



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

**Direito a não ter dor
Cuidado de enfermagem à criança com anemia das
células falciformes**

Marta Bojaca Neto

**Lisboa
2020**



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

**Direito a não ter dor
Cuidado de enfermagem à criança com anemia das
células falciformes**

Marta Bojaca Neto



Orientador: Professora Doutora Maria Filomena Sousa



**Lisboa
2020**

**“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”**

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

**A todos os que se cruzaram comigo neste percurso,
que partilharam os dias alegres e os dias mais negros,
que me ajudaram a erguer a cabeça, a simplificar o que parecia impossível,
a aprender, a crescer e a não desistir.**

**À minha irmã,
pelo apoio constante, pela partilha de angústias,
pelas noites de leitura, pela paciência infinita, pelo reforço positivo.**

**Aos meus pais,
por serem quem são, pela eterna motivação, paciência e confiança,
pelas refeições nutritivas e saborosas que me mantiveram de pé.**

**À professora Filomena,
pelo incentivo, a orientação, as palavras serenas e o sorriso animador
que me fizeram acreditar que conseguiria superar os obstáculos.**

**A ti, Susana. Entrámos juntas nesta aventura
e foste o outro prato da balança, imprescindível ao equilíbrio.**

**A cada criança e família que se cruzou no meu caminho
e que influenciou quem hoje sou.**

**E uma vez mais, a ti, Amigo.
Anos passaram... algumas memórias estão hoje mais esbatidas.
Mas a tua força inspiradora, o teu exemplo de coragem e o teu sorriso
contagante continuam sempre presentes.**

**Sei que partilharias a minha felicidade
e estiveste tantas vezes presente neste percurso.
Fazes-me falta... e ainda hoje fazes tudo isto fazer sentido!**

SIGLAS

ACF – Anemia das Células Falciformes
AINEs – Anti-Inflamatórios Não Esteroides
CCF – Cuidados Centrados na Família
CNT – Cuidados Não Traumáticos
CVO – Crise Vaso-Oclusiva
DIR – *Developmental, Individual-differences & Relationship-base*
DGS – Direção-Geral da Saúde
EE – Enfermeiro Especialista
EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ELI – Equipas Locais de Intervenção
Hgb – Hemoglobina
IAC – Instituto de Apoio à Criança
IASP – *International Association for the Study of Pain*
ICDL – *Interdisciplinary Council on Development and Learning*
IPA – *Internacional Play Association*
NACJR – Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NHACJR – Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NHLBI – *National Heart, Lung, and Blood Institute*
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PNPCDor – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor
PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar
PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PQCE – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem
PSI – Plano de Saúde Individual
REPE – Regulamentação do Exercício Profissional de Enfermagem
RN – Recém-Nascido
RPQCEESCJ – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
SAV – Suporte Avançado de Vida
SE – Saúde Escolar
SIHP – Serviço de Internamento Hospitalar Pediátrico
SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A excelência dos cuidados em enfermagem pediátrica tem como fio condutor o bem-estar da criança, visando sempre a maximização da sua saúde e a adaptação a situações relacionadas com o ciclo de vida ou com uma condição de saúde complexa. Enquanto requisitos da humanização desses cuidados importa realçar os cuidados centrados na família, os cuidados não traumáticos e a parceria de cuidados, numa estreita relação com uma abordagem holística e multidisciplinar que visa dar a resposta mais adequada às necessidades de cada criança e família.

Cuidar com vista ao bem-estar tem intrínseco a gestão diferenciada da dor enquanto aspeto crucial a ser considerado. Recorrendo ao modelo de sistemas de Neuman enquanto quadro de referência orientador da prática, a dor é identificada enquanto *stressor* que pode interferir com o bem-estar da criança e família, sendo o controlo da mesma reconhecido enquanto direito, mas ainda considerado uma meta a alcançar. Intervir nesta área implica articular a melhor evidência com as estratégias definidas como prioritárias para melhorar os cuidados referentes ao controlo da dor, nomeadamente o desenvolvimento de modelos de boas práticas, a formação dos profissionais e a literacia da população. Outro aspeto a salientar relaciona-se com a necessidade de consistência e articulação entre o reconhecimento da presença de dor, a implementação de intervenções, a reavaliação e o registo, numa abordagem individualizada e interdisciplinar.

O presente relatório pretende refletir o percurso realizado com vista ao desenvolvimento de competências de mestre e de enfermeiro especialista que possibilitam a prestação de cuidados de nível avançado na área da saúde infantil e pediatria. Tem como particular enfoque o controlo da dor da criança, essencialmente no contexto da anemia das células falciformes onde a dor assume uma especial relevância e a sua gestão algumas particularidades. A metodologia envolveu a concretização de um Estágio em diferentes contextos, que permitiu articular teoria e prática, assente sempre numa reflexão crítica contínua das aprendizagens realizadas.

Palavras-Chave: Gestão da dor, Enfermagem pediátrica, Anemia das células falciformes, Família, Competências.

ABSTRACT

Excellence in pediatric nursing care is guided by the child's well-being, always aiming at maximizing their health and adapting to situations of the life cycle or any complex health condition. To provide such humanistic care it is important to highlight family-centered care, non-traumatic care and partnership in care, in a close relationship with a holistic and multidisciplinary approach that aims to provide the most appropriate response to the needs of each child and family.

Differentiated pain management is intrinsic to care and a crucial aspect to consider. According to the Neuman systems model, adopted as reference for practice, pain is identified as a stressor that can interfere with the well-being of the child and family, with its management recognized as a right, and a goal to be achieved. Intervention in this area implies articulating the best evidence with the priority strategies defined to improve care related to pain control, namely the development of models of good practices, the training of professionals and the literacy of the population. Another aspect to be highlighted relates to the need for consistency and articulation between the recognition of the presence of pain, the implementation of interventions, reevaluation and documentation, in an individualized and interdisciplinary approach.

This report aims to reflect the path taken to develop the competencies of master and specialist nurse that enable the provision of advanced care in the area of child health and pediatrics. Its particular focus is management of pain in the child, namely in the context of sickle cell disease where pain assumes a special relevance and its control some particularities. The methodology involved the realization of a clinical placement in different settings that allowed the articulation of theory and practice, always based on a continuous critical reflection of the lessons learned.

Keywords: Pain management, Pediatric Nursing, Sickle cell disease, Family, Competencies.

Índice

INTRODUÇÃO	9
I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	12
1.1. Controlo da dor: um direito da criança	12
1.2. A dor da criança com anemia das células falciformes	14
1.3. Contributos do EEESIP no controlo da dor da criança com anemia das células falciformes	19
II. METODOLOGIA.....	26
III. PERCURSO REALIZADO: ANÁLISE REFLEXIVA.....	27
3.1. Desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.....	28
3.1.1. Um novo olhar sobre o crescimento e desenvolvimento da criança	28
3.1.2. No caminho da autonomia nos cuidados ao recém-nascido doente	33
3.1.3. Consolidar os cuidados de enfermagem à criança e família em situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte	36
3.1.4. A articulação de cuidados como resposta às necessidades da criança e família	38
3.2. Desenvolvimento de competências na área da gestão diferenciada da dor e implementação de estratégias de intervenção com vista à melhoria do seu controlo	46
3.2.1. Novos conhecimentos sobre gestão da dor e do bem-estar da criança	47
3.2.2. Contributos para a excelência de cuidados no controlo da dor	48
IV. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	55
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Diagrama do cuidar para o controlo da dor da criança, com base no modelo de sistemas de Neuman	
APÊNDICE II – Autodiagnóstico das Competências Específicas do EEESIP	
APÊNDICE III – Guia orientador do Estágio com Relatório	
APÊNDICE IV – Manual de procedimentos: Consulta de enfermagem de saúde infantil	
APÊNDICE V – Reflexão: Um novo olhar sobre a avaliação do desenvolvimento da criança	
APÊNDICE VI – Documento de exposição das limitações do SClínico associadas ao foco dor	
APÊNDICE VII – Projeto Procedimentos sem dor: Um direito da criança	

APÊNDICE VIII – Direito a não ter dor: Contributos dos pais no controlo da dor do recém-nascido

APÊNDICE IX – Cartão identificador do projeto Via rápida para as crianças com anemia das células falciformes

APÊNDICE X – Direito a não ter dor: Cuidado de enfermagem à criança com anemia das células falciformes (Partilhar e refletir para melhorar as práticas...)

APÊNDICE XI – Panfleto Direito a não ter dor: Cuidar da criança com anemia das células falciformes

ANEXOS

ANEXO I – Certificado: O Direito da Criança a não ter um Processo de Promoção e Proteção!

ANEXO II – Certificado: Violência e Maus Tratos a Crianças e Jovens - Sensibilização Geral

INTRODUÇÃO

O presente relatório, elaborado no âmbito do 10º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pretende refletir o processo formativo que conduziu à aquisição ou desenvolvimento das competências que visam uma resposta adequada aos desafios que se impõem ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) no panorama em que vivemos. O percurso projetado, assente nas necessidades e interesses pessoais, sustentou-se no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (RPQCEESCJ) que defende que qualquer criança e família devem ter

(...) acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados em Saúde Infantil e do Jovem, numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível (Regulamento n.º 351/2015, 2015, p.16661).

A capacitação para uma prestação de cuidados de qualidade passou por uma pesquisa aprofundada da evidência científica no âmbito das diferentes áreas de intervenção do EEESIP, consolidada com a realização de um Estágio. Desta forma, através de uma aprendizagem experiencial, baseada na evidência e sustentada num processo reflexivo, foi possível a mobilização de saberes para situações reais, enriquecendo o percurso e fortalecendo as novas aquisições. Este será o caminho para a excelência de cuidados na satisfação das necessidades da criança em diferentes etapas do seu desenvolvimento, num processo gradual de autonomia face à família e tendo sempre como foco a maximização da sua saúde e a adaptação a situações complexas do ciclo de vida ou de doença.

O cuidar é reconhecido enquanto “(...) a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular” (Hesbeen, 2000, p.37) utilizando “as competências e as características próprias do exercício da sua profissão” (Hesbeen, 2000, p.45). Cuidar em enfermagem pediátrica é indissociável do modelo de cuidados centrados na família (CCF), que reconhece a família como quem melhor conhece a criança, quem satisfaz as suas necessidades e quem proporciona melhores cuidados. Falar em humanização de cuidados em saúde infantil e pediátrica passa, então, pelo reconhecimento da família enquanto

parceira, sustentado na negociação de cuidados e no apoio à capacitação e *empowerment* da mesma para uma resposta adequada às necessidades da criança. Mas passa também pelo reconhecimento de que o complexo sistema de interações que a família estabelece com a criança implica que o diagnóstico de necessidades englobe não só a criança, mas também a família de forma global, com cada um dos seus elementos em particular. Desta forma, o planeamento das intervenções implica que se identifique a criança e família enquanto alvo de cuidados, reconhecendo a sua singularidade e identificando os *stressors* e fatores protetores que lhes são inerentes (Regulamento n.º 351/2015, 2015).

Tendo como referencial teórico o modelo de sistemas de Betty Neuman pode dizer-se que a intervenção de enfermagem tem como fundamento contribuir para a adaptação do sistema criança/família, ajudando-o a reter (prevenção primária), atingir (prevenção secundária) ou manter (prevenção terciária) a sua estabilidade, a qual depende do equilíbrio entre as suas diferentes partes (Freese, 2002; George, 2000; McDowell, 2011; Neuman, 2011). Cuidar em enfermagem visa contribuir para auxiliar o sistema a caminhar em direção à saúde, definida como “(...) a estabilidade ideal do sistema ou o estado de bem-estar ideal em um determinado momento” (George, 2000, p.230).

Um dos *stressors* que se impõe ao sistema criança/família e pode causar a sua instabilidade é a dor. Reconhecida como área primordial de intervenção do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018, 2018) e integrada no RPQCEESCJ (Regulamento n.º 351/2015, 2015), a dor surge associada a repercussões presentes pelo sofrimento que origina, mas também a repercussões futuras pelas comorbilidades, diminuição da qualidade de vida e mesmo perpetuação da dor, tendo impacto na criança e na família (DGS, 2017). O controlo da dor é “(...) um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde” (OE, 2008, p.9), mas é ainda um desafio que se impõe ao cuidar (DGS, 2017).

Na criança com anemia das células falciformes (ACF) a dor é uma realidade muito presente (Agrawal *et al.*, 2019; NHLBI, 2014). Alcançar o seu controlo exige a sustentação na melhor evidência (OE, 2008), o reconhecimento das particularidades associadas ao controlo da dor em pediatria (Batalha, 2010, 2013; DGS, 2010; Jacob, 2014; OMS, 2012) e a articulação com os conhecimentos da fisiopatologia e especificidades que lhe são inerentes (Ballas, Gupta, & Adams-Graves, 2012; Coluzzi, Taylor Jr., Pergolizzi Jr., Mattia, & Raffa, 2016; NHLBI, 2014; Payne *et al.*,

2018). Implica ainda o estabelecimento de uma relação de cuidados com intencionalidade terapêutica com o sistema criança/família, atendendo à sua singularidade (Brandow *et al.*, 2020), numa abordagem holística e humanizada, e por isso pautada pelo modelo dos CCF e cuidados não traumáticos (CNT). Intervir aos três níveis de prevenção poderá ser um contributo na melhoria da qualidade dos cuidados nesta situação de especial complexidade, promovendo a qualidade de vida da criança e família e caminhando no sentido da excelência dos cuidados. E, como nos diz Batalha (2010) “se, por ventura, atingirmos a excelência, isso é mais um estímulo para continuar a caminhada” (p.122).

Posto isto, pretende-se no presente relatório: aprofundar conhecimentos sobre o cuidado de enfermagem à criança e à família, com enfoque especial sobre o cuidado à criança com ACF e com dor; descrever o percurso formativo feito durante a unidade curricular Estágio com Relatório; refletir sobre as aprendizagens que me conduziram à aquisição de competências de mestre e de EEESIP. A sua organização será feita da seguinte forma: inicia-se com um enquadramento teórico que dá sustentação à temática de interesse que originou o título do presente relatório, abordando o controlo da dor enquanto direito da criança e as particularidades do cuidar com vista ao controlo da dor da criança com ACF; segue-se a metodologia, especificando o processo que esteve na base do desenvolvimento de competências e que culminou na redação deste relatório; posteriormente será desenvolvido um capítulo que traduz o percurso realizado, primeiramente no que se refere ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista (EE), estruturado pelas áreas reconhecidas enquanto prioritárias, e em seguida ao desenvolvimento de competências na área da gestão diferenciada da dor, tanto na capacitação pessoal quanto nos contributos para a melhoria da qualidade de cuidados nesta área; o capítulo seguinte visa fazer uma análise global dos resultados alcançados neste percurso no que se refere ao desenvolvimento de competências de mestre e de EE, nomeadamente de EEESIP; depois esquematizam-se as considerações finais onde estão incluídos projetos futuros que visam a excelência do cuidar em enfermagem; por fim, apresentam-se as referências bibliográficas.

I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. Controlo da dor: um direito da criança

A contextualização da temática implica primeiramente abordar os dois principais conceitos em análise, dor e criança.

Utilizando a definição da *International Association for the Study of Pain* (IASP), à qual a Direção-Geral da Saúde (DGS) também recorre, a dor constitui “(...) uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (DGS, 2008, p.6). Esta definição dá sustentação ao carácter individual, subjetivo e multidimensional atribuído à dor visto, para além de uma componente neurofisiológica, possuir também uma componente emocional associada a fatores pessoais, culturais e espirituais que estão inerentes a aprendizagens que vão ocorrendo ao longo da vida (Batalha, 2010). Nem sempre a preocupação com as questões ligadas à dor foi uma realidade nos cuidados de saúde, contudo, a evolução nos últimos anos tem sido notória. Em Portugal, a DGS começou a debruçar-se sobre esta temática no final dos anos 90, culminando na aprovação do Plano Nacional de Luta contra a Dor em 2001 (DGS, 2017). Em 2003, sendo reconhecido o impacto que a dor pode ter na qualidade de vida da pessoa, a DGS definiu a dor como 5º sinal vital com vista a promover a sua avaliação de forma sistemática e a melhorar a intervenção que visa o seu controlo (DGS, 2003). A evolução do conhecimento nesta área e a crescente importância atribuída ao controlo da dor conduziram a várias publicações de planos/programas de intervenção, estando desde 2017 em vigor o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (PNPCDor). Este estabelece metas até 2020 com focos de intervenção definidos, nomeadamente o desenvolvimento de modelos de boas práticas, a formação dos profissionais e a literacia da população (DGS, 2017).

A importância do controlo da dor na criança é uma temática ainda mais recente. Inicialmente havia uma ideia generalizada de que a imaturidade do sistema nervoso da criança justificaria uma menor sensibilidade ao estímulo doloroso, para além da opinião de que o tratamento farmacológico, particularmente o recurso a fármacos opioides, seria prejudicial para a mesma (Barros, 2003). O reconhecimento de que as crianças têm dor, realçando inclusivamente a sua maior suscetibilidade e

a memória que guardam da mesma com repercussões na sua tolerância futura a situações de dor (DGS, 2010), terá marcado a mudança de paradigma na intervenção nesta área particular de cuidados. Recentemente, a IASP (2019) veio reforçar o reconhecimento da criança enquanto cliente vulnerável, realçando as consequências nefastas e duradouras de um controlo inadequado da dor no que se refere à gestão futura de situações de dor, aumento de morbilidades e mesmo da mortalidade. De forma a intensificar a priorização da minimização da dor, a carta da criança hospitalizada elaborada em 1988, com a primeira versão em português em 1996, descreve já no seu 4º princípio que “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (IAC, 2008), sendo este até aos dias de hoje um dos alicerces da humanização dos cuidados em saúde infantil e pediátrica.

Constituindo o controlo da dor da criança a temática central deste trabalho, fará então sentido abordar o conceito de criança. Com base no artigo 1.º da Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada por Portugal em 1990, “criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo” (ONU, 1989, p.6). Será necessário realçar que em situações particulares, onde se poderão incluir as crianças com ACF que representam o alvo de atenção associado à temática de interesse selecionada, a intervenção do EEESIP é frequentemente alargada até aos 21 ou 25 anos, dependente de um processo de transição adequado para a vida adulta, com vista à promoção da continuidade de cuidados exigida pela existência de uma doença crónica (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Salientar, ainda, que o EEESIP tem como alvo dos seus cuidados o binómio criança/família (OE, 2008), devendo ser reconhecida a família como qualquer pessoa envolvida no crescimento e desenvolvimento da criança e responsável por cuidados à mesma. Assim, os pais surgem na maioria das vezes como os principais cuidadores, mas não podem ser excluídos enquanto alvo da intervenção do EEESIP outros indivíduos e contextos (irmãos, avós, família mais alargada, amigos ou mesmo educadores/professores, funcionários de instituições, entre outros) que assumam um papel relevante na vida da criança (OE, 2015; Regulamento n.º 351/2015, 2015). Tendo subjacente o modelo de sistemas de Betty Neuman, a estrutura básica englobará uma visão abrangente da criança enquanto elemento integrante de uma família, constituindo criança e família um sistema que se encontra em interação dinâmica com o ambiente envolvente e sendo do equilíbrio decorrente dessa interação que depende a estabilidade do sistema (Freese, 2002;

George, 2000; McDowell, 2011; Neuman, 2011). Assim, este será o conceito de família perspectivada enquanto alvo de cuidados do EEESIP, pois só desta forma poderá ser promovida uma resposta adequada às necessidades da criança nos vários contextos em que se move e conciliar em si uma intervenção que englobe os diferentes níveis de prevenção com a finalidade de contribuir para o equilíbrio e bem-estar do sistema, isto é, tendo em vista caminhar em direção à sua saúde.

A OE (2008) reconheceu a todas as pessoas o direito ao controlo da dor, assim como o dever dos profissionais de saúde de intervirem com vista a esse mesmo controlo. Esta ideia é reforçada por Amaral-Bastos e Sousa (2014) ao complementar que os aspetos inerentes ao controlo da dor são “(...) um imperativo legal mas, antes disso e para além disso, constituem uma exigência profissional que emerge do respeito pelo outro e do dever ético” (p.192). No contexto da saúde infantil e pediátrica o controlo da dor tem na sua base a filosofia de CNT, modelo orientador da prática onde todas as intervenções que visam prevenir o desconforto e não causar dano ou minimizar o mesmo ganham sustentação, assente ainda no modelo de CCF, onde a individualidade do binómio alvo dos cuidados é reconhecida, quer no diagnóstico de necessidades quer na adequação e preferência das estratégias mobilizadas, pois a família é considerada um elemento presente na vida da criança, quem melhor a conhece e primordial ao seu bem-estar (Hockenberry & Barrera, 2014). Assim, o controlo da dor engloba em si ser um direito e um dever, pelo que o caminho com vista ao alcance da excelência dos cuidados deve ser encarado como um desafio, uma prioridade e uma responsabilidade de todos e de cada um.

1.2. A dor da criança com anemia das células falciformes

A ACF é uma doença crónica, conceito definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e utilizado pela DGS no que se refere a uma doença à qual está associada uma ou mais das seguintes características: ser permanente, produzir incapacidade/deficiências residuais, causar alterações patológicas irreversíveis, exigir uma formação especial do cliente para a reabilitação ou poder necessitar de longos períodos de supervisão, observação e cuidados (DGS, s.d.). É uma das hemoglobinopatias genéticas que resulta de uma mutação no gene que codifica a cadeia β da globina, levando à troca do ácido glutâmico pela valina na sua posição número 6, originando uma molécula de hemoglobina (Hgb) com uma disposição intermolecular diferente e, conseqüentemente, com propriedades diferentes (maior

viscosidade e rigidez), denominada Hgb S. De realçar o comportamento desta molécula em situações de desoxigenação (associada a altitude, infeção, desidratação, *stress*, temperaturas extremas, fadiga), perante as quais a Hgb S sofre uma polimerização formando longos e delgados cristais, o que conduz à deformação da hemácia que adquire a forma de foice (justificando a designação de falciforme). A ACF, também chamada drepanocitose, é a terminologia usada para a homozigotia da Hgb S, sendo das diversas doenças falciformes a que se associa a manifestações clínicas mais graves (Bryant, 2014; Costa, Conran, & Fertrin, 2013; Pitts & Record, 2010). Entre elas podem referir-se a crise vaso-oclusiva (CVO), a crise hemolítica, o sequestro esplénico, as infeções e as complicações cardíacas, pulmonares, neurológicas ou osteoarticulares (Costa *et al.*, 2013).

Constata-se uma escassez de dados estatísticos nacionais ou europeus atualizados relativos à prevalência das hemoglobinopatias na população em geral ou na criança, sendo que os poucos dados existentes a nível nacional não são específicos da ACF (Costa, Madeira, Sobral, & Delgado, 2016; Teixeira *et al.*, 2018). No entanto, a ACF é considerada uma das mais frequentes e graves hemoglobinopatias, sendo reconhecido que a sua prevalência em Portugal poderá estar a aumentar decorrente de processos migratórios de zonas de elevada prevalência, inicialmente São Tomé e Angola, posteriormente Europa de Leste e Ásia e mais recentemente Brasil (Costa *et al.*, 2016), justificando a relevância desta área temática de interesse.

A dor no contexto da ACF surge como o sintoma mais frequente desta doença, decorrente de episódios de agudização por CVO, sendo também a causa que mais frequentemente implica cuidados de saúde hospitalares (Agrawal *et al.*, 2019; NHLBI, 2014) e no que se refere às crianças é responsável por 95% das hospitalizações (Ballas *et al.*, 2012). É considerada uma dor aguda, logo com uma forte componente nocicetiva (Batalha, 2010). Nos últimos anos os avanços científicos têm permitido conhecer melhor o processo da CVO e perspetivar uma mudança de paradigma pelo reconhecimento da necessidade de uma intervenção específica no controlo da dor que lhe é associada (Ballas *et al.*, 2012; NHLBI, 2014). Sabe-se hoje que a CVO envolve vários fenómenos: a ativação de células endoteliais da parede do vaso com liberação de diversas substâncias, assim como a ativação de células sanguíneas pelo processo inflamatório local; a adesão celular dos leucócitos, especialmente neutrófilos, que por sua vez medeiam a adesão das

hemácias à parede vascular, com conseqüente obstrução física da microcirculação e diminuição do fluxo sanguíneo; a adesão celular das plaquetas que potenciam um processo de inflamação local com liberação de mediadores inflamatórios que reforçam a vaso-oclusão já existente; a redução na biodisponibilidade de óxido nítrico que contribui para a vasoconstricção do vaso sanguíneo; e por último, o *stress* oxidativo, que pela presença aumentada de espécies reativas de oxigénio associada a uma baixa concentração de oxigénio potencia vários dos mecanismos descritos anteriormente (Ballas *et al.*, 2012; Costa *et al.*, 2013; Pitts & Record, 2010). Estes diferentes mecanismos propiciam a hipóxia com conseqüente falcização das hemácias e conduzem à isquémia, por vezes com lesão tecidual resultante da obstrução do fluxo sanguíneo a um determinado tecido por oclusão dos pequenos vasos. Associando a isto o processo inflamatório característico da vaso-oclusão justifica o facto da dor associada à CVO ser tão particular. A frequência, localização, intensidade e duração desta dor são imprevisíveis, sendo a mesma descrita como dolorosa, cansativa e desconfortável (OMS, 2012). As crianças usam palavras como "facadas", "perfurações", "pancadas" ou "palpitações" (Beyer, Simmons, Woods, & Woods, 1999) para a descrever e os cuidadores recorrem a expressões como "torturante" e "insuportável" (Beyer *et al.*, 1999).

Atualmente é ainda reconhecida a CVO como um processo com várias fases, assumindo este conhecimento um importante papel no que se refere às orientações para a intervenção. Recorrendo a Ballas *et al.* (2012) podem ser definidas quatro fases, denominadas prodrómica, inicial, estabelecida e de resolução, sendo estas caracterizadas por um *continuum* de alterações fisiológicas, com repercussões no bem-estar biopsicossocial e mesmo cultural e espiritual, numa relação direta com a intensidade de dor (Beyer *et al.*, 1999, Jacob *et al.*, 2005). O controlo da dor nestas crianças assume, assim, um ponto fulcral do cuidar, sendo que alcançar um controlo da dor precocemente resultaria em menor duração da CVO e menos complicações imediatas e a longo prazo, nomeadamente danos fisiológicos e comportamentais que levam tempo a recuperar (Ballas *et al.*, 2012; Jacob, 2014). Reconhece-se, hoje, que atuar precocemente no controlo da dor seria tentar interromper o processo de CVO na sua primeira fase, a fase prodrómica, onde se estão ainda a iniciar os fenómenos de isquémia e inflamação. De acordo com a fisiopatologia da doença em análise esta abordagem teria de incluir concomitantemente a hidratação, com vista a minimizar o processo de falcização das hemácias, os anti-inflamatórios não

esteroides (AINEs), reduzindo os efeitos do processo inflamatório, e os analgésicos, com o objetivo de um tratamento agressivo da dor e limitação das suas complicações imediatas e futuras (Ballas *et al.*, 2012; NHLBI, 2014). Deverão associar-se a esta abordagem as estratégias não farmacológicas para o controlo da dor, sendo de realçar a aplicação de calor local pelo seu efeito vasodilatador, fundamentada no mecanismo associado à CVO explicado anteriormente (NHLBI, 2014), e outras que se revelem pertinentes, desde que, como nos diz Batalha (2007), sejam adequadas à individualidade da criança e família. Outro tipo de terapias tem vindo a ser alvo de estudo mas o seu benefício não parece ainda reunir consenso (Ballas *et al.*, 2012; NHLBI, 2014; Uwaezuoke *et al.*, 2018; Ware, de Montalembert, Tshilolo, & Abboud, 2017). Promover o início da intervenção na fase prodrómica da CVO implicará a literacia da criança e família, visto nesta fase ainda não ocorrer a procura dos serviços de saúde (Ballas *et al.*, 2012; Jacob *et al.*, 2005). A intervenção teria de ser iniciada em casa assim que surgissem os primeiros sintomas, que podem ser apenas sensação de cansaço, parestesias ou dor ligeira (Jacob *et al.*, 2005), através da hidratação, AINEs, analgésicos e eventualmente vasodilatadores (Ballas *et al.*, 2012). Cruzando este conhecimento com a realidade portuguesa, nomeadamente na área da pediatria, a literacia da criança e família terá de passar pela necessidade de implementação precoce de medidas como reforço hídrico, analgesia com ibuprofeno intercalando com paracetamol quando necessário, calor local, repouso e outras estratégias não farmacológicas relevantes. Quando estas medidas não se revelarem eficazes no controlo da dor, a procura de cuidados de saúde não deve ser adiada por tudo o que anteriormente foi apresentado.

Dando consistência à necessidade de mudança de paradigma no que se refere ao controlo da dor moderada a severa associada à CVO (reconhecida internacionalmente como uma dor de intensidade superior ou igual a cinco) existem orientações específicas de peritos realçando a importância de uma administração precoce de terapêutica opioide (Coluzzi *et al.*, 2016; NHLBI, 2014; Payne *et al.*, 2018). Com vista a otimizar o tempo que medeia desde a procura de cuidados de saúde e o início de uma intervenção adequada e sustentada na evidência, muitas instituições têm já algoritmos de intervenção com orientações para os profissionais (Kavanagh *et al.*, 2015; NHLBI, 2014), os quais têm vindo a revelar-se uma mais-valia na resolução mais rápida da CVO (Ender *et al.*, 2014; Kavanagh *et al.*, 2015; NHLBI, 2014). No que se refere à pediatria, e sustentado pela OMS (2012), a

abordagem com terapêutica opioide surge também como primeira linha de intervenção para o controlo da dor moderada a intensa nas crianças. A OMS (2012) defende que em pediatria existem dois grandes patamares de intervenção farmacológica consoante a intensidade de dor: na dor leve surge o paracetamol e os AINEs, incluindo-se ainda o metamizol magnésico; na dor moderada a intensa defende-se o uso de opioides fortes, destacando-se a morfina e mais recentemente o fentanil. Esta abordagem tem por base as particularidades dos fármacos disponíveis e considerados seguros em pediatria e mais ainda o reconhecimento dos benefícios de um controlo rápido e eficaz da dor, sendo que a qualquer um dos patamares poderão ser associados fármacos adjuvantes considerados necessários. A administração de opioides tem de ser individualizada, visto a dose correta corresponder à menor dose efetiva de fármaco que possibilita o máximo alívio possível da dor com efeitos adversos aceitáveis, podendo mesmo variar na mesma criança em momentos diferentes (NHLBI, 2014; OMS, 2012). São ainda reconhecidos outros princípios no controlo da dor em pediatria, como sejam: a administração de analgesia em intervalos regulares, recorrendo a administrações adicionais denominadas “analgesia de resgate” quando necessário; o recurso à via de administração mais simples e menos dolorosa desde que eficaz; por último, a personalização do tratamento à criança e família, pela vigilância da sua eficácia com contínua monitorização dos efeitos adversos (OMS, 2012). A corroborar estes princípios e no que se refere especificamente ao controlo da dor associada à ACF, estudos revelam que a administração de analgesia em intervalos regulares, tendencialmente opioides e pelo menos nas primeiras 24 horas, resulta numa resolução mais rápida da CVO, traduzindo-se em menor tempo de hospitalização e associando-se a uma maior satisfação do cliente (NHLBI, 2014). Em pediatria nem sempre é fácil conseguir um acesso venoso para administração de terapêutica, pelo que muitos algoritmos preveem a administração de fentanil intranasal. Este é um opioide com atuação rápida e eficaz, mais potente que a morfina mas de curta ação, com segurança reconhecida e indolor, que permite nestas situações não atrasar o tempo que decorre para a administração da primeira terapêutica opioide, assim como facilitar a posterior colocação de acesso venoso se se revelar necessário, já com a intensidade de dor mais controlada (Akinsola *et al.*, 2018; Kavanagh *et al.*, 2015). Acrescentar ainda que alguns estudos relacionam a utilização de AINEs no controlo da dor a uma diminuição da intensidade da mesma e do tempo de

hospitalização, assim como referem que a utilização de perfusões contínuas de analgesia tem sido associada a uma maior satisfação por parte dos clientes, sendo de ponderar o uso de *patient-controlled analgesia* (PCA) a partir dos 7 anos de idade (NHLBI, 2014).

Por último, ainda enquanto especificidade da CVO, será importante referir que na sua última fase, a de resolução, fisiologicamente ocorrem alterações das quais resulta um estado hipercoagulável, responsável por uma possível recorrência da CVO. A pertinência desta questão justifica-se com os dados apresentados por Ballas *et al.* (2012) em que 50% pessoas são reinternadas no espaço de um mês após uma CVO, sendo que em 16% dos casos tal ocorre durante a primeira semana. Concomitantemente, 50% dos adultos mantêm uma dor contínua, de intensidade leve a moderada, mesmo entre episódios de CVO, sendo nas crianças uma percentagem menor mas igualmente relevante de 10% (Ballas *et al.*, 2012). Este conhecimento terá implicação direta na intervenção numa fase final de resolução da crise e, simultaneamente, no reforço dos ensinamentos após a alta hospitalar.

1.3. Contributos do EEESIP no controlo da dor da criança com anemia das células falciformes

Cada sistema (criança e família) é único e a forma como a cada momento é afetado por um *stressor*, como é o caso da dor, é singular (Neuman, 2011). Inerente a uma visão holística do sistema, um adequado controlo da dor exige uma intervenção “(...) interdisciplinar, multimodal e individualizada” (Batalha, 2010, p.4), ideia corroborada nas mais recentes publicações sobre diretrizes para o controlo da dor associada à ACF (Brandow *et al.*, 2020). Esta intervenção tem em vista a capacitação e *empowerment* de cada criança e família (Hockenberry & Barrera, 2014), contribuindo para que possam reter, atingir ou manter o seu equilíbrio (Freese, 2002; George, 2000; McDowell, 2011; Neuman, 2011) e alcançar o seu bem-estar (APÊNDICE I), sendo por isso a gestão diferenciada da dor uma das unidades de competência do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Qualquer enfermeiro, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), deve assentar a sua prática no respeito pelos direitos e interesses reconhecidos dos clientes, com a responsabilidade e ética que o mesmo exige (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996). No âmbito do EE, o reconhecimento do direito ao controlo da dor, quer enquanto prestador de cuidados quer na salvaguarda do

respeito desse direito na prática diária de cuidados, pode ser enquadrado no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal integrado no regulamento de competências (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A problemática identificada que constituiu a temática de interesse deste percurso de formação insere-se no âmbito de uma prevenção secundária, quando o equilíbrio do sistema é afetado pela instalação da dor associada a um episódio de CVO e o controlo da mesma em casa deixa de ser uma possibilidade, tornando inevitável a procura de cuidados de saúde que possibilitem a reconstituição do sistema (NHLBI, 2017). Amaral-Bastos e Sousa (2014) defendem que cuidar da criança com dor deve ser encarado como uma cadeia com diferentes elos, a referir: reconhecimento da presença de dor, implementação de intervenções, reavaliação e registo, sendo que a qualidade dos cuidados estará dependente da consistência e articulação entre os mesmos, passando a ser analisados em seguida.

Num primeiro elo será relevante a avaliação sistemática de dor, isto é, “(...) descobrir a natureza e significado da experiência dolorosa, ou seja, que tipo de estímulos a provocam, fatores agravantes, os seus efeitos na vida diária, respostas à dor (fisiológicas, comportamentais), padrões de *coping*, tipo de dor, localização, duração e intensidade” (Batalha, 2010, p.17). Na monitorização da intensidade deve recorrer-se a escalas de avaliação padronizadas e validadas, adequadas à idade e nível de desenvolvimento da criança, pelo risco de não reconhecimento da presença de dor em 20% das crianças na ausência da utilização das mesmas (Lucas & Batalha, 2011). Devem ainda ser privilegiadas escalas de autoavaliação, sempre que possível (DGS, 2010; OE, 2008), exigindo estas um ensino prévio à criança e família e validação da sua compreensão (Batalha, 2010). É primordial que se acredite na dor da criança (DGS, 2010; OE, 2008), havendo um risco de subavaliação da dor quando a mesma decorre da avaliação pelas famílias ou pelos próprios profissionais (Batalha, 2010; Batalha & Sousa, 2018). A colheita da história de dor dará consistência a esta avaliação e permite reconhecer o significado de dor para aquele cliente, a sua forma de comunicar a dor, as implicações da mesma e as estratégias que em situações anteriores foram eficazes (DGS, 2010; OE, 2008). Tanto na colheita da história de dor quanto na sua avaliação, a família tem um papel fulcral. Quando o recurso a uma escala de autoavaliação não é possível, a DGS (2010) dá orientações de escalas comportamentais que os profissionais devem utilizar, devendo ser reconhecido que a componente emocional inerente à dor fica

desta forma comprometida, e com ela a individualidade e subjetividade que lhe é intrínseca. A consolidar a questão da avaliação da dor, realçar ainda a ideia apresentada por Batalha (2010) da existência de uma resposta comportamental bifásica à dor: numa primeira fase caracterizada pela resposta comportamental a uma situação de *stress* à qual se associa agitação, movimentos dos membros, choro, gritos, fácies de dor, sudorese e alterações de sinais vitais, como um aumento da frequência cardíaca, frequência respiratória ou tensão arterial, assim como uma descida de saturações de oxigénio; numa segunda fase essa resposta é associada a uma inatividade (inércia psicomotora), com reflexo nas atividades diárias como o brincar, dormir, comer e mesmo comunicar. Este conhecimento será crucial na avaliação da dor da criança com ACF no sentido em que as vivências anteriores de dor ou o prolongamento da dor no tempo conduzem, por vezes, a uma heteroavaliação e mesmo a uma autoavaliação que parecem inconsistentes com as implicações da dor na criança, como a incapacidade de se mover no leito, fazer uma inspiração profunda ou até comer. O EEESIP deve ter um papel crucial na coordenação das equipas, uma das competências exigidas a um EE (Regulamento n.º 140/2019, 2019), contribuindo para uma correta avaliação da dor no seu serviço, dando enfoque ao facto de que uma criança estar a “dormitar” não é sinónimo de ausência de dor e conseqüente falha na implementação das intervenções ou, ainda, de que os cuidados de enfermagem podem e devem ter um objetivo profilático, promovendo assim as boas práticas.

O segundo elo da cadeia diz respeito à implementação de intervenções. A intervenção farmacológica com opioides surge como primeira linha no controlo da dor associada à CVO (Coluzzi *et al.*, 2016), no entanto algumas barreiras têm sido identificadas como condicionantes à mesma, nomeadamente o medo associado ao desenvolvimento de tolerância ou dependência e a falta de conhecimentos e experiência dos profissionais (Fearon, Marsh, Kim, & Treadwell, 2019; OE, 2008; OMS, 2012). O contributo das estratégias não farmacológicas no controlo da dor também é fundamental, sendo reconhecida a sua eficácia decorrente de desencadearem estímulos que competem com o estímulo nociceptivo da dor e tornam a sua perceção menos intensa (Barros, 2003; Batalha, 2010). Pela fisiopatologia da ACF, o calor poderá constituir uma estratégia não farmacológica importante (IASP, 2019; NHLBI, 2014), mas muitas outras podem ser mobilizadas como a distração, a massagem, o relaxamento, o conforto ou o toque terapêutico (Batalha, 2010; OE,

2013), devendo recorrer-se a todas as que se revelarem preferenciais para aquela criança e família, não esquecendo também a necessidade de experiência do profissional por estas exigirem formação e treino (OE, 2013). É importante que a família compreenda o seu papel de suporte emocional da criança e que seja ajudada na mobilização das estratégias que forem consideradas mais adequadas (Barros, 2003; Batalha, 2007). Compreende-se, assim, que no âmbito de uma prevenção secundária, um adequado controlo da dor implique uma intervenção multimodal com vista ao sinergismo do seu efeito, mas também planeada e negociada de acordo com a singularidade da criança e família, e em que os vários intervenientes compreendam o seu papel e colaborem para o mesmo objetivo comum (Batalha, 2010; Metzger, Muller, Schwetta, & Walter, 2002). Um estudo transversal e retrospectivo de Batalha (2013) sobre o controlo da dor das crianças hospitalizadas demonstrou que o conhecimento da realidade através de diagnósticos de situação, assim como a existência de diretrizes e de ações de sensibilização e formação dos profissionais se traduzem na diminuição significativa da prevalência de dor logo, consequentemente, na melhoria da qualidade dos cuidados neste âmbito de intervenção. É exigido ao EE ter competência científica, para além de técnica e humana, na gestão adequada dos cuidados, fazendo o necessário na garantia da sua qualidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O acesso à melhor evidência é indispensável à excelência de cuidados e fundamental à desmistificação de crenças, esclarecimento de dúvidas e mudança de atitudes de toda a equipa, incluindo criança, família e profissionais de saúde (Fearon *et al.*, 2019; Masese, Bulgin, Douglas, Shah, & Tanabe, 2019). Só baseando a praxis na evidência, identificando necessidades neste âmbito de intervenção e sendo facilitador das aprendizagens no próprio contexto de trabalho o EEESIP poderá contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. No contexto em análise, e a título de exemplo, a necessidade de implementação da inspirometria de incentivo aos primeiros sintomas de CVO e o reconhecimento do papel do enfermeiro no seu incitamento, assim como no ensino ou reforço da técnica, só se tornará um aspeto incluído nos cuidados de enfermagem se a sua importância na prevenção de complicações, como a síndrome torácica aguda tão frequente nos primeiros dias de hospitalização (Ballas *et al.*, 2012; NHLBI, 2014), for reconhecida. Concomitantemente pode ainda analisar-se o exemplo das prescrições farmacológicas consideradas no REPE enquanto intervenção interdependente, visto necessitar de uma prescrição de outro

profissional (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996), mas sendo da responsabilidade do enfermeiro a sua gestão adequada. Essa gestão será considerada uma intervenção autónoma (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996), sendo que exige um conhecimento profundo nesta área de cuidados, tornando possível fundamentar a necessidade de prescrição de terapêutica opioide quando a mesma não se encontra prescrita ou a decisão racional sobre a sua administração não a adiando no tempo quando prescrita em SOS. Os cuidados de enfermagem, que englobam as intervenções autónomas e interdependentes realizadas pelo enfermeiro devidamente qualificado para tal e decorrentes do seu diagnóstico (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996), exigem uma adequação às necessidades de cada criança e família pois só a mesma possibilitará a sua qualidade e eficácia.

O terceiro elo desta cadeia diz respeito à reavaliação. Como nos diz o guia orientador de boa prática referente à dor, para além da implementação de um plano de intervenção, o enfermeiro tem um papel fundamental na alteração do mesmo quando este se revela ineficaz (OE, 2008). Neste sentido pode realçar-se a importância dos resultados alcançados decorrentes das intervenções implementadas (McDowell, 2011). É imprescindível que esta reavaliação tenha por base os princípios abordados aquando da avaliação (primeiro elo), tendo sempre presente a intervenção mobilizada e o tempo necessário para avaliar a eficácia da mesma.

O último elo da cadeia são os registos. A visibilidade dos cuidados traduz-se nos registos efetuados (Amaral-Bastos & Sousa, 2014), estando a sua importância refletida no código deontológico com vista a tornar possível garantir a continuidade dos cuidados (Lei n.º 156/2015, 2015). Também os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (PQCE) refletem a sua relevância, realçando que os mesmos deverão incluir as necessidades detetadas, as intervenções desenvolvidas e os resultados alcançados (OE, 2001). Assim, especificamente no que se refere aos registos no âmbito dos cuidados de enfermagem com vista ao controlo da dor da criança com ACF estes deverão incluir a avaliação de dor, as diferentes intervenções mobilizadas incluindo as vigilâncias que as mesmas exigem, assim como a reavaliação da dor e os resultados obtidos, com vista a compreender a eficácia das intervenções ou a necessidade da sua mudança.

Os possíveis contributos do EEESIP no controlo da dor da criança com ACF não se esgotam na prevenção secundária. Articulando-os com três dos aspetos já mencionados defendidos pela DGS (2017) como indispensáveis a uma intervenção

adequada ao controlo da dor, sendo eles a importância das boas práticas consistentemente implementadas ao nível da instituição de cuidados, a formação dos profissionais e a promoção da literacia da criança e família, esses contributos podem ser evidenciados. No que se refere à implementação de boas práticas a nível institucional, a intervenção do EEESIP pode ser fundamentada com base nas competências que são exigidas a um EE no domínio da melhoria contínua da qualidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Têm vindo a ser relevados os resultados positivos no controlo da dor em locais onde existem orientações específicas para os profissionais (Ender *et al.*, 2014; Kavanagh *et al.*, 2015; NHLBI, 2014). O EEESIP deve ser um agente ativo ao conhecer e integrar na prática a melhor evidência, colaborar em projetos de investigação ou de implementação de orientações a nível institucional que visam a melhoria da qualidade de vida destas crianças e famílias e ainda colaborar na avaliação das práticas, perspetivando processos de melhoria das mesmas. Relativamente à formação dos profissionais, o seu papel pode destacar-se na sensibilização para a temática, na colaboração em sessões formativas referentes à fisiopatologia da doença, às questões inerentes ao controlo da dor nomeadamente fisiopatologia, intervenções farmacológicas e não farmacológicas, assim como na promoção de reflexões na equipa sobre as melhores práticas. A educação, supervisão e aconselhamento dos pares fazem parte das funções reconhecidas a um EE (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e adquirem um grande relevo neste âmbito de cuidados. Por último, na promoção da literacia em saúde da criança e família poderá também ser realçado o seu possível contributo. A confiança na equipa de saúde é vital na promoção da adaptação da criança e família a uma doença crónica, uma das competências do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Particularmente no contexto da ACF, doença crónica cuja morbilidade e mortalidade que lhe são associadas têm uma relação direta com danos residuais decorrentes de episódios repetidos de CVO (Ware *et al.*, 2017), a capacitação e *empowerment* da criança e família são cruciais. A realçar o ensino sobre a evicção de fatores de risco associados a uma CVO como: a alimentação, hidratação ou repouso inadequados, a exposição a temperaturas extremas, o esforço físico intenso, o *stress* e a má adesão terapêutica, seja para prevenção de infeções (o incumprimento do esquema de vacinação preconizado ou da terapêutica profilática recomendada numa criança que pela asplenia funcional decorrente da doença está mais suscetível a infeções bacterianas e consequente septicémia) ou

com vista a minimizar complicações associadas, como é exemplo a hidroxiureia (Ballas *et al.*, 2012). Realçar também a intervenção com vista à capacitação do sistema para a gestão inicial de um episódio de CVO, permitindo a mudança de paradigma para o início da intervenção numa fase mais precoce como atualmente é preconizado (Ballas *et al.*, 2012; NHLBI, 2014). Estes contributos, englobados ao nível de uma intervenção primária, dão sustentação à prevenção secundária anteriormente abordada e mesmo a uma prevenção terciária, pela posterior identificação de necessidades e de pontos fortes do sistema que possam ser relevados e mesmo fortificados. Se cada sistema é único, a negociação e estabelecimento de metas a alcançar em cada nível de prevenção é primordial, integrando a criança e família nesse processo enquanto parceiros (McDowell, 2011).

Um controlo inadequado da dor e a exposição constante à mesma conduzem a alterações estruturais e funcionais do sistema nervoso resultantes da neuroplasticidade cerebral (pela estimulação repetitiva dos neurónios são criados circuitos alternativos de transmissão de dor), que conduzem a alterações ao nível da perceção de dor e da manutenção da sensação da mesma. Um controlo inadequado é ainda responsável por uma sensibilização central que conduz a uma amplificação da sensação de dor, seja pela diminuição da tolerância aos estímulos, pelo aumento da perceção de dor para além da área da lesão ou mesmo pela sensação de dor mantida após a eliminação do estímulo (Ballas *et al.*, 2012). Estudos apontam para aumento de morbilidades no momento presente ou em idade adulta, repercussões no processo de desenvolvimento da criança e mesmo aumento da mortalidade quando a criança vivencia situações repetidas de dor intensa (IASP, 2019), reforçando a importância da excelência de cuidados nesta área de intervenção.

A consciencialização da ideia apresentada por Batalha (2010) de que a dor é uma “(...) experiência pessoal de quem a vivencia, e de quem dela cuida” (p.XIII) será também primordial no cuidar. A relevância que o profissional atribui à dor irá influenciar o reconhecimento da mesma (Fernandes, 2000) e consequentemente a construção do diagnóstico de enfermagem que dará sustentação às intervenções subsequentes (McDowell, 2011; Decreto-Lei n.º 161/96, 1996).

II. METODOLOGIA

O presente relatório de Estágio traduz o percurso realizado com vista à obtenção do grau de mestre e ao posterior reconhecimento pela Ordem dos Enfermeiros (OE) do título profissional de EEESIP, refletindo a operacionalização de um projeto anteriormente delineado.

Este percurso implicou uma profunda revisão de literatura sustentando os conhecimentos necessários ao desenvolvimento de competências, assim como direcionada à problemática identificada. Foi também planeado e concretizado um Estágio, em cinco contextos diferentes, cujos locais e duração tiveram por base as necessidades identificadas decorrentes do autodiagnóstico das competências específicas do EEESIP (APÊNDICE II), assim como das competências comuns exigidas a um EE. No decurso do Estágio, nos diferentes contextos encontrados, foram reformulados alguns objetivos específicos delineados na fase do projeto, assim como as atividades a desenvolver com vista à sua concretização. Esta reformulação decorreu de um conhecimento mais profundo sobre as particularidades de cada contexto e teve em vista otimizar as oportunidades de crescimento pessoal e profissional, integrar as sugestões dadas, assim como contribuir de forma considerada pertinente e relevante no caminho de uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança e família. A compilação dessa informação originou o Guia orientador do Estágio com Relatório, um instrumento de apoio que foi entregue a cada um dos orientadores ao longo deste percurso, com o respetivo quadro de objetivos e de atividades planeadas para os concretizar, assim como com as principais competências a ser desenvolvidas e respetivos indicadores de avaliação (APÊNDICE III). Este Estágio é sustentado pela supervisão clínica, definida pela OE (2010a) como “(...) um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (p.5). Já Alarcão e Rua (2005) realçam a importância deste processo formativo por reunir em si momentos de observação e intervenção que contribuem para a capacitação e conseqüente desenvolvimento de competências.

A elaboração deste relatório assenta, assim, numa metodologia descritiva, analítica e reflexiva, fundamentada na evidência científica, e espelha o percurso realizado e os respetivos resultados alcançados.

III. PERCURSO REALIZADO: ANÁLISE REFLEXIVA

O início deste percurso de formação teve por base o reconhecimento do EEESIP como um enfermeiro que

(...) presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto (...), de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível (Regulamento n.º 351/2015, 2015, p.16661).

Neste sentido foi feita uma análise da minha experiência profissional até então, a qual, tendo por base Benner (2001), contribui para o desenvolvimento de conhecimento que leva à aquisição de competências. É um processo que, apesar de maioritariamente inconsciente, conduz a um reconhecimento enquanto perito numa determinada área.

Através desta análise foram percecionados diferentes níveis de competência referentes às diversas áreas de intervenção do EE, e particularmente do EEESIP (APÊNDICE II), o que conduziu ao planeamento de um percurso de formação que traduzisse as necessidades detetadas com vista a culminar no melhor desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas que possibilitem a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança e família.

Este percurso visava ainda a projeção da intervenção numa problemática de interesse inerente ao contexto profissional, necessária e relevante no contexto da saúde infantil e pediátrica. Foi selecionada de uma forma ampla a gestão diferenciada da dor, uma das unidades de competências exigidas ao EEESIP (Regulamento n.º 422/2018, 2018) e que integra o RPQCEESCJ com vista à promoção do bem-estar (Regulamento n.º 351/2015, 2015). A opção pela atenção particular ao controlo da dor da criança com ACF, a manifestação mais frequente e que mais exige a procura de cuidados de saúde desta doença crónica (Agrawal *et al.*, 2019; Ballas *et al.*, 2012; NHLBI, 2014), resulta de uma motivação pessoal e do reconhecimento de que existe um longo caminho a percorrer com vista à excelência dos cuidados nesta área de intervenção.

Como objetivos gerais a concretizar neste percurso de formação foram então definidos:

- Desenvolver competências de EE, incluindo as específicas de enfermagem de saúde infantil e pediatria, possibilitando a prestação de cuidados de nível avançado ao sistema criança/família com vista ao seu bem-estar.

- Desenvolver competências na área da gestão diferenciada da dor, com atenção particular à dor da criança com ACF decorrente de CVO.

- Desenvolver estratégias de intervenção com vista à melhoria dos cuidados no controlo da dor, especificamente no que se refere à dor da criança com ACF decorrente de CVO.

Estes três grandes objetivos constituíram a linha condutora e a sua adequação a cada contexto de Estágio implicou a projeção de objetivos específicos e respetivas atividades para a sua concretização, apresentados e fundamentados em seguida.

3.1. Desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista

Analisando a minha prática profissional de 15 anos num serviço de internamento hospitalar pediátrico (SIHP), de especialidades médicas, e tendo como sustentação o defendido por Benner (2001), a experiência vivida possibilitou-me desenvolver conhecimentos e competências em diversas áreas da prestação de cuidados do EEESIP ao binómio criança/família. Outras áreas, reconhecidas como mais deficitárias, constituíram o principal foco para desenvolvimento de competências ao longo deste percurso de formação. Organizadas em subcapítulos serão aqui referidas as aprendizagens mais significativas.

3.1.1. Um novo olhar sobre o crescimento e desenvolvimento da criança

A promoção do crescimento e desenvolvimento saudável, integrada na competência “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194), surgiu como uma dessas áreas deficitárias, nomeadamente no que se refere à avaliação do crescimento e desenvolvimento e à mobilização de cuidados antecipatórios na prática de cuidados.

O primeiro contexto de Estágio foi uma Unidade de Saúde Familiar (USF), importando salientar que me deparei com uma instituição de saúde ainda em fase inicial de organização e de elaboração de documentos orientadores. Ainda a referir que na equipa existia apenas uma EEESIP, sendo que da restante equipa apenas duas enfermeiras já tinham realizado consultas de saúde infantil. Na primeira

semana de Estágio fui conhecendo a dinâmica da USF e os cuidados diferenciados do EEESIP e fui-me confrontando com a necessidade de construir um guia orientador da consulta, decorrente do meu objetivo específico de prestar cuidados ao sistema criança/família aos três níveis de prevenção com vista à maximização do potencial de desenvolvimento da criança. Este guia deveria integrar os diferentes parâmetros a avaliar adequados a cada idade e os cuidados antecipatórios a transmitir às famílias, constituindo estes um “(...) fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade” (DGS, 2013, p.8). Tendo por base o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e a calendarização de consultas em idades-chave (DGS, 2013) foi então construído um documento orientador, complementado com informação de outras referências bibliográficas relevantes sobre aspetos a abordar na consulta como sejam alimentação, segurança, atividade física-sedentarismo-sono e vacinação.

Com vista a proporcionar a cada criança as oportunidades de maximização do seu potencial de desenvolvimento torna-se primordial: a avaliação adequada do crescimento e desenvolvimento, pois possibilita a deteção precoce de alterações com vista a um acompanhamento mais próximo e quando necessário ao encaminhamento; os cuidados antecipatórios, visando a capacitação das famílias na promoção da saúde e no desenvolvimento da parentalidade; e o apoio progressivo à criança, no sentido da adoção consciente e informada de comportamentos saudáveis com responsabilização gradual pelo seu projeto de saúde (DGS, 2013).

Como nos refere Oliveira (2009), “o reconhecimento precoce de atrasos ou desvios do desenvolvimento requer um conhecimento prévio e bem sedimentado do modo como se avalia e interpreta a progressão das etapas do desenvolvimento e a sua variabilidade normal” (p.690). Reconhece-se, hoje, que todas as crianças devem ser submetidas a um rastreio do desenvolvimento com recurso a instrumentos padronizados, tendo como objetivo uma deteção precoce de alterações e um encaminhamento atempado, resultando num aumento da probabilidade de melhoria nos resultados da intervenção (OE, 2010b). A ausência desses instrumentos traduz-se na deteção de menos de 30% das crianças com problemas de desenvolvimento, contrastando com 70% a 90% de fiabilidade com o recurso aos mesmos (DGS, 2013). Tal como preconizado no PNSIJ (DGS, 2013), e disponível no sistema de

registros SClínico existente na USF, a avaliação do desenvolvimento da criança neste contexto de cuidados deve ser feita com recurso à escala de Mary Sheridan. A aquisição de conhecimentos sobre a aplicação desta escala e reconhecimento de sinais de alerta foi uma das atividades projetadas com vista à concretização de um dos meus objetivos. Mobilizar a aplicação da escala na consulta de saúde infantil implicou reunir e organizar o material necessário. Implicou também ultrapassar alguns obstáculos como desmistificar a “falta de tempo”, demonstrando que a gestão e otimização do mesmo têm relação direta com o conhecimento e experiência na aplicação da escala, relevando as suas vantagens.

Para complementar esta avaliação nos exames periódicos ou oportunistas no contexto da vigilância de saúde é primordial a valorização das suspeitas da família ou professores (adultos mais próximos das crianças) (DGS, 2013), sendo para tal fundamental a relação de confiança, a escuta e a partilha de informação (OE, 2010b). Caminhar neste sentido ganha sustentação no modelo de CCF, reconhecendo a família como elemento presente na vida da criança, primordial ao seu bem-estar e também alvo de cuidados (Hockenberry & Barrera, 2014). Promover o desenvolvimento da criança implica ao enfermeiro o reconhecimento da família enquanto parceira para, juntos, ajudarem a criança no caminho da sua autonomia, bem-estar e dignidade, de acordo com os padrões esperados para a idade mas respeitando os seus ritmos e reconhecendo a sua individualidade (OE, 2010b). Para tal, é essencial que a família tenha conhecimentos sobre o que será esperado de uma criança em determinado estágio de desenvolvimento, que atividades podem ser mobilizadas com vista a promover um desenvolvimento adequado, assim como, que apoio pode ser dado à criança para que a mesma consiga reconhecer os comportamentos saudáveis de forma a adquirir a sua autonomia e conseguir fazer escolhas conscientes e responsáveis. Operacionalizar estratégias ao nível da consulta que visem a capacitação e *empowerment* do sistema criança/família revela-se essencial, sendo que para além do diálogo seria importante a entrega de documentação escrita de suporte. Não tendo havido possibilidade de elaborar/organizar essa documentação foi concretizada e incentivada a entrega da fotocópia (disponível) das atividades promotoras de desenvolvimento previstas no PNSIJ de acordo com a idade, com explicação à família da sua importância. Foi ainda feita a sugestão, decorrente de uma necessidade pessoal sentida, para que futuramente fosse organizada documentação de suporte sobre as temáticas

relevantes, agrupadas por idades, parecendo-me que seria um fator facilitador com vista a tornar-se um aspeto integrante da consulta.

No decorrer deste percurso o guia orientador construído, ferramenta pessoal de trabalho com base em evidência científica, recolheu o interesse da equipa de enfermagem e transformou-se no “Manual de procedimentos – Consulta de enfermagem de saúde infantil” (APÊNDICE IV). Foi incluído um capítulo sobre os registos no SClínico com vista a orientar a equipa de enfermagem e contribuir para a visibilidade dos cuidados (Amaral-Bastos & Sousa, 2014), sustentada na importância que lhes é atribuída (Lei n.º 156/2015, 2015; OE, 2001). Neste sentido, durante o período em que decorreu o meu Estágio neste contexto, e em parceria com a equipa de enfermagem, foi sendo explorado o SClínico na tentativa da uniformização de registos que dessem resposta às necessidades, refletindo os cuidados de enfermagem realizados e promovendo uma continuidade dos mesmos.

Considero que este meu percurso se revelou um contributo ao nível do meu desenvolvimento pessoal e profissional, capacitando-me na prestação de cuidados de melhor qualidade, como expectei. A competência para a observação e avaliação do desenvolvimento da criança, fundamentada na evidência científica e sustentando-se na comunicação e parceria com a família e no reconhecimento da sua individualidade (OE, 2010b), foi solidificada neste percurso. Foram desenvolvidos conhecimentos em diversas áreas como a amamentação e alimentação complementar, imunização, higiene, atividade física/brincar, sedentarismo e sono, segurança, vinculação, sexualidade e outros aspetos particulares a ter em atenção no processo de desenvolvimento da criança. Simultaneamente, considero que este percurso terá também constituído um primeiro passo para a melhoria da qualidade dos cuidados nesta instituição de saúde, demonstrado na receptividade da equipa e na observação da implementação de algumas mudanças na prática dos cuidados ainda durante a minha permanência neste contexto.

O centro de desenvolvimento, contexto de Estágio seguinte, veio complementar a aquisição de competências ao nível da observação da criança e avaliação do seu desenvolvimento. As crianças são referenciadas a esta consulta por alguma alteração detetada nas consultas de rotina de vigilância de saúde infantil ou porque, decorrente de diagnósticos médicos, é reconhecida a existência de um fator de risco ao desenvolvimento que justifica um acompanhamento mais próximo e atento. Tal como reconhecido na literatura, algumas situações como a

prematuridade e as doenças crónicas, que implicam muitas vezes longos períodos de hospitalização, constituem por si só fatores de risco ao desenvolvimento da criança, a valorizar cada vez mais numa sociedade em que a evolução tecnológica e científica conduziu à sobrevivência de crianças com doenças graves e incapacitantes, às quais está frequentemente associado um aumento da morbilidade (Batalha, 2017; Lehner & Sadler, 2015; Oliveira *et al.*, 2016; Sanders, 2014). A corroborar a importância da identificação precoce de alterações no desenvolvimento, com vista a um diagnóstico atempado e a um início de intervenção célere ao qual se associam melhores resultados, surge a explicação com base na plasticidade cerebral para a recuperação de algumas competências (Oliveira *et al.*, 2016; Pinto, 2009).

Neste centro de desenvolvimento a ferramenta de diagnóstico e intervenção é o *developmental, individual-differences & relationship-based model* (modelo DIR), o que implicou uma revisão bibliográfica com vista a compreender os seus fundamentos e a sua aplicabilidade. Este modelo, desenvolvido pelo Dr. Stanley Greenspan e maioritariamente utilizado no âmbito da intervenção com crianças com perturbação do espectro do autismo, visa a compreensão do desenvolvimento humano valorizando as diferenças individuais na capacidade de estabelecimento das relações afetivas (ICDL, s.d.). Através dele é feita uma observação e avaliação global da criança nos vários níveis funcionais do desenvolvimento (atenção, envolvimento, reciprocidade, comunicação, utilização de sequências de ideias e pensamento lógico emocional), como também na sua singularidade na receção, processamento e resposta aos estímulos sensoriais. É admitida uma associação direta destes fatores com as interações relacionais que a criança estabelece, o que tornará possível projetar uma forma de as facilitar (Caldeira da Silva *et al.*, 2003), ajudando a criança na construção dos seus alicerces que a capacitarão a um desenvolvimento saudável (ICDL, s.d.). A operacionalidade deste modelo traduz-se na abordagem *floortime* e a pesquisa realizada originou um interesse particular na possibilidade de mobilização da mesma e das suas potencialidades em outros contextos de cuidados. Tal como refere a literatura, este modelo de intervenção pode ser mobilizado na promoção de um desenvolvimento saudável de qualquer criança (ICDL, s.d.) e foi com base nesta fundamentação que foi feita a reflexão associada a este contexto (APÊNDICE V). A revisão bibliográfica realizada, a observação desta abordagem na intervenção com a criança por diferentes profissionais de saúde (enfermeiro, pediatra da área do desenvolvimento, e

pedopsiquiatra) e a sua mobilização aquando da prestação de cuidados com orientação no decorrer das consultas através do brincar revelaram-se uma mais-valia na capacitação pessoal para o desenvolvimento de competências de EEESIP. O brincar é uma atividade primordial ao desenvolvimento saudável da criança possibilitando a descoberta de si, dos outros e do mundo (IAC, 2009; IPA, 2014; Santos, 2011). A observação da criança e avaliação do desenvolvimento saíram reforçadas com a capacidade de atenção a alguns aspetos que esta abordagem realça, nomeadamente a iniciativa, preferências e criatividade da criança, o seu processamento sensorial e o tipo de interação verbal ou não verbal que estabelece. Também a observação da família na sua interação com a criança, nas respostas que dá às suas iniciativas, nas preocupações e expectativas que demonstram foram potenciadas. Por último, o reconhecimento de nós próprios e da nossa capacidade de dar uma resposta adequada às necessidades particulares da criança foi um aspeto evidenciado. Concluindo, esta abordagem é uma ferramenta de comunicação adequada à idade e estágio de desenvolvimento da criança, culturalmente sensível, que promove a maximização do potencial de desenvolvimento de cada criança assente nos seus interesses e pontos fortes, respeitando a singularidade e sempre relevando o reforço positivo. A abordagem *floortime* pode constituir assim, na minha análise, um cuidado antecipatório a integrar no PNSIJ (DGS, 2013), numa relação de complementaridade com os já existentes, nomeadamente no que se refere aos aspetos associados à vinculação, relacionamentos, linguagem e comunicação, pensamento e raciocínio, construção da personalidade, aquisição de autonomia e aprendizagem das regras sociais. Pode ainda considerar-se o seu enquadramento com as novas orientações da OMS (2019) sobre atividade física, sedentarismo e sono. De uma forma ampla, esta abordagem poderá ser integrada ao nível de uma prevenção primária, secundária ou terciária, tendo como foco central o desenvolvimento saudável da criança e visando o equilíbrio e bem-estar do binómio criança/família.

3.1.2. No caminho da autonomia nos cuidados ao recém-nascido doente

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) foi sem dúvida onde os contributos para o desenvolvimento da competência “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194) na sua unidade “promove a

vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194) foram mais notórios, constituindo outra das áreas prioritárias de desenvolvimento de competências.

A pesquisa de evidência científica, com particular relevância para a leitura de vários consensos clínicos de neonatologia com vista a aprofundar os conhecimentos nesta área particular de cuidados, e a reflexão com a enfermeira orientadora foram primordiais na aquisição gradual de autonomia. A UCIN revelou-se o contexto mais desafiador ao longo deste meu percurso devido à particularidade dos cuidados dirigidos a uma faixa etária com a qual no meu contexto profissional tive menos contacto, e também pela complexidade desses mesmos cuidados, decorrente da especificidade que exige a hospitalização em cuidados intensivos e, acima de tudo, da contínua confrontação e necessidade de equilíbrio na articulação entre a suscetibilidade do recém-nascido (RN) e a promoção da parentalidade e esperança.

A hospitalização do RN numa UCIN é um *stressor* adicional, num momento de vida já por si desafiador para qualquer família que vivencia um processo de adaptação aos seus novos papéis com o nascimento de uma criança (OE, 2015). Realçam-se as questões inerentes à situação de saúde do RN, pela sua vulnerabilidade associada à prematuridade ou condição de saúde; o ambiente físico que caracteriza esta unidade de cuidados, com uma panóplia de máquinas e de ruídos desconhecidos; e os próprios cuidados que são prestados, que caminham concomitantemente com a evolução tecnológica permitindo muitas vezes uma redução da mortalidade mas associada frequentemente a uma multiplicidade de procedimentos invasivos e dolorosos. Estes vários aspetos, como nos dizem Lehner e Sadler (2015), interferem com a parentalidade e com o processo de desenvolvimento da criança.

O conceito de parentalidade define-se como “(...) ação de tomar conta com as características específicas de assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças” (OE, 2015, p.13), sendo reconhecido que a vinculação ocupa um papel de destaque (OE, 2015). A promoção da vinculação, que já foi mencionada enquanto competência exigida a um EEESIP, tem descrito nos seus critérios a avaliação do desenvolvimento da parentalidade (Regulamento n.º 422/2018, 2018),

dando consistência à relevância desta temática. A hospitalização numa UCIN impõem frequentemente um afastamento físico entre o RN e os pais. Por este motivo, a mesma pode interferir com a definição dos papéis parentais e com o estabelecimento da vinculação, da qual está dependente o sentimento de segurança e proteção do RN, indispensável para que adquira capacidade de explorar o meio envolvente e, conseqüentemente, se desenvolva de forma saudável e feliz ao longo da vida (OE, 2015). Concomitantemente, a hospitalização interfere com o número e a qualidade dos estímulos que a criança recebe do meio envolvente (Coughlin, 2017; Lehner & Sadler, 2015). Emergem ainda desta competência critérios como “utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN”, “promove a amamentação” ou “negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194), aspetos que, com a devida adequação às condições de saúde do RN neste contexto e em articulação com os cuidados neuroprotetores, devem ser estimulados. A prestação de cuidados com orientação, com vista à promoção da parentalidade na UCIN, integrava uma das atividades projetadas para o desenvolvimento de competências nesta área particular de cuidados e revelou-se uma aprendizagem muito gratificante. Promover e apoiar a presença e participação da família, testemunhar os primeiros passos do desenvolvimento da vinculação desde a observação do RN, contacto físico ou amamentação, valorizar a importância das pequenas conquistas e amparar nos momentos mais difíceis foram algumas das intervenções desenvolvidas. Desta forma foi possível contribuir para o desenvolvimento gradual e ajustado das competências parentais, as quais constituem os alicerces para um processo de adaptação saudável ao momento presente e para a capacitação e *empowerment* da família para o futuro, de forma a que a mesma sinta que é a melhor cuidadora da criança e que consiga cumprir o seu papel parental.

Sendo transversal a qualquer contexto de cuidados, a confrontação com a necessidade de mobilização de estratégias promotoras de esperança realista, incluída no regulamento de competências do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018, 2018), foi no contexto da UCIN mais evidente. A esperança é reconhecida como subjacente à condição humana e inerente ao cuidar. Implica uma escuta ativa que possibilite a expressão de sentimentos e dúvidas, pressupõe o respeito pelas decisões tomadas pela família e é indispensável na adaptação a uma situação de doença da criança (OE, 2011) logo, conseqüentemente, ao reencontro do equilíbrio

e estabilidade do sistema. Magão (2012) fortalece esta ideia ao defender que promover a esperança é um dever intrínseco ao cuidar, numa relação interpessoal de ajuda e confiança com intencionalidade terapêutica para com a criança e família; a esperança é como o motor de ação que incentiva a vida e que proporciona a motivação necessária para enfrentar os *stressors* que se impõem e que exigem uma reconstituição do sistema. A consciencialização sobre este aspeto particular do cuidar será necessária para melhorar a qualidade na prestação de cuidados. No entanto, será fundamental também o reconhecimento de que a promoção da esperança poderá constituir um desafio para o próprio profissional (Magão, 2012), incitando este contexto a uma confrontação e reflexão sobre este assunto. Para além do conhecimento que se pode desenvolver através de pesquisa bibliográfica, ao longo do percurso profissional de cada um vai havendo uma capacitação para a intervenção nesta área, uma vez que “os saberes construídos pela experiência, com recurso à reflexão, são considerados importantes para o acesso à compreensão da importância da esperança na vida (sua e da pessoa cuidada) e para a conseguir promover” (Magão, 2012, p.99). Desta forma, a pesquisa feita, as experiências vividas e, acima de tudo, a sensibilização para este aspeto tão particular e simultaneamente tão transversal do cuidar, foi um fator relevante neste percurso.

3.1.3. Consolidar os cuidados de enfermagem à criança e família em situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte

Outra das áreas a melhorar neste percurso está integrada na competência “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193), na sua unidade “reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193) efetivada por “demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193). No contexto de Estágio do serviço de urgência pediátrica (SUP) foi possível solidificar conhecimentos sobre protocolos existentes, observar a equipa de cuidados na operacionalização do algoritmo do suporte avançado de vida (SAV) pediátrico, tal como partilhar e refletir práticas, com vista a consolidar competências no que se refere ao cuidar da criança em situação de instabilidade das funções vitais e risco de morte e sua família.

O modelo de sistemas de Neuman foi facilitador no reconhecimento desta situação de particular complexidade, levando à identificação de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte da criança enquanto *stressor* que pode induzir desequilíbrio no sistema. A hospitalização, por si só, é reconhecida como *stressor* por implicar alterações nos papéis parentais (Lehner & Sadler, 2015; Sanders, 2014). Até para uma criança com uma doença crónica e família esta situação se confirma, podendo ser fundamentada, como nos diz Barros (2003), no facto da adaptação ser um processo contínuo e dinâmico que acompanha o percurso da própria doença, alternando períodos de maior estabilidade com outros de maior desequilíbrio.

Assente nos CCF, a presença e o reconhecimento da família enquanto parceira é primordial para se poder falar em humanização dos cuidados (Hockenberry & Barrera, 2014), sendo mesmo um direito reconhecido na carta da criança hospitalizada (IAC, 2008). O EEESIP terá um papel primordial na mudança de paradigma na prática diária de cuidados, de forma a que a presença da família durante os procedimentos invasivos, e particularmente nos cuidados à criança em situação crítica, seja encarada como benéfica para todos os intervenientes pelo sentimento de segurança, satisfação e colaboração que lhe está associado, culminando numa melhoria da qualidade (Dudley, Ackerman, Brown, & Snow, 2015).

É considerado que uma criança está em situação crítica quando apresenta um problema grave nas vias aéreas, respiração ou circulação, ou ainda quando apresenta uma deterioração aguda do estado de consciência (OMS, 2016), podendo estar associado o risco de morte. Sendo reconhecida como uma das intervenções mais difíceis para os profissionais de saúde é simultaneamente admitido que, apesar de alguns condicionantes que devem ser geridos, a família pode ter um papel essencial neste contexto particular do cuidar (Dudley *et al.*, 2015). Reconhecer a família enquanto elemento da equipa multidisciplinar proporciona a adequação da parentalidade em situação de hospitalização da criança, sendo para tal necessário dar a informação e a orientação pertinente e oportuna, negociar os cuidados e dar resposta às necessidades da família (OE, 2015). Numa análise direcionada à intervenção do EEESIP este aspeto é reforçado pelo facto do alvo de intervenção dos seus cuidados ser o binómio criança/família (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

No que se refere à observação participante na prestação de cuidados na triagem, sendo uma área muito específica de intervenção e confinada a um serviço

de urgência, poderá ser analisada de forma mais abrangente. Um sistema de triagem possibilita uma “(...) uniformização de procedimentos e as tomadas de decisão suportadas em algoritmos clínicos (...), uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce da pessoa e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades, de maior qualidade e segurança” (DGS, 2018, p.15). A experiência proporcionada neste percurso de formação poderá ser considerada uma mais-valia, contribuindo para a capacitação no que se refere a uma avaliação objetiva da criança, com possíveis repercussões na priorização das necessidades diagnosticadas e consequente intervenção em qualquer contexto de cuidados.

A existência de diretrizes para a triagem, avaliação e intervenção na criança em situação crítica tem-se revelado primordial na redução da mortalidade (OMS, 2016). Observar a articulação da equipa de saúde nestas situações potencialmente geradoras de *stress*, onde a gestão do tempo e da imprevisibilidade se impõem, assim como compreender o papel de cada um dos intervenientes que se complementam no mesmo objetivo comum, quer nos cuidados diretos à criança quer junto à família e em parceria com a mesma, foi uma experiência enriquecedora. Extrapolar esta realidade para outros contextos possibilitará melhorar a qualidade dos meus cuidados nesta área de especial complexidade, antecipando sempre que possível a identificação de focos de instabilidade e a resposta adequada.

3.1.4. A articulação de cuidados como resposta às necessidades da criança e família

A promoção da articulação de cuidados surge integrada de várias formas na primeira competência do EEESIP “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19192), com vista a possibilitar uma avaliação e resposta adequada às necessidades de cada criança e família. O caminho para a excelência de cuidados terá de passar por uma equipa multidisciplinar que englobe intervenientes dos diferentes contextos onde a criança se encontre, tendo os mesmos papéis definidos com vista a alcançar um objetivo comum, numa atitude de cooperação, complementaridade e sinergismo, assente na motivação e respeito mútuos. O binómio criança/família tem de ser reconhecido enquanto parceiro com o qual é estabelecida uma relação com intencionalidade terapêutica e são negociados os cuidados, baseados numa abordagem holística e

humanizada, que visa a capacitação e *empowerment* do sistema. A possibilidade de observar a intervenção do EEESIP no âmbito dos núcleos de crianças e jovens em risco, da Saúde Escolar (SE) e do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), assim como as reflexões com as enfermeiras orientadoras e a participação em reuniões multidisciplinares identificando redes de articulação com outros serviços ou outras instituições em alguns dos contextos de Estágio, possibilitaram enriquecer este percurso, perspetivando uma visão mais global do trabalho que pode ser desenvolvido por este especialista e reforçando a capacitação nesta área de intervenção, reconhecida como deficitária.

Esta primeira competência do EEESIP integra a unidade “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”, que se efetiva, entre outros, nos critérios “identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco)”, “sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção” e “assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193). Também o Código Deontológico, no seu artigo 102.º, reconhece ao enfermeiro a salvaguarda dos direitos das crianças, devendo protegê-las de qualquer forma de abuso (Lei n.º 156/2015, 2015). A capacitação nesta área particular de intervenção, transversal aos vários contextos de prestação de cuidados e com importância realçada pela inclusão da avaliação do risco de maus tratos enquanto parâmetro comum a todas as idades incluídas no PNSIJ (DGS, 2013), implicou, antes de mais, uma consolidação de conhecimentos através da pesquisa bibliográfica. Associado a um reconhecimento da necessidade de proteção da criança, no século XX começou a surgir legislação com vista à salvaguarda dos seus direitos, passando os maus tratos a ser identificados como um grave problema decorrente da interação de fatores associados aos pais, à própria criança e ao contexto que a envolve (Oliveira & Pais, 2014). A DGS (2011) define maus tratos como “(...) qualquer acção ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima” (p.7), sendo que os mesmos decorrem da conjugação de fatores de risco, fatores de proteção e fatores de agravamento/crises de vida, relevando-se a intervenção perante os fatores de risco com o objetivo de prevenir a ocorrência dos maus tratos e evitar a sua recorrência (DGS, 2011). A

importância da intervenção nesta área levou à criação da lei de proteção de crianças e jovens em perigo para dar resposta a necessidades particulares perante situações de maior vulnerabilidade (Lei n.º 147/99, 1999). Também no Relatório mundial sobre violência e saúde de 2002, a OMS realça a importância da prevenção, deteção precoce, acompanhamento, sinalização e encaminhamento por parte dos profissionais (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozan, 2002), sendo necessário para tal a consciencialização dos mesmos para a problemática e o conhecimento sobre a intervenção a desenvolver. Nesse sentido foi disponibilizado pela DGS (2011) um guia de orientação “Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção”, referenciado no próprio PNSIJ (DGS, 2013). Importa reconhecer que a intervenção nesta área assenta num modelo com três níveis de ação, respeitando o princípio da subsidiariedade. O primeiro nível inclui as entidades com competência em matéria de infância e juventude (associações, autarquias, entidades policiais, serviços de saúde e educação, entre outros) que têm relação de proximidade com as crianças/jovens e suas famílias, sendo por isso esperada uma intervenção com vista à promoção dos direitos e proteção de todas as crianças e jovens, com particular relevância dos que se encontrem em situação de risco; incluem-se ainda neste nível os núcleos de apoio, Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) ao nível dos cuidados de saúde primários e Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) ao nível dos hospitais, constituídos por equipas pluridisciplinares que visam dar apoio aos profissionais que intervêm nesta área ao nível da consultadoria, articulação de entidades de intervenção, acompanhamento das situações e avaliação ou sinalização das mesmas para outro nível de intervenção quando se revele necessário. O segundo nível é constituído pelas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), patamar seguinte quando a intervenção no primeiro nível se revela insuficiente. O terceiro nível, que engloba a intervenção judicial ao nível dos tribunais, tem de ser acionado quando os dois níveis de intervenção anteriores falham (Lei n.º 147/99, 1999). A participação no seminário “O direito da criança a não ter um processo de promoção e proteção!” (ANEXO I) e na ação de formação “Violência e Maus Tratos a Crianças e Jovens - Sensibilização Geral” (ANEXO II) permitiu a consolidação deste conhecimento, escutando as perspetivas de diferentes intervenientes e a promoção da articulação de cuidados entre os mesmos. Também a participação em reuniões do NACJR e do NHACJR, no contexto de Estágio da

USF e do centro de desenvolvimento, respetivamente, se revelou uma mais-valia. Estas experiências possibilitaram perspetivar a intervenção do EEESIP enquanto elemento de uma equipa multidisciplinar, constatando a importância da articulação de cuidados com vista a uma identificação de necessidades e ao desenvolvimento de estratégias de intervenção adequadas e individualizadas. A prevenção ou cessação de situações que possam afetar o desenvolvimento, saúde, segurança, formação ou educação da criança são o foco central da ação, promovendo a defesa dos seus direitos e potenciando a maximização do seu crescimento e desenvolvimento.

Outro ponto a referir neste tópico diz respeito às crianças com necessidades de saúde especiais, sendo de referir que crianças até aos seis anos com deficiência ou em risco grave de atraso de desenvolvimento têm direito a usufruir, através do SNIPI, de programas de intervenção precoce, devendo a sua sinalização ser feita para as equipas locais de intervenção (ELI) (DGS, 2013). Esta sinalização visa garantir o direito das mesmas à participação e inclusão social, assim como ao desenvolvimento máximo das suas capacidades, através de medidas de apoio de teor preventivo ou de reabilitação referentes à educação, saúde ou ação social (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009). Como já abordado anteriormente, a pertinência de uma intervenção precoce tem vindo a revelar-se essencial na potenciação da recuperação de algumas competências da criança, justificada pelo reconhecimento da maior plasticidade cerebral nos primeiros anos de vida (Oliveira *et al.*, 2016; Pinto, 2009). Assim, a identificação, sinalização e início de intervenção o mais precocemente possível revela-se primordial (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009), podendo a referenciação ao SNIPI ser feita por qualquer pessoa envolvida nos cuidados à criança. As ELI são equipas multidisciplinares responsáveis por elaborar um plano de intervenção individualizado, o plano individual de intervenção precoce (PIIP), que decorre do diagnóstico da situação e traduz as necessidades detetadas, os recursos da criança e família, a proposta de intervenção, a sua duração, assim como a periodicidade dos momentos de avaliação. Tudo é feito em parceria com a família e em relação direta com os docentes quando a criança frequenta a creche ou jardim-de-infância, tendo sempre por base a maximização do potencial de desenvolvimento da criança e a promoção das competências parentais (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009). A possibilidade de acompanhar durante um dia o EEESIP de uma das ELI revelou-se gratificante neste percurso, dando contributos no que se

refere ao objetivo delineado de identificar redes de articulação com outras instituições de saúde e recursos comunitários de suporte ao sistema criança/família, os quais podem ser enquadrados na primeira competência do EEESIP avaliada pelo critério “estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193). Esta intervenção ganha sustentação na função atribuída ao SNIPI de apoio às famílias no acesso aos recursos disponíveis, assim como no envolvimento da comunidade, dinamizando redes de suporte social formais e informais (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009). Simultaneamente, esta experiência também potenciou o desenvolvimento desta competência assente no critério “apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193). Tal fundamenta-se no reconhecimento da intervenção desenvolvida pelas ELI junto das crianças e famílias, nomeadamente na função que é atribuída a estas equipas de perspetivar a transição da criança para outros contextos educativos (através da articulação com a SE e, quando necessário, a articulação com comissões de proteção, instituições de saúde ou outras que se revelem necessárias) com vista à salvaguarda dos seus direitos e promoção do desenvolvimento das suas capacidades (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009), e ainda no conhecimento do funcionamento do sistema capacitando-me com as ferramentas necessárias a uma referenciação futura enquanto profissional num outro contexto.

Outra atividade desenvolvida neste percurso e que faz sentido referenciar neste âmbito de análise refere-se à visita a uma escola de 1º ciclo integrada na área de intervenção da SE. No regulamento de competências do EEESIP, e uma vez mais referente à sua primeira competência, pode ler-se num dos critérios que o EEESIP “intervêm em programas no âmbito da saúde escolar” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193), reforçando a pertinência desta experiência neste processo de formação. O PNSIJ prevê uma estreita ligação entre o enfermeiro dos cuidados de saúde primários e a equipa de SE, nomeadamente no que se refere à promoção da saúde da criança através dos cuidados antecipatórios, podendo alguns dos temas a ser abordados ser impulsionados pela SE numa estratégia ativa que envolva crianças e famílias (DGS, 2013). O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) estrutura-se com base em duas premissas “a vigilância e protecção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde” (DGS, 2006, p.6), tendo como finalidades

promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa; apoiar a inclusão escolar de crianças com Necessidades de Saúde e Educativas Especiais; promover um ambiente escolar seguro e saudável; reforçar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida saudáveis; contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde (DGS, 2006, p.7).

A escola é reconhecida como um contexto privilegiado de capacitação das crianças na gestão eficaz da sua saúde e dos fatores que sobre ela tenham repercussões (Despacho n.º 8297-C/2019, 2019). Só uma parceria entre famílias, escola, cuidados de saúde primários e outros setores da comunidade que se revelem pertinentes permitirá otimizar o trabalho realizado e contribuir para obter ganhos em saúde (DGS, 2006). Longe de esgotar o conhecimento nesta área de intervenção específica, que não faz parte dos objetivos do presente relatório, opto por abordar uma das áreas de intervenção reconhecidas no âmbito deste programa que diz respeito à inclusão escolar, a qual assenta no princípio de que as necessidades individuais de cada criança devem ser consideradas através da adoção de práticas pedagógicas que respeitem a diferença e reconheçam a necessidade da individualização e cooperação. Assim sendo, qualquer criança com um problema de saúde que possa interferir com o seu processo de aprendizagem tem direito a ser acompanhada por um profissional da equipa de SE, o qual promove a articulação com os serviços de saúde e a mobilização dos recursos necessários com vista à sua inclusão (DGS, 2006). A minha experiência profissional em cuidar da criança em situações de maior complexidade é uma realidade diária, sendo um exemplo a capacitação e *empowerment* da criança e família necessária após o diagnóstico de uma doença crónica como a diabetes *mellitus*. Os conhecimentos desenvolvidos neste percurso podem ser analisados com base no regulamento de competências do EEESIP, quer na sua primeira competência através de “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” com relevância particular no “apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais”, quer na segunda competência pelo “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (...)”, onde se especifica “diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem” e “capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193). Esta experiência capacitou-me com ferramentas que possibilitarão uma resposta futura mais adequada às necessidades da criança e família referentes à gestão dos cuidados de saúde no período escolar e à promoção da inclusão da criança, nesta situação particular e em

tantas outras. Importa ainda, neste âmbito, falar no conceito de normalização, um dos elementos facilitadores da adaptação. Refere-se à promoção de um padrão de vida tão normal quanto possível através da minimização do sentimento de diferença na criança, tornando assim necessário a estruturação de atividades diárias, o estabelecimento de limites adequados e a construção de objetivos futuros realistas, possibilitando à criança continuar o seu caminho na procura de novas conquistas e independência (McElfresh & Merck, 2014). A inclusão escolar é disso um exemplo, um aspeto fundamental na adaptação da criança a esta nova situação de saúde, que tem de ser equilibrada com os restantes aspetos da sua vida, pretendendo-se que, tanto quanto possível, a criança tenha as mesmas oportunidades que os seus pares. A articulação da equipa de SE com a família e profissionais que acompanham a criança no que se refere à sua situação de saúde é fundamental na promoção da inclusão e indispensável a uma adequada gestão da doença no contexto escolar (DGS, 2006). Para cada criança com necessidades de saúde especiais, isto é, necessidades que decorrem de “(...) problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem” (DGS, 2006, p.12), é elaborado um plano de saúde individual (PSI) pela equipa de SE. O PSI tem por base o plano terapêutico da criança elaborado pelo médico assistente da especialidade e deve envolver a família, elementos da escola selecionados como pertinentes e a própria criança quando possível, devendo constar no mesmo a informação concreta sobre aspetos inerentes aos cuidados necessários para uma vigilância e controlo adequado da doença em contexto escolar, assim como a atuação perante possíveis intercorrências (Despacho n.º 8297-C/2019, 2019). Com base neste plano são posteriormente propostas possíveis adaptações escolares a serem integradas no plano educativo individual (PEI) daquela criança (DGS, 2006), cabendo também a esta equipa a capacitação da comunidade educativa e o acompanhamento da operacionalização deste plano, assim como a sua avaliação e eventual atualização (Despacho n.º 8297-C/2019, 2019; DGS, 2006). Para além da inclusão escolar, fazem parte das áreas de intervenção prioritárias do PNSE a saúde individual e coletiva, o ambiente escolar e os estilos de vida (DGS, 2006), um vasto domínio onde se reconhece que muito trabalho pode ser feito mas só uma articulação entre diferentes intervenientes possibilitará uma melhoria da saúde de toda a comunidade educativa, que terá também reflexos na comunidade envolvente, traduzindo-se em ganhos em saúde.

Numa perspetiva de promoção da continuidade de cuidados a importância do rigor nos registos sobre as observações e intervenções realizadas está prevista no código deontológico do enfermeiro (Lei n.º 156/2015, 2015). Um dos objetivos específicos delineados e decorrente de um conhecimento da realidade do meu contexto profissional estava relacionado com uma análise ao sistema de registo SClínico, com levantamento das limitações aos registos de dor e referência à entidade responsável, visando a sua melhoria. Nesse sentido foi elaborado um documento e entregue à enfermeira que serve de elo de ligação na instituição, para que os problemas detetados possam ser reportados pois interferem com a prática diária, põem em causa a transmissão da informação necessária à continuidade de cuidados, conduzindo ainda a um enviesamento nos resultados das auditorias realizadas, o que condiciona o diagnóstico de necessidades e implementação de estratégias de melhoria nesse âmbito (APÊNDICE VI).

Sintetizando, “cabe à equipa de saúde identificar, numa perspetiva centrada na família, as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-las, proporcionar-lhes apoio continuado e promover a articulação entre os intervenientes nos cuidados” (DGS, 2013, p.34), assumindo o EEESIP um papel crucial nessa equipa. A validação desta afirmação foi confirmada ao longo deste percurso na participação em reuniões multidisciplinares, na observação da intervenção em áreas particulares, como o cuidar de crianças em risco ou com necessidades especiais, e ainda refletido na procura contínua de redes de articulação dentro da própria instituição de cuidados e/ou com outras instituições de saúde, assim como de recursos comunitários de suporte ao sistema criança/família quando se revelou necessário. A consolidar esta ideia, referir ainda que a organização da equipa de saúde com vista a assegurar a continuidade de cuidados à criança está prevista enquanto princípio na carta da criança hospitalizada (IAC, 2008). É reconhecido que a hospitalização deve surgir apenas se os cuidados não poderem ser assegurados em casa ou em contexto de consulta ou hospital de dia, relevando assim a importância da articulação aos vários níveis de cuidados que a criança necessita, de forma a ser garantido o apoio à mesma e família, assegurada a manutenção da qualidade dos cuidados e otimizados os recursos disponíveis (OE, 2011).

3.2. Desenvolvimento de competências na área da gestão diferenciada da dor e implementação de estratégias de intervenção com vista à melhoria do seu controlo

Desde o início da minha atividade profissional que a intervenção na área do controlo da dor desperta o meu interesse. Com alguma formação já realizada e enquanto elemento dinamizador do grupo da dor no local onde trabalho, tenho ao longo dos anos tentado contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados nesta área, reconhecendo que tem sido um percurso complexo e que existe ainda um longo caminho a percorrer. Este percurso de formação visava a identificação de uma problemática decorrente do contexto profissional, relevante no contexto da saúde infantil e pediátrica, sendo a pertinência da presente temática sustentada no reconhecimento de que a melhoria de intervenção nesta área é ainda como uma meta a alcançar (DGS, 2017) e a prevalência de dor é uma realidade com particular destaque em pediatria (Batalha, 2010; IASP, 2019), para além de que a gestão da dor integra o RPQCEESCJ (Regulamento n.º 351/2015, 2015). Projetar uma intervenção nesta área implicou direcionar a atenção para uma situação mais particular, sendo que a opção pelo controlo da dor da criança com ACF permite articular ainda o meu interesse com a área de hematologia, suportado na relevância que a dor assume no que se refere a esta doença crónica (Agrawal *et al.*, 2019; NHLBI, 2014). O controlo da dor assume, aqui, particularidades que devem ser relevadas (Ballas *et al.*, 2012), com vista a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da criança com ACF e família. Tendo por base o PNPCDor e três dos pontos estratégicos reconhecidos com vista à excelência de cuidados nesta área de intervenção, sendo eles o desenvolvimento de modelos de boas práticas, a necessidade de formação dos profissionais e a promoção da literacia da população (DGS, 2017), já mencionados anteriormente, foram concretizadas atividades onde a melhoria da qualidade dos cuidados com vista ao controlo da dor assumiu a centralidade, de forma a articular a temática de interesse com o contexto de Estágio sempre que a atenção particular à dor da criança com ACF não se revelou pertinente. Em cada um dos contextos foi reconhecida a dor enquanto *stressor* que interfere com o equilíbrio do sistema criança/família. A prestação de cuidados com vista a reter, atingir ou manter esse equilíbrio ao nível de uma prevenção primária, secundária ou terciária, conforme pertinência, serviu de fio condutor ao percurso realizado, sendo o mesmo apresentado e fundamentado em seguida.

3.2.1. Novos conhecimentos sobre gestão da dor e do bem-estar da criança

Tendo por base o regulamento de competências específicas do EEESIP, na sua unidade de competência “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193), a importância dos conhecimentos nesta área particular de intervenção e a sua mobilização e gestão na prática diária de cuidados são salientadas. Também no RPQCEESCJ é realçada a importância do rigor técnico e científico na implementação das intervenções de enfermagem, nomeadamente no que se refere à gestão da dor (Regulamento n.º 351/2015, 2015). A procura de evidência científica que sustente as práticas é fundamental e dela depende a qualidade dos cuidados, assim como da opinião de peritos (OE, 2008). A complementar esta ideia pode ser referida a Declaração de Montréal, em que no seu artigo 3.º consta que a avaliação e tratamento da dor devem ser realizados por profissionais de saúde com treino adequado (IASP, 2010). Neste âmbito, a diferente bibliografia consultada ao longo deste percurso tornou possível aprofundar conhecimentos, reconhecer linhas orientadoras que justifiquem as tomadas de decisão e sistematizar e fundamentar as intervenções realizadas, contribuindo para um dos pontos estratégicos do PNPCDor referente à formação dos profissionais, neste caso, a minha própria formação.

Ao longo deste percurso, nos vários contextos por que passei, as especificidades encontradas e necessidades detetadas conduziram a um investimento em diferentes áreas desta grande temática. De uma forma global, na USF revelou-se pertinente aprofundar conhecimentos referentes ao controlo da dor da criança associada a procedimentos invasivos, considerados a causa mais frequente de dor das crianças que vão aos serviços de saúde (DGS, 2012a), com particular foco na pesquisa sobre estratégias não farmacológicas adequadas à idade e adaptáveis ao contexto. Na UCIN, o desenvolvimento do conhecimento sobre a avaliação de dor do RN, nomeadamente o recurso à escala *Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale* (N-PASS) para RN em ventilação assistida com a qual não tinha prática, e sobre as particularidades do controlo da dor nesta faixa etária surgiram como uma necessidade. A aquisição de competências nesta área de intervenção com vista a assegurar a qualidade dos cuidados prestados fundamenta-se na importância da avaliação sistemática e metodológica para que o controlo da dor possa ser alcançado (Batalha, 2013; DGS, 2003). Justifica-se, ainda, nas

especificidades do controlo da dor do RN, nomeadamente através da gestão dos estímulos ambientais (ambiente, planeamento de cuidados, posicionamentos, manipulações), do planeamento dos procedimentos dolorosos (reconhecendo a imaturidade do sistema do RN para manter ou recuperar a sua estabilidade ou as especificidades das estratégias não farmacológicas e farmacológicas adequadas a esta faixa etária e aos próprios procedimentos), assim como da promoção e preparação dos pais enquanto parceiros de cuidados neste ambiente tão particular (DGS, 2012b). No SIHP e no SUP, em que a atenção foi virada para o controlo da dor da criança com ACF, impôs-se a realização de uma profunda revisão bibliográfica sobre a temática, com vista a aprofundar e atualizar conhecimentos que serviram de base à melhoria da prestação de cuidados aos três níveis de prevenção à criança com ACF e família, assim como a todas as atividades realizadas neste âmbito ao longo deste percurso.

A pesquisa da mais recente evidência científica sobre o controlo da dor constituiu um objetivo nos diferentes contextos, com vista ao desenvolvimento de competências na área diferenciada da gestão da dor. Esta pesquisa deu consistência à concretização de outros objetivos específicos delineados, como a prestação de cuidados aos três níveis de prevenção, a identificação de estratégias mobilizadas em diferentes contextos e o reconhecimento de necessidades de operacionalização de estratégias de intervenção, visando o contributo no caminho para a excelência dos cuidados e, conseqüentemente, da qualidade de vida da criança e família.

3.2.2. Contributos para a excelência de cuidados no controlo da dor

A importância do controlo da dor e o desenvolvimento de todas as estratégias que visem prevenir a mesma ou minimizar as suas repercussões ganham sustentação na filosofia de CNT (Hockenberry & Barrera, 2014), um dos pilares no contexto da saúde infantil e pediátrica.

No meu primeiro contexto de Estágio, a USF, onde defini como objetivos específicos identificar e operacionalizar estratégias de controlo da dor da criança nos procedimentos, confrontei-me com a inexistência de intervenções mobilizadas de forma intencional e estruturada nesse âmbito, nomeadamente associadas à realização do diagnóstico precoce e vacinação tão frequentes na prática diária de cuidados. De uma forma um pouco inconsistente, e muito pouco consciente ou

fundamentada, eram mobilizadas algumas estratégias não farmacológicas, como a amamentação, a sucção não nutritiva e a distração. Sendo o controlo da dor a minha área de interesse particular e sendo reconhecido que os procedimentos invasivos são a causa mais frequente de dor nas crianças que vão aos serviços de saúde (DGS, 2012a) considerei necessária e relevante a implementação de um projeto de intervenção nesta área. Após apresentação da proposta e discussão da pertinência com a enfermeira orientadora nasceu o projeto “Procedimentos sem dor: Um direito da criança” (APÊNDICE VII). O mesmo visou a sensibilização da equipa de enfermagem para a temática da dor, imprescindível a um reconhecimento e diminuição da prevalência da mesma (Amaral-Bastos & Sousa, 2014; Batalha, 2010; Fernandes, 2000). O projeto perspetivou, ainda, a melhoria das práticas com vista ao controlo da dor através, como nos diz a OE (2008), de todas as intervenções que visem a sua prevenção e tratamento com conseqüente melhoria da qualidade de vida da criança e família, quer presente quer futura. Foi assim delineado o projeto, iniciada a sua implementação e feita a sua divulgação. Inicialmente mobilizado ao nível da minha prestação de cuidados, quer nas consultas de saúde infantil quer na vacinação, foi posteriormente feita a sua apresentação e discussão na equipa de enfermagem, disponibilizando um documento de consulta para orientação e construindo um cartaz de forma a dar visibilidade ao tema junto da equipa e junto das famílias. Esta apresentação englobou vários pontos: colheita da história de dor, com aspetos a incluir na construção da mesma e sua pertinência (DGS, 2010; OE, 2008); avaliação da dor, com recurso a escalas de monitorização da intensidade selecionadas de acordo com o contexto, suas particularidades e orientações (Batalha & Sousa, 2018; DGS, 2010; Lucas & Batalha, 2011; OE, 2008); estratégias não farmacológicas, adequadas ao contexto e de acordo com a idade da criança e preferências (DGS, 2012a, 2012b; OE, 2013); apresentação de protocolos elaborados “Administração de Sacarose” e “Aplicação de EMLA”, nesta fase apenas com o intuito de possibilitar a divulgação e esclarecimento de dúvidas às famílias, sendo que o objetivo seguinte será de que este projeto constitua a fundamentação teórica do pedido de aquisição de sacarose à ARS (que por algumas contingências não foi possível ser formalizado durante o período em que decorreu este contexto); por último, os registos de enfermagem referentes ao controlo da dor, visando a implementação e uniformização dos mesmos no processo da criança, tendo sido sugerida a ativação do foco “dor” e da intervenção “monitorizar dor”, à qual será

associada a monitorização da dor antes, durante e após o procedimento invasivo de acordo com orientações da DGS (2012a), assim como registada a escala utilizada e as estratégias mobilizadas. Esta apresentação realçou ainda alguns princípios indispensáveis a um controlo adequado da dor, nomeadamente a importância do suporte dado pela presença da família (Barros, 2003; OE, 2013) e o envolvimento da criança e família no processo (OE 2013), realçando que o sucesso do mesmo está dependente da sua individualização (Batalha, 2007). Os cartazes afixados (na sala de saúde infantil e na sala de vacinação) visam dar visibilidade ao controlo da dor enquanto direito, sensibilizando para a importância do mesmo e promovendo a identificação de estratégias não farmacológicas. Tendo por base o modelo de sistemas de Neuman (APÊNDICE I), este projeto visa contribuir para o fortalecimento do sistema criança/família, essencialmente ao nível da prevenção primária e secundária.

No que se refere ao contexto da UCIN, com vista ao contributo na excelência dos cuidados na área da dor, surgiu como sugestão da enfermeira orientadora a concretização de uma atividade que promovesse a literacia da família. Avaliada como necessária e pertinente, teria de passar por uma sensibilização para a temática, assim como uma abordagem da importância e possibilidade da sua colaboração com vista a melhorar a qualidade dos cuidados no controlo da dor do RN, num contexto com tantas especificidades. A relevância do controlo da dor do RN tem vindo a assumir um papel central quando se aborda o cuidar numa UCIN, decorrente do conhecimento de que as vias nervosas responsáveis pela perceção de dor começam a estar presentes desde a 20.^a semana de gestação (Batalha, 2010; Cordeiro & Costa, 2014; Coughlin, 2017; DGS, 2010), além de que a capacidade para inibição de estímulos dolorosos está ainda limitada fazendo mesmo com que possa dizer-se que o RN tem uma maior suscetibilidade à dor (Batalha, 2010; Coughlin, 2017; DGS, 2010). Simultaneamente, os cuidados numa UCIN, que possibilitam pela evolução científica e tecnológica dar resposta às necessidades de um RN cada vez mais pequeno e com morbilidades mais graves, submetem-no concomitantemente a inúmeros estímulos dolorosos ou perçecionados como tal pela sua imaturidade para lidar com os mesmos (Coughlin, 2017; Johnston, Fernandes, & Campbell-Yeo, 2011). A esta evidência associa-se o reconhecimento de que a participação dos pais nos cuidados possibilita uma melhor avaliação e intervenção com vista ao controlo da dor do RN (Pölkki, Korhonen, & Laukkala, 2018), para além

de promover o papel parental, nomeadamente no que se refere ao sentido de conforto e proteção, potenciando o processo de vinculação (Campbell-Yeo, Fernandes, & Johnston, 2011; Palomaa, Korhonen, & Pölkki, 2016; Pölkki *et al.*, 2018; Pölkki, Laukkala, & Korhonen, 2016). Acrescentar que estudos feitos revelam a preocupação dos pais no que se refere às questões associadas à dor, assim como o seu interesse e reconhecimento da importância da sua participação em estratégias de controlo da mesma (Campbell-Yeo *et al.*, 2011; Pölkki *et al.*, 2018; Pölkki *et al.*, 2016). Mobilizando todos estes fatores para justificar a atividade desenvolvida foi possível integrar a mesma num projeto existente ao nível da instituição, “Conversas com Pais”, um espaço de reflexão e partilha onde são abordadas temáticas muito diversas. Nesta em particular, o objetivo passou por sensibilizar, motivar e ensinar os pais a serem parceiros dos profissionais de saúde no que se refere ao cuidar para o controlo da dor do seu RN, aspetos reconhecidos na bibliografia como fundamentais à concretização desta parceria (Campbell-Yeo, *et al.*, 2011; Palomaa *et al.*, 2016; Pölkki *et al.*, 2018; Pölkki *et al.*, 2016). A atividade desenvolvida, intitulada “Direito a não ter dor: Contributos dos pais no controlo da dor do RN”, teve um suporte audiovisual de apoio (APÊNDICE VIII) e focou-se inicialmente na vulnerabilidade do RN e particularidades do ambiente da UCIN com inúmeros estímulos (luz, ruído, manipulações) para os quais o RN não está preparado (Coughlin, 2017; Johnston *et al.*, 2011), relevando a importância dos cuidados neuroprotetores como a gestão dos estímulos ambientais, o posicionamento adequado ou o planeamento dos cuidados com respeito dos ciclos de sono-vigília (DGS, 2012b; Maciel *et al.*, 2019; OE, 2013). Outro foco de atenção teve por base os indicadores comportamentais que possibilitam aos pais o reconhecimento da dor do seu RN, como expressão facial (testa franzida, olhos fechados, tremor do queixo), vocal (choro, gemido), corporal (agitação motora, punhos cerrados, movimentos de defesa) e alterações no comportamento (sono agitado, difícil de consolar, irritabilidade) (Batalha, 2011; Campos, 2018). Também a mobilização de intervenções não farmacológicas reconhecidas pela DGS (2012b) como primeira linha de intervenção em muitos dos cuidados ao RN foi outro dos pontos de destaque, nomeadamente a amamentação, método canguru, sucção não nutritiva, contenção e sacarose 24% (DGS, 2012b). A relevância das mesmas serem mobilizadas pelos pais em complementaridade com os profissionais, por exemplo para a realização de procedimentos invasivos, foi enfatizada tendo por base estudos

que demonstraram que o RN reconhece o cheiro e som familiar, o que contribui para acalmá-lo, diminuir a resposta à dor e alcançar uma estabilidade fisiológica mais rápida após a realização do procedimento (Johnston *et al.*, 2011).

Nos contextos de Estágio SIHP e SUP foram delineados objetivos que permitissem contribuir para a melhoria contínua dos cuidados referentes à problemática identificada e selecionada, o controlo da dor da criança com ACF. As atividades desenvolvidas sustentam-se uma vez mais nos três pontos estratégicos do PNPCDor (DGS, 2017), assim como nas competências do EEESIP referentes ao cuidar da criança e família em situações de maior complexidade, onde a ACF enquanto doença crónica pode ser integrada, assim como a dor (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Neste âmbito foi promovido o desenvolvimento de modelos de boas práticas, colaborando na conceção e operacionalização do projeto institucional multidisciplinar “Via rápida para as crianças com anemia das células falciformes”. Este traduz-se num protocolo de melhoria para o controlo da dor da criança com ACF que recorre ao SUP por CVO. O meu contributo passou pela sugestão de melhorias nos fluxogramas em construção e pelo desenvolvimento de estratégias para viabilizar a implementação do projeto, como é exemplo a criação de um cartão identificador para possibilitar a prioridade no atendimento administrativo destas crianças (APÊNDICE IX) ou a definição, em conjunto com enfermeira chefe do SUP, da forma de apresentação à equipa de enfermagem da informação mais relevante que consta deste protocolo. Só o conhecimento sobre as últimas diretrizes internacionais, os fluxogramas existentes e a opinião de peritos nesta área de intervenção tornou possível a colaboração neste projeto. Visando a promoção de uma continuidade de cuidados ao nível da instituição foram ainda perspetivadas outras propostas de melhoria, apresentadas e aceites. Neste sentido, foi então sugerido a inclusão no projeto de orientações para quando a transferência da criança para um SIHP surge como uma necessidade, nomeadamente da terapêutica que deve ser prescrita nestas situações. O passo seguinte passará pela construção de fluxogramas a implementar no SIHP, com o fundamento de que a existência dos mesmos no SUP tem vindo a ser reconhecida enquanto contributo para uma mais rápida resolução da CVO (Ender *et al.*, 2014; Kavanagh *et al.*, 2015; NHLBI, 2014). Este aspeto leva a considerar que também no SIHP a sua existência contribuiria para uma uniformização das práticas e, acima de tudo, potenciará um controlo de dor mais eficaz e precoce nestas crianças, com todas as vantagens que lhe são

associadas. De forma a promover as boas práticas até à construção e implementação desses fluxogramas foram esquematizadas diferentes opções terapêuticas que, decorrentes da avaliação de dor e baseadas na evidência, refletem as particularidades que o controlo da dor destas crianças exige, uma vez que a gestão adequada da terapêutica prescrita pode ser realizada de forma autónoma pelo enfermeiro, desde que detenha os conhecimentos que tal exige. Estas opções terapêuticas foram apresentadas à médica responsável da equipa de hematologia, que validou a sua pertinência e concordou com a sua apresentação à equipa de enfermagem no meu contexto profissional. Referir que a seleção da problemática e a projeção de uma intervenção para este percurso de formação visou, desde o início, a pertinência da formação dos enfermeiros. Esta necessidade foi constatada na observação dos cuidados prestados, justificada na realização de auditorias enquanto elemento dinamizador do grupo da dor e, por último, baseada na existência de uma equipa jovem onde se tem vindo a perder a uniformização de práticas já intrínsecas numa equipa que trabalhava há muitos anos nesta área de cuidados e, de acordo com Benner (2001), com competências adquiridas que tornavam os profissionais peritos na mesma. Assim, decorrente da revisão bibliográfica realizada e inerente a uma reflexão intencional sobre as práticas na instituição onde trabalho, perspetivando a sua melhoria, foi estruturada uma sessão de formação à equipa focando os aspetos essenciais do cuidar da criança com ACF com vista ao controlo da dor decorrente dos episódios de CVO (APÊNDICE X). A atividade desenvolvida visou promover momentos de partilha e reflexão na equipa, com vista a analisar práticas e melhorar os cuidados disponibilizando a melhor evidência científica. Com uma vertente muito prática, a ideia foi focar pontos cruciais a um controlo adequado da dor, realçando a importância de que o mesmo seja alcançado o mais precocemente possível, relevando a importância da gestão adequada das opções terapêuticas baseadas na evidência, destacando algumas particularidades nos cuidados a estas crianças e dando ferramentas para fundamentar a intervenção realizada ou argumentar a necessidade de mudança se a mesma não se revelar eficaz. O estudo de Batalha (2013), já mencionado anteriormente, vem dar consistência a estas atividades revelando que a publicação de diretrizes e a formação dos profissionais contribuem para a melhoria dos cuidados com vista ao controlo da dor. Também com base na OE (2008) pode ser corroborada a pertinência das mesmas, visto a qualidade das práticas depender da existência de

linhas orientadoras que se baseiam na evidência científica e na opinião de peritos. Por fim, a projeção de uma intervenção nesta área parecia não ficar completa sem contemplar o outro ponto considerado crucial no caminho da melhoria da qualidade dos cuidados, o qual se refere à promoção da literacia da população. É reconhecido hoje que está intrinsecamente ligado ao conhecimento disponível, assim como à motivação e competência de mobilização desse conhecimento, a capacidade de cada pessoa tomar decisões conscientes referentes à saúde, com repercussão direta na sua qualidade de vida (DGS, 2019). “O aumento da Literacia em Saúde deve, pois, constituir-se como um desafio e uma prioridade na sociedade atual” (DGS, 2019, p.11). Pretendendo dar sustentação à informação veiculada pelos profissionais ao nível da instituição de cuidados foi elaborado um panfleto informativo direcionado às crianças e famílias (APÊNDICE XI), uma ferramenta que disponibiliza de forma simples e esquemática a informação mais relevante a reter neste âmbito. A entrevista realizada com a enfermeira da consulta de hematologia possibilitou a análise de necessidades de uma outra perspetiva da prestação de cuidados, servindo o panfleto construído para complementar outros já existentes na instituição. O foco central pretendeu espelhar o conhecimento mais recente da necessidade de mudança de paradigma, de forma a que seja promovida uma intervenção o mais precocemente possível, reforçando o papel crucial da intervenção iniciada em casa (Ballas *et al.*, 2012; NHLBI, 2014). Simultaneamente visou dar resposta ao objetivo delineado de dar visibilidade, fundamentar e desmistificar as principais estratégias mobilizadas a nível hospitalar para o controlo da dor. Encarando a dor enquanto *stressor* que se impõe ao binómio criança/família, só uma visão transversal e articulada nos diferentes serviços que prestam cuidados a estas crianças (consulta, SIHP e SUP) e reconhecendo a importância da parceria de cuidados entre criança, família e equipa de saúde se torna possível o sinergismo de uma prevenção primária, secundária e terciária, contribuindo para um resultado mais adequado e eficaz no controlo da dor e conseqüente melhoria da qualidade de vida destas crianças e famílias. Em suma, estas atividades, tal como projetadas, contribuíram para concretizar o objetivo de operacionalizar estratégias que promovessem a capacitação e *empowerment* dos enfermeiros na gestão adequada da dor da criança com ACF decorrente de CVO, assim como da própria criança e família.

IV. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A evolução das sociedades e os novos desafios que se impõem exigem aos profissionais de saúde uma intervenção sustentada pelo conhecimento transdisciplinar, pautada pela responsabilidade, visando o sinergismo dos resultados decorrente de uma articulação de saberes e colaboração e onde a qualidade dos cuidados serve de fio condutor à procura da excelência. Neste âmbito, especificamente aos enfermeiros é exigida competência na prestação de cuidados, sendo intrínseco à mesma um conjunto de saberes consistente e atualizado, numa atitude de procura contínua de melhoria, articulado com uma personalidade equilibrada e humanista e uma capacidade reflexiva que permita análise crítica, tomada de decisão, ação face ao imprevisto e trabalho em equipa. Sistematizando, a competência resulta de um conjunto de microcompetências, traduzindo a mobilização de vários saberes que possibilitam uma intervenção adequada a uma situação específica (Alarcão & Rua, 2005). A reforçar esta ideia e perspetivando o modo como as competências são desenvolvidas, Serrano, Costa e Costa (2011) dizem que “os saberes são construídos pela aplicação do conhecimento a situações-problema identificadas no contexto da prestação de cuidados e mediado por uma prática reflexiva” (p.23).

Compreendendo o conceito de competência importa o seu enquadramento com a definição de EE,

(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...). A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4744).

Assim, após uma análise fragmentada do percurso realizado, e uma vez que as aprendizagens não são estanques, adquire relevância uma avaliação global dos resultados obtidos no que se refere à aquisição e consolidação de competências de EE, incluindo as específicas de enfermagem de saúde infantil e pediatria, um dos objetivos gerais delineados para este percurso de formação. Também as atividades desenvolvidas para a concretização dos outros objetivos gerais associados à problemática selecionada deram sustentação ao desenvolvimento de competências,

justificando-se a sua análise conjunta. Como nos diz Benner (2001) “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (p.61). Desta forma, foi na articulação e complementaridade entre teoria e prática, assente sempre na reflexão crítica contínua sobre os cuidados, um aspeto fundamental para a melhoria da sua qualidade e para o reconhecimento da enfermagem (Regulamento n.º 351/2015, 2015), que foi construído todo o percurso de desenvolvimento pessoal e profissional com vista à aquisição e desenvolvimento de competências de mestre e de EEESIP, o qual será esquematizado em seguida.

No que se refere às competências comuns dividem-se em quatro domínios (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal traduz-se na minha prática profissional pela procura contínua da excelência dos cuidados, respeitando a singularidade de cada cliente. A consolidação desta competência foi potenciada neste percurso pelo conhecimento mais consistente no que se refere aos quadros de referência reguladores da prática de enfermagem e que pautaram desde sempre a minha intervenção, como sejam o REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996), o Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015, 2015) e a partir de agora o RPQCEESCJ (Regulamento n.º 351/2015, 2015) e também os Regulamentos das Competências Comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e das Competências Específicas do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Simultaneamente, a minha prática de cuidados sempre foi orientada pela evidência e pela experiência, numa postura reflexiva que sustenta o meu raciocínio clínico e tomada de decisão com base nos princípios éticos e deontológicos. Este percurso tornou todo este processo mais consciente, revelando-se neste relatório na pesquisa bibliográfica realizada nas várias áreas de intervenção e nas análises críticas que orientaram a prática. A competência em análise é ainda evidenciada no reconhecimento e salvaguarda do direito ao controlo da dor, refletida na escolha da temática de interesse e atividades desenvolvidas, para além do direito à informação, confidencialidade, segurança, privacidade, dignidade e do respeito pelos valores, costumes e crenças da criança e família, promovendo sempre o direito às escolhas informadas. Esta atitude foi fomentada na prestação direta de cuidados em cada contexto, mas é desde sempre promovida na supervisão da equipa no meu contexto profissional, apoiando-a, fundamentado as tomadas de decisão e promovendo a

reflexão sobre mesmas, concomitante a uma avaliação do processo e dos resultados alcançados, incentivando a sua partilha. Este será o caminho promotor da humanização e da excelência dos cuidados.

No que se refere ao domínio da melhoria contínua da qualidade o desenvolvimento de competências traduziu-se na revisão bibliográfica realizada decorrente da necessidade de aprofundar conhecimentos que sustentem as práticas, assim como na elaboração, colaboração e disseminação de projetos que visam a excelência dos cuidados a nível institucional. A título de exemplo podem ser referidos os documentos de apoio à prática de enfermagem, o “Manual de procedimentos - Consulta de enfermagem de saúde infantil” (APÊNDICE IV), o projeto “Procedimentos sem dor: Um direito da criança” (APÊNDICE VII) ou o projeto multidisciplinar “Via rápida para as crianças com anemia das células falciformes”. Também a análise reflexiva sobre as práticas, baseada na evidência, possibilitou perspetivar e implementar processos de melhoria, de que são exemplo a sessão formativa direcionada à equipa de enfermagem “Direito a não ter dor: Cuidado de enfermagem à criança com anemia das células falciformes (Partilhar e refletir para melhorar as práticas...)” (APÊNDICE X), o momento de partilha “Direito a não ter dor: Contributos dos pais no controlo da dor do recém-nascido” (APÊNDICE VIII) e mesmo a identificação e referenciação de barreiras do SClínico que condicionam o caminho para a excelência dos cuidados (APÊNDICE VI). Ainda neste domínio, de referir o reconhecimento da intervenção do EE enquanto promotor de um ambiente de cuidados terapêutico e seguro, reforçando e fundamentando a gestão de recursos que faço habitualmente enquanto chefe de equipa.

As competências no domínio da gestão dos cuidados têm vindo a ser desenvolvidas enquanto chefe de equipa, através da identificação das necessidades de cuidados, otimizando os recursos e coordenando a equipa. A orientação pela enfermeira chefe em dois dos contextos por que passei possibilitou a observação de diferentes estilos de liderança e reflexão sobre os mesmos, capacitando-me para a necessidade de adaptação às particularidades dos contextos e evidenciando a promoção de um ambiente positivo e a motivação da equipa enquanto fatores indispensáveis à prestação de cuidados de qualidade e à implementação de melhorias das práticas.

Por último, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais sempre tentei ser um agente ativo na minha própria formação, mas também um

elemento facilitador das aprendizagens da restante equipa, seja em situação de integração de novos elementos ou no dia-a-dia do contexto profissional. Neste percurso, o conhecimento dos contextos, a identificação de necessidades formativas pessoais ou do próprio contexto e o reconhecimento de oportunidades de crescimento pessoal ou de intervenção promoveram o desenvolvimento desta competência, conduzindo à elaboração e implementação de estratégias com vista à melhoria dos cuidados, sempre fundamentadas na evidência. A sustentar esta ideia podem ser referidos os vários projetos desenvolvidos e a sessão formativa realizada.

Respetivamente às competências específicas do EEESIP estas dividem-se em três domínios (Regulamento n.º 422/2018, 2018). O desenvolvimento de qualquer destas competências implicou, acima de tudo, a mobilização dos pilares da enfermagem pediátrica, sendo eles a filosofia dos CCF, os CNT e a parceria de cuidados, que se revelam na análise reflexiva do percurso realizado. Esta foi complementada com o conhecimento decorrente da consulta de outros documentos orientadores da prática, referenciados ao longo do relatório, os quais sustentaram a intervenção realizada tendo sempre em vista a excelência dos cuidados.

O domínio assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde foi maioritariamente consolidado pela sensibilização e implementação da procura sistemática, em diferentes contextos, de oportunidades para trabalhar a adoção de comportamentos potenciadores de saúde. Esta intervenção teve sempre como fio condutor a capacitação e *empowerment* da criança e família na responsabilização pelo seu processo de saúde/doença, através da negociação da sua participação, sustentada na literacia, na individualização da intervenção e na mobilização dos recursos necessários e disponíveis face às necessidades diagnosticadas. A dar consistência ao desenvolvimento desta competência referir ainda a experiência vivenciada no âmbito do PNSE, visando a promoção da inclusão de uma criança com necessidades de saúde especiais, e as reuniões multidisciplinares em que participei, que possibilitaram alargar os horizontes face à possível intervenção do EE, enriquecendo desta forma este percurso de aprendizagem. Concomitantemente foi reforçada a capacidade de identificação e atuação em situações de risco, através da mobilização para a prática de questões inerentes à promoção da saúde e prevenção da doença, onde assumem especial relevância os cuidados antecipatórios às famílias sobre a prevenção de situações de risco, mas também os conhecimentos sobre as redes de apoio às crianças em risco

e orientações para a referenciação das mesmas, contribuindo para tal as reuniões do NACJR ou do NHACJR nas quais participei e observei o contributo do EEESIP nesta equipa multidisciplinar.

Relativamente ao domínio cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade destacou-se neste percurso a sua unidade referente à gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança enquanto área de interesse selecionada. O desenvolvimento desta competência reflete-se nas diferentes atividades realizadas, que possibilitaram não só a consolidação do conhecimento sobre a dor e seu controlo, mas também a aplicação desse conhecimento em vários dos contextos de Estágio, reconhecendo o binómio criança/família enquanto parceiro de cuidados e mobilizando as estratégias consideradas adequadas e preferenciais ao mesmo. Ainda a referir as experiências vivenciadas no contexto SUP, quer pela capacitação na antecipação de focos de instabilidade e adequação da resposta, quer pela consolidação no SAV pediátrico. Realçar também a intervenção com vista à promoção da adaptação da criança e família à doença crónica, diagnosticando necessidades, conhecendo redes de suporte e formas de referenciação, promovendo a esperança e dando contributos com vista à sua capacitação e *empowerment*, dos quais o panfleto construído (APÊNDICE XI) e a partilha com os pais realizada na UCIN (APÊNDICE VIII) servem de exemplo.

Para terminar, referente ao domínio presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, várias atividades desenvolvidas e experiências vividas se traduziram em contributos essenciais no âmbito do desenvolvimento desta competência. Na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança foi necessário aprofundar conhecimentos na área para conseguir dar uma resposta adequada na promoção da maximização do potencial de desenvolvimento da criança. A pesquisa bibliográfica realizada foi compilada no “Manual de procedimentos - Consulta de enfermagem de saúde infantil” (APÊNDICE IV), servindo de guia orientador para a prática de cuidados ao englobar os parâmetros a avaliar, sinais de alerta, cuidados antecipatórios e exemplos de atividades promotoras do desenvolvimento por faixa etária. A capacitação para a intervenção nesta área permitiu concomitantemente a promoção da parentalidade, contribuindo para que a família reconheça a sua importância no processo de desenvolvimento da criança, valorizando essa participação através de uma escuta atenta e identificação de necessidades e dando o suporte necessário ao

desenvolvimento de competências. Será também relevante referir a experiência vivida no centro de desenvolvimento, onde a capacitação para a observação e avaliação do desenvolvimento da criança foi reforçada pelo conhecimento e treino de técnicas diferentes de comunicação, mais adaptadas à criança e família e sensíveis à sua cultura. Outra área de intervenção integrada nesta competência e identificada como prioritária de desenvolvimento no autodiagnóstico refere-se à promoção de vinculação, particularmente no caso do RN doente. Para tal, e tal como anteriormente referido no relatório, a pesquisa da evidência científica realizada foi primordial no que se refere a particularidades dos cuidados ao RN ou à promoção da parentalidade e da esperança. A procura contínua de novas oportunidades de aprendizagem, sustentadas pelo apoio da enfermeira orientadora e pelas reflexões ao longo do percurso, possibilitaram um sentimento de autonomia crescente, sempre alicerçada nos pilares da enfermagem de saúde infantil e pediatria, isto é, os CCF, os CNT e a parceria de cuidados. Como último ponto a abordar da competência em análise, mencionar que ao longo de todo o percurso houve uma consolidação da consciencialização para a necessidade de uma gradual responsabilização da criança pelo seu projeto de saúde, a necessidade de apoio para que possa fazer opções saudáveis, conscientes e informadas, a sua capacitação no caminho da autonomia, assim como a sensibilização da família nesse sentido, devendo ser otimizada cada oportunidade nesse sentido.

Neste percurso que visa a obtenção do grau de mestre, para além do reconhecimento pela OE do título de EEESIP, esta análise abrangente dos resultados alcançados não poderia ficar completa sem o seu enquadramento com o documento que legisla o mestrado (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006). Realça-se, neste âmbito, a aquisição e fortalecimento de conhecimentos em várias áreas de intervenção de forma a dar uma resposta adequada perante novas situações, de diferentes graus de complexidade, sustentadas num processo reflexivo. Concomitantemente foi reforçada a capacidade de transmitir o meu raciocínio clínico e tomada de decisão em diferentes equipas de cuidados, de forma clara e fundamentada. Por último, a consolidação de uma postura pró-ativa indispensável a um crescimento pessoal e profissional contínuo e à disseminação de novo conhecimento, visando sempre o caminho da excelência do cuidar em enfermagem.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade atual caminha no sentido de uma complexidade crescente no que se refere aos cuidados de saúde, concomitante a um aumento dos padrões de exigência dos mesmos. Silva (2007) realça a evolução dos enfermeiros especialistas enquanto profissionais peritos em enfermagem que prestam cuidados aos indivíduos e suas famílias e que, simultaneamente, assumem funções de coordenação de equipas e são elementos de referência para outros enfermeiros. Acrescenta, ainda, que os mesmos são também reconhecidos enquanto agentes de mudança ao contribuir para o desenvolvimento da profissão através da prática, investigação e estudo. Como diz Benner (2001), a prática de enfermagem pode ser encarada como “(...) um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (p.14). Complementando com Serrano *et al.* (2011), se houver intencionalidade existe uma aprendizagem durante a prática de cuidados, sendo para tal essencial “reabilitar a intuição e a inteligência prática, baseada em saberes científicos sólidos, e fazer a sua reintegração no seio da competência profissional; mobilizar a flexibilidade cognitiva; e mobilizar o próprio processo de integração, enquanto sujeito que aprende” (p.18). A vontade de crescimento pessoal e profissional e a interação entre teoria e prática orientaram o caminho percorrido, sempre acompanhada de um processo de reflexão contínua e do compromisso com a responsabilidade que o mesmo exige. Este percurso visou a capacitação e *empowerment* pessoal numa multiplicidade de aspetos que se integram na “competência para intervenção de enfermagem que é a de cuidar” (Jorge, 2004, p.90), constituindo a essência desta profissão. No meu caso particular, o trajeto visa o cuidar em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

Selecionei enquanto linha orientadora do meu percurso o modelo de sistemas de Betty Neuman, visando em cada contexto identificar os *stressors* que podem interferir com a estabilidade do binómio criança/família, através de uma reação potencial ou vigente. Conforme pertinência, foram prestados cuidados aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), visando reconstituir ou fortalecer as diferentes linhas de sustentação do sistema. Os CCF, os CNT e a parceria de cuidados, enquanto pilares do cuidar em enfermagem de saúde infantil e pediatria, pautaram sempre a minha intervenção, sendo reconhecidos enquanto

mais-valia para os diferentes intervenientes (criança, família e enfermeiro), potenciando a qualidade dos cuidados e os resultados alcançados (Jorge, 2004).

Considerando as diferentes áreas e contextos de prestação de cuidados de enfermagem ao binómio criança/família, o controlo da dor sempre despertou o meu interesse. No panorama nacional tem vindo a ser-lhe dado uma progressiva importância, mas reconhecida ainda como uma área de intervenção que tem de ser melhorada. O foco na criança com ACF permitiu refletir e desenvolver estratégias com vista à capacitação e *empowerment* pessoal, da equipa em que trabalho e da criança e família para a gestão adequada da dor nesta situação particular. Simultaneamente, ter englobado uma intervenção aos três níveis de prevenção possibilitou complementar e enriquecer o cuidar nesta área. Foi ainda salientada a necessidade de articulação entre intervenções autónomas e interdependentes do enfermeiro, justificando a importância da complementaridade funcional entre os vários profissionais de saúde. Apesar desta abordagem global do cuidar para o controlo da dor da criança é primordial reconhecer que “a doença, qualquer que ela seja, não será vivida da mesma forma por cada pessoa, pois inscreve-se numa situação de vida única” (Hesbeen, 2000, p.27). Desta forma, cuidar implica ver cada criança como um ser humano com variáveis únicas que lhe conferem a sua singularidade, para além de ter uma família particular, com forças, recursos e necessidades próprias que têm de ser identificadas. Cuidar implica reconhecer a complexidade inerente à totalidade do sistema (o binómio criança/família), mas valorizar cada uma das suas partes (os diferentes elementos que integram a família) (George, 2000). Assim, citando Hesbeen (2000), os cuidados de enfermagem devem ser “(...) uma imensidão de «pequenas coisas» (...) aquelas que, para uma determinada pessoa, dão sentido à vida e são importantes” (p.47).

Alcançados os objetivos delineados, este percurso constituiu apenas o início de um caminho. Numa perspetiva de continuidade para projetos futuros pretendo colaborar na implementação de um protocolo multiprofissional que vise a melhoria dos cuidados de enfermagem à criança com ACF no SIHP, tendo os primeiros passos sido já dados. No final, fica o desejo de reconhecimento da certificação de competências diferenciadas e que as mesmas me permitam, diariamente, melhorar a minha função enquanto dinamizadora de práticas que contribuam para a valorização da profissão, para a promoção de ganhos em saúde e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, particularmente no cuidar da criança e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrawal, A.K, Robertson, S., Litwin, L., Tringale, E., Treadwell, M., Hoppe, C., & Marsh, A. (2019). Virtual reality as complementary pain therapy in hospitalized patients with sickle cell disease. *Pediatric Blood & Cancer*. 66(2). Doi: 10.1002/pbc.27525.
- Akinsola, B., Hagbom, R., Zmitrovich, A., Kavanagh, P. L., Ashkouti, A., Simon, H. K. ... Morris, C. R. (2018). Impact of intranasal fentanyl in nurse initiated protocols for sickle cell vaso-occlusive pain episodes in a pediatric emergency department. *American Journal of Hematology*, 93, E205-E207. Doi: 10.1002/ajh.25144.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14 (3), 373-382. Doi: 10.1590/S0104-07072005000300008.
- Amaral-Bastos, M., & Sousa, C. F. (2014). Valorizar a dor na criança: uma reflexão voltada para a praxis. *Nascer e Crescer*. 23(4), 190-194. Acedido em: 08-04-2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v23n4/v23n4a03.pdf>
- Ballas, S.K., Gupta K., & Adams-Graves P. (2012). Sickle cell pain: a critical reappraisal. *Blood*. 120 (18), 3647 – 3656. Doi: 10.1182/blood-2012-04-383430.
- Barros, Luísa (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.
- Batalha (2011). *Avaliação da dor no RN: Escalas e treino de utilização*. XL Jornadas Nacionais de Neonatologia - Encefalopatia Neonatal Uma Abordagem Multidisciplinar. Coimbra. Acedido em: 28/11/2019. Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=18275&code=221117726>
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. M. C. (2007). Factores de risco para um controlo inadequado da dor em pediatria. *Dor*. 15 (1), 27-36. Acedido em: 17/06/2019. Disponível em: https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2007_01.pdf
- Batalha, L. M. C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde & Tecnologia*. Suplemento, 16-21. Acedido em: 08-04-2019. Disponível em: https://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_03_estesl_suplemento_2013.pdf

- Batalha, L. M. C. (2017). *Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar (Manual de Estudo – versão 1)*. Acedido em: 23/11/2018. Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=127059&code=f45706d45cc5666e61a5ff249b29c56259f825cb>
- Batalha, L. M. C., & Sousa, A. F. D. (2018). Autoavaliação da intensidade da dor: correlação entre crianças, pais e enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (17), 15-22. Doi: 10.12707/RIV18002.
- Benner, P. (2001) – *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Beyer, J. E., Simmons, L. E., Woods, G. M., & Woods, P. M. (1999). A chronology of pain and comfort in children with sickle cell disease. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153(9), 913–920. Doi: 10.1001/archpedi.153.9.913.
- Brandow, A. M., Carroll, C. P., Creary S., Edwards-Elliott, R., Glassberg, J., Hurley, R. W. ... Lang, E. (2020). American Society of Hematology 2020 guidelines for sickle cell disease: management of acute and chronic pain. *Blood Advances*, 4(12), 2656–2701. Doi: 10.1182/bloodadvances.2020001851
- Bryant, J. (2014). A criança com disfunção hematológica ou imunológica. In J. M. Hockenberry & D. Wilson, *Wong: enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed., Vol II, pp. 1500-1554). Loures: Lusociência.
- Caldeira da Silva, P., Eira, C., Pombo, J., Silva, A. P., Silva, L. C., Martins, F. ... Roncon, P. (2003). Programa clínico para o tratamento das perturbações da relação e da comunicação, baseado no modelo D.I.R.. *Análise Psicológica*. 1 (XXI), 31-39. Acedido em: 06/11/2019. Disponível em: <https://www.appda-norte.org.pt/docs/autismo/dir-floortime.pdf>
- Campbell-Yeo, M., Fernandes, A., & Johnston C. (2011). Procedural pain management for neonates using nonpharmacological strategies. Part 2: mother-driven interventions. *Advances in Neonatal Care*. 11 (5), 312-318. Acedido em: 28/11/2019. Disponível em: <https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00149525-201110000-00004.pdf>
- Campos, A. P. S. (2018). Neonatal pain: knowledge, attitude and practice of the nursing team. *Brazilian Journal of Pain*.1(4),354-8. Doi: 10.5935/2595-0118.20180067.

- Coluzzi, F., Taylor Jr., R., Pergolizzi Jr., J. V., Mattia, C., & Raffa, R. B. (2016). Orientação para boa prática clínica para opioides no tratamento da dor: os três “Ts” - titulação (teste), ajustes (individualização), transição (redução gradual). *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 66(3), 310-317. Doi: 10.1016/j.bjan.2016.02.008. 0034-7094.
- Cordeiro, R. A., & Costa, R. (2014). Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: Uma construção coletiva da enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 23(1), 185-192. Doi: 10.1590/S0104-07072014000100022.
- Costa, F. F., Conran N., & Fertrin, K. Y. (2013). Anemia falciforme. In M. A. Zago, R. P. Falcão & R. Pasquini, *Tratado de Hematologia* (1ª ed., Vol 1, pp. 205-223). Atheneu. Acedido em: 5/1/2020. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=1682842>
- Costa, S. N., Madeira, S., Sobral, M. A., & Delgadinho, G. (2016). Hemoglobinopatias em Portugal e a intervenção do médico de família. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 32(6), 416-424. Doi: 10.32385/rpmgf.v32i6.11963.
- Coughlin, M. E. (2017). *Trauma-informed care in the NICU : evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Decreto-Lei n.º 161/96 (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I-A Série (N.º 205 de 4 de setembro de 1996), 2959 - 2962. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 281/2009 (2009). Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (N.º 193 de 6 de outubro de 2009), 7298 - 7301. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/281/2009/10/06/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de Agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior). Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, I-A Série (N.º 60 de 24 de

março de 2006), 2242 - 2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>

Despacho n.º 8297-C/2019 (2019). Aprovação do regulamento de enquadramento do apoio às crianças e jovens com Diabetes Mellitus tipo 1 na Escola. Educação e Saúde - Gabinetes do Ministro da Educação e da Ministra da Saúde. *Diário da República*, II Série (N.º 179 1º Suplemento de 18 de setembro de 2019), 412-(5) - 412-(7). Acedido em: 05-11-2019. Disponível em: [https://dre.pt/home/-](https://dre.pt/home/-/dre/124793123/details/maximized?serie=II&dreId=124793119)

[/dre/124793123/details/maximized?serie=II&dreId=124793119](https://dre.pt/home/-/dre/124793123/details/maximized?serie=II&dreId=124793119)

DGS (2003). *A dor como 5º sinal vital – Registo sistemático da intensidade da Dor*. Acedido em: 12-04-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

DGS (2006). *Programa nacional de saúde escolar*. Acedido em: 05-11-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-07dse-de-29062006-pdf.aspx>

DGS (2008). *Programa nacional de controlo da dor*. Acedido em: 12-04-2019: Disponível em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor-pdf.aspx>

DGS (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Acedido em: 12-04-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>

DGS (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: Autor. Acedido em: 18-02-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.aspx>

DGS (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimento invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Acedido em: 12-06-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>

DGS (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Acedido em: 12-06-2019. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>

DGS (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Acedido em: 05/10/2019.

Disponível: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

DGS (2017). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. Acedido em: 12-03-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>

DGS (2018). *Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata*. Acedido em: 29/05/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

DGS (2019). *Manual de boas práticas literacia em saúde - Capacitação dos profissionais de saúde*. Acedido em: 14-09-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>

DGS (s.d.). *Definição de doença crónica*. Acedido em: 27/06/2019. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf>

Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M., & Snow, S. K. (2015). Patient-and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*, 135 (1), e255-e272. DOI: 10.1542/peds.2014-3424.

Ender, K.L., Krajewski, J.A., Babineau, J., Tresgallo, M., Schechter, W., Saroyan, J.M., & Kharbanda, A. (2014). Use of a clinical pathway to improve the acute management of vaso-occlusive crisis pain in pediatric sickle cell disease. *Pediatric Blood & Cancer*. 61(4), 693–696. Doi: 10.1002/pbc.24864.

Fearon, A., Marsh, A., Kim, J., & Treadwell, M. (2019). Pediatric residents' perceived barriers to opioid use in sickle cell disease pain management. *Pediatric Blood & Cancer*. 66(2). Doi: 10.1002/pbc.27535.

Fernandes, Ananda (2000). *Crianças com dor: O quotidiano do trabalho de dor no hospital*. Coimbra: Quarteto.

Freese, B. T. (2002). Betty Neuman: modelo de sistemas. In A. M. Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., pp. 335-375). Loures: Lusociência.

- George, J. B. (2000). Betty Neuman. In J. B. George e colaboradores, *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (4ª ed., pp. 225-240). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In J. M. Hockenberry & D. Wilson, *Wong: enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed., Vol II, pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- IAC (2008). *Carta da criança hospitalizada*. Acedido em: 12-04-2019. Disponível em: http://academiadasaude.pt/wp-content/uploads/2018/03/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- IAC (2009). *Guia dos direitos da criança* (3ª ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança/ Editora Temas e Debates.
- IASP (2010). *Declaration of Montréal*. Acedido em: 18/06/2019. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal>
- IASP (2019). *Pain in children: Management*. Acedido em: 29-04-2019. Disponível em: http://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/2019GlobalYear/Fact_Sheets/7_Pain_children_management.pdf
- ICDL (s.d.). *What is DIR®?* Acedido em: 06/11/2019. Disponível em: <http://www.icdl.com/dir>
- IPA (2014). *Declaration on the importance of play*. Acedido em: 8/7/2019. Disponível em: http://ipaworld.org/wp-content/uploads/2015/05/IPA_Declaration-FINAL.pdf
- Jacob, E. (2014). Apreciação e gestão da dor na criança. In J. M. Hockenberry & D. Wilson, *Wong: enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed., Vol II, pp. 188-239). Loures: Lusociência.
- Jacob, E., Beyer, J. E., Miaskowski, C., Savedra, M., Treadwell, M., & Styles, L. (2005). Are there phases to the vaso-occlusive painful episode in sickle cell disease? *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(4), 392–400. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2004.07.006.
- Johnston, C. C., Fernandes, A. M., & Campbell-Yeo, M. (2011). Pain in neonates is diferente. *PAIN*. 152, 65-73. Doi: 10.1016/j.pain.2010.10.008.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (Re) Pensar o cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Kavanagh P.L., Sprinz, P.G., Wolfgang, T.L., Killius, K, Champigny, M., Sobota, A. ... Moses, J.M.(2015). Improving the management of vaso-occlusive episodes in the pediatric emergency department. *Pediatrics*. 136 (4), e1016-e1025. Doi: 10.1542/peds.2014-3470.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Acedido em: 18-02-2019. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>
- Lehner, D. C., & Sadler, L. S. (2015), Toddler developmental delays after extensive hospitalization: Primary care practitioner guidelines. *Pediatric Nursing*, 41 (5), 236-242. Acedido em: 25/11/2018. Disponível em: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=110349605&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMNLe80SeprE4yNfsOLCmr1GeprZSsqu4SLC WxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtsUu2rq5MuePfgex43zx>
- Lei n.º 147/99 (1999). Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 204 de 1-9-1999), 6115-6132. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/147/1999/09/01/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 181 de 16 de setembro de 2015), 8059-8105. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Lucas, A. M., & Batalha, L. (2011). Avaliação da dor na criança por enfermeiros. *XI conferência iberoamericana de educação em enfermagem*. Coimbra. Acedido em: 16-04-2019. Disponível em: http://web.esenfc.pt/v02/esenfc/pa/include/download.php?id_ficheiro=18279&codigo=948133113
- Maciel, H. I. A., Costa M. F., Costa, A. C. L., Marcatto, J. O., Manzo, B. F., & Bueno M. (2019). Medidas farmacológicas e não farmacológicas de controle e tratamento da dor em recém-nascidos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 31(1), 21-26. Acedido em: 28/11/2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v31n1/0103-507X-rbti-20190007.pdf>

- Magão, M. T. (2012). Práticas promotoras de esperança dos pais de crianças com doença crónica. In M. L. Basto, *Cuidar em enfermagem – Saberes da prática*. (1ª ed., pp. 49-106). Coimbra: Formasau.
- Masese, R. V., Bulgin, D., Douglas, C., Shah, N., & Tanabe, P. (2019). Barriers and facilitators to care for individuals with sickle cell disease in central North Carolina: The emergency department providers' perspective. *PLOS ONE*, 14(5), e0216414. Doi: 10.1371/journal.pone.0216414.
- McDowell, B. M. (2011). Using the Neuman systems model to guide pediatric nursing practice. In B. Neuman & J. Fawcett, *The Neuman systems model* (5ª ed., pp. 223-236). USA: Pearson.
- McElfresh, P. B., & Merck, T. T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. In M. J. Hockenberry & D. Wilson, *Wong: enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed., Vol II, pp. 897-930). Loures: Lusociência.
- Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M., & Walter, C. (2002). *Cuidados de enfermagem e dor*. Loures: Lusociência.
- Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. In B. Neuman & J. Fawcett, *The Neuman systems model* (5ª ed., pp. 3-33). USA: Pearson.
- NHLBI (2014). *Evidence-based management of sickle cell disease: expert panel report, 2014*. Acedido em: 28-03-2019. Disponível em: https://www.nhlbi.nih.gov/sites/default/files/media/docs/sickle-cell-disease-report%20020816_0.pdf
- NHLBI (2017). *The management of sickle cell disease*. Acedido em: 10-12-2019. Disponível em: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/sc_mngt.pdf
- OE (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Acedido em: 09/06/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- OE (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Acedido em: 12/04/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- OE (2010a). *Caderno temático – Modelo de desenvolvimento profissional*. Lisboa: Editor.

- OE (2010b). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - volume I*. Acedido em: 02/11/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- OE (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - volume III*. Acedido em: 24/11/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaceesip_vol_iii.pdf
- OE (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Acedido em: 01/05/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf
- OE (2015). *Guia orientador de boa prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Acedido em: 10/10/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_ParentalidadePositiva_vf.pdf
- Oliveira, C., Castro, L., Silva, R., Freitas, I., Gomes, M., & Cândida, M. (2016). Factores associados ao desenvolvimento global aos 4 e 8 meses de idade corrigida de crianças nascidas prematuras. *Journal of Human Growth and Development*. 26 (1), 42-48. Doi: 10.7322/jhgd.110024.
- Oliveira, G. (2009). Autismo - Cuidados primários de saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 25, 688-95. Acedido em: 26/10/2019. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10695/10431>
- Oliveira, R. V., & Pais, L. G. (2014). A origem dos maus-tratos: Revisão sobre a evolução histórica das perceções de criança e maus-tratos. *Psychology, Community & Health*. 3(1), 36-49. Doi: 10.5964/pch.v3i1.63
- OMS (2012). Guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. Acedido em: 11/03/2019 Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138354/pdf/Bookshelf_NBK138354.pdf
- OMS (2016). *Updated guideline: paediatric emergency triage, assessment and treatment*. Geneva: OMS. Acedido em: 02/02/2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204463/9789241510219_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- OMS (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behavior and sleep for children under 5 years of age*. Acedido em 26/4/2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311664/9789241550536-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ONU (1989). *Convenção sobre os direitos da criança*. Acedido em: 12/04/2019. Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs_referencia/convenc_ao_direitos_crianca.pdf
- Palomaa, A. K., Korhonen, A., & Pölkki, T. (2016). Factors influencing parental participation in neonatal pain alleviation. *Journal of Pediatric Nursing*. 31, 519-527. Doi: 10.1016/j.pedn.2016.05.004.
- Payne, J., Aban I., Hilliard, L. M., Madison, J., Bemrich-Stolz, C., Howard, T. H. ... Lebensburger, J. D. (2018). Impact of early analgesia on hospitalization outcomes for sickle cell pain crisis. *Pediatric Blood & Cancer*. 65(12). Doi: 10.1002/pbc.27420.
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 25 (6), 677-687. Doi: 10.32385/rpmgf.v25i6.10694.
- Pitts, R. H., & Record, E. O. (2010). Sickle cell disease. In P. J. Allen, J. A. Vessey & N. A. Schapiro, *Primary care of the child with a chronic condition*. (5ªed., pp. 772-794). St. Louis: Mosby.
- Pölkki, T., Korhonen, A., & Laukkala, H. (2018). Parents' use of nonpharmacologic methods to manage procedural pain in infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 47 (1), 43–51. Doi: 10.1016/j.jogn.2017.10.005.
- Pölkki, T., Laukkala, H., & Korhonen, A. (2016). Nurses' and parents' perceptions of parental guidance on using nonpharmacological pain-relieving methods among neonates in the NICU. *Pain Management Nursing*. 17 (4), 272-280. Doi: 10.1016/j.pmn.2016.04.002.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 26 6 de fevereiro de 2019), 4744-4754. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

- Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 119 de 22 de junho de 2015), 16660 - 16665. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67552235>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12 de julho de 2018), 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In J. M. Hockenberry & D. Wilson, *Wong: enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed., Vol II, pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, L. (2011). *Porquê brincar no hospital?* Acedido em: 29/05/2019. Disponível em: <http://www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac/noticias-humanizacao/item/464-porque-brincar-no-hospital>
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, série III(3), 15–23. Acedido em: 07/06/2020. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a02.pdf>
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55 (1-2), 11-20.
- Teixeira, A. T., Garcia, C., Ferreira, T., Dias A., Trindade, C., & Barroso, R. (2018). Rastreio neonatal de hemoglobinopatias: A experiência de um hospital de nível II na área metropolitana de Lisboa. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 49, 228-234. Doi: 10.21069/APP.2018.11781.
- Uwaezuoke, S. N., Ayuk, A. C., Ndu, I. K., Eneh, C. I., Mbanefo, N. R., & Ezenwosu, O. U. (2018). Vaso-occlusive crisis in sickle cell disease: Current paradigm on pain management. *Journal of Pain Research*, 11, 3141–3150. Doi: 10.2147/JPR.S185582.
- Ware, R. E., de Montalembert, M., Tshilolo, L., & Abboud, M. R. (2017). Sickle cell disease. *The Lancet*, 390(10091), 311–323. Doi: 10.1016/S0140-6736(17)30193-9.

APÊNDICES

**APÊNDICE I – Diagrama do cuidar para o controlo da dor da
criança, com base no modelo de sistemas de Neuman**

Cuidados Centrados na Família ↔ Cuidados Não Traumáticos

Parceria: Criança/Família/Enfermeiro

Ambiente

Interação dinâmica

Sistema Alvo de Cuidados

Stressor (intra, inter ou extrapessoal) – DOR

Estímulo que induz tensão e pode provocar instabilidade. Reação depende:

- . Características do *stressor*
- . Variáveis do sistema
- . Ocasão de encontro com o *stressor* - resistência do sistema e concomitância de outros *stressors* (ex. hospitalização)

Quebra da Linha Normal de Defesa

Prevenção Secundária (Tratar a dor)

- . Avaliação da dor
- . Intervenções farmacológicas e não farmacológicas
- . Reavaliação da dor
- . Registos

- Proteção da Estrutura básica - Reconstituição da Linha Normal de Defesa com fortalecimento da Linha de Resistência
- Atingir a Estabilidade

Prevenção Primária (Prevenir a dor)

- . Literacia da criança e família (doença e dor)
- . Elicção de comportamentos de risco
- . Conhecimentos dos profissionais (doença e dor)
- . Protocolos institucionais (procedimentos, normas)

- Fortalecimento da Linha Flexível de Defesa
- Reter a Estabilidade

Prevenção Terciária (Manter o controlo da Dor)

- . Redução dos efeitos residuais inerentes à dor
- . Reforço dos pontos fortes do sistema
- . Readaptação
- . Reeducação (doença e dor)

- Fortalecimento da Linha de Resistência e da Linha Flexível de Defesa
- Manter a Estabilidade



Estrutura Básica – Criança

- . Variáveis fisiológicas: idade, género, estrutura e funções do organismo, experiências prévias de dor
- . Variáveis psicológicas: personalidade, estado psicológico, experiências traumáticas anteriores, mecanismos de *coping*, pessoas significativas, reações ao desconhecido, *stressors* conhecidos, significado atribuído à dor, percepção de controlo da dor
- . Variáveis sócio-culturais: desempenho escolar e extracurricular, comportamentos de risco; contexto e dinâmica familiar, reação familiar à dor, cultura; *stressors* do ambiente envolvente
- . Variáveis desenvolvimentistas: estágio de desenvolvimento, desenvolvimento cognitivo, atividades de vida diárias, brinquedos e atividades preferenciais, percepção da criança sobre a sua condição de saúde/doença
- . Variáveis espirituais: religião, práticas religiosas, condicionantes de saúde ou alimentação decorrentes da religião, significação sobre morte, esperança

Família – Contexto onde a Criança está inserida

- . Estrutura e funcionamento da família
- . Papel a ser desempenhado por cada elemento da família na situação presente
- . Percepções sobre a condição de doença da criança
- . Outros *stressors* (ex. gestão familiar, emprego, questões económicas)
- . Mecanismos de *coping*
- . Recursos familiares (ex. rede de apoio)



Reconstituição

Estado dinâmico de ajustamento (capacitação e *empowerment*)
Ideal → expansão da linha normal de defesa

Entropia

Instabilidade
Doença-Morte

Negentropia

Estabilidade
Bem-Estar

Diagrama construído com adaptação do diagrama de Neuman (2011) e com base em McDowell (2011) e Batalha (2010)

**APÊNDICE II – Autodiagnóstico das Competências
Específicas do EEESIP**

Desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem

Competência E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Descritivo: Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidências/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado <1 >4
<p>E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p>E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>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.</p> <p>E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.1.8 — Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.</p> <p>E1.1.9 — Apoiar a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.</p> <p>E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.</p>	<p>Ao longo de 14 anos a trabalhar num serviço de internamento pediátrico esta unidade de competência manifesta-se na minha prática diária:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Filosofia de cuidados centrados na família - Parceria de cuidados com a criança/jovem e família, através da explicação e negociação de cuidados, esclarecimento de dúvidas, possibilidade de escolhas informadas - Adequação de linguagem e mobilização de estratégias adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança/jovem, assim com à sua família; - Respeito por questões culturais, nomeadamente adequação da alimentação, aceitação de crenças culturais como uso de alguns objetos ou facilitação de momentos de culto - Levantamento de necessidades e adequação das estratégias; reforço positivo; promoção do <i>empowerment</i> - Realização de ensinamentos com vista a desenvolver competências para a continuidade de cuidados após a alta <p>- Promoção de comportamento potenciadores de saúde mas de forma não sistemática, decorrente de necessidades detetadas ao longo do internamento</p> <p>- Pouca articulação com outras redes de suporte</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ (3) _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ (3) _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ (3) _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ (3) _____ 4</p> <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenciar a procura sistemática de oportunidades com vista aos ganhos em saúde (cuidados antecipatórios) - desenvolver competências, nomeadamente CSP e consulta de desenvolvimento - Articulação ativa com outros recursos de apoio, nomeadamente consultas externas ou CSP (estabelecimento de rede de suporte formal), percebendo em cada contexto como é feita essa articulação

<p>E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p> <p>E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.</p> <p>E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.</p> <p>E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).</p> <p>E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.</p> <p>E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.</p> <p>E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8 — Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adequação das intervenções às particularidades da doença que motivou o internamento - Identificação de necessidades e articulação com outros profissionais, nomeadamente dietista ou assistente social, ou passagem da informação para médico assistente de forma a ser pedida colaboração de outros profissionais - Observação atenta de comportamentos e relação entre criança e jovem e seus cuidadores - Validação de conhecimentos sobre saúde e doença e sobre comportamentos de risco - Identificação de situações de risco feita de forma não sistemática - Necessidade de aprofundar competências na assistência à criança/jovem em situação de maus tratos, nomeadamente compreender a articulação de cuidados 	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Observações: - Desenvolvimento de competências para identificação sistemática de situações de risco e elaboração de plano de intervenção ou encaminhamento: articulação de cuidados</p>
---	---	---

Competência E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Descritivo - Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidências/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado
<p>E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.</p> <p>E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.</p> <p>E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.</p> <p>E2.1.3 — Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação sistemática de estado geral e SV e suas alterações, com vista a promover, sempre que possível, uma resposta atempada e antecipatória, conhecendo e mobilizando os recursos necessários - Preparação das unidades dos doentes com material necessário com vista a uma resposta adequada em caso de instabilidade - Suporte com vista à “dignificação da morte” e processo de luto. Escuta ativa, identificação de necessidades e preferências, flexibilização das regras - Formações na área de SAV pediátrico mas necessidade de reforçar conhecimentos adquiridos e desenvolver competências de intervenção 	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 () 4 _____</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 () 4 _____</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 () 4 _____</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 () 4 _____</p> <p>Observações: - Desenvolvimento e consolidação de conhecimentos de SAV pediátrico, nomeadamente no SUP</p>
<p>E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.</p> <p>E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem.</p> <p>E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.</p> <p>E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colheita de história de dor - Desenvolvimento contínuo de conhecimentos nesta área de intervenção - Mobilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas no controlo à dor, associada ou não a procedimentos - Mobilização da equipa para a boa prática de cuidados no que se refere ao controlo da dor (partilha de conhecimentos, integração aos protocolos existentes, visibilidade dos cuidados através de registos) - Integração do Grupo de Trabalho na área da Dor na instituição onde trabalho; constatação da relevância de intervenção nesta área que está em contínuo desenvolvimento e do direito da criança/jovem na melhoria de qualidade de cuidados para controlo da dor. - Particularidade da otimização da intervenção no controlo da dor da criança/jovem com anemia das células falciformes 	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 () 4 _____</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 ()</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 ()</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 () 4 _____</p> <p>Observações: - Contacto nos vários contextos com estratégias de intervenção na dor - solidificar conhecimentos e repensar práticas com vista à qualidade</p>

<p>E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição ativa de conhecimentos sobre patologias raras com vista à qualidade dos cuidados prestados, sempre que é internada uma criança/jovem com uma patologia rara e desconhecida. - Articulação com médico assistente de forma a conhecer principais cuidados e vigilâncias - Tentativa de resposta e encaminhamento sempre que essa necessidade é detetada, muitas vezes através do encaminhamento para outros profissionais mais capacitados 	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Observações: - Aproveitar todas as situações que ocorram nos diferentes contextos de desenvolvimento do Estágio com vista à aquisição de competências</p>
<p>E2.4 — Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. E2.4.1 — Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem. E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/ jovem. E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sempre que possível mobilização de conhecimentos adquiridos em formações realizadas, nomeadamente de massagem, seja na prestação direta de cuidados seja no ensino aos pais para o desenvolvimento de competências nesta área. 	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Observações: - Aproveitar situações que possam surgir nos diferentes contextos de desenvolvimento do Estágio com vista a aprofundar competências sobre terapias complementares de enfermagem</p>

E2.5 — Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.

E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.

E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação.

E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.

E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário.

E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.

E2.5.6 — Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.

- Suporte aquando do diagnóstico.
- Capacitação da criança/jovem e família com vista a integrar as especificidades decorrentes da situação de doença no seu dia a dia
- Quando possível e relevante é promovida a interação entre crianças/jovens e famílias

Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Experiência de mobilização em situação clínica

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Observações:

- Repensar práticas com vista à excelência dos cuidados

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

Descritivo - Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido
<p>E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.</p>	<p>- Conhecimento teórico de questões inerentes ao crescimento e desenvolvimento</p> <p>- Não avaliação do crescimento e desenvolvimento no internamento</p> <p>- Intervenção não sistemática sobre cuidados antecipatórios</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ (2) _____ 3 _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ (2) _____ 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica (1) _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) (1) _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Observações: - Aprofundar conhecimentos do PNSIJ e PNV - Desenvolvimento de competências na aplicação de escalas para avaliação do desenvolvimento - Mobilização sistemática dos cuidados antecipatórios</p>
<p>E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. E3.2.1— Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo. E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5 — Promove a amamentação. E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.</p>	<p>- Mobilização dos conhecimentos sobre vinculação, amamentação, cuidados ao RN</p> <p>- Promoção do desenvolvimento da parentalidade; Parceria de cuidados</p> <p>- É pouco frequente o internamento de RN no meu contexto.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ (2) _____ 3 _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito- 1 _____ (2) _____ 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ (2) _____ 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ (2) _____ 3 _____ 4</p> <p>Observações:</p>

		- Desenvolvimento de competências de cuidados ao RN (estratégias de amamentação, avaliação de crescimento e desenvolvimento)
<p>E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p> <p>E3.3.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.</p> <p>E3.3.2 — Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.</p> <p>E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.</p>	<p>- O serviço onde trabalho recebe crianças de várias faixas etárias, desde recém-nascidos a adolescentes, pelo que ao longo de 14 anos fui desenvolvendo estratégias de comunicação adaptadas a cada faixa etária, tendo em conta a individualidade e questões culturais de cada criança/adolescente e família</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4)</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4)</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4)</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4)</p>
<p>E3.4 — Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.</p> <p>E3.4.1 — Facilita a comunicação expressiva de emoções.</p> <p>E3.4.2 — Reforça a imagem corporal positiva se necessário.</p> <p>E3.4.3 — Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis.</p> <p>E3.4.4 — Reforça a tomada de decisão responsável.</p> <p>E3.4.5 — Negoceia contrato de saúde com o adolescente.</p>	<p>- Muito contacto com adolescentes, nomeadamente em situações de ensino. Adequação de estratégias de intervenção a esta etapa de desenvolvimento tendo em vista a responsabilização e promoção do <i>empowerment</i></p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4)</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 (3) _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 (3) _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 (3) _____ 4</p> <p>Observações: - Repensar práticas, nomeadamente no que se refere aos ensinamentos, tendo por base a elaboração de plano de intervenção para promoção do <i>empowerment</i>; Conhecimento de outras realidades de intervenção</p>

Notas Finais

- Num serviço de internamento o foco da intervenção direciona-se a maioria das vezes para a situação de doença que condicionou o mesmo. Desta forma, as questões inerentes ao crescimento e desenvolvimento são colocadas frequentemente em segundo plano, acabando por ser menosprezadas. Por outro lado, também o menor à vontade do profissional em determinadas áreas faz com que alguns aspetos sejam descurados. Pretendo no contexto de CSP e consulta de desenvolvimento poder desenvolver competências nesta área de forma a poder mobilizar para o serviço de internamento, com vista a identificar fatores de risco, promover os cuidados antecipatórios e melhorar a minha intervenção.
- A faixa etária com que tenho menos contacto é o RN, pelo que todas as oportunidades de desenvolvimento de competências de avaliação e intervenção neste âmbito dos cuidados serão uma mais-valia.
- Em todos os contextos de cuidados ocorrem situações de instabilidade clínica e risco de morte, exigindo uma intervenção de enfermagem adequada. A situação particular de mobilização de conhecimentos e habilidades em SAV pediátrico não é uma realidade com que me deparo diariamente. Tenho feito várias formações nesta área de intervenção e considero que, no mínimo anualmente, deveria ser feita uma reciclagem destes conhecimentos que estão em constante evolução e que exigem uma reposta segura e imediata. Neste sentido, o contexto de desenvolvimento do Estágio referente ao SUP poderá constituir uma mais-valia ao possibilitar um contacto mais próximo com esta realidade e a compreensão e reflexão sobre a dinâmica multidisciplinar na intervenção, obtendo contributos para o meu contexto de trabalho.
- Por ser uma área de interesse pessoal e à qual me tenho dedicado desde há alguns anos, reconhecendo a sua relevância e avanço nos conhecimentos, pretendo desenvolver competências no que se refere ao controlo da dor da criança e adolescente, com especial relevo para o que se refere ao contexto da criança e adolescente com anemia das células falciformes, contribuindo para uma melhoria da qualidade de cuidados prestados no meu contexto profissional.

APÊNDICE III – Guia orientador do Estágio com Relatório

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Guia orientador do Estágio com Relatório

Discente:
Marta Neto n.º 8949

Docente:
Professora Doutora Filomena Sousa

Lisboa
2019-2020

SIGLAS

ACF – Anemia das Células Falciformes

CVO – Crise Vaso-oclusiva

DGS – Direção-Geral da Saúde

DIR – *Developmental, Individual-differences & Relationship-base*

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ELI – Equipas Locais de Intervenção

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IASP – *International Association for the Study of Pain*

NACJR – Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NHACJR – Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NHLBI – *National Heart, Lung, and Blood Institute*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIHP – Serviço de Internamento Hospitalar Pediátrico

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	3
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1 Controlo da dor: um direito da criança.....	5
2.2 A dor da criança com anemia das células falciformes	6
2.3 Contributos do EEESIP no controlo da dor da criança com anemia das células falciformes.....	6
3. CONTEXTOS DE ESTÁGIO: PLANEAMENTO.....	8
4. CRONOGRAMA.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Este guia orientador surge integrado na unidade curricular Estágio com Relatório, na qual se pretende o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas com vista à conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família.

No semestre anterior foi construído um projeto que visava delinear um percurso de formação com vista ao desenvolvimento de competências de EEESIP, identificadas através de autodiagnóstico, e que traduzisse também a projeção da intervenção numa problemática de interesse, necessária e relevante no contexto da saúde infantil e pediátrica. Assim, surgiu o projeto “Direito a não ter dor: Cuidado de enfermagem à criança com anemia das células falciformes”.

A minha prática profissional de 14 anos num serviço de internamento hospitalar pediátrico, de especialidades médicas, possibilitou-me desenvolver conhecimentos e competências na prestação de cuidados ao binómio criança/família, nomeadamente no cuidar da criança doente e família em situações de maior complexidade. Também desenvolvi competências no âmbito da gestão de cuidados, enquanto chefe de equipa, e sempre valorizei o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, tentando ser um agente ativo na minha própria formação mas também um elemento facilitador das aprendizagens da restante equipa e dinamizador de alguns projetos institucionais com vista à melhoria contínua da qualidade. Por outro lado, a promoção do crescimento e desenvolvimento saudável, que incorretamente é remetida para segundo plano no âmbito hospitalar, revelou-se uma área em que necessito desenvolver competências, nomeadamente na sua avaliação e promoção de cuidados antecipatórios, assim como nos cuidados ao recém-nascido (RN) e família. Se o percurso permitir, pretendo solidificar a capacidade de identificação de focos de instabilidade e adequação da resposta nestas situações, assim como consolidar conhecimentos de suporte avançado de vida (SAV). Por fim, identifico necessidade de desenvolver competências na promoção da articulação de cuidados, possibilitando uma resposta adequada às necessidades da criança e família.

No que se refere à problemática, a dor surge como uma área de interesse pessoal. O controlo da dor é “(...) um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde” (OE, 2008, p.9), no caminho da excelência dos cuidados. No entanto, a melhoria da intervenção nesta área é apresentada ainda como uma meta a alcançar (DGS, 2017), justificando a pertinência do tema. A gestão da dor é atualmente reconhecida enquanto padrão de qualidade dos cuidados na área de

intervenção do EEESIP com vista à promoção do bem-estar (Regulamento n.º 351/2015, 2015) e aparece refletida na segunda competência específica do mesmo que remete para o cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, particularmente através da gestão diferenciada da dor e do bem-estar (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Para dar resposta à complexidade do cuidar nesta área de intervenção foi selecionado o modelo de sistemas de Betty Neuman. Este possibilita uma visão abrangente da criança, enquanto elemento integrante de uma família, constituindo um sistema em interação dinâmica com o ambiente envolvente, e a dor, identificada como *stressor* que pode alterar as linhas de sustentação desse sistema. Alcançar o controlo da dor exigirá ao enfermeiro conhecer as variáveis desse sistema, que lhe conferem a sua individualidade, e intervir aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) contribuindo para que o mesmo possa reter, atingir ou manter o seu equilíbrio (George, 2000; Freese, 2002; Neuman, 2011; McDowell, 2011). Esta intervenção terá também por base o modelo de cuidados centrado na família, identificando a família como elemento presente na vida da criança, primordial ao seu bem-estar e também alvo de cuidados, e a filosofia de cuidados não traumáticos, onde a importância do controlo da dor e o desenvolvimento de todas as estratégias que visem prevenir a mesma ou minimizar as suas repercussões ganham sustentação (Hockenberry & Barrera, 2014). Nesta grande área de intervenção optei por direccionar o meu foco de atenção para o controlo da dor da criança com anemia das células falciformes (ACF), visto a dor surgir como a manifestação mais frequente desta doença crónica (NHLBI, 2014; Agrawal *et al.*, 2019) e o seu controlo, por aspetos inerentes à fisiopatologia, envolver especificidades que devem ser tidas em consideração (Ballas, Gupta, & Adams-Graves, 2012). É uma realidade que me é muito próxima e que se assume ainda como um desafio, exigindo uma melhoria da qualidade de cuidados a estas crianças e famílias, para a qual tentarei contribuir.

Este guia visa funcionar como instrumento de apoio, dando sustentação à implementação do projeto referido. Será estruturado da seguinte forma: inicia-se com um breve enquadramento teórico da problemática, seguido do planeamento do contexto do Estágio, incluindo duração, objetivos, atividades a desenvolver e respetivas competências a adquirir, assim como indicadores de avaliação das mesmas. A referir que este planeamento é flexível, sendo reformulado de acordo com as sugestões e necessidade de adequação às realidades encontradas. Por fim será apresentado o cronograma geral do Estágio e as referências bibliográficas.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Controlo da dor: um direito da criança

Recorrendo à definição da *International Association for the Study of Pain* (IASP), utilizada pela Direção-Geral da Saúde (DGS), a dor constitui “(...) uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (DGS, 2008, p.6), sustentando, assim, que a dor é individual, subjetiva e multidimensional, pois além da componente neurofisiológica possui uma componente emocional associada a fatores pessoais, culturais e espirituais que estão inerentes a aprendizagens que vão ocorrendo ao longo da vida (Batalha, 2010).

A importância atribuída pela DGS ao controlo da dor reflete-se no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (PNPCDor), com metas até 2020. Neste documento, de uma forma geral, é realçada a importância do desenvolvimento de modelos de boas práticas na abordagem da dor, a necessidade de formação dos profissionais, nomeadamente no que se refere à avaliação e controlo da dor, e a relevância da literacia da população para a prevenção e controlo da mesma (DGS, 2017). A realçar neste âmbito o reconhecimento, em 2003, da dor enquanto 5º sinal vital, com vista a promover a sua avaliação sistemática e otimizar a intervenção, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de quem tem dor (DGS, 2003).

Na criança, a importância atribuída ao controlo da dor surge associada ao reconhecimento de que as crianças têm dor (DGS, 2010) e a minimização da mesma passou a ser considerada uma prioridade, contemplada no 5º princípio da carta da criança hospitalizada elaborada em 1988 (IAC, 2008). A IASP (2019) alerta para o reconhecimento da criança enquanto cliente vulnerável, realçando as consequências nefastas e duradouras de um controlo inadequado da dor, no que se refere à gestão futura de situações de dor, aumento de morbilidades e mesmo da mortalidade. Um estudo transversal de Batalha (2013) sobre o controlo da dor das crianças hospitalizadas revelou que as ações desenvolvidas neste âmbito, nomeadamente a análise da situação, a publicação de diretrizes e o desenvolvimento de ações com vista a sensibilizar e formar os profissionais, resultaram numa diminuição significativa na prevalência de dor e numa melhoria da qualidade dos cuidados neste âmbito de intervenção. Neste sentido, todos os esforços que visem a excelência dos cuidados no controlo da dor da criança devem ser relevados.

2.2 A dor da criança com anemia das células falciformes

A dor é apresentada como o sintoma mais frequente da ACF, decorrente de episódios de agudização por crise vaso-oclusiva (CVO), sendo também a causa que mais frequentemente implica cuidados de saúde hospitalares (NHLBI, 2014; Agrawal *et al.*, 2019) e está na base de 95% dos internamentos destas crianças (Ballas *et al.*, 2012). É considerada uma dor aguda, com uma forte componente nocicetiva (Batalha, 2010). É uma dor isquémica intensa, resultante da obstrução do fluxo sanguíneo a um determinado tecido por oclusão dos pequenos vasos pelas hemácias falciformes (NHBI, 2014), exigindo uma intervenção imediata (IASP, 2007). O controlo da dor nestas crianças assume, assim, um ponto fulcral do cuidar, sendo que alcançar um controlo da dor precocemente resultaria em menor duração da CVO e menos complicações imediatas e a longo prazo, nomeadamente danos fisiológicos e comportamentais que levam tempo a recuperar (Ballas *et al.*, 2012; Jacob, 2014).

2.3 Contributos do EEESIP no controlo da dor da criança com anemia das células falciformes

Cada sistema (criança e família) é único e a forma como a cada momento é afetado por um *stressor*, como é o caso da dor, é singular (Neuman, 2011). Inerente a uma visão holística do sistema, um adequado controlo da dor exige ao EEESIP uma intervenção “(...) interdisciplinar, multimodal e individualizada” (Batalha, 2010, p.4), tendo em vista a capacitação e *empowerment* de cada criança e família (Hockenberry & Barrera, 2014), de forma a que possam reencontrar o seu equilíbrio e alcançar o seu bem-estar.

Amaral-Bastos e Sousa (2014) defendem que cuidar da criança com dor deve ser encarado como uma cadeia com diferentes elos, a referir: reconhecimento da presença de dor, implementação de intervenções, reavaliação e registo, sendo que a qualidade dos cuidados estará dependente da consistência e articulação entre os mesmos.

Num primeiro elo será relevante a avaliação sistemática de dor, isto é, “(...) descobrir a natureza e significado da experiência dolorosa, ou seja, que tipo de estímulos a provocam, fatores agravantes, os seus efeitos na vida diária, respostas à dor (fisiológicas, comportamentais), padrões de *coping*, tipo de dor, localização, duração e intensidade” (Batalha, 2010, p.17). Na monitorização da intensidade deve

recorrer-se a escalas de avaliação padronizadas e validadas, adequadas à idade e nível de desenvolvimento da criança, pelo risco de não reconhecimento da presença de dor em 20% das crianças na ausência da utilização das mesmas (Lucas & Batalha, 2011). Devem ainda ser privilegiadas escalas de autoavaliação, sempre que possível, sendo primordial que se acredite na dor da criança (OE, 2008; DGS, 2010) e evitando o risco de subavaliação da dor (Batalha & Sousa, 2018). A colheita de história de dor dará consistência a esta avaliação e permite reconhecer o significado de dor para aquele cliente, a sua forma de comunicar a dor, as implicações da mesma e as estratégias que em situações anteriores foram eficazes (OE, 2008; DGS, 2010). Tanto na colheita da história de dor quanto na sua avaliação, a família tem um papel fulcral. É ainda importante reconhecer a dor enquanto “(...) experiência pessoal de quem a vivencia, e de quem dela cuida” (Batalha, 2010, p.XIII), pelo que o significado que lhe é atribuído pelo profissional irá influenciar o seu reconhecimento (Fernandes, 2000), com repercussões na construção do diagnóstico de enfermagem que dará sustentação às intervenções consequentes (Decreto-Lei n.º 161/96,1996; McDowell, 2011).

Se cada sistema é único, a negociação e estabelecimento de metas a alcançar em cada nível de prevenção é primordial, integrando criança e família nesse processo enquanto parceiros (McDowell, 2011). Um adequado controlo da dor exige uma intervenção multimodal, planeada e negociada de acordo com a singularidade da criança e família, e em que os vários intervenientes compreendam o seu papel e colaborem para o mesmo objetivo comum (Metzger, Muller, Schwetta, & Walter, 2002).

Como nos diz o guia orientador de boa prática referente à dor, para além da implementação de um plano de intervenção, o enfermeiro tem um papel fundamental na alteração do mesmo quando este se revela ineficaz (OE, 2008). Neste sentido pode realçar-se a importância dos resultados alcançados decorrentes das intervenções implementadas (McDowell, 2011) e o registo adequado dos mesmos. A visibilidade dos cuidados traduz-se nos registos efetuados (Amaral-Bastos & Sousa, 2014), estando a sua importância refletida no código deontológico (Lei n.º 156/2015, 2015) e nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Segundo os resultados do estudo de Amaral-Bastos e Sousa (2014), talvez seja importante que ocorra uma mudança de mentalidades, passando o controlo da dor a ser visto acima de tudo como um direito da criança, exigindo, por isso, o esforço de todos e de cada um com vista à excelência dos cuidados.

3. CONTEXTOS DE ESTÁGIO: PLANEAMENTO

3.1 Cuidados de saúde primários – USF

Data: 23 setembro a 20 outubro

Objetivos Gerais

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista, incluindo as específicas de enfermagem de saúde infantil e pediatria, possibilitando a prestação de cuidados de nível avançado ao sistema criança/família com vista ao seu bem-estar.
- Desenvolver competências na área da gestão diferenciada da dor, com atenção particular à dor da criança com ACF decorrente de CVO.
- Desenvolver estratégias de intervenção com vista à melhoria dos cuidados no controlo da dor, especificamente no que se refere à dor da criança com ACF decorrente de CVO.

Objetivo Específico 1: Conhecer a dinâmica organizacional e funcional da unidade e o quadro de referência e modelos subjacentes à prestação de cuidados.

- 1.1. Observação dos cuidados de enfermagem enquadrados com a dinâmica da unidade e com os referenciais e modelos de intervenção que orientam a prática.
- 1.2. Consulta de normas, protocolos e documentos institucionais relevantes.
- 1.3. Entrevista exploratória com a enfermeira orientadora.

Objetivo Específico 2: Identificar redes de articulação com outras instituições de saúde e recursos comunitários de suporte ao sistema criança/família.

- 2.1. Entrevista exploratória com a enfermeira orientadora.
- 2.2. Participação em reunião do NACJR (Participação em reunião do grupo - enfermeira e assistente social).
- 2.3. SNIPI (Visita a jardim de infância - enfermeira da ELI, pais, diretora do infantário e educadora).
- 2.4. Saúde escolar (Visita a escola 1º ciclo - enfermeira de saúde escolar e professora de criança com diabetes *mellitus*).
- 2.5. Seminário “O direito da criança a não ter um processo de promoção e proteção!”

Objetivo Específico 3: Conhecer os cuidados diferenciados do EEESIP na prestação de cuidados ao sistema criança/família, compreendendo particularidades no cuidar da criança com doença crónica e família.

3.1. Entrevista exploratória com a enfermeira orientadora.

3.2. Observação dos cuidados de enfermagem prestados por diferentes elementos da equipa.

Objetivo Específico 4: Prestar cuidados ao sistema criança/família aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), com vista à maximização do potencial de desenvolvimento da criança.

4.1. Leitura de evidência científica sobre o crescimento e desenvolvimento infantil.

4.2. Consulta do PNSIJ e sistematização de vigilâncias e cuidados antecipatórios, adequados à faixa etária.

4.3. Consulta do PNV, normas e protocolos de vacinação existentes.

4.4. Observação e participação nos cuidados de enfermagem no âmbito das consultas de saúde infantil - promoção da saúde e das competências parentais (avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança com recurso à escala de Mary Sheridan, identificação de fatores de risco e de sinais de alerta, transmissão à família das orientações antecipatórias adequados às necessidades e com base no PNSIJ, vacinação): realização de consulta de enfermagem de saúde infantil a crianças de diferentes faixas etárias.

4.5. Observação do sistema de registos informático da USF para posterior registo dos cuidados prestados: guia orientador para uniformização de registos no SClínico, incluído no “Manual de procedimentos: consulta de enfermagem de saúde infantil”.

Objetivo Específico 5: Conhecer os projetos da USF.

5.1. Entrevista exploratória com a enfermeira orientadora.

5.2. Colaboração na criação e/ou implementação de projetos, se detetada essa necessidade: elaboração e apresentação à equipa de enfermagem do “Manual de procedimentos: Consulta de enfermagem de saúde infantil”.

Objetivo Específico 6: Identificar estratégias de controlo da dor mobilizadas na realização de procedimentos.

6.1. Leitura de evidência científica sobre o controlo da dor em procedimentos, de acordo com a idade.

6.2. Observação da equipa de cuidados na realização de procedimentos, com foco nas estratégias mobilizadas para o controlo da dor.

Objetivo Específico 7: Operacionalizar estratégias de controlo da dor na realização de procedimentos.

7.1. Leitura de evidência científica sobre o controlo da dor em procedimentos, de acordo com a idade.

7.2. Mobilização de estratégias de controlo da dor na realização de procedimentos à criança.

7.3. Entrevista exploratória com enfermeira orientadora com vista a compreender eventuais necessidades da USF no âmbito da gestão da dor e, se detetadas, contribuição com possíveis estratégias de melhoria: elaboração e implementação do projeto “Procedimentos sem dor: Um direito da criança”; divulgação do projeto através da formação da equipa, disponibilização de documento de consulta e construção e afixação de cartaz alusivo ao mesmo.

Principais competências a desenvolver

- E1.1, E1.2, E2.2, E2.5, E3.1., E3.3, E3.4 (Regulamento n.º 422/2018, 2018); - A1, A2, B1, B2, D1, D2 (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Indicadores de Avaliação

- Elaboração e apresentação à equipa de enfermagem do “Manual de procedimentos: Consulta de enfermagem de saúde infantil”;
- Elaboração, divulgação e implementação do projeto “Procedimentos sem dor: Um direito da criança”;
- Relatório final do Estágio.

3.2. Centro de desenvolvimento

Data: 21 outubro a 17 novembro

Objetivos Gerais

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista, incluindo as específicas de enfermagem de saúde infantil e pediatria, possibilitando a prestação de cuidados de nível avançado ao sistema criança/família com vista ao seu bem-estar.
- Desenvolver competências na área da gestão diferenciada da dor, com atenção particular à dor da criança com ACF decorrente de CVO.
- Desenvolver estratégias de intervenção com vista à melhoria dos cuidados no controlo da dor, especificamente no que se refere à dor da criança com ACF decorrente de CVO.

Objetivo Específico 1: Conhecer a dinâmica organizacional e funcional da unidade e o quadro de referência e modelos subjacentes à prestação de cuidados.

- 1.1. Observação dos cuidados de enfermagem enquadrados com a dinâmica da unidade e com os referenciais e modelos de intervenção que orientam a prática.
- 1.2. Consulta de normas, protocolos e documentos institucionais relevantes.
- 1.3. Entrevista exploratória com a enfermeira orientadora.

Objetivo Específico 2: Identificar redes de articulação com outros serviços da instituição, outras instituições de saúde e recursos comunitários de suporte ao sistema criança/família e reconhecer formas de melhorar a articulação entre o centro de desenvolvimento e o serviço onde trabalho.

- 2.1. Entrevista exploratória com a enfermeira orientadora.
- 2.2. Reflexão com a enfermeira orientadora sobre possíveis contributos para a melhoria da articulação entre o centro de desenvolvimento e o serviço onde trabalho.
- 2.3. Participação em reuniões multidisciplinares e inter-equipas (pedopsiquiatria 1ª e 2ª infância; SNIPI - ELI) - apresentação e discussão de casos.
- 2.4. Participação em reunião do NHACJR.
- 2.5. Formação "Violência e Maus Tratos a Crianças e Jovens - Sensibilização Geral".

Objetivo Específico 3: Conhecer a intervenção do EEESIP neste contexto, enquanto elemento da equipa multidisciplinar.

- 3.1. Entrevista exploratória com a enfermeira orientadora.
- 3.2. Participação nas reuniões da equipa multidisciplinar.

Objetivo Específico 4: Prestar cuidados ao sistema criança/família aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), com vista à maximização do potencial de desenvolvimento da criança.

4.1. Leitura de evidência científica sobre crescimento e desenvolvimento infantil, nomeadamente sobre especificidades da Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil dos 0-5 anos (*Schedule of Growing Skills II*).

4.2. Observação e participação nas consultas de enfermagem individuais e conjuntas (enfermeira/médica): observação da criança e avaliação do desenvolvimento - Modelo DIR/*floortime*; registos de interação; discussão em equipa multidisciplinar.

Objetivo Específico 5: Desenvolver capacidades de utilização do modelo DIR/*floortime* (filosofia do centro de desenvolvimento).

5.1. Leitura de evidência científica sobre crescimento e desenvolvimento infantil, nomeadamente sobre especificidades do modelo DIR/*floortime*.

5.2. Observação e participação nas consultas de enfermagem.

5.3. Reflexão sobre a pertinência e aplicabilidade do modelo DIR/*floortime* com vista à maximização do potencial de desenvolvimento da criança: Reflexão “Um novo olhar sobre a avaliação do desenvolvimento da criança”.

Objetivo Específico 6: Conhecer os projetos existentes.

6.1. Colaboração na criação e/ou implementação de projetos, se detetada essa necessidade.

Objetivo Específico 7: Identificar necessidades no âmbito do controlo da dor.

7.1. Identificação da pertinência da temática: teste diagnóstico para mucopolissacaridoses.

7.2. Observação da intervenção da equipa de cuidados no controlo da dor da criança: mobilização dos protocolos da instituição (avaliação de dor; mobilização de estratégias não farmacológicas – preparação, suporte emocional, posicionamento de conforto, distração, reforço positivo; registos).

Principais competências a desenvolver

- E1.1, E1.2, E3.1, E3.3 (Regulamento n.º 422/2018, 2018); A1, A2, B3.1, C1.1, C2, D1 (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Indicadores de Avaliação

- Reflexão crítica sobre o contributo deste contexto no percurso pessoal de formação para desenvolvimento de competências de EEESIP - “Um novo olhar sobre a avaliação do desenvolvimento da criança”.

- Relatório final do Estágio.

3.3. Neonatologia - UCIN

Data: 18 novembro a 15 dezembro

Objetivos Gerais

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista, incluindo as específicas de enfermagem de saúde infantil e pediatria, possibilitando a prestação de cuidados de nível avançado ao sistema criança/família com vista ao seu bem-estar.
- Desenvolver competências na área da gestão diferenciada da dor, com atenção particular à dor da criança com ACF decorrente de CVO.
- Desenvolver estratégias de intervenção com vista à melhoria dos cuidados no controlo da dor, especificamente no que se refere à dor da criança com ACF decorrente de CVO.

Objetivo Específico 1: Conhecer a dinâmica organizacional e funcional da unidade e o quadro de referência e modelos subjacentes à prestação de cuidados.

- 1.1. Observação dos cuidados de enfermagem enquadrados com a dinâmica da unidade e com os referenciais e modelos de intervenção que orientam a prática.
- 1.2. Consulta de normas, protocolos e documentos institucionais relevantes.
- 1.3. Entrevista exploratória com a enfermeira orientadora.

Objetivo Específico 2: Identificar redes de articulação, nomeadamente referências para a promoção da continuidade de cuidados aquando da alta.

- 2.1. Entrevista exploratória com a enfermeira orientadora.

Objetivo Específico 3: Conhecer os cuidados diferenciados do EEESIP neste contexto, nomeadamente na prestação de cuidados ao sistema criança/família, na gestão dos cuidados e na melhoria contínua da qualidade.

- 3.1. Entrevista exploratória com a enfermeira orientadora.
- 3.2. Leitura de evidência científica sobre cuidados ao RN, nomeadamente sobre os cuidados neuroprotetores.
- 3.3. Identificação dos cuidados neuroprotetores na prática diária de cuidados na UCIN.

Objetivo Específico 4: Desenvolver competências nos cuidados ao RN doente ou com necessidades especiais e sua família.

- 4.1. Leitura de evidência científica sobre cuidados ao RN, nomeadamente sobre os cuidados neuroprotetores.
- 4.2. Identificação dos principais *stressors* do sistema RN/família, inerentes a este contexto de cuidados.
- 4.3. Prestação de cuidados com orientação ao RN.

4.4. Observação e participação nos cuidados promotores da parentalidade, promovendo a vinculação e negociando o envolvimento dos pais nos cuidados.

Objetivo Específico 5: Conhecer os projetos existentes.

5.1. Colaboração na criação e/ou implementação de projetos, se detetada essa necessidade: colaboração no âmbito do projeto Conversas com Pais com a temática “Direito a não ter dor: Contributo dos pais no controlo da dor do recém-nascido”

Objetivo Específico 6: Aprofundar conhecimentos sobre o controlo da dor do RN.

6.1. Leitura de evidência científica sobre o controlo da dor do RN.

Objetivo Específico 7: Identificar estratégias de controlo da dor mobilizadas neste contexto de cuidados.

7.1. Leitura de evidência científica sobre o controlo da dor do RN.

7.2. Observação dos cuidados ao RN com foco no controlo da dor, nomeadamente: gestão de estímulos ambientais, minimização da manipulação e envolvimento dos pais nos cuidados.

Objetivo Específico 8: Praticar a avaliação e controlo da dor do RN.

8.1. Leitura de evidência científica sobre o controlo da dor do RN.

8.2. Prestação de cuidados com orientação e foco no controlo da dor, nomeadamente: gestão de estímulos ambientais, minimização da manipulação e envolvimento dos pais nos cuidados.

8.3. Realização da avaliação de dor do RN, nomeadamente com recurso a escalas de monitorização de dor apropriadas a este contexto de cuidados.

Principais competências a desenvolver

- E1.1, E1.2, E2.1, E2.2, E2.5, E3.1, E3.2., E3.3 (Regulamento n.º 422/2018, 2018); A1, A2, B3, D1 (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Indicadores de Avaliação

- Planeamento da apresentação “Direito a não ter dor: Contributo dos pais no controlo da dor do recém-nascido”;
- Relatório final do Estágio.

3.4. Internamento de pediatria

Data: 16 dezembro a 22 dezembro e 6 janeiro a 19 janeiro

Objetivos Gerais

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista, incluindo as específicas de enfermagem de saúde infantil e pediatria, possibilitando a prestação de cuidados de nível avançado ao sistema criança/família com vista ao seu bem-estar.
- Desenvolver competências na área da gestão diferenciada da dor, com atenção particular à dor da criança com ACF decorrente de CVO.
- Desenvolver estratégias de intervenção com vista à melhoria dos cuidados no controlo da dor, especificamente no que se refere à dor da criança com ACF decorrente de CVO.

Objetivo Específico 1: Reconhecer a melhor evidência sobre o controlo da dor da criança, nomeadamente da dor da criança com ACF decorrente de CVO, para suportar a prática clínica.

1.1. Leitura de evidência científica no âmbito da gestão da dor, nomeadamente das crianças com ACF.

Objetivo Específico 2: Prestar cuidados ao sistema criança/família com vista ao controlo da dor (*stressor*) aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária).

2.1. Mobilização na prática de cuidados das aprendizagens realizadas no contexto do controlo da dor da criança – sustentadas na articulação do diagrama construído (Apêndice I) e do processo de enfermagem de Neuman (diagnóstico, metas e resultados de enfermagem).

Objetivo Específico 3: Identificar barreiras ao controlo da dor, nomeadamente nos registos de dor no SClínico.

3.1. Entrevista exploratória com a enfermeiro orientador.

3.2. Observação e reflexão sobre os cuidados, extração de informação dos processos clínicos (no decorrer de todo o percurso do Estágio).

3.3. Análise ao sistema de registo SClínico, levantamento das limitações aos registos de dor e referência à entidade responsável, com vista à melhoria.

Objetivo Específico 4: Operacionalizar estratégias que contribuam para a capacitação e *empowerment* dos enfermeiros da equipa na gestão adequada da dor da criança com ACF, decorrente de CVO.

4.1. Planeamento e realização de sessão de formação profissional sobre controlo da dor da criança com ACF, necessidade conhecida neste contexto de prática de cuidados.

Objetivo Específico 5: Operacionalizar estratégias que visem a capacitação e *empowerment* do sistema criança/família na gestão adequada da dor da criança com ACF, decorrente de CVO.

5.1. Elaboração de panfleto informativo para a criança e família sobre o controlo da dor da criança com ACF.

Principais competências a desenvolver

E1.1, E2.2, E2.5, E3.3, E3.4 (Regulamento n.º 422/2018, 2018); A, B, C, D (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Indicadores de Avaliação

- Documento de exposição das limitações do SClínico associadas ao foco dor;
- Sessão de formação profissional “Direito a não ter dor: Cuidado de enfermagem à criança com anemia das células falciformes (Partilhar e refletir para melhorar as práticas...)”;
- Panfleto informativo “Direito a não ter dor: Cuidar da criança com anemia das células falciformes”;
- Relatório final do Estágio.

3.5. Urgência pediátrica

Data: 20 janeiro a 9 fevereiro

Objetivos Gerais

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista, incluindo as específicas de enfermagem de saúde infantil e pediatria, possibilitando a prestação de cuidados de nível avançado ao sistema criança/família com vista ao seu bem-estar.
- Desenvolver competências na área da gestão diferenciada da dor, com atenção particular à dor da criança com ACF decorrente de CVO.
- Desenvolver estratégias de intervenção com vista à melhoria dos cuidados no controlo da dor, especificamente no que se refere à dor da criança com ACF decorrente de CVO.

Objetivo Específico 1: Conhecer a dinâmica organizacional e funcional da unidade e o quadro de referência e modelos subjacentes à prestação de cuidados.

- 1.1. Observação dos cuidados de enfermagem enquadrados com a dinâmica da unidade e com os referenciais e modelos de intervenção que orientam a prática.
- 1.2. Consulta de normas, protocolos e documentos institucionais relevantes.
- 1.3. Entrevista exploratória com a enfermeira orientadora.

Objetivo Específico 2: Identificar redes de articulação com outros serviços, instituições de saúde.

- 2.1. Entrevista exploratória com a enfermeira orientadora.
- 2.2. Reflexão com enfermeira orientadora sobre possíveis contributos para melhoria das práticas institucionais referentes à gestão da dor da criança, especificamente da dor da criança com ACF (articulação SUP/SIHP).

Objetivo Específico 3: Prestar cuidados a crianças em situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte.

- 3.1. Observação e colaboração nos cuidados à criança em situação de instabilidade das funções vitais e risco de morte e sua família: análise dos principais *stressors* do sistema criança/família associados a este contexto, identificação dos focos de instabilidade e resposta antecipatória.

Objetivo Específico 4: Desenvolver conhecimentos e capacidades em SAV.

- 4.1. Consulta de normas, protocolos e documentos institucionais relevantes.
- 4.2. Observação da equipa de cuidados, se possível, na operacionalização do algoritmo do SAV.

Objetivo Específico 5: Conhecer o sistema de triagem utilizado no SUP.
5.1. Observação participante da prestação de cuidados na triagem.
Objetivo Específico 6: Identificar estratégias de controlo da dor mobilizadas no SUP e operacionalizar estratégias de controlo da dor na prestação de cuidados.
6.1. Consulta de protocolos e procedimentos existentes relativos ao controlo da dor.
6.2. Observação dos cuidados com foco nas estratégias de controlo da dor mobilizadas.
6.3. Mobilização de estratégias de controlo da dor adequadas na prestação de cuidados.
Objetivo Específico 7: Conhecer os projetos relacionados com o controlo da dor, nomeadamente o projeto “Controlo da dor através da hipnose” e “Via rápida para a criança com anemia das células falciformes”.
7.1. Entrevista com enfermeira responsável pelo projeto “Controlo da dor através da hipnose”.
7.2. Entrevista com enfermeira responsável pelo projeto “Via rápida para a criança com anemia das células falciformes”.
7.3. Colaboração na implementação de algum projeto, se detetada essa necessidade.
Objetivo Específico 8: Conhecer o circuito e intervenções de enfermagem desde a entrada no SUP da criança com ACF por episódio de CVO, até à alta ou transferência para outro serviço.
8.1. Acompanhamento de criança com ACF e família em todo o percurso no SUP.
8.2. Reflexão com enfermeira orientadora sobre possíveis contributos para melhoria das práticas institucionais referentes à gestão da dor da criança, especificamente da dor da criança com ACF (articulação SUP/SIHP).
Principais competências a desenvolver
E1.1, E1.2, E2.1, E2.2, E2.4, E3.3 (Regulamento n.º 422/2018, 2018); A2, B1, B2, B3, D1, D2 (Regulamento n.º 140/2019, 2019)
Indicadores de Avaliação
- Colaboração no projeto “Via rápida para o controlo da dor da criança com anemia das células falciformes” com vista à melhoria da qualidade dos cuidados;
- Relatório final do Estágio.

4. CRONOGRAMA

Ano	2019														2020									
Mês	set.	outubro					Novembro				dezembro					Janeiro				fevereiro				
Dias	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23		6	13	20	27	3	10	17	24	
	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22		5	12	19	26	2	9	16	23	1	
Semanas	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a	13 ^a	14 ^a	15 ^a	16 ^a	17 ^a	18 ^a	19 ^a	20 ^a	21 ^a	22 ^a	23 ^a	
Cuidados de saúde primários																								
Centro de desenvolvimento																								
Neonatologia																								
Internamento Pediátrico																								
Urgência Pediátrica																								

FÉRIAS DE NATAL

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrawal, A.K, Robertson, S., Litwin, L., Tringale, E., Treadwell, M., Hoppe, C., & Marsh, A. (2019). Virtual reality as complementary pain therapy in hospitalized patients with sickle cell disease. *Pediatric Blood & Cancer*. 66(2). DOI: 10.1002/pbc.27525.
- Amaral-Bastos, M., & Sousa, C. F. (2014). Valorizar a dor na criança: uma reflexão voltada para a praxis. *Nascer e Crescer*. 23(4), 190-194. Acedido em 08-04-2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v23n4/v23n4a03.pdf>
- Ballas, S.K., Gupta K., & Adams-Graves P. (2012). Sickle cell pain: a critical reappraisal. *Blood*. 120 (18), 3647 – 3656. DOI: 10.1182/blood-2012-04-383430.
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. M. C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde & Tecnologia*. Suplemento, 16-21. Acedido em 08-04-2019. Disponível em: https://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_03_estesl_suplemento_2013.pdf
- Batalha, L. M. C., & Sousa, A. F. D. (2018). Autoavaliação da intensidade da dor: correlação entre crianças, pais e enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (17), 15-22. DOI: 10.12707/RIV18002.
- Decreto-Lei n.º 161/96 (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I-A Série (N.º 205 de 4 de setembro de 1996), 2959 - 2962. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- DGS (2003). *A dor como 5º sinal vital – Registo sistemático da intensidade da Dor*. Acedido em 12-04-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- DGS (2008). *Programa nacional de controlo da dor*. Acedido em 12-04-2019: Disponível em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor-pdf.aspx>

- DGS (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Acedido em 12-04-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- DGS (2017). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. Acedido em: 12-03-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>
- Fernandes, Ananda (2000). *Crianças com dor: O quotidiano do trabalho de dor no hospital*. Coimbra: Quarteto.
- Freese, B. T. (2002). Betty Neuman: modelo de sistemas. In A. M. Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., pp. 335-375). Loures: Lusociência.
- George, J. B. (2000). Betty Neuman. In J. B. George e colaboradores, *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (4ª ed., pp. 225-240). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In J. M. Hockenberry & D. Wilson, *Wong: enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed., Vol II, pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- IAC (2008). *Carta da criança hospitalizada*. Acedido em 12-04-2019. Disponível em: http://academiadasaude.pt/wp-content/uploads/2018/03/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- IASP (2007). *Task force on wait-times summary and recommendations*. Acedido em 12-04-2018. Disponível em: http://www.iasp-pain.org/files/Content/NavigationMenu/EducationalResources/IASP_Wait_Times.pdf
- IASP (2019). *Pain in children: Management*. Acedido em 29-04-2019. Disponível em: http://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/2019GlobalYear/Fact_Sheets/7_Pain_children_management.pdf
- Jacob, E. (2014). Apreciação e gestão da dor na criança. In J. M. Hockenberry & D. Wilson, *Wong: enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed., Vol II, pp. 188-239). Loures: Lusociência.

- Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 181 de 16 de setembro de 2015), 8059-8105. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Lucas, A. M., & Batalha, L. (2011). Avaliação da dor na criança por enfermeiros. *XI conferência iberoamericana de educação em enfermagem*. Coimbra. Acedido em: 16-04-2019. Disponível em: http://web.esenfc.pt/v02/esenfc/pa/include/download.php?id_ficheiro=18279&codigo=948133113
- McDowell, B. M. (2011). Using the Neuman systems model to guide pediatric nursing practice. In B. Neuman & J. Fawcett, *The Neuman systems model* (5ª ed., pp. 223-236). USA: Pearson.
- Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M., & Walter, C. (2002). *Cuidados de enfermagem e dor*. Loures: Lusociência.
- Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. In B. Neuman & J. Fawcett, *The Neuman systems model* (5ª ed., pp. 3-33). USA: Pearson.
- NHLBI (2014). *Evidence-based management of sickle cell disease: expert panel report, 2014*. Acedido em: 28-03-2019. Disponível em: https://www.nhlbi.nih.gov/sites/default/files/media/docs/sickle-cell-disease-report%20020816_0.pdf
- OE (2001). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Acedido em: 09/06/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- OE (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. I (1). Acedido em: 12/04/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 26 6 de fevereiro de 2019), 4744-4754. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 119 de 22 de junho de 2015), 16660 - 16665. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67552235>

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12 de julho de 2018), 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>

**APÊNDICE IV – Manual de procedimentos:
Consulta de enfermagem de saúde infantil**

USF

MANUAL DE PROCEDIMENTOS
- CONSULTA DE ENFERMAGEM DE
SAÚDE INFANTIL -

Elaborado por: Marta Neto

(Elaborado no âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

outubro 2019

SIGLAS

APSI – Associação para a promoção da segurança infantil

BLW – *Baby-led weaning*

CSEP – *Canadian Society for Exercise Physiology*

DDA – Displasia de desenvolvimento da anca

DGS – Direção-Geral da Saúde

LA – Leite artificial

LM – Leite materno

M-CHAT – *Modified checklist for autism in toddlers*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSIJ – Programa nacional de saúde infantil e juvenil

PNV – Programa nacional de vacinação

RN – Recém-nascido

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – RN.....	4
2. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 1 MÊS	6
3. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 2 MESES.....	8
4. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 3/4 MESES	10
5. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 6 MESES.....	12
6. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 9 MESES.....	14
7. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 12 MESES.....	16
8. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 15 MESES.....	18
9. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 18 MESES.....	19
10. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 2 ANOS.....	21
11. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 3 ANOS.....	23
12. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 4 ANOS.....	25
13. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 5 ANOS.....	27
14. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 6/7 ANOS	29
15. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 8 ANOS.....	31
16. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 10 ANOS.....	33
17. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 12/13 ANOS	35
18. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 15/18 ANOS	37
19. REGISTOS NO SCLÍNICO.....	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	
ANEXO I – Orientações para rastreio de DDA	
ANEXO II – Esquema vacinal	
ANEXO III – Recomendações da SPP para a alimentação complementar	
ANEXO IV – Orientações sobre atividade física-sedentarismo-sono	
ANEXO V – Recomendações da DGS sobre higiene oral	
ANEXO VI – Questionário M-CHAT	

INTRODUÇÃO

O reconhecimento da importância dos primeiros anos para toda a vida futura da pessoa tem vindo a dar sustentação à crescente atenção atribuída à proteção e promoção do desenvolvimento da criança. Neste sentido, o PNSIJ surge como uma ferramenta de apoio para os profissionais no que se refere à vigilância da saúde infantil e juvenil em idades-chave fornecendo, entre outros aspetos, orientações referentes à avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança (conhecimentos sobre os aspetos base inerentes ao desenvolvimento e indispensáveis ao reconhecimento de alterações), à deteção precoce de alterações no desenvolvimento com vista ao seu acompanhamento mais próximo e quando necessário ao seu encaminhamento (conhecer os recursos e formas de referência), assim como à valorização dos cuidados antecipatórios visando a capacitação dos pais ou outros cuidadores na promoção da saúde (incentivar a sua participação colocando questões, desenvolvendo atividades que promovam a aquisição de competências e reconhecendo sinais de alerta) (DGS, 2013).

A identificação das perturbações do desenvolvimento tem origem habitualmente em suspeitas dos pais, familiares ou professores (adultos mais próximos das crianças), no entanto derivam também de pesquisas decorrentes da existência de fatores de risco ou decorrentes da observação clínica nos exames periódicos ou oportunistas no contexto da vigilância de saúde com recurso a instrumentos padronizados de aplicação pelos profissionais, sendo que a ausência dos quais se traduz na deteção de menos de 30% das crianças com problemas de desenvolvimento, contrastando com os 70% a 90% de fiabilidade com o recurso aos mesmos (DGS, 2013). Em caso de dúvida quanto à avaliação realizada, a mesma deverá ser apresentada à restante equipa e partilhada com a família, planeando-se uma nova avaliação a curto prazo para validação. Se for detetado um problema, o mesmo deverá ser comunicado ao médico e a referência ser feita pelos “canais” existentes, de forma a possibilitar o mais atempadamente possível a resposta adequada às necessidades da criança. Cada profissional, no seu contexto, deverá contribuir para que cada criança possa atingir o seu potencial de crescimento e desenvolvimento, melhorando a sua qualidade de vida futura.

Este manual pretende constituir um guia orientador para a consulta de enfermagem de saúde infantil, esquematizado de acordo com a calendarização prevista no PNSIJ.

1. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – RN

Avaliação inicial – período pré-natal, natal e neo-natal (preencher quadro)	
PARÂMETROS A AVALIAR	
<ul style="list-style-type: none">- Rastreamento auditivo (data de realização ou resultado)- Vacinação: confirmação da administração da VHB e elegibilidade para a BCG- Peso- Comprimento- Perímetro Cefálico- Alimentação: tipo de leite (LM ou LA), periodicidade, quantidade, dificuldades. Regurgitação- Exame físico: cabeça (assimetrias), olhos (edema), pele (coloração, hidratação, alterações), fontanelas (anterior encerra +/- 9/10 meses-18meses; posterior +/- 3 meses), coto umbilical, crosta láctea, mancha mongólica, angiomas, ingurgitamento mamário, corrimento sanguinolento nas meninas, urina avermelhada- Anca: despiste de DDA (ANEXO I)- Eliminação: micção e dejeção- Relação emocional/Comportamento (vinculação)- Risco de Maus Tratos (alerta para qualquer sinal de maus tratos)- Segurança do Ambiente (exposição ao fumo, riscos de acidentes, problemas associados a consumos)	
DESENVOLVIMENTO – COMPETÊNCIAS	
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none">- Em decúbito dorsal: braços e pernas semi-fletidos, com postura simétrica- Se tração para sentar observa-se queda significativa da cabeça- Apoiado em posição sentado: dorso curvado com queda da cabeça para a frente- Em suspensão ventral: cabeça permanece abaixo do plano do corpo e membros semi-fletido- Em decúbito ventral: cabeça para o lado, membros fletidos sob o abdómen, cotovelos fletidos junto ao tronco <p>- Reflexos primitivos:</p> <ul style="list-style-type: none">. Reflexo de Moro: com a criança apoiada provoca-se, subitamente, ligeira queda da cabeça (2,5cm) resultando em abdução dos membros superiores e abertura das mãos (duração: 3-4 meses). Reflexo de sucção e de procura (pontos cardeais): estimulando região peri oral com os dedos observa-se direcionamento da boca / cabeça para o lado estimulado (duração: 9-12 meses; 3-4 meses). Reflexo de preensão palmar (duração: 2-4 meses). Reflexo da marcha automática, quando os pés estão apoiados numa superfície firme (duração: 4-8 semanas)
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none">- Fixa com o olhar um objeto brilhante ou face humana a 30 cm; pode acompanhar lentamente com o olhar- Reação a sons altos e súbitos (por ex. bater palmas, fechar subitamente a porta, sinos, etc.); qualquer reação é válida: piscar os olhos, franzir sobrancelhas, etc
SINAIS DE ALERTA	
<ul style="list-style-type: none">- Falta de interesse da família no bebé, desespero, ideação suicida	

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- **Alimentação:** promover o aleitamento materno; colocar o bebê a mamar e ensinos sobre posicionamento do bebê, pega, duração e frequência das mamadas, eructação, cuidados à mama e mamilos, estratégias
- **Posição de deitar:** sono em decúbito dorsal; Acordado: decúbito ventral, colo
- **Higiene:** banho, cuidados ao coto e à pele
- **Segurança:** Queimadura (temperatura da água do banho e do biberão), queda, asfixia e acidente rodoviário
- **Hábitos intestinais e cólicas:** exemplificar e ensinar sobre vigilância do abdómen, importância da massagem abdominal e estimulação com cânula do bebê-gel
- Temperatura normal e febre
- Sinais/Sintomas que justificam recorrer aos profissionais de saúde: recusa alimentar, gemido, icterícia generalizada, prostração, febre, cianose
- Vinculação: importância do colo, dificuldades

RASTREIO DE DOENÇAS METABÓLICAS

ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

- Pegar no(a) bebê e embalá-lo(a) suavemente. Pode aconselhar-se uma cadeira de balouço.
- Falar e cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves e suaves. Chamar o(a) bebê pelo nome.
- Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se.
- Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas.
- Comunicar com o(a) bebê olhando-o(a) nos olhos, encostado ao peito.
- Colocar o(a) bebê sobre os joelhos, deixar que ela(e) agarre o indicador com as mãos e converse com ela(e).
- Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando o(a) bebê em estado de alerta e com a cabeça em posição central.
- Dar oportunidade ao bebê de experimentar cheiros diferentes (flor, laranja...)
- Fazer massagem suave corporal, observando sempre o(a) bebê calmamente, sem movimentos muito elaborados. Não forçar movimentos, fazer pouca pressão, não exceder os 20 minutos.
- Pegar ao colo, olhar olhos nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, quando em estado de alerta.
- Oferecer o polegar do(a) bebê para que esta(e) se autoconforte e reorganize.
- Evitar ambientes hiperestimulantes. Observar o(a) bebê.

2. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 1 MÊS

PARÂMETROS A AVALIAR

- Peso
- Comprimento
- Perímetro Cefálico
- Alimentação: tipo de leite (LM ou LA), duração e frequência das mamadas, eructação, cuidados à mama e mamilos, dificuldades; quantidade de LA. Regurgitação
- Exame físico: cabeça (assimetrias), olhos (edema), pele (coloração, hidratação, alterações), fontanelas (anterior encerra +/- 9/10 meses-18meses; posterior +/- 3 meses), coto umbilical, crosta láctea
- Anca: despiste de DDA (ANEXO I)
- Eliminação: micção e dejeção
- Relação emocional/Comportamento (vinculação)
- Risco de Maus Tratos (alerta para qualquer sinal de maus tratos)
- Segurança do Ambiente (exposição ao fumo, riscos de acidentes, problemas associados a consumos)

SINAIS DE ALERTA

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado
- Hiper e hipotonicidade na posição de pé
- Nunca segue a face humana
- Não vira olhos e cabeça para som (voz humana)
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos
- **Falta de interesse da família no bebé, desespero, ideação suicida; falta de sensibilidade**

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- **Alimentação: promover o aleitamento materno, avaliar dificuldades**
- Obstipação e cólicas
- **Sono:** alternar decúbitos para prevenir achatamento da cabeça, ritmo circadiano, higiene do sono
- **Desenvolvimento e temperamento:** falar com o bebé, importância do contacto humano, dar mimo
- Segurança: queimadura (temperatura da água do banho e do biberão), queda, asfíxia e acidente rodoviário; evitar ambientes poluídos
- **Sinais/Sintomas comuns:** choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação e febre
- **Vacinas** – benefícios e reações
- Vinculação: dificuldades

VACINAÇÃO

- Validação / Atualização do PNV (ANEXO II)

ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

- Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto do rosto da criança, a uma distância um pouco superior a 20 cm e não necessariamente em forma de esfera.
- Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção.
- Observar o(a) bebé sobre a forma como dorme, sossega, se alimenta e procura auto conforto.
- Conversar com carinho, aprender a tocá-lo(a), embalá-lo(a), estar em sincronia com o seu comportamento. Manter tonalidades de voz diferentes e suaves. Continuar a usar a cadeira de balouço.
- Mudar periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto, sem utilização do decúbito ventral para dormir.
- Continuar a massajar de forma simples, sem movimentos bruscos e muito elaborados e sem muita pressão. Não exceder os 20 minutos.
- Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes hiperestimulantes.

3. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 2 MESES

PARÂMETROS A AVALIAR	
<ul style="list-style-type: none"> - Peso - Comprimento - Perímetro Cefálico - Alimentação: tipo de leite (LM ou LA), duração e frequência das mamadas, dificuldades; quantidade de LA. Regurgitação - Exame físico: cabeça (assimetrias), pele (coloração, hidratação, alterações), fontanelas (anterior encerra +/- 9/10 meses-18meses; posterior +/- 3 meses) - Anca: despiste de DDA (ANEXO I) - Eliminação: micção e dejeção - Relação emocional/Comportamento (vinculação) - Risco de Maus Tratos (alerta para qualquer sinal de maus tratos) - Segurança do Ambiente (exposição ao fumo, riscos de acidentes, problemas associados a consumos) 	
DESENVOLVIMENTO – COMPETÊNCIAS	
Material: Bola pendente, Roca	
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> - Fixa a face da mãe quando o alimenta - Tem sorriso presente às 6 semanas - Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> - Segue uma bola pendente a 20-25 cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média)
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> - Em decúbito ventral levanta a cabeça (cabeça para o lado, membros fletidos, cotovelos afastados e nádegas elevadas; tenta levantar a cabeça) - Em decúbito dorsal a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão (virando subitamente cabeça da criança para um lado observa-se flexão / adução do membro superior ipsilateral e extensão do membro contralateral - reflexo atónico assimétrico do pescoço) - Em tração pelas mãos a cabeça cai (queda da cabeça se tração pelas mãos para sentar. Se sentado, dorso em arco e mãos fechadas) - Quando sentado dorso em arco e mãos fechadas - Em suspensão vertical cabeça ereta e membros semi-fletidos (em suspensão ventral, cabeça alinhada com o tronco e membros semi-fletidos)
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> - Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido
SINAIS DE ALERTA	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado - Nunca fixa a face humana - Bebê inconsolável/bebê apático sem períodos de comunicação 	

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- Alimentação: promover o aleitamento materno
- Sono: alternar lados para prevenir achatamento da cabeça, ritmo circadiano, higiene do sono
- **Desenvolvimento e temperamento:** sentar com bebê com apoio para aumentar campo visual e permitir que brinque com as mãos; a partir dos 3 meses brinquedos de dimensões adequadas e cores vivas, que possa levar à boca (roca)
- Segurança: Queimadura (temperatura da água do banho e do biberão), queda, asfixia (fios, almofadas ou roupa na cama) e acidente rodoviário
- Sinais/Sintomas comuns: choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação e febre
- Vacinas – benefícios e reações
- Vinculação: dificuldades
- Obstipação e cólicas

VACINAÇÃO

- Validação / Atualização do PNV (ANEXO II)

ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

- Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto do rosto da criança, a uma distância um pouco superior a 20 cm e não necessariamente em forma de esfera.
- Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção.
- Observar o(a) bebê sobre a forma como dorme, sossega, se alimenta e procura auto conforto.
- Conversar com carinho, aprender a tocá-lo(a), embalá-lo(a), estar em sincronia com o seu comportamento. Manter tonalidades de voz diferentes e suaves. Continuar a usar a cadeira de balouço.
- Mudar periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto, sem utilização do decúbito ventral para dormir.
- Continuar a massajar de forma simples, sem movimentos bruscos e muito elaborados e sem muita pressão. Não exceder os 20 minutos.
- Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes hiperestimulantes.

4. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 3/4 MESES

PARÂMETROS A AVALIAR	
<ul style="list-style-type: none"> - Peso - Comprimento - Perímetro Cefálico - Alimentação: tipo de leite (LM ou LA), duração e frequência das mamadas, dificuldades; quantidade de LA. Regurgitação - Exame físico: cabeça (assimetrias), pele (hidratação, alterações), fontanelas (anterior encerra +/- 9/10 meses-18meses; posterior +/- 3 meses) - Eliminação: micção e dejeção - Relação emocional/Comportamento (vinculação) - Risco de Maus Tratos (alerta para qualquer sinal de maus tratos) - Segurança do Ambiente (exposição ao fumo, riscos de acidentes, problemas associados a consumos) 	
DESENVOLVIMENTO – COMPETÊNCIAS	
Material: Roca, Bola pendente/Brinquedo	
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> - Sorri - Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> - Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas - Segura brevemente a roca e move-a em direção à face (sem coordenação) - Segue uma bola pendente ½ círculo horizontal (15-25cm da face) - Apresenta convergência ocular (com algo a aproxima-se lentamente, vertical, da face) - Faz pestanejo de defesa (aproximando objeto rápido da sobrancelha)
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> - Em decúbito ventral, apoio nos antebraços - Em decúbito dorsal, postura simétrica, membros com movimentos ritmados (suaves, contínuos, simétricos) - Em tração pelas mãos, cabeça ereta e coluna dorsal direita - De pé flete os joelhos, não faz apoio
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> - Atende e volta-se geralmente aos sons (se défice auditivo assustam-se, surpreendem-se com aproximação dos pais/enfermeiro)
SINAIS DE ALERTA	
<ul style="list-style-type: none"> - Não fixa, nem segue objetos - Não sorri - Não há qualquer controlo da cabeça - Tem as mãos sempre fechadas - Tem os membros rígidos em repouso - Apresenta sobressalto ao menor ruído - Chora e grita quando se toca - Pobreza de movimentos - Não acalma preferencialmente com cuidador – interação desadaptada 	

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- Temperamento/Relacionamento
- **Creche** (conciliar de atividade profissional, creche,...)
- **Alimentação:** promover o aleitamento materno (eventual LM exclusivo até aos 6 meses). Se iniciar alimentação complementar – puré legumes, papa sem glúten. Água. Vigilância de alergias (ANEXO III). Elaborar plano alimentar de acordo com disponibilidades da mãe e horário da creche.
- Segurança: queimadura (temperatura da água do banho, líquidos ou alimentos quentes; superfícies quentes), queda (escadas, janelas, cadeiras de comer), asfixia (alimentos, brinquedos, fios), acidente rodoviário, intoxicação (produtos tóxicos, medicamentos), choque elétrico, afogamento (banheira), perigos ao nível do chão
- **Sinais/Sintomas comuns:** choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação e febre
- Vinculação: dificuldades
- **Atividade Física:** importância do brincar - vários períodos dia de brincadeira interativa, no chão; pelo menos 30 minutos de decúbito ventral quando acordado e durante o dia. Brinquedos que promovam a manipulação e interação (macios, laváveis, superior a moeda 2€)
- **Sedentarismo/Ecrãs:** menos de 1hora/dia contido (carrinhos de bebé, cadeiras altas ou amarrados ao cuidador). Ecrãs não recomendados, incentivar as histórias
- **Sono:** 14-17 horas (0-3 meses); 12-16 horas (4-11 meses); sono de qualidade, incluindo sesta; higiene do sono
- promover autorregulação (substituir colo por toque e voz) (ANEXO IV)

VACINAÇÃO

- Validação / Atualização do PNV (ANEXO II)

ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

- Interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais.
- Ouvir música suave na companhia do cuidador. Dançar, em ritmo suave, com o(a) bebé ao colo. Cantar.
- Mobilizar o(a) bebé, evitando que esteja deitada(o) demasiado tempo e na mesma posição.
- Procurar levantá-lo(a) devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo(a).
- Oferecer-lhe objetos para segurar, colocar objetos pendentes para que possa segui-los.
- Desenvolver um ritual de apoio à hora de dormir, sem deixar chorar desenfreadamente.

5. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 6 MESES

PARÂMETROS A AVALIAR	
<ul style="list-style-type: none"> - Peso - Comprimento - Perímetro Cefálico - Alimentação: LM/LA, alimentação complementar - Exame físico: pele (coloração, hidratação, alterações), fontanelas (anterior encerra +/- 9/10 meses-18meses) - Anca: despiste de DDA (ANEXO I) - Relação emocional/Comportamento (vinculação) - Risco de Maus Tratos (alerta para qualquer sinal de maus tratos) - Segurança do Ambiente (exposição ao fumo, riscos de acidentes, problemas associados a consumos) - Dentes 	
DESENVOLVIMENTO – COMPETÊNCIAS	
Material: Roca, Cubo	
Comportamento e Adaptação Social	- É muito ativo, atento e curioso (explora objetos, agita a roca)
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> - Tem preensão palmar (alcança objeto com ambas as mãos) - Leva os objetos à boca e explora-os - Transfere objetos de uma mão para outra - Esquece imediatamente o objeto quando este cai - Apresenta boa convergência (sem estrabismo) - Reflexos de Proteção (valorizar assimetrias): <ul style="list-style-type: none"> . Paraquedas: segurando a criança pelo tronco e inclinando-a subitamente na direção do chão observa-se extensão e abdução dos braços e pernas e abertura das mãos . Proteção lateral: provoca-se desequilíbrio lateral quando a criança está sentada e observa-se extensão do braço e mão evitando a queda
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> - Em decúbito ventral, apoia-se nas mãos (com braços estendidos, levantando a cabeça) - Em tração pelas mãos faz força para se senta e mantém-se sentado sem apoio - De pé faz apoio plantar
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> - Segue os sons a 45 cm do ouvido - Vocaliza sons monossílabos e dissílabos - Dá gargalhadas
SINAIS DE ALERTA	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de controlo da cabeça - Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar - Não olha nem pega em qualquer objeto - Apresenta assimetrias - Não reage aos sons - Não vocaliza - Tem desinteresse pelo ambiente - Apresenta irritabilidade 	

- Tem estrabismo manifesto e constante
- **Cuidador não responde aos sinais do bebé**
- **Persistência dos reflexos primitivos**

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- **Reação a estranhos**
- **Alimentação complementar:** introdução de novos alimentos: fruta, sopa de carne, sopa de peixe, papa com glúten. Aos 7 meses introduzir o pão e aos 8 meses o arroz e a massa. Aos 7 meses pode iniciar 2 refeições de sopa. Água. Vigilância de alergias (ANEXO III). Elaborar plano alimentar de acordo com disponibilidades da mãe e horário da creche, conciliando LM e atividade profissional. Método BLW
- **Higiene oral:** erupção dentária (irritabilidade, escovagem dos dentes) (ANEXO V)
- Segurança: queimadura (temperatura da água do banho, líquidos ou alimentos quentes; superfícies quentes), queda (escadas, janelas, cadeiras de comer), asfixia (alimentos, brinquedos, fios), acidente rodoviário, intoxicação, choque elétrico, afogamento (banheira), perigos ao nível do chão
- Doenças: superior a 2-3 dias, febre alta, diarreia, vômitos, prostração – contactar serviço de saúde
- Vinculação: dificuldades
- **Creche, ama**
- **Atividade Física:** vários períodos dia de brincadeira interativa, no chão; pelo menos 30 minutos de decúbito ventral quando acordado e durante o dia. Adquirir “parque”
- **Sedentarismo/Ecrãs:** menos de 1hora/dia contido (carrinhos de bebé, cadeiras altas ou amarrados ao cuidador). Ecrãs não recomendados, incentivar as histórias
- **Sono:** 12-16 horas; sono de qualidade, incluindo sesta; higiene do sono - promover autorregulação (substituir colo por toque e voz) (ANEXO IV)

VACINAÇÃO

- Validação / Atualização do PNV (ANEXO II)

ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

- Oferecer brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas redondas, de modo a estimulá-lo(a) a passar o objeto de uma mão para a outra.
- Sentá-lo(a) com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia.
- Incentivar para que produza novos sons com a boca. Conversar e dançar com o(a) bebé.
- Colocar o(a) bebé num tapete adequado e incentivá-lo(a) a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe.
- Proporcionar brincadeiras de interação, colocar à frente do espelho e não prevenir situações que lhe causem frustrações (elemento forte de aprendizagem).
- Não entrar em conflito durante a refeição, que constitui uma oportunidade de interação sem pressão.
- Ritual do sono reforçado antes de dormir.

6. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 9 MESES

PARÂMETROS A AVALIAR	
<ul style="list-style-type: none"> - Peso - Comprimento - Perímetro Cefálico - Alimentação: LM/LA, alimentação complementar - Exame físico: pele (coloração, hidratação, alterações), fontanelas (anterior encerra +/- 9/10 meses-18meses), presença de testículos nas bolsas - Relação emocional/Comportamento (vinculação) - Risco de Maus Tratos (alerta para qualquer sinal de maus tratos) - Segurança do Ambiente (exposição ao fumo, riscos de acidentes, problemas associados a consumos) - Dentes 	
DESENVOLVIMENTO – COMPETÊNCIAS	
Material: Pino/clip, Cubo	
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> - Leva bolacha à boca - Mastiga - Distingue os familiares dos estranhos
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> - Leva tudo à boca. - Aponta com o indicador - Atira os objetos ao chão deliberadamente e procura objeto que caiu - Pinça grosseira
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> - Senta-se sozinho e fica sentado 10 a 15 minutos - Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se - Desloca-se rebolando, arrastando ou gatinhando
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> - Tem atenção rápida para os sons perto e longe (voz, roca, chávena, colher) - Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido - Repete várias sílabas ou sons do adulto
SINAIS DE ALERTA	
<ul style="list-style-type: none"> - Não se senta (sem equilíbrio) - Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição - Apresenta assimetrias - Não tem preensão palmar, não leva objetos à boca - Não reage aos sons - Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização - É apático, sem relação com familiares (não faz gracinhas, não procura proximidade preferencial do cuidador) - Engasga-se com facilidade - Tem estrabismo 	

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- Segurança: queimadura (temperatura da água do banho, cozinha), queda (andarilhos, varandas, escadas, cadeiras de comer), asfixia (alimentos, brinquedos, fios), acidente rodoviário, intoxicação (produtos tóxicos, medicamentos), afogamento (banheira, alguidar, piscina), objetos ou móveis baixos (gavetas, objetos pesados, esquinas de móveis; puxa objetos, tenta trepar)
- **Alimentação complementar:** principais erros alimentares, hábitos alimentares, alimentos menos triturados. Novos alimentos: gema de ovo, leguminosas, iogurte natural. A partir dos 10 meses pode iniciar o salmão e a partir dos 11 meses a clara de ovo (ANEXO III)
- **Higiene oral** – erupção dentária: escovagem dos dentes 2x dia (ANEXO V)
- **Desenvolvimento e temperamento:** birras, manipulação
- **Linguagem:** estimular a compreensão da linguagem e reforço positivo
- Rotinas diárias
- **Cama e quartos próprios**
- **Atividade Física:** importância do brincar - vários períodos dia de brincadeira interativa, no chão; pelo menos 30 minutos de decúbito ventral quando acordado e durante o dia se ainda não anda
- **Sedentarismo/Ecrãs:** menos de 1 hora/dia contido (carrinhos de bebé, cadeiras altas ou amarrados ao cuidador). Ecrãs não recomendados, incentivar as histórias
- **Sono:** 12-16 horas; sono de qualidade, incluindo sesta; higiene do sono - promover autorregulação (substituir colo por toque e voz) (ANEXO IV)

VACINAÇÃO

- Validação / Atualização do PNV

ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

- Oferecer objetos diferentes e afastados, no sentido de incentivar o posicionamento.
- Colocar objetos em cima de uma cadeira, de forma a incentivá-lo(a) a colocar-se de pé, colocando um tapete à volta caso caia.
- Chamar os objetos pelos nomes, ensinar a colocar fora e dentro da caixa.
- Oferecer papel para amassar e rasgar.
- Dar a experimentar diferentes texturas.
- Oferecer dois objetos para a mão e posteriormente um terceiro, deixando que ele «resolva o problema».
- Brincar ao «esconde».
- Ser firme e terno no «não».
- Utilizar brincadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos (bater palmas, acenar...).
- Realizar massagem (sem grandes alterações), com a exceção do apoio de um brinquedo para o manter quieto.
- Imitar sons de animais e objetos fazendo mímica e pedindo para a criança imitar.

7. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 12 MESES

PARÂMETROS A AVALIAR	
<ul style="list-style-type: none"> - Peso - Altura - Perímetro Cefálico - Alimentação: LM/LA, alimentação complementar - Exame físico: pele (coloração, hidratação, alterações), fontanelas (anterior encerra +/- 9/10 meses-18meses), presença de testículos nas bolsas - Anca: despiste de DDA (ANEXO I) - Relação emocional/Comportamento (vinculação) - Risco de Maus Tratos (alerta para qualquer sinal de maus tratos) - Segurança do Ambiente (exposição ao fumo, riscos de acidentes, problemas associados a consumos) - Dentes 	
DESENVOLVIMENTO – COMPETÊNCIAS	
Material: Copo, colher, escova do cabelo, cubo	
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> - Bebe pelo copo com ajuda - Segura a colher mas não a usa - Colabora no vestir, levantando os braços - É muito dependente do adulto - Demonstra afeto e solicita atenção
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> - Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão - Procura um objeto escondido - Tem interesse visual para perto e longe - Faz pinça fina
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> - Tem equilíbrio sentado - Gatinha - Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> - Tem resposta rápida aos sons suaves - Dá pelo nome e volta-se - Compreende ordens simples “dá, cá e adeus”
SINAIS DE ALERTA	
<ul style="list-style-type: none"> - Não aguenta o peso nas pernas - Permanece imóvel, não procura mudar de posição - Apresenta assimetrias - Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão - Não responde à voz - Não brinca nem estabelece contacto - Não mastiga 	

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- **Alimentação complementar:** anorexia fisiológica segundo ano de vida; regime alimentar da família com pouco sal, açúcar e gorduras; introdução do leite de vaca (pode adiar até 24-36 meses), espinafre, nabo, nabiça, beterraba, aipo, morango, amora, kiwi, maracujá (ANEXO III)
- **Novas capacidades e aquisições: linguagem** - estimular com conversas, música; estimular a compreensão da linguagem através de conceitos simples e associando objetos, reforço positivo
- **Afirmação da personalidade e aprendizagem de regras sociais:** personalidade, birras, regras
- Segurança: queimadura (cozinha, lareira, tachos/frigideiras, ferro), queda (varandas, escadas, cadeiras de comer), asfixia (alimentos, brinquedos, balões, sacos de plástico, fios de objetos), acidente rodoviário, intoxicação (produtos tóxicos, medicamentos, frascos inadequados), afogamento (banheira, alguidar, piscina), objetos ou móveis baixos (gavetas, objetos pesados, esquinas de móveis; puxa objetos, tenta trepar)
- **Higiene oral:** escovagem dos dentes 2x dia (ANEXO V)
- **Calçado:** sola dura e calcanhar apoiado
- **Atividade Física:** importância do brincar – pelo menos 180 minutos diários de atividade física de diferentes intensidades, incluindo jogo energético, espalhados ao longo do dia.
Sedentarismo/Ecrãs: menos de 1 hora/dia contido (carrinhos de bebé, cadeiras altas) ou estar sentado por longos períodos. Ecrãs não recomendados, incentivar as histórias
- **Sono:** 11-14 horas; sono de qualidade, incluindo sesta; higiene do sono (ANEXO IV)

VACINAÇÃO

- Validação / Atualização do PNV (ANEXO II)

ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

- Promover a aquisição de capacidades motoras.
- Deixar a criança tomar algumas decisões visando a segurança.
- Reagir calmamente e com firmeza às birras.
- Manter os rituais do sono.
- Não entrar em conflito na hora da refeição.
- Estimular as tarefas/ordens simples; dar estímulo positivo após a realização destas.
- Oferecer cubos, dar vários objetos para as mãos.
- Falar sobre as separações com antecedência progressiva e cumprir as promessas.
- Evitar pressões para o controlo esfíncteriano.
- Incentivar para que a criança peça quando quer algo, verbalizando o pedido, mesmo que se saiba o que ela deseja.
- Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

8. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 15 MESES

PARÂMETROS A AVALIAR

- Peso
- Comprimento / Altura
- Perímetro Cefálico
- Alimentação: LM/LA, alimentação complementar
- Exame físico: pele (coloração, hidratação, alterações), fontanelas (anterior encerra +/- 9/10 meses-18meses)
- Anca: despiste de DDA (ANEXO I)
- Relação emocional/Comportamento (vinculação)
- Risco de Maus Tratos (alerta para qualquer sinal de maus tratos)
- Segurança do Ambiente (exposição ao fumo, riscos de acidentes, problemas associados a consumos)
- Dentes

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- Segurança: queimadura (cozinha, lareira, tachos/frigideiras, ferro), queda (varandas, escadas, cadeiras de comer), asfixia (alimentos, brinquedos, balões, sacos de plástico, fios de objetos), acidente rodoviário, intoxicação (produtos tóxicos, medicamentos, frascos inadequados), afogamento (banheira, alguidar, piscina), objetos ou móveis baixos (gavetas, objetos pesados, esquinas de móveis; puxa objetos, tenta trepar)
- Desenvolvimento: necessidade de afirmação e inquietude, fase do “não”; afirmação da personalidade, birras, negativismo, ansiedade de separação
- Linguagem - estimular com conversas, música; estimular a compreensão da linguagem através de conceitos simples e associando objetos, reforço positivo
- Alimentação complementar: restrição de alimentos açucarados, fritos, gorduras e refrigerantes. Atenção ao sal (ANEXO III)
Diversificada, equilibrada
- Higiene oral: escovagem dos dentes 2x dia (ANEXO V)
- Estilos de vida saudáveis (brincar, contar histórias, passear, dormir)
- Calçado
- **Autonomia vs proteção**
- Atividade Física: importância do brincar – pelo menos 180minutos diários de atividade física de diferentes intensidades, incluindo jogo energético, espalhados ao longo do dia.
Sedentarismo/Ecrãs: menos de 1hora/dia contido (carrinhos de bebé, cadeiras altas) ou estar sentado por longos períodos. Ecrãs não recomendados, incentivar as histórias
- Sono: 11-14 horas; sono de qualidade, incluindo sesta; higiene do sono; terrores noturnos; **começar desmame do biberão ao adormecer**, oferecer copo com “bico” ou palhinha (ANEXO IV)

VACINAÇÃO

- Validação / Atualização do PNV (ANEXO II)

9. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 18 MESES

PARÂMETROS A AVALIAR	
<ul style="list-style-type: none"> - Peso - Comprimento / Altura - Perímetro Cefálico - Alimentação: LM/LA, alimentação complementar - Exame físico: pele (coloração, hidratação, alterações), fontanelas (anterior encerra +/- 9/10 meses-18meses), presença de testículos nas bolsas - Anca: despiste de DDA (ANEXO I) - Relação emocional/Comportamento (vinculação) - Risco de Maus Tratos (alerta para qualquer sinal de maus tratos) - Segurança do Ambiente (exposição ao fumo, riscos de acidentes, problemas associados a consumos) - Dentes - Aplicação do questionário M-CHAT (ANEXO VI) 	
DESENVOLVIMENTO – COMPETÊNCIAS	
Material: Copo, colher, cubo, livro, bola pequena	
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> - Bebe por um copo, sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos - Segura a colher e leva alimentos à boca - Não gosta que lhe peguem - Exige muita atenção - Indica necessidade de ir à casa de banho (dá sinal depois de urinar ou evacuar) - Começa a copiar atividades domésticas (dar comer à boneca, ler um livro, lavar roupa)
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> - Constrói torre de 3 cubos (após demonstração) - Faz rabiscos, mostrando preferência por uma mão - Olha um livro de bonecos e volta várias páginas de cada vez
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> - Anda bem (pés ligeiramente afastados) - Apanha brinquedos do chão
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> - Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais (cumpre ordens simples) - Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos
SINAIS DE ALERTA	
<ul style="list-style-type: none"> - Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas - Anda sempre na ponta dos pés - Apresenta assimetrias - Não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador (não faz pinça) - Não responde quando o chamam - Não vocaliza espontaneamente - Não se interessa pelo que o rodeia, não estabelece contacto - Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca - Tem estrabismo 	

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- **Alimentação complementar:** restrição de alimentos açucarados, fritos, gorduras e refrigerantes. Atenção ao sal (ANEXO III)

Diversificada, equilibrada

- Temperamento e relacionamento: independência, ansiedade da separação, terrores noturnos

- Aprendizagem de regras e rotinas, não ceder a “chantagens”

- Higiene oral: escovagem dos dentes 2x dia (ANEXO V)

- Calçado: sola dura e calcanhar apoiado

- Segurança: queimadura (cozinha, lareira, tachos/frigideiras, ferro), queda (varandas, escadas, cadeiras de comer), asfixia (alimentos, brinquedos, balões, sacos de plástico, fios de objetos), acidente rodoviário, intoxicação (produtos tóxicos, medicamentos, frascos inadequados), afogamento (banheira, alguidar, piscina), objetos ou móveis baixos (gavetas, objetos pesados, esquinas de móveis; puxa objetos, tenta trepar)

- **Treino do bacio, sem insistir**

- Estimular a linguagem com conversas, música

- Aprendizagem de regras e rotinas, não ceder a “chantagens”

- Atividade Física: importância do brincar – pelo menos 180 minutos diários de atividade física de diferentes intensidades, incluindo jogo energético, espalhados ao longo do dia. Desenhar

Sedentarismo/Ecrãs: menos de 1 hora/dia contido (carrinhos de bebé, cadeiras altas) ou estar sentado por longos períodos. Ecrãs não recomendados, incentivar as histórias

Sono: 11-14 horas; sono de qualidade, incluindo sesta; terrores noturnos; higiene do sono; **desmame do biberão e leite ao adormecer** (mudança de ritual) (ANEXO IV)

VACINAÇÃO

- Validação / Atualização do PNV (ANEXO II)

ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

- Ensinar a criança a guardar os brinquedos numa caixa ou num saco, para que aprenda a organizar-se.

- Pedir à criança que olhe e repita o nome de partes do corpo do boneco.

- Ensinar a criança a «rabiscar» na areia, na terra ou num papel, de modo a estimular a destreza manual e a área sensorial.

- Demonstrar o que é, e o que não é perigoso para ela.

- Elogiar a criança quando for capaz de realizar algo sozinha.

- Continuar a incentivar o convívio.

- Realizar atividades com música, incentivando a criança a dançar e a cantar.

- Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

10. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 2 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR	
<ul style="list-style-type: none"> - Peso - Comprimento / Altura - Perímetro Cefálico - Alimentação: LM/LA, alimentação complementar - Exame físico: pele (coloração, hidratação, alterações), presença de testículos nas bolsas - Anca: despiste de DDA (ANEXO I) - Relação emocional/Comportamento (vinculação) - Risco de Maus Tratos (alerta para qualquer sinal de maus tratos) - Segurança do Ambiente (exposição ao fumo, riscos de acidentes, problemas associados a consumos) - Dentes 	
DESENVOLVIMENTO – COMPETÊNCIAS	
Material: Copo, colher, cubos, livro	
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> - Coloca o chapéu e os sapatos - Usa bem a colher - Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar - Jogo simbólico (faz de conta) e jogo paralelo (brinca junto de outras crianças mas não com elas)
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> - Constrói torre de 6 cubos - Imita rabisco circular (espontânea; e linha vertical após demonstração) - Gosta de ver livros, reconhece detalhes - Vira uma página do livro de cada vez
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> - Corre (com segurança e evita obstáculos) - Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> - Diz o primeiro nome - Fala sozinho enquanto brinca - Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas - Apresenta linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares - Nomeia objetos (cabelo, mãos, pés, nariz, boca, sapatos)
SINAIS DE ALERTA	
<ul style="list-style-type: none"> - Não anda sozinho - Deita os objetos fora - Não constrói nada - Não parece compreender o que se lhe diz - Não pronuncia palavras inteligíveis - Não se interessa pelo que está em seu redor. Não estabelece contacto - Não procura imitar - Tem estrabismo 	

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- Alimentação: restrição de alimentos açucarados, fritos, gorduras e refrigerantes. Atenção ao sal (ANEXO III)
Diversificada, equilibrada
- Aprendizagem de regras e rotinas, não ceder a “chantagens”
- **Controlo de esfíncteres**
- **Desmame da chucha**
- Higiene oral: escovagem dos dentes 2x dia (ANEXO V)
- Preparação para entrada no jardim-de-infância – adaptação e socialização
- Segurança: queimadura (cozinha, alimentos quentes, tachos/frigideiras, ferro), queda (varandas, brinquedos espalhados, parques infantis, calçado inadequado), asfixia (roupa com cordões, alimentos, guloseimas, brinquedos, balões, sacos de plástico), acidente rodoviário (andar na rua sem dar a mão, incumprimento de regras de trânsito, andar de triciclo ou bicicleta em locais inadequados, sem capacete), intoxicação (produtos tóxicos, medicamentos, frascos inadequados), afogamento (banheira, alguidar, piscina), deslocação com objetos na boca ou nas mãos que possam provocar lesões em caso de queda
- Independência, ansiedade de separação, terrores noturnos
- Contrariar posição de sentar com pernas para os lados
- Estimular a linguagem com conversas, música, ler, contar histórias
- Atividade Física: importância do brincar – pelo menos 180 minutos diários de atividade física de diferentes intensidades, incluindo jogo energético, espalhados ao longo do dia. Desenhar
- Sedentarismo/Ecrãs: menos de 1 hora/dia contido (carrinhos de bebé, cadeiras altas) ou estar sentado por longos períodos. Ecrãs máximo 1 hora diária. Incentivar as histórias
- Sono: 11-14 horas; sono de qualidade, incluindo sesta; higiene do sono (ANEXO IV)

VACINAÇÃO

- Validação / Atualização do PNV (ANEXO II)

ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

- Proporcionar brincadeiras como: pular num só pé, correr, saltar uma corda, de modo a estimular a coordenação motora.
- Controlo esfíncteriano se a criança tiver desenvolvido competência da fala.
- Estimular a arrumação, imitação e declínio do negativismo.
- Ajudar a criança a pronunciar palavras, mas pelo estímulo positivo.
- Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar.
- Dar-lhe a conhecer várias texturas e materiais.
- Contar histórias e dar *puzzles*.
- Facilitar oportunidade de jogo simbólico.
- Pedir para ajudar em pequenas tarefas diárias.
- Dar oportunidade para a criança emitir o próprio pensamento e desejo, mantendo os limites.
- Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

11. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 3 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR	
<ul style="list-style-type: none"> - Peso - Comprimento / Altura - Alimentação: diversificação alimentar - Exame físico: pele (coloração, hidratação, alterações) - Relação emocional/Comportamento (vinculação) - Risco de Maus Tratos (alerta para qualquer sinal de maus tratos) - Segurança do Ambiente (exposição ao fumo, riscos de acidentes, problemas associados a consumos) - Dentição: existência de cáries - Tensão arterial 	
DESENVOLVIMENTO – COMPETÊNCIAS	
Material: cubos, painel de cores, bola pequena	
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> - Pode despir-se mas só se lhe desabotoarem o vestuário. - Vai sozinho à casa de banho. - Come com colher e garfo.
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> - Constrói torre de 9 cubos. - Imita (3A – construir à frente) e copia (3,5A – não construir à frente) a ponte de 3 cubos; - Copia o círculo (não fazer à frente); - Imita a cruz. - Faz corresponder duas cores geralmente o vermelho e o amarelo (confunde o azul e verde).
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> - Tem equilíbrio momentâneo num pé. - Sobe escadas alternadamente mas desce com os 2 pés no mesmo degrau.
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> - Diz o nome completo e o sexo. - Tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos (frases de 4 -lavras). - Tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem (hesitações e repetições de sílabas e palavras).
SINAIS DE ALERTA	
<ul style="list-style-type: none"> - Anda em pontas de pés - Não constrói nada - Linguagem incompreensível - Dificuldade extrema em separar-se do cuidador - Perturbação alimentar grave (cruzamento de percentis sem causa orgânica aparente) - Insónia grave 	

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- Alimentação: restrição de alimentos açucarados, fritos, gorduras e refrigerantes. Atenção ao sal (ANEXO III)
Diversificada, equilibrada
- Infantário: adaptação/socialização; relacionamentos
- **Temperamento:** negativismo, birras, ciúme, rivalidade; Importância de regras e limites
- **Controlo de esfíncteres**
- Sexualidade: diferenças e semelhanças entre sexos
- Higiene oral: lavagem dos dentes 2x/dia (ANEXO V)
- Segurança: queimadura (cozinha, alimentos quentes, tachos/frigideiras, ferro), queda (varandas, brinquedos espalhados, parques infantis, calçado inadequado), asfixia (roupa com cordões, alimentos, guloseimas, brinquedos, balões, sacos de plástico), acidente rodoviário (andar na rua sem dar a mão, incumprimento de regras de trânsito, andar de triciclo ou bicicleta em locais inadequados, sem capacete), intoxicação (produtos tóxicos, medicamentos, frascos inadequados), afogamento (banheira, alguidar, piscina), deslocação com objetos na boca ou nas mãos que possam provocar lesões em caso de queda
- Atividade Física: importância do brincar – pelo menos 180 minutos diários de atividade física de diferentes intensidades, dos quais 60 minutos devem ser jogo energético. Fantasia (mistura da realidade e ficção, inventam histórias), desenhar.
Sedentarismo/Ecrãs: menos de 1 hora/dia contido (carrinhos de bebé, carros) ou estar sentado por longos períodos. Ecrãs máximo 1 hora diária (escolher em conjunto com ela programas que pode ver, sites). Incentivar as histórias
- Sono: 10-13 horas; sono de qualidade, incluindo sesta; higiene do sono; **terrores noturnos** (ANEXO IV)

VACINAÇÃO

- Validação / Atualização do PNV (ANEXO II)

ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

- Promover atividades lúdicas físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo, etc.
- Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez (ação passada). Incentivar a criança a fantasiar.
- Dar responsabilidades, aceitar a forma que ele achou para dominar a sua vida.
- Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário.
- Conduzir os rituais de sono de forma regrada (medos, associados ao pensamento mágico).
- Fase dos «porquês». Há que ter muita paciência, tendo em conta que nem sempre espera pela resposta à primeira pergunta.
- Não ridicularizar comportamentos.
- Ajudar a criança a partilhar os brinquedos – altura para ingressar no jardim-de-infância.
- Acompanhamento de programas televisivos.
- Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

12. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 4 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR	
<ul style="list-style-type: none"> - Peso - Altura - Exame físico: pele, mucosas, escleróticas - Relação emocional/Comportamento - Risco de Maus Tratos (alerta para qualquer sinal de maus tratos) - Segurança do Ambiente (exposição ao fumo, riscos de acidentes, problemas associados a consumos) - Dentição: existência de cáries - Tensão arterial 	
DESENVOLVIMENTO – COMPETÊNCIAS	
Material: cubos, painel de cores	
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> - Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços. - Gosta de brincar com crianças da sua idade. - Sabe esperar pela sua vez (construir torre alternadamente).
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> - Constrói escada de 6 cubos (3 degraus após demonstração). - Copia a cruz (não fazer à frente). - Combina e nomeia quatro cores básicas. - Desenha figura humana (cabeça, tronco e pernas, braços e dedos).
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> - Fica num pé sem apoio 3 a 5 segundos. - Sobe e desce as escadas alternadamente. - Salta num pé.
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> - Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. - Apresenta linguagem compreensível. - Tem apenas algumas substituições infantis (por exemplo “r” por “l”)
SINAIS DE ALERTA	
<ul style="list-style-type: none"> - É hiperativo, distraído e tem dificuldade de concentração (atividade excessiva, não termina tarefas) - Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez - Tem estrabismo ou suspeita de défice visual - Apresenta perturbação do comportamento (agressividade, violência, oposição persistente; birras inexplicáveis e desadequadas; ansiedade, preocupações ou medos excessivos; dificuldade em adormecer, pesadelos frequentes; dificuldade de socialização, isolamento ou relacionamentos desadequados com pares ou adultos) 	

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- Alimentação: restrição de alimentos açucarados, fritos, gorduras e refrigerantes. Atenção ao sal (ANEXO III)
Diversificada, equilibrada
- Adaptação ao jardim-de-infância: adaptação, socialização
- **Cumprimento de regras e capacidade de terminar tarefas**
- **Desenvolvimento cognitivo, lateralidade** – estimular percepção da lateralidade
- Segurança: queimadura (cozinha, alimentos quentes, tachos/frigideiras, ferro), queda (varandas, brinquedos espalhados, parques infantis, calçado inadequado), asfixia (roupa com cordões, alimentos, guloseimas, brinquedos, balões, sacos de plástico), acidente rodoviário (andar na rua sem dar a mão, incumprimento de regras de trânsito, andar de triciclo ou bicicleta em locais inadequados, sem capacete), intoxicação (produtos tóxicos, medicamentos, frascos inadequados), afogamento (banheira, alguidar, piscina), deslocação com abjetos na boca ou nas mãos que possam provocar lesões em caso de queda
- Atividades desportivas e culturais: estimular o interesse, promover contacto com natureza
- Higiene oral: lavagem dos dentes 2xdia (ANEXO V)
- Linguagem: idade dos “porquês”, curiosidade intelectual, responder com simplicidade e verdade
- **Enurese noturna e encoprese**: muitas vezes ainda sem controlo noturno de esfíncteres
- Atividade Física: importância do brincar – pelo menos 180minutos diários de atividade física de diferentes intensidades, dos quais 60minutos dever ser jogo energético. Estimular a criatividade, incentivar puzzles, jogos de construção, pinturas, livros
- Sedentarismo/Ecrãs: menos de 1hora/dia contido (carrinhos de bebé, carros) ou estar sentado por longos períodos. Ecrãs máximo 1hora diária (escolher em conjunto com ela programas que pode ver, sites). Incentivar as histórias
- Sono: 10-13 horas; sono de qualidade, incluindo sesta; higiene do sono (ANEXO IV)

VACINAÇÃO

- Validação / Atualização do PNV (ANEXO II)

ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

- Promover as construções com *lego* e com *puzzles*.
- Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana.
- Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos.
- Pô-la a participar em afazeres, mesmo que sejam simbólicos.
- Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos.
- Mostrar as sequências das atividades.
- Promover brincadeiras onde exista movimento físico.
- Auxiliar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/solidariedade humana).
- Proporcionar a oportunidade da criança transmitir uma mensagem a outra pessoa.
- Não entrar em grandes pormenores quando questionados sobre sexualidade.
- Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

13. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 5 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR	
<ul style="list-style-type: none"> - Peso - Altura - Exame físico: pele, mucosas, escleróticas, postura - Relação emocional/Comportamento - Risco de Maus Tratos (alerta para qualquer sinal de maus tratos) - Segurança do Ambiente (exposição ao fumo, riscos de acidentes, problemas associados a consumos) - Dentição: existência de cáries - Tensão arterial 	
DESENVOLVIMENTO – COMPETÊNCIAS	
Material: painel de cores	
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> - Veste-se sozinho - Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho - Escolhe os amigos - Compreende as regras do jogo
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> - Constrói 4 degraus com 10 cubos (após demonstração) - Copia o quadrado e o triângulo (não desenhar á frente) - Conta 5 dedos de uma mão - Nomeia quatro cores - Desenha figura humana (cabeça com pormenores, tronco, pernas e braços)
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> - Fica num pé 8-10 segundos com os braços dobrados sobre o tórax. - Salta alternadamente num pé.
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> - Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento - Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta. Pode haver confusão nalguns sons
SINAIS DE ALERTA	
<ul style="list-style-type: none"> - É hiperativo, distraído e tem dificuldade de concentração (atividade excessiva, não termina tarefas) - Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez - Tem estrabismo ou suspeita de défice visual - Apresenta perturbação do comportamento (agressividade, violência, oposição persistente; birras inexplicáveis e desadequadas; ansiedade, preocupações ou medos excessivos; dificuldade em adormecer, pesadelos frequentes; dificuldade de socialização, isolamento ou relacionamentos desadequados com pares ou adultos) 	

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- Alimentação: restrição de alimentos açucarados, fritos, gorduras e refrigerantes. Atenção ao sal (ANEXO III).
Diversificada, equilibrada
- Enurese noturna
- **Preparação para entrada na escola:** postura, mochila adequada e uso correto da mesma, hábitos de estudo
- Socialização, capacidade de terminar tarefas
- Higiene oral: lavagem dos dentes 2x/dia (ANEXO V)
- Segurança: queimadura (isqueiros, fósforos, cozinha, secador do cabelo), queda (pavimento, calçado inadequado), asfixia (brincadeiras), acidente rodoviário (banco elevatório e cinto de segurança, incumprimento de regras de trânsito, bicicleta, patins ou skate sem capacete), intoxicação (produtos tóxicos, medicamentos, frascos inadequado), afogamento (piscina, poços, praia), brincadeiras com ferramentas inadequadas (corte, esmagamento, perfuração)
- Atividade Física: Brincar, pelo menos 60 minutos diários de atividade física moderada a intensa e 3 dias por semana englobar atividade física intensa para fortalecimento muscular e ósseo. Várias horas de atividade leve ao longo do dia. Incentivar contacto com natureza
- Sedentarismo/Ecrãs: não estar sentado por longos períodos. Ecrãs máximo 2 horas diárias (tv, vídeo jogos, computador)
- Sono: 9-11 horas; sono de qualidade; higiene do sono - reduzir atividade, evitar telemóveis e ecrãs 1h antes (ANEXO IV)

VACINAÇÃO

- Validação / Atualização do PNV (ANEXO II)

ATIVIDADES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO

- Selecionar os programas televisivos /computador, bem como o horário e o período de tempo.
- Não ridicularizar os presumíveis medos /pesadelos /fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência.
- Continuar a proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora.
- Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras.
- Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar para que pergunte aquelas que não conhece.
- Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados.
- Inculcar regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira).
- Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.).

14. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 6/7 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR

- Peso
- Altura
- Exame físico: pele, mucosas, escleróticas, postura
- Relação emocional/Comportamento
- Risco de Maus Tratos (alerta para qualquer sinal de maus tratos)
- Segurança do Ambiente (exposição ao fumo, riscos de acidentes, problemas associados a consumos)
- Dentição: existência de cáries, alterações da gengiva
- Tensão arterial
- Acne ou hirsutismo
- Estádio pubertário: menarca, padrão menstrual
- Anemia – hábitos alimentares e padrão menstrual

SINAIS DE ALERTA

- Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez
- É hiperativo, distraído e tem dificuldade de concentração (atividade excessiva, não termina tarefas)
- Apresenta perturbação do comportamento (agressividade, violência, oposição persistente; birras inexplicáveis e desadequadas; ansiedade, preocupações ou medos excessivos; dificuldade em adormecer, pesadelos frequentes; dificuldade de socialização, isolamento ou relacionamentos desadequados com pares ou adultos)
- Enurese/Encoprese – presença e/ou manutenção
- Dificuldades de aprendizagem sem défice de atenção e na ausência de fatores pedagógicos adversos. Recusa escolar. Somatizações
- Demora muito tempo a fazer os trabalhos em casa e na escola, só faz com ajuda

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- Alimentação: restrição de alimentos açucarados, fritos, gorduras e refrigerantes. Atenção ao sal (ANEXO III)
Diversificada, equilibrada
- **Higiene oral:** lavagem dos dentes 2x/dia, fio dentário com ajuda e bochecho quinzenal com solução fluoretada a 0,2% - cheque dentista (ANEXO V)
- Enurese noturna
- **Escola: promoção do sucesso escolar, postura na escola e no estudo**
- Comportamento e socialização
- Segurança: queimadura (isqueiros, fósforos, cozinha, secador do cabelo), queda (pavimento, calçado inadequado), asfixia (brincadeiras), acidente rodoviário (banco elevatório e cinto de segurança, incumprimento de regras de trânsito, bicicleta, patins ou skate sem capacete), intoxicação (produtos tóxicos, medicamentos, frascos inadequado), afogamento (piscina, poços, praia), brincadeiras com ferramentas inadequadas (corte, esmagamento, perfuração)
- Atividade Física: pelo menos 60 minutos diários de atividade física moderada a intensa e 3 dias por semana englobar atividade física intensa para fortalecimento muscular e ósseo. Várias horas de atividade ligeira ao longo do dia. Atividades tempos livres, desportivas e culturais, contacto com natureza: estimular o interesse
- Sedentarismo/Ecrãs: não estar sentado por longos períodos. Ecrãs máximo 2 horas diárias (tv, vídeo jogos, computador)

Sono: 9-11 horas; sono de qualidade; higiene do sono - reduzir atividade, evitar telemóveis e ecrãs 1h antes
(ANEXO IV)

VACINAÇÃO

- Validação / Atualização do PNV (ANEXO II)

15. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 8 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR
<ul style="list-style-type: none">- Peso- Altura- Exame físico: pele, mucosas, escleróticas, postura- Relação emocional/Comportamento- Risco de Maus Tratos (alerta para qualquer sinal de maus tratos)- Segurança do Ambiente (exposição ao fumo, riscos de acidentes, problemas associados a consumos)- Dentição: existência de cáries, alterações da gengiva- Tensão arterial- Acne ou hirsutismo- Estádio pubertário: menarca, padrão menstrual- Anemia – hábitos alimentares e padrão menstrual
SINAIS DE ALERTA
<ul style="list-style-type: none">- É hiperativo, distraído e tem dificuldade de concentração (atividade excessiva, não termina tarefas)- Apresenta perturbação do comportamento (agressividade, violência, oposição persistente; birras inexplicáveis e desadequadas; ansiedade, preocupações ou medos excessivos; dificuldade em adormecer, pesadelos frequentes; dificuldade de socialização, isolamento ou relacionamentos desadequados com pares ou adultos)- Enurese/Encoprese – presença e/ou manutenção- Dificuldades de aprendizagem sem défice de atenção e na ausência de fatores pedagógicos adversos. Recusa escolar. Somatizações- Demora muito tempo a fazer os trabalhos em casa e na escola, só faz com ajuda
CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS
<ul style="list-style-type: none">- Alimentação: restrição de alimentos açucarados, fritos, gorduras e refrigerantes. Atenção ao sal (ANEXO III) Diversificada, equilibrada- Higiene oral: lavagem dos dentes 2x/dia, fio dentário e bochecho quinzenal com solução fluoretada a 0,2% (ANEXO V)- Escola: promoção do sucesso escolar, postura na escola e no estudo- Atividades tempos livres, desportivas e culturais, contacto com natureza: estimular o interesse- Comportamento e socialização- Segurança: queimadura (isqueiros, fósforos, cozinha, secador do cabelo), queda (pavimento, calçado inadequado), asfixia (brincadeiras), acidente rodoviário (banco elevatório e cinto de segurança, incumprimento de regras de trânsito, bicicleta, patins ou skate sem capacete), intoxicação (produtos tóxicos, medicamentos, frascos inadequado), afogamento (piscina, poços, praia), brincadeiras com ferramentas inadequadas (corte, esmagamento, perfuração)- <u>Atividade Física:</u> pelo menos 60 minutos diários de atividade física moderada a intensa e 3 dias por semana englobar atividade física intensa para fortalecimento muscular e ósseo. Várias horas de atividade ligeira ao longo do dia. Atividades tempos livres, desportivas e culturais, contacto com natureza: estimular o interesse- <u>Sedentarismo/Ecrãs:</u> não estar sentado por longos períodos. Ecrãs máximo 2 horas diárias (tv, vídeo jogos, computador)- <u>Sono:</u> 9-11 horas; sono de qualidade; higiene do sono - reduzir atividade, evitar telemóveis e ecrãs 1h antes

(ANEXO IV)
VACINAÇÃO
- Validação / Atualização do PNV (ANEXO II)

16. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 10 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR
<ul style="list-style-type: none">- Peso- Altura- Exame físico: pele, mucosas, escleróticas, postura- Desenvolvimento psicoafectivo e social / sinais e sintomas de alerta- Risco de Maus Tratos (alerta para qualquer sinal de maus tratos)- Segurança do Ambiente (exposição ao fumo, riscos de acidentes, problemas associados a consumos)- Dentição: existência de cáries, alterações da gengiva- Tensão arterial- Acne ou hirsutismo- Estádio pubertário: menarca, padrão menstrual- Anemia – hábitos alimentares e padrão menstrual
SINAIS DE ALERTA
<ul style="list-style-type: none">- Incapacidade de lidar com problemas- Ansiedade excessiva- Insónia persistente- Humor depressivo / ideação e tentativas de suicídio- Sintomatologia obsessiva-compulsiva- Variação ponderal acentuada- Alterações do pensamento e da perceção- Comportamentos antissociais, isolamento, comportamentos auto agressivos, fugas- Comportamentos de risco: álcool tabaco e/ou outras substâncias ilícitas, comportamentos sexuais de risco- Enurese/Encoprese – presença e/ou manutenção
CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS
<ul style="list-style-type: none">- Transformação pubertária- Alimentação: restrição de alimentos açucarados, fritos, gorduras e refrigerantes. Atenção ao sal (ANEXO III) Diversificada, equilibrada. Regimes restritivos. Suplementos dietéticos/anabolizantes- Saúde oral: lavagem dos dentes 2x/dia, fio dentário com ajuda e bochecho quinzenal com solução fluoretada a 0,2% - <u>cheque dentista</u> (ANEXO IV)- Escola: ano de escolaridade, bem-estar, absentismo, bullying- Tempos livres- Amigos, família, relacionamentos, socialização- Sexualidade: puberdade, autodeterminação sexual, género, relações íntimas, comportamentos sexuais, contraceção- Segurança: queimadura (fósforos, cozinha), queda (pavimento, brincadeiras em varandas, parapeitos, muros), asfixia (brincadeiras), acidente rodoviário (banco elevatório e cinto de segurança, incumprimento de regras de trânsito, brincadeiras na rua, caminho para a escola, capacete em desportos), intoxicação (automedicação, álcool, produtos tóxicos, frascos inadequado), afogamento (rios, lagos, barragens, brincadeiras perigosas, saltos), uso inadequado de ferramentas (tesouras, x-atos, facas, martelo)- Comportamentos nocivos: álcool, tabaco, medicamentos e drogas

- Cidadania
- Violência: namoro
- Direito a dizer “Não”

- Promover confiança na equipa de saúde

- Atividade Física: pelo menos 60 minutos diários de atividade física moderada a intensa e 3 dias por semana englobar atividade física intensa para fortalecimento muscular e ósseo. Várias horas de atividade ligeira ao longo do dia. Atividades tempos livres, desportivas e culturais, contacto com natureza: estimular o interesse

Sedentarismo/Ecrãs: não estar sentado por longos períodos. Ecrãs máximo 2 horas diárias (tv, vídeo jogos, computador)

Sono: 9-11 horas; sono de qualidade; higiene do sono - reduzir atividade, evitar telemóveis e ecrãs 1h antes (ANEXO IV)

VACINAÇÃO

- Validação / Atualização do PNV (ANEXO II)

17. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 12/13 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR

- Peso
- Altura
- Exame físico: pele, mucosas, escleróticas, postura
- Desenvolvimento psicoafectivo e social / sinais e sintomas de alerta
- Risco de Maus Tratos (alerta para qualquer sinal de maus tratos)
- Segurança do Ambiente (exposição ao fumo, riscos de acidentes, problemas associados a consumos)
- Dentição: existência de cáries, alterações da gengiva
- Tensão arterial
- Acne ou hirsutismo
- Estádio pubertário: menarca, padrão menstrual
- Anemia – hábitos alimentares e padrão menstrual

SINAIS DE ALERTA

- Incapacidade de lidar com problemas e atividades quotidianas
- Ansiedade excessiva
- Insónia persistente
- Humor depressivo / ideação e tentativas de suicídio
- Sintomatologia obsessiva-compulsiva
- Variação ponderal acentuada
- Alterações do pensamento e da perceção
- Comportamentos antissociais, isolamento, comportamentos auto agressivos, fugas
- Comportamentos de risco: álcool tabaco e/ou outras substâncias ilícitas, comportamentos sexuais de risco

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- Transformação pubertária
- Alimentação: restrição de alimentos açucarados, fritos, gorduras e refrigerantes. Atenção ao sal (ANEXO III)
Diversificada, equilibrada. Regimes restritivos. Suplementos dietéticos/anabolizantes
- Saúde oral: lavagem dos dentes 2x/dia, fio dentário com ajuda e bochecho quinzenal com solução fluoretada a 0,2% - cheque dentista (ANEXO IV)
- Escola: ano de escolaridade, bem-estar, absentismo, bullying / Trabalho
- Amigos, família, relacionamentos, socialização
- Tempos livres, interesses culturais
- *Bullying/cyberbullying*
- **Sexualidade:** dúvidas, responsabilidade, contraceção, violência
- Segurança: sensibilização, educação, responsabilização
- Comportamentos nocivos: álcool, tabaco, medicamentos e drogas
- Cidadania/Associativismo
- **Promoção gradual de papel ativo na tomada de decisão responsável e negociação do contrato de saúde**
- Atividade Física: pelo menos 60 minutos diários de atividade física moderada a intensa e 3 dias por semana englobar atividade física intensa para fortalecimento muscular e ósseo. Várias horas de atividade ligeira ao longo do dia. Atividades tempos livres, desportivas e culturais, contacto com natureza: estimular o interesse

Sedentarismo/Ecrãs: não estar sentado por longos períodos. Ecrãs máximo 2horas diárias (tv, vídeo jogos, computador)

Sono: 9-11 horas (5-13 anos); 8-10 horas (14-17 anos); sono de qualidade; higiene do sono - reduzir atividade, evitar telemóveis e ecrãs 1h antes (ANEXO IV)

VACINAÇÃO

- Validação / Atualização do PNV (ANEXO II)

18. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL – 15/18 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR

- Peso
- Altura
- Exame físico: pele, mucosas, escleróticas, postura
- Desenvolvimento psicoafectivo e social / sinais e sintomas de alerta
- Risco de Maus Tratos (alerta para qualquer sinal de maus tratos)
- Segurança do Ambiente (exposição ao fumo, riscos de acidentes, problemas associados a consumos)
- Dentição: existência de cáries, alterações da gengiva
- Tensão arterial
- Acne ou hirsutismo
- Estádio pubertário: menarca, padrão menstrual
- Anemia – hábitos alimentares e padrão menstrual

SINAIS DE ALERTA

- Incapacidade de lidar com problemas e atividades quotidianas
- Ansiedade excessiva
- Insónia persistente
- Humor depressivo / ideação e tentativas de suicídio
- Sintomatologia obsessiva-compulsiva
- Variação ponderal acentuada
- Alterações do pensamento e da perceção
- Comportamentos antissociais, isolamento, comportamentos auto agressivos, fugas
- Comportamentos de risco: álcool tabaco e/ou outras substâncias ilícitas, comportamentos sexuais de risco

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

- Transformação pubertária
- **Sexualidade:** responsabilidade, contraceção, violência
- Saúde oral: lavagem dos dentes 2x/dia, fio dentário com ajuda e bochecho quinzenal com solução fluoretada a 0,2% (ANEXO IV)
- Estudos/Trabalho/Projetos de futuro
- Tempos livres
- **Amigos, família**
- *Bullying/cyberbullying e violência no namoro*
- Alimentação: restrição de alimentos açucarados, fritos, gorduras e refrigerantes. Atenção ao sal (ANEXO III)
Diversificada, equilibrada. Regimes restritivos. Suplementos dietéticos/anabolizantes
- Segurança: sensibilização, educação, responsabilização
- Comportamentos nocivos: álcool, tabaco, medicamentos e drogas
- Cidadania, Associativismo, Redes sociais
- Atividade Física: pelo menos 60 minutos diários de atividade física moderada a intensa e 3 dias por semana englobar atividade física intensa para fortalecimento muscular e ósseo. Várias horas de atividade ligeira ao longo do dia. Atividades tempos livres, desportivas e culturais, contacto com natureza: estimular o interesse
- Sedentarismo/Ecrãs: não estar sentado por longos períodos. Ecrãs máximo 2 horas diárias (tv, vídeo jogos,

computador)

Sono: 8-10 horas; sono de qualidade; higiene do sono - reduzir atividade, evitar telemóveis e ecrãs 1h antes (ANEXO IV)

VACINAÇÃO

- Validação / Atualização do PNV (ANEXO II)

ENCAMINHAMENTOS NECESSÁRIOS

19. REGISTOS NO SCLÍNICO

1) CRIANÇA NA SALA DE ESPERA – COR AMARELA

2) ABRIR CONTACTO

1ª CONSULTA

3) PROGRAMA – DIGITAR PNSIJ SAÚDE INFANTIL (1º botão em cima)

Associar ao contacto. Sair.

4) PRESCRIÇÕES (4º botão em cima)

Selecionar Atitudes Terapêuticas

Digitar colheita de sangue p/ para diagnóstico precoce.

Selecionar “neste contacto”. Gravar. Sair.

5) PROCESSO (3º botão em cima)

Intervenções de diagnóstico: Avaliar desenvolvimento infantil e juvenil

. Clicar no lápis. Preencher o quadro

Focos de intervenção

. Digitar o foco pretendido e ativar (na frente do respetivo foco - A)

. Com o respetivo foco ativado selecionar nas intervenções sugeridas (em baixo) as pretendidas, escolhendo o horário para cada intervenção

. Para acrescentar intervenções necessárias clicar no botão de intervenções (3º botão em cima); no quadro que se abre selecionar novamente botão intervenções e selecionar das opções apresentadas, as pretendidas.

Preencher o Mapa de cuidados

. Clicar nas atividades realizadas

. No lápis à frente de cada intervenção selecionar para discriminar aspetos relevantes

Botão Vacinas (8º botão em cima)

. Para consulta histórico vacinal ou registar imunizações

Botão Marcação (13º botão em cima)

. Para agendar nova consulta de enfermagem

RESTANTES CONSULTAS

Intervenções de diagnóstico: Avaliar desenvolvimento infantil e juvenil

Processo: atualizar ou acrescentar alguma intervenção relevante

Preencher o Mapa de cuidados

Botão Vacinas: validar PNV / vacinar

Botão Marcação: planear consulta seguinte

ESQUEMATIZAÇÃO DE FOCOS E INTERVENÇÕES

- Intervenções de diagnóstico: Avaliar desenvolvimento infantil e juvenil.

Preencher quadro com os parâmetros avaliados adequados para a idade respectiva:

- Peso
- Perímetro Cefálico
- Comprimento/Altura
- Tensão Arterial
- No lápis inserir notas necessárias: Avaliação global realizada.

Botões:

- Parâmetros a avaliar (passar a verde as avaliações feitas)
- Cuidados antecipatórios (passar a verde os assuntos abordados)
- Mary Sheridan (fazer a avaliação nas idades respetivas)

- Intervenções de diagnóstico: Avaliar o mamar.

Preencher o quadro

→ ATIVAR FOCO: DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Selecionar: Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) pai sobre desenvolvimento infantil. Terminar

Selecionar intervenção:

- Avaliar o conhecimento da mãe (ou) do pai sobre desenvolvimento infantil

Acrescentar no Botão das Intervenções

- Vigiar reflexos da criança (até aos 6 meses)
- Vigiar fontanela (anterior até aos 9 meses)
- Avaliar desenvolvimento da criança

Preencher mapa de cuidados

→ **ATIVAR FOCO: VINCULAÇÃO**

Selecionar: Avaliar comportamentos de vinculação.

Selecionar: Conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover a vinculação.

Selecionar intervenção:

- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover a vinculação.
- Avaliar comportamentos de vinculação (0-3 meses)
- Avaliar comportamentos de vinculação (4-6 meses)
- Avaliar comportamentos de vinculação (7-24 meses)
- Avaliar comportamentos de vinculação (25-36 meses)
- Avaliar comportamentos de vinculação (3 anos)

Preencher mapa de cuidados

→ **ATIVAR FOCO: VACINAÇÃO**

Selecionar: Adesão à vacinação. Terminar

Selecionar: Conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre vacinação. Terminar

Selecionar intervenção:

- Administrar vacina
- Avaliar adesão à vacinação
- Avaliar conhecimento da mãe (ou) do pai sobre vacinação

Preencher mapa de cuidados

→ **ATIVAR FOCO: DOR**

Selecionar: Sem dor

Selecionar intervenção:

- Monitorizar a dor

Preencher mapa de cuidados

Associar nas notas a escala utilizada, a dor antes, durante e depois e as estratégias mobilizadas

→ **ATIVAR FOCO: CONHECIMENTO**

Selecionar: Potencial para melhorar o conhecimento

Selecionar intervenção:

- Educar para a saúde

Preencher mapa de cuidados

No lápis registar todos os ensinamentos realizados

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APSI (2014). *Consultas de saúde infantil - Orientações técnicas para a prevenção de acidentes*. Lisboa: Autor.
- CSEP (2017b). *Canadian 24-hour movement guidelines for children and youth: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep*. Acedido em 20/4/2019. Disponível em: https://csepguidelines.ca/wp-content/themes/csep2017/pdf/Canadian24HourMovementGuidelines2016_2.pdf
- DGS (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Acedido em 05/10/2019. Disponível: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- DGS (2016). *Programa nacional de vacinação 2017*. Acedido em 27/09/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>
- DGS (2019). *Programa nacional de promoção da saúde oral*. Acedido em 05/10/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2019-em-audicao-publoica-ate-1-de-agosto-de-2019-pdf.aspx>
- Guerra, A., Rêgo, C., Silva, D., Ferreira, G. C., Mansilha, H, Antunes, H. & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do latente. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 43 (2), S17-S40. DOI: 0873-9781/12/43-2/S17
- Ministério da Saúde (2015). *Boletim de saúde infantil e juvenil*. Acedido em 28-09-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/boletim-de-saude-infantil.aspx>
- OMS (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behavior and sleep for children under 5 years of age*. Acedido em 26/4/2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311664/9789241550536-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pereira, C., Pinto, M. & Sant'Anna, F. (2016). Displasia de desenvolvimento da anca: na perspectiva do pediatra. *Nascer e Crescer*. XXV (4), 236-240. Acedido em 06/10/2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v25n4/v25n4a07.pdf>
- Santos, L. & Fonseca, M. (2012). *Protocolo de rastreio de displasia de desenvolvimento da anca*. Acedido em 06/10/2019. Disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/noc/Documents/saude%20infantil/nsp/Protocolo%20de%20rastreio%20de%20Displasia%20do%20Desenvolvimento%20da%20Anca.pdf>

ANEXOS

ANEXO I – Orientações para rastreio de DDA

PROTOCOLO DE RASTREIO DE DISPLASIA DE DESENVOLVIMENTO DA ANCA (DDA)

Definição: Alterações anatómicas e/ou funcionais da articulação coxo-femoral (congénitas ou adquiridas).

Epidemiologia: A maioria dos recém-nascidos apresenta imaturidade e instabilidade da articulação coxo-femoral que se resolve ao longo das primeiras semanas de vida.

- Incidência: Luxação 1-2:1000 recém-nascidos; Sub-luxação 10:1000 recém-nascidos.
- Articulação coxo-femoral esquerda é 3 vezes mais afectada que a direita.
- A DDA é bilateral em 20% dos casos.

Diagnóstico:

1. Pesquisa de factores de risco:

Factores de risco	
Sexo feminino	4-8♀:1♂
Limitação da mobilidade fetal	Apresentação pélvica risco 7x maior (12x ♀; 2,6x ♂) → independentemente do tipo de parto Oligohidrâmnios → Presença de alterações relacionadas com limitação da mobilidade fetal, tais como torcicolo e plagiocefalia congénitos e/ou deformidades do pé como metatarsus adductus Primigesta, macrosomia e gravidez gemelar (não consensual)
História familiar positiva	Um irmão – 6%; Um dos progenitores – 12%; Um dos progenitores e um irmão – 36%
Síndrome polimalformativa	Cromossomopatias Alteração de equilíbrio de força muscular em torno da articulação coxo-femoral (Espinha bífida, Paralisia cerebral) Hiperlaxidão ligamentar (Síndrome de Ehlers-Danlos)

2. Exame Objectivo:

- Deve ser desmistificado e explicado aos pais e adaptado à idade da criança
- A criança deve estar despida, relaxada e deve ser colocada sobre uma superfície firme

Exame objectivo	
Inspeção	Posição e movimento espontâneo dos membros inferiores Sinais de limitação da mobilidade fetal: deformidade dos pés, plagiocefalia e/ou torcicolo congénitos Assimetria das pregas (sinal pouco específico de DDA)
Sinais de instabilidade	Manobra de Barlow, manobra de Ortolani, limitação da abdução da anca
Sinais de assimetria	Manobra de Galeazzi
Sinal luxação	Teste de Klisic
DDA bilateral	Sinais de instabilidade, alargamento do perineo, limitação simétrica da abdução, encurtamento dos membros inferiores em relação à idade e tamanho da criança

3. Exames complementares de diagnóstico: responsabilidade do especialista em Ortopedia

3.1. Ecografia da articulação coxo-femoral: deve ser realizada às 6-8 semanas de vida e, em qualquer idade até aos 4 meses, se suspeita de DDA

3.2. Radiologia convencional da articulação coxo-femoral: deve ser realizada a toda a criança com mais de 4 meses, se suspeita de DDA

RASTREIO DA DDA

Objectivo do rastreio: Detecção e tratamento precoces da DDA.

Baseia-se na presença de:

Deve ser realizado a **TODAS** as crianças, pelo menos até à idade de aquisição da marcha

≥ 1 dos sinais de instabilidade da articulação coxo-femoral
<ol style="list-style-type: none"> 1. Manobra de Ortolani positiva 2. Manobra de Barlow positiva 3. Limitação da abdução
≥ 1 dos factores de risco (independentemente do sexo e tipo de parto)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação Pélvica 2. História Familiar Positiva (parente (s) em 1º grau) 3. Oligohidrâmnios e outros sinais de limitação da mobilidade fetal (como deformidade do pé, plagiocefalia e torcicolo congénitos) 4. Síndrome Polimalformativo (musculoesquelético)



* Os "cliques", quando isolados, não estão associados a DDA, no entanto, se persistirem ou associarem a outro sinal menor como assimetria de pregas, deve-se ponderar referência.

Notas:

- Aos pais de recém-nascidos referenciados à consulta de Ortopedia por presença de factores de risco, devem ser explicados os motivos do pedido de consulta, principalmente quando estão presentes sinais de moldagem fetal (p.ex. malformações do pé).
- Avisar os pais que a consulta de Ortopedia será realizada entre as 6 e 8 semanas de vida, antes das quais a consulta não teria qualquer implicação prática ou benéfica.

INTRODUÇÃO

A displasia de desenvolvimento da anca (DDA) consiste num espectro de alterações anatómicas que ocorrem a nível do acetábulo ou da cabeça do fémur e que condicionam instabilidade da anca.^{1,2} A sua apresentação depende do grau de instabilidade articular e varia desde a displasia à luxação da articulação coxo-femural. Em 80% dos casos é unilateral e mais frequente na anca esquerda.^{3,4} Quando não tratada, a DDA frequentemente evolui para artrose da anca, com necessidade de artroplastia de substituição, sendo responsável por 25% dos casos de artroplastia de substituição antes dos 40 anos de idade.^{5,10} De facto, trata-se de uma doença comum, cujo diagnóstico por vezes tardio está associado a elevada morbidade, pelo que o seguimento de protocolos de rastreio aliado a uma elevada suspeição clínica são fundamentais.^{5,8}

Os autores pretendem realizar uma breve revisão bibliográfica da terminologia, epidemiologia, fatores de risco, apresentação clínica, meios complementares de diagnóstico, indicações para referência à consulta de ortopedia infantil, tratamento e prognóstico da DDA.

TERMINOLOGIA

O termo luxação congénita da anca é utilizado desde o tempo de Hipócrates.⁷ No entanto, atualmente é preferível a designação displasia de desenvolvimento da anca, porque este termo engloba uma grande espectro de alterações da anca que podem ser congénitas ou desenvolver-se mais tarde durante a infância e em que nem sempre a luxação está presente.^{1,4,5} De facto, o termo luxação refere-se à perda de contacto entre a cabeça do fémur e o acetábulo, enquanto que o termo displasia consiste na presença de alterações anatómicas a nível do acetábulo ou da cabeça do fémur.⁵

EPIDEMIOLOGIA

A incidência da DDA depende da definição, dos critérios de diagnóstico e da idade. Estima-se que a displasia da anca atinja entre um a dois em cada 1000 recém-nascidos. Estudos baseados em rastreios ecográficos sugerem que 40% dos recém-nascidos apresentam instabilidade da anca, mas 90% destes casos resolvem até às seis semanas sem necessidade de tratamento.⁵

RASTREIO DA DISPLASIA DE DESENVOLVIMENTO DA ANCA

Os protocolos de rastreio da DDA têm como objetivo o diagnóstico precoce associado a tratamentos menos invasivos e mais eficazes e a um melhor prognóstico.^{4,11,12}

No protocolo da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT), o rastreio baseia-se na avaliação de fatores de risco e na presença de instabilidade da anca à observação e deve ser realizado em todas as consultas de vigilância de saúde infantil cuja periodicidade se encontra definida no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, publicado na Norma da Direção Geral de Saúde número 10/2013, bem como durante exames de saúde oportunistas realizados em situação de doença aguda, desde o nascimento até à idade da marcha.¹³⁻¹⁵ Na presença de um dos anteriores, devem ser realizados exames

complementares que confirmem ou excluam o diagnóstico, ou caso se justifique, referenciar de imediato à consulta de ortopedia infantil.¹¹⁻¹³

FATORES DE RISCO

A etiologia não se encontra definida, mas a hipótese de uma patogénese multifatorial é aceite universalmente.^{1,7}

Os fatores de risco para a doença incluem fatores endógenos, como o sexo e a história familiar, e fatores exógenos, relacionados com limitação da mobilidade intrauterina e associados ao posicionamento intrauterino e pós-natal.

A incidência da DDA é duas a cinco vezes superior no sexo feminino, constatando-se que cerca de 80% das crianças com DDA são raparigas.^{5,11,12} Pensa-se que apresentem maior suscetibilidade à ação da relaxina, uma hormona materna que atravessa a placenta e induz laxidão ligamentar transitoria.^{16,17}

Acredita-se também haver uma predisposição genética.^{5,7} Na presença de história familiar, o risco absoluto de DDA é 4,4% nas raparigas e 0,9% nos rapazes.⁵

A apresentação pélvica está presente em 20% das crianças com a doença.⁹ Neste caso, o risco absoluto de DDA é 12% nas raparigas e 2,6% nos rapazes.⁵ Outras situações também associadas a limitação da mobilidade intrauterina e que condicionam maior risco para a doença são o oligohidrâmnio e uma primeira gestação.^{1,5,7,8,17}

O torcicolo congénito, a plagiocefalia e o metatarsus adductus (associados a posições intrauterinas anómalas) são mais frequentes nas crianças com DDA.^{5,7} O torcicolo congénito está presente em 14-20% das crianças com DDA e o metatarsus adductus em 1,5-10%.⁸

A posição pós-natal também parece ser relevante. Após o nascimento, a extensão e adução forçadas dos membros inferiores foram associadas a maior incidência da doença.^{15,18} Por outro lado, o transporte das crianças à cintura com os membros inferiores em abdução, à semelhança do que se verifica nas culturas africanas, parece ser um fator protetor.¹⁸

Apesar destes fatores estarem associados à doença, a maioria das crianças com DDA não apresenta nenhum dos fatores de risco referidos e a maioria das crianças com fatores de risco não tem a doença.^{2,5,8}

SEMILOGIA CLÍNICA

Os sinais clínicos que podem estar presentes na DDA dependem da idade da criança.^{6,11,12} A pesquisa de sinais de instabilidade da anca deve ser realizada a todos os recém-nascidos.⁸ Abaixo dos três meses, a estabilidade da anca deve ser avaliada com as manobras de Barlow e Ortolani; o sinal de Galeazzi e o teste de Kilsic também podem ser úteis.¹¹ Geralmente, as manobras de Barlow e Ortolani deixam de ser positivas a partir da segunda ou terceira semanas de vida, pelo que a sua ausência não permite excluir a doença.^{6,11} A partir dos três meses, os melhores indicadores da doença são a limitação da abdução das ancas, a dísmetria dos membros, o sinal de Galeazzi e o teste de Kilsic.^{6,11,17} Após a aquisição da marcha, pode observar-se claudicação, por marcha de Trendelenburg associada a traque-

za dos músculos abdutores com queda da bacia para o lado oposto do membro afetado.^{9,17} A hiperlordose é também um sinal clássico, podendo existir outros sinais de suspeita como dismetria dos membros ou associação com genu valgum.^{9,11}

A manobra de Barlow consiste na adução e deslocação posterior da anca; a manobra é positiva quando se sente um ressalto, sinal de luxação da anca. A manobra de Ortolani realiza-se fazendo abdução e deslocação anterior da anca; a deteção de um ressalto significa que a manobra é positiva e permite reduzir uma anca que se encontrava luxada.^{10,9,11,17} A sensação de luxação ou redução da anca é diferente dos "cliques" da anca geralmente associados a laxidão ligamentar e que não são sugestivos de DDA.^{9,9,11} As manobras devem ser realizadas delicadamente em cada um dos membros em separado, sem fraida, com o recém-nascido ou lactente tranquilo e num ambiente aquecido.^{10,9,17} Quando positivas em simultâneo, estas manobras têm uma especificidade para o diagnóstico de 98-99% e uma sensibilidade de 87-99%.¹⁰

O sinal de Galeazzi é realizado fazendo a flexão das ancas e dos joelhos, com os pés colocados ao mesmo nível em oposição às nádegas, lado a lado. Quando os joelhos não se encontram à mesma altura, o sinal é positivo e reflete dismetria dos membros. Este sinal não é específico da DDA, mas pode ser útil para o diagnóstico.^{11,17}

O teste de Klisic consiste em colocar o dedo indicador na espinha ilíaca antero-superior e o dedo médio sobre o grande trocânter. Numa criança sem DDA, uma linha imaginária entre estes pontos passa através ou por cima do umbigo. Quando essa linha imaginária passa abaixo do umbigo, o sinal é positivo e sugestivo de DDA. Este sinal pode ser particularmente útil na presença de luxação bilateral quando a abdução é simétrica e o sinal de Galeazzi negativo.¹¹

A assimetria das pregas cutâneas a nível da região inguinal e glútea é um indicador sensível; no entanto, encontra-se presente em 24% das crianças sem a doença.^{9,9,11}

Nos casos bilaterais, pela ausência de assimetria, o diagnóstico pode ser mais difícil. O sinal de Galeazzi, a assimetria das pregas e a dismetria dos membros podem estar ausentes nestes casos, pelo que a sua ausência não exclui a doença.^{9,11} No entanto, a hiperlordose pode ser útil para o diagnóstico.¹¹

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Na presença de fatores de risco ou de instabilidade da anca à observação, devem ser requisitados exames complementares que permitam confirmar ou excluir a DDA.¹¹

A ecografia é o exame de eleição até aos quatro a seis meses.^{6,6} Avalia a morfologia e a estabilidade da anca, no entanto, requer treino e experiência para uma correta interpretação dos resultados.^{11,17} Nos anos 80, Reinhard Graf desenvolveu uma técnica de rastreo ecográfico e propôs uma classificação para a DDA.^{10,6}

O rastreo ecográfico de todos os recém-nascidos, ainda preconizado em alguns países, é controverso e está atualmente desaconselhado pela Academia Americana de Pediatria pelo risco de falsos positivos associados a tratamentos ortopédicos desnecessários e eventuais complicações.^{7,9,10,9,17}

Após os quatro a seis meses deve ser pedida a radiografia da bacia, em incidência antero-posterior, com as ancas em posição neutra.^{9,11,17} Para a sua interpretação podem ser úteis as linhas de Perkins (linha vertical traçada no bordo externo do acetábulo) e Hilgenreiner (linha horizontal traçada através do centro de cartilagem trirradiada) (Figura 1).^{9,17} A interseção destas três linhas define quatro quadrantes e o núcleo de ossificação da cabeça do fémur encontra-se normalmente localizado no quadrante infero-interno.^{11,17} O índice acetabular é definido pelo ângulo formado pela junção da linha de Hilgenreiner e de uma linha traçada ao longo da superfície do acetábulo.¹ O limite superior do normal são 27 graus.¹⁸ Os achados compatíveis com DDA incluem: núcleos de ossificação femural posicionados no quadrante súpero-externo, aumento do índice acetabular e atraso na ossificação do núcleo do lado envolvido.¹¹ No caso do núcleo de ossificação femural não ser ainda visível, a linha de Shenton (que segue do colo do fémur até ao púbis) pode ser útil. Nos casos de DDA, esta linha está interrompida.^{9,17}

Outros exames de imagem, como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e a artrografia, não sendo úteis para o diagnóstico, têm o seu papel na avaliação do sucesso da redução realizada com tratamento cirúrgico.¹¹

De acordo com as recomendações da SPOT, na presença de história familiar, apresentação pévica, história de oligohidrâmnios, deformidades congénitas do pé, torcicolo congénito e assimetria das pregas está indicada a realização de ecografia das ancas às seis semanas de vida.¹³ No entanto, uma ecografia normal não exclui a doença, pelo que deve manter-se a vigilância periódica nas consultas de saúde infantil.¹¹ Na presença de sinais de instabilidade da anca à observação deve ser realizada ecografia das ancas até aos quatro meses de idade e radiografia da bacia se a criança tiver idade superior a quatro meses.¹³



Figura 1 - Radiografia da bacia com displasia de desenvolvimento da anca à direita.

ANEXO II – Esquema vacinal

PNV 2017: Esquema vacinal recomendado

Vacina Doença	Idade											
	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
<i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5					
<i>Streptococcus pneumoniae</i> ¹		Pn ₁₃ 1	Pn ₁₃ 2		Pn ₁₃ 3							
<i>Neisseria meningitidis C</i>					MenC							
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus Papiloma humano ²								HPV 1,2				
Tétano, difteria e tosse convulsa ³									Tdpa - Grávidas			
Tétano e difteria ⁴								Td	Td	Td	Td	Td

¹ Pn13 - Aplicável apenas aos nascidos ≥2015

² HPV - Aplicável apenas a raparigas, com esquema 0, 6 meses





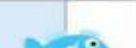







³ Tdpa - Aplicável apenas a grávidas, em qualquer idade. Uma dose em cada gravidez

⁴ Td - De acordo com a idade da pessoa, devem ser aplicados os intervalos recomendados entre doses, tendo como referência a data de administração da dose anterior. A partir dos 65 anos, recomenda-se a vacinação de todas as pessoas que tenham feito a última dose de Td há ≥10 anos; as doses seguintes são administradas de 10 em 10 anos

Norma nº 16/2017, de 16/12/2017,
atualizada em 31/07/2017

ANEXO III – Recomendações da SPP para a alimentação complementar

ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA - Recomendações

ALIMENTO	MÊS												(deve introduzir-se um novo alimento de cada vez)	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
LEITE MATERNO 														Aconselhado em exclusividade até aos 6 meses, podendo manter-se até aos 2 anos ou mais. Se não for de todo possível manter o aleitamento materno, este deve ser substituído por uma fórmula infantil aconselhada pelo seu médico.
PURÉ DE LEGUMES 														Utilizar como base a batata, a cebola, o alho francês, a cenoura, abóbora, o alho, a alface, couve branca, brócolos, curgete (máximo 4 a 5 legumes) e progressivamente introduzir outros legumes. A beterraba, o nabo, o aipo, a nabiza e o espinafre só após os 12 meses. No final da confeção adicionar 1 colher de chá de azeite por dose. Iniciar com uma dose diária. Não adicionar sal! Dar à colher!
PAPA DE CEREAIS 														Lácteas - preparadas com água. Não lácteas - preparar com o leite que é dado ao bebé. Papa com glúten só após os 6 meses! Uma dose por dia. Não adicionar açúcar! Dar à colher!
FRUTA 														Iniciar com fruta fresca - maçã ou pêra (cozida, assada ou em vapor) banana - triturada em consistência de papa como sobremesa. O morango, amora, maracujá e kiwi só após os 12 meses. Oferecer um fruto de cada vez e não puré de frutas.
CARNE 														Começar com frango, peru, coelho ou avestruz triturado no puré de legumes - (iniciar com 10 g aumentando gradualmente até 30 g = 1 colher de sopa/dia). Não adicionar sal! Dar à colher!
PEIXE 														Iniciar com pescada ou linguado, solha ou faneca triturada no puré de legumes - (iniciar com 10 g aumentando gradualmente até 30 g = 1 colher de sopa/dia). O salmão só após os 10-12 meses. Ao 7º mês iniciar 2 refeições de puré de legumes por dia. A dose diária de 30 g de carne ou peixe pode ser oferecida numa só refeição (almoço) ou repartida entre o almoço e jantar. São aconselhadas 4 refeições de carne e 3 refeições de peixe por semana. Não adicionar sal!
PÃO 														A partir dos 7 meses pode ser oferecido como açorda com carne ou peixe. Após os 8 meses, oferecer pão em pequenas quantidades para treino da mastigação.
ARROZ E MASSAS 														Com legumes, como acompanhamento de carne ou peixe finamente cortados. Com esta idade o bebé já procura os alimentos "com as mãos"! Não adicionar sal!
GEMA DE OVO 														Começar com meia gema cozida por semana aumentando depois gradualmente até ao máximo de 2 a 3 gemas semanais. A gema substitui a carne ou o peixe no puré de legumes. A clara de ovo a partir dos 11 meses. Não adicionar sal!
IOGURTE 														Iogurte natural sem açúcar nem mel; pode ser adicionado a fruta fresca. É uma alternativa como lanche.
LEGUMINOSAS 														Feijão, ervilha, fava, lentilha, grão. Demolhar bem antes de cozer; inicialmente sem casca, pequenas porções.
ÁGUA 														Se aleitamento materno exclusivo, não é necessária a oferta de água até aos 6 meses. Dos 6 aos 12 meses oferecer pequenas quantidades de água ao longo do dia.
LEITE DE VACA														Leite de vaca meio gordo ou gordo dos 12 aos 24 meses; a partir dos 2 anos leite meio gordo. O leite e derivados (iogurte, queijo) não devem ultrapassar os 500ml / dia).
DIETA FAMÍLIA														Recomenda-se uma dieta saudável - variada e equilibrada a toda a família!!! Evitar os doces, fritos e refrigerantes. Atenção ao sal!

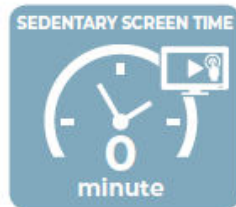
ANEXO IV – Orientações sobre atividade física-sedentarismo-sono

infants (less than 1 year) should:

Be physically active several times a day in a variety of ways, particularly through interactive floor-based play; more is better. For those not yet mobile, this includes at least 30 minutes in prone position (tummy time) spread throughout the day while awake.

Not be restrained for more than 1 hour at a time (e.g., prams/strollers, high chairs, or strapped on a caregiver's back). Screen time is not recommended. When sedentary, engaging in reading and storytelling with a caregiver is encouraged.

Have 14–17h (0–3 months of age) or 12–16h (4–11 months of age) of good quality sleep, including naps.

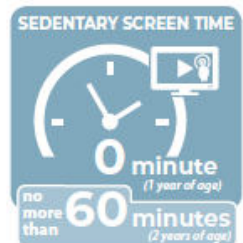


children 1–2 years of age should:

Spend at least 180 minutes in a variety of types of physical activities at any intensity, including moderate- to vigorous-intensity physical activity, spread throughout the day; more is better.

Not be restrained for more than 1 hour at a time (e.g., prams/strollers, high chairs, or strapped on a caregiver's back) or sit for extended periods of time. For 1-year-olds, sedentary screen time (such as watching TV or videos, playing computer games) is not recommended. For those aged 2 years, sedentary screen time should be no more than 1 hour; less is better. When sedentary, engaging in reading and storytelling with a caregiver is encouraged.

Have 11–14h of good quality sleep, including naps, with regular sleep and wake-up times.



children 3–4 years of age should:

Spend at least 180 minutes in a variety of types of physical activities at any intensity, of which at least 60 minutes is moderate- to vigorous-intensity physical activity, spread throughout the day; more is better.

Not be restrained for more than 1 hour at a time (e.g., prams/strollers) or sit for extended periods of time. Sedentary screen time should be no more than 1 hour; less is better. When sedentary, engaging in reading and storytelling with a caregiver is encouraged.

Have 10–13h of good quality sleep, which may include a nap, with regular sleep and wake-up times.



GUIDELINES

For optimal health benefits, children and youth (aged 5–17 years) should achieve high levels of physical activity, low levels of sedentary behaviour, and sufficient sleep each day.

A healthy 24 hours includes:



SWEAT

MODERATE TO VIGOROUS PHYSICAL ACTIVITY

An accumulation of at least 60 minutes per day of moderate to vigorous physical activity involving a variety of aerobic activities. Vigorous physical activities, and muscle and bone strengthening activities should each be incorporated at least 3 days per week;

STEP

LIGHT PHYSICAL ACTIVITY

Several hours of a variety of structured and unstructured light physical activities;

SLEEP

SLEEP

Uninterrupted 9 to 11 hours of sleep per night for those aged 5–13 years and 8 to 10 hours per night for those aged 14–17 years, with consistent bed and wake-up times;

SIT

SEDENTARY BEHAVIOUR

No more than 2 hours per day of recreational screen time; Limited sitting for extended periods.

Preserving sufficient sleep, trading indoor time for outdoor time, and replacing sedentary behaviours and light physical activity with additional moderate to vigorous physical activity can provide greater health benefits.

ANEXO V – Recomendações da DGS sobre higiene oral

RECOMENDAÇÕES	Frequência da escovagem dos dentes	Material utilizado na escovagem dos dentes	Execução da escovagem dos dentes	Dentífrico fluoretado	Suplemento sistémico de fluoretos
0-3 Anos	2 x dia a partir da erupção do 1º dente: uma obrigatoriamente antes de deitar	Gaze, Dedeira, Escova macia de tamanho pequeno	Pais	1000-1500 ppm quantidade idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da criança	Não recomendado
3-6 Anos	2 x dia - uma obrigatoriamente antes de deitar	Escova macia de tamanho adequado à boca da criança	Pais e/ou criança sob supervisão, se já adquiriu, destreza manual	1000-1500 ppm quantidade idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da criança	Não recomendado. Exceionalmente as crianças de alto risco à cárie dentária podem fazer 1 (um) comprimido diário de fluoreto de sódio a 0,25 mg
Mais de 6 Anos	2 x dia - uma obrigatoriamente antes de deitar	Escova macia ou em alternativa média de tamanho adequado à boca da criança ou do jovem	Pais e/ou criança sob supervisão, se já adquiriu, destreza manual	1000-1500 ppm quantidade aproximada de 1 centímetro	Não recomendado. Exceionalmente as crianças de alto risco à cárie dentária podem fazer 1 (um) comprimido diário de fluoreto de sódio a 0,25 mg

(Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2019-em-audicao-publica-ate-1-de-agosto-de-2019-pdf.aspx>)

ANEXO VI – Questionário M-CHAT

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton, 1999

Por favor, preencha este questionário sobre o comportamento usual da criança. Responda a todas as questões. Se o comportamento descrito for raro (ex. foi observado uma ou duas vezes), responda como se a criança não o apresente. Faça um círculo à volta da resposta "Sim" ou "Não".

1	Gosta de brincar ao colo fazendo de "cavalinho", etc.?	SIM	NÃO
2	Interessa-se pelas outras crianças?	SIM	NÃO
3	Gosta de subir objetos, como por ex., cadeiras, mesas?	SIM	NÃO
4	Gosta de jogar às escondidas?	SIM	NÃO
5	Brinca ao faz de conta, por ex. falar ao telefone ou dar de comer a uma boneca, etc.?	SIM	NÃO
6	Aponta com o indicador para pedir alguma coisa?	SIM	NÃO
7	Aponta com o indicador para mostrar interesse em alguma coisa?	SIM	NÃO
8	Brinca apropriadamente com brinquedos (carros ou legos) sem levá-los à boca, abanar ou deitá-los ao chão?	SIM	NÃO
9	Alguma vez lhe trouxe objetos (brinquedos) para lhe mostrar alguma coisa?	SIM	NÃO
10	A criança mantém contacto visual por mais de um ou dois segundos?	SIM	NÃO
11	É muito sensível aos ruídos (ex. tapa os ouvidos)?	SIM	NÃO
12	Sorri como resposta às suas expressões faciais ou ao sorriso?	SIM	NÃO
13	Imita o adulto (ex. faz uma careta e ela imita)?	SIM	NÃO
14	Responde/olha quando o(a) chamam pelo nome?	SIM	NÃO
15	Se apontar para um brinquedo do outro lado da sala, a criança acompanha com o olhar?	SIM	NÃO
16	Já anda?	SIM	NÃO
17	Olha para as coisas para as quais o adulto está a olhar?	SIM	NÃO
18	Faz movimentos estranhos com a mão/dedos próximo da cara?	SIM	NÃO
19	Tenta chamar a sua atenção para o que está a fazer?	SIM	NÃO
20	Alguma vez se preocupou quanto à sua audição?	SIM	NÃO
21	Compreende o que as pessoas lhe dizem?	SIM	NÃO
22	Por vezes fica a olhar para o vazio ou deambula ao acaso pelos espaços?	SIM	NÃO
23	Procura a sua reação facial quando se vê confrontada com situações desconhecidas?	SIM	NÃO

(Traduzido pela Unidade de Autismo, Centro de Desenvolvimento da Criança – Hospital Pediátrico Carmona da Mota, Coimbra – Autorização Diana Robins)

Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)
Diana Robins, Deborah Fein & Marianne Barton, 1999

O M-CHAT é um breve questionário referente ao desenvolvimento e comportamento utilizado em crianças dos 16 aos 30 M, com o objetivo de rastrear as perturbações do espectro do autismo. Pode ser aplicado tanto numa avaliação periódica de rotina (CSP), como por profissionais especializados em casos de suspeita. Como na maioria dos testes de rastreio poderá existir um grande número de falsos positivos, nem todas as crianças que cotam neste questionário irão ser diagnosticadas com esta perturbação. No entanto, estes resultados podem apontar para a existência de outras anomalias do desenvolvimento, sendo por isso necessária a avaliação por profissionais desta área.

Os “itens críticos” deste questionário encontram-se expressos nos “parâmetros a avaliar” aos 18 M.

Cotação:

A cotação do M-CHAT leva menos de dois minutos.

Resultados superiores a **3** (falha de 3 itens no total) ou em **2** itens considerados críticos (2, 7, 9, 13, 14, 15), após confirmação, justificam uma avaliação formal por técnicos de neurodesenvolvimento.

As respostas Sim/Não são convertidas em **Passa/Falha.**

O quadro, que se segue, regista as respostas consideradas Falha para cada um dos itens do M-CHAT. As questões a Negrito representam os itens críticos.

1. Não	6. Não	11. Sim	16. Não	21. Não
2. Não	7. Não	12. Não	17. Não	22. Sim
3. Não	8. Não	13. Não	18. Sim	23. Não
4. Não	9. Não	14. Não	19. Não	
5. Não	10. Não	15. Não	20. Sim	

Referências Bibliográficas:

Kleinman et al. (2008) “ The modified Checklist for Autism in Toddlers: a Follow-up Study Investigating the Early Detection of Autism Spectrum Disorders”, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38:827-839.

Robins, D. (2008) “Screening for autism spectrum disorders in primary care settings”, *Autism*, Vol 12 (5) 481-500.

**APÊNDICE V – Reflexão:
Um novo olhar sobre a avaliação do desenvolvimento da criança**

Reflexão: Um novo olhar sobre a avaliação do desenvolvimento da criança

Na passagem por um Centro de Desenvolvimento neste âmbito de formação, e tendo sido a área da **promoção do crescimento e desenvolvimento saudável** identificada como prioritária no desenvolvimento de competências, foi delineado como objetivo desenvolver capacidades de utilização da Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil dos 0-5 anos (*Schedule of Growing Skills II*), um recurso para avaliação do desenvolvimento da criança. Neste percurso contactei, também, com outra ferramenta de diagnóstico e intervenção, o *Developmental, Individual-differences & Relationship-based model* (modelo DIR), um modelo baseado no desenvolvimento, nas diferenças individuais e na relação. Segundo o *Interdisciplinary Council on Development and Learning* (ICDL) é um modelo desenvolvido pelo Dr. Stanley Greenspan com vista à compreensão do desenvolvimento humano, valorizando a individualidade de cada um na sua relação com o mundo e tendo por base de sustentação a relação afetiva (ICDL, s.d.). Visa a mobilização simultânea dos seis níveis funcionais do desenvolvimento (atenção, envolvimento, reciprocidade, comunicação, utilização de sequências de ideias e pensamento lógico emocional) possibilitando uma observação e avaliação global da criança. Reconhece, ainda, que cada criança tem uma forma particular de receber, processar e responder aos estímulos sensoriais, tendo esta forma de ser considerada com vista a facilitar as interações relacionais que a criança estabelece com cuidadores, família, educadores e terapeutas (Caldeira da Silva *et al.*, 2003). Referenciado maioritariamente no âmbito da intervenção com crianças com perturbação do espectro do autismo, o modelo DIR é também mobilizado na intervenção com crianças com problemas educacionais, socioemocionais, de saúde mental e/ou de desenvolvimento, podendo ainda constituir um modelo de intervenção na promoção de um desenvolvimento saudável de qualquer criança (ICDL, s.d.). Este modelo pressupõe que partindo dos interesses e emoções particulares da criança se tornam possíveis as interações que estão na base da capacitação da mesma para um desenvolvimento saudável. Realça os pontos fortes e integra oportunidades e desafios que a criança vai experienciando e conseguindo superar, construindo assim os alicerces da sua vida futura (ICDL, s.d.). Nesta unidade o modelo DIR constitui uma filosofia para diagnóstico e intervenção.

A aplicabilidade deste modelo na prática baseia-se na abordagem *floortime*, que visa de forma interativa mas não diretiva “(...) envolver a criança numa relação

afectiva” (Caldeira da Silva *et al.*, 2003, p.32), associando algumas interações semi-estruturadas de resolução de problemas, com objetivos específicos e recorrendo a desafios dinâmicos. Como princípios desta abordagem importa realçar que está intrínseco seguir a atividade da criança, tentar entrar nela e conseguir conduzir a criança a interagir connosco (Caldeira da Silva *et al.*, 2003). Como nos diz Greenspan (s.d.), esta abordagem implica em primeiro lugar que nos integremos no mundo da criança, criemos um relacionamento próximo; posteriormente, isso tornará possível que, de forma gradual, a criança demonstre interesse no nosso mundo e percorra o trajeto evolutivo dos níveis funcionais de desenvolvimento, em que a criança revela atenção e participa, começa a interagir com entusiasmo, a ter uma intenção e tomar a iniciativa e a estabelecer fluxos de comunicação; posto isto, o objetivo será que consiga sequenciar ideias estabelecendo uma interação contínua com o ambiente envolvente e fazer uso do seu pensamento lógico e posteriormente reflexivo. Nem todas as crianças conseguem percorrer todos estes patamares, mas o objetivo será promover o potencial máximo de desenvolvimento de cada criança.

Esta abordagem implica uma postura atenta e proactiva do profissional face à criança, à família e ao próprio (Greenspan, s.d.). Este percurso de formação traduziu-se numa mais-valia na aquisição de competências ao nível da observação da criança e avaliação do desenvolvimento. É primordial a atenção à individualidade de cada criança: nos seus interesses, na forma como se relaciona com o mundo envolvente processando os estímulos visuais, auditivos, táteis, vestibulares; como tenta comunicar e como recebe a interação; como manifesta as suas emoções; como toma iniciativa ou desiste. É também necessário estar atento aos padrões familiares: como a família está atenta à criança, como interage ou como dá resposta às iniciativas da mesma; tentar perceber o funcionamento familiar no dia-a-dia e as preocupações da família face ao desenvolvimento da criança, assim como as suas expectativas na procura de ajuda. Por último, é preciso atenção particular em nós mesmos: compreender as nossas limitações, desafiarmo-nos continuamente a encontrar estratégias que deem resposta à individualidade daquela criança.

“O reconhecimento precoce de atrasos ou desvios do desenvolvimento requer um conhecimento prévio e bem sedimentado do modo como se avalia e interpreta a progressão das etapas do desenvolvimento e a sua variabilidade normal” (Oliveira, 2009, p.690). A importância dessa identificação precoce tem vindo a ser realçada pelo reconhecimento dos melhores resultados de uma intervenção atempada e adequada, eventualmente explicados com base no aproveitamento da plasticidade

cerebral para a recuperação de algumas competências (Pinto, 2009). A pertinência e importância do recurso a instrumentos padronizados de rastreio do desenvolvimento são constatadas (DGS, 2013; OE, 2010). São estas avaliações, juntamente com as preocupações das famílias ou de outros adultos próximos, que culminam nestes encaminhamentos e possibilitam uma intervenção mais precoce (DGS, 2013).

São reconhecidas as potencialidades da *Schedule of Growing Skills II*, nomeadamente num rastreio rápido, válido e fiável, classificando as competências funcionais da criança (controlo postural passivo, controlo postural ativo, locomotoras manipulativas, visuais, audição e linguagem, fala e linguagem, interação social e autonomia pessoal), de acordo com os diferentes estádios de desenvolvimento, e incluindo ainda a competência cognitiva (Bellman, Lingam & Aukett, 2003).

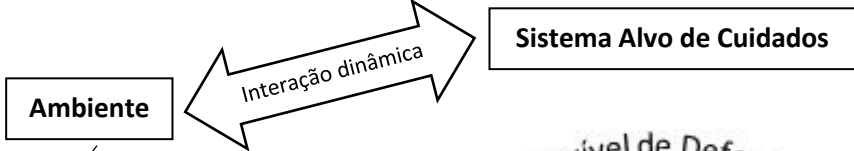
No contexto de desenvolvimento do Estágio a *Schedule of Growing Skills II* é um recurso disponível mas maioritariamente é mobilizado o modelo DIR *floortime*, o qual me pareceu adequado ao contexto. Para além de constituir uma forma de diagnóstico, possibilita simultaneamente uma intervenção com a criança e família. A observação e participação nas consultas permitiu-me perceber que as competências funcionais incluídas na escala mencionada são muitas vezes avaliadas no decurso da brincadeira, apesar de forma não estruturada, nem sendo atribuída classificação. Foi ainda possível compreender como este modelo integra também a observação e avaliação de outros aspetos considerados importantes ao desenvolvimento, como a relação que a criança estabelece com a família e o profissional, o seu processamento sensorial ou a sua forma de comunicação. Esta intervenção funciona, ao mesmo tempo, como promotora das competências parentais através da observação e modelagem da brincadeira do profissional com a criança, relevando que as preferências da mesma sejam valorizadas, realçando as suas potencialidades (pontos fortes), incentivando a criatividade, a iniciativa e a interação pela comunicação (verbal e não verbal), integrando questões inerentes à cultura e promovendo sempre o reforço positivo.

A importância do brincar, para a criança, tem vindo a ser reconhecida ao longo dos anos. Estudos mostram que brincar contribui para o desenvolvimento cognitivo da criança, o desenvolvimento das operações mentais, a estruturação da linguagem, a apropriação da cultura ou a aquisição e desenvolvimento das atividades motoras (Neto, 2001). Brincar possibilita à criança a descoberta do mundo, dos outros e de si própria (IPA, 2014; Santos, 2011), sendo por isso indispensável ao desenvolvimento global saudável de qualquer criança e devendo ser integrado em todos os ambientes

em que se move (Neto, 2001; IPA, 2014; IPA, s.d.). Compreende-se, assim, que observar a criança a brincar seja uma forma de a conhecer e o brincar poderá constituir a ferramenta de eleição para maximizar um desenvolvimento saudável. Considero, por isso, que a abordagem *floortime* poderá ser uma mais-valia para qualquer criança, e não somente para crianças com alguma dificuldade ou atraso no desenvolvimento. As vidas agitadas de hoje tornam o tempo disponível para as interações reduzido e muitas vezes sem qualidade. O recurso ao *floortime* obriga as famílias a parar, estar atentas, conhecer os interesses da criança e descobrir a alegria da partilha de experiências com ela, ao mesmo tempo que potenciam o seu desenvolvimento feliz e saudável, através do brincar.

O conceito brincar deriva do latim *vinculum* que significa laço, algema, relacionado com o verbo *vincire* que se associa a prender, encantar. No dicionário surge como sinónimo de divertir-se. A observação da abordagem *floortime*, em que o brincar constitui o alicerce, permitiu compreender a intervenção que é feita no sentido das famílias compreenderem a importância do brincar na maximização do desenvolvimento da criança, visto constituir uma forma da mesma estabelecer um vínculo (estar em relação), divertindo-se. Permite o caminho da criança no sentido do conhecimento de si e do mundo, enquanto desenvolve as suas capacidades. Na intervenção são relevados aspetos como a redução do tempo de ecrãs, a atenção às preferências da criança, o incentivo à sua criatividade, o encorajamento à sua iniciativa e o suporte na exteriorização das suas emoções. Criança e família são também apoiadas na expansão da comunicação verbal e não verbal, na obtenção de prazer na partilha, na gestão dos sucessos e insucessos e na integração da relação com o outro. No fundo, são ferramentas para que os pais, através do brincar reconhecido enquanto atividade primordial ao desenvolvimento de qualquer criança, reconheçam a individualidade e maximizem o potencial de desenvolvimento da mesma. Considero, assim, que o *floortime* poderia constituir uma orientação antecipatória integrada na unidade de competência do EEESIP “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19194) e prevista no PNSIJ enquanto “(...) fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade (...)” (DGS, 2013, p.7).

Cuidados Centrados na Família ↔ **Cuidados Não Traumáticos**
 Parceria: Criança/Família/Enfermeiro

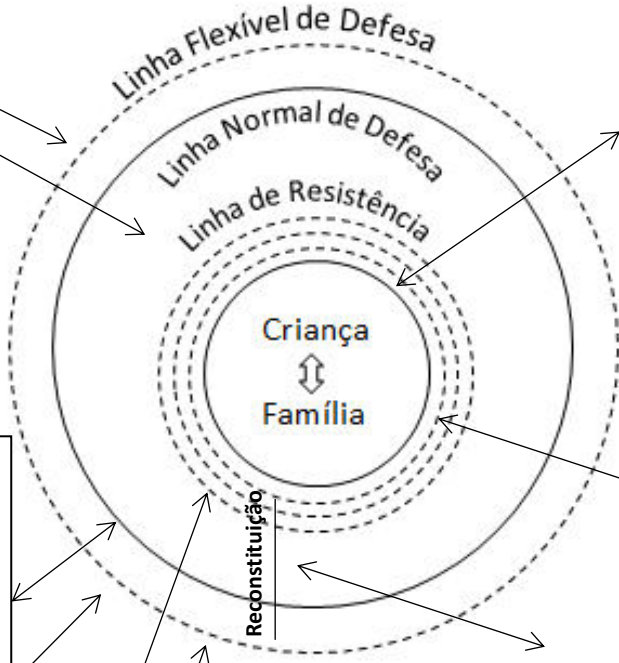


Stressor (*intra, inter ou extrapessoal*) – **desenvolvimento da criança comprometido**
 Estímulo que induz tensão e pode provocar instabilidade. Reação depende:
 . Características do *stressor*
 . Variáveis do sistema
 . Ocasão de encontro com o *stressor* - resistência do sistema e concomitância de outros *stressors*

Quebra da Linha Normal de Defesa

Estrutura Básica – Criança

- . Variáveis fisiológicas: idade, género, estrutura e funções do organismo, experiências prévias de dor
- . Variáveis psicológicas: personalidade, estado psicológico, experiências traumáticas anteriores, mecanismos de *coping* , pessoas significativas, reações ao desconhecido, *stressors* conhecidos, significado atribuído à dor, percepção de controlo da dor
- . Variáveis sócio-culturais: desempenho escolar e extracurricular, comportamentos de risco; contexto e dinâmica familiar, reação familiar à dor; cultura, crenças; *stressors* do ambiente envolvente
- . Variáveis desenvolvimentistas: estágio de desenvolvimento, desenvolvimento cognitivo, atividades de vida diárias, brinquedos e atividades preferenciais, percepção da criança sobre a sua condição de saúde/doença
- . Variáveis espirituais: religião, práticas religiosas, condicionantes de saúde ou alimentação decorrentes da religião, significação sobre morte, esperança



Família – Contexto onde a Criança está inserida

- . Estrutura e funcionamento da família
- . Papel a ser desempenhado por cada elemento da família na situação presente
- . Percepções sobre a condição de doença da criança
- . Outros *stressors* (ex. gestão familiar, emprego, questões económicas)
- . Mecanismos de *coping*
- . Recursos familiares (ex. rede de apoio)

Prevenção Secundária (Intervenção)

- . Método DIR – abordagem *floortime* : avaliar o desenvolvimento, incentivar a relação, promover competências parentais, potenciar as capacidades da criança
- . Encaminhamentos: SNIPI, assistente social, outros profissionais
- . Articulações: reuniões multidisciplinares

- Proteção da Estrutura Básica - Reconstituição da Linha Normal de Defesa com fortalecimento da Linha de Resistência

- Atingir a Estabilidade

Reconstituição
 Estado dinâmico de ajustamento (capacitação e *empowerment*)
 Ideal → expansão da linha normal de defesa

Prevenção Primária (Prevenção)

- . Cuidados antecipatórios – *floortime* : Brincar
- maximização do desenvolvimento
- reconhecimento da individualidade
- promoção da interação (relação afetiva)

- Fortalecimento da Linha Flexível de Defesa

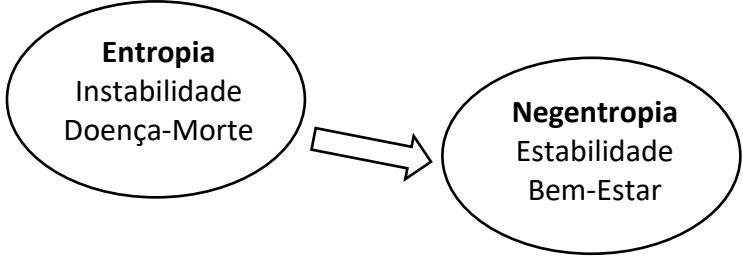
- Reter a Estabilidade

Prevenção Terciária (Manutenção)

- . Contributo na maximização do potencial de desenvolvimento – *floortime* : ferramenta para famílias e educadores

- Fortalecimento da Linha de Resistência e da Linha Flexível de Defesa

- Manter a Estabilidade



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bellman, M., Lingam, S. & Aukett, A. (2003). *SGS II: Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil II – dos 0 aos 5 anos (manual do utilizador)*. Lisboa: CEGOC – TEA
- Caldeira da Silva, Pedro *et al.* (2003). Programa clínico para o tratamento das perturbações da relação e da comunicação, baseado no modelo D.I.R.. *Análise Psicológica* 1 (XXI), 31-39. Acedido em 06/11/2019. Disponível em: <https://www.appda-norte.org.pt/docs/autismo/dir-floortime.pdf>
- DGS (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Acedido em 05/10/2019. Disponível: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Greenspan, S. I. (s.d.). *Floortime: what it really is, and what it isn't*. Acedido em 06/11/2019. Disponível em: <https://docs.google.com/a/icdl.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=aWNkbC5jb218aWNkbHxneDoxMzMzZjEwNjc3ZTgyMjdm>
- ICDL (s.d.). *What is DIR®?* Acedido em 06/11/2019. Disponível em: <http://www.icdl.com/dir>
- IPA (2014). *Declaration on the importance of play*. Acedido em: 8/7/2019. Disponível em: http://ipaworld.org/wp-content/uploads/2015/05/IPA_Declaration-FINAL.pdf
- IPA (s.d.). *The child's right to play*. Acedido em: 08/07/2019. Disponível em: <http://ipaworld.org/childs-right-to-play/the-childs-right-to-play/>
- Neto, C. (2001). A criança e o jogo - perspectivas de investigação. In B. Pereira & A. P. Pinto, *A escola e a criança em risco - intervir para prevenir* (pp.31-51). Lisboa: Edições Asa
- OE (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - volume I*. Acedido em 02/11/2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Oliveira, G. (2009). Autismo - Cuidados primários de saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 25, 688-95. Acedido em: 26/10/2019. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10695/10431>

Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 25 (6), 677-687. DOI: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10694>

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12 de julho de 2018), 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>

Santos, L. (2011). *Porquê brincar no hospital?* Acedido em: 29/05/2019. Disponível em: <http://www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac/noticias-humanizacao/item/464-porque-brincar-no-hospital>

**APÊNDICE VI – Documento de exposição
das limitações do SClínico associadas ao foco dor**

Exma. Sra. Enfermeira

No que se refere aos registos de dor no SClínico, e especificamente na intervenção “Monitorizar Dor”, têm sido detetados alguns problemas no que se refere à visualização dos registos realizados, assim como a particularidades no registo dessa mesma intervenção, dificultando a continuidade de cuidados e a melhoria da qualidade.

Assim, faz-se uma exposição de alguns desses problemas na expectativa de que os mesmos possam ser reportados e as limitações apresentadas possam ser ultrapassadas futuramente.

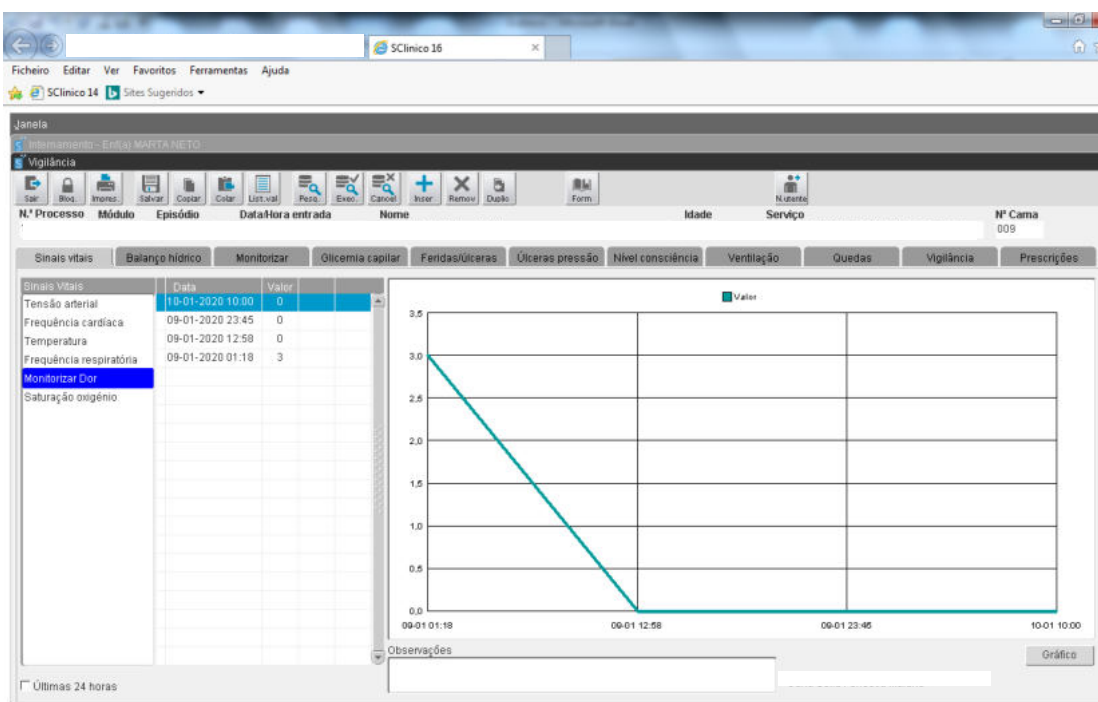
“Monitorizar Dor”

- 1- Nas escalas de auto avaliação (faces e numérica) não é possível registar a hora a que se refere a avaliação, assumindo o sistema a hora a que se realiza o registo;
- 2- Quando a intervenção é levantada com horas fixas, o registo com uma escala comportamental (ex: FLACC) não assume a hora planeada no preenchimento da escala nem quando associada uma nota à intervenção, mas a hora a que o registo está a ser realizado (implica alteração das horas aquando do registo).
- 3- Quando a intervenção é levantada com horas fixas, o registo com uma escala de autoavaliação (ex: faces ou numérica) não assume a hora planeada quando associada uma nota à intervenção, mas a hora a que o registo está a ser realizado (implica alteração da hora aquando do registo).

Visualização de registos

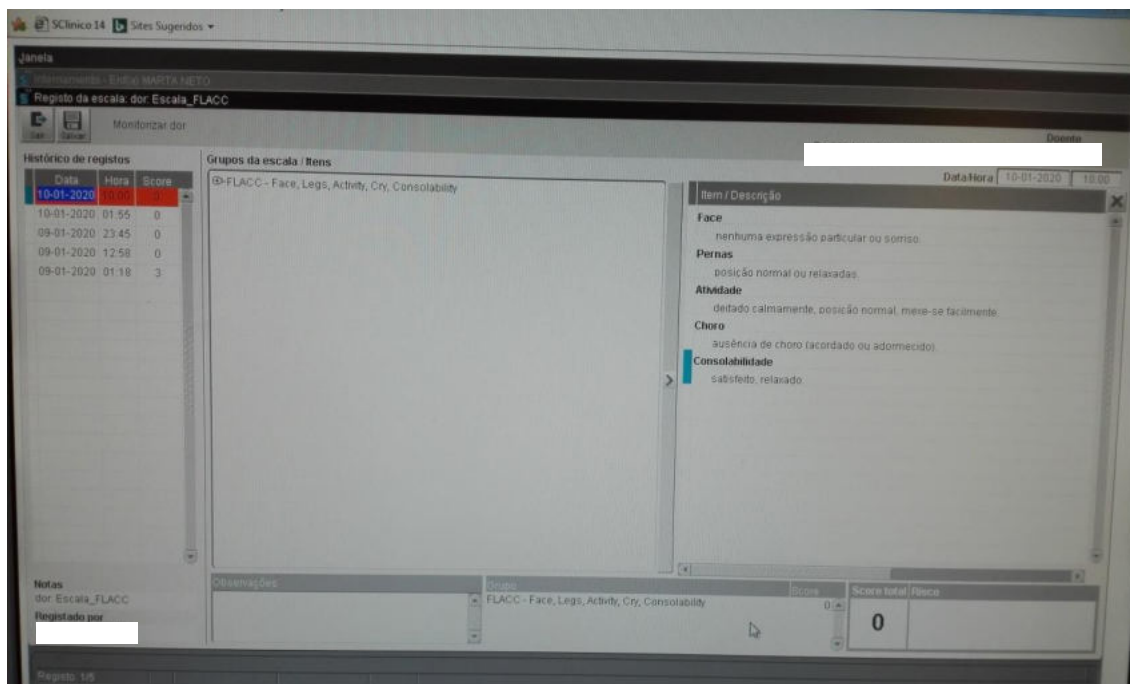
Conforme o local em que se visualizam os registos realizadas a informação obtida é diferente, tal como documentado em imagens abaixo.

→ Vigilâncias – Sinais Vitais – Monitorizar Dor



. Não se visualiza o registo realizado na Noite de dia 10.

→ Mapa de cuidados – Monitorizar Dor



. Comprovativo do registo do “Monitorizar Dor” na Noite de dia 10.

➔ Dados de Enfermagem – Vigilâncias

The screenshot displays the SClínico software interface. The top header shows the user 'Enf. Marta Lopes Neto' and 'Versão PCE: 11.0'. The main content area is divided into several sections:

- Vigilância 24 H**: A section for 24-hour monitoring with a scrollable list of items: Monitorizar frequência cardíaca, Monitorizar saturação de oxigénio, Monitorizar temperatura corporal, and Tensão Arterial.
- Notas**: A section for notes with a scrollable list of items: Avaliar papel parental, Gerir oxigenoterapia, and NOTAS GERAIS.
- Vigiar dor**: A section for pain monitoring with a table of entries.
- Vigiar eliminação intestinal**: A section for monitoring intestinal elimination.
- Vigiar eliminação urinária**: A section for monitoring urinary elimination.
- Vigiar penso do cateter**: A section for monitoring the catheter dressing.
- Vigiar refeição**: A section for monitoring meals.
- Vigiar respiração**: A section for monitoring breathing.
- Vigiar sinais de úlcera de pressão**: A section for monitoring pressure ulcer signs.

Data/Hora	Justificação/Notas	Enfermeiro
10-01-2020 11:26	Sem dor [Sem queixas algicas.]	
10-01-2020 01:55	Sem dor [Sem queixas algicas.]	
09-01-2020 23:52	Sem dor [Sem queixas algicas.]	
09-01-2020 12:59	Sem dor [Sem queixas algicas ao longo da manhã, estando bem-disposto e "tagarelo"]	
09-01-2020 07:01	Sem dor [refere queixas algicas aquando dos cuidados]	

. Não aparece a intervenção “Monitorizar Dor” nas vigilâncias.

Estes problemas de visualização têm sido frequentes interferindo com a prática diária de cuidados e enviesando os resultados das auditorias realizadas.

Enf. Marta Neto (53920)

APÊNDICE VII – Projeto
Procedimentos sem dor: Um direito da criança

USF

PROJETO

**PROCEDIMENTOS SEM DOR
- UM DIREITO DA CRIANÇA -**

Elaborado por: Marta Neto

(Elaborado no âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

outubro 2019

SIGLAS

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

CHULC – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

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

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IASP – *International Association for the Study of Pain*

NIPS – *Neonatal Infant Pain Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	3
1. POPULAÇÃO ALVO.....	7
2. OBJETIVOS.....	7
2.1. GERAIS.....	7
2.2. ESPECÍFICOS.....	7
3. DIVULGAÇÃO.....	7
4. ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO.....	8
5. MATERIAL NECESSÁRIO.....	8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	9
APÊNDICES	
APÊNDICE I – ESCALAS DE DOR	
APÊNDICE II – ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS	
APÊNDICE III – ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS POR IDADES	
APÊNDICE IV – PROTOCOLO: ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE	
APÊNDICE V – PROTOCOLO: APLICAÇÃO DE EMLA	
APÊNDICE VI – GUIA ORIENTADOR DE REGISTOS NO S.CLÍNICO	
APÊNDICE VII – CARTAZ DE SENSIBILIZAÇÃO AO PROJETO	

INTRODUÇÃO

Tendo por base a definição da *International Association for the Study of Pain* (IASP), também usada pela Direção-Geral da Saúde (DGS), a dor constitui "(...) uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão" (DGS, 2008, p.6). Com base nela, justifica-se a individualidade, subjetividade e multidimensionalidade que é associada à dor, uma vez que, para além da componente sensorial, neurofisiológica, tem também uma componente emocional, associada a fatores pessoais, culturais e espirituais que estão inerentes a aprendizagens que vão ocorrendo ao longo da vida (Batalha, 2010).

É reconhecido a todas as pessoas o direito ao controlo da dor, assim como o dever dos profissionais de saúde de intervirem com vista a esse mesmo controlo (OE, 2008). A reforçar o acesso ao tratamento da dor enquanto direito humano fundamental pode referir-se a assinatura da Declaração de Montréal, onde consta no seu Art.º 3 que a avaliação e tratamento da dor devem ser realizados por profissionais de saúde com treino adequado (IASP, 2010). Desde 2003 que a dor foi reconhecida enquanto 5º sinal vital, com vista a promover a sua avaliação sistemática e otimizar a intervenção (DGS, 2003).

Na criança, a importância atribuída ao controlo da dor surge associada ao reconhecimento de que as crianças têm dor (DGS, 2010) e a minimização da mesma esteve na base da constituição do 4º princípio da carta da criança hospitalizada (IAC, 2008). A desmistificação de que a imaturidade do sistema nervoso das crianças justificaria uma menor sensibilidade à dor terá sido primordial com vista ao reconhecimento da necessidade de melhoria dos cuidados (Barros, 2003). A DGS (2010) realça a suscetibilidade da criança à dor e a memória que guarda da mesma, influenciando a sua tolerância futura. Também a IASP (2019) alerta para o reconhecimento da criança enquanto cliente vulnerável, realçando as consequências nefastas e duradouras que podem decorrer de um inadequado controlo da dor.

A intervenção de enfermagem na área da saúde infantil e pediatria ganha sustentação no modelo de cuidados centrados na família, que identifica a família como elemento presente na vida da criança, primordial ao seu bem-estar e também alvo de cuidados, e na filosofia de cuidados não traumáticos, onde assume relevância a importância do controlo da dor e o desenvolvimento de todas as

estratégias que visem prevenir a mesma ou minimizar as suas repercussões (Hockenberry & Barrera, 2014). Um adequado controlo da dor exige, assim, uma intervenção individualizada onde os vários intervenientes compreendam o seu papel e colaborem para o mesmo objetivo comum.

Os procedimentos invasivos são considerados a causa mais frequente de dor nas crianças que vão aos serviços de saúde (DGS, 2012a). No Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (PNPCDor), com metas definidas até 2020, é realçada a importância do desenvolvimento de modelos de boas práticas na abordagem da dor, a necessidade de formação dos profissionais, nomeadamente no que se refere à avaliação e controlo da dor, assim como a relevância da literacia da população para o controlo da mesma (DGS, 2017). De acordo com a OE (2008), falar em controlo da dor implica falar em todas as intervenções que visam a sua prevenção e tratamento.

O projeto “Procedimentos sem dor: Um direito da criança” tem como finalidade traduzir a importância da intervenção na área da dor, especificamente no âmbito da realização de procedimentos (vacinação, diagnóstico precoce), perspetivando a melhoria das práticas no controlo da dor, com conseqüente melhoria da qualidade de vida da criança e família.

A dor associada aos procedimentos invasivos é uma dor nociceptiva. É reconhecida a eficácia das estratégias não farmacológicas no que se refere ao seu controlo, decorrente de desencadearem estímulos que competem com o estímulo nociceptivo da dor e tornam a sua perceção menos intensa, modificando o significado que lhe é atribuído (Barros, 2003; Batalha, 2010; OE, 2013). Sabe-se, hoje, que a partir das 24 semanas de gestação os recém-nascidos reagem aos estímulos dolorosos, traduzindo-se em alterações fisiológicas e comportamentais. Tal realça a importância de um controlo adequado da dor desde o primeiro procedimento realizado ao bebé (DGS, 2012b).

O controlo da dor implica a avaliação da mesma. No que se refere à monitorização da intensidade de dor deve recorrer-se a escalas de avaliação padronizadas e validadas, adequadas à idade e nível de desenvolvimento da criança (Lucas & Batalha, 2011). Sempre que possível devem ser privilegiadas as escalas de autoavaliação (DGS, 2010; OE, 2008), tendo sido selecionadas no âmbito deste projeto a Escala de Faces de Wong-Baker e a Escala Numérica. Não existindo essa possibilidade, a DGS (2010) dá orientações de escalas comportamentais a que os

profissionais podem recorrer, devendo no entanto ter-se presente que quer pais quer enfermeiros, de uma forma generalizada, tendem a minimizar a intensidade da dor (Batalha & Sousa, 2018). Com vista a adequar ao contexto a que se refere este projeto e uniformizar práticas foram selecionadas duas escalas que abrangem toda a população alvo deste projeto, a Escala *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) e a Escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC). Para além da intensidade, a avaliação da dor implica conhecer outros aspetos (Batalha, 2010). Assim, a colheita da história de dor, através da criança conforme a idade e/ou família, dará consistência a esta avaliação e permite reconhecer o significado de dor para aquela criança, a sua forma de comunicar a dor, as implicações da mesma e as estratégias que em situações anteriores foram eficazes (DGS, 2010; OE, 2008).

Para alguns procedimentos as estratégias farmacológicas para controlo da dor necessitam/podem ser mobilizadas (DGS, 2012a), podendo no âmbito do presente projeto referir-se a possibilidade de aplicação tópica de anestésico local (EMLA) no caso da administração de vacinas (que não as vivas). Quanto às estratégias não farmacológicas surgem como uma intervenção independente do enfermeiro que se revela eficaz no controlo da dor ligeira, nomeadamente para a realização de alguns procedimentos (DGS, 2012a, 2012b; OE, 2013), resultando o seu sucesso da adequação à criança e família (Batalha, 2007). Não pode ser esquecido que possibilitar à criança, de acordo com a sua idade, a participação nas estratégias com vista ao controlo da sua dor é fundamental (OE, 2013), assim como contribuir para que a família compreenda o seu papel de suporte emocional da criança e que seja ajudada na mobilização das estratégias que foram identificadas em conjunto como preferenciais (Barros, 2003). Cada sistema, criança/família, é único, tendo de ser constituída uma parceria entre criança, família e enfermeiro com vista a dar resposta às suas necessidades de forma adequada (McDowell, 2011).

A referir que nos recém-nascidos até aos 28 dias de vida/latente a amamentação ou, se a mesma não é possível a sucção não nutritiva com sacarose/leite materno, junto com o posicionamento de conforto, surgem como estratégias não farmacológicas recomendadas no caso de procedimentos (DGS, 2012b). A amamentação, ao conciliar a sucção com o contacto materno e o preenchimento gástrico, induz a libertação de endorfinas endógenas (DGS, 2012b). Também a sucção não nutritiva, durante os movimentos ritmados de sucção, inibe a hiperatividade minimizando o desconforto; o controlo da dor pode ser potenciado na associação da mesma ao leite materno ou à sacarose (ou glicose 30%), que pela

estimulação oro-gustativa induz a libertação de endorfinas endógenas (DGS, 2012b; OE, 2013). A concomitância destas estratégias com o posicionamento de conforto, colo, parece atenuar a resposta comportamental e fisiológica à dor (APED, 2018; OE, 2013).

Em crianças a partir dos 28 dias de vida várias outras estratégias não farmacológicas podem ser mobilizadas (OE, 2013), tendo estas de se adequar às preferências da criança e família (DGS, 2012a). Neste âmbito destacam-se as intervenções cognitivo-comportamentais como a preparação, a distração e o reforço positivo, mas também o suporte emocional, pela presença de alguém significativo, e as estratégias ambientais, decorrentes do espaço envolvente como a luz, ruído, temperatura ou decoração da sala (OE, 2013).

É importante relevar alguns princípios indispensáveis para que se consiga alcançar um adequado controlo de dor:

- incentivar a presença da família junto da criança de forma a promover o sentimento de segurança e proteção;
- negociar o papel parental pretendido naquele momento, ensinando à família como o mesmo pode ser alcançado;
- envolver a criança nos cuidados, de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento: dando informação verdadeira e clara de forma a permitir confiança e tranquilidade; possibilitando que exprima dúvidas e sentimentos; que participe de forma ativa no controlo da sua dor, por exemplo verbalizando as suas preferências de estratégias não farmacológicas dentro das opções; e incentivando o autocontrolo;
- no final, permanecer junto da criança, com vista a dar continuidade à relação de confiança anteriormente estabelecida, e dar reforço positivo, reconhecendo o seu esforço em colaborar.

(OE, 2013)

Ainda a referir que, tendo por base as orientações da DGS, é necessária a monitorização da dor antes, durante e após o procedimento invasivo (DGS, 2012a), pois só assim é possível compreender a eficácia da intervenção. Os registos no processo da criança são também um ponto crucial, estando a sua importância refletida no código deontológico (Lei n.º 156/2015, 2015) e nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

1. POPULAÇÃO ALVO

Todas as crianças inscritas na USF que recorrem à instituição de saúde para realização de procedimentos (diagnóstico precoce e vacinação).

2. OBJETIVOS

2.1. GERAIS

- Melhorar os cuidados de enfermagem no âmbito do controlo da dor das crianças, em procedimentos dolorosos.
- Contribuir para uma gestão adequada da dor da criança, presente e futura.

2.2. ESPECÍFICOS

- Sensibilizar os profissionais para a importância do controlo da dor, nomeadamente em procedimentos.
- Implementar escalas de dor.
- Esquematizar as estratégias de controlo da dor mais adequadas de acordo com a idade da criança.
- Divulgar protocolos: Administração de Sacarose e Aplicação de EMLA.
- Implementar e uniformizar os registos de enfermagem no processo da criança referentes ao controlo da dor.
- Dar visibilidade ao projeto.

3. DIVULGAÇÃO

- Formação da equipa de enfermagem.
- Disponibilização de documento de consulta.
- Afixação de cartaz alusivo ao projeto na sala de consulta de enfermagem de saúde infantil e sala de vacinação (APÊNDICE VII).

4. ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

Em cada contacto em que seja necessária a realização de procedimentos:

- Proporcionar um ambiente adequado, calmo e de confiança, garantindo a privacidade – sala de consulta de enfermagem de saúde infantil e sala de vacinação.
- Explicar o procedimento à criança, adequado à sua idade e estágio de desenvolvimento, assim como à família.
- Selecionar a escala a utilizar (APÊNDICE I):
 - Autoavaliação (Escala de Faces de Wong-Baker ou Escala Numérica)
 - Comportamentais (Escala NIPS ou Escala FLACC)
- Nas escalas de autoavaliação fazer ensino/validar conhecimento da criança sobre a mesma.
- Negociar a presença e tipo de colaboração da família.
- Possibilitar à criança, quando a idade o permite, a seleção e participação nas estratégias com vista ao controlo da sua dor.
- Proporcionar e ensinar sobre as estratégias não farmacológicas que forem identificadas em parceria como sendo as mais adequadas (APÊNDICE II), tendo em conta a idade e preferência da criança (APÊNDICE III).
- Se adequado e possível poderá recorrer-se à sacarose (APÊNDICE IV) ou ao EMLA (APÊNDICE V), segundo protocolos.
- Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento com a escala selecionada. Proceder aos registos (APÊNDICE VI).

5. MATERIAL NECESSÁRIO

- Escalas de dor
- Cadeira para amamentação
- Brinquedos variados para se adequarem a várias etapas de desenvolvimento
- Computador para registos
- Sacarose (se disponibilizado pela ARS)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

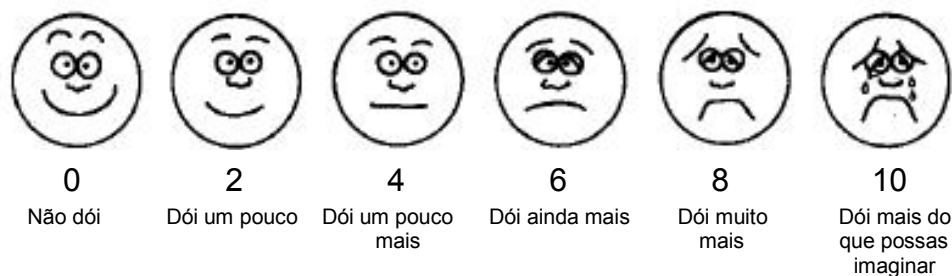
- APED (2018). *Desenhos da minha dor*. Acedido em 13/10/2019. Disponível em <https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2019/07/APED-desenhos-da-minha-dor-PT.pdf>
- Barros, Luísa (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi.
- Batalha, L. M. C. (2007). Factores de risco para um controlo inadequado da dor em pediatria. *Dor*. 15 (1), 27-36. Acedido em 17/06/2019. Disponível em: https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2007_01.pdf
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. M. C., & Sousa, A. F. D. (2018). Autoavaliação da intensidade da dor: correlação entre crianças, pais e enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (17), 15-22. DOI: 10.12707/RIV18002.
- DGS (2003). *A dor como 5º sinal vital – Registo sistemático da intensidade da Dor*. Acedido em 12-04-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- DGS (2008). *Programa nacional de controlo da dor*. Acedido em 12-04-2019: Disponível em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor-pdf.aspx>
- DGS (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Acedido em 12-04-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- DGS (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimento invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Acedido em 12-06-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- DGS (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias.)* Acedido em 12-06-2019. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- DGS (2017). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. Acedido em: 12-03-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>
- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In J. M. Hockenberry & D. Wilson, *Wong: enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed., Vol II, pp. 1-20). Loures: Lusociência.

- IAC (2008). *Carta da criança hospitalizada*. Acedido em 12-04-2019. Disponível em: <http://criancaefamilia.spp.pt/direitos-da-crianca/carta-da-crianca-hospitalizada.aspx>
- IASP (2010). *Declaration of Montréal*. Acedido em: 18/06/2019. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal>
- IASP (2019). *Pain in children: Management*. Acedido em 29-04-2019. Disponível em: http://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/2019GlobalYear/Fact_Sheets/7_Pain_children_management.pdf
- Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 181 de 16 de setembro de 2015), 8059-8105. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Lucas, A. M., & Batalha, L. (2011). Avaliação da dor na criança por enfermeiros. *XI conferência iberoamericana de educação em enfermagem*. Coimbra. Acedido em: 16-04-2019. Disponível em: http://web.esenfc.pt/v02/esenfc/pa/include/download.php?id_ficheiro=18279&codigo=948133113
- McDowell, B. M. (2011). Using the Neuman systems model to guide pediatric nursing practice. In B. Neuman & J. Fawcett, *The Neuman systems model* (5ª ed., pp. 223-236). USA: Pearson.
- OE (2001). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Acedido em: 09/06/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- OE (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. I (1). Acedido em: 12/04/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- OE (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. 1 (6). Acedido em 01/05/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontroloadorcrianca.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I
ESCALAS DE DOR

ESCALA DE FACES DE WONG–BAKER



Instruções

- Usada em crianças com idade ≥ 3 anos.
- Pontuação total entre 0 e 10:
0 – sem dor; 2 – dor ligeira; 4-6 – dor moderada; 8-10 – dor severa

Pedir à criança que escolha a face que melhor descreve como ela se sente.

Face 0 – não dói; está feliz porque não tem nenhuma dor.

Face 2- dói um pouco; tem apenas um pouco de dor.

Face 4 – dói um pouco mais; tem um pouco mais de dor.

Face 6 – dói ainda mais; tem ainda mais dor.

Face 8 – dói muito mais; tem muita dor.

Face 10 – dói mais do que possas imaginar, embora não precisas de chorar para te sentires assim; tem uma dor máxima, apesar de nem sempre provocar o choro.

Referências Bibliográficas

- CHULC (2018). *Circular informativa n.º. 43*. 29 de Janeiro de 2018. Procedimento multissetorial - TRC. 111 - Avaliação e registo da dor enquanto 5º sinal vital. Acessível no CHULC, Lisboa, Portugal.
- DGS (2003). *A dor como 5º sinal vital – Registo sistemático da intensidade da Dor*. Acedido em 12-04-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- DGS (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Acedido em 12-04-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- DGS (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimento invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Acedido em 12-06-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- OE (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. I (1). Acedido em: 12/04/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

ESCALA NUMÉRICA



Instruções

- Usada em crianças com idade ≥ 6 anos.
- Pontuação total entre 0 e 10:
0 – sem dor; 1-3 – dor ligeira; 4-6 – dor moderada; 7-10 – dor severa

Referências Bibliográficas

- CHULC (2018). *Circular informativa nº: 43*. 29 de Janeiro de 2018. Procedimento multissetorial - TRC. 111 - Avaliação e registo da dor enquanto 5º sinal vital. Acessível no CHULC, Lisboa, Portugal.
- DGS (2003). *A dor como 5º sinal vital – Registo sistemático da intensidade da Dor*. Acedido em 12-04-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- DGS (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Acedido em 12-04-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- DGS (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimento invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Acedido em 12-06-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- OE (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. I (1). Acedido em: 12/04/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

ESCALA NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*)

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Expressão facial	Relaxada	Careta	
	Face serena, expressão neutra	Músculos faciais tensos, sobranceiras, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa – nariz, boca e sobranceira).	
Choro	Ausente	Choramingo	Choro vigoroso
	Sereno, não chora.	Choramingo brando, intermitente.	
Respiração	Relaxada	Mudança na respiração	
	Padrão normal para o RN.	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração.	
Braços	Relaxados/Controlados	Flexionados/Estendidos	
	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços	Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.	
Pernas	Relaxadas/controladas	Flexionadas/Estendidas	
	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas.	Pernas tensas, esticadas e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.	
Estado de vigília	Dorme/calmo	Agitado	
	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável.	Alerta, inquieto e agitado.	

Instruções

- Usada em RN pré-termo e de termo (idade gestacional \geq 24 semanas).
- Pontuação total entre 0 e 7:
0 – sem dor; 1-2 – dor ligeira; 3-4 – dor moderada; 5-7 – dor severa

Referências Bibliográficas

- CHULC (2018). *Circular informativa nº: 43*. 29 de Janeiro de 2018. Procedimento multissetorial - TRC. 111 - Avaliação e registo da dor enquanto 5º sinal vital. Acessível no CHULC, Lisboa, Portugal.
- DGS (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Acedido em 12-04-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- DGS (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica*. Acedido em 12-06-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0232012-de-18122012-png.aspx>
- OE (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. I (1). Acedido em: 12/04/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

ESCALA FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*)

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

Instruções

- Usada em crianças de idade \leq 19 anos.
- Pontuação total entre 0 e 10:
0 – sem dor; 1-3 – dor ligeira; 4-6 – dor moderada; 7-10 – dor severa

Referências Bibliográficas

- CHULC (2018). *Circular informativa n.º. 43*. 29 de Janeiro de 2018. Procedimento multissetorial - TRC. 111 - Avaliação e registo da dor enquanto 5º sinal vital. Acessível no CHULC, Lisboa, Portugal.
- DGS (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Acedido em 12-04-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- DGS (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimento invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Acedido em 12-06-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- OE (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. I (1). Acedido em: 12/04/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

APÊNDICE II – ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS	DESCRIÇÃO
Amamentação (AM)	Colocar o bebê a mamar antes, durante e alguns minutos após o procedimento.
Sucção não nutritiva (SNN)	Oferecer a chucha ao bebê.
Posicionamento de conforto (PC)	Aconchegar o bebê. Colocar a criança ao colo ou permitir uma posição vertical promove uma sensação de controlo e segurança.
Distração (D)	Desviar a atenção da criança antes e durante o procedimento para outros estímulos que sejam agradáveis. Podem ser atividades cognitivas (vídeos, imagens, histórias) ou comportamentais (cantar). Os estímulos multissensoriais têm efeito mais eficaz.
Sacarose/ Glicose 30% (S)	Administrar a solução oral na poção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento (Protocolo - Apêndice IV).
Preparação (P)	Fornecer informação sobre o procedimento possibilitando à criança uma expectativa realista (o que irá acontecer e o que poderá sentir). A antecedência da realização da preparação deverá ser adequada à idade e temperamento da criança.
Reforço positivo (RP)	Combinar com a criança o comportamento esperado e recompensa a receber após o procedimento. No final não esquecer o elogio verbal e, se possível, pequenos prémios representativos do esforço (certificado, pensos com autocolantes de bonecos).
Suporte emocional (SE)	Presença de alguém significativo que proporciona conforto e segurança.

(APED, 2018; DGS, 2012a, 2012b)

APÊNDICE III – ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS POR IDADES

IDADE	ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
0-12 MESES	<ul style="list-style-type: none">- Amamentação- Sacarose + Sucção não nutritiva- Posicionamento de conforto (colo)- Distração: objetos com som/luz/cor, embalar
1-6 ANOS	<ul style="list-style-type: none">- Preparação- Distração: brinquedos, livros interativos, fantoches, cantar- Posicionamento de conforto (colo, posição vertical)- Relaxamento através de exercícios respiratórios (“soprar uma vela”, “cheirar uma flor”)
7-11 ANOS	<ul style="list-style-type: none">- Preparação- Brinquedos- Histórias- Vídeos- Livros- Jogo- Relaxamento através de exercícios respiratórios (“respirar lentamente e ritmado”, “inspirar pelo nariz e expirar pela boca, dilatando o abdômen quando inspira”)
12-18 ANOS	<ul style="list-style-type: none">- Jogos- Música- Vídeos- Livros- Conversa sobre outros temas- Relaxamento através de exercícios respiratórios (“respirar lentamente e ritmado”, “inspirar pelo nariz e expirar pela boca, dilatando o abdômen quando inspira”)

(APED, 2018; OE, 2013)

APÊNDICE IV – PROTOCOLO: ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE

Finalidade

Prevenção ou minimização da dor da criança associada a procedimentos invasivos, na criança até aos 3 anos de idade (CHULC, 2019).

Composição

Sacarose 24% (dissacárido constituído por glicose + frutose) e água destilada.

Mecanismo de Ação

A estimulação oro-gustativa induzida pela sacarose ativa o sistema opioide endógeno, conduzindo a uma redução do nível de dor (Batalha, 2010; DGS, 2012). O efeito nociceptivo é alcançado através das papilas gustativas (sensação do doce) e não decorrente da absorção, pelo que a administração da sacarose tem de ser realizada na porção anterior da língua (OE, 2013). As fibras nervosas sensoriais da língua são estabelecidas desde a 26^a-28^a semana de gestação, podendo a sacarose ser utilizado no recém-nascido a partir das 28 semanas de idade gestacional (DGS, 2012).

Estudos têm demonstrado que o recurso à sacarose resulta numa expressão facial de tranquilidade no recém-nascido, assim como numa diminuição do tempo de choro (OE, 2013), dando consistência à sua importância enquanto estratégia não farmacológica para o controlo da dor.

O seu efeito é potenciado quando associada à sucção não nutritiva (Batalha, 2010; DGS, 2012). Pode ser associada a outras estratégias não farmacológicas (Batalha, 2010).

Indicações

RN a partir das 28 semanas de idade gestacional para realização de procedimentos dolorosos minor. Deve ser associada a outras estratégias não farmacológicas ou farmacológicas.

Contraindicações

Intolerância à glicose e frutose

Criança sedada

Suspeita de enterocolite necrosante

Hiperglicémia

Efeitos Adversos

Risco de aspiração

Flatulência

Hiperglicémia

Forma de utilização

Administrar a solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, ou colocar na chucha, respeitando as doses. A administração deve ser realizada 2 a 5 minutos antes do procedimento. Pico de ação aos 2 minutos. Tempo de duração do efeito 5-10 minutos.

Posologia

Apresentação: Ampola Unidose = 1,5ml (360mg)

Dose mínima eficaz: 0,05-0,5 ml

IDADE	DOSE MÁXIMA
27-31 semanas de idade gestacional	0,5 ml (120mg)
32-36 semanas de idade gestacional	1 ml (240mg)
Recém-nascidos de termo	2 ml (480mg)

Validade

A sacarose deve ser conservada no frio. Após aberta usar no período de uma semana.

Referências Bibliográficas

DGS (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Acedido em 12-06-2019. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>

Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.

CHULC (2019b). *Circular informativa n.º: 163*. 23 de Abril de 2019. Procedimento multissetorial - TRC. 141 - Administração de sacarose oral ao utente pediátrico. Acessível no CHULC, Lisboa, Portugal.

OE (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. 1 (6). Acedido em 01/05/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcricao.pdf

APÊNDICE V – PROTOCOLO: APLICAÇÃO DE EMLA

Finalidade

Prevenção ou minimização da dor da criança associada a procedimentos invasivos da pele, através de anestesia tópica (CHLC, 2019; DGS, 2012).

Composição

25% de lidocaína + 25% de prilocaína/g. Excipiente: Carbopol 794p, hidróxido de sódio, óleo de rícino de polietilenoglicol 35 e água purificada.

Mecanismo de Ação

Ação a nível dos recetores das terminações nervosas A (mielínicas) e C (amielínicas) (CHLC, 2019).

Indicações

RN de termo e pré-termo com idade gestacional superior a 32 semanas e mais de 7 dias de vida.

Anestesia tópica da pele:

- punções venosas, arteriais, capilares e lombares
- injeções intramusculares e subcutâneas
- inserção percutânea de cateteres centrais
- pequenos gestos cirúrgicos sob anestesia local (infiltração); biópsias, laserterapia, excisão de lesões cutâneas, toracocentese
- lesões pós-herpéticas
- cicatrizes dolorosas pós-cirurgia

Contraindicações

Hipersensibilidade aos anestésicos locais tipo amida

Alergia à penicilina

Metahemoglobinémia congénita ou idiopática

Feridas abertas

Mucosas exceto na mucosa genital

Proximidade dos olhos, boca e nariz

Vacinas vivas

Efeitos Adversos

Reações cutâneas locais.

Forma de utilização

Validar peso e idade da criança.

Pele limpa e íntegra.

Colocar o penso EMLA ou o creme com penso impermeável, vigiando o extravasamento (prevenir contactos com olhos e boca da criança).

Retirar o penso ou creme quando cumprido tempo previsto.

Início de ação: 60 = minutos;

Pico de Ação = 120 minutos

Duração da Ação = 4 horas

Tempo de Oclusão

- punções superficiais – mínimo 1h
- punções profundas (punções lombares, injeções intramusculares e subcutâneas, pequenos gestos cirúrgicos) – mínimo 2h
- mucosa genital – 30 minutos
- dermatites atópicas – 15-30 minutos

Posologia

Apresentação:

Penso a 5% = 1g (Crianças com peso \geq 10kg)

Creme a 5% = 5ml = 5gr + Pensos impermeáveis com latex

Dose máxima = 5mg/kg de lidocaína+prilacaína

IDADE	DOSE	DOSE MÁXIMA DIÁRIA
0-3 Meses	0,5g	1g
4-12 Meses	0,5g	2g
1-6 Anos	1-2g	10g
7-11 Anos	1-2g	20g
\geq 12 Anos	2-3g	50g

Validade

Até ao prazo de validade. Não conservar acima de 30°C. Não congelar.

Referências Bibliográficas

Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.

CHULC (2019a). *Circular informativa n.º: 161*. 23 de Abril de 2019. Procedimento multissetorial - MED. 134 - Aplicação tópica de anestésico local ao utente pediátrico. Acessível no CHULC, Lisboa, Portugal.

DGS (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimento invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Acedido em 12-06-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>

INFARMED (2016). Folheto informativo: Informação para o utilizador. Emla 25 mg/g + 25 mg/g creme lidocaína + prilocaína. Acedido em 13/10/2019. Disponível em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2966&tipo_doc=fi

OE (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. 1 (6). Acedido em 01/05/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcricao.pdf

APÊNDICE VI – GUIA ORIENTADOR DE REGISTOS NO S.CLÍNICO

FOCO: Dor

DIAGNÓSTICO: Sem Dor

INTERVENÇÕES: Monitorizar Dor – Em todos os Contactos

REGISTO:

“**Valor**” (Nível de dor no momento do procedimento)

“**Nota da Intervenção**” (Escrever)

- . Escala (ex: NIPPS)
- . Dor antes – Dor no momento – Dor após (ex: 0-2-0)
- . Intervenções (ex: AM+PC+SE)

Legenda – Estratégias Não Farmacológicas:

AM – amamentação

SNN – sucção não nutritiva

PC – posicionamento de conforto

D – distração

S – sacarose

P – preparação

RP – reforço positivo

SE – suporte emocional

EXEMPLO DE REGISTO S.CLÍNICO	
Intervenção	Monitorizar Dor
Valor	2
Nota da Intervenção	NIPS, 0-2-0, AM+PC+SE

APÊNDICE VII
CARTAZ DE SENSIBILIZAÇÃO AO PROJETO

PROCEDIMENTOS SEM DOR: UM DIREITO DA CRIANÇA

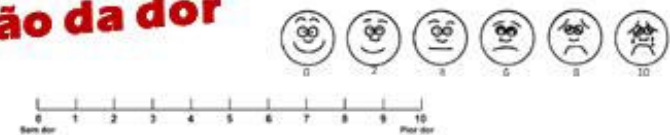
Os procedimentos são considerados a causa mais frequente de dor das crianças que vão aos serviços de saúde (DGS, 2012a).



Um controlo inadequado da dor pode ter consequências nefastas e duradouras para a criança (IASP, 2019).

<https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2019/07/APED-desenhos-da-minha-dor-PT.pdf>

Avaliação da dor



Estratégias não farmacológicas

Eficazes no controlo da dor ligeira em procedimentos dolorosos rápidos.

- perceção de dor menos intensa
- redução do medo e da ansiedade

(APED, 2018)



Amamentação



Sucção não nutritiva

Ambiente calmo

Posicionamento de conforto

Relaxamento

Reforço positivo

Preparação

Distração

Suporte emocional

Registos



O controlo da dor é um direito da criança e um dever dos profissionais de saúde (OE, 2008).

Referências bibliográficas: APED (2018). *Desenhos da minha dor*; DGS (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimento invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*; IASP (2019). *Pain in children: Management*; OE (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. I (1).

<http://portal.apurcas.saude.gov.br/mapas/ap011/legenda/15-calendario-vacinal-14e-14anos.zip>

**APÊNDICE VIII – Direito a não ter dor:
Contributos dos pais no controlo da dor do recém-nascido**

Direito a não ter dor

Contributo dos pais no controlo da dor do recém-nascido

UNIDADE DE NEONATOLOGIA



Porquê falar de dor do recém-nascido?

Vamos conversar sobre estratégias para o seu controlo

Esperamos por si na Sala de Pais

Dia 18 das 14:00h às 14:30h

Enf.ª Marta Neto

(Atividade desenvolvida no âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - ESEL)

DIREITO A NÃO TER DOR

CONTRIBUTO DOS PAIS NO CONTROLO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO

Discente: Enf.ª Marta Neto n.º 8949

Docente: Prof.ª Doutora Filomena Sousa

Orientada por: Enf.ª Especialista UCIN



<https://pt.depositphotos.com/20114099/stock-photo-babys-feet.html>

O RECÉM-NASCIDO SENTE DOR?

Perceção de dor a partir das 20 semanas de gestação

(Batalha, 2010; Cordeiro & Costa, 2014; Coughin, 2017; DGS, 2010)

Imaturidade do sistema de inibição da dor

(Batalha, 2010; Coughin, 2017; DGS, 2010)

Menor capacidade de manter a estabilidade

(Batalha, 2010)

Vulnerabilidade

(Coughin, 2017; DGS, 2010; IASP, 2019)

Memória de dor

(DGS, 2010; 2012)

Gestão futura de situações de dor

(Coughin, 2017; DGS, 2010, 2012; IASP, 2019)



(IAC, 2008)

Controlo da dor é um direito

(DGS, 2008)

PORQUÊ FALAR DE DOR NA UCIN?



<https://www.crescercontigo.pt/murro-estomago-ter-filho-prematureo-depois-sonhar-com-bebe-perfeito/>

Suscetibilidade do recém-nascido



<https://www.lusiadas.pt/pt/unidades/HospitalLisboa/servicosclinicos/maternidade/Paginas/uidadosneonatais.aspx>

Ambiente físico: luzes, ruído, manipulação



<http://www.revistahosp.com.br/dados/materia/A-Importancia-da-Enfermagem-no-Teste-do-Pezinho/5985/>

Procedimentos: picada para análises ou catéter, aspiração de secreções, entubação



RECONHECER A DOR DO RECÉM-NASCIDO

Expressão facial:

testa franzida, olhos fechados, tremor do queixo



(<https://www.secad.com.br/blog/medicina/sinais-de-dor-desafiam-diagnostico-em-recem-nascidos/>)

Comportamento:
sono agitado, difícil de consolar, irritabilidade

Indicadores Comportamentais

Expressão vocal:
choro, gemido

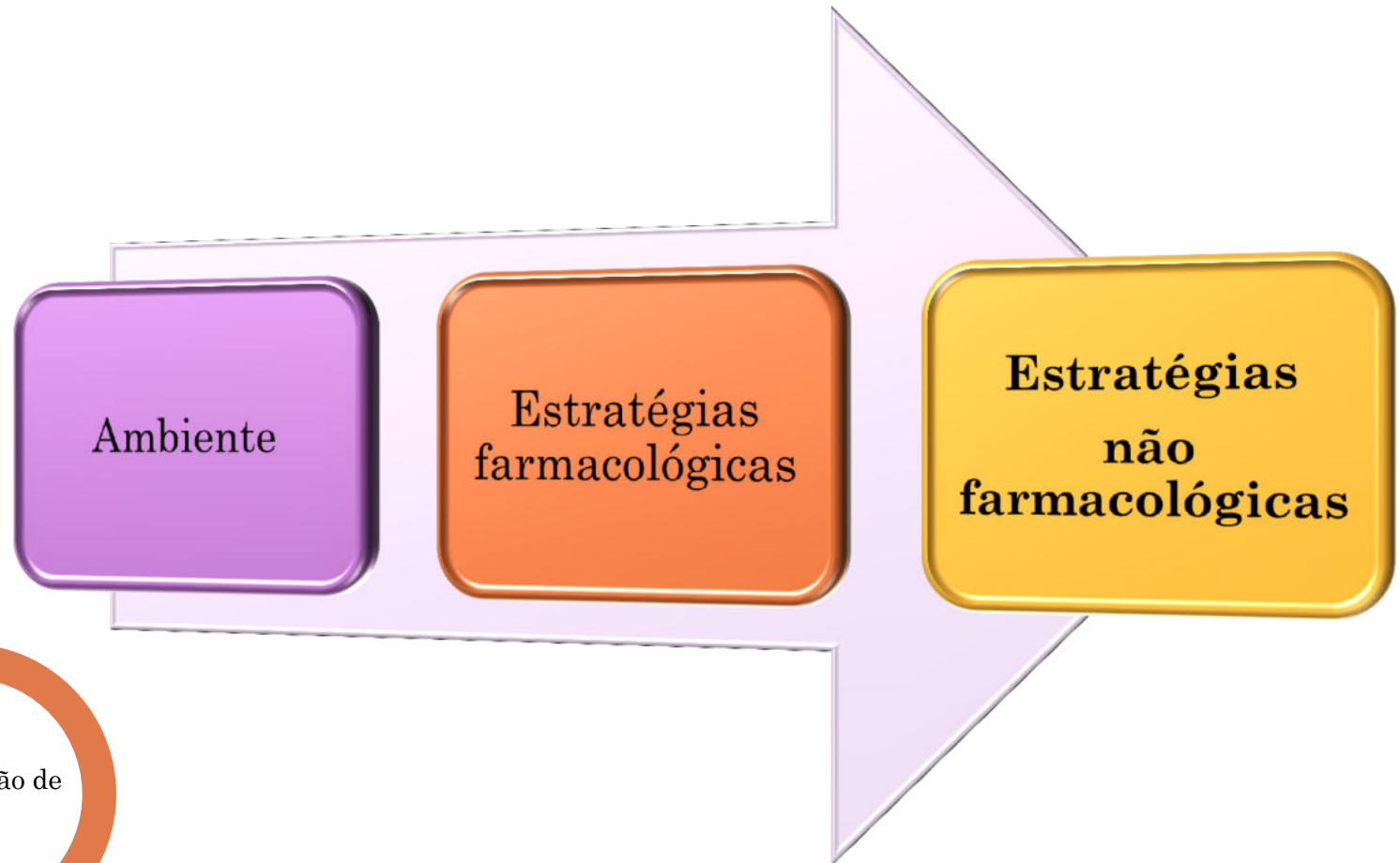


(<https://www.istockphoto.com/br/foto/doc-e-beb%C3%AA-prematuro-na-utin-com-oxie%C3%AAnio-a-chorar-gm956193116-261076739>)

Expressão corporal:
agitação motora, punhos cerrados, movimentos de defesa

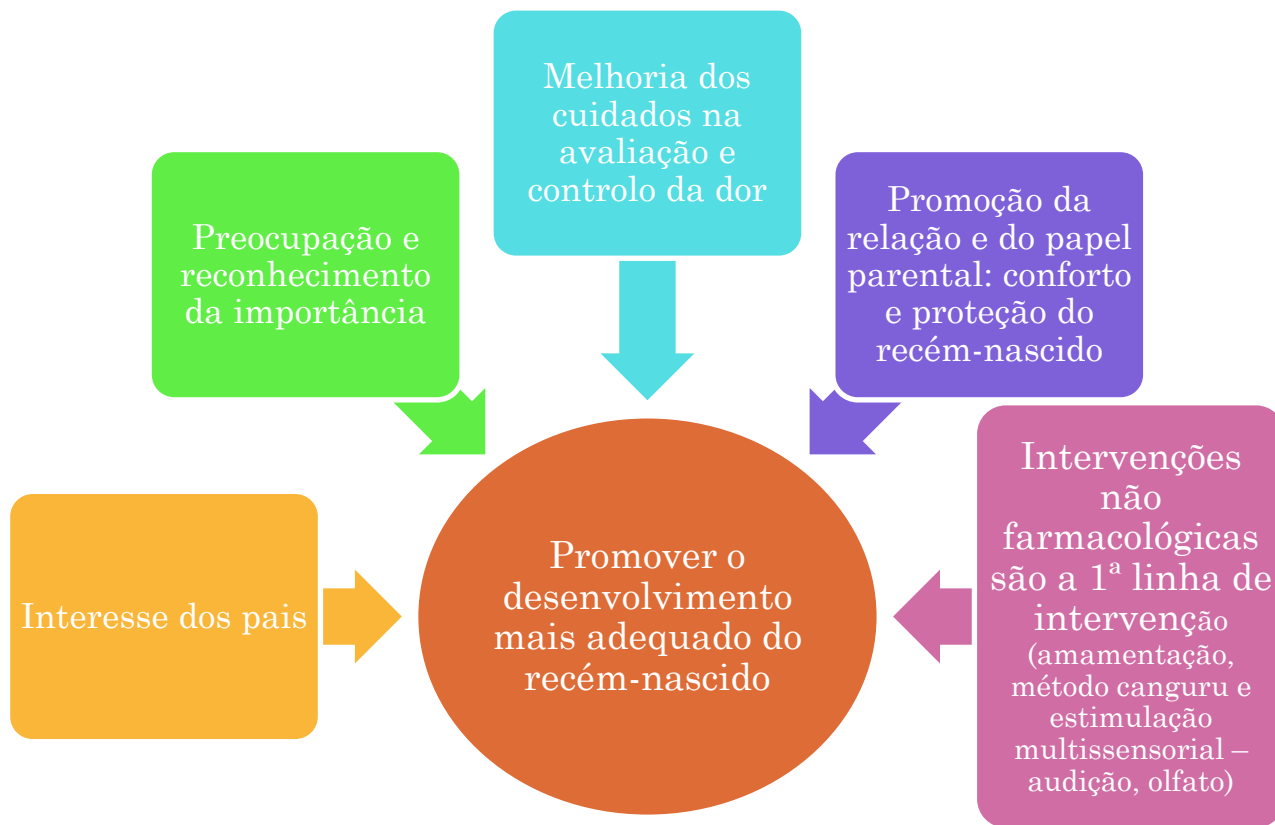
(Batalha, 2011; Campos 2018)

CONTROLO DA DOR NA UCIN



(DGS, 2012; Maciel *et al.*, 2019; OE, 2013)

(Batalha, 2010)



Pais enquanto parceiros no controlo da dor

▼
Porquê?

Sensibilização, motivação, informação e apoio pela equipa de cuidados.

(Campbell-Yeo, Fernandes, & Johnston, 2011; Coughin, 2017; DGS, 2012; Palomaa, Korhonen, & Pölkki, 2016; Pölkki, Korhonen, & Laukkala, 2018; Pölkki, Laukkala, & Korhonen, 2016)

Amamentação

Colocar o recém-nascido à mama antes (5 minutos) e durante o procedimento e mantê-lo durante alguns minutos após o término do mesmo.



<http://birthwithlove.pt/blogue/2016/02/26Partonaagua-2>

Através da sucção combinada com o contacto materno e o preenchimento do estômago é possível a diminuição da sensação de dor.



<https://www.topmidianews.com.br/saude/simples-e-eficaz-tecnica-para-reducao-da-dor-na-vacinacao-de-bebes-e/108738/>

Pais enquanto parceiros no controlo da dor



Estratégias não farmacológicas

Método Canguru

Colocar o recém-nascido, pelo menos 15 minutos antes do procedimento, em contacto pele a pele com um dos pais usando apenas fralda e cobrindo-o com a roupa dos pais ou um cobertor.



<https://www.prematuridade.com/index.php/noticia-mod-interna/colo-de-mae-chupeta-e-agua-com-acucar-reduzem-sofrimento-de-bebes-prematurados-7202>



<https://www.hcpa.edu.br/593-dia-dos-pais-metodo-canguru-envolve-toda-a->

O método canguru combina o tato, o olfato e a audição contribuindo para a diminuição da sensação de dor.

(DGS, 2012; Maciel *et al.*, 2019)

Pais enquanto parceiros no controlo da dor



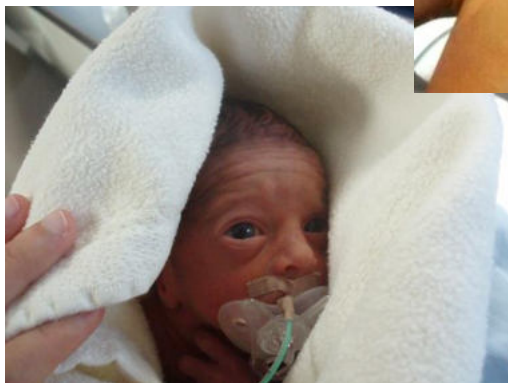
Estratégias não farmacológicas

Sucção não nutritiva - chucha

Oferecer a chucha ao recém-nascido.



<http://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2016/01/hipertensao-e-maior-cao-de-partos-prematurados-nao-espontaneos.html>



https://fotos.web.sapo.io/i/o77014bc0/2311771_dcbD0.jpeg

Os movimentos ritmados de sucção minimizam o desconforto diminuindo a sensação de dor.

(DGS, 2012; Maciel *et al.*, 2019, OE, 2013)

Pais enquanto parceiros no controlo da dor



Estratégias não farmacológicas

Contenção

Utilização das mãos, sem pressão excessiva, para segurar a cabeça, os braços e pernas do recém-nascido mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão.



https://www.gazzettadiparma.it/eventi/2018/11/17/news/neonatologia_una_giornata_per_i_nati_prematuri-550409/



<https://laprovinciapavese.gelocal.it/pavia/cronaca/2015/07/27/news/dove-salvano-i-prematuri-neonatologia-da-record-1.11844027>

Promove a autorregulação, evita a desorganização e facilita a aproximação da mão à boca, favorecendo a sucção e autoconsolo.



<https://www.facebook.com/pg/II-Simp%C3%B3sio-De-Fisioterapia-Em-Neonatologia-341167302667135/posts/1>

(Cordeiro & Costa, 2014; DGS, 2012)

Pais enquanto parceiros no controlo da dor



Estratégias não farmacológicas

Sacarose 24%

Administração de sacarose sobre a ponta da língua (ampola ou seringa) ou molhando a chucha na solução, 2 minutos antes do procedimento. A administração poderá ser repetida.



Através da estimulação das papilas gustativas pelo doce possibilita a redução da sensação de dor.



<http://www.tomasmyspecialbaby.com/2017/11/ter-um-filho-prematuro.html>

É possível aumentar o seu efeito se for combinada a sacarose com a sucção não nutritiva.

Pais enquanto parceiros no controlo da dor



Estratégias não farmacológicas

VÍDEO



(Almeida, Candido, Harrison & Bueno, 2018;
Bueno, Costa, Camargo, Costa & Harrison, 2017)

SISTEMATIZANDO

**Cuidar para o
controlo da dor:**



<https://osegredo.com.br/hospital-veste-bebes-prematuros-de-super-herois-e-surpreende-pais/>



<http://www.chcbeira.pt/?cix=734&lang=1>



<https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/A-presen%C3%A7a-dos-pais-nas-UCINs.pdf>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

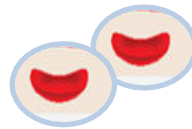
- Almeida, H.C.C., Candido, L.K., Harrison, D., & Bueno, M. (2018). Be sweet to babies: evaluation of an instructional video on neonatal pain management by nurses. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 52, e03313. Doi: 10.1590/S1980-220X2017033903313
- Bueno, M., Costa R. N., Camargo, P. P., Costa, T., & Harrison, D. (2017). Evaluation of a parent-targeted video in portuguese to improve pain management practices in neonates. *Journal of Clinical Nursing*. 27, 1153-1159. Doi: 10.1111/jocn.14147
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batalha (2011). *Avaliação da dor no RN: Escalas e treino de utilização*. XL Jornadas Nacionais de Neonatologia - Encefalopatia Neonatal Uma Abordagem Multidisciplinar. Coimbra. Acedido em: 28/11/2019. Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=18275&code=221117726>
- Campos, A. P. S. (2018). Neonatal pain: knowledge, attitude and practice of the nursing team. *British Journal of Pain*.1(4),354-358. Doi: 10.5935/2595-0118.20180067
- Coughlin, M. E. (2017). *Trauma-informed care in the NICU : evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Cordeiro, R. A., & Costa, R. (2014). Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: Uma construção coletiva da enfermagem. *Texto Contexto-Enfermagem*. 23(1), 185-192. Doi: 10.1590/S0104-07072014000100022
- Campbell-Yeo, M., Fernandes, A., & Johnston C. (2011). *Procedural pain management for neonates using nonpharmacological strategies. Part 2: mother-driven interventions advances in neonatal care*. 11 (5), 312-318. Acedido em 28/11/2019. Disponível em: <https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00149525-201110000-00004.pdf>
- DGS (2008). *Programa nacional de controlo da dor*. Acedido em: 12-04-2019: Disponível em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor-pdf.aspx>
- DGS (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Acedido em 12-04-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- DGS (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias.)* Acedido em 12-06-2019. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- IAC (2008). *Carta da criança hospitalizada*. Acedido em 12-04-2019. Disponível em: <http://criancaefamilia.spp.pt/direitos-da-crianca/carta-da-crianca-hospitalizada.aspx>
- IASP (2019). *Pain in children: Management*. Acedido em 29-04-2019. Disponível em: http://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/2019GlobalYear/Fact_Sheets/7_Pain_children_management.pdf

- Johnston, C. C., Fernandes, A. M., & Campbell-Yeo, M. (2011). Pain in neonates is diferente. *PAIN*. 152, 65-73. DOI: 10.1016/j.pain.2010.10.008
- Maciel, H. I. A., Costa M. F., Costa, A. C. L., Marcatto, J. O., Manzo, B. F., & Bueno M. (2019). Medidas farmacológicas e não farmacológicas de controle e tratamento da dor em recém-nascidos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 31(1), 21-26. Acedido em 28/11/2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v31n1/0103-507X-rbti-20190007.pdf>
- OE (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Acedido em 01/05/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodordocrianca.pdf
- Palomaa, A. K., Korhonen, A., & Pölkki, T. (2016). Factors influencing parental participation in neonatal pain alleviation. *Journal of Pediatric Nursing*. 31, 519- 527. Doi: 10.1016/j.pedn.2016.05.004
- Pölkki, T., Korhonen, A., & Laukkala, H. (2018). Parents' use of nonpharmacologic methods to manage procedural pain in infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 47 (1), 43–51. Doi: 10.1016/j.jogn.2017.10.005.
- Pölkki, T., Laukkala, H., & Korhonen, A. (2016). Nurses' and parents' perceptions of parental guidance on using nonpharmacological pain-relieving methods among neonates in the NICU. *Pain Management Nursing*.17 (4), 272-280. Doi: 10.1016/j.pmn.2016.04.002.

APÊNDICE IX – Cartão identificador do projeto
Via rápida para as crianças com anemia das células falciformes



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL



Nome: _____

Data Nascimento: ___/___/_____

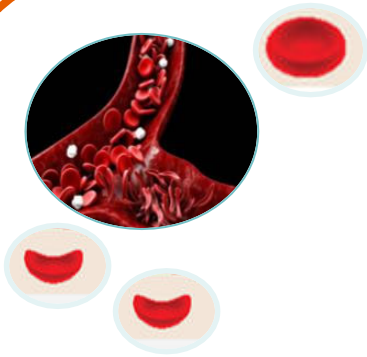


**APÊNDICE X – Direito a não ter dor:
Cuidado de enfermagem à criança com anemia das células
falciformes (Partilhar e refletir para melhorar as práticas...)**

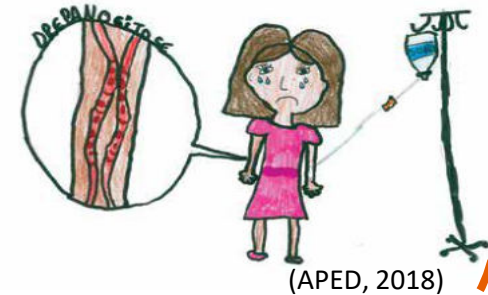
FORMAÇÃO EM SERVIÇO

DIREITO A NÃO TER DOR

CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA
COM ANEMIA DAS CÉLULAS FALCIFORMES



Partilhar e refletir para melhorar as práticas...



DATA/HORA: 9 março das 15h às 16h

LOCAL: Serviço de Pediatria Médica

FORMADOR(ES):
Enfermeira Marta Neto

DIREITO A NÃO TER DOR

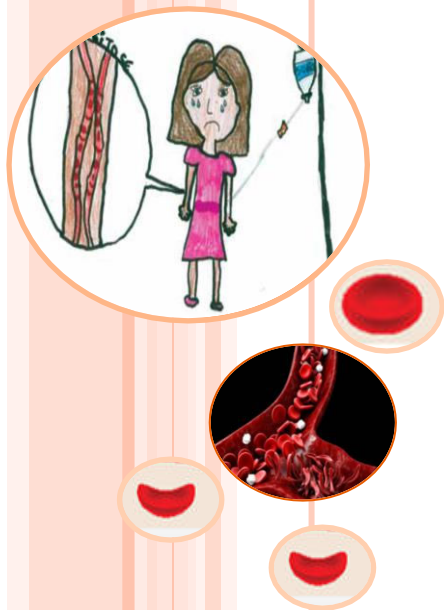
CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM ANEMIA DAS CÉLULAS FALCIFORMES

Partilhar e refletir para melhorar as práticas...

Discente: Enf.ª Marta Neto n.º 8949

Docente: Prof.ª Doutora Filomena Sousa

Orientada por: Enf.ª Especialista Serviço de Internamento



SUMÁRIO

- Anemia das células falciformes – concetualização
- Dor da criança com anemia das células falciformes: a crise vaso-oclusiva
- Cuidar para o controlo da dor
- Consequências do controlo inadequado da dor
- Barreiras ao cuidar para o controlo da dor
- Propostas



ANEMIA DAS CÉLULAS FALCIFORMES (ACF)

Hemoglobinopatia genética:



Mutação na cadeia β de globina:

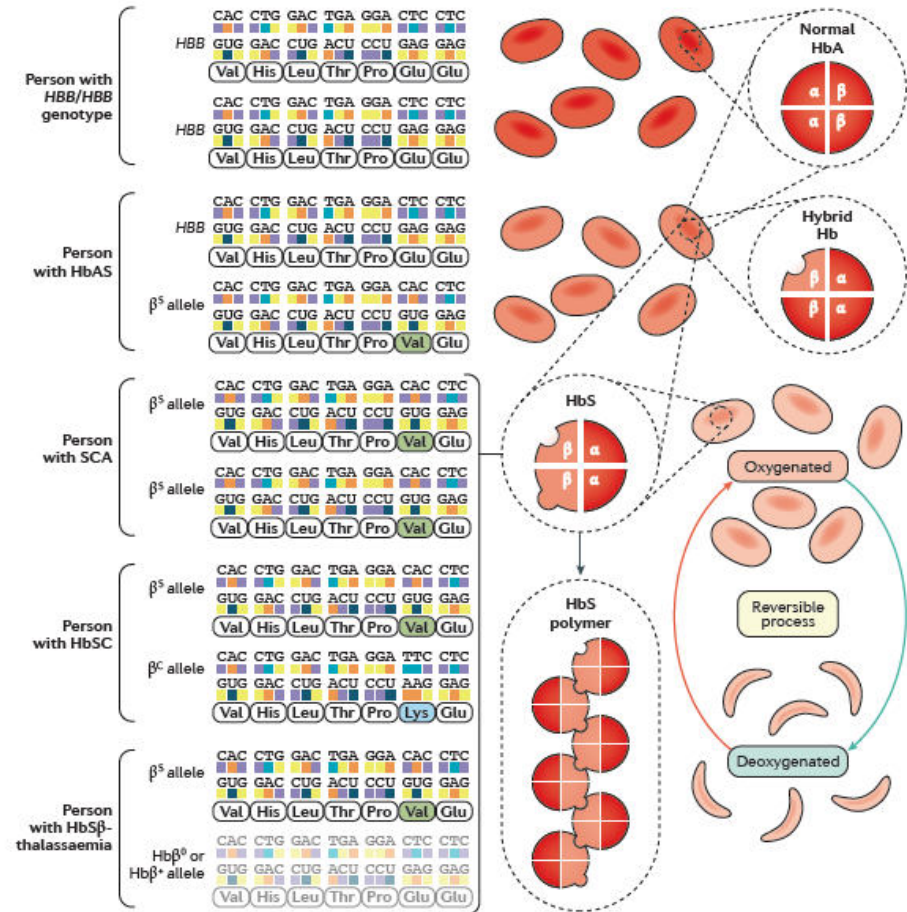
ácido glutâmico



valina



HgS: diferentes propriedades da hemácia quando desoxigenada



(Kato *et al.*, 2018)



A FALCIZAÇÃO...

Hemoglobina S

Altitude

Infeção

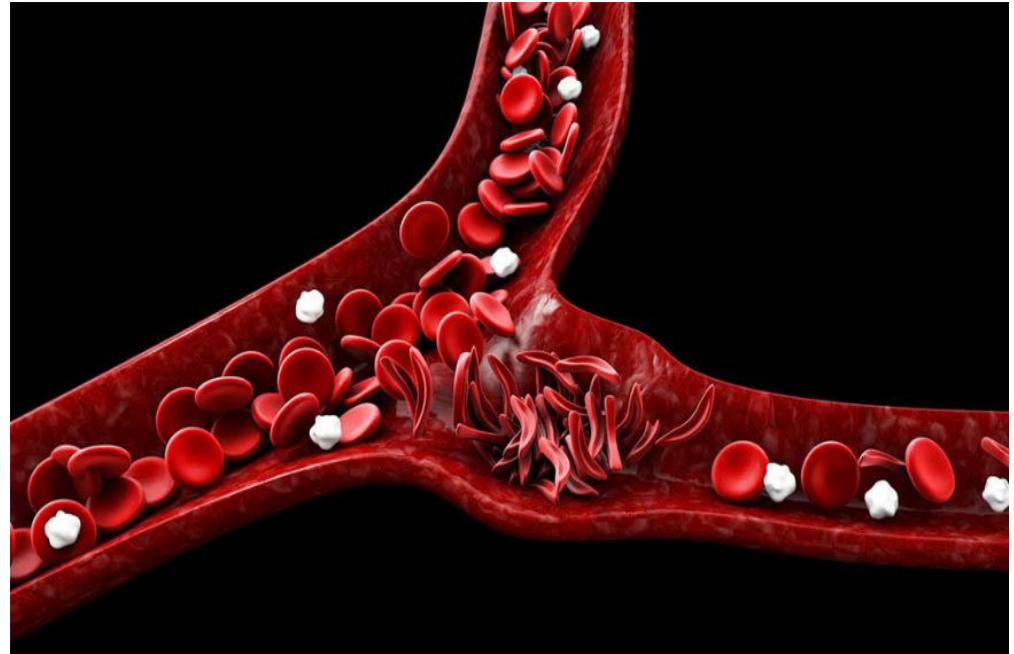
Temperaturas
extremas

Desoxigenação

Fadiga

Desidratação

Stress



<https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/anemia-falciforme/>

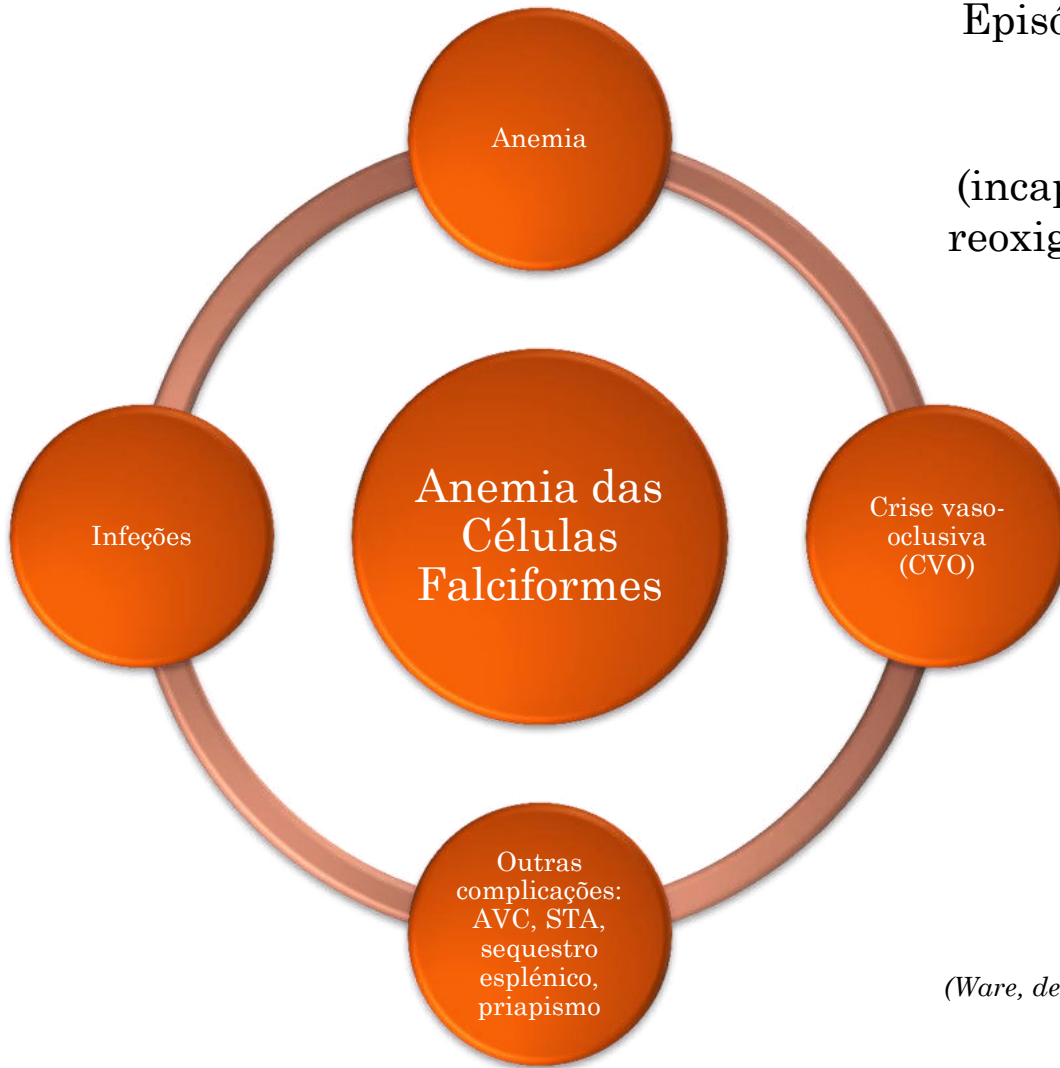
Polimerização

Eritrócito em forma de foice, menor deformabilidade.

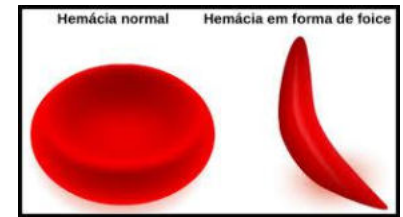
(OMS, 2012)



COMPLICAÇÕES DA ACF



Episódios de desoxigenação/reoxigenação
↓
falcização irreversível
(incapacidade das hemácias, mesmo após reoxigenação, voltarem ao estado normal)



(Ware, de Montalembert, Tshilolo & Abboud, 2017)

AVC – acidente vascular cerebral
STA – síndrome torácico agudo



PORQUÊ FALAR EM DOR DA CRIANÇA COM ACF?

5º sinal vital (DGS, 2003)

Controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde (OE, 2008)

Intervenção por profissionais de saúde com treino adequado – Declaração de Montréal (IASP, 2010)

4º princípio da carta da criança hospitalizada (IAC, 2008)

Consequências nefastas e duradoiras (DGS, 2010; IASP, 2019)

DOR

Manifestação mais frequente na ACF (NHLBI, 2014)

Frequentemente exige cuidados hospitalares (Agrawal *et al.*, 2019; NHLBI, 2014)

Responsável por 95% dos internamentos destas crianças (Ballas, Gupta & Adams-Graves, 2012)

Especificidades inerentes à fisiopatologia da doença (Ballas *et al.*, 2012; NHLBI, 2014; Payne *et al.*, 2018)

Controlo da dor da criança com ACF é uma prioridade.
(Ballas *et al.*, 2012; IASP, 2007; Jacob, 2014; NHLBI, 2014;)



Dolorosa, cansativa e desconfortável.

(OMS, 2012)

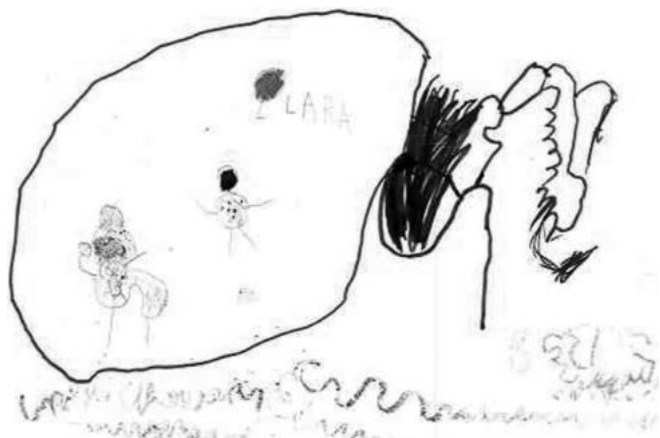


Figura: Envolvida pela dor - Criança de 5 anos
(Custódio, Leitão, Gomes & Mendes, 2017, p.323)

“é uma coisa muito má”, “é uma coisa horrível”, “é péssimo mesmo”.

(Curado, Malheiro, Gomes, Videira, & Dias, 2006, p.7)

torturante, insuportável.

(Beyer, Simmons, Woods & Woods, 1999)

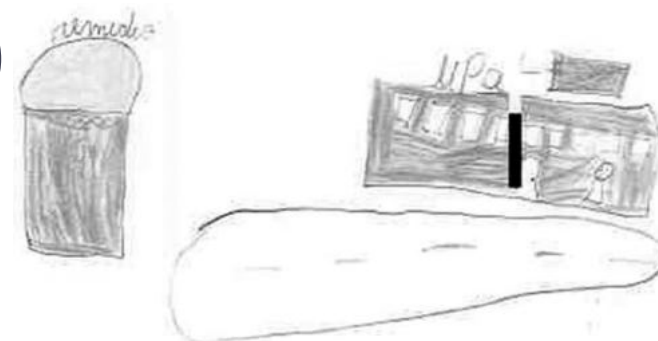


Figura: A unidade de pronto atendimento e o remédio - Criança de 7 anos
(Custódio et al., 2017, p.324)

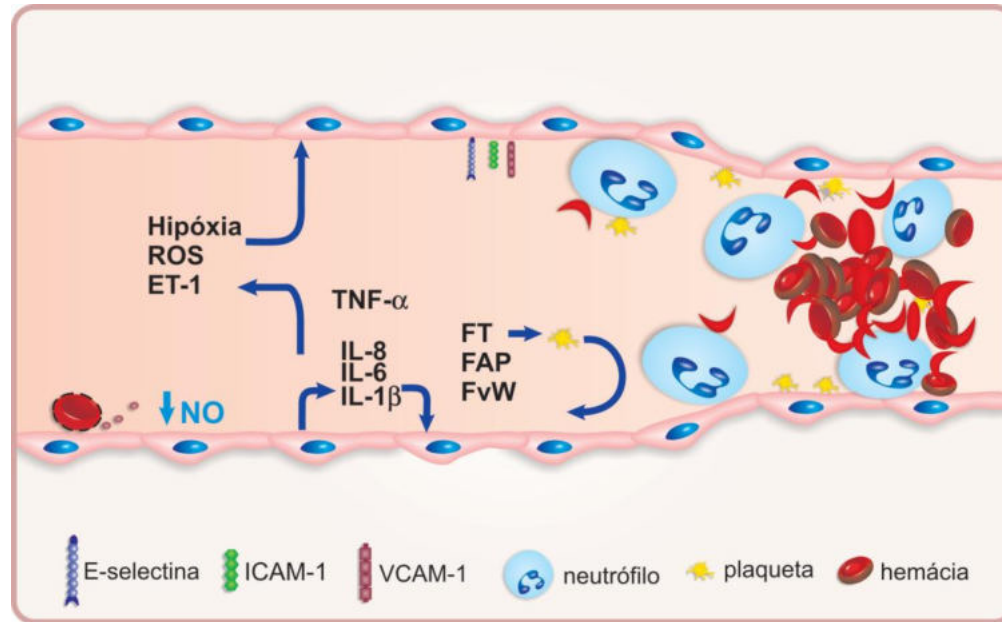
“(...) é uma menina chorando, ela tá com dor [...] muita dor [...], ela tava na escola, mas tem que ir embora. Ela não aguentou de dor”.

(Custódio et al., 2017, p.323)

facadas, perfurações, pancadas, palpitações
(Beyer et al., 1999)



A CRISE VASO-OCCLUSIVA (CVO)...



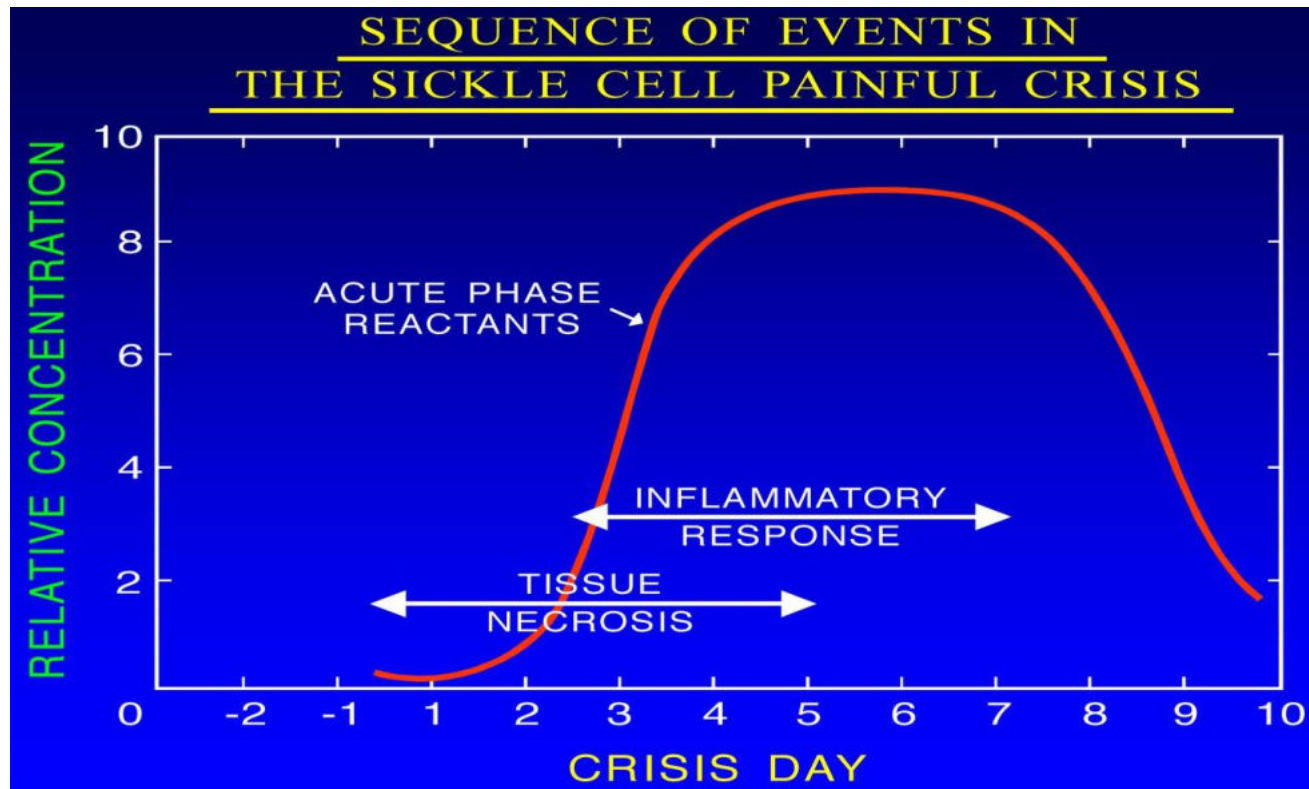
<https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=1682842>

- Presença de HgS e hemólise
- Ativação células endoteliais da parede dos vasos - cascata inflamatória e de coagulação
- Inflamação - processo inflamatório crônico com ativação células endoteliais e sanguíneas
- Adesão celular - leucócitos, eritrócitos e plaquetas
- Redução da biodisponibilidade de óxido nítrico - vasoconstrição
- *Stress oxidativo* - aumento da produção de espécies reativas de oxigênio (ROS)



Redução fluxo sanguíneo \rightarrow hipóxia e falcização \rightarrow CVO

UM OLHAR SOBRE A DOR NA CVO...



Vaso-oclusão
Hipóxia/Isquemia
Lesão tecidual

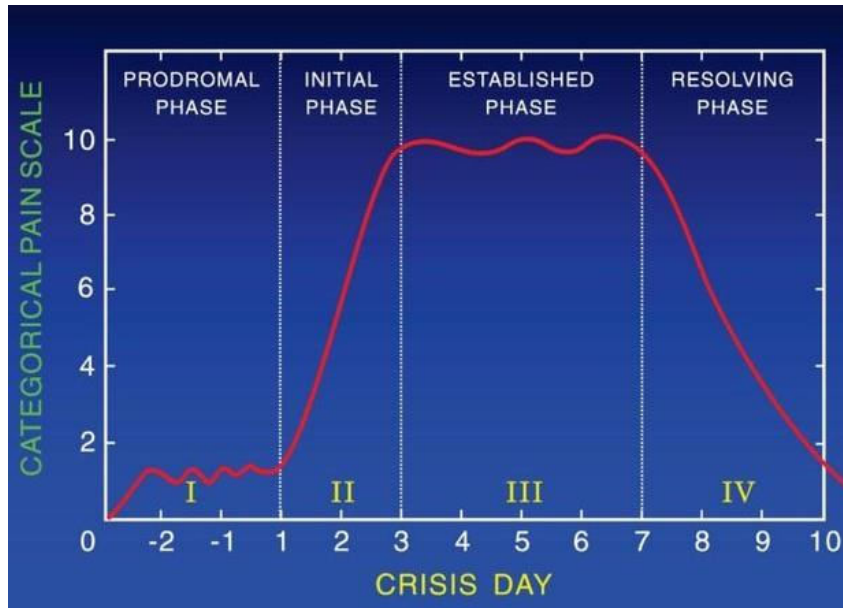
+

Resposta
inflamatória

Ativação
nociceptores
=
DOR



AS FASES DA CVO



----- 9 a 11 dias -----

Início dor 3 dias antes ida hospital
Diminuição 6-7 dias após início crise

(Ballas *et al.*, 2012)

Fase Prodrômica

- . ↓ Deformabilidade hemácias
- . ↑ células irreversivelmente falcizadas
- . Parestesias, cansaço, palidez, dor ligeira

Reforço hídrico

Fase Inicial

- . ↓ Deformabilidade hemácias
- . ↑ células irreversivelmente falcizadas
- . ↓ Hg, ↓ plaquetas
- . ↑ Dor
- . Ansiedade, medo, anorexia, interferência nas AVD's

Paracetamol/Ibuprofeno
Aplicação de calor

Fase Estabelecida

- . Agravamento manifestações anteriores
- . Leucocitose, hemólise
- . ↑ Fibrinogénio e viscosidade sanguínea
- . Dor intensa
- . ↓ Atividade, angústia; sinais/sintomas de inflamação

Hospital

Fase de Resolução

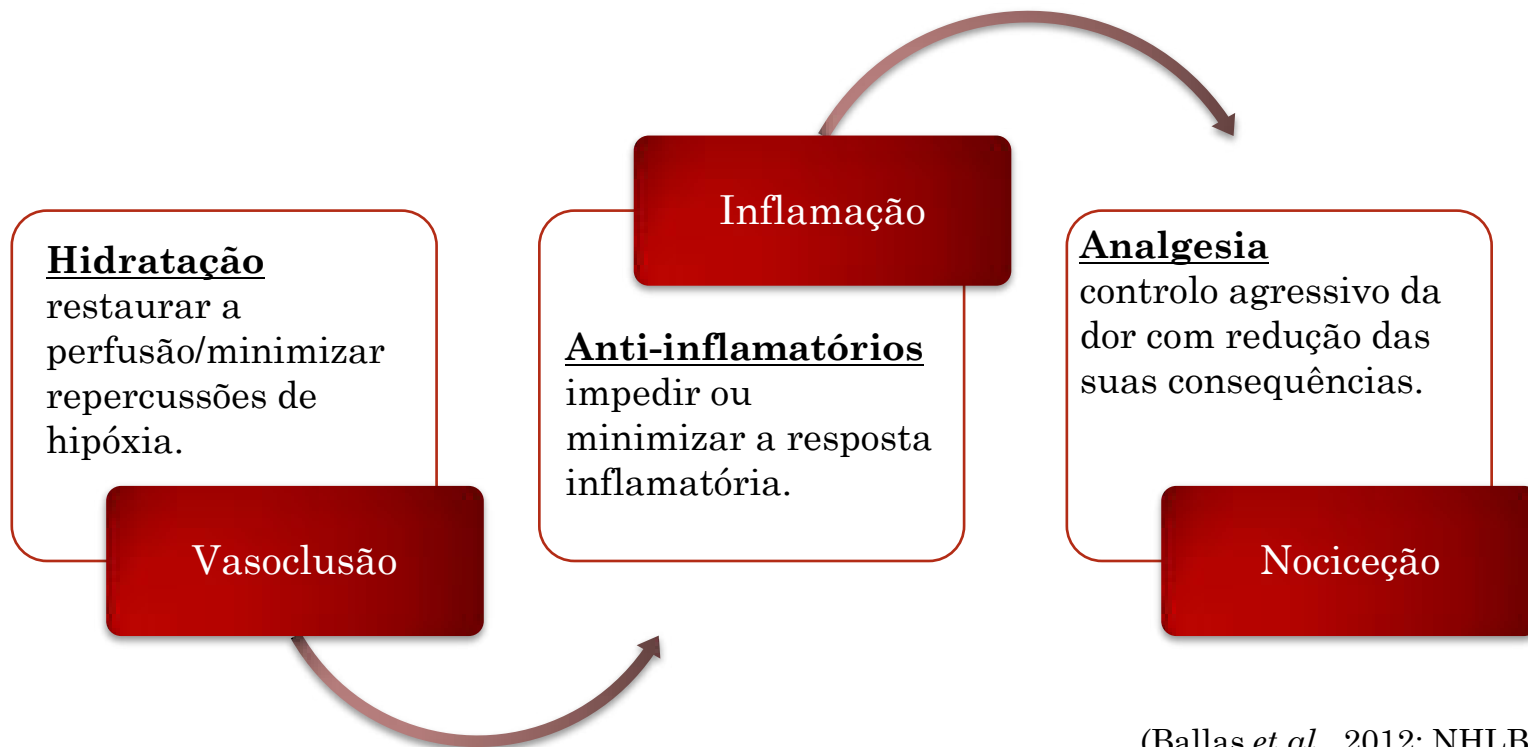
- . ↑ Deformabilidade hemácias, ↑ Hg
- . ↑ Fibrinogénio e viscosidade sanguínea
- . Trombocitose
- . ↓ Dor
- . ↑ Atividade, melhoria sono, interesse no meio envolvente

Alta
Nova CVO



DIRETRIZES – MUDANÇA DE PARADIGMA

- “Interromper” a crise na fase mais inicial - preferencialmente na fase prodrômica – isquemia e inflamação em fases iniciais:



Estratégias não farmacológicas:

- **Calor (Vasodilatador)**
- **Distração, ...** (NHLBI, 2014)



IDEIAS A RETER...

- CVO → Intervenção imediata (Ballas *et al.*, 2012; IASP, 2007; Jacob, 2014)
- Intervir precocemente = intervir na fase prodrômica (Ballas *et al.*, 2012) – **Reforço de ensinios em casa: hidratação, analgesia, calor local**
- Evitar fatores risco: alimentação, hidratação ou repouso desadequados, temperaturas extremas, esforço físico intenso, stress, má adesão terapêutica ou infecções (Ballas *et al.*, 2012) – **Reforço de ensinios**
- Pós crise → Estado hipercoagulável → Recorrência da crise (Ballas *et al.*, 2012) – **Manter reforço hídrico / soroterapia**
 - 50% pessoas são reinternadas no espaço de 1 mês
 - 16% no espaço de 1 semana (Ballas *et al.*, 2012)
 - 10% das crianças e 50% adultos mantém dor leve a moderada entre episódios de CVO (Ballas *et al.*, 2012)



CUIDAR PARA O CONTROLO DA DOR



Avaliação



Intervenção



Reavaliação



Registo



História de dor:

- Local
- Fatores agravantes
- Mecanismos de coping

Escalas de dor:

- Faces
- Numérica
- FLACC
- FLACC-R

0 - Sem dor

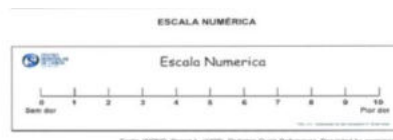
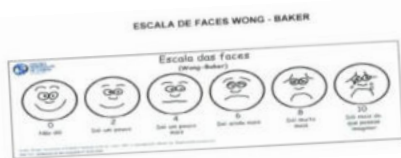
1-3 - Dor ligeira

4-6 - Dor moderada

7-10 - Dor severa



- Usar escalas de avaliação. (Lucas & Batalha, 2011)
- Privilegiar a autoavaliação, sempre que possível. (OE, 2008; DGS, 2010)



- Acreditar na criança quando diz que tem dor. A dor é subjetiva. (OE, 2008; DGS, 2010)
- Pais e profissionais subavaliam a dor. Envolver sempre os pais na avaliação. (Batalha & Sousa, 2018)
- A dor é uma “(...) experiência pessoal de quem a vivencia, e de quem dela cuida.” (Batalha, 2010, p.XIII)

≠ não ter dor



Resposta Comportamental Bifásica

1º) stress: agitação, movimentos dos membros, choro, gritos, fâcias de dor; ↑FC, ↑TA, ↑FR, ↓Sat.O₂, sudorese
 2º) inatividade, alteração das atividades (brincar, comer, falar, dormir)

(Batalha, 2010)

INTERVENÇÃO

Individualizada

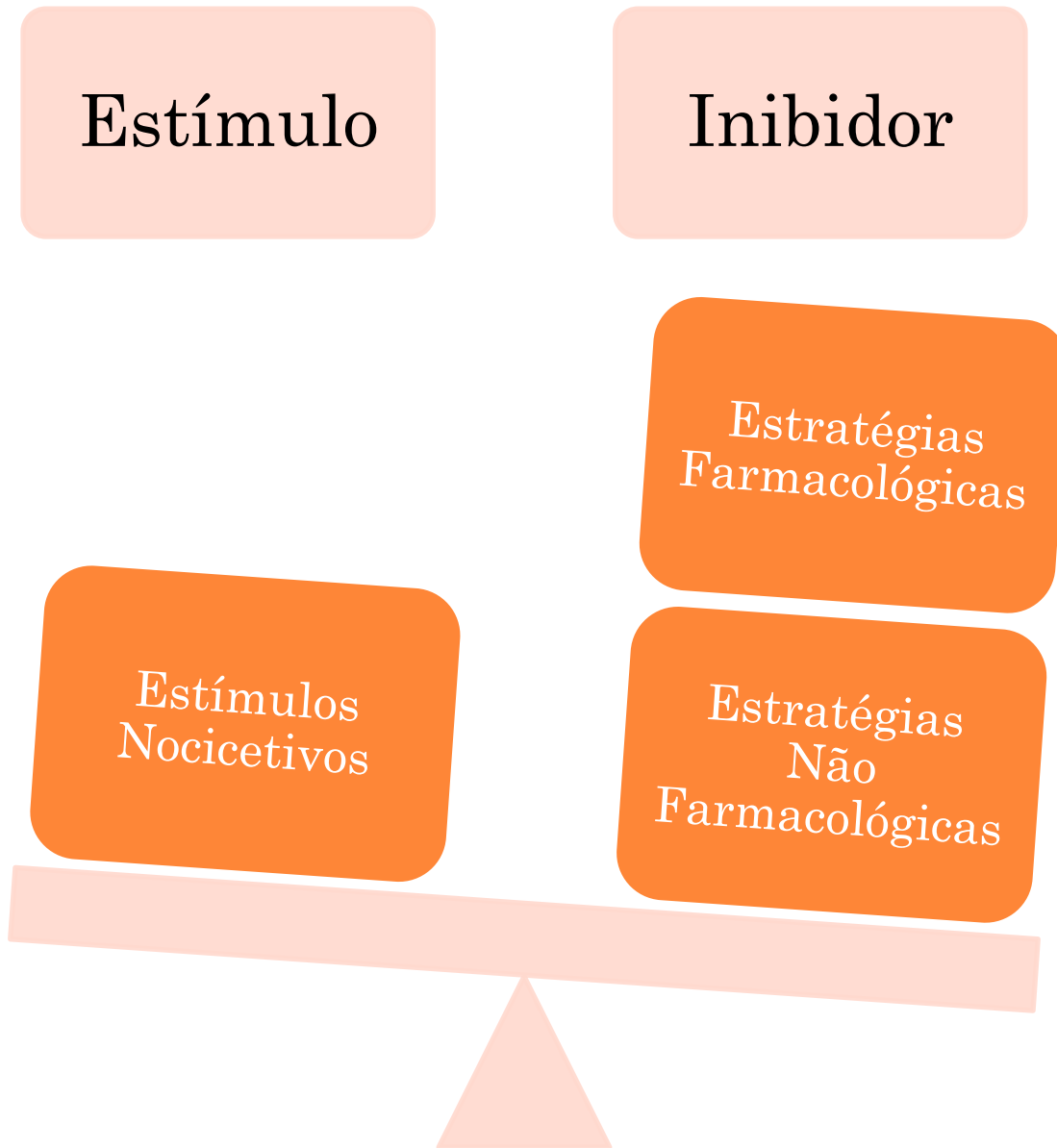
- . Dor subjetiva
- . Experiência de dor é particular

Multimodal

- . Sinergismo
- . Maior eficácia
- . Menos efeitos colaterais

Multidisciplinar

- . Criança
- . Família
- . Equipa de saúde



- CONTROLO DA DOR EM PEDIATRIA -

Dor Ligeira

Não Opióides

Paracetamol

AINES

Nolotil

+ estrat. não farm.

+ adjuvantes

Dor Moderada/Severa

Opióides Fortes

Morfina

Fentanil

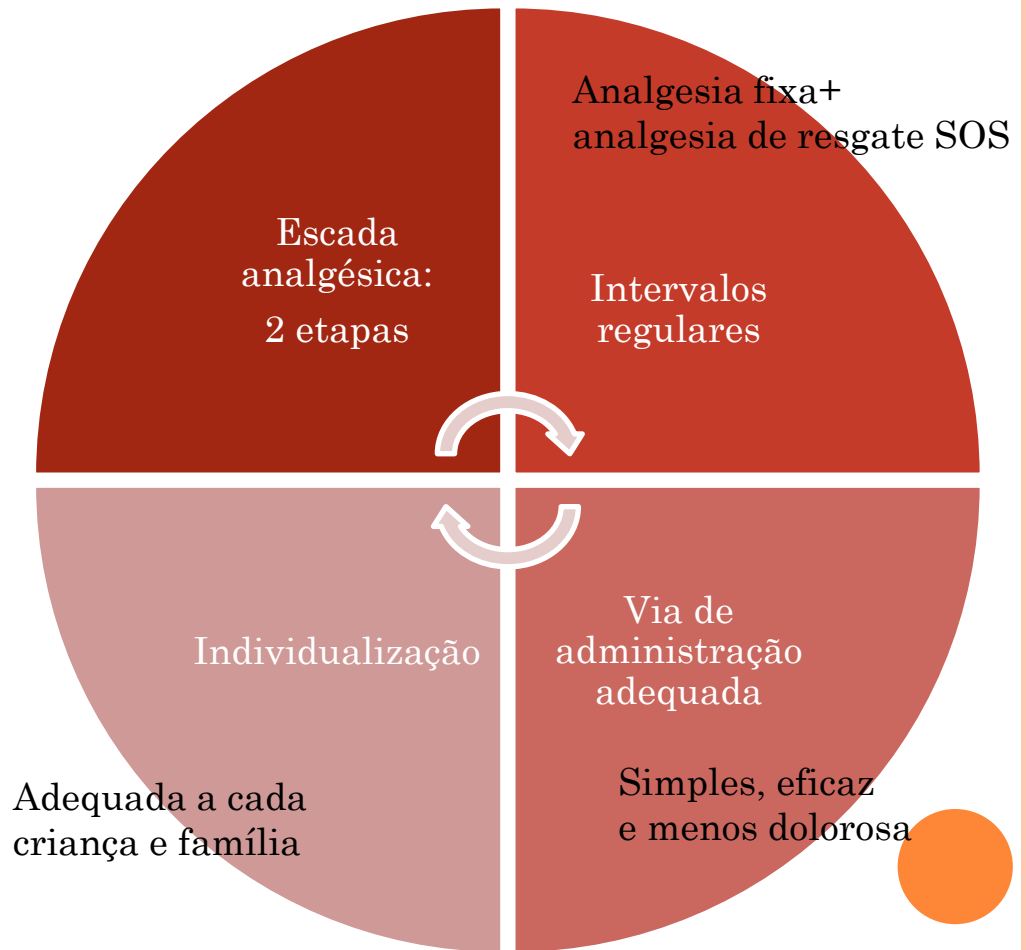
+ não opióides

+ estrat. não farm.

+ adjuvantes

Adjuvantes:

Corticóides, Anti-depressivos e Anti-convulsivantes, Relaxantes musculares



- ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS: OPIÓIDES -

Intervenção de 1ª linha para dor ≥ 5 (NHLBI, 2014)

Diretrizes:

- . 1ª analgesia nos **primeiros 30 minutos** após a triagem;

Fentanil IN

- . Rápido, seguro, indolor e eficaz
- . Vantagens:
 - diminuição do tempo para administração do 1º opioide
 - facilitar a colocação de acesso venoso (já com dor mais controlada)
- . Kit de administração: pedir ao SU
- . 1,5 mcg/kg (máximo 75 mcg)
- . Pode repetir 2ª administração ao fim de 10 minutos
- . Protocolo (dossier DOR)

Morfina EV

- . 0,1 a 0,2 mg/kg/dose (máximo 15 mg)
- . Pode fazer-se em bólus numa perfusão de 5 minutos quando dor intensa
- . Perfusão contínua – diluição em SF, sistema opaco, validade 24h



- ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS: OPIÓIDES (CONT.) -

- Não têm dose teto:

$$\boxed{\text{Dose Adequada}} = \boxed{\text{Alívio da dor com efeitos colaterais aceitáveis}}$$

- Avaliar efeito e Vigiar efeitos adversos (NHLBI, 2014)

Sinais vitais:

MCR



Efeitos adversos (registo da vigilância):

sedação, náusea/vômito, prurido, retenção urinária

Obstipação:

necessidade de laxante



Sickle Cell Pain Algorithm

Moderate/Severe (Pain ≥ 5)

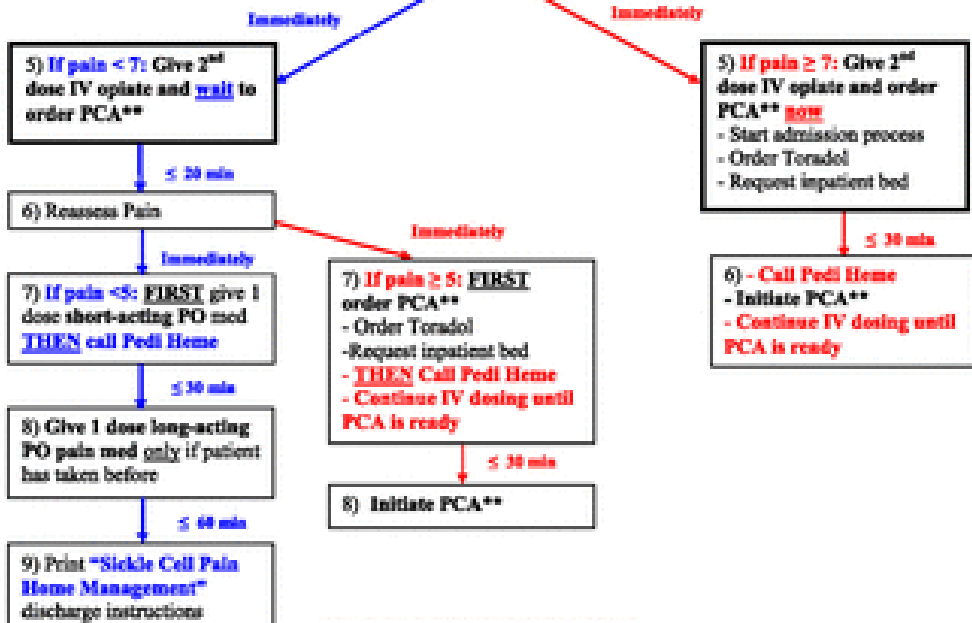
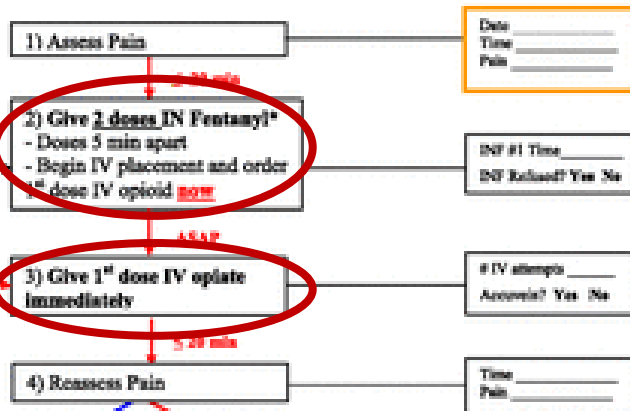
Use Excel Spreadsheet for all dose calculations
[See Reverse](#) for MILD pain

Place Patient Sticker Here



For children ≤ 35 kg

- **Wait** to place IV
- Reassess pain after IN fentanyl
- If pain < 5 : Consider PO trial
- If pain ≥ 5 : Begin IV placement



* No IN Fentanyl for pts < 10 kg
 **No PCA for pts < 7 years old
 Order basal rate + IV prn dosing

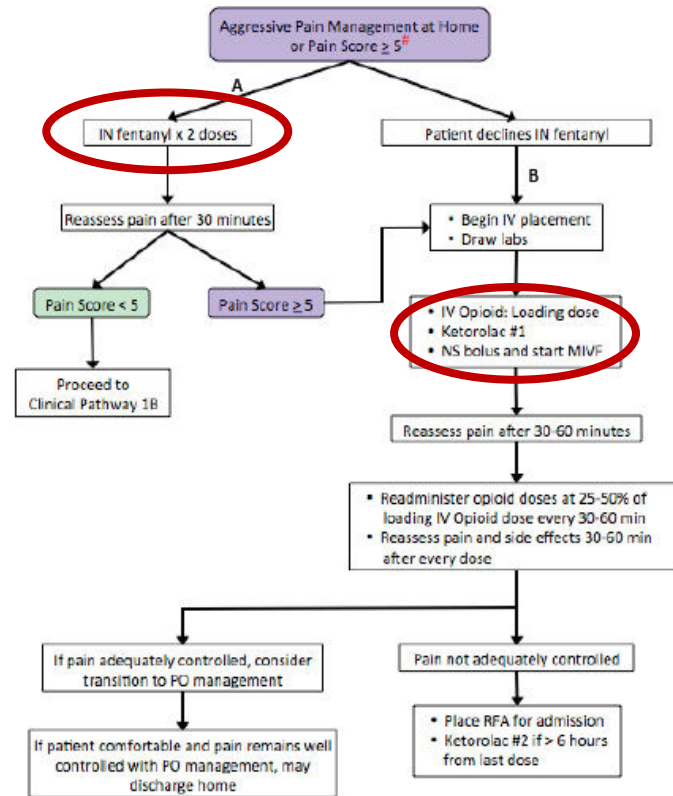
Updated 5/8/13

(Kavanagh et al., 2015)



Pediatric Emergency Department Clinical Guideline:
 Sickle Cell Disease (SCD) Patients with Pain

Clinical Pathway 2: Aggressive Pain Management at Home or Pain Score ≥ 5



Within 30 minutes of triage OR
 60 minutes of ED arrival

Pain management ED

(University of Chicago Medicine, 2015)



- OUTRAS ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS -

Paracetamol PO/EV

20mg/kg/dose 8/8 horas

Máximo 1000mg/dose

Cetorolac

0,5mg/kg/dose 8/8 horas

Máximo 30mg/dose

3 a 5 dias

Nolotil EV

15 a 30mg/kg/dose 8/8 horas

Máximo 2000mg/dose e 4000mg/dia

Ibuprofeno

10 mg/kg/dose 8/8 horas

Máximo 400mg/dose

Adjuvantes

Sendo as intervenções farmacológicas interdependentes, a sua gestão adequada é da responsabilidade do enfermeiro.

(Decreto-Lei n.º 161/96,1996)



- ESQUEMAS DE ANALGESIA PARA INTERNAMENTO -

Dor < 5

Paracetamol EV e Ceterolac – esquema fixo

Dor ≥ 5

Morfina EV e Cerotolac – esquema fixo

Paracetamol EV e Nolotil EV – SOS

Perfusão de morfina

**Ou
PCA**

Fase posterior da CVO

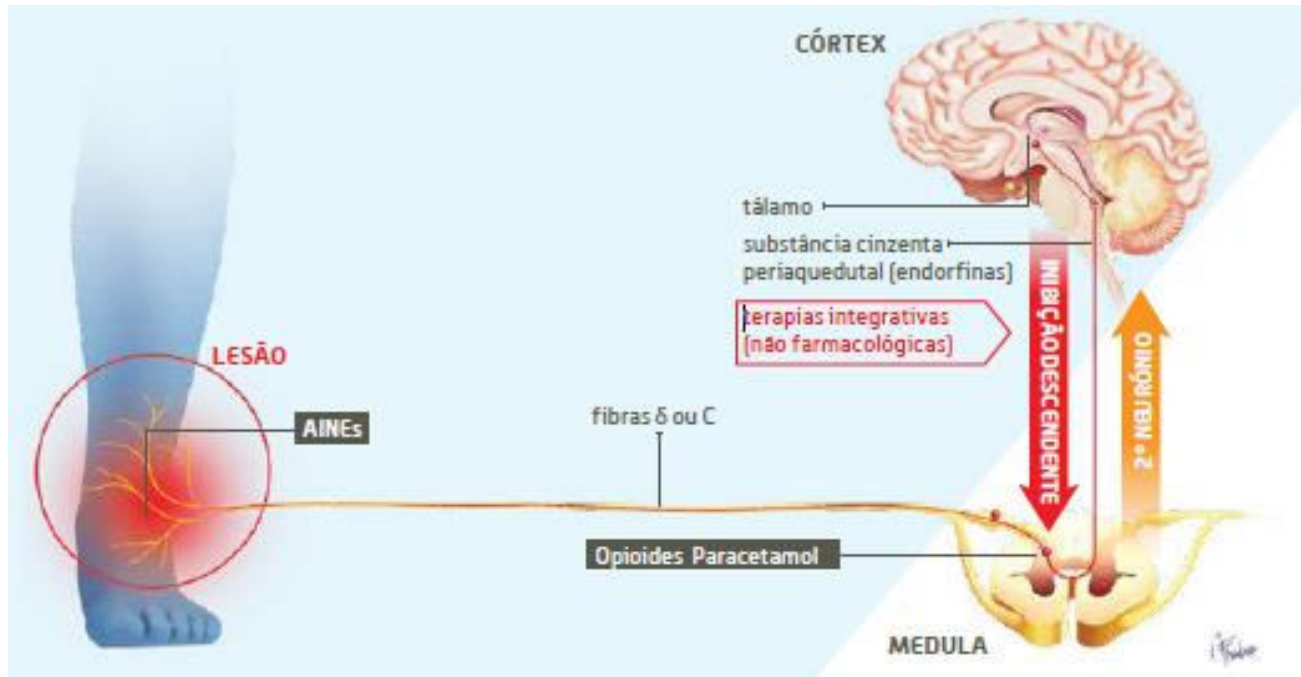
Ibuprofeno e Paracetamol EV

Ibuprofeno e Paracetamol PO

**Morfina, Ceterolac
e Nolotil - SOS**

Administrar analgésicos de diferentes grupos
não tem intervalo mínimo;





(APED, 2018)

- . Adequar intervenção à intensidade de dor e individualidade da criança;
- . Combinar diferentes estratégias farmacológicas e não farmacológicas.



○ Avaliação da eficácia das estratégias:

- implementação de novas estratégias;
- mudança do plano de intervenção quando esgotadas as opções e este não se revela eficaz.

(OE, 2008)

. Reavaliar com recurso a escalas

. Ter em conta o tempo de efeito da analgesia administrada

. Várias doses resgates implicam a otimização da analgesia

Intensidade da Dor	Tipo de melhoria	Alteração
0 – 10 Escala numérica	Minimamente importante	Diminuição de 10-20%
	Moderadamente importante	Diminuição ≥ 30%
	Substancial	Diminuição ≥ 50%

(CHULC, 2018)



Registrar:

. Estratégias mobilizadas

. Eficácia das estratégias

. Vigilância dos efeitos adversos

- Dão visibilidade aos cuidados;
- Sustentam a qualidade da intervenção ou justificam a necessidade de mudança.

(Amaral-Bastos & Sousa, 2014;
OE, 2001; Lei n.º 156/2015, 2015)



EVIDÊNCIAS E RECOMENDAÇÕES

- Intervenção com base na avaliação de dor, se possível autoavaliação;
- Determinar características da dor, sintomas associados, localização e intensidade com base no autorrelato da criança e apoio da família;
- AINE's ↓ intensidade de dor e tempo de internamento (cetorolac, ibuprofeno);
- Analgesia fixa (mínimo 1as 24h) permite resolução da crise mais rápida, ↓ tempo de internamento, ↑ a satisfação (PCA ≥ 7anos);
- Procurar outros sintomas: febre – infecção (avaliar temperatura antes da analgesia), dificuldade respiratória;
- Mobilizar estratégias farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor;
- Promover o reforço hídrico ou quando necessário hidratação ev – (atenção aos ritmos prescritos e às diluições, essencialmente se sintomas de dificuldade respiratória ou patologia cardíaca);
- Se saturação de oxigênio < 95% em ar ambiente (anemia, hipoventilação), administrar oxigênio.



OUTROS CUIDADOS...

TRANSFUSÕES



- Pode ser necessária transfusão, transfusão permuta ou eritrocitaferese (NHLBI, 2014; Okwerekwu, Candidate, & Skirvin, 2018);
- . Atenção aos volumes prescritos (hiperviscosidade e hipervolemia).

INSPIROMETRIA

- . Prevenção STA: 50% ocorrem durante o internamento por CVO (hipoventilação e opioides)
 - inspirometria e deambulação/atividade precoce;
- . Incentivar inspirometria quando criança acordada (9h-22h): 2/2h - 10 ciclos (informação dossier Dor);
- . Em casa, iniciar inspirometria aos primeiros sintomas de dor.



(Ballas *et al.*, 2012; NHLBI, 2014)



OUTROS CUIDADOS (CONT.)...

HIDROXIUREIA



. Induz a produção de HgF, ↓adesão celular, fatores de hipercoagulabilidade e depleção óxido nítrico (Okwerekwu *et al.*, 2018; Uwaezuoke *et al.*, 2018);

. ↓ CVO, ↓ STA, ↓ necessidade de transfusão e hospitalização (Okwerekwu *et al.*, 2018; Ware *et al.*, 2017);

. Estudos revelam eficácia e segurança (Okwerekwu *et al.*, 2018; Uwaezuoke *et al.*, 2018; Ware *et al.*, 2017);

. Importância da adesão (NHLBI, 2014);

. Esclarecer dúvidas e desmistificar receios.

PREVENÇÃO DA INFEÇÃO

- . Asplenia funcional;
- . Prevenção: vacinação, antibioterapia profilática (redução do risco de infecção pneumocócica e sepsis);
- . Febre – urgência;

(NHLBI, 2014; Ware *et al.*, 2017)

. Reforço do ensino.



CONSEQUÊNCIAS DO CONTROLO INADEQUADO DA DOR

○ CVO recorrente

Danos inflamatórios residuais associados a disfunção e falência de órgãos



Morbilidade e mortalidade

(Ware *et al.*, 2017)

○ Sensibilização central

Exposição constante à dor – amplificação contínua da sensação de dor

- Diminuição do limiar de dor (Hiperalgisia - resposta exagerada a estímulos dolorosos ligeiros; Alodinia - transformação de estímulos ambientais aparentemente inócuos em estímulos dolorosos)

- Dor para além da área da lesão
- Manutenção da dor após eliminação do estímulo



<https://www.linkedin.com/pulse/sensitiza%C3%A7%C3%A3o-central-tudo-o-que-voe%C3%AA-ainda-ignora-sobre-dor-cr%C3%B4nica-le/>

○ Neuroplasticidade

Alterações estruturais e funcionais do sistema nervoso (estimulação repetitiva dos neurónios cria circuitos alternativos de transmissão de dor) – alteração da perceção de dor e manutenção da sensação de dor.

(Ballas *et al.*, 2012; DGS, 2010; IASP, 2019)

BARREIRAS AO CUIDAR PARA O CONTROLO DA DOR

Criança e Família

- . Falta de conhecimento, comportamentos, atitudes e convicções
- . Criança: não comunicação da dor, desvalorização, medo de tratamentos
- . Família: desconhecimento da possibilidade de colaboração
- . Falta de confiança

Profissionais

- . Falta de conhecimento (fisiopatologia e farmacologia)
- . Limitações na avaliação da dor e na sua reavaliação
- . Particularidades referentes a estratégias farmacológicas
- . Inadequação das estratégias não farmacológicas
- . Mitos, preconceitos e crenças
- . Falta de conhecimento (especificidade do controlo da dor na CVO)
- . Crenças insustentadas (dependência e tolerância de opióides)
- . Atitudes (subjetividade da dor, frustração no cuidar, estigma e preconceito)

Instituição

- . Falta de comunicação nas equipas
- . Falta de visibilidade da dor
- . Inadequação de registos
- . Falta de responsabilização e apoio das instituições
- . Contexto organizacional: volume trabalho e práticas
- . Falta de diretrizes
- . Inexistência de planos individualizados

Cuidados inadequados

Sub-tratamento da dor

Diminuição da qualidade de vida

PROPOSTAS FUTURAS

- Panfleto para criança e família sobre o controlo da dor na CVO (em aprovação);
- Melhoria do sistema SClínico referente aos registos de dor (reportadas limitações - a aguardar respostas);
- Projeto via rápida para controlo da dor na CVO no serviço de urgência (em fase de conclusão);
- Fluxogramas para o controlo de dor no internamento (uniformizar e melhorar a qualidade dos cuidados).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrawal, A.K, Robertson, S., Litwin, L., Tringale, E., Treadwell, M., Hoppe, C., & Marsh, A. (2019). Virtual reality as complementary pain therapy in hospitalized patients with sickle cell disease. *Pediatric Blood & Cancer*. 66(2). Doi: 10.1002/pbc.27525.
- Amaral-Bastos, M., & Sousa, C. F. (2014). Valorizar a dor na criança: uma reflexão voltada para a praxis. *Nascer e Crescer*. 23(4), 190-194. Acedido em 08-04-2019. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v23n4/v23n4a03.pdf>
- Ballas, S.K., Gupta K., & Adams-Graves P. (2012). Sickle cell pain: a critical reappraisal. *Blood*. 120 (18), 3647 – 3656. Doi: 10.1182/blood-2012-04-383430.
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. M. C., & Sousa, A. F. D. (2018). Autoavaliação da intensidade da dor: correlação entre crianças, pais e enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (17), 15-22. Doi: 10.12707/RIV18002.
- Beyer, J. E., Simmons, L. E., Woods, G. M., & Woods, P. M. (1999). A chronology of pain and comfort in children with sickle cell disease. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153(9), 913–920. Doi: 10.1001/archpedi.153.9.913
- Bryant, J. (2014). A criança com disfunção hematológica ou imunológica. In J. M. Hockenberry & D. Wilson, *Wong: enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed., Vol II, pp. 1500-1554). Loures: Lusociência.
- Costa, F. F., Conran N., & Fertrin, K. Y. (2013). Anemia falciforme. In M. A. Zago, R. P. Falcão & R. Pasquini, *Tratado de Hematologia* (1ª ed., Vol 1, pp. 205-223). Atheneu. Acedido em: 5/1/2020. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=1682842>
- Curado, M. A. S. , Malheiro, M. I. C., Gomes, M. C., Videira, M., & Dias, P. (2006). Quando dói... dói mesmo... a criança com drepanocitose. *Enfermería Global* (9). Acedido em: 16-04-2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/39275218> Quando doi doi mesmo A criança com drepanocitose
- Custódio, L. L., Leitão, I. M. A., Gomes, I. L. V., & Mendes, L. C. B. (2017). O desenhar da dor para as crianças com anemia falciforme: a dor que dói, dói muito. *Revista Dor São Paulo*. 18 (4), 321-326. Doi: 10.5935/1806-0013.20170123.
- DGS (2003). *A dor como 5º sinal vital – Registo sistemático da intensidade da Dor*. Acedido em 12-04-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- DGS (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Acedido em 12-04-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- CHULC (2018). *Circular informativa n.º: 43*. 29 de Janeiro de 2018. Procedimento multissetorial - TRC. 111 - Avaliação e registo da dor enquanto 5º sinal vital. Acessível no CHULC, Lisboa, Portugal.



Decreto-Lei n.º 161/96 (1996). Aprova o Regulamento do Regime do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I-A Série (N.º 205 de 4 de setembro de 1996), 2959 - 2962. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>

Fearon, A., Marsh, A., Kim, J., & Treadwell, M. (2019). Pediatric residents' perceived barriers to opioid use in sickle cell disease pain management. *Pediatric Blood & Cancer*. 66(2). Doi: 10.1002/pbc.27535.

IAC (2008). *Carta da criança hospitalizada*. Acedido em 12-04-2019. Disponível em: <http://criancaefamilia.spp.pt/direitos-da-crianca/carta-da-crianca-hospitalizada.aspx>

IASP (2007). *Task force on wait-times summary and recommendations*. Acedido em 12-04-2018. Disponível em: http://www.iasp-pain.org/files/Content/NavigationMenu/EducationalResources/IASP_Wait_Times.pdf

IASP (2010). *Declaration of Montréal*. Acedido em: 18/06/2019. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal>

IASP (2019). *Pain in children: Management*. Acedido em 29-04-2019. Disponível em: http://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/2019GlobalYear/Fact_Sheets/7_Pain_children_management.pdf

Jacob, E. (2014). Apreciação e gestão da dor na criança. In J. M. Hockenberry & D. Wilson, *Wong: enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed., Vol II, pp. 188-239). Loures: Lusociência.

Jacob, E., Beyer, J. E., Miaskowski, C., Savedra, M., Treadwell, M., & Styles, L. (2005). Are there phases to the vaso-occlusive painful episode in sickle cell disease? *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(4), 392–400. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2004.07.006

Kato, G. J., Piel, F. B., Reid, C. D., Gaston, M. H., Ohene-Frempong, K., Krishnamurti, L. ... Vichinsky, E. P. (2018). Sickle cell disease. *Nature Reviews Disease Primer*, 4, 18010. Doi: 10.1038/nrdp.2018.10

Kavanagh, P. L., Sprinz, P. G., Wolfgang, T.L., Killius, K., Champigny, M., Sobota, A. ... Moses, J.M. (2015). Improving the management of vaso-occlusive episodes in the pediatric emergency department. *Pediatrics*. 136 (4), e1016-e1025. Doi: 10.1542/peds.2014-3470.

Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a [Lei n.º 2/2013](#), de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 181 de 16 de setembro de 2015), 8059-8105. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>

Lucas, A. M., & Batalha, L. (2011). Avaliação da dor na criança por enfermeiros. *XI conferência iberoamericana de educação em enfermagem*. Coimbra. Acedido em: 16-04-2019. Disponível em: http://web.esenfc.pt/v02/esenfc/pa/include/download.php?id_ficheiro=18279&codigo=948133113

Masese, R. V., Bulgin, D., Douglas, C., Shah, N., & Tanabe, P. (2019). Barriers and facilitators to care for individuals with sickle cell disease in central North Carolina: The emergency department providers' perspective. *PloS One*, 14(5), e0216414. Doi: 10.1371/journal.pone.0216414

Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M., & Walter, C. (2002). *Cuidados de enfermagem e dor*. Loures: Lusociência.

NHLBI (2014). *Evidence-based management of sickle cell disease: expert panel report, 2014*. Acedido em: 28-03-2019. Disponível em: https://www.nhlbi.nih.gov/sites/default/files/media/docs/sickle-cell-disease-report%20020816_0.pdf

OE (2001). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Acedido em: 09/06/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

OE (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. I (1). Acedido em: 12/04/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

OE (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. 1 (6). Acedido em 01/05/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodordocrianca.pdf

Okwerekwu, I., Candidate, P., & Skirvin, J. A. (2018). *Sickle Cell Disease Pain Management*. *U.S.Pharmacist*. 43 (3), 12–18. Acedido em: 20/12/2019. Disponível em: <https://www.uspharmacist.com/article/sickle-cell-disease-pain-management>

OMS (2012). Guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. Acedido em: 11/03/2019 Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138354/pdf/Bookshelf_NBK138354.pdf

Payne, J., Aban I., Hilliard, L. M., Madison, J., Bemrich-Stolz, C., Howard, T. H.,... Lebensburger, J. D. (2018). Impact of early analgesia on hospitalization outcomes for sickle cell pain crisis. *Pediatric Blood & Cancer*. 65(12). Doi: [10.1002/pbc.27420](https://doi.org/10.1002/pbc.27420).

Pitts, R. H., & Record, E. O. (2010). Sickle cell disease. In P. J. Allen, J. A. Vessey & N. A. Schapiro, Primary care of the child with a chronic condition. (5^aed., pp. 772-794). St. Louis: Mosby.

University of Chicago Medicine (2015). Pediatric Emergency Department Clinical Guideline: Sickle Cell Disease (SCD) Patients with Pain. Acessível em University of Chicago Medicine.

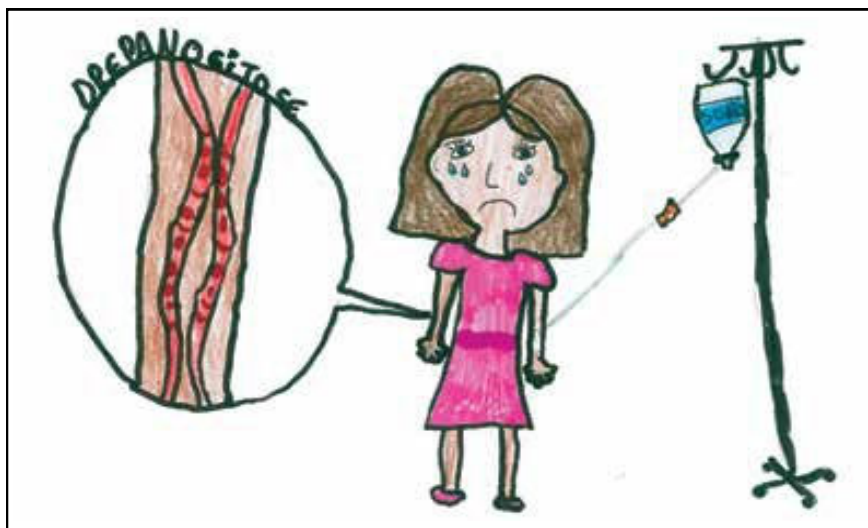
Uwaezuoke, S. N., Ayuk, A. C., Ndu, I. K., Eneh, C. I., Mbanefo, N. R., & Ezenwosu, O. U. (2018). Vaso-occlusive crisis in sickle cell disease: Current paradigm on pain management. *Journal of Pain Research*, 11, 3141–3150. Doi: 10.2147/JPR.S185582

Ware, R. E., de Montalembert, M., Tshilolo, L., & Abboud, M. R. (2017). Sickle cell disease. *The Lancet*, 390(10091), 311–323. Doi: 10.1016/S0140-6736(17)30193-9



**APÊNDICE XI – Panfleto Direito a não ter dor:
Cuidar da criança com anemia das células falciformes**

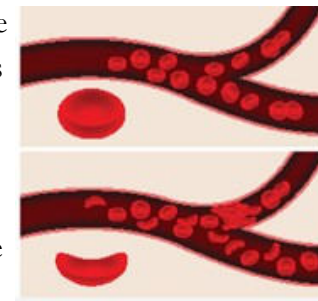
DIREITO A NÃO TER DOR: Cuidar da criança com anemia das células falciformes (drepanocitose)



Fonte: APED, 2018

Porquê falar em dor da criança com anemia das células falciformes?

A anemia das células falciformes, também conhecida por drepanocitose, caracteriza-se pelo facto dos glóbulos vermelhos perante determinadas situações adquirirem uma estrutura menos flexível (forma de foice), a qual dificulta a circulação do sangue nos vasos sanguíneos e a consequente dificuldade do mesmo chegar a algumas células, entrando estas em sofrimento e originando uma crise de dor. Esta situação é denominada de crise vaso-oclusiva.



<https://www.gettyimages.pt/>

A **dor** é o sintoma mais frequente da drepanocitose, a causa mais comum para a procura de cuidados de saúde e que muitas vezes exige o internamento hospitalar.

É uma dor que pode ser intensa e localizada num ponto do corpo ou em vários simultaneamente. Para cada criança o episódio de dor, provocado por uma crise-oclusiva, é único e a manifestação da dor assume uma forma particular, que pode ser diferente em cada momento.

Muito importante:

. **Acreditar na criança quando diz que tem dor.**

. **Reconhecer a dor da criança quando esta não a consegue verbalizar.**

. **Encarar o controlo da dor como uma prioridade.**



Fonte: CHULC, 2018

No dia a dia da criança é importante prevenir o surgimento de uma crise,
evitando os fatores de risco
(calor ou frio excessivo, hidratação e alimentação desadequadas, esforço físico
intenso, falta de descanso, má adesão à medicação ou infeções).

E quando a dor aparece, o que fazer? Quando a ida ao hospital é inevitável....

O início da crise vaso-oclusiva começa com sintomas pouco específicos, muitas vezes apenas uma dormência, cansaço ou dor ligeira, sendo nesta fase que se deve iniciar o controlo da dor: repouso, calor local, ingestão de líquidos e medicação para as dores, conforme orientações da equipa de saúde.

**Iniciar um esquema de medicação com horas fixas, antecipando os picos de dor, permite alcançar um controlo da dor mais rápido.
Muitas vezes a medicação tem de ser mantida por alguns dias.**

Se as estratégias não resultam e a dor agrava, a ida ao hospital é inevitável...

No hospital o controlo da dor pode envolver vários aspetos:

Medicação:

• Opioides (fentanil e morfina)

Quando a dor é intensa e os medicamentos habituais não resultam é necessário dar medicamentos mais fortes para se conseguir um controlo da dor. Os opioides são uma medicação segura, desde que utilizados adequadamente sob vigilância.



Fonte: APED, 2018

• Outra medicação (paracetamol, ibuprofeno, cetorolac e nolutil)

Mesmo sendo necessário opioides, outros medicamentos também são usados para se conseguir o controlo da dor.

O controlo da dor é uma prioridade de forma a tentar impedir a evolução da crise e evitar outras complicações. Para ser eficaz exige recorrer a várias estratégias e implica o envolvimento da criança, família e toda a equipa de saúde.

Controlo da dor, outras estratégias...

Soro:

Em situação de crise é importante aumentar a ingestão de líquidos, sendo por vezes difícil ingerir a quantidade necessária e implicando colocar um soro de forma a facilitar a circulação do sangue. É muito importante não esquecer de manter uma ingestão de líquidos aumentada nos primeiros dias após uma crise.



<https://www.gettyimages.pt/>

Calor local:



<http://www.mafmedica.pt>

O calor provoca a dilatação dos vasos, facilitando a circulação do sangue e contribuindo para diminuir a oclusão que causa a dor. Habitualmente é muito eficaz na redução do nível de dor.

Inspirómetro:

Assim que surgem os primeiros sintomas de dor é importante iniciar a inspirometria de acordo com as indicações da equipa de saúde, de forma a prevenir complicações respiratória, frequentes em episódios de crise. Muito importante que o inspirómetro o acompanhe quando vai ao hospital por situação de dor.



<https://slidex.tips/download/instruo-es-de-uso-inspirometro-de-incentivo->

Estratégias como massagem ou distração contribuem para diminuir a sensação de dor, devendo ser adequadas a cada criança.

[A equipa de saúde está disponível para esclarecer dúvidas e ajudar](#)

Contactos:

213596540(Consulta)

213126622 (Internamento)

Email:hematologia.ped@chlc.min-saude.pt

Elaborado por: Marta Neto

Data: 21-01-2020

ANEXOS

**ANEXO I – Certificado: O Direito da Criança
a não ter um Processo de Promoção e Proteção!**

CERTIFICADO

A Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Vila Franca de Xira, certifica que:

MARTA NETO

esteve presente no I Seminário
O DIREITO DA CRIANÇA A NÃO TER UM PROCESSO DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO!
que decorreu no dia 18 de outubro na Sociedade Filarmónica Recreio Alverquense,
em Alverca do Ribatejo

18 de outubro de 2019

A Presidente da CPCJ de VFX

Maria Carolina Neves Carvalho

Maria Carolina Carvalho



CPCJ
VILA FRANCA DE XIRA
COMISSÃO DE PROTEÇÃO
DE CRIANÇAS E JOVENS



CPCJ
VILA FRANCA DE XIRA
COMISSÃO DE PROTEÇÃO
DE CRIANÇAS E JOVENS

**ANEXO II – Certificado: Violência e Maus Tratos
a Crianças e Jovens – Sensibilização Geral**



DECLARAÇÃO

Declara-se que **MARTA BOJACA NETO** frequentou a Acção de Formação **"Violência e Maus Tratos a Crianças e Jovens - Sensibilização Geral"** realizada no dia **11 de Novembro de 2019**, com a duração total de **1 hora e 30 minutos**.

Lisboa, 19 de Junho de 2020

A Área de Gestão da Formação

Rui Pereira

Técnico Superior

(Programa no verso)
Declaração N.º 6724/2019/MC
PEDIATRIA MÉDICA 2/HDE

2ª VIA