve ser adequada à idade da criança, coincidindo com o momento em que é realizado o procedimento, uma vez que crianças com idade inferior a seis ou sete anos não retêm informação por mais de uma hora.



Imaginação guiada / Hipnose clínica

Promove uma sensação de bem-estar e relaxamento através da indução de um estado de concentração, intensificado numa ideia ou imagem particular. Atua como distração e alívio da ansiedade em crianças com mais de quatro anos, conduzindo a imaginação para um lugar agradável, com pensamentos positivos, reduzindo a sensação dolorosa.



Presença da pessoa significativa / Toque / Conforto

A separação dos pais provoca stress na criança e pode aumentar a perceção da dor. Para as crianças os pais são proteção, confiança, amor e carinho, e torna-se importante orientar os pais para que estes tenham uma presença de qualidade e que toquem, falem, sejam honestos e ajudem a lidar com os procedimentos dolorosos.

Realizado por:
Paula Ribeiro (Estudante do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Saúde Infantil e Pediatria)

Bibliografia
Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança.
(2013).

Estratégias Não Farmacológicas para a Promoção do Conforto e Alívio da Dor



A presença dos pais/cuidadores nos cuidados prestados à criança é fundamental. Assim, cabe aos enfermeiros, tornar os pais parceiros na prestação de cuidados aos seus filhos, adquirindo novas habilidades.

Promoção do Conforto da Criança e Jovem

Apêndice H – Manual da dor

Manual da Dor



USF

JUNHO DE 2022



**Apêndice I – Sessão de Formação ‘Cuidar com Amor: A Atuação do EEESIP
para o Controlo da Dor na Criança’ e respetivo Plano de Sessão**



Mestrado em Enfermagem em Associação

CUIDAR COM AMOR

A Atuação do EESIP para o Controlo da Dor na Criança e Jovem

Discente:
Paula Ribeiro

Enfermeiras Orientadoras:

junho de 2022

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Cuidar com Amor – A atuação do EESIP para o controlo da dor na criança e jovem

POPULAÇÃO ALVO: Equipa de Enfermagem da USF

FORMADORA: Enfª Paula Ribeiro **Orientadora de Estágio:**

Dulce Cruz)

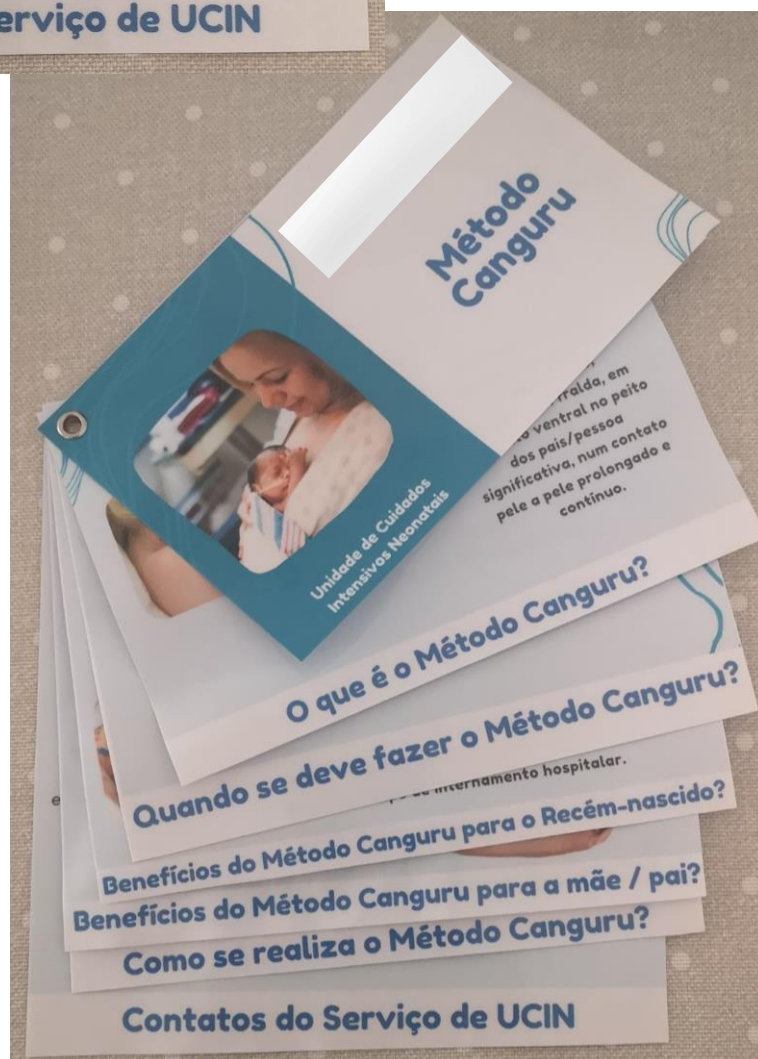
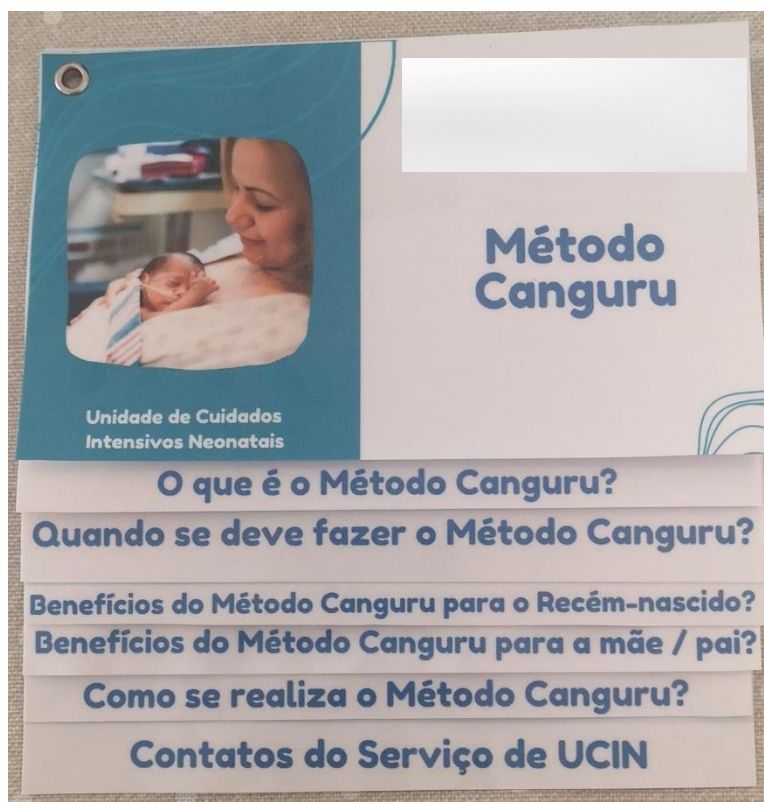
Orientadora Pedagógica: Professora

LOCAL: Sala de Formação da USF **DATA:** 22/06/2022 **HORA:** 13h **DURAÇÃO:** 45 minutos

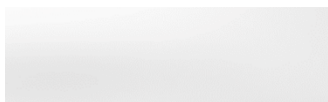
OBJETIVOS

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da avaliação da dor e utilização das estratégias não farmacológicas no alívio da dor;
- Contribuir para o controlo da dor na criança e jovem, através da utilização de estratégias não farmacológicas pela equipa de enfermagem;
- Apresentar os *posters*, o manual da dor e o guia orientador de modo a uniformizar os procedimentos de enfermagem.

Apêndice J – Panfleto informativo ‘Método Canguru’



Apêndice K – Norma de Procedimento ‘Capacitação dos Pais para Realizar o Método Canguru’



NORMA DE PROCEDIMENTO UCINP – 3XXX Capacitação dos pais para realizar o Método Canguru

APROVAÇÃO

FINALIDADE	Uniformizar os Cuidados de Enfermagem para a prática do Método Canguru, como fator promotor do aleitamento materno, da vinculação e da autonomia dos pais nos cuidados ao recém-nascido.
DESTINATÁRIOS	Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.
PALAVRAS-CHAVE	Método Canguru; Vinculação.

[Não escrever nesta zona da página]

Autores	Paula Ribeiro (Estudante do 6º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica); Enfª Especialista	2022.10.17
Verificação SGQ/CQS	[Identificar responsáveis pela verificação]	[Data de Verificação]
Aprovação	Conselho de Administração	[Data de Aprovação]
Divulgação	[Identificar responsáveis pela verificação]	[Data de Divulgação]
Versão	1	[Data de Revisão]

Capacitação dos pais para realizar o Método Canguru

Versão 1 Pág. 1 de 11

Este é um documento controlado. A versão eletrónica colocada no servidor do Serviço é a cópia controlada. Qualquer cópia impressa deste documento não é controlada. Deve ser sempre acedido a partir do servidor do Serviço e não deve ser guardado em unidades locais

Apêndice L – Panfleto Informativo ‘Estratégias Não Farmacológicas: Recém-nascido e Lactente’



Sabia que...

... o seu bebé sente dor e desconforto quando são realizados procedimentos invasivos?

A vacinação ou a punção venosa, para colheita de sangue para análises, são exemplos de procedimentos invasivos que são repetidos inúmeras vezes e que provocam dor aos bebés.

Os pais podem fazer a diferença!



Ao ler este panfleto vai encontrar estratégias que permitem reduzir a dor do seu filho durante estes procedimentos.

Quanto mais estratégias forem utilizadas ao mesmo tempo, maior será o efeito provocado pelas mesmas.

Elaborado por: EnFª Paula Ribeiro, Aluna do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Saúde Infantil e Pediátrica

Enfermeiras Orientadoras: EEESIP [redacted] e EEESIP [redacted]



**Serviço de Urgência
Pediátrica do [redacted]**

Referências Bibliográficas:

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2022). *Para uma vacinação sem medo e sem dor*.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Circular Normativa nº024/2012. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Circular Normativa nº022/2012. Lisboa: DGS.
- Franck, L. (2020). *Como confortar um bebé nos cuidados intensivos*. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*.



**Estratégias Não
Farmacológicas
- Recém-nascido e Lactente -**

**Apêndice M – Panfleto Informativo ‘Estratégias Não Farmacológicas:
Criança’**



É importante que...

Quanto mais envolvida a criança estiver na distração, melhor funcionará. Não nos podemos esquecer que elogiar e oferecer uma recompensa após o procedimento doloroso pode ajudar as crianças a não sentirem medo e ansiedade e, também, a não terem memórias negativas.



Referências Bibliográficas:

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2022). *Para uma vacinação sem medo e sem dor: Guia para profissionais de saúde.*
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2022). *Para uma vacinação sem medo e sem dor: Guia para pais de crianças e adolescentes.*
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Circular Normativa n.º022/2012. Lisboa: DGS.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança.*

Serviço de Urgência Pediátrica do

Elaborado por: EnFª Paula Ribeiro, Aluna do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Saúde Infantil e Pediátrica

Enfermeiras Orientadoras: EEESIP [redacted] e EEESIP [redacted]

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Estratégias Não Farmacológicas - Criança -



**Apêndice N – Panfleto Informativo ‘Estratégias Não Farmacológicas:
Adolescente’**



Mas antes de realizarmos algum procedimento doloroso é fundamental...

- ✓ Informar o seu filho dos procedimentos que têm de ser realizados.
- ✓ Informar o seu filho que tem competências para controlar a dor.
- ✓ Incentivar o seu filho a descrever e identificar aquilo que está a sentir.
- ✓ Informar e explicar ao seu filho estratégias que podem aliviar e controlar a dor.

Os pais podem fazer a diferença !

Elaborado por: Enfª Paula Ribeiro,
Aluna do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Saúde Infantil e Pediátrica
Enfermeiras Orientadoras: EEESIP [redacted] e EEESIP [redacted]

Serviço de Urgência Pediátrica do [redacted]

Referências Bibliográficas:

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2022). Para uma vacinação sem medo e sem dor: Guia para profissionais de saúde.
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2022). Para uma vacinação sem medo e sem dor: Guia para pais de crianças e adolescentes.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Circular Normativa n.º022/2012. Lisboa: DGS.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boas Práticas: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Apêndice O – Norma de Procedimento ‘Dor em Pediatria: Utilização da Sacarose a 24% em Crianças com Idade Inferior a 12 meses’

	PROCEDIMENTO OPERATIVO		
	Dor em Pediatria – Utilização da Sacarose a 24% em crianças com idade inferior a 12 meses –		
Código:	Edição: 1	Revisão: 0	Páginas: 1 de 8

Objetivo

- Capacitar os Enfermeiros para a utilização da Sacarose a 24%, durante os procedimentos dolorosos, em crianças com idade inferior a 12 meses;
- Contribuir para o alívio e controlo da dor em crianças com idade inferior a 12 meses.

Aplicação

Este procedimento aplica-se aos Enfermeiros do Serviço de Obstetrícia, Unidade de Neonatologia, Internamento de Pediatria e Unidade Urgência Pediátrica.

Responsabilidades

Tipo de documento	Elaboração	Aprovação	Distribuição/Divulgação	Responsável pelo procedimento
	Paula Ribeiro (Aluna do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Saúde Infantil e Pediátrica) EEESIP (Enfermeiras orientadoras)	Conselho de Administração	Serviço de Obstetrícia, Unidade de Neonatologia, Internamento de Pediatria e Unidade Urgência Pediátrica	Enfermeiros

Apêndice P – Caixa Sorriso e respetivos Materiais Didáticos



Material Didático e Terapêutico

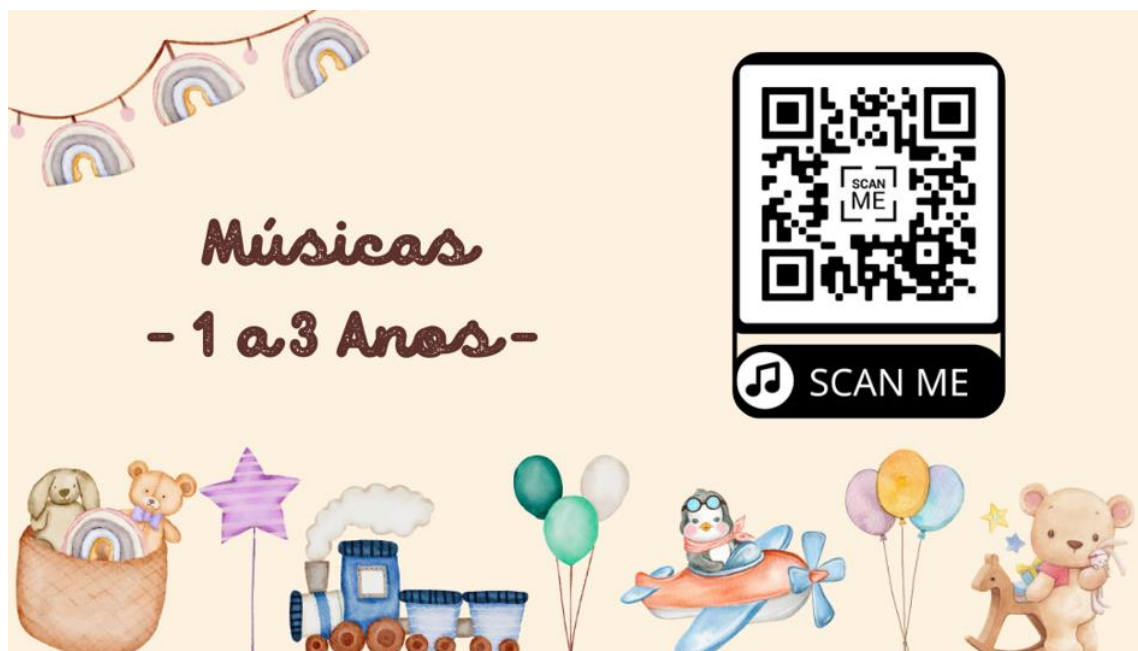
- Caixa Sorriso -



0 - 12 Meses	Brinquedos com cores vivas e sons: roca e telemóvel Panos macios Bola com espelho e com várias texturas Música para bebés (QR code: 0-12 meses) Material didático: máscara, frasco, sistema de soro e penso
	
1 - 3 Anos	Boneco para servir de modelo Fantoches de dedo e apitos coloridos («Língua da sogra») Instrumentos musicais: xilofone, pandeireta e telemóvel Jogos de encaixe Bolas de sabão Livros coloridos com histórias, canções e rimas Material para desenhos: Lápis e papel Música para crianças (QR code: 1-3 anos) Material didático: compressas, penso, adesivo, ligadura
	
4 - 6 Anos	Boneco para servir de modelo Fantoches de dedo e apitos coloridos («Língua da sogra») Jogos como puzzles e telemóvel Bolas coloridas Livros coloridos com histórias, canções e rimas Material para desenhos: Lápis e papel Diplomas ou medalhas de bom comportamento Material didático: compressas, penso, adesivo, ligadura e seringa
	
7 - 11 Anos	Jogos como puzzles, sudoku e sopas de letras, e telemóvel Bolas coloridas antistress Livros de temáticas diversas: ciência, anedotas, adivinhas Material para pintura: figuras de Mandalas Material didático: compressas, penso, adesivo, ligadura e seringa
	
12 - 18 Anos	Jogos como puzzles, sudoku e sopas de letras, e telemóvel Bolas coloridas antistress Livros de temáticas diversas: ciência, anedotas e adivinhas Material para pintura: figuras de Mandalas
	

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)





Aplicações interativas





Real Chalk Board || Quadro de Giz
Podes desenhar num quadro de giz com cores diferentes!

Joga comigo!

Talking Tom || O meu gato Tom
Podes ter um gatinho que repete tudo o que tu dizes, com uma voz engraçada! Ajuda-o a fazer algumas tarefas.



Joga comigo!



Real Drum || Bateria elétrica
Podes tocar bateria!

Vamos tocar?!



Tesla Toy || Toque Elétrico
Toca no ecrã e sente a energia dos raios elétricos que se formam!



Toca no ecrã!



Ninja Fruit || Jogo de Frutas
Queres divertir-te e ter momentos cheios de energia? Então prepara-te para seres o melhor a utilizar a tua espada e a cortar fruta!

Vamos ajudar a cortar fruta?

Koi Pond || O Peixe Colorido
Toca na superfície do lado para veres o ondular da água. Ajuda o peixe a crescer!



Vamos ajudar o peixe a crescer?



Easy Bake Treats|| Cozinhar bolinhos
Queres fazer bolinhos saborosos e divertidos? Vamos jogar e cozinhar os bolos mais saborosos e bonitos que já alguma vez viste!

Vamos cozinhar?

Comfort Kit || Kit de Conforto
Aqui vais encontrar diversas atividades que te vão ajudar a controlar alguns sintomas, como a dor, náuseas, preocupações ou problemas em dormir!



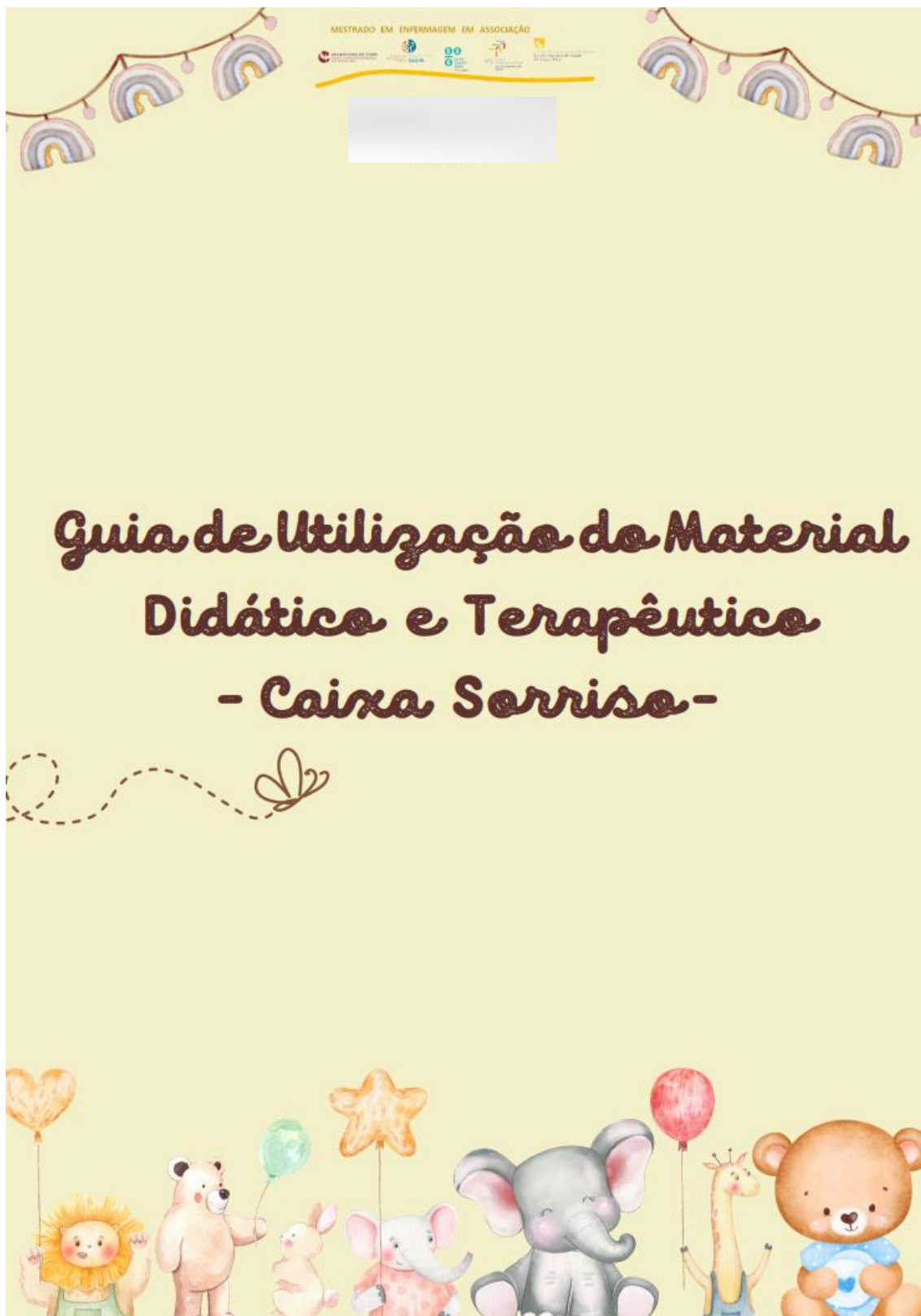
Vamos relaxar?



Balloons Jamore || Jogar com balões
Animais em forma de balão? Observa o balão a subir e tenta apanhá-lo!

Vamos brincar com os balões?

Apêndice Q – Guia de Utilização da Caixa Sorriso para os Profissionais de Saúde



**Apêndice R – Sessão de Formação ‘Cuidar com Amor: Caixa Sorriso’ e
respetivo Plano de Sessão**



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

PLANO DE SESSÃO

Tema: Cuidar com Amor – A Caixa Sorriso

População Alvo: Equipa de Enfermagem do Internamento de Pediatria do

Formadora: Enfª Paula Ribeiro **Orientadora de Estágio:** EEESIP

EEESIP

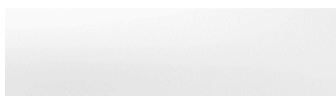
Orientadora Pedagógica: Professora Dulce Cruz

Local: Sala de Formação do Internamento de Pediatria **Data:** 25/01/2023 **Hora:** 14h **Duração:** 35 minutos

OBJETIVOS

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da utilização das estratégias não farmacológicas no controlo e alívio da dor;
- Contribuir para o alívio da dor na criança e jovem, através da utilização da Caixa Sorriso pela equipa de enfermagem;
- Apresentar a Caixa Sorriso e o guia de utilização, elaborados, de modo a uniformizar os procedimentos de enfermagem.

Apêndice S – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação ‘Cuidar com Amor: A Atuação do EEESIP para o Controlo da Dor na Criança’ e respetivo tratamento de dados



Avaliação da Sessão de Formação e do Formador pelo Formando

Ação de formação: Cuidar com Amor: A Atuação do EEESIP para o Controlo da Dor na Criança e no Jovem.

Data: 22/06/2022

Nome do formador: Enfª Paula Ribeiro

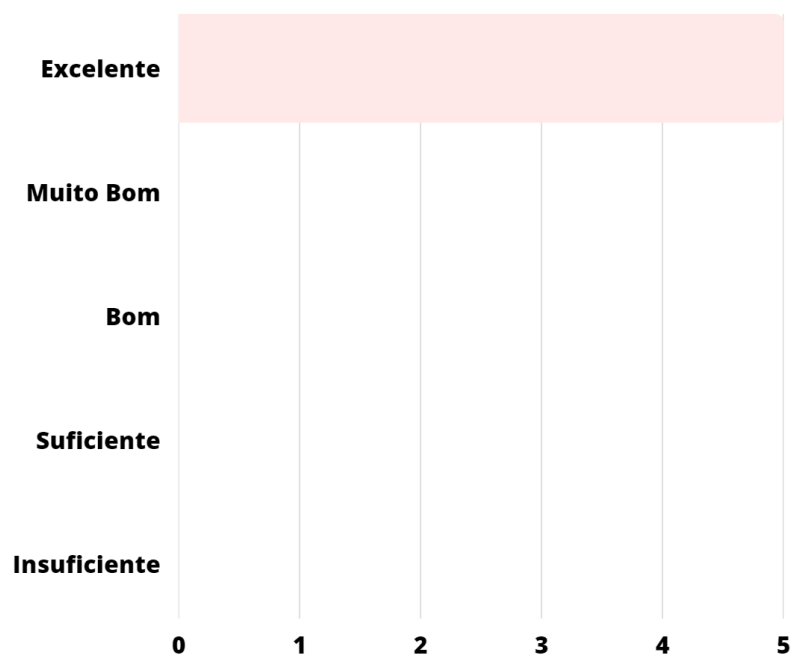
Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

Avaliação global da sessão de formação... (Indicadores)	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito bom	Excelente
1. Como classifica a organização dos conteúdos apresentados?					
2. Como classifica a segurança e domínio da temática por parte da formadora?					
3. Como classifica os meios audiovisuais utilizados durante a sessão?					
4. Como classifica a utilidade da sessão de formação no sentido de melhorar a sua prática?					

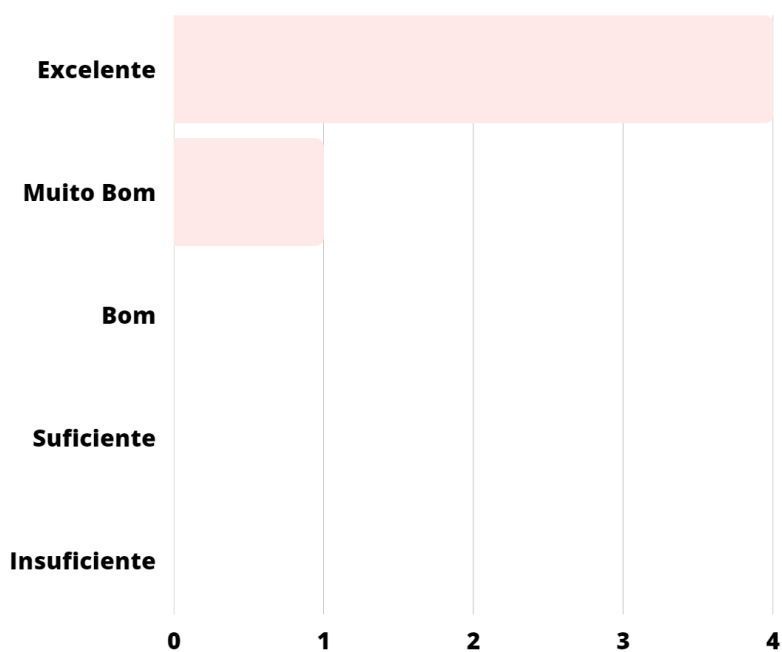
Sugestões de melhoria para futuras sessões de formação:

Obrigada pela sua colaboração.

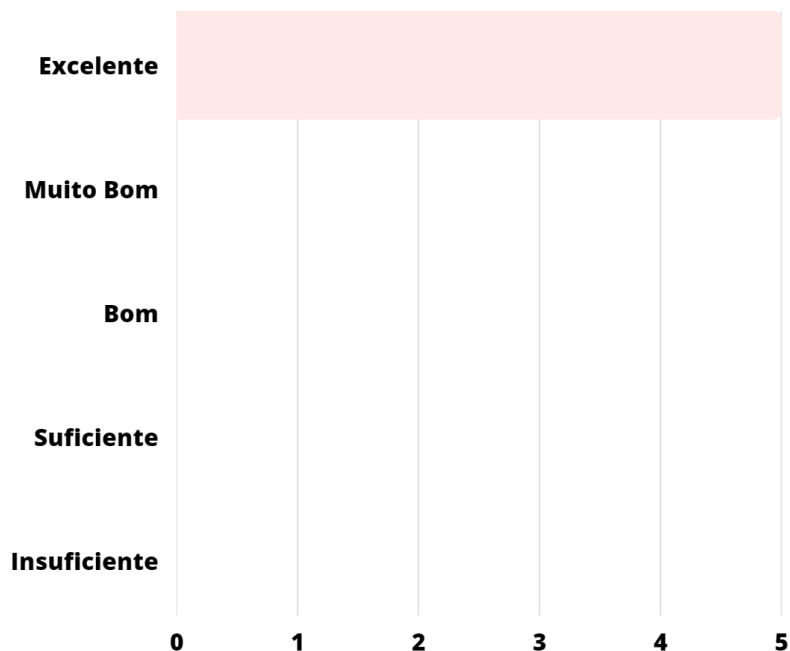
Indicador 1. Como classifica a organização dos conteúdos apresentados?



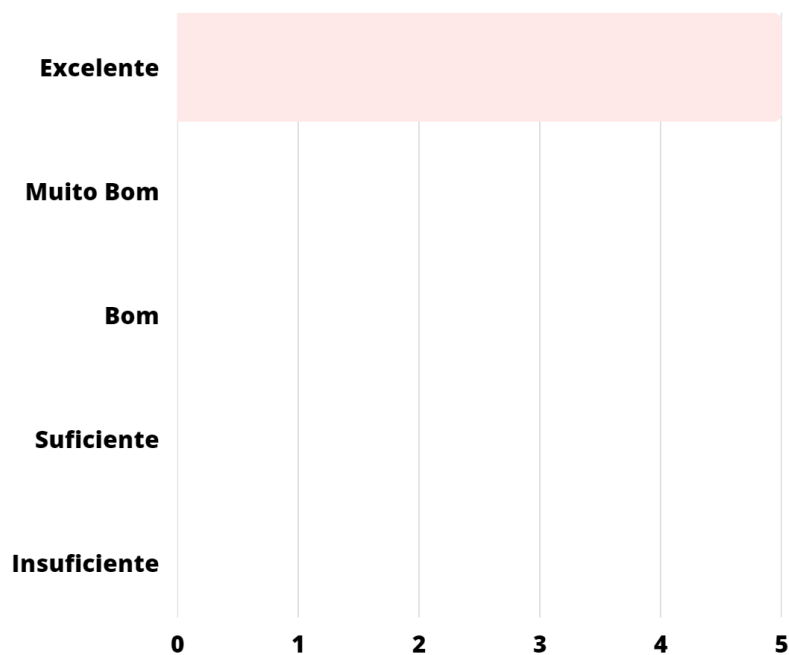
Indicador 2. Como classifica a segurança e domínio da temática por parte da formadora?



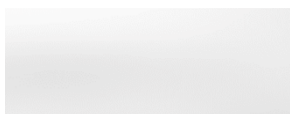
Indicador 3. Como classifica os meios audiovisuais utilizados durante a sessão?



Indicador 4. Como classifica a utilidade da sessão de formação no ensino de melhorar a sua prática?



Apêndice T - Questionário de Avaliação da Sessão de Formação ‘Cuidar com Amor: Caixa Sorriso’ e respetivo tratamento de dados



Avaliação da Sessão de Formação e do Formador pelo Formando

Ação de formação: Cuidar com Amor: A Caixa Sorriso

Data: 25/01/2023

Nome do formador: Enfª Paula Ribeiro

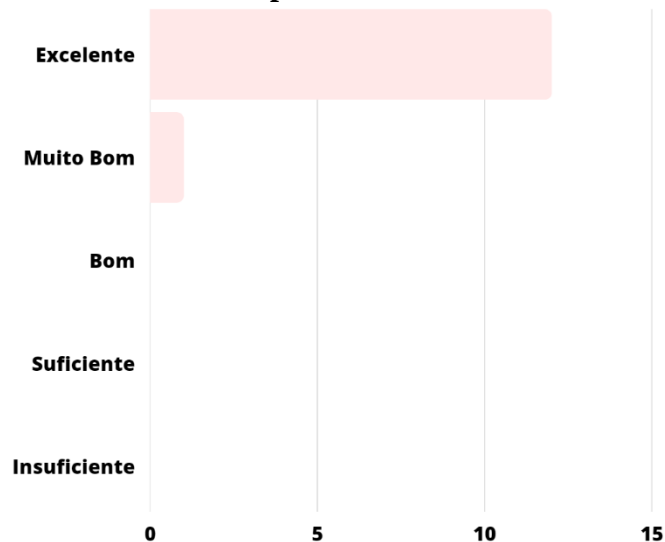
Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

Avaliação global da sessão de formação... (Indicadores)	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito bom	Excelente
1. Como classifica a organização dos conteúdos apresentados?					
2. Como classifica a segurança e domínio da temática por parte da formadora?					
3. Como classifica os meios audiovisuais utilizados durante a sessão?					
4. Como classifica a utilidade da sessão de formação no sentido de melhorar a sua prática?					

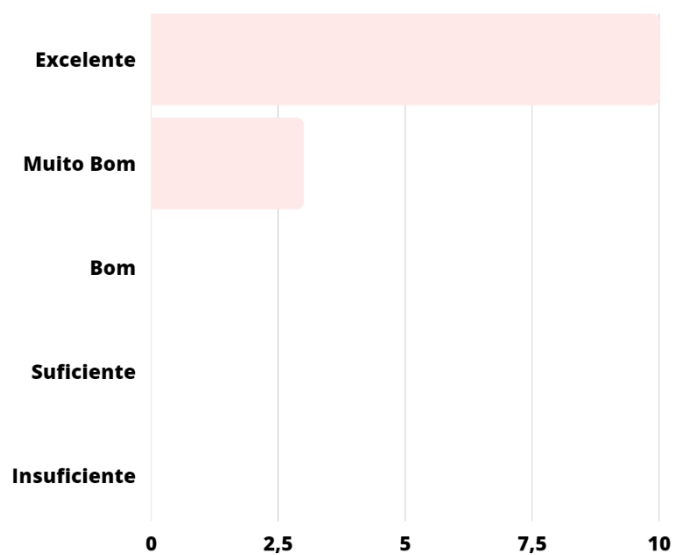
Sugestões de melhoria para futuras sessões de formação:

Obrigada pela sua colaboração.

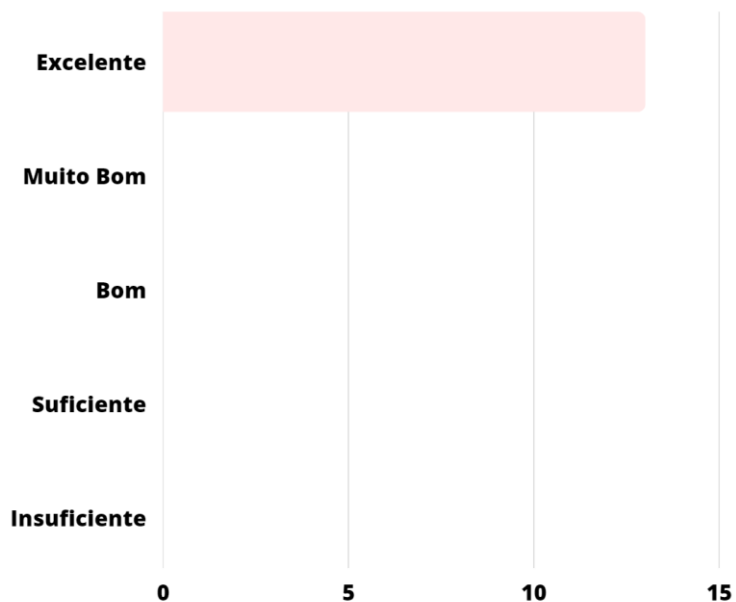
Indicador 1. Como classifica a organização dos conteúdos apresentados?



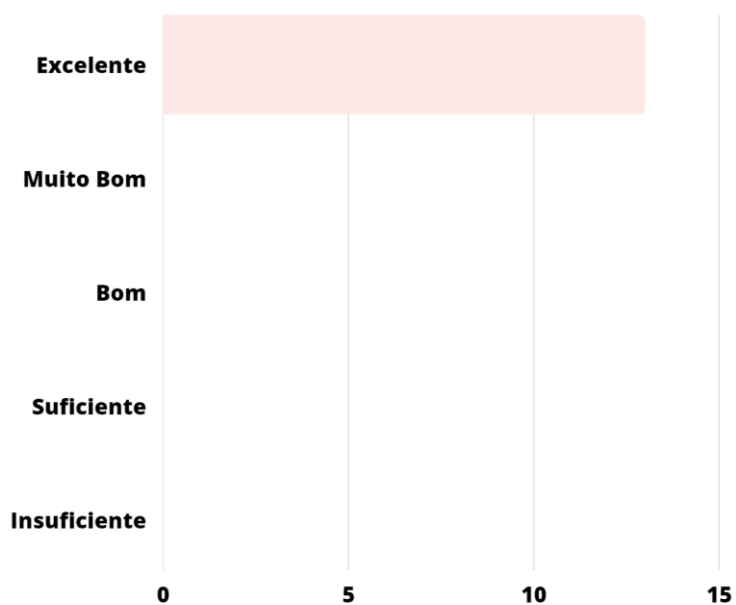
Indicador 2. Como classifica a segurança e domínio da temática por parte da formadora?



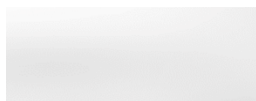
Indicador 3. Como classifica os meios audiovisuais utilizados durante a sessão?



Indicador 4. Como classifica a utilidade da sessão de formação no ensino de melhorar a sua prática?



**Apêndice U - Questionário de Avaliação da ‘Caixa Sorriso’ e Guia de
Utilização, e respetivo tratamento de dados**



Avaliação da Caixa Sorriso e do Guia de Utilização

Este questionário surge no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto Politécnico de Setúbal e destina-se aos enfermeiros do Internamento de Pediatria do

Com o preenchimento deste questionário pretende-se saber a sua opinião sobre a Caixa Sorriso e o Guia de Utilização que foram elaborados para o serviço de Internamento de Pediatria do

É de caráter individual e voluntário. Não há respostas certas ou erradas e os dados recolhidos serão utilizados apenas para fins académicos.

O anonimato será assegurado e não são recolhidos dados sociodemográficos que o possam identificar.

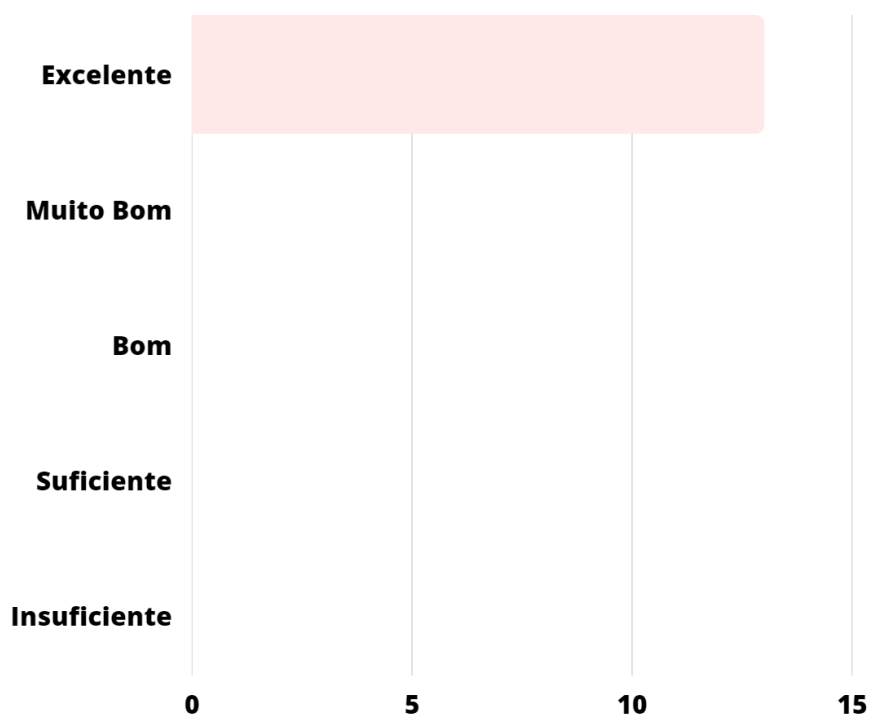
A sua opinião é importante. Agradeço antecipadamente a sua colaboração.

Para responder basta assinalar com um “X” a resposta, de acordo com a escala apresentada.

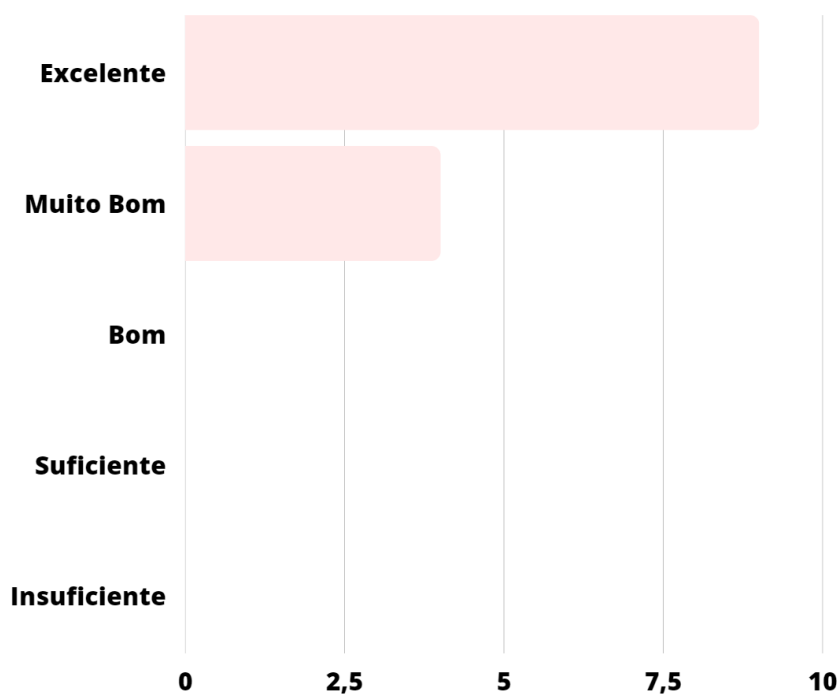
Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
1	2	3	4	5

Indicadores:	Avaliação				
	1	2	3	4	5
Como classifica a apresentação da Caixa Sorriso?					
Como classifica a utilidade da Caixa Sorriso para o desempenho das suas funções no Internamento de Pediatria?					
Considera que a utilização da Caixa Sorriso, durante os procedimentos invasivos, minimiza a dor associada aos mesmos?					
Como classifica a organização e a utilidade dos conteúdos do guia de utilização?					

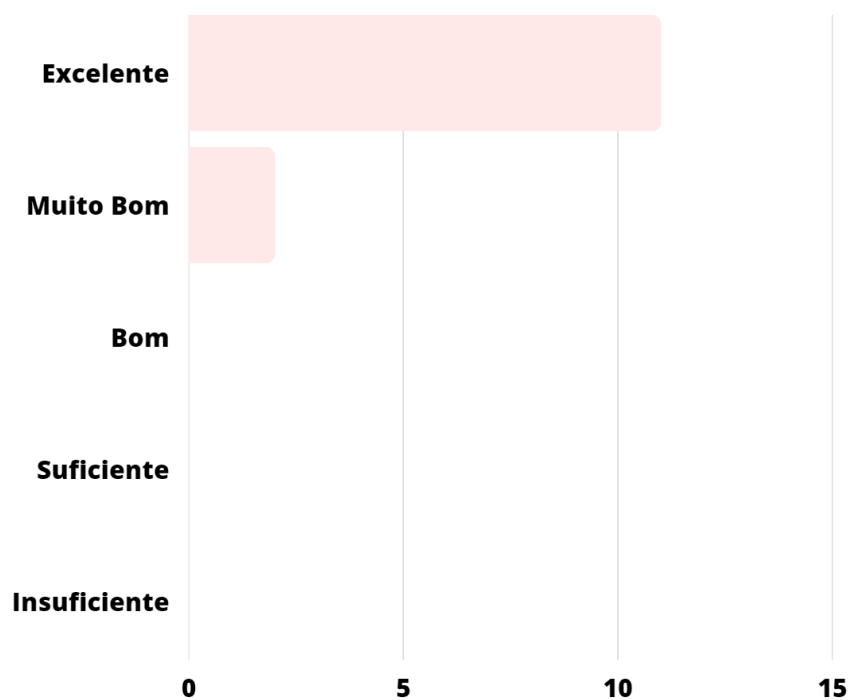
Indicador 1. Como classifica a apresentação da Caixa Sorriso?



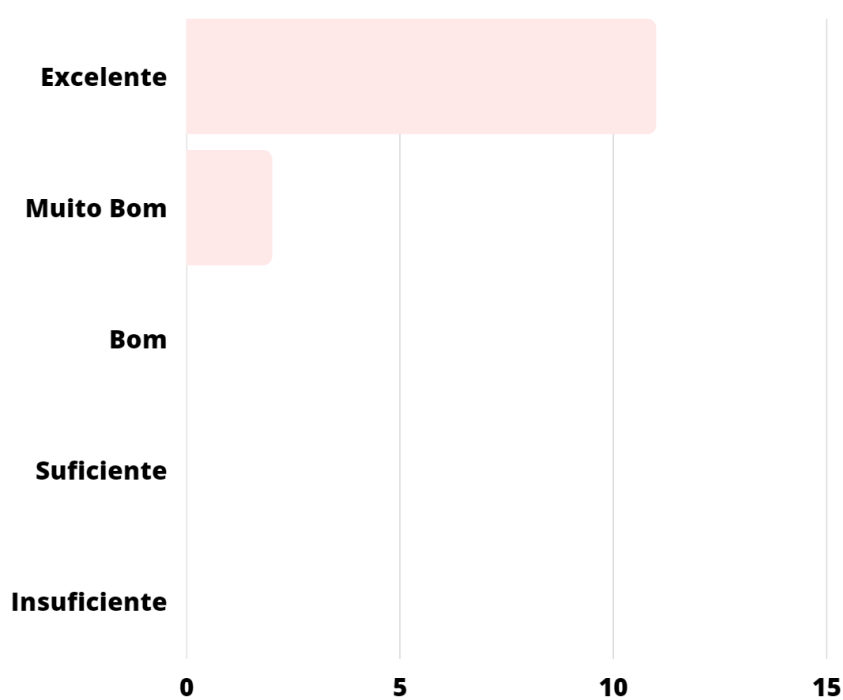
Indicador 2. Como classifica a utilidade da Caixa Sorriso para o desempenho das suas funções no Internamento de Pediatria?



Indicador 3. Considera que a utilização da Caixa Sorriso, durante os procedimentos invasivos, minimiza a dor associada aos mesmos?



Indicador 4. Como classifica a organização e a utilidade dos conteúdos do guia de utilização?



Apêndice V - Resumo do Artigo de Revisão Sistemática da Literatura ‘Efeito da Presença dos Pais durante a Realização de Procedimentos Dolorosos nas Crianças Hospitalizadas’

EFEITO DA PRESENÇA DOS PAIS DURANTE A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DOLOROSOS NAS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

- Uma Revisão Sistemática da Literatura -

Maria Dulce Damas Cruz ^a & Paula Cristina Agostinho Ribeiro ^b

RESUMO

Introdução: As crianças são muitas vezes sujeitas a procedimentos dolorosos em ambiente hospitalar. Apesar de comprovados os benefícios destes procedimentos, os efeitos que podem resultar, como a dor, a ansiedade e o medo, podem constituir uma fonte de grande angústia para as crianças. Os pais constituem um papel positivo, pelo que a sua presença durante os procedimentos pode ser uma vantagem. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo reunir evidências sobre o efeito da presença dos pais durante a realização de procedimentos dolorosos nas crianças. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, conduzida seguindo as diretrizes *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses*, reunindo estudos de investigação disponíveis nas bases de dados *Pubmed* e *EBSCOhost*. **Resultados:** De uma forma geral, os estudos indicam que a presença dos pais tem efeitos positivos nas crianças. As crianças apresentam níveis de dor, ansiedade e *stress* menores, quando comparadas com as crianças que não tiveram a presença dos pais. **Conclusão:** Este trabalho evidencia vantagens para as famílias, crianças e profissionais de saúde, destacando-se a redução da dor, ansiedade e *stress* das crianças e a redução de comportamentos negativos nas mesmas. Torna-se relevante fornecer informação aos pais e, também, permitir a sua presença durante os procedimentos dolorosos, caso seja a sua vontade. **Palavras-Chave:** Crianças hospitalizadas; Cuidados centrados na família; Presença parental; Procedimentos dolorosos; Suporte parental.

ABSTRACT

THE CONSEQUENCES OF PARENTAL ATTENDANCE DURING PAINFUL PROCEDURES IN HOSPITALIZED CHILDREN: A Systematic Literature Review

Introduction: Children are often subjected to painful procedures in hospital setting. Despite the proven benefits of these procedures, these can lead to certain results, such as pain, anxiety and fear, which can be a source of great distress for children. Parents play a positive role, so their presence during the mentioned procedures can be an advantage. **Aim:** This article aims to gather evidence on the effect of parental presence during painful procedures in children. **Methodology:** A systematic literature review was conducted following the *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* guidelines, gathering research studies available in *Pubmed* and *EBSCOhost* databases. **Results:** Overall, studies indicate that parents' presence has positive effects on children. Children demonstrate to have lower levels of pain, anxiety and stress when compared to children who did not have their parents with them. **Conclusion:** This work shows advantages for families, children and healthcare professionals, highlighting the reduction of pain, anxiety and stress in children and the reduction of negative behaviours. It also demonstrated that it is important to keep parents informed and also to allow their presence during painful procedures, if they wish to do so.

Keywords: Child hospitalized; Family-centered care; Parental presence; Painful procedures; Parental support.

RESUMEN

EL EFECTO DE LA PRESENCIA DE LOS PADRES DURANTE LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS A NIÑOS HOSPITALIZADOS: Una Revisión Sistemática de la Literatura

Introducción: Los niños son regularmente sometidos a procedimientos dolorosos en contexto hospitalar. Aunque existan beneficios comprobados en estos procedimientos, los efectos de ahí derivados, como el dolor, la ansiedad y el miedo pueden ser una fuente de gran angustia para los niños. Los padres tienen un papel positivo, por lo que su presencia durante los mismos puede ser una ventaja. **Gol:** Este artículo se propone a reunir evidencias sobre el efecto de la presencia de los padres durante la realización de procedimientos dolorosos en niños. **Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica sistemática siguiendo las directrices de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses*, recopilando estudios de investigación disponibles en las bases de datos *Pubmed* y *EBSCOhost*. **Resultados:** De modo general, los estudios indican que la presencia de los padres tiene efectos positivos en los niños. Estos presentan niveles más bajos de dolor, ansiedad y estrés en comparación con niños que no tuvieron sus padres presentes durante los procedimientos. **Conclusión:** Este artículo destaca las ventajas para las familias, los niños y los profesionales sanitarios, por lo que se destaca la reducción del dolor, de la ansiedad y del estrés en niños, bien como la disminución de los comportamientos negativos en ellos. Se concluye también la importancia de informar a los padres y también de permitir su presencia durante la realización de procedimientos dolorosos, si ellos lo desearan.

Palabras Clave: Niño hospitalizado; Atención centrada en la familia; Presencia de los padres; Procedimientos dolorosos; Apoyo parental.

^a Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora; Doutoramento em Ciências da Saúde e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica | <https://orcid.org/0000-0002-0949-3425>

^b Enfermeira de Cuidados Gerais no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira e aluna do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica | <https://orcid.org/0000-0002-8787-5787>

Apêndice X – Estudo de Caso ‘Lactente L.’



PAULA RIBEIRO

ESTUDO DE CASO

- Lactente L. -

Realizado no âmbito da unidade curricular
Estágio I, do 2º semestre, do 1º ano, do 6º Curso
de Mestrado em Enfermagem

DOCENTE RESPONSÁVEL:

Professora Doutora Dulce Cruz

ENFERMEIRA ORIENTADORA:



2022