



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

**Gestão da dor aguda da criança em contexto de
urgência: oportunidades de parceria com os pais**

Nádia Alagoinha Francisco

—

**Lisboa
2023**



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

Relatório de Estágio

**Gestão da dor aguda da criança em contexto de
urgência: oportunidades de parceria com os pais**

Nádia Alagoinha Francisco

Orientadora:

Professora Doutora Joana Rita Guarda Da Venda Rodrigues



Lisboa

2023

AGREDECIMENTOS

Ao David e à Bali, os meus pilares nesta jornada.

Aos meus pais, que me apoiam, me incentivam e me motivam todos os dias.

A todos os excelentes enfermeiros e profissionais com quem me cruzei nesta jornada,
pelo profissionalismo, empenho e disponibilidade.

Aos meus queridos colegas de trabalho que me ajudaram e “aturaram” todos os dias
deste percurso.

À professora Joana Rodrigues pelo profissionalismo, orientação e as toneladas de
paciência necessárias neste projeto.

Agradeço profundamente todo o vosso apoio, sem vocês não seria possível!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IASP – *International Association for the Study of Pain*

ICN – *International Council of Nurses*

NIDCAP - *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido Pré-Termo

SNIPI – Sistema de Intervenção Precoce na Infância

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

A participação e a colaboração dos pais, enquanto parceiros no cuidado à criança, nomeadamente aquando da otimização de respostas inerentes à gestão diferenciada da dor aguda e à promoção do bem-estar da criança, em contexto de urgência pediátrica, são preponderantes, impactando na qualidade dos cuidados de enfermagem promovidos. Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) mobilizando um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados, encontra-se numa posição privilegiada para que a prestação de cuidados seja de nível avançado, realizada com segurança e competência.

A teoria do conforto de Katharine Kolcaba, o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e as filosofias de cuidados centrados na família e cuidados não traumáticos são alguns dos referenciais mobilizados e que suportam o presente Relatório.

O percurso metodológico, decorrente da concretização do projeto, sustenta-se no referencial da disciplina e profissão de enfermagem, bem como na aprendizagem experiencial e na reflexão na e sobre a ação, decorrente da realização dos vários estágios, com enfoque na aquisição de competências de EEESIP.

Durante o estágio, foram desenvolvidas atividades de sensibilização, com enfoque na oportunidade de parceria, para a gestão eficaz da dor aguda da criança e para a utilização de estratégias não farmacológicas de controlo da dor, destacando-se, aqui, como atividades principais a atualização de uma norma de procedimento, a criação do Grupo de trabalho e de investigação da Dor em Pediatria e a criação do projeto de melhoria da qualidade.

Este percurso viabilizou a obtenção de saberes, aquisição e aprimoramento das competências próprias do enfermeiro especialista, resultando na elevação da excelência nos cuidados prestados à criança e à sua família.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Dor aguda; Manejo da Dor; Relações Profissional-família; Urgência.

ABSTRACT

The participation and collaboration of parents as partners in childcare, especially when optimizing responses inherent to differentiated management of acute pain and promoting the well-being of the child in the context of pediatric emergencies, are crucial, impacting the quality of nursing care provided. In this regard, the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health (SNCPH), employing a conceptual model centered on the child and family, always considering this duo as the beneficiaries of their care, is in a privileged position to ensure advanced care delivery, carried out safely and competently.

Katharine Kolcaba's Comfort Theory, Anne Casey's Care Partnership Model, and philosophies of family-centered care and non-traumatic care are some of the frameworks employed that support this report.

The methodological approach resulting from the project's implementation is based on the nursing discipline and profession, as well as experiential learning and reflection on action, stemming from various stages, with a focus on acquiring SNCPH competencies.

During the internship, awareness activities were developed, focusing on partnership opportunities for effective management of acute child pain and the use of non-pharmacological pain control strategies. The main activities included updating a procedural standard, creating a Pediatric Pain Work and Research Group, and initiating a quality improvement project.

This journey enabled the acquisition of knowledge, the acquisition, and enhancement of specialist nurse competencies, resulting in the elevation of excellence in care provided to the child and their family.

Keywords: Pediatric Nursing; Acute pain; Pain management; Professional-Family Relations; Emergency.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO - CONCEPTUAL	12
1.1 Intervenção de enfermagem à criança e família: da promoção do conforto à parceria de cuidados	12
1.2 Dor aguda na criança no contexto de urgência	14
1.3 Gestão da dor aguda da criança em contexto de urgência: oportunidades de parceria com os pais	17
2. PERCURSO METODOLÓGICO	22
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO: DOS OBJETIVOS PROPOSTOS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	25
3.1. Internamento de pediatria.....	26
3.2. Serviço de urgência pediátrica	29
3.3. Unidade de cuidados intensivos neonatais	34
3.4. Unidade de cuidados de saúde personalizados	37
3.5. Consulta de desenvolvimento	41
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

APÊNDICES

APÊNDICE I – Envolvimento parental na distração à criança submetida a procedimentos dolorosos – protocolo de revisão scoping

APÊNDICE II – Cronograma dos locais de estágio

APÊNDICE III – Guia orientador de atividades de estágio

APÊNDICE IV – Mapa conceptual

APÊNDICE V – Documento sobre técnicas de comunicação e reflexão sobre uma situação significativa de cuidados

APÊNDICE VI – Estudo de caso

APÊNDICE VII – Formação em serviço “Pais como parceiros na gestão da dor aguda da criança”

APÊNDICE VIII – Plano de sessão formativa “Pais como parceiros na gestão da dor aguda da criança”

APÊNDICE IX – Folheto informativo “Como aliviar a dor do meu filho?”

APÊNDICE X – Grupo de trabalho e de investigação da dor em Pediatria

APÊNDICE XI – Reflexão “Oportunidades de parceria com os pais na gestão da dor aguda da criança”

APÊNDICE XII – Norma “Avaliação e gestão da dor na criança internada na UCIN”

APÊNDICE XIII – Reflexão: gestão da dor aguda na unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN)

APÊNDICE XIV – Projeto “Partilhar para crescer”

INTRODUÇÃO

O presente Relatório surge no âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), nomeadamente da unidade curricular Estágio com Relatório. Com a realização deste documento pretende-se, partindo do referencial teórico apresentado, analisar critica e reflexivamente a trajetória formativa realizada ao longo da execução dos estágios, fundamentando e contextualizando os processos de tomada de decisão, promotores da aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) (Regulamento n.º 140/2019), de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) (Regulamento n.º 422/2018), bem como de competências conceptuais, de análise e síntese próprias do grau de mestre.

Na atualidade, os cuidados de saúde, nomeadamente os cuidados de enfermagem, assumem uma relevância preponderante, exigindo uma abordagem técnica e científica cada vez mais rigorosa (Regulamento n.º 140/2019). A diferenciação e especialização emergem como realidades cada vez mais disseminadas entre os profissionais de saúde e com impacto considerável na prática de Enfermagem.

Neste contexto, o Enfermeiro Especialista (EE) destaca-se como um profissional reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana, qualidades essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados (Regulamento n.º 140/2019). No âmbito da Enfermagem pediátrica, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) assume o compromisso de atuar perante situações de elevada complexidade, considerando contextos que vão para além da resposta imediata a problemas de saúde, estendendo-se à capacidade de avaliar e suprir as necessidades das famílias, principalmente no contexto de adaptação a alterações na saúde e na dinâmica familiar. Esta complexidade exige um enfoque interdisciplinar e uma atuação holística, onde o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica assume um papel de destaque na promoção do bem-estar da criança e da família (Regulamento n.º 422/2018).

Os cuidados centrados na família e o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, enquanto referenciais intrinsecamente relacionados com o cuidado pediátrico, destacam a importância da presença parental e do envolvimento ativo dos pais nos

cuidados de saúde prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Tal envolvimento engloba, por exemplo, a participação e a colaboração dos progenitores/família na otimização de respostas para a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, em todas as etapas do processo, ou seja, desde a sua avaliação até à implementação de intervenções, com enfoque no seu controlo e alívio (Vasey et al., 2019). De acordo com Vasey et al. (2019) esta abordagem pode proporcionar benefícios significativos, tanto para a criança como para os pais, sobretudo no contexto de cuidados de urgência.

A importância da presença e parceria com os pais durante a hospitalização das crianças, qualquer que seja a sua idade, é, amplamente, reforçada por vários autores (Brown et al., 2018; EACH – Associação Europeia para as Crianças Hospitalizadas, 2009; Handayani et al., 2020; Hockenberry et al., 2019; Hoogen & Ketelaar, 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2015). Contudo, apesar de ser reconhecida a sua importância, nomeadamente para o processo de tomada de decisão, relativa à avaliação e implementação de intervenções para controlo da dor das crianças, alguns estudos apontam para a uma lacuna na implementação sistemática das orientações (Abouzida et al., 2020; Azak et al., 2022; Treiman-Kiveste et al., 2022; Vasey et al., 2019).

A competência dos pais, enquanto principais cuidadores, em interpretar os sinais de dor manifestados pelos seus filhos, consolida-os como parceiros imprescindíveis na gestão da dor das crianças (Brown et al., 2018). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) fornece cuidados de nível avançado, abrangendo não apenas a esfera física, mas também considerando a vertente psicossocial e espiritual da criança, executados mediante a utilização de estratégias tanto farmacológicas quanto não farmacológicas, utilizando a sua especialização para garantir uma gestão apropriada dos recursos disponíveis e assim garantir uma gestão da dor da criança eficaz (Eull et al., 2023; Regulamento n.º 422/2018). A literatura científica evidencia a magnitude da colaboração entre pais, crianças e profissionais de enfermagem na excelência dos cuidados de saúde infantil e pediátrica, reforçando a necessidade de uma abordagem sistemática na parceria de cuidados para a efetiva gestão da dor aguda (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Park & Cho, 2018; Yoo et al., 2020).

Concomitantemente, enquanto enfermeira a exercer funções em contexto de urgência pediátrica, diariamente confronto-me com a necessidade de prestar cuidados a crianças e jovens que são submetidos a procedimentos potencialmente dolorosos,

observando que os seus pais nem sempre são envolvidos de forma consistente e sistemática, devido a inúmeros fatores, na gestão da dor dos seus filhos de forma consistente e sistemática.

Face ao exposto, a teoria do conforto de Katharine Kolcaba, o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e as filosofias de cuidados centrados na família e de cuidados não traumáticos, são alguns dos referenciais mobilizados e que suportam quer a intervenção do EEESIP, bem como o presente Relatório.

Neste âmbito, importa também destacar que foi realizado um protocolo de revisão *scoping*, intitulado de “Envolvimento parental na distração à criança submetida a procedimentos dolorosos – protocolo de revisão *scoping*” (**apêndice I**), que teve como objetivos identificar e mapear a evidência científica sobre o envolvimento parental na distração a crianças submetidas a procedimentos dolorosos e que se revelou relevante na identificação de evidência com enfoque na problemática em estudo.

Este documento encontra-se dividido em 4 capítulos: 1) enquadramento teórico; 2) percurso metodológico; 3) descrição e análise reflexiva do percurso formativo: dos objetivos propostos ao desenvolvimento de competências; 4) considerações finais e os projetos futuros, por fim são apresentadas as referências bibliográficas a que se seguem os apêndices.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO - CONCEPTUAL

1.1 Intervenção de enfermagem à criança e família: da promoção do conforto à parceria de cuidados

A mobilização do corpo de conhecimentos de Enfermagem e quadros de referência próprios da disciplina e da profissão, bem como da área de especialização, são preponderantes para a sustentação das intervenções planeadas e implementadas, sustentando a reflexão na e sobre a ação e contribuindo, desse modo, para os processos de tomada de decisão clínica, bem como para a operacionalização de uma prática baseada em evidência.

A Teoria do Conforto, formulada por Kolcaba (Kolcaba, 2003), concebe o conforto como o estado experienciado pelos recetores das ações direcionadas ao conforto, representando uma experiência holística, na qual são satisfeitas as necessidades básicas relacionadas a três tipos distintos de conforto. O primeiro tipo, o alívio, caracteriza-se pelo estado em que uma necessidade é atendida e saciada (Dowd, 2021). O segundo tipo, a tranquilidade, descreve o estado de calma ou satisfação alcançado. Por fim, a transcendência ocorre quando o indivíduo percebe que detém as competências necessárias para resolver seus próprios problemas (Apóstolo, 2009; Dowd, 2021).

Segundo Kolcaba os diversos tipos de conforto abrangem quatro contextos distintos de experiência: o físico, o psicoespiritual, o ambiental e o social (Dowd, 2021). Quando os três tipos de conforto - alívio, tranquilidade e transcendência - são considerados em conjunto com os quatro contextos de experiência, forma-se uma matriz que constitui a Estrutura Taxonómica do Conforto. Esta estrutura abarca todos os aspetos relevantes do conforto, possibilitando a conceção do conforto como um objetivo primordial dos cuidados de enfermagem, evidenciando sua natureza holística (Dowd, 2021).

Kolcaba (2003) apresenta a definição dos conceitos metaparadigmáticos. Para a teórica os destinatários dos cuidados de enfermagem podem ser os indivíduos, as famílias, instituições ou comunidades. O seu enfoque é a perceção das experiências de conforto e desconforto do indivíduo, em que este é reconhecido como um ser único com necessidades individuais (Kolcaba, 2003). A finalidade dos cuidados de enfermagem reside no alívio do desconforto e na promoção do conforto do cliente. Para a teórica, o

conceito de ambiente abrange qualquer aspecto do contexto em que os cuidados de saúde são prestados, incluindo o ambiente físico, emocional e social (Kolcaba, 2003). Compreende-se que esse ambiente é passível de ser moldado e influenciado pelos enfermeiros, familiares e pela própria instituição de saúde, com o intuito de aprimorar o conforto do cliente (Kolcaba, 2003). Esta abordagem reconhece a influência direta que o ambiente exerce sobre o bem-estar e o conforto do indivíduo, procurando, assim, criar um cenário propício à promoção do conforto e, conseqüentemente, à otimização da qualidade dos cuidados de enfermagem (Kolcaba 2003). No conceito de saúde, Kolcaba (2003) enfatiza a importância de se atingir o conforto como objetivo central da prática de Enfermagem. A Enfermagem é concebida como o funcionamento ótimo de um indivíduo, família, profissional de saúde ou comunidade, definido e percebido pelo próprio indivíduo ou pelo grupo. Por fim, a Enfermagem envolve a avaliação intencional das necessidades de conforto, a concepção de intervenções para abordar essas necessidades e a subsequente reavaliação dos níveis de conforto em comparação com um referencial inicial.

Na teoria que desenvolveu, Kolcaba (2003) concebe intervenções de conforto como diretrizes e ações de enfermagem meticulosamente delineadas para abordar as necessidades específicas de conforto dos destinatários. Estas intervenções, quando direcionadas de forma eficaz para satisfazer as necessidades holísticas de conforto dos indivíduos, famílias instituições ou comunidades, resultam num aumento do conforto para estes destinatários, ampliando o conforto para além do seu nível de referência.

É fundamental reconhecer que o conceito de conforto está intrinsecamente ligado aos cuidados de enfermagem, e, ao definir o conforto como um objetivo essencial integrado numa estrutura ou teoria de enfermagem, os enfermeiros adotam uma abordagem lógica orientada para a promoção do conforto nas crianças e respectivas famílias (Alligood, 2021; Kolcaba, 2003; Kolcaba & Dimarco, 2005).

A Teoria do Conforto, desenvolvida por Katharine Kolcaba, assume uma posição de primordial relevância na definição das diretrizes da prática clínica (Kolcaba & Dimarco, 2005). Essas diretrizes estipulam que a prestação de cuidados holísticos orientados para o conforto deve ser delineada de forma explícita e meticulosamente documentada (Kolcaba & Dimarco, 2005). Esta teoria possibilita afirmar que as intervenções de enfermagem focalizadas no conforto se afiguram como práticas exemplares no âmbito

da prestação de cuidados de enfermagem, desde que se revelem como genuinamente confortadoras para a pessoa, família ou comunidade que constituem o público-alvo destas intervenções (Martins et al., 2022). Adicionalmente, essa teoria emerge como um fundamento que solidifica a disciplina da enfermagem enquanto ciência, encorajando a interação, a promoção da autonomia e o reconhecimento das necessidades individuais, mediante a exaltação e promoção do conforto, visando a otimização da qualidade de vida (Martins et al., 2022).

A prestação de cuidados centrados na família constitui um dos princípios dos cuidados não traumáticos (Handayani et al., 2020). Os cuidados não traumáticos estão inerentes à filosofia de cuidados de enfermagem pediátrica e são caracterizados pela aplicação de intervenções terapêuticas, com o propósito de atenuar ou eliminar o sofrimento físico e psicológico vivenciado pelas crianças e pelas suas famílias (Hockenberry et al., 2019). A significância subjacente a esta abordagem assenta na imperatividade de proporcionar cuidados de qualidade, evitando a indução injustificada de sofrimento físico ou psicológico e a sua concretização requer a adesão a três princípios que estabelecem a estrutura para alcançar o mencionado objetivo: prevenir ou minimizar a separação entre a criança e a família, promover um sentido de controlo e prevenir ou minimizar lesões corporais e dor (Hockenberry et al., 2019).

O modelo de parceria de cuidados proposto por Anne Casey (1995) reconhece e respeita a experiência da família no cuidado de seus filhos. Na ausência dos pais da criança, o enfermeiro procura manter os hábitos de cuidado e conforto, de acordo com as práticas familiares, em vez de substituí-las por rotinas hospitalares. Se um membro da família estiver presente ou se a criança desejar cuidar de si mesma, é estabelecido um processo de negociação, com o enfermeiro em que este oferece apoio contínuo e educação com enfoque na capacitação da família, para que esta tome decisões informadas sobre o cuidado e seu envolvimento (Casey, 1995).

1.2 Dor aguda na criança no contexto de urgência

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP) (Raja et al., 2020) a dor é reconhecida como uma vivência sensorial e emocional desagradável, intrinsecamente associada a um dano real ou potencial nos tecidos.

Por sua vez, de acordo com o ICN, a dor é definida como:

aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (ICN, 2019).

A dor aguda pode surgir devido a diversas causas, como doenças, traumas, acidentes, fraturas, queimaduras ou procedimentos invasivos, sendo caracterizada por uma duração limitada que varia de minutos a horas, porém, não excedendo os três meses (Oliveira et al., 2018).

A dor representa um conceito multidimensional: fisiológico (aspetos físicos, neurológicos e bioquímicos); sensorial (local, intensidade e qualidade da dor); afetiva (respostas emocionais positivas ou negativas despoletadas pela dor); cognitiva (significado atribuído à dor, envolve estratégias de *coping*, atitudes e convicções associadas); comportamental (comportamentos associados à dor como por exemplo a expressão facial, a relação com os outros, a consolabilidade) e por fim a dimensão sociocultural (Batalha, 2010). A IASP (2020) defende que dor é sempre uma experiência pessoal, influenciada em diferentes níveis por fatores biológicos, psicológicos e sociais e que os indivíduos aprendem o conceito de dor através das suas experiências de vida, sendo que o seu relato de dor deve ser sempre respeitado.

Dentro de uma perspetiva cronológica, é possível distinguir dois tipos de dor: a dor aguda e a dor crónica (Batalha, 2010). A dor aguda corresponde a um estado doloroso com uma duração inferior a 3 meses, tipicamente responde positivamente a intervenções terapêuticas, previsível em termos de evolução e passível de estar acompanhada por ansiedade e desconforto. Por sua vez, a dor crónica caracteriza-se frequentemente por persistir para além do desaparecimento da lesão primária, manifestando-se como uma dor duradoura, recorrente e com duração mínima de 3 a 6 meses (Batalha, 2010; Oliveira et al., 2018).

O controlo da dor depende da sua avaliação e reavaliação, constituindo um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças (Direção-Geral da Saúde, 2010; Oliveira et al., 2018). Para uma avaliação precisa da dor em crianças, a Direção-Geral da Saúde (DGS) recomenda a colheita da história da dor durante a admissão hospitalar inicial. A história da dor engloba a recolha de dados que orientam a avaliação e gestão da

dor, utilizando todas as fontes documentais disponíveis, combinadas com observação e entrevistas aos pais/cuidadores principais e, a partir dos 3 anos, à própria criança.

Assim, a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2003) considerou a dor como o 5º sinal vital, implementando como boa prática a avaliação e registo regular da intensidade da dor e em 2008 emitiu o Programa Nacional de Controlo da Dor, seguido em 2012 pelo Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor integrando orientações gerais para o controlo da dor (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Uma das maiores causas pelas quais as crianças recorrem ao serviço de urgência é a presença de dor (Abouzida et al., 2020). Acrescendo que, muitas vezes, os cuidados à criança, implicam a realização de procedimentos dolorosos como, por exemplo, a punção venosa (Abouzida et al., 2020). Segundo Ali et al. (2016), as crianças no serviço de urgência recebem menos tratamentos farmacológicos do que adultos em situações clínicas comparáveis, sendo que às crianças mais velhas é administrada mais analgesia comparativamente às crianças mais pequenas.

No serviço de urgência, pode ser difícil reconhecer e avaliar a dor de uma criança, sendo que, muitas vezes, os profissionais de saúde subestimam a dor, o que pode ter implicações negativas na saúde e bem-estar da criança, quer a curto, como a longo prazo (Eull et al., 2023). No estudo realizado por Ali et al. (2016), os pais e familiares implementaram frequentemente medidas não farmacológicas para o controlo da dor, como o toque e a distração, apesar de existir uma lacuna na literatura relativamente ao uso destas medidas no tratamento da dor aguda no serviço de urgência (Ali et al., 2016).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2010), nos serviços de saúde, os procedimentos são a causa mais frequente de dor na criança, sendo esta acompanhada de medo e ansiedade. O medo e a ansiedade influenciam negativamente a dor percebida pelas crianças, constituindo um foco de atenção por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente através da utilização de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas. Estas técnicas permitem eficazmente reduzir a dor e ansiedade geradas pelos procedimentos invasivos (Hockenberry et al., 2019).

1.3 Gestão da dor aguda da criança em contexto de urgência: oportunidades de parceria com os pais

O conceito de criança é definido pela UNICEF como “todo o ser humano com menos de 18 anos” (Comité Português para a UNICEF, 2019, p. 8). A Ordem dos Enfermeiros (2011), por sua vez, define a criança como: “toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (p. 4).

Nos contextos pediátricos, os cuidados de enfermagem não se limitam apenas à criança, mas também incluem a família, formando uma díade essencial (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Assim, para além da presença da família permitir que a criança se sinta segura e a satisfação das suas necessidades seja promovida de forma individualizada, o respeito pelas suas opiniões e o seu consentimento é fundamental (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Nesta linha de pensamento, importa, também, definir o conceito de família. Este revela-se multifacetado e variável, moldando-se em função do quadro de referência, dos valores individuais e da disciplina que o aborda (Hockenberry et al., 2019). Não subsiste uma definição universal da família; esta é, essencialmente, aquilo que um indivíduo a percebe ser (Hockenberry et al., 2019). O conceito de família pode ser abordado em diferentes perspetivas, nomeadamente a biológica, psicológica, económica, e social, cada qual com a sua definição intrínseca e distinta (Hockenberry et al., 2019). Os enfermeiros, no âmbito da sua prática clínica, assumem a responsabilidade ética e moral de integrar as famílias (Wright & Leahey, 2013), cientes de que o conceito de família, conforme apresentado anteriormente, se revela como uma entidade cuja definição pode sofrer variações substanciais, segundo as perspetivas, valores e enquadramentos disciplinares.

Considerando o anteriormente referido, é imperativo que os enfermeiros adotem uma abordagem ativa no envolvimento da criança/jovem e respetiva família no processo de planeamento de cuidados e na tomada de decisões (Hockenberry et al., 2019). O intuito dessa abordagem é o estabelecimento de uma parceria sólida com vista à prestação de cuidados holísticos, em consonância com os princípios preconizados por Hockenberry et al. (2019). A abordagem centrada na família na prestação de cuidados de saúde pressupõe a construção de uma parceria sólida e colaborativa entre a criança ou

jovem, a sua família e a equipa multidisciplinar envolvida, visando a consecução de resultados desejados para a criança/jovem (Hockenberry et al., 2019; Institute for Patient and Family-Centered Care, 2017), estando esta abordagem assente em quatro conceitos centrais: o respeito e dignidade, partilha de informação, participação e por fim a colaboração (Institute for Patient and Family-Centered Care, 2017).

Para avaliar o nível de envolvimento dos pais/família, é imperativo estabelecer uma comunicação eficaz, na qual ocorra a partilha de conhecimentos. As intervenções de enfermagem devem ser direcionadas para capacitar os pais/família a desenvolver competências de gestão adequadas aos cuidados prestados às suas crianças (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Essa relação estabelecida deve ser fundamentada num paradigma integrativo e holístico, apoiada na premissa de que a família, especialmente os pais, são os principais cuidadores dos filhos (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). No entanto, é crucial que este envolvimento não ocasione desconforto aos pais/família no cumprimento das suas funções parentais (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Portanto, é essencial que o enfermeiro recorra aos seus conhecimentos acerca da dinâmica familiar, incluindo os respetivos desejos e necessidades, para negociar e aplicar intervenções previamente planeadas. Isso permite a plena integração dos pais no processo de tomada de decisões e no desenvolvimento de planos de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A gestão da dor aguda na criança é destacada na literatura como uma componente crucial dos cuidados de saúde, sendo reconhecida como parte integrante dos mesmos. Eull et al. (2023) destaca que a mesma deve ser baseada em evidencia científica e deve equilibrar cautelosamente intervenções farmacológicas e não farmacológicas, de forma a otimizar os resultados esperados. De acordo com o mesmo autor, a gestão da dor é descrita como um processo cíclico para o controlo da dor, na qual os enfermeiros assumem uma posição de destaque, nomeadamente, através da realização de avaliações contínuas, de planeamento e seleção e implementação de intervenções. Nesta linha de pensamento, Monitto (2015) defende a implementação de uma intervenção coordenada e sequencial, que englobe, para além da avaliação e controlo da dor, o empoderamento da criança e da sua família.

Segundo Batalha (2010) a separação dos pais constitui um fator de stress para as crianças e jovens, tendo implicações na perceção da dor. No entanto, apenas a presença dos pais não é suficiente para que haja uma gestão eficaz da dor, sendo necessária uma

presença de qualidade. Uma vez que os pais, na sua maioria, representam uma força estabilizadora para a criança uma presença de qualidade implica pequenas coisas como “tocar, falar, deixar chorar (não reprimir), ser honesto (não mentir) e ajudar a lidar com os procedimentos doloroso (distraindo e animando)” (p.72).

A Carta da Criança Hospitalizada (2009) ressalva a importância da presença dos pais durante a hospitalização das crianças, qualquer que seja a sua idade. No entanto, o processo de hospitalização influencia todo o sistema familiar e é por isso que o enfermeiro deve “negociar e implementar intervenções planeadas, sem correr o risco de os pais se sentirem desconfortáveis no desenvolvimento da sua parentalidade”(Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 17). O envolvimento dos pais só deve ser feito após ser concretizado um levantamento das necessidades e desejos no processo de participação na tomada de decisão e nos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Apesar de ser reconhecida a importância do envolvimento dos pais no processo de tomada de decisão relativa à avaliação e alívio da dor das suas crianças, alguns estudos apontam para a uma lacuna na implementação destas orientações (Abouzida et al., 2020; Azak et al., 2022; Treiman-Kiveste et al., 2022; Vasey et al., 2019). O estudo conduzido por Abouzida et al. (2020), que observou a gestão da dor realizada por enfermeiros a crianças entre os 0-14 anos no serviço de urgência, constatou que apenas em 8% dos casos houve uma colaboração entre a equipa de enfermagem, as crianças e os pais no planeamento das necessidades do controlo da dor na criança. Embora, neste estudo, a presença dos pais tenha sido permitida, verificou-se uma lacuna na colaboração dos enfermeiros com os pais e as crianças no planeamento das intervenções analgésicas, tendo em conta os seus objetivos e prioridades (Abouzida et al., 2020). Também Vasey et al. (2019) referem que o envolvimento dos pais no planeamento das necessidades de controlo da dor dos seus filhos, não é uma prática promovida de forma consistente ou sistemática.

No contexto pediátrico a dor ganha um maior grau de complexidade, e a desvalorização da avaliação da dor pediátrica é um problema reconhecido, que necessita de atenção de forma a assegurar da qualidade dos cuidados prestados (Batalha & Sousa, 2018). A dor não controlada, por desencadear e prolongar no organismo respostas fisiológicas de stress, pode afetar negativamente a recuperação da criança e apresentar consequências a longo prazo (Hockenberry et al., 2019).

O medo, a ansiedade e o stress estão muitas vezes associados à dor (Hockenberry et al., 2019), o que pode dificultar a avaliação da dor e consequentemente a tomada de decisão dos profissionais de saúde relativamente à intervenção e para que o façam corretamente devem, em parceria com os pais, saber avaliar e interpretar o estado emocional da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Segundo Batalha & Sousa (2018) o autorrelato da dor é o método de avaliação preferencial, no entanto, existem situações em que a criança não consegue fazer o autorrelato (como em crianças pré-verbais) ou cuja situação clínica não o permita. Nestas situações, a avaliação pode ser feita pelos enfermeiros ou pelos pais. Tendo em consideração o estudo desenvolvido por Batalha & Sousa (2018) a avaliação da dor realizada pelos pais relativa aos seus filhos é a que se aproxima mais do autorrelato da dor dos seus filhos, havendo uma subavaliação da dor por parte dos enfermeiros. Os pais assumem uma posição privilegiada na informação e na orientação dos profissionais de saúde para a aplicação de medidas não farmacológicas, uma vez que traduzem as queixas da criança, tornando-as perceptíveis para a equipa de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A Ordem dos Enfermeiros (2013) reforça a importância das estratégias não-farmacológicas, que associadas às estratégias farmacológicas constituem um recurso indispensável para o controlo da dor. As estratégias não farmacológicas podem ser classificadas em comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, suporte emocional e ambientais (Batalha, 2010). A Ordem dos Enfermeiros (2013) refere que as intervenções comportamentais, como por exemplo o relaxamento, implicam o ensino de comportamentos que fomentem o alívio da dor; as intervenções cognitivas baseiam-se em métodos mentais para lidar com a dor como por exemplo a informação prévia; as intervenções cognitivo-comportamentais compreendem a associação das estratégias cognitivas e comportamentais, como por exemplo a distração ou a imaginação guiada, alterando a perceção da dor e melhorando as capacidades da criança para a enfrentar; as intervenções físicas têm como objetivo a mitigação do estímulo doloroso, da reação inflamatória e tensão muscular quer seja através do calor, frio, através do toque, massagem ou através do posicionamento; as intervenções de suporte emocional oferecem conforto através da presença de uma pessoa significativa. Por fim, as intervenções ambientais dizem respeito à melhoria das condições ambientais,

nomeadamente a luz, a temperatura, o ruído e decoração (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

As intervenções não farmacológicas apresentam resultados significativos no controlo da dor ligeira a moderada, tendo a vantagem de não apresentar efeitos secundários e permitir que a criança tenha uma ação autónoma (Batalha, 2010). A escolha da técnica não farmacológica a utilizar depende dos recursos disponíveis em cada serviço, das preferências da criança, das suas habilidades e do seu desenvolvimento cognitivo (Batalha, 2010).

A Direção-Geral da Saúde (2012) emitiu uma norma com orientações sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos, na qual faz referência às seguintes medidas não farmacológicas para o controlo da dor: amamentação, contenção (com lençol ou manual), distração, administração de glicose ou sacarose, imaginação guiada, massagem, modelação, preparação, reforço positivo, relaxamento muscular/exercícios respiratórios e sucção não nutritiva.

Em suma, para que haja uma gestão eficaz da dor, nos diferentes contextos clínicos, nomeadamente no contexto de urgência pediátrica, os pais desempenham um papel fundamental, sendo por isso da máxima pertinência para a qualidade dos cuidados que a parceria de cuidados entre a criança, pais e enfermeiro seja uma realidade sistemática (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Park & Cho, 2018; Yoo et al., 2020).

2. PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico, decorrente da concretização do projeto, sustenta-se no referencial da disciplina e profissão de enfermagem, bem como na aprendizagem experiencial e na reflexão na e sobre a ação, decorrente da realização dos vários estágios, visando a demonstração e fundamentação das competências comuns e específicas de EEESIP adquiridas.

A metodologia de projeto é uma abordagem que visa o desenvolvimento de competências pessoais por meio da resolução de problemas (Nunes et al., 2010). Em contraste, com uma abordagem puramente investigativa, a metodologia de projeto não se concentra apenas na análise de um problema, mas também na sua resolução prática (Nunes et al., 2010). Isso envolve a formulação de intervenções e a integração efetiva da teoria com a prática. A metodologia de projeto é uma abordagem intencional que exige iniciativa e autonomia por parte dos seus intervenientes (Nunes et al., 2010). Ela é caracterizada por sua autenticidade, complexidade e incerteza, e compreende várias fases que se desenrolam ao longo de um período definido (Nunes et al., 2010).

Este projeto e percurso formativo encontra, também, a sua fundamentação no princípio da prática reflexiva. A prática reflexiva é uma abordagem concebida a partir da prática profissional, sendo definida como "a arte de promover o crescimento intrínseco por meio da reflexão, com o propósito de encontrar soluções" (Netto et al., 2018, p. 2).

A reflexão na ação é essencial à prática de enfermagem, sustentando a forma como os profissionais enfrentam os desafios de situações divergentes (Netto et al., 2018). Esta habilidade não apenas possibilita uma resposta imediata e eficaz a situações problemáticas, mas também oferece um espaço para aprendizagem contínua e melhoria profissional (Schön, 1983).

Quando nos deparamos com uma situação desafiante, daquelas que parecem fugir à resolução imediata, é aí que revelamos a capacidade de estabelecer uma nova perspectiva. Este novo olhar sobre o problema, concebido como uma experiência de estruturação, torna-se uma ferramenta valiosa. O profissional depara-se com uma oportunidade única para redefinir a situação, procurando um novo ângulo, uma nova abordagem capaz de transformar o problema aparentemente insolúvel numa questão viável (Schön, 1983).

A competência profissional do Enfermeiro representa um marco crucial na definição da excelência no desempenho da prática profissional (Alarcão & Rua, 2009). Na sua essência a competência transcende a mera realização de tarefas, tratando-se de um *continuum* de habilidades e qualidades que se unem para nutrir um desempenho de qualidade e impacto significativo (Alarcão & Rua, 2009). É importante ressaltar que a competência não se limita a uma entidade estática: é, ao invés disso, um conglomerado de micro-competências que se combinam e se movimentam dinamicamente durante a ação. Essa sinergia entre atitudes, conhecimentos e habilidades de distintas naturezas configura a competência como uma manifestação fluída e adaptativa, necessária num ambiente de constante mudança (Alarcão & Rua, 2009).

O enfermeiro competente distingue-se pela excelência manifestada nas suas ações, estando intrínseco à sua prática o compromisso de oferecer não apenas cuidados, mas também um padrão elevado de qualidade, transcendendo as expectativas dos seus alvos de cuidados (Alarcão & Rua, 2009). Assim, a competência profissional do enfermeiro corresponde a uma harmonização entre a cognição, a técnica e a comunicação que delineia não só um profissional competente, como um agente de transformação na promoção do bem-estar e da saúde daqueles aos quais se dedica com primazia (Alarcão & Rua, 2009)

Assim, e de forma a desenvolver competências de EEESIP e EE foram delineados os seguintes objetivos gerais e específicos:

1) Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança e jovem em diferentes situações de saúde- doença e contextos de prática clínica;

1.1) Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família;

1.2) Desenvolver competências de comunicação com a criança e família nos diferentes estádios de desenvolvimento;

2) Desenvolver competências de EESIP com foco na gestão diferenciada da dor aguda e do bem-estar da criança e do jovem submetidos a procedimentos.

2.1) Analisar os procedimentos dolorosos mais comuns e a utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor aguda da criança nos diferentes contextos de prática clínica;

2.2) Analisar o envolvimento da família na promoção do conforto da criança submetida a procedimentos dolorosos;

2.3) Liderar processos de mudança no âmbito da gestão diferenciada da dor e parceria com os pais em contexto de urgência pediátrica.

Para atingir estes objetivos foi realizado um estágio clínico em vários contextos, contabilizando um total de 500h de contacto. O primeiro contexto foi o internamento de pediatria, seguido pelo serviço de urgência pediátrica, unidade de cuidados intensivos neonatais, unidade de cuidados de saúde personalizados e consulta de desenvolvimento, como descrito no cronograma de locais de estágio (**apêndice II**).

Para cada contexto foi realizado um guia orientador das atividades de estágio que foi discutido e adequado face ao diagnóstico de situação efetuado (**apêndice III**).

Este relatório representa, assim, a última etapa do projeto, onde se apresentam os resultados obtidos e se realiza uma análise reflexiva do percurso desenvolvido, bem como das competências desenvolvidas.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO: DOS OBJETIVOS PROPOSTOS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

De forma a facilitar a descrição e análise reflexiva do percurso efetuado, e tendo em conta o trajeto percorrido, decidiu-se organizar este capítulo por contextos de estágio, seguindo a ordem cronológica da sua realização.

Os objetivos gerais são transversais a todos os contextos de estágio e acredita-se terem contribuído para o desenvolvimento de competências de EE e de EEESIP.

A primeira fase deste projeto teve como ponto de partida a realização do autodiagnóstico de competências do EEESIP e a identificação da problemática em estudo.

Com os diferentes conceitos que foram emergindo da pesquisa da literatura, foi desenvolvido um mapa conceptual (**apêndice IV**), que trouxe contributos para a construção dos principais objetivos a desenvolver. Os objetivos identificados encontram-se alinhados com as competências específicas do EEESIP descritas no Regulamento n.º 422/2018:

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

e com as competências comuns do enfermeiro especialista presentes no Regulamento n.º 140/2019: Responsabilidade profissional, ética e legal (A); Melhoria contínua da qualidade (B); Gestão dos cuidados (C); Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D) (Regulamento n.º 140/2019).

O EEESIP distingue-se pela aquisição e aprimoramento de competências técnicas e relacionais, desempenhando um papel crucial na promoção do bem-estar e na prestação de cuidados especializados em pediatria (Regulamento n.º 422/2018) . A sua distinção na área da enfermagem pediátrica é inegavelmente associada à busca constante pelo desenvolvimento profissional, com ênfase na formação contínua. Esta formação contínua desempenha um papel determinante na capacitação dos enfermeiros especialistas, uma vez que proporciona a oportunidade de adquirir conhecimentos atualizados e aprofundados, além de promover uma compreensão abrangente da

natureza dos cuidados de enfermagem (Alarcão & Rua, 2009; Netto et al., 2018; Regulamento n.º 422/2018).

3.1. Internamento de pediatria

O primeiro estágio teve lugar no serviço de internamento de pediatria, um contexto de prática clínica que se insere no departamento de pediatria do hospital, e em que crianças entre os 28 dias e os 18 anos menos 1 dia, podem ser hospitalizadas.

Este serviço tem a capacidade acolher crianças e suas famílias, provenientes de diferentes serviços e com diferentes necessidades de saúde, nomeadamente do serviço de urgência pediátrica, consulta externa de pediatria, cirurgias eletivas, exames complementares de diagnóstico com sedação e provas orais de imunoalergologia. Neste serviço o profissional propõe-se a desempenhar um papel multifacetado na assistência a crianças e jovens com diferentes necessidades e em diversas fases de desenvolvimento, tornando-o um contexto de prestação de cuidados complexo e exigente.

A comunicação humana é um fenómeno intrinsecamente complexo e multidimensional, cujo processo de interação pressupõe a utilização de mecanismos comunicativos que se manifestam quer através de mecanismos verbais quer por mecanismos não-verbais, tais como expressões faciais, gestos, postura corporal e a distância entre os interlocutores (Braga & Paes Da Silva, 2007; Phaneuf, 2005).

A conhecida evolução da linguagem e do pensamento fornece um enquadramento de referência para a comunicação com crianças. Os processos de pensamento evoluem desde as fases sensoriomotoras até às fases perceptuais, concretas e, finalmente, às operações formais e abstratas (Hockenberry et al., 2019). Compreender as características destas etapas fornece ao enfermeiro uma estrutura facilitadora para comunicar eficazmente com as crianças e jovens, o que se revela particularmente relevante num serviço de internamento pediátrico que acolhe crianças em diferentes faixas etárias (Hockenberry et al., 2019). Neste contexto, é essencial que o enfermeiro demonstre competências comunicacionais específicas ajustadas a cada fase de desenvolvimento das crianças, assegurando, desta forma, a eficácia e empatia na comunicação.

Neste sentido, ao refletir com a Enfermeira orientadora, surgiu a necessidade de elaborar um documento intitulado “Técnicas de comunicação” (**apêndice V**) com o

objetivo de resumir as técnicas de comunicação verbais e não verbais, bem como as estratégias mais eficazes e adequadas a cada estágio de desenvolvimento da criança.

Neste contexto, destaca-se a realização de diversos procedimentos invasivos a crianças, muitos dos quais potencialmente dolorosos. Neste cenário, é imperioso que o enfermeiro esteja plenamente alerta para a prevenção e gestão da dor, assegurando, assim, o bem-estar das crianças, jovens e suas famílias (Abouzida et al., 2020). O alívio da dor é uma componente essencial da prática de enfermagem, e a capacidade de gerir a dor de forma eficaz reveste-se de significativa importância no cuidado ao cliente pediátrico (Eull et al., 2023).

A formação eficaz desempenha um papel crítico no desenvolvimento de uma prestação de cuidados de enfermagem sensível à resposta da criança/jovem, perante uma situação de doença (Zimmermann & Alfes, 2019). A abordagem centrada na família, que coloca em ênfase a colaboração entre os enfermeiros, a criança e a família (Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2017), é fundamental no planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde prestados, resultando em experiências positivas para as crianças hospitalizadas e para as suas famílias, melhorando a satisfação entre os profissionais de saúde e reduzindo os custos associados aos cuidados. Para promover esta colaboração, é necessário que haja uma educação e sensibilização dos Enfermeiros sobre a importância destas interações e da cooperação (Yoo et al., 2020).

Neste sentido, reuni com a enfermeira orientadora de forma a refletir sobre o envolvimento da família na promoção do conforto da criança, submetida a procedimentos dolorosos. Paralelamente, realizei pesquisa bibliográfica sobre as oportunidades de parceria com os pais na promoção do conforto e na implementação de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor de forma a prestar cuidados, em colaboração com a EEESIP, baseados em evidencia científica, implementado os conhecimentos adquiridos. Estas atividades possibilitaram a participação, de forma sustentada e com outro olhar, nos cuidados à criança submetida a procedimentos dolorosos, envolvendo a família através da prestação de cuidados promotores do conforto da criança e família de forma sustentada e refletida. Assim, as atividades desenvolvidas neste contexto contribuíram para o desenvolvimento das seguintes unidades de competência do EEESIP: 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; E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A gestão da dor aguda em crianças é um processo cíclico na qual os enfermeiros desempenham um papel central ao realizar a avaliação, planeamento e seleção de intervenções, em parceria com a criança e família (Eull et al., 2023). O cuidado de enfermagem às crianças submetidas a procedimentos invasivos, como por exemplo as punções venosas, representam uma vertente crítica, uma vez que estas experiências dolorosas podem ter repercussões negativas em eventos futuros, para além de perpetuar o medo e ansiedade relativamente à realização deste tipo de procedimentos até à vida adulta. Isto pode resultar em reações exacerbadas à dor, o que salienta a relevância da abordagem e gestão da dor pediátrica, com foco na prevenção do sofrimento e na promoção do bem-estar (Çelikol et al., 2019).

Desta forma, considerou-se relevante a realização de um estudo de caso sobre uma criança e sua família, hospitalizada, neste serviço, para realização de uma cirurgia eletiva, com enfoque na intervenção de enfermagem na gestão e prevenção da dor (**apêndice VI**). A realização desta atividade contribuiu para o desenvolvimento das competências quer de EE: D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019); quer de EEESIP: 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; E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e amplamente suportadas na evidência;

Para além dos trabalhos efetuados, as passagens de ocorrências, os cuidados de enfermagem prestados às crianças e famílias, bem como as reflexões com a Enfermeira orientadora permitiram-me desenvolver as seguintes unidades de competência do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018):

E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;

E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;

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

Bem como desenvolver competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019, 2019):

D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;

3.2. Serviço de urgência pediátrica

O segundo estágio decorreu no serviço de urgência pediátrica. Este serviço acolhe crianças até aos 18 anos, exclusive.

Neste serviço, a prestação de cuidados de enfermagem é orientada para estar em conformidade com os padrões estabelecidos pelos direitos consagrados na Carta da Criança Hospitalizada (EACH – Associação Europeia para as Crianças Hospitalizadas, 2009). Estes cuidados são fundamentados em práticas não traumáticas e na abordagem centrada na família, visando promover o bem-estar da criança e considerando ativamente o envolvimento e suporte da família no prático de cuidados de enfermagem.

Por ser um hospital credenciado pela *Joint Commission International*, entidade internacional de certificação de instituições de saúde, cujo objetivo primordial é aprimorar a segurança e qualidade dos cuidados de saúde, os critérios de excelência em qualidade e segurança abrangem múltiplos domínios. Estes incluem a identificação segura do cliente, comunicação segura entre profissionais de saúde, administração segura de medicamentos, procedimentos cirúrgicos seguros, medidas preventivas de infeções e estratégias de prevenção de quedas (Joint Commission International, sem data). De forma a assegurar a qualidade dos cuidados prestados, o hospital dispõe de um sistema de gestão documental que disponibiliza as diretrizes normativas destinadas a orientar os cuidados de enfermagem.

Estruturalmente este serviço é composto por dois gabinetes médicos, uma sala de observações com três postos: um berço e duas camas; um posto de emergência, uma sala de tratamentos com dois postos: uma maca e um cadeirão e um posto de triagem. Na sala de observações são acolhidas crianças e jovens que necessitem de vigilância e cuidados de enfermagem por um curto período (menos de 24h). A sala de tratamentos é utilizada para a realização de procedimentos, como a administração de terapêutica oral, inalatória ou endovenosa, a realização de pensos e/ou suturas, a colocação de gessos,

entre outros. A triagem é realizada segundo o triângulo de avaliação pediátrico, integrando três níveis de gravidade: não urgente (azul), urgente (amarelo) e emergente (vermelho).

Inicialmente, foi discutido o projeto com o enfermeiro orientador, que é também chefe do serviço, de modo a proceder ao seu ajuste atendendo às necessidades existentes.

A teoria assume um papel instrumental de excelência na capacidade explicativa e preditiva, configurando as questões pertinentes e facilitando a análise sistemática de uma série de eventos sequenciais (Benner, 2001). Assim, e consequente às atividades desenvolvidas, no contexto de estágio anterior, e enquadrado no primeiro objetivo delineado foi identificada a necessidade de aprofundar conhecimentos no que diz respeito ao desenvolvimento infantil, de forma a desenvolver uma prestação de cuidados à criança fundamentada, com foco na promoção do seu desenvolvimento, bem como continuar a desenvolver conhecimentos, com enfoque nas técnicas e princípios de comunicação adequados a cada estágio de desenvolvimento.

Frequentemente, os pais recorrem ao serviço de urgência com os seus filhos na procura de cuidados, visando a compreensão e o diagnóstico de um quadro de saúde ou condição que lhes causa preocupação (May et al., 2018). Uma das maiores causas de preocupação que conduz as crianças e suas famílias, ao serviço de urgência, é a dor, frequentemente, decorrente de um processo de doença (Moutte et al., 2015).

A dor aguda é um sintoma que pode surgir devido a diversas causas, tais como doenças, traumas, acidentes, fraturas, queimaduras ou procedimentos invasivos. É caracterizada por ter uma duração limitada, persistindo por um curto período, que pode variar de minutos a horas, mas não excedendo os três meses (Oliveira et al., 2018).

Na esfera hospitalar, é importante destacar que os procedimentos invasivos são a principal causa de dor em crianças, muitas vezes acompanhados de sentimentos de medo e ansiedade (Direção-Geral da Saúde, 2010). A influência negativa do medo e da ansiedade na perceção da dor pelas crianças é bem documentada na literatura (Ballard et al., 2017; Martin et al., 2019; Matziou et al., 2013; Pölkki et al., 2018). Portanto, é relevante que os enfermeiros tenham presente o referido, de modo a realizarem uma apreciação adequada da mesma, e implementem estratégias, sejam elas farmacológicas ou não-farmacológicas, para prevenir e gerir a dor na criança (Direção-Geral da Saúde, 2010).

É fundamental ressaltar a centralidade da família no cuidado de crianças e jovens com dor. O respeito pelas suas opiniões, bem como o seu consentimento é de extrema importância nas decisões clínicas e na prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Além disso, a colaboração com os pais assume especial relevância na aplicação de abordagens não farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Pölkki et al., 2018).

Tendo em vista que a dor é uma experiência desconfortável (IASP, 2020), os cuidados de enfermagem são direcionados para maximizar o conforto do cliente pediátrico. Portanto, é essencial uma abordagem holística que considere, não apenas os aspetos físicos, mas também as dimensões emocionais, visando aliviar a dor e melhorar o bem-estar das crianças. Este referencial está em consonância com a definição de conforto apresentada por Katharine Kolcaba (2003), em que o conforto é alcançado quando as necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência são satisfeitas nos quatro contextos da experiência.

Assim, e de forma a sensibilizar os pares a integrarem estes conceitos na sua prática de cuidados, foi realizada a formação em serviço denominada, “Pais como parceiros na gestão da dor da criança” (**apêndice VII**). Para a realização desta formação foram previamente identificadas as necessidades de formação dos pares, no âmbito da gestão da dor, com enfoque no envolvimento dos pais na promoção do conforto e de estratégias não farmacológicas, no serviço de urgência, de forma a poder preparar o plano de sessão formativo (**apêndice VIII**).

De forma a capacitar os pais, para participarem colaborativamente, se assim o decidirem, na otimização das respostas, inerentes à gestão da dor dos seus filhos, os enfermeiros poderão expandir a divulgação de informações sobre o uso de estratégias não farmacológicas, bem como oferecer apoio aos pais (Pölkki et al., 2018). Nesta linha de pensamento, Pölkki et al. (2018) sublinha que estratégias de orientação versáteis para os pais, que englobem não apenas informações verbais, assumem uma importância crucial. Face ao exposto e ao diagnóstico de situação efetuado, verificou-se a inexistência de informação sistematizada sobre o tema no serviço, pelo que foi desenvolvido, um folheto informativo para os pais, intitulado “Como aliviar a dor do meu filho?” (**apêndice IX**). Neste folheto estão explanadas as informações relativas ao relato e manifestação de dor da criança e às estratégias não farmacológicas mais adequadas à idade e estágio de desenvolvimento.

De forma a fundamentar as atividades anteriormente referidas e enquadrado nos objetivos delineados, foi realizada uma pesquisa bibliográfica relativa às estratégias farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor adequadas aos vários estádios de desenvolvimento da criança, bem como na identificação de procedimentos de enfermagem mais comuns e consequentemente na identificação das estratégias não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros no serviço de urgência para o controlo da dor aguda da criança. A realização de punções venosas e redução de fraturas ósseas são dois procedimentos potencialmente dolorosos descritos na literatura como procedimentos realizados em crianças nos serviços de urgência (Abouzida et al., 2020; Guarda et al., 2022). A distração é a estratégia não farmacológica mais referida pelos vários autores como estratégia de eleição em contexto de urgência. (Abouzida et al., 2020; Ali et al., 2016; Ballard et al., 2017).

Ainda neste contexto e face às necessidades identificadas e validadas com o EEESIP, e aos objetivos delineados no projeto, procedeu-se à criação e constituição de um grupo de trabalho cuja atividade tem como objetivos (**apêndice X**):

- Implementar a utilização de práticas baseadas na evidência científica atualizada e pertinente para a prevenção, avaliação e tratamento da dor em contexto pediátrico;
- Realizar e atualização de normas e protocolos;
- Realizar formação no âmbito da prevenção e controlo da dor em pediatria;
- Desenvolver produção científica no âmbito da dor em pediatria;
- Auditar o processo de avaliação e gestão da dor em pediatria;
- Divulgar do trabalho realizado através dos meios de comunicação institucionais.

Por ser o meu contexto de trabalho, e ser elemento integrante do grupo de trabalho, prevê-se a continuidade da atividade do grupo de trabalho com o desenvolvimento de atividades e projetos que irão contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

A criação e desenvolvimento de um grupo para trabalhar as questões relacionadas com a dor pediátrica, contribuiu para o desenvolvimento das seguintes unidades de competência, no âmbito da qualidade dos cuidados e na liderança de recursos: A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas;

B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua; B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua; C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos; D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica; D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (Regulamento n.º 140/2019).

Por meio da reflexão, é possível expor e analisar criticamente os conhecimentos implícitos que emergem das repetidas experiências no contexto de uma prática especializada. Tal exercício possibilita uma reinterpretação das situações de incerteza ou singularidade, facultando-lhe a oportunidade de uma vivência mais profunda e significativa (Schön, 1983). Deste modo, procedi à realização de uma reflexão intitulada, “Oportunidades de parceria com os pais na gestão da dor aguda da criança” (**apêndice XI**). Esta reflexão permitiu-me consolidar e explorar os conhecimentos adquiridos através das atividades referidas anteriormente. Estas atividades contribuíram, assim, para o desenvolvimento das unidades de competência do EE: D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional; D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica; D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e do EEESIP: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma

variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência (Regulamento n.º 422/2018).

Face ao exposto, as atividades desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento de competências de EEESIP (Regulamento n.º 422/2018):

E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;

E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;

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

E competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019, 2019):

A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal

B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade;

C - Domínio da gestão dos cuidados

D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;

3.3. Unidade de cuidados intensivos neonatais

O terceiro estágio decorreu na unidade cuidados intensivo neonatais.

Os profissionais da UCIN enfrentam diariamente um desafio de inestimável importância: assegurar a qualidade e continuidade dos cuidados prestados a recém-nascidos em situações de especial complexidade. A sua missão é otimizar o desenvolvimento de recém-nascidos que, por diversas razões, nascem em circunstâncias de fragilidade extrema. A prestação de cuidados em neonatologia é uma atividade complexa e delicada, uma vez que envolve o acompanhamento de bebés prematuros e com condições de saúde instáveis. Os RNPT, que ainda estão num processo de desenvolvimento incompleto, são particularmente vulneráveis às agressões ambientais. A prematuridade e a instabilidade de saúde tornam cada movimento, o som e a luz, entre outros fatores, uma ameaça potencial para o seu bem-estar. Portanto, um dos objetivos primordiais dos profissionais de neonatologia é a definição de estratégias de cuidados que visam minimizar tais agressões, proporcionando um ambiente propício ao desenvolvimento saudável destes recém-nascidos e suas famílias (Altimier & Phillips, 2013; Lyngstad et al., 2022; NHSGGC, 2021)

A Unidade de Neonatologia é, assim, um local onde a expertise de uma equipa multidisciplinar é absolutamente essencial. Enfermeiros, médicos, terapeutas, e outros

profissionais trabalham em conjunto para garantir que cada recém-nascido receba os cuidados específicos que necessita, adaptados à sua individualidade. Existe uma preocupação com a promoção e implementação de cuidados neuroprotetores do desenvolvimento, bem como com o cumprimento das recomendações do *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP).

O NIDCAP tem como desígnio o estabelecimento de uma relação fundamentada, num ambiente de apoio direcionado ao recém-nascido e à sua família, em que as interações relacionadas com os cuidados e o contexto considerem os subsistemas do recém-nascido, com a perspectiva de fornecer um suporte de longo prazo (*NIDCAP Federation International*, sem data; Santos, 2011).

A avaliação e a intervenção imediata em situações de emergência perinatal fazem toda a diferença, entre um desfecho favorável, e uma vida marcada por morbilidades. Os enfermeiros na unidade de cuidados intensivos neonatais possuem um conhecimento profundo das características dos recém-nascidos e estão capacitados para reconhecer a importância de desvios graves em relação às observações esperadas (Fisher, 2019).

Um desafio adicional prende-se com a promoção de cuidados centrados na família e com a criação um ambiente mais sereno numa unidade de cuidados intensivos neonatais, muitas vezes, movimentada e com ruído (Fisher, 2019). Neste contexto, o EEESIP, tendo como escopo de ação a resposta em situações complexas, assume uma posição privilegiada, quer na implementação de intervenções de suporte e capacitação parental, como na avaliação do momento adequado para intervir num ambiente favorável, em parceria com a família, encorajando a partilha de conhecimentos, habilidades e recursos, promovendo uma relação em que todos os intervenientes se sentem competentes nas suas atividades e, assim, seja possível adquirirem autonomia e poder sobre suas decisões (Silva et al., 2016).

Inicialmente, foi discutido o projeto com o enfermeiro orientador, de modo a proceder ao seu ajuste atendendo às necessidades existentes.

Por ser uma área de elevada complexidade, foi necessário ampliar os meus conhecimentos e realizar pesquisa bibliográfica relativamente ao desenvolvimento neonatal, para assim prestar cuidados de enfermagem ao neonato com foco na promoção do desenvolvimento.

Neste contexto e, tendo em consideração que a hospitalização na UCIN implica, de forma inegável, que os recém-nascidos sejam frequentemente submetidos a um prolongado estado de dor e/ou stress, resultante de uma multiplicidade de fatores, entre os quais se destacam o ambiente ruidoso e a separação dos pais (Lyngstad et al., 2022), foi-me proposto pelo enfermeiro orientador a atualização da norma “Avaliação e gestão da dor na criança internada na UCIN” (**apêndice XII**), que para além de contemplar a avaliação da dor no recém-nascido e na criança, descreve também as intervenções não farmacológicas que podem ser utilizadas quer pelos pais como pelos enfermeiros para controlar e minimizar a dor na criança e no recém-nascido.

A literatura indica que os neonatos internados em unidades de cuidados intensivos neonatais têm uma maior probabilidade de apresentarem uma vinculação comprometida com os seus progenitores (Bucsea & Pillai Riddell, 2019). O envolvimento parental exerce uma influência significativa na consolidação do vínculo afetivo entre os pais e os neonatos, o que se traduz em consequências positivas tanto no estado fisiológico quanto no processo de desenvolvimento dos neonatos (Heo & Oh, 2019). Para cumprir e sustentar esta atividade, foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica de forma a aprofundar os conhecimentos relativamente às estratégias não farmacológicas aplicadas em contexto neonatal, bem como identificar as estratégias não farmacológicas utilizadas no presente serviço. As realizações destas atividades, e a respetiva prestação de cuidados ao RN e família, contribuíram para o desenvolvimento das seguintes unidades de competência do EE: D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019); e de EESIP: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com

necessidades especiais; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (Regulamento n.º 422/2018).

A fim de compreender e analisar as práticas dos EEESIP realizei uma reflexão sobre a utilização de estratégias não farmacológicas na UCIN, bem como sobre a relevância do estabelecimento de uma parceria no cuidado de enfermagem ao recém-nascido e família na unidade de cuidados intensivos neonatais (**apêndice XIII**).

Face ao exposto, neste contexto e atendendo às atividades desenvolvidas, acredita-se ter sido possível o desenvolvimento das seguintes competências de EEESIP (Regulamento n.º 422/2018):

E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;

E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;

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

Bem como o de EE (Regulamento n.º 140/2019, 2019):

D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;

3.4. Unidade de cuidados de saúde personalizados

O quarto estágio foi realizado numa unidade de cuidados de saúde personalizados na região do Algarve. A unidade integra profissionais de saúde altamente qualificados, e tem como missão: a promoção da saúde, o que se realiza mediante a deteção atenta de problemas de saúde e a prevenção proativa de complicações associadas através da prestação de cuidados primários personalizados e humanizados.

Esta UCSP apresenta seis polos, que se localizam em freguesias do concelho da UCSP, correspondendo a áreas geográficas com uma demografia predominantemente envelhecida. Desta forma, a EEESIP que procedeu à minha orientação estava alocada a um destes polos, sendo a enfermeira responsável pelas consultas de desenvolvimento infantil. As consultas de desenvolvimento infantil são realizadas em articulação com o médico de medicina geral e familiar. Os cuidados de enfermagem na consulta de saúde infantil e juvenil seguem as orientações patentes Programa de Saúde Infantil e Juvenil (PSIJ), como estabelecido na Norma 010/2013. Em algumas circunstâncias, ambas as consultas, a de enfermagem e a médica, foram realizadas de forma concomitante. Este

procedimento visa proporcionar uma abordagem de caráter multidisciplinar, centrada na família e nas suas necessidades específicas, beneficiando, deste modo, tanto os pais como as crianças envolvidas no processo (Institute for Patient and Family-Centered Care, 2017).

As intervenções de enfermagem implementadas na prestação de cuidados na consulta de saúde infantil e juvenil foram estruturadas com foco na prestação de cuidados holísticos e na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil. Estas intervenções foram alinhadas com as diretrizes estabelecidas pelo PNSIJ. Essa abordagem foi marcada pela priorização de cuidados antecipatórios como um elemento crucial na promoção da saúde e na prevenção de doenças, evidenciada pela prestação de cuidados colaborativos ao agendar consultas em momentos-chave do desenvolvimento da criança. Além disso, houve um foco na transmissão de conhecimentos fundamentais aos pais e outros responsáveis, com o propósito de capacitá-los na promoção e proteção dos direitos das crianças, assim como na prática eficaz da parentalidade, especialmente diante dos novos desafios na esfera da saúde. Paralelamente, durante essas consultas, é realizado um processo de deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de possíveis situações que possam impactar adversamente a saúde da criança e que sejam suscetíveis de correção.

As consultas são agendadas em conformidade com a calendarização estabelecida no programa nacional de vacinação, visando fomentar a adesão a este programa e minimizando a necessidade de múltiplas deslocações aos serviços de saúde.

Na UCSP, observa-se a adoção do método de organização do enfermeiro responsável, no qual o profissional assume a responsabilidade integral pela gestão e prestação de todos os cuidados ao cliente (Miguel et al., 2021). Este método representa uma estratégia organizacional dos cuidados de enfermagem pautada pela centralização nas necessidades individuais dos clientes (Miguel et al., 2021).

Estas consultas harmonizam-se com a calendarização do programa nacional de vacinação, promovendo a adesão ao PNV. Neste âmbito foram desenvolvidas competências de EEESIP: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da

criança/jovem; E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 422/2018).

Dando continuidade ao trabalho de pesquisa desenvolvido nos contextos de estágio anteriores, e por este ser um contexto que me permitiu prestar cuidados de enfermagem, desde recém-nascidos até aos adolescentes, foi necessário aprofundar a pesquisa bibliográfica relativamente ao desenvolvimento infantil e a estratégias de comunicação adequados a cada estágio de desenvolvimento da criança, de modo a ir de encontro ao primeiro objetivo geral delineado e assim desenvolver competências de EEESIP: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (Regulamento n.º 422/2018).

Para uma prestação de cuidados centrados na família, é imperativo que o enfermeiro estabeleça uma comunicação aberta e sincera com o paciente e sua família (Valizadeh et al., 2017). Esta abordagem vai, assim, além do tratamento clínico e engloba a compreensão das necessidades emocionais e informativas das famílias envolvidas (Valizadeh et al., 2017).

Muitas das famílias que recorrem aos serviços de saúde com os seus filhos encontram-se numa fase de transição para a parentalidade, um período que pode ser caracterizado pela complexidade e desafios que acarreta (Guarda-Rodrigues & Rebelo-Botelho, 2021; Rodrigues & Velez, 2021). Neste momento, os pais estão a aprender a conhecer os seus filhos, a responder aos episódios de doença e a identificar onde procurar ajuda e orientação (Johnston et al., 2015). O enfermeiro atua em áreas específicas através da orientação antecipatória proativa às famílias e assim promover o potencial máximo de desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 422/2018)

Neste contexto, surgiu a oportunidade de desenvolver o projeto intitulado, "Partilhar para Crescer" (**apêndice XIV**). Este projeto visa promover a partilha de conhecimento e experiências entre os enfermeiros e as famílias, inscritas na UCSP, através de um grupo restrito criado numa rede social, com o intuito de facilitar a transição para a parentalidade e o acesso a recursos e orientações relativamente à saúde dos seus filhos. Através desta iniciativa, pretende-se criar um ambiente de colaboração e apoio mútuo contribuindo, assim, para a melhoria qualidade dos cuidados.

O EEESIP apresenta competências que vão para além do cuidado direto à criança, abrangendo também a educação para a saúde e a identificação e mobilização de recursos de apoio para a família/pessoa significativa (Regulamento n.º 422/2018). Neste contexto, o nível de literacia parental constitui uma questão significativa para os EEESIP, uma vez que influencia significativamente a sua prática (Johnston et al., 2015). Como primeira partilha do grupo foram realizados dois “*posts*”, uns relativos à prevenção de acidentes, mais especificamente sobre como prevenir a queda, e um outro, com enfoque nos cuidados ao RN/lactente em contexto de cólicas. O objetivo desta atividade foi o de fornecer informações antecipatórias às famílias para que possam tomar decisões informadas promotoras da saúde dos seus filhos.

Face às atividades desenvolvidas, foi possível, o desenvolvimento de competências de EE, no âmbito: B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade; B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua; D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica; D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e no âmbito das competências de EEESIP: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (Regulamento n.º 422/2018)

Estas atividades permitiram-me, assim, desenvolver as seguintes competências (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 422/2018):

E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;

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

B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.5. Consulta de desenvolvimento

O último estágio decorreu na consulta de desenvolvimento e teve duração de duas semanas. Esta consulta destina-se à prestação de cuidados a crianças até aos 5 anos de idade, com a possibilidade de extensão até aos 8 anos, mediante encaminhamento hospitalar. A solicitação de encaminhamento para esta unidade pode ser realizada pelos pais da criança até aos 3 anos de idade, passando, posteriormente, a ser efetuada pelo médico de família. A equipa é constituída por duas EEESIP que realizam a consulta de desenvolvimento, quer de forma autónoma, quer em parceria com a equipa multidisciplinar.

Esta equipa multidisciplinar é constituída por diversos profissionais especializados, cuja intervenção tem como enfoque a prestação cuidados integralmente diferenciados à criança e à sua família. Nesta consulta o foco dos cuidados de enfermagem é a avaliação do desenvolvimento da criança, a apoio à parentalidade e promoção da adesão ao regime terapêutico, de forma a identificar e intervir precocemente nos distúrbios do desenvolvimento e na saúde mental da criança.

A avaliação do desenvolvimento da criança é realizada através da aplicação da escala *Schedule of Growing Skills II*. Esta escala tem a finalidade de disponibilizar um método de rastreio do desenvolvimento preciso e confiável, e por isso ser integrado em programas de vigilância de saúde infantil (Bellman et al., 1996).

Para além das consultas presenciais, foi realizado um acompanhamento personalizado às necessidades de cada criança/família. Em parceria com a EEESIP foram realizados contactos telefónicos, quer com os pais/cuidadores das crianças, como com as equipas de intervenção local, que integram o Sistema de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

O SNIPI, coordenado pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Segurança Social e da Educação, visa providenciar apoio a crianças entre os 0 e os 6 anos e suas famílias, garantindo a Intervenção Precoce na Infância (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, sem data). Esta intervenção abrange medidas para melhorar a aprendizagem infantil, fortalecer as competências dos cuidadores e promover os

recursos familiares e comunitários. Realizada nos ambientes habituais da criança, durante as atividades diárias, pretende-se que esta participação ativa nas experiências de aprendizagem seja orientada pelos objetivos familiares (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, sem data). Destacando a importância do neuro desenvolvimento nos primeiros anos, a intervenção precoce pode influenciar significativamente o desenvolvimento futuro da criança (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, sem data).

Para além disso, foi possível integrar a mobilização do método *FloorTime Play*, que decorre num ambiente que se assemelha o mais possível ao contexto natural da criança, requerendo que o profissional ou o progenitor se acomodem ao nível do solo, estabelecendo uma interação lúdica com a mesma (Torres et al., 2020). Aliado a este método, a identificação da utilização de diversas técnicas de comunicação utilizadas pela EEESIP, permitiram o aprofundamento dos conhecimentos sobre a comunicação com a criança e família, nomeadamente em crianças com perturbações do desenvolvimento, de forma a poder desenvolver competências de EEESIP relacionadas com as seguintes unidades de competência: **E3.1.** Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; **E3.3.** Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, e que vão de encontro ao objetivo específico “**1.2-** Desenvolver competências de comunicação com a criança e família nos diferentes estádios de desenvolvimento” (Regulamento n.º 422/2018).

As perturbações do neuro desenvolvimento frequentemente exercem um impacto adverso significativo, tanto na rotina das crianças, quanto no funcionamento familiar, manifesta-se por meio de obstáculos no cumprimento das atividades diárias e no rendimento escolar, resultando em implicações emocionais e comportamentais substanciais (Correio, 2020). Por ser um contexto com características únicas e distintas, foi possível o desenvolvimento e integração de conhecimentos aprofundados e diferenciados relativamente ao desenvolvimento infantil, nomeadamente a sensibilização para os sinais de alerta e para a referência destas crianças e suas famílias, bem como a identificação de recursos disponíveis na comunidade para referência destas crianças. Por outro lado, enquadrado no primeiro objetivo “Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança e jovem em diferentes situações de saúde doença e contextos de prática”, a participação colaborativa nos cuidados prestados à

criança e à família proporcionou o desenvolvimento de competências de EEESIP no que diz respeito às seguintes unidades de competência: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; 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; E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (Regulamento n.º 422/2018).

Durante o estágio, foram realizadas reuniões com a enfermeira orientadora com a finalidade de criar momentos de partilha e de análise reflexiva acerca das situações de cuidados experienciadas. A prática reflexiva é uma abordagem concebida a partir da prática profissional, sendo definida como "a arte de promover o crescimento intrínseco por meio da reflexão, com o propósito de encontrar soluções" (Netto et al., 2018, p. 2). A reflexão na ação é essencial à prática de enfermagem, sustentando a forma como os profissionais enfrentam os desafios de situações divergentes (Netto et al., 2018). Estes momentos, resultantes da prática de cuidados, atuaram como impulsionadores no desenvolvimento das unidades de competência mencionadas anteriormente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

Neste relatório, para além de se descrever o percurso tecido ao longo dos cinco estágios realizados em diferentes áreas de atuação do EEESIP, analisa-se e fundamenta-se, com evidência científica atual e pertinente, as diferentes experiências e aprendizagens, realizadas com vista à aquisição e consolidação de competências comuns do EE e específicas do EEESIP, bem como ao desenvolvimento competências conceptuais, de análise e síntese próprias do grau de mestre.

De ressaltar que todo o meu percurso foi baseado numa prática de análise reflexiva, dando ênfase à necessidade de formação contínua, que a prática de cuidados de enfermagem de qualidade requer.

Os desenvolvimentos de todas as atividades anteriormente referidas permitiram atingir os objetivos inicialmente delineados: 1) Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança e jovem em diferentes situações de saúde- doença e contextos de prática clínica e 2) Desenvolver competências de EESIP com foco na gestão diferenciada da dor aguda e do bem-estar da criança e do jovem submetidos a procedimentos.

É importante realçar que no serviço de urgência pediátrica tive a oportunidade de desenvolver o grupo de trabalho e de investigação da dor em pediatria, a formação em serviço intitulada de “Pais como parceiros na gestão da dor da criança” e a criação do folheto informativo “Como aliviar a dor do meu filho?”, que assumiram especial relevância no desenvolvimento de competências comuns do EE e específicas do EEESIP.

Embora este contexto se tenha assumido especialmente enriquecedor na expansão das minhas aptidões profissionais, é pertinente destacar que todos os outros contextos contribuíram, igualmente, para a consolidação e aquisição destas competências. Mais ainda, esses contextos proporcionaram uma perspetiva mais holística da prestação de cuidados de enfermagem, promovendo uma abordagem integral no cuidado de enfermagem à criança/jovem e sua família.

Na minha experiência nos diversos cenários de estágio, percebi que fui gradualmente desempenhando um papel influente na sensibilização das equipas de saúde, quanto à otimização de respostas inerentes à gestão diferenciada da dor aguda e à promoção do bem-estar da criança e do jovem, assente no estabelecimento de uma

relação de parceria com o cliente pediátrico. Esta parceria é essencial para a otimização da qualidade dos cuidados prestados.

Esta trajetória permitiu-me explorar significativamente o conhecimento relativamente à temática. Esta exploração contribuiu, de maneira substancial, para a visão prospetiva de novos empreendimentos nesta esfera de estudo e intervenção. Neste âmbito, importa salientar o grupo de trabalho e de investigação da dor em pediatria, cuja construção foi por mim despoletada durante o estágio, se mantém ativo, com a minha participação, tendo inclusive recentemente submetido um artigo para publicação na revista do Hospital. Este grupo pretende aumentar elevar a excelência dos cuidados de enfermagem proporcionados à criança/jovem hospitalizados.

Para além de se descrever o meu percurso tecido ao longo dos cinco estágios realizados em diferentes áreas de atuação do EEESIP, analisa-se e fundamenta-se com evidência científica atual e pertinente, as diferentes experiências e aprendizagens, nomeadamente realizadas com vista à aquisição e consolidação de competências comuns do EE bem como as competências específicas do EEESIP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abouzida, S., Bourgault, P., & Lafrenaye, S. (2020). Observation of Emergency Room Nurses Managing Pediatric Pain: Care to Be Given... Care Given.... *Pain Management Nursing*, 21(6), 488–494. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.002>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2009). Interdisciplinarity, clinical placements and development of competences Interdisciplinariedad, prácticas clínicas y el desarrollo de las competencias. *Revista Texto & Contexto-Enfermagem*.
- Ali, S., Weingarten, L., Kircher, J., Dong, K., Drendel, A., Rosychuk, R., Curtis, S., & Newton, A. (2016). A survey of caregiver perspectives on children's pain management in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 18(2), 98–105. <https://doi.org/10.1017/cem.2015.68>
- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9–22. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência, Série II*(9), 61–67. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26
- Azak, M., Aksucu, G., & Çağlar, S. (2022). The Effect of Parental Presence on Pain Levels of Children During Invasive Procedures: A Systematic Review. Em *Pain Management Nursing* (Vol. 23, Número 5, pp. 682–688). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.03.011>
- Ballard, A., Le May, S., Khadra, C., Lachance Fiola, J., Charette, S., Charest, M. C., Gagnon, H., Bailey, B., Villeneuve, E., & Tsimicalis, A. (2017). Distraction Kits for Pain Management of Children Undergoing Painful Procedures in the Emergency Department: A Pilot Study. *Pain Management Nursing*, 18(6), 418–426. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.08.001>

- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria - Compreender para Mudar*. LIDEL.
- Batalha, L., & Sousa, A. (2018). Autoavaliação da intensidade da dor: correlação entre crianças, pais e enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(17), 15–22. <https://doi.org/10.12707/riv18002>
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (1996). *Schedule of Growing Skills II User's Guide*. GL Assessment.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora .
- Braga, E. M., & Paes Da Silva, M. J. (2007). Comunicação competente - visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paulista Enfermagem* , 20(4), 410–414.
- Brown, E. A., De Young, A., Kimble, R., & Kenardy, J. (2018). Review of a Parent's Influence on Pediatric Procedural Distress and Recovery. Em *Clinical Child and Family Psychology Review* (Vol. 21, Número 2, pp. 224–245). Springer New York LLC. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0252-3>
- Bucsea, O., & Pillai Riddell, R. (2019). Non-pharmacological pain management in the neonatal intensive care unit: Managing neonatal pain without drugs. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 24(4). <https://doi.org/10.1016/J.SINY.2019.05.009>
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing* , 22, 1058–1062.
- Çelikel, Ş., Büyük, E., & Yıldızlar, O. (2019). Children's Pain, Fear, and Anxiety During Invasive Procedures. *Nursing Science Quarterly*, 32(3), 226–232. <https://doi.org/10.1177/0894318419845391>
- Comité Português para a UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. UNICEF.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*.

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

https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf

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

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*.

https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Prevenção_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf

Dowd, T. (2021). Theory of Comfort. Em M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and their work* (10.^a ed., pp. 526–538). Elsevier Mosby.

EACH – Associação Europeia para as Crianças Hospitalizadas. (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada* (2^o). Instituto de Apoio à Criança.

Eull, D., Looman, W., & O'Conner, S. (2023). Transforming acute pain management in children: A concept analysis to develop a new model of nurse, child and parent partnership. *Journal of Clinical Nursing*, 00, 1–11.

<https://doi.org/10.1111/jocn.16625>

Fisher, K. (2019). The High-Risk Newborn and Family. Em *Wong's nursing care of infants and children* (11^a, pp. 270–337). ELSEVIER.

Guarda, L. E. D., Vieira, G. B., Castral, T. C., Fernandes, A. M., de Jesus Santos, J.

M., Leite, A. M., & Ribeiro, L. M. (2022). The impact of the multifaceted intervention EPIQ on improving pain management in childhood vaccination. *Revista de Enfermagem Referencia*, 6(1).

<https://doi.org/10.12707/RV21125>

Guarda-Rodrigues, J., & Rebelo-Botelho, M. A. (2021). O ser que sendo-no-mundo ... se torna mãe de um segundo filho. *Revista da Escola de*

Enfermagem da USP, 55(e20210055). <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0055>

Handayani, A., Helena, N., & Daulima, C. (2020). Parental presence in the implementation of atraumatic care during children's hospitalization. *Pediatric Reports*, 12(11–14). <https://doi.org/10.4081/pr.2020.8693>

Heo, Y. J., & Oh, W. O. (2019). The effectiveness of a parent participation improvement program for parents on partnership, attachment infant growth in a neonatal intensive care unit: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 95, 19–27. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.018>

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11^a). Elsevier

Hoogen, A., & Ketelaar, M. (2022). Parental involvement and empowerment in paediatric critical care: Partnership is key! *Nursing in Critical Care*, 27(3), 294–295. <https://doi.org/10.1111/nicc.12727>

Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2017). *Patient- and Family-Centered Care Defined*. <https://www.ipfcc.org/bestpractices/sustainable-partnerships/background/pfcc-defined.html>

International Association for the Study of Pain (IASP). (2020, Julho 16). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>

International Council of Nurses (ICN). (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Johnston, R., Fowler, C., Wilson, V., & Kelly, M. (2015). Opportunities for Nurses to Increase Parental Health Literacy: A Discussion Paper. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 38(4), 266–281. <https://doi.org/10.3109/01460862.2015.1074318>

- Joint Commission International. (sem data). *International Patient Safety Goals*.
 Obtido 8 de Dezembro de 2023, de
<https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A holistic vision for health care*. Springer.
- Kolcaba, K., & Dimarco, M. A. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187–194.
<https://www.researchgate.net/publication/7686145>
- Lyngstad, L. T., Steinnes, S., & Le Marechal, F. (2022). Improving pain management in a neonatal intensive care unit with single-family room—A quality improvement project. *Paediatric and Neonatal Pain*, 4(2), 69–77.
<https://doi.org/10.1002/pne2.12075>
- Martin, S., Maxtin, M., Smalling, K., & Park, S. (2019). Pain Assessment and Management in Children. Em M. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers (Eds.), *WONG'S nursing care of infants and children* (11^a, pp. 137–168). Elsevier
- Martins, A. G., Sousa, P. P., & Marques, R. M. (2022). CONFORTO: CONTRIBUTO TEÓRICO PARA A ENFERMAGEM. *Cogitare Enfermagem*, 27, 1–8.
<https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.85214>
- Matziou, V., Chrysostomou, A., & Perdikaris, E. (2013). Parental presence and distraction during painful childhood procedures. *British Journal of Nursing*, 22(8), 470–475.
- May, M., Brousseau, D. C., Nelson, D. A., Flynn, K. E., Wolf, M. S., Lepley, B., & Morrison, A. K. (2018). Why Parents Seek Care for Acute Illness in the Clinic or the ED: The Role of Health Literacy. *Academic Pediatrics*, 18, 289–296.
- Miguel, J., Ventura-Silva, A., Ferreira, M. M., Da, P., Martins, S., De Lima Trindade, L., Pimenta, O. M., Ribeiro, L., Passos, M. F., & Cardoso, T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review Working methods of nurses in hospitals: scoping review Métodos de trabajo de las

- enfermeras en los hospitales: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Monitto, C. L. (2015). Pediatric acute pain management. *Revista mexicana de Anestesiologia* , 38(1), 33–34. <http://www.medigraphic.com/rmawww.medigraphic.org.mx>
- Moutte, S. D., Brudvik, C., & Morken, T. (2015). Physicians' use of pain scale and treatment procedures among children and youth in emergency primary care - a cross sectional study. *BMC Emergency Medicine*, 15(33). <https://doi.org/10.1186/s12873-015-0059-9>
- Netto, L., Silva, K. L., & Rua, M. dos S. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Escola Anna Nery*, 22(1). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0309>
- NHSGGC. (2021). *Neonatal pain guideline*. NHSGGC Paediatrics for Health Professionals. <https://www.clinicalguidelines.scot.nhs.uk/nhsggc-guidelines/nhsggc-guidelines/neonatology/neonatal-pain-guideline/>
- NIDCAP Federation International. (sem data). Obtido 13 de Outubro de 2023, de <https://nidcap.org>
- Nunes, L., Antunes, A., Ruivo, A., Lopes, J., Leal, P., Deodato, S., Gato, A. P., Ferrito, C., Costa, F., Martins, L., & Pereira, M. (2010). Metodologia de projecto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos* , 15, 1–37. <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marote, L., & Amorim, R. (2018). Desenhos da Minha Dor. Em Clara Abadesso (Ed.), *CMAJ* (Número 13). Associação Portuguesa para o Estudo da Dor - APED. https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*.

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas do Controlo da Dor na Criança. Em *Cadernos OE* (Número 6).
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*.
- Park, E. S., & Cho, I. Y. (2018). Shared decision-making in the paediatric field: a literature review and concept analysis. Em *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (Vol. 32, Número 2, pp. 478–489). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/scs.12496>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência .
- Pölkki, T., Korhonen, A., & Laukkala, H. (2018). Parents' Use of Nonpharmacologic Methods to Manage Procedural Pain in Infants. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 47(1), 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.10.005>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4746-4750.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.

- Rodrigues, J. R. G. da V., & Velez, M. A. M. R. B. A. (2021). Becoming a mother for the second time: The moment of birth. *Revista de Enfermagem Referencia*, 5(8). <https://doi.org/10.12707/RV21002>
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: uma filosofia de cuidados... *Nascer e crescer*, XX(1).
- Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner*. Basic Books, Inc.
- Silva, T. R. G. da, Manzo, B. F., Fiorete, F. C. C. de F., & Silva, P. M. (2016). Family-centered care from the perspective of nurses in the Neonatal Intensive Care Unit. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(5), 643–650. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000500009>
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (sem data). *Quem somos*. Obtido 4 de Dezembro de 2023, de <https://snipi.gov.pt/quem-somos#no-back>
- Torres, L. R., Esteban, Y. A., & Alcantud-Marín, F. (2020). Review of evidence of DIR/Flortime™ techniques for intervention in children with Autism Spectrum Disorders. *Siglo Cero*, 51(2), 7–32. <https://doi.org/10.14201/scero2020512732>
- Treiman-Kiveste, A., Pölkki, T., Kalda, R., & Kangasniemi, M. (2022). Nurses' perceptions of infants' procedural pain assessment and alleviation with non-pharmacological methods in Estonia. *Journal of Pediatric Nursing*, 62, e156–e163. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.09.006>
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Aghajari, P., & Foronda, C. (2017). Factors influencing nurse-to-parent communication in culturally sensitive pediatric care: a qualitative study. *Contemporary Nurse*, 53(4), 474–488. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1409644>
- Vasey, J., Smith, J., Kirshbaum, M. N., & Chirema, K. (2019). Tokenism or true partnership: Parental involvement in a child's acute pain care. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9–10), 1491–1505. <https://doi.org/10.1111/jocn.14747>

- Wright, L., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families Nurses and Families - a guide to family assessment and intervention* (6^a). F. A. Davis Company.
- Yoo, S. Y., Cho, H., Kim, Y. Y., & Park, J. H. (2020). Levels of partnership between nurses and parents of hospitalized children and the quality of pediatric nursing care as perceived by nurses. *Child Health Nursing Research*, 26(1), 64–71. <https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.1.64>
- Zimmermann, E., & Alfes, C. M. (2019). Simulating the role of the parent: Promoting family-centered nursing care. *Nursing Education Perspectives*, 40(2), 121–122. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000339>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Envolvimento parental na distração à criança
submetida a procedimentos dolorosos – protocolo de
revisão scoping

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Opção II

Protocolo de Revisão Scoping

Nádia Alagoinha Francisco, nº5657

**Lisboa
Julho 2022**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Opção II

Protocolo Revisão Scoping

Nádia Alagoinha Francisco, nº5657

Professora Regente: Prof^a Maria Isabel Malheiro
Professora orientadora: Prof^a Maria Teresa Magão

**Lisboa
Julho 2022**

TÍTULO

Envolvimento parental na distração à criança submetida a procedimentos dolorosos– um protocolo de revisão scoping

OBJETIVO

Identificar e mapear a evidencia científica sobre o envolvimento parental na distração a crianças submetidas a procedimentos dolorosos.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Os pais são envolvidos na distração dos seus filhos quando são realizados procedimentos dolorosos?

Quais as técnicas distrativas utilizadas nos procedimentos dolorosos em que os pais podem ser envolvidos?

PALAVRAS-CHAVE

Parceria de cuidados, Distração, Procedimentos dolorosos, Pais, Criança

BACKGROUND

Nos serviços de saúde, a frequência com que se realizam procedimentos invasivos é elevada sendo que esses procedimentos correspondem à causa mais frequente de dor na criança que recorre aos serviços de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2012).

“A dor dos procedimentos é uma experiência sensorial e emocional desagradável, resultante da lesão real ou potencial dos tecidos associada a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. É com frequência acompanhada por medo e ansiedade” (Direção-Geral da Saúde, 2012, p. 3).

A hospitalização e a doença infantil despoletam sentimentos de medo, ansiedade e frustração aos pais, sendo que os enfermeiros, ao incentivarem os

pais a participar nos cuidados ao seu filho, dando-lhes as informações do que esperar e do que lhes é esperado, podem amenizar estes sentimentos. (Hockenberry & Wilson, 2014).

O processo de parceria de cuidados e os cuidados centrados na família são conceitos que estão intrínsecos ao cuidado pediátrico (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O cuidado centrado na família que parte da premissa que a família também é alvo de cuidado, estabelecendo uma parceria de cuidados entre a criança, família e enfermeiro (Pinto et al., 2010).

O desejo de participação dos pais nos cuidados deve ser considerado, adotando uma estratégia de intervenção que apoie a iniciativa dos pais. A informação sobre a participação nos cuidados pode deixar os pais confusos e inseguros sobre o que lhes é expectável, sendo por isso necessário negociar com os pais a sua parentalidade fazendo com “que estes se sintam parte integrante da equipa, sentindo-se mais confiantes quanto às suas capacidades de cuidar da criança, tomando decisões conjuntas partilhadas e facilitando a manutenção de laços familiares”(Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 24). De modo a preparar os pais para a participação nos cuidados é necessário que a negociação com os enfermeiros seja favorável e satisfatória, sendo a comunicação um fato preponderante (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A literatura suporta o uso de medidas não farmacológicas durante a realização de procedimentos dolorosos (Christensen & Fatchett, 2002), sendo a distração uma medida não farmacológica frequentemente utilizada para reduzir o stress associado aos procedimentos médicos (Kleiber et al., 2001).

A distração é uma medida não farmacológica cognitivo-comportamental que tem como objetivo direcionar o foco de atenção da criança para coisas agradáveis. No recém-nascido a distração pode ser feita recorrendo à música, até aos dois anos a criança pode ser distraída com o uso de bolas de sabão e jogos,

dos 3 aos 6 anos pode recorrer-se ao uso do pensamento mágico e fantasias bem como o conto de histórias. A partir dos 7 anos, pode utilizar-se distrações cognitivas como conversas acerca de diferentes temas, imaginação guiada, técnicas respiratórias, entre outras (Batalha, 2010). A distração ativa promove o envolvimento da criança na atividade durante o procedimento, sendo que os métodos utilizados requerem a participação ativa da criança envolvendo um vasto leque de elementos sensoriais (Koller & Goldman, 2012). A distração comportamental promove a realização de exercícios que, quando realizados antes dos procedimentos dolorosos, deixam a criança mais relaxada, reduzindo consequentemente a ansiedade e o medo (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A distração passiva solicita que a criança permaneça calma e imóvel durante a realização do procedimento, sendo que nestes casos a distração é alcançada colocando a criança a observar uma atividade ou um estímulo, ao contrário da participação ativa (Koller & Goldman, 2012).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), a distração envolve: embalar, acariciar, oferecer chupeta, utilizar um tom de voz baixo, cantar canções de embalar, utilizar as mãos para fazer teatro, ler histórias, oferecer o brinquedo ou jogo preferido, ouvir uma música que seja familiar à criança, pintar, descrever de forma detalhada um objeto e executar modelagem de procedimentos.

Os cuidados centrados na família são baseados nos seguintes princípios: dignidade e respeito, partilha de informação, participação e colaboração. Assim, os pais são encorajados a participar quer nos cuidados à criança quer tomada de decisão relativa aos cuidados, respeitando os seus valores e desejos (Institute for Patient- and Family-Centered Care, n.d.). Os pais devem assim ser envolvidos na aplicação da distração à criança submetida a procedimentos dolorosos por diversos motivos: os pais durante o procedimento não apresentam outras responsabilidades pelo que estão disponíveis para captar a atenção da criança e

sendo os pais os principais cuidadores e conhecedores da criança, à partida estão mais aptos a cativar a imaginação da criança. Ao aprenderem a usar a distração, os pais podem utilizá-la em qualquer contexto e ambiente potencializador de stress para a criança (Kleiber et al., 2001). Por outro lado, as técnicas distrativas são mais eficazes quando aprendidas e replicadas por um indivíduo que é significativo para a criança, como são os pais (Christensen & Fatchett, 2002).

Tendo em consideração o supracitado, esta revisão *scoping* tem como objetivo identificar e mapear a evidência científica sobre o envolvimento parental na distração das crianças submetidas a procedimentos dolorosos.

Foi realizada uma pesquisa primária para tentar recolher informações acerca de existência de revisões *scoping* sobre este tema, concluindo a sua ausência.

Este protocolo de revisão *scoping* foi elaborado com base no manual do *Joanna Briggs Institute* (JBI) 2020.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram definidos utilizando o acrónimo PCC – população, conceito e contexto.

Tabela 1 – Definição da população, conceito e contexto

POPULAÇÃO	CONCEITO	CONTEXTO
Pais e crianças submetidas a procedimentos dolorosos	Envolvimento parental na distração	Realização de procedimentos dolorosos

Participantes

São considerados todos os estudos que façam referência a pais de crianças submetidas a procedimentos dolorosos, independentemente da idade, sexo ou procedimento realizado.

Conceito

O conceito diz respeito ao envolvimento dos pais na realização de técnicas distrativas. Serão excluídos os artigos que não façam referência à distração.

Contexto

A revisão será restrita ao contexto de prestação de cuidados em procedimentos dolorosos, independentemente do contexto físico ser hospitalar.

FONTES DE INFORMAÇÃO

Para a realização da revisão serão considerados todos os tipos de estudos qualitativos, quantitativos, mistos, meta-análises e revisões sistemáticas da literatura. A pesquisa não terá limitação temporal e serão considerados todos os estudos que respondam ao objetivo traçado para este estudo.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A revisão será desenvolvido em três etapas.

Numa primeira fase foi efetuada uma pesquisa em linguagem natural com as palavras-chave relacionadas com o título, seguida por uma análise das palavras-chave contidas no título e no resumo dos artigos pertinentes. Esta pesquisa foi realizada utilizando a plataforma EBSCO e foram selecionadas as bases de dados: Medline e CINAHL.

Numa segunda fase foi realizada uma pesquisa em cada base de dados supracitada utilizando as palavras-chave e termos indexados (Anexo I) que

resultaram da fase anterior e utilizados os operadores booleanos “AND” e “OR” (Tabela 2).

Na terceira fase, foram analisados os artigos encontrados, integrado as referências bibliográficas dos artigos encontrados emergidos das pesquisas realizadas, de modo a obter o maior número de resultados.

Na realização da pesquisa foram considerados apenas os artigos. Em português, inglês e espanhol, sem limite temporal e que apresentem texto integral disponível para leitura.

Após a realização da pesquisa, serão eliminados os artigos duplicados e averiguada a elegibilidade dos artigos reconhecidos. A seleção dos artigos será feita em duas etapas. Numa primeira etapa será feita uma avaliação dos artigos tendo em conta a população, o conceito e o contexto através da leitura dos títulos e dos respectivos resumos. Posteriormente os artigos selecionados serão lidos integralmente.

Por fim, será realizada a extração de dados. Esta será feita por dois revisores, sendo que em caso de dúvida sobre a relevância de determinado artigo, este será analisado por um terceiro revisor.

Tabela 2 – Pesquisa nas bases de dados Medline e CINAHL

MEDLINE		Resultados
População S1	Parent OR (MH "Parents") OR Caregiver OR (MH "Caregivers") OR Child OR (MH "Child+") OR (MH "Child, Preschool")	2,715,740
Conceito S2	(Care partnership OR Parenting OR (MH "Parenting") OR Parental involvement OR (MH "Patient Participation") OR Parent	20,834

	Participation) AND (non-pharmacological interventions OR Distraction OR distracting interventions OR cognitive behavior strategies	
Contexto S3	((MH "Pain, Procedural") OR invasive procedures OR painful procedures)	103,801
S1 AND S2 AND S3		185

CINAHL		Resultados
População S1	(MH "Parents") OR Parent OR Caregiver OR Child OR (MH "Parent-Infant Bonding") OR (MH "Parent-Child Relations") OR (MH "Child")	907,085
Conceito S2	(Care partnership OR Parenting OR (MH "Parenting") OR (MH "Parental Behavior") OR Parental involvement OR Parent Participation OR (MH "Parental Role")) AND (non-pharmacological interventions OR Distraction OR (MH "Distraction") OR distracting interventions OR cognitive behavior strategies)	113
Contexto S3	(MH "Invasive Procedures") OR invasive procedures OR painful procedures OR (MH "Pain, Procedural") OR (MH "Treatment Related Pain")	39,368
S1 AND S2 AND S3		17

EXTRAÇÃO DOS RESULTADOS

Para a extração de dados foi criada uma ferramenta de extração de dados de forma a sintetizar e mapear os resultados obtidos. Será construída uma tabela que inclui o título do artigo, bem como o ano de publicação e o nome dos autores, o objetivo, os participantes do estudo, conceito e contexto bem como os resultados esperados que devem de ir de encontro ao objetivo e questões de investigação delineadas para esta revisão *scoping*.

Na tabela 3 está exemplificada a ferramenta criada, correspondendo a um esboço que pode ser alterado e revisto ao longo do processo de revisão. A extração de dados será efetuada por dois revisores e sempre que existirem discrepâncias entre os dois revisores, essas discordâncias serão discutidas com um terceiro revisor.

Tabela 3 – Extração de dados

	Artigo 1	Artigo 2	Artigo 3	(...)
Título				
Autor, ano				
Tipo de estudo				
Objetivo				
Participantes				
Contexto				
Conceito				
Objetivo				
Resultados				

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados obtidos será feita em forma de tabela (tabela 4), sendo posteriormente apresentado uma explicação narrativa da mesma de forma a discutir os resultados encontrados e relacioná-los com os objetivos e questões de investigação delineadas.

Tabela 4 – Apresentação de resultados

Artigos	Estratégias de distração utilizadas	Envolvimento dos pais na distração
Artigo 1		
Artigo 2		
Artigo 3		
(...)		

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria - Compreender para Mudar*. LIDEL.
- Christensen, J., & Fatchett, D. (2002). Promoting Parental Use of Distraction and Relaxation in Pediatric Oncology Patients During Invasive Procedures. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 4, 127-132.
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/104345420201900404>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª, Vol. 1 e 2). Lusociência .
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. (n.d.). *Patient- and Family- Centered Care Defined*. Retrieved July 24, 2022, from <https://www.ipfcc.org/bestpractices/sustainable-partnerships/background/pfcc-defined.html>
- JBI Manual for Evidence Synthesis*. (2020). Joanna Briggs Institute (JBI). <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687693/11.2.5+Search+Strategy>
- Kleiber, C., Craft-Rosenberg, M., & Harper, D. C. (2001). Parents as Distraction Coaches During IV Insertion: A Randomized Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(4), 851-861.
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0885392401003165?token=EEE7CE7FF2CE27DF51C4D472D8DBCF589D2EE29865024DB9C36FDF19B1A78F59FBD26458DB4124E20DB1A874D8EE3588&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220725013021>

- Koller, D., & Goldman, R. D. (2012). Distraction Techniques for Children Undergoing Procedures: A Critical Review of Pediatric Research. In *Journal of Pediatric Nursing* (Vol. 27, Issue 6, pp. 652–681). <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.08.001>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas do Controlo da Dor na Criança. In *Cadernos OE* (Issue 6).
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*.
- Pinto, J., Ribeiro, C., Pettengil, M., & Balieiro, M. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 132–135.
<https://www.scielo.br/j/reben/a/nvbLHsC6jjrcC9KrdMgYLRc/?format=pdf&lang=pt>

ANEXOS

ANEXO I – PESQUISA NAS BASES DE DADOS MEDLINE E CINAHL

Pesquisa na MEDLINE:

☐ Selecionar / Desmarcar todos		Pesquisar com AND	Pesquisar com OR	Eliminar Pesquisas	Atualizar Resultados de Pesquisa
N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações		
☐ S4	 S1 AND S2 AND S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Executar novamente	 Ver Detalhes	 Editar
☐ S3	 ((MH "Pain, Procedural") OR invasive procedures OR painful procedures)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Executar novamente	 Ver Detalhes	 Editar
☐ S2	 (Care partnership OR Parenting OR (MH "Parenting") OR Parental involvement OR (MH "Patient Participation") OR Parent Participation) AND (non-pharmacological interventions OR Distraction OR distracting interventions OR cognitive behavior strategies)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Executar novamente	 Ver Detalhes	 Editar
☐ S1	 Parent OR (MH "Parents") OR Caregiver OR (MH "Caregivers") OR Child OR (MH "Child+") OR (MH "Child, Preschool")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Executar novamente	 Ver Detalhes	 Editar

Pesquisa na CINAHL:

ESEL

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



A pesquisar: **CINAHL Complete** | [Escolha as Bases de Dados](#)

Introduza palavras para localizar livros, revistas e outras publicação

Pesquisar

?

[Pesquisa Básica](#) | [Pesquisa Avançada](#) | [Histórico de Pesquisas](#) ▾

Histórico de Pesquisas/Alertas

[Imprimir Histórico de Pesquisas](#) | [Obter Pesquisas](#) | [Obter os Alertas](#) | [Guardar Pesquisas / Alertas](#)

☐ Selecionar / Desmarcar todos

N.º de Identificação de Pesquisa *	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações
☐ S4	 S1 AND S2 AND S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (17)  Ver Detalhes  Editar
☐ S3	 (MH "Invasive Procedures") OR invasive procedures OR painful procedures OR (MH "Pain, Procedural") OR (MH "Treatment Related Pain")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (39,368)  Ver Detalhes  Editar
☐ S2	 (Care partnership OR Parenting OR (MH "Parenting") OR (MH "Parental Behavior") OR Parental involvement OR Parent Participation OR (MH "Parental Role")) AND (non-pharmacological interventions OR Distraction OR (MH "Distraction") OR distracting interventions OR cognitive behavior strategies)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (113)  Ver Detalhes  Editar
☐ S1	 (MH "Parents") OR Parent OR Caregiver OR Child OR (MH "Parent-Infant Bonding") OR (MH "Parent-Child Relations") OR (MH "Child")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (907,085)  Ver Detalhes  Editar

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

APÊNDICE II – Cronograma dos locais de estágio

[illegible]

APÊNDICE III – Guia orientador de atividades de estágio

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
especialização Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Nádia Alagoinha Francisco, nº5657

**Lisboa,
Outubro 2022**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
especialização Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Nádia Alagoinha Francisco, nº5657

Professora Orientadora:

Prof.^a Doutora Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues

**Lisboa,
Outubro 2022**

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO – CIENTÍFICO	5
3. PLANO DE TRABALHOS E ATIVIDADES.....	9
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do 13º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, foi proposta a realização do presente Guia Orientador das Atividades de Estágio. O presente Guia foi construído a partir do Projeto de Estágio intitulado, “Gestão da dor aguda da criança em contexto de urgência: oportunidades de parceria com os pais” e do seu enquadramento ao presente contexto de prática clínica.

Este estágio tem prevista a duração de 4 semanas e decorre entre os dias 24 de Outubro e 20 de Novembro de 2022, perfazendo um total de 100 horas de contacto.

O projeto a desenvolver tem como intitula-se “Gestão da dor aguda da criança em contexto de urgência: oportunidades de parceria com os pais”.

Este documento está organizado em 2 capítulos: primeiro é apresentado o enquadramento teórico-científico (onde é explicitada a problemática e os objetivos do projeto) e em segundo é apresentado o plano de trabalhos com as respetivas atividades a desenvolver durante o estágio.

O documento encontra-se formatado segundo o guia de elaboração de trabalhos escritos da ESEL e as referências bibliográficas estão de acordo com as normas APA 7ª edição.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO – CIENTÍFICO

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (IASP) (Raja et al., 2020) a dor é reconhecida como uma vivência sensorial e emocional desagradável, intrinsecamente associada a um dano real ou potencial nos tecidos.

O controlo da dor depende da sua avaliação e reavaliação, constituindo um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças (Direção-Geral da Saúde, 2010). Em 2003, a Direção-Geral da Saúde estabeleceu a dor como o 5º sinal vital, considerando como boa prática a avaliação e registo regular da intensidade da dor. Em 2008 é emitido o Programa Nacional de Controlo da Dor e em 2012, é divulgado o Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor que integra orientações gerais para o controlo da dor (Direção-Geral da Saúde, 2017).

A dor corresponde a uma das causas mais comuns pelas quais as crianças recorrem ao serviço de urgência, normalmente relacionada com um problema de saúde (como por exemplo: infeções, feridas, trauma, etc) (Moutte et al., 2015). No entanto, a dor também pode ser resultante dos procedimentos dolorosos inerentes ao tratamento da criança, como por exemplo a punção venosa (Abouzida et al., 2020; Lee et al., 2014). A dor aguda pode ser causada por doença, traumas, acidentes, fraturas, queimaduras ou por procedimentos invasivos, é uma dor de curta duração que pode persistir minutos, horas ou dias, mas com uma duração inferior a três meses (Oliveira et al., 2018). Uma vez que as crianças são menos propensas a sofrer de dor crónica, a gestão da dor na criança foca-se, geralmente, no tratamento da dor aguda pós-operatória e pós-traumática (Monitto, 2015).

Segundo a Direção-Geral de Saúde (2010), nos serviços de saúde os procedimentos são a causa mais frequente de dor na criança, sendo esta acompanhada de medo e ansiedade. O medo e ansiedade influenciam negativamente a dor percebida pelas crianças, constituindo-se como um foco de atenção dos profissionais de saúde que, através da utilização de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas

intervêm eficazmente na redução a dor e ansiedade geradas pelos procedimentos invasivos (Direção-Geral da Saúde, 2010).

No contexto pediátrico, os cuidados de enfermagem prestados não têm em conta apenas a criança, neste contexto está inerente a díade criança e sua família (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A família apresenta-se como determinante para suprir as necessidades da criança/jovem, sendo por isso indispensável o respeito pela sua opinião e consentimento nas decisões clínicas e cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A parceria com os pais é fundamental na aplicação de estratégias não farmacológicas como a amamentação, a distração e aplicação de medidas de suporte emocional. As medidas de suporte emocional oferecem conforto ao permitir a presença de uma pessoa significativa (Ordem dos Enfermeiros, 2013), o que está em consonância com o explicitado na teoria do conforto de Katherine Kolcaba. Segundo Katherine Kolcaba, o conforto corresponde a um resultado desejável, positivo e holístico relevante aos cuidados de Enfermagem (Kolcaba & Dimarco, 2005).

Nesta linha de pensamento, Hockenberry et al (2019) reforçam que, os enfermeiros devem envolver a criança/jovem e a sua família no planeamento dos cuidados, bem como na tomada de decisão com o intuito de estabelecer uma relação de parceria e assim prestar cuidados holísticos. Também o modelo de parceria de cuidados proposto por Anne Casey enfatiza a importância do estabelecimento de uma parceria entre o enfermeiro e a família e concebe a sua relação como única, assumindo os pais como potenciais cuidadores eficazes durante a hospitalização do seu filho (Farrell, 1992).

Para determinar o grau de envolvimento dos pais/família é necessário estabelecer uma comunicação em que haja partilha de conhecimentos, sendo as intervenções de enfermagem dirigidas para capacitar os pais/família a desenvolverem competências de gestão adequadas aos cuidados aos seus filhos (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Esta relação estabelecida deve ter por base um paradigma integrativo e holístico, apoiada pela premissa de que a família, nomeadamente os pais, são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2018) contempla a importância da envolvimento dos pais nos cuidados aos seus filhos “encarando sempre o binómio como beneficiário dos seus cuidados” (p. 19192).

Assim, para que haja uma gestão eficaz da dor, os pais desempenham um papel fundamental, sendo por isso pertinente para a qualidade dos cuidados que seja estabelecida uma relação de parceria de cuidados entre a criança, os pais e enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Park & Cho, 2018; Yoo et al., 2020).

Não obstante, e apesar de ser reconhecida a importância do envolvimento dos pais no processo de tomada de decisão relativo à avaliação e ao controlo da dor das suas crianças, alguns estudos apontam para uma lacuna na implementação destas orientações. Vejamos, o estudo conduzido por Abouzida et al., (2020) que procurou observar a gestão da dor realizada por enfermeiros, a crianças entre os 0-14 anos, no serviço de urgência, constatou que apenas em 8% dos casos houve uma colaboração entre a equipa de enfermagem, as crianças e os pais, no planeamento das necessidades do tratamento da dor na criança. Embora, neste estudo, a presença dos pais tenha sido permitida, verificou-se uma lacuna na colaboração dos enfermeiros com os pais e as crianças no planeamento do tratamento analgésico, tendo em conta os seus objetivos e prioridades (Abouzida et al., 2020). Também Vasey et al. (2019) no estudo que desenvolveram referem que o envolvimento dos pais no planeamento das necessidades de tratamento da dor dos seus filhos não é uma prática consistente. Os achados destes estudos não vão de encontro aos pressupostos dos cuidados centrados na família que está adjacente à “filosofia de cuidados de enfermagem pediátrica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 4).

Concomitantemente, este tema surgiu no contexto de urgência pediátrica, onde exerce funções, ao realizar uma reflexão sobre a prática de cuidados, a implementação de cuidados de enfermagem, em parceria com os pais, no âmbito da gestão da dor aguda da criança emergiu como uma necessidade/como relevante para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Tendo em consideração o enquadramento realizado, foram definidos 2 objetivos gerais a atingir com a execução do presente projeto, com atividades específicas a desenvolver em cada contexto de prática clínica:

1- Desenvolver competências de EEESIP¹ na prestação de cuidados à criança e jovem em diferentes situações de saúde- doença e contextos de prática clínica;

2- Desenvolver competências de EEESIP¹ com foco na gestão diferenciada da dor aguda e do bem-estar da criança e do jovem submetidos a procedimentos.

¹ Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

3. PLANO DE TRABALHOS E ATIVIDADES

3.1 Internamento Pediatria

OBJETIVO GERAL: 1) Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança e jovem em diferentes situações de saúde-doença e contextos de prática clínica;

OBJETIVO ESPECÍFICO	1.1 – Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família	
ATIVIDADES	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
- Apresentação e discussão do projeto com o enfermeiro orientador; - Realização de pesquisa bibliográfica para aprofundar conhecimentos relativos ao crescimento e desenvolvimento infantil; - Prestação de cuidados à criança com foco na promoção do crescimento e desenvolvimento; - Realização de uma síntese reflexiva de todas as atividades desenvolvidas.	• Computador • Bases de dados • Instrumentos de avaliação de desenvolvimento infantil • Equipa de enfermagem	E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Indicadores de Avaliação	E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família; E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem	

OBJETIVO ESPECÍFICO	1.2 - Desenvolver competências de comunicação com a criança e família nos diferentes estádios de desenvolvimento;	
ATIVIDADES	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação adequadas a cada estágio de desenvolvimento; - Elaboração de um documento síntese sobre as principais estratégias e técnicas de comunicação de acordo com os estádios de desenvolvimento; - Participação colaborativa nos cuidados de enfermagem utilizando estratégias de comunicação adequados; - Realização de uma reflexão sobre uma situação significativa de comunicação com a criança;	• Computador • Bases de dados • Equipa de enfermagem	E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Indicadores de Avaliação	E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem	

OBJETIVO GERAL: 2) Desenvolver competências de EEESIP com foco na gestão diferenciada da dor aguda e do bem-estar da criança e do jovem submetidos a procedimentos.

OBJETIVO ESPECÍFICO	2.1 - Analisar os procedimentos dolorosos mais comuns e a utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor aguda da criança nos diferentes contextos de prática clínica.	
ATIVIDADES	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
- Identificação dos procedimentos mais comuns em cada contexto; - Identificação da utilização estratégias não farmacológicas no controlo da dor aguda da criança; - Realização de pesquisa bibliográfica de modo a aprofundar conhecimentos relativos às estratégias farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor adequadas aos vários estádios de desenvolvimento; - Elaboração estudo de caso;	• Computador • Bases de dados/normas/livros • Enfermeiro orientador • Equipa de enfermagem	D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E.2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Indicadores de Avaliação	D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica; E1.1.3. — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; E2.2.2. — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; E2.2.3. — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor; E2.4.3. — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.	

OBJETIVO ESPECÍFICO	2.2 - Analisar oportunidades de parceria com os pais na promoção do conforto da criança submetida a procedimentos dolorosos.	
ATIVIDADES	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
- Identificação das situações de envolvimento da família na promoção do conforto em procedimentos dolorosos vários contextos; - Reunião com o enfermeiro orientador para identificar o envolvimento da família na promoção do conforto da criança submetida a procedimentos dolorosos; - Realização de pesquisa bibliográfica acerca da parceria com os pais na promoção do conforto e estratégias não farmacológicas para o controlo da dor; - Participação nos cuidados à criança submetida a procedimentos dolorosos envolvendo a família; - Prestação de cuidados promotores do conforto da criança e família. - Reflexão com o enfermeiro orientador sobre as oportunidades de parceria com os pais no âmbito da promoção do conforto e da gestão diferenciada da dor;	• Computador • Bases de dados/normas/livros • Enfermeiro orientador • Equipa de enfermagem	E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Indicadores de Avaliação	E1.1.1. — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.6. — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar; E3.1.3. — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil; E3.3.2. —Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.	

3.2 Urgência pediátrica

OBJETIVO GERAL: 1) Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança e jovem em diferentes situações de saúde-doença e contextos de prática clínica;

OBJETIVO ESPECÍFICO	1.1 – Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família	
ATIVIDADES	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
- Realização de pesquisa bibliográfica para aprofundar conhecimentos relativos ao crescimento e desenvolvimento infantil; - Apresentação e discussão do projeto com o enfermeiro orientador; - Prestação de cuidados à criança com foco na promoção do crescimento e desenvolvimento.	• Computador • Bases de dados • Instrumentos de avaliação de desenvolvimento infantil • Equipa de enfermagem	E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Indicadores de Avaliação	E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família; E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem	

OBJETIVO ESPECÍFICO	1.2 - Desenvolver competências de comunicação com a criança e família nos diferentes estádios de desenvolvimento;	
ATIVIDADES	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre estratégias de comunicação adequadas a cada estágio de desenvolvimento; - Participação colaborativa nos cuidados de enfermagem utilizando estratégias de comunicação adequadas; - Realização de uma reflexão com o enfermeiro orientador sobre comunicação efetiva com a criança e família na prática de cuidados de enfermagem	• Computador • Bases de dados • Equipa de enfermagem	E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Indicadores de Avaliação	E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem	

OBJETIVO GERAL: 2) Desenvolver competências de EEESIP com foco na gestão diferenciada da dor aguda e do bem-estar da criança e do jovem submetidos a procedimentos.

OBJETIVO ESPECÍFICO	2.1 - Analisar os procedimentos dolorosos mais comuns e a utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor aguda da criança nos diferentes contextos de prática clínica.	
ATIVIDADES	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
- Realização de pesquisa bibliográfica de modo a aprofundar conhecimentos relativos às estratégias farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor adequadas aos vários estádios de desenvolvimento; - Identificação dos procedimentos de enfermagem mais comuns; - Identificação da utilização estratégias não farmacológicas no controlo da dor aguda da criança; - Realização uma reflexão juntamente com o enfermeiro orientador e equipa de enfermagem sobre o uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas no serviço;	• Computador • Bases de dados/normas/livros • Enfermeiro orientador • Equipa de enfermagem	D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E.2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Indicadores de Avaliação	D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica; E1.1.3. — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; E2.2.2. — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; E2.2.3. — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor; E2.4.3. — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.	

OBJETIVO ESPECÍFICO	2.2 - Analisar oportunidades de parceria com os pais na promoção do conforto da criança submetida a procedimentos dolorosos.	
ATIVIDADES	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
- Realização de pesquisa bibliográfica acerca da parceria com os pais na promoção do conforto e estratégias não farmacológicas para o controlo da dor; - Participação nos cuidados à criança submetida a procedimentos dolorosos envolvendo a família; - Prestação de cuidados promotores do conforto da criança e família; - Reunião com o enfermeiro orientador para identificar o envolvimento da família na promoção do conforto da criança submetida a procedimentos dolorosos; - Observação e reflexão com o enfermeiro orientador sobre as situações de envolvimento da família na promoção do conforto em procedimentos dolorosos; - Reflexão com a equipa de enfermagem em passagem de ocorrências com enfoque nas situações de envolvimento da família na promoção do conforto da criança submetida a procedimentos dolorosos;	• Computador • Bases de dados/normas/livros • Enfermeiro orientador • Equipa de enfermagem	E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Indicadores de Avaliação	E1.1.1. — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.6. — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar; E3.1.3. — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil; E3.3.2. —Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.	

OBJETIVO ESPECÍFICO	2.3 - Liderar processos de mudança no âmbito da gestão diferenciada da dor e parceria com os pais em contexto de urgência pediátrica.	
ATIVIDADES	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
- Identificação de necessidades formativas dos pares; - Desenvolvimento de uma ação de formação a partir das necessidades formativas identificadas; - Elaboração de um folheto informativo para os pais sobre identificação da dor nas crianças e estratégias não farmacológicas para o controlo da dor; - Criação de um grupo de trabalho para as questões da dor; - Realização de uma proposta de atualização da norma sobre estratégias não farmacológicas (para controlo da dor para ser discutida com o grupo de trabalho criado).	• Computador • Bases de dados/normas/livros • Equipa de Enfermagem	B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados; D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica;
Indicadores de Avaliação	B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade; B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria; B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática; C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. C2.2.2 — Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática; C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada; D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho; D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas; D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos;	

3.3 UCIN

OBJETIVO GERAL: 1) Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança e jovem em diferentes situações de saúde-doença e contextos de prática clínica;

OBJETIVO ESPECÍFICO	1.1 – Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família	
ATIVIDADES	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
- Realização de pesquisa bibliográfica para aprofundar conhecimentos relativos ao crescimento e desenvolvimento infantil; - Apresentação e discussão do projeto com o enfermeiro orientador; - Prestação de cuidados à criança com foco na promoção do crescimento e desenvolvimento.	• Computador • Bases de dados • Instrumentos de avaliação de desenvolvimento infantil • Equipa de enfermagem	E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Indicadores de Avaliação	E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família; E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem	

OBJETIVO ESPECÍFICO	1.2 - Desenvolver competências de comunicação com a criança e família nos diferentes estádios de desenvolvimento;	
ATIVIDADES	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
-Realização de pesquisa bibliográfica sobre estratégias de comunicação adequadas a cada estágio de desenvolvimento; - Participação colaborativa nos cuidados de enfermagem utilizando estratégias de comunicação adequados;	• Computador • Bases de dados • Equipa de enfermagem	E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Indicadores de Avaliação	E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem	

OBJETIVO GERAL: 2) Desenvolver competências de EEESIP com foco na gestão diferenciada da dor aguda e do bem-estar da criança e do jovem submetidos a procedimentos.

OBJETIVO ESPECÍFICO	2.1 - Analisar os procedimentos dolorosos mais comuns e a utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor aguda da criança nos diferentes contextos de prática clínica.	
ATIVIDADES	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
- Realização de pesquisa bibliográfica de modo a aprofundar conhecimentos relativos às estratégias farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor adequadas aos vários estádios de desenvolvimento; - Identificação dos procedimentos de enfermagem mais comuns; - Identificação da utilização estratégias não farmacológicas no controlo da dor aguda da criança; - Realização uma reflexão sobre o uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas no serviço; - Proposta de atualização da norma "Controlo da dor em Pediatria"	• Computador • Bases de dados/normas/livros • Enfermeiro orientador • Equipa de enfermagem	D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E.2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Indicadores de Avaliação	D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica; E1.1.3. — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; E2.2.2. — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; E2.2.3. — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor; E2.4.3. — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.	

OBJETIVO ESPECÍFICO	2.2 - Analisar oportunidades de parceria com os pais na promoção do conforto da criança submetida a procedimentos dolorosos.	
ATIVIDADES	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
- Realização de pesquisa bibliográfica acerca da parceria com os pais na promoção do conforto e estratégias não farmacológicas para o controlo da dor; - Participação nos cuidados à criança submetida a procedimentos dolorosos envolvendo a família; - Prestação de cuidados promotores do conforto da criança e família; - Reunião com o enfermeiro orientador para identificar o envolvimento da família na promoção do conforto da criança submetida a procedimentos dolorosos; - Observação e registo das situações de envolvimento da família na promoção do conforto em procedimentos dolorosos;	• Computador • Bases de dados/normas/livros • Enfermeiro orientador • Equipa de enfermagem	E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Indicadores de Avaliação	E1.1.1. — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.6. — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar; E3.1.3. — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil; E3.3.2. —Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.	

3.4 UCSP

OBJETIVO GERAL: 1) Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança e jovem em diferentes situações de saúde- doença e contextos de prática clínica;

OBJETIVO ESPECÍFICO	1.1 – Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família	
ATIVIDADES	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
- Realização de pesquisa bibliográfica para aprofundar conhecimentos relativos ao crescimento e desenvolvimento infantil; - Apresentação e discussão do projeto com o enfermeiro orientador; - Prestação de cuidados à criança com foco na promoção do crescimento e desenvolvimento.	• Computador • Bases de dados • Instrumentos de avaliação de desenvolvimento infantil • Equipa de enfermagem	E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Indicadores de Avaliação	E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família; E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem	

OBJETIVO ESPECÍFICO	1.2 - Desenvolver competências de comunicação com a criança e família nos diferentes estádios de desenvolvimento;	
ATIVIDADES	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
-Realização de pesquisa bibliográfica sobre estratégias de comunicação adequadas a cada estágio de desenvolvimento; - Participação colaborativa nos cuidados de enfermagem utilizando estratégias de comunicação adequados;	• Computador • Bases de dados • Equipa de enfermagem	E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Indicadores de Avaliação	E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem	

OBJETIVO GERAL: 2) Desenvolver competências de EEESIP com foco na gestão diferenciada da dor aguda e do bem-estar da criança e do jovem submetidos a procedimentos.

OBJETIVO ESPECÍFICO	2.1 - Analisar os procedimentos dolorosos mais comuns e a utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor aguda da criança nos diferentes contextos de prática clínica.	
ATIVIDADES	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
- Realização de pesquisa bibliográfica de modo a aprofundar conhecimentos relativos às estratégias farmacológicas e não farmacológicas na gestão da dor adequadas aos vários estádios de desenvolvimento; - Identificação dos procedimentos de enfermagem mais comuns; - Identificação da utilização estratégias não farmacológicas no controlo da dor aguda da criança;	• Computador • Bases de dados/normas/livros • Enfermeiro orientador • Equipa de enfermagem	D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica; E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E.2 -Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Indicadores de Avaliação	D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica; E1.1.3. — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; E2.2.2. — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; E2.2.3. — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor; E2.4.3. — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.	

OBJETIVO ESPECÍFICO	2.2 - Analisar oportunidades de parceria com os pais na promoção do conforto da criança submetida a procedimentos dolorosos.	
ATIVIDADES	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
- Realização de pesquisa bibliográfica acerca da parceria com os pais na promoção do conforto e estratégias não farmacológicas para o controlo da dor; - Participação nos cuidados à criança submetida a procedimentos dolorosos envolvendo a família; - Prestação de cuidados promotores do conforto da criança e família; - Reunião com o enfermeiro orientador para identificar o envolvimento da família na promoção do conforto da criança submetida a procedimentos dolorosos; - Realização e aplicação do projeto "Partilhar para crescer" que contempla a criação de um grupo de pais (online) e partilhar conteúdos digitais acerca da dor em crianças dos 0-3 meses.	• Computador • Bases de dados/normas/livros • Enfermeiro orientador • Equipa de enfermagem	E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Indicadores de Avaliação	E1.1.1. — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.6. — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar; E3.1.3. — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil; E3.3.2. —Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.	

3.4 Consulta de desenvolvimento

OBJETIVO GERAL: 1) Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança e jovem em diferentes situações de saúde-doença e contextos de prática clínica;

OBJETIVO ESPECÍFICO		1.1 – Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com vista à maximização da saúde da criança e família	
ATIVIDADES		RECURSOS	COMPETÊNCIAS
- Realização de pesquisa bibliográfica para aprofundar conhecimentos relativos ao crescimento e desenvolvimento infantil; - Apresentação e discussão do projeto com o enfermeiro orientador; - Prestação de cuidados à criança com foco na promoção do crescimento e desenvolvimento; - Realização de uma reflexão sobre uma situação significativa em contexto de prática clínica;		• Computador • Bases de dados • Instrumentos de avaliação de desenvolvimento infantil • Equipa de enfermagem	E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Indicadores de Avaliação	E.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família; E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem; E2.5.3. Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada; E2.5.6. Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário; E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.		

OBJETIVO ESPECÍFICO	1.2 - Desenvolver competências de comunicação com a criança e família nos diferentes estádios de desenvolvimento;	
ATIVIDADES	RECURSOS	COMPETÊNCIAS
-Realização de pesquisa bibliográfica sobre estratégias de comunicação adequadas a cada estágio de desenvolvimento; - Participação nos cuidados de enfermagem utilizando estratégias de comunicação adequados;	• Computador • Bases de dados • Equipa de enfermagem	E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
Indicadores de Avaliação	E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem	

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abouzida, S., Bourgault, P., & Lafrenaye, S. (2020). Observation of Emergency Room Nurses Managing Pediatric Pain: Care to Be Given... Care Given.... *Pain Management Nursing*, 21(6), 488–494. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.002>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Prevenção_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf
- Farrell, M. (1992). Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing* (Mark Allen Publishing), 1(4), 175–176. <https://doi.org/https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175>
- Kolcaba, K., & Dimarco, M. A. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187–194. <https://www.researchgate.net/publication/7686145>
- Lee, G. Y., Yamada, J., Kyololo, O., Shorkey, A., & Stevens, B. (2014). Pediatric clinical practice guidelines for acute procedural pain: A systematic review. *Pediatrics*, 133(3), 500–515. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2744>
- Monitto, C. L. (2015). Pediatric acute pain management. *Revista Mexicana de Anestesiologia*, 38(1), 33–34. <http://www.medigraphic.com/rmawww.medigraphic.org.mx>
- Moutte, S. D., Brudvik, C., & Morken, T. (2015). Physicians' use of pain scale and treatment procedures among children and youth in emergency primary care - a cross sectional study. *BMC Emergency Medicine*, 15(33). <https://doi.org/10.1186/s12873-015-0059-9>
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marote, L., & Amorim, R. (2018). Desenhos da Minha Dor. In Clara Abadesso (Ed.), *CMAJ* (Issue 13). Associação Portuguesa para o Estudo da Dor - APED.

<https://www.aped->

[dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf](https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas do Controlo da Dor na Criança. In *Cadernos OE* (Issue 6).

Park, E. S., & Cho, I. Y. (2018). Shared decision-making in the paediatric field: a literature review and concept analysis. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (Vol. 32, Issue 2, pp. 478–489). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/scs.12496>

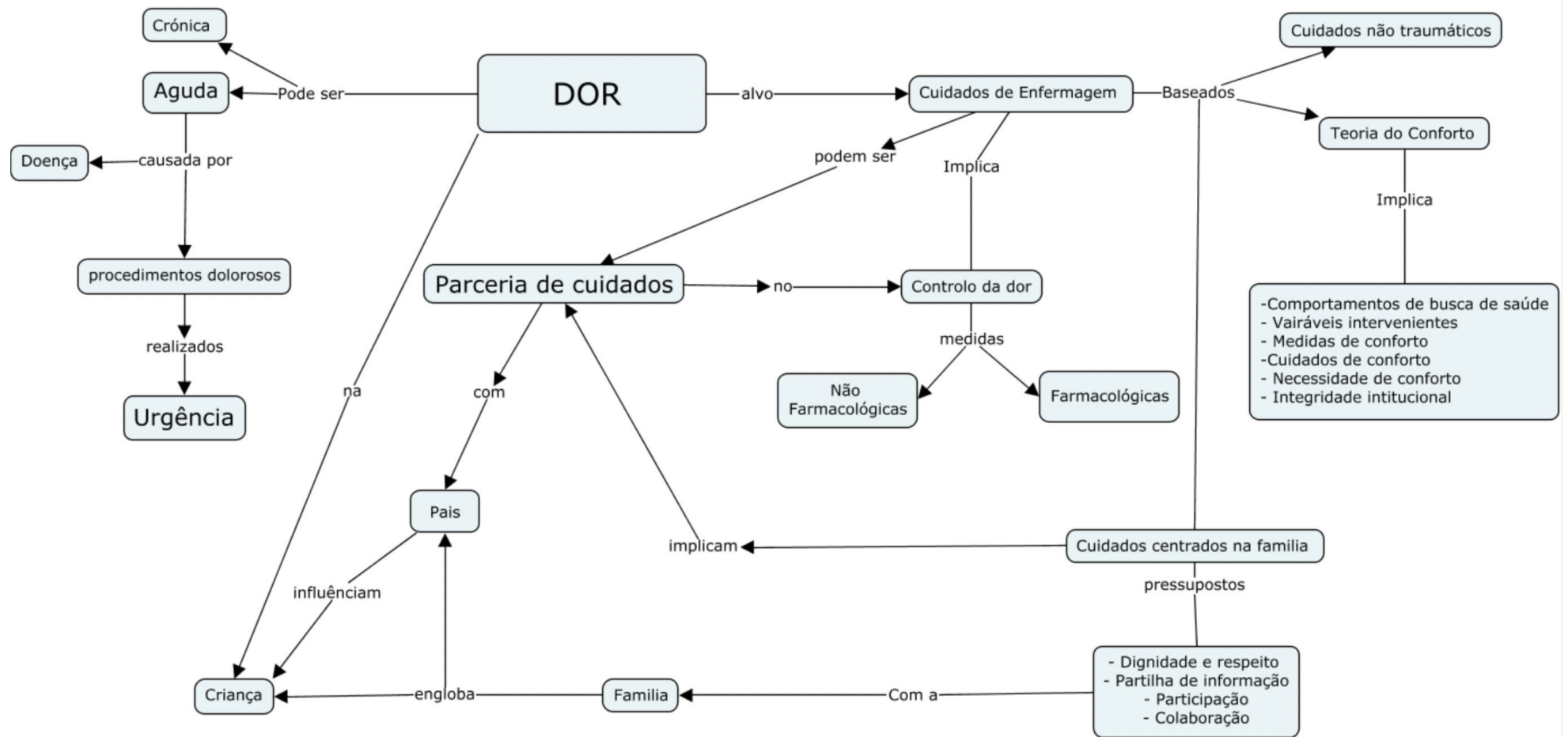
Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.

Vasey, J., Smith, J., Kirshbaum, M. N., & Chirema, K. (2019). Tokenism or true partnership: Parental involvement in a child's acute pain care. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9–10), 1491–1505. <https://doi.org/10.1111/jocn.14747>

Yoo, S. Y., Cho, H., Kim, Y. Y., & Park, J. H. (2020). Levels of partnership between nurses and parents of hospitalized children and the quality of pediatric nursing care as perceived by nurses. *Child Health Nursing Research*, 26(1), 64–71. <https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.1.64>

APÊNDICE IV – Mapa conceptual



APÊNDICE V – Documento sobre técnicas de comunicação e
reflexão sobre uma situação significativa de cuidados

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
especialização Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estratégias e técnicas de comunicação

Nádia Alagoinha Francisco, nº5657

**Lisboa,
Outubro 2022**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
especialização Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estratégias e técnicas de comunicação

Nádia Alagoinha Francisco, nº5657

Professora Orientadora:

Prof.^a Doutora Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues

Lisboa

Outubro, 2022

ÍNDICE

1. Introdução.....	4
2. Componentes da comunicação.....	5
3. Desenvolvimento infantil e comunicação	7
4. Reflexão.....	10
5. Referências Bibliográficas.....	13

1. INTRODUÇÃO

A elaboração deste documento insere-se na unidade curricular de Estágio com Relatório no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Importa contextualizar que este trabalho é elaborado no seguimento do campo de estágio realizado num serviço de Internamento de Pediatria de um Hospital localizado no Algarve.

O papel do enfermeiro é complexo, implicando diversas intervenções técnicas e organizacionais, sendo que para as concretizar, o enfermeiro necessita de estabelecer uma relação de confiança, de modo a gerar uma parceria passível de se tornar uma relação terapêutica (Phaneuf, 2005) sendo a comunicação fundamental para estabelecer esta relação (Braga & Paes Da Silva, 2007).

Neste trabalho inicialmente será abordado a comunicação e as suas componentes, seguida das características do desenvolvimento infantil, especificando as técnicas de comunicação adequadas a cada estágio de desenvolvimento, com a elaboração de uma tabela síntese. Por fim é realizada uma reflexão acerca de uma situação de comunicação significativa com a criança no serviço de internamento de Pediatria.

2. COMPONENTES DA COMUNICAÇÃO

A comunicação,

num sistema de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha de sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação pode ser consciente ou inconsciente, através do comportamento verbal ou não verbal, assim como, através da forma de agir dos intervenientes no processo (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 37).

Atualmente, não comunicar é algo irrealizável. A comunicação está presente no nosso dia-a-dia, quer seja através da sociedade ou na pessoa em si, a comunicação é onnipresente (Phaneuf, 2005).

Segundo Phaneuf (2005), a comunicação pode situar-se no plano cognitivo, em que os factos/acometimentos são divulgados por palavras, ou no plano afetivo, em que as palavras são subentendidas através do comportamento não verbal da pessoa.

A comunicação não verbal corresponde a uma troca de informação sem palavras integrando um conjunto de expressões corporais e de comportamentos que “transcendem, acompanham e suportam as relações verbais entre as pessoas” (Phaneuf, 2005, p. 68).

A comunicação não verbal permite: exprimir emoções, sentimentos e sensações, regula as trocas comunicacionais, confirma ou apoia a troca de palavras, mantém a autoimagem e ajuda a estabelecer laços significativos e a mantê-los (Phaneuf, 2005). Na tabela 1 são explicitadas as componentes da comunicação não verbal.

Tabela 1 – Quadro síntese das componentes da comunicação não verbal segundo Phaneuf (2005)

Componentes	Características
TRAÇOS FÍSICOS	Aparência física, maneira de estar, olhar, cor da pele, forma do corpo, odor
POSTURA E MODO DE ANDAR	- Caminhar com os ombros curvados e torso caído representa sintomas de fadiga, depressão ou problema de autoestima; - Cabeça alta e direita representa um melhor autocontrolo. - Cabeça baixa e costas curvadas manifesta agressividade; - Respiração torácica em pessoas de carácter fechado, respiração abdominal representa capacidade de descontracção e abertura. - Modo de andar com um passo hesitante com os ombros deslocados para a frente demonstra falta de autoconfiança,

	passos arrastados estão presentes em pessoas tristes e depressivas e um passo seguro está presente em pessoas de carácter forte.
EXPRESSÃO FACIAL E OLHAR	- Sobrancelhas levantadas exprimem surpresa e alegria; - Distensão dos músculos orbiculares representa espanto e fascínio; - Contração dos músculos das pálpebras é indicativo de suspeita, ceticismo, frieza e cinismo. - O contacto visual mantido normalmente representa pessoas sociáveis, credíveis e mais ousadas, enquanto pessoas que não mantêm contacto visual são vistas como frias, pessimistas ou prudentes.
BOCA E NARIZ	- Comissura labial levantada (sorrir) atribui ao rosto um carácter alegre e as comissuras caídas confere um carácter triste; - Comissuras contraídas podem representar medo, desgosto ou sofrimento; - Morder os lábios mostra ansiedade; - Cerrar os lábios é um sinal de timidez, tensão ou cólera; - Franzir o nariz é muitas vezes associado a repugnância.
GESTOS	- Ilustrar ou amplificar o que é dito ou sentido; - Contradizem o que é dito. Por exemplo através de gestos adaptativos (balanço da perna, torção dos dedos, friccionar as mãos, mexer no cabelo, jogar o cabelo para trás, mexer no colarinho ou no nó da gravata, roer as unhas, entre outros).
COMPORTAMENTOS PARAVERBAIS: VOZ, CHORO E SOLUÇOS	- São ruídos emitidos pela pessoa (como “ah!” ou “hum!”); - Os suspiros podem representar: contentamento, descontração, aborrecimento, tristeza e sofrimento; - Os gemidos implicam sofrimento intenso; - Resmungos indicam desaprovação e cólera; - Voz baixa, monótona e arrastada caracteriza uma pessoa triste depressiva e aborrecida; - Voz intensa e forte caracteriza uma pessoa segura e com vitalidade;
RESPOSTA DO SISTEMA NERVOSO AUTÓNOMO	- Em momentos de stress e ansiedade a pele da face fica corada, em momentos de medo ou sofrimento fica pálida; - O tremer (quando não associado ao frio) pode representar uma situação de angústia; - Em momentos de tensão existe um aumento da transpiração e a boca fica seca.
DISTÂNCIA OU PROXÉMIA	- A distância entre os interlocutores determina o seu nível de intimidade;
TOCAR	- O toque pode apresentar uma componente ambígua, está associado ao conceito de territorialidade e pressupõe a invasão do espaço do outro. - O toque intencional pode servir para reconfortar, no entanto pode causar desconforto em determinadas pessoas.

3. DESENVOLVIMENTO INFANTIL E COMUNICAÇÃO

Na comunicação com crianças de diversas faixas etárias, os elementos não verbais desempenham um papel preponderante na transmissão das mensagens mais significativas do processo de comunicação. Ao interagir com crianças, por vezes é difícil dissimular sentimentos, atitudes e ansiedade uma vez que estas estão atentas ao ambiente onde se encontram e atribuem significado a cada gesto e movimento. O enfermeiro, enquanto pessoa desconhecida à criança, por vezes tenta estabelecer uma relação com a criança sem que esta tenha oportunidade de realizar uma avaliação, intensificando a sua ansiedade (Hockenberry et al., 2019).

De maneira a comunicar de forma eficaz com a criança, é necessário ter em conta o seu desenvolvimento de linguagem e pensamento. Compreender as características do desenvolvimento de cada estágio de desenvolvimento facilita a comunicação entre o enfermeiro e a criança (Hockenberry et al., 2019). Ao comunicar com crianças deve ter-se em conta os seguintes aspetos gerais:

- Dar tempo à criança para que esta se sinta à vontade;
- Evitar qualquer tipo de contacto que possa ser percecionado como ameaçador (por exemplo avanços rápidos, contacto visual prolongado, sorriso exagerado);
- Caso a criança se sinta envergonhada, iniciar a conversa com os pais;
- Antes de questionar a criança diretamente, comunicar através de um objeto de transição;
- Ao falar com a criança, adotar uma posição ao nível da mesma;
- Utilizar um tom de voz tranquilo e confiante. Não falar rápido e utilizar frases curtas e palavras simples;
- Ser honesto;
- Promover e apoiar a expressão de sentimentos;
- Utilizar várias técnicas de comunicação (Hockenberry et al., 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A utilização de técnicas de comunicação diferenciadas permite questionar e explorar preocupações de uma forma menos invasiva e ameaçadora, podem ser técnicas verbais ou não verbais. Na tabela 2 são enumeradas algumas técnicas de comunicação verbal e não verbal segundo Hockenberry & Wilson (2014).

Tabela 2 – Quadro síntese das técnicas de comunicação verbal e não verbal

TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO VERBAL	TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL
Mensagens do “eu”	Escrever
Técnica da terceira pessoa	Desenho
Resposta facilitadora	Magia
Contar Histórias	Brincadeira
Biblioterapia	
Sonhos	
Questões “E se”	
Três desejos	
Jogos de Pontuação	
Associação de palavras	
Completar frases	
Prós e contras	

Os recém-nascidos e lactentes, *toddlers* e pré-escolares, escolares e adolescentes apresentam diferentes características de desenvolvimento, pelo que para comunicarmos de forma eficaz é necessário incorporar essas características nas técnicas de comunicação adotadas. Na tabela 3, estão explicitadas as características de desenvolvimento em cada faixa etária com as respectivas recomendações para uma comunicação eficaz.

Tabela 3 – Comunicação com a criança de acordo com as suas características de desenvolvimento (Hockenberry et al., 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2011; Papalia & Feldman, 2013)

IDADE	CARACTERÍSTICAS DE DESENVOLVIMENTO	COMUNICAR
RN e Lactente	- Compreendem comunicação não verbal; - Os RN reagem melhor aos sons agudos do que graves; - O choro significa desagrado; - Sorriem e palram; - Reagem aos estímulos externos com reações corporais e expressões faciais	- Pegar o bebé; - Manter os pais no campo de visão; - Utilizar expressões faciais e realizar movimentos com a cabeça; - Realizar sons semelhantes aos que a criança realiza;

	- Sentem conforto com o som da voz;	- Utilizar bonecos macios, caixas de música, brinquedos coloridos;
Toddler e pré-escolar	- Egocêntricas, - Incapazes de se abstrair, fazem interpretações literais das palavras; - Não desenvolveram habilidades que as permitam expressar todos os seus desejos e sentimentos; - Não conseguem separar a fantasia do real; - Atribuem características humanas a objetos;	- Evitar fazer comparações com outras crianças; - Permitir que a criança descubra por ela própria, permitir que ela toque e observe por ela própria; - Não utilizar expressões e frases que possam ser interpretadas de forma literal como “tirar a cabeça para fora”; - Dirigir a conversa para a criança; - Utilizar Brinquedos/ Jogos: puzzles, ferramentas e objetos de dia-a-dia, peluches, bonecas, livros, jogos eletrônicos, pinturas;
Escolar	- Dominam linguagem verbal; - Acreditam mais no que sabem do que no veem; - Procuram explicações para tudo; - Mostram interesse pelos objetos, procedimento e atividades e como funcionam; - Possuem pensamento abstrato; - Preocupação exagerada com a integridade do corpo;	- Explicar todos os procedimentos, atividades e funcionamento dos objetos de forma simples; - Permitir a participação da criança na conversa, valorizando os seus sentimentos, ideias e interpretações; - Considerar as suas experiências prévias de saúde-doença; - Abordar temas que são do interesse da criança; - Brinquedos/Jogos: jogos de grupo, puzzles, jogos eletrônicos, pinturas e jogos de tabuleiro;
Adolescente	- São comunicativos e participativos; - Normalmente dão respostas monossilábicas; - Apresentam dificuldade em discutir determinados temas com os seus familiares; - Gostam de sentir que o enfermeiro tem interesse por ele; - Não gostam de receber críticas;	- Direcionar a atenção para o adolescente; - Mobilizar experiências do próprio enfermeiro; - Não interromper; - Evitar realizar comentários de reprovação; - Se não for solicitado pelo adolescente, evitar dar conselhos;

		- Brinquedos/ Jogos: telemóvel, jogos eletrónicos, música, TV, livros. - Conhecer os gostos e interesses do adolescente;
--	--	---

4. REFLEXÃO

A M. é uma menina de 3 anos, internada no serviço de pediatria para ser submetida a uma adenoamigdalectomia eletiva. Estava acompanhada pelo seu pai A. e a sua mãe. D.

A M. teve previamente uma consulta pré-operatória com a enfermeira onde lhe foi explicado o que iria acontecer na operação bem como que era necessário colocar um cateter venoso periférico pelo que foi dada a indicação aos pais para colocarem dois pensos de EMLA® em ambas as mãos da M. cerca de 1h antes da hora prevista para chegada ao hospital.

Ao entrar no quarto a M. encontrava-se a pintar um livro de desenhos, acompanhada por ambos os pais. Comecei por me apresentar, primeiro dirigi-me aos pais e depois à M. que disse “olá” sem parar de pintar. Conversei com os pais para saber o que tinham explicado à M. sobre os procedimentos que seriam realizados, verifiquei se a colheita de dados estava correta e verifiquei se o jejum para a cirurgia estava cumprido. A M. apresentava 2 pensos EMLA® no dorso de ambas as mãos que tinham sido colocados há pelo menos 1h pelo que já seria possível obter efeito anestésico dos pensos e realizar a colocação do cateter venoso periférico.

A mãe da M. referiu previamente que ela é uma menina calma, mas que nunca tinha realizado um procedimento destes antes pelo que não sabia como ela iria reagir à picada. Neste sentido, propus que realizássemos o procedimento com a M. a continuar a pintar e a mãe a conversar com ela modo a distraí-la do procedimento. Expliquei à M. que “vamos ter de colocar um tubo na mão para depois darmos o remédio para ficares boa” ao que ela olha para mim e para a mão dela e diz: “sim vamos por o tubinho mágico aqui (aponta para a mão)” e estica a sua mão para mim para realizarmos o procedimento que decorreu rapidamente, enquanto a M. pintava. No fim foi colocada uma ligadura elástica para proteger o cateter e evitar que este seja removido por acidente e ao

terminar a M. olha para a mão e começa a tentar tirar a ligadura: “não quero!” e começa a querer chorar, coloco-me à altura do olhar da M. e pergunto se não podemos fazer uns desenhos na “luva” para ficar bonita e pego numa caneta para desenhar uma estrela na ligadura. A M. fica mais calma a olhar para mim e mostra a ligadura à mãe “olha mãe uma estrela!” e ri-se. A mãe da M. pega nos marcadores começa a desenhar com a M a ligadura e assim a M. já não a tenta remover.

Relativamente aos sentimentos e emoções experienciadas nesta situação confesso que primeiramente me senti otimista, a M. e os seus pais estavam aparentemente calmos o que me transmitia confiança para comunicar com M. e realizar o procedimento. Quando a M. começou a tentar tirar a ligadura comecei a sentir-me preocupada e com receio que ela pudesse remover o cateter e que a M. ficasse agitada com a situação, mas rapidamente fui submersa numa sensação de satisfação ao ver que a M. ficou calma após a minha intervenção.

Como aspetos positivos ressalvo o facto de ter tentado adequar a minha comunicação ao estágio de desenvolvimento da M. Ter os pais como parceiros de cuidados é outro aspeto que considero positivo.

Uma cirurgia é usualmente desconhecida para uma criança e despoletam sentimentos de medo e ansiedade, “a intervenção cirúrgica representa uma circunstância crítica que gera uma crise no sistema familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 15).

De modo a minimizar o medo e a ansiedade despoletada pelo processo de hospitalização é necessário adotar medidas facilitadoras e adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e família. É fundamental preparar a criança para o procedimento cirúrgico uma vez que “uma preparação dirigida para as necessidades identificadas em cada família pode transformar a situação de crise da cirurgia na criança num potencial de crescimento, pela oportunidade que a família tem de se desenvolver cognitivamente e emocionalmente” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 18). A preparação da M. na consulta pré-operatória foi um fator determinante para o sucesso da experiência de internamento.

Por outro lado, a postura da enfermeira é um aspeto importante na comunicação não verbal, ela demonstra o interesse na pessoa cuidada (Phaneuf, 2005, p. 31). A adoção de uma postura que me permitiu comunicar com a criança ao nível dos olhos, utilizando termos simples e adequados à idade da M. permitiu estabelecer uma comunicação eficaz, sem despoletar medos.

A permanência dos pais durante todo o procedimento “promove um ambiente seguro, diminuindo a ansiedade da criança” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 22).

Assim, a adoção de todas as medidas abordadas anteriormente, bem como a articulação de cuidados feita com a equipa multidisciplinar permitiu proporcionar uma experiência positiva à M. e à sua família, o que irá influenciar positivamente futuras hospitalizações que a M. possa ter.

Numa situação semelhante, tentarei sempre adequar a comunicação (verbal e não verbal) ao estágio de desenvolvimento da criança, bem como conversar com a pessoa significativa da criança de modo a conhecer os seus medos/receios, o que a deixa tranquila, potenciais *stressores* e quais as melhores estratégias que a criança utiliza para lidar com o stress.

A Enfermagem é um processo interpessoal, simbólico e complexo (...) o enfermeiro precisa ter consciência da relação dos comportamentos verbais e não-verbais nas interações e reconhecem que as emoções, expectativas e estereótipos interferem na comunicação, bem como o conhecimento prévio dos emissores (Braga & Paes Da Silva, 2007, p. 414).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Braga, E. M., & Paes Da Silva, M. J. (2007). Comunicação competente - visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paulista Enfermagem* , 20(4), 410–414.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11^a). Elsevier .
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume 1*. Ordem dos Enfermeiros .
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume II*. Ordem dos Enfermeiros .
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12^o). Porto Alegre .
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência .

APÊNDICE VI – Estudo de caso

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
especialização Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estudo de Caso

Nádia Alagoinha Francisco, nº5657

**Lisboa,
Outubro 2022**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
especialização Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estudo de Caso

Nádia Alagoinha Francisco, nº5657

Professora Orientadora:
Profª Doutora Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues

**Lisboa,
Outubro 2022**

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE/FAMÍLIA	5
1.1 GENOGRAMA.....	5
1.2 ENQUADRAMENTO FAMILIAR.....	5
2. HISTÓRIA DE SAÚDE ATUAL.....	6
3. OBSERVAÇÃO FÍSICA	10
4. CARACTERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOGENIA	10
5. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO	12
6. APRECIAÇÃO DA NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS (Virgínia Henderson)	13
7. PLANO DE CUIDADOS.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

INTRODUÇÃO

O Presente estudo de caso insere-se no plano de atividades proposto para o estágio no internamento de pediatria num hospital na região do Algarve, decorrente do 13º mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, unidade curricular Estágio com Relatório.

O anonimato dos intervenientes será sempre salvaguardado, recorrendo à utilização apenas da primeira letra do nome.

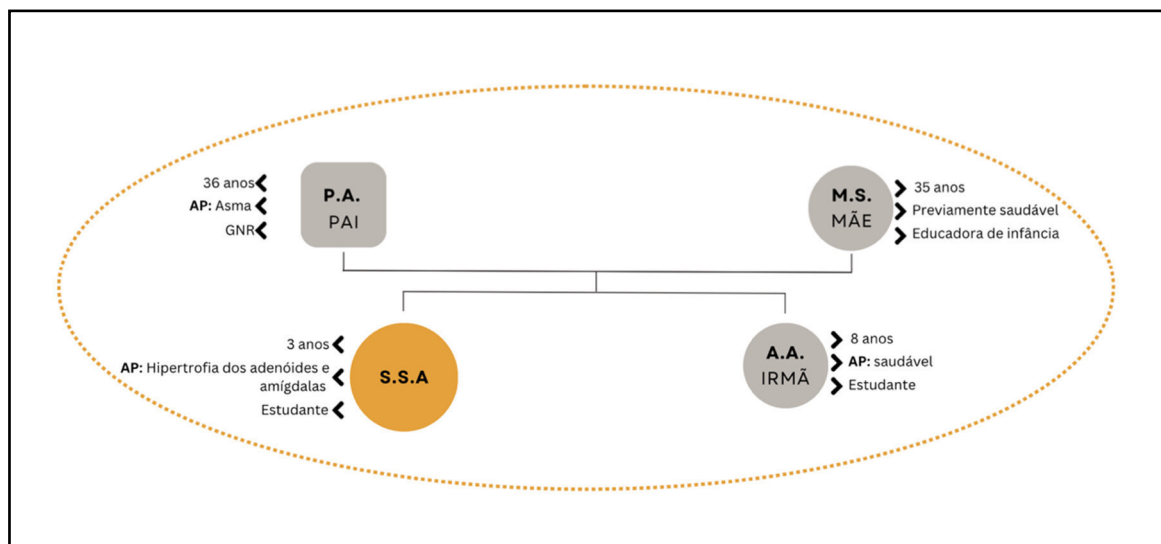
As informações para a elaboração do presente trabalho foram obtidas através de entrevista à criança/família, à consulta de dados do processo clínico e à observação da criança/família. Recorreu-se a pesquisa bibliográfica para fundamentar as intervenções realizadas.

Este trabalho segue as normas de elaboração de trabalhos escritos da ESEL e está organizado em 7 capítulos: Identificação do cliente/família, história de saúde atual, observação física, caracterização da etiologia e patogenia, avaliação do desenvolvimento, apreciação das necessidades humanas fundamentais, segundo Virgínia Henderson, e por fim é apresentado o plano de cuidados, utilizando linguagem CIPE, as referências bibliográficas estão de acordo com a norma APA 7ª edição.

1. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE/FAMÍLIA

Nome	S.S.A.
Sexo	Feminino
Morada	Faro
Data de nascimento	28-05-2019 (3 anos)
Nacionalidade	Portuguesa
Religião	Católica (não praticante)
Pessoa significativa	M.M. (Mãe)

1.1 GENOGRAMA



LEGENDA:



1.2 ENQUADRAMENTO FAMILIAR

Tipo de família	Família nuclear
Subsistemas	Conjugal e parental
Estádio de Desenvolvimento	Família com crianças pequenas

(Caniço et al., 2010)

2. HISTÓRIA DE SAÚDE ATUAL

A S. é uma criança de 3 anos com antecedentes de hipertrofia das amígdalas e adenoides. É seguida em consulta de otorrinolaringologia onde foi proposta a realização de adenoidectomia e amigdalectomia parcial, sob anestesia geral, que obteve o consentimento dos pais. Sem outros antecedentes de saúde relevantes ou alergias conhecidas. Sem medicação habitual.

No dia 6/10/22 a S. e os pais realizaram a consulta pré-operatória de enfermagem de forma a prepará-los tanto para o procedimento cirúrgico quanto para o subsequente período pós-operatório.

A 10/10/2022 a S. é admitida no hospital pelas 9h na companhia dos pais. Realizado o acolhimento no quarto, tendo sido verificada a identidade e presença de pulseira de identificação.

A S. apresentava-se bem-disposta, sorridente e comunicativa com a equipa.

Pele e mucosas coradas e hidratadas. Eupneica em ar ambiente.

Avaliados parâmetros vitais pré-operatórios e foi pesada.

Tensão arterial sistólica (TAS)	104 mmHg
Tensão arterial diastólica (TAD)	63 mmHg
Frequência cardíaca (FC)	111bpm
Frequência Respiratória (FR)	22cpm
Saturação periférica de oxigénio (SpO₂)	100%
Temperatura	36,8°C
Dor	0 (Escala de avaliação utilizada – FLACC)
Peso	14Kg

Realizado TrAg SARS-COV-2 à S. e aos pais com resultado negativo.

Cumprimento de jejum desde as 21h do dia 9/10/2022

Realizado controlo da dor através de técnicas de distração (bolhas de sabão) e aplicação de pensos EMLA® colocados 1 hora antes do procedimento (fornecidos na consulta pré-operatória). Puncionado acesso venoso periférico no dorso da mão

esquerda (24G) que ficou permeável e obturado para eventual veículo terapêutico. Controle da dor eficaz, apresentando dor antes, durante e após o procedimento igual a 0 (avaliado segundo a escala de FLACC).

Explicados os procedimentos pré e pós-operatórios e transmitida informação sobre prevenção de quedas salientando-se a importância de manter a cama a um nível próximo do chão e as grades da cama elevadas. Otimizado o espaço físico do quarto.

Ficou acompanhada pelos pais que se encontram calmos e tranquilos, receptivos aos cuidados e colaboradores com os profissionais.

A S. foi transferida para o bloco operatório pelas 9:20h acompanhada pelos pais, regressando cerca das 10:40h. O procedimento cirúrgico e o recobro da S. decorreram sem intercorrências. À chegada ao serviço a S. apresentava-se a dormir, com bom estado geral. Reavaliados sinais vitais pós cirúrgicos que se encontram estáveis. Sem queixas algicas.

Tensão arterial sistólica (TAS)	90 mmHg
Tensão arterial diastólica (TAD)	43 mmHg
Frequência cardíaca (FC)	107bpm
Frequência Respiratória (FR)	20cpm
Saturação periférica de oxigénio (SpO₂)	100%
Temperatura	36,4°C
Dor	0 (Escala de avaliação utilizada – FLACC)
Glicémia capilar	141 mg/dL

Manteve o cateter venoso periférico no dorso da mão esquerda (24G) que se encontrava permeável e obturado. Local de inserção do cateter sem sinais inflamatórios. Cateter foi removido imediatamente antes da alta. Colocado penso rápido no local de punção.

Acordou bem-disposta, aparentemente dor, pelo que iniciou ingestão oral fracionada com líquidos pelas 12:40h e progrediu na dieta líquida fria com tolerância.

Realizou levante sem intercorrências e apresentou micção espontânea na casa de banho.

Não apresentou perdas hemáticas significativas e cumpriu esquema analgésico com administração de ibuprofeno e paracetamol.

Realizada preparação para a alta sobre controlo da dor, gestão de terapêutica medicamentosa, cuidados específicos no domicílio e sinais de alarme que motivam observação no serviço de urgência, com entrega do respetivo folheto informativo.

A S. tem indicação para alta pelas 15h, fornecida respetiva nota de alta clínica e de enfermagem bem como os exames previamente realizados no âmbito da cirurgia. Fica com consulta de otorrinolaringologia de seguimento marcada para dia 18/10/2022.

2.1 História de dor

CARACTERÍSTICAS DA DOR	EVOLUÇÃO: duração e padrão	A história de dor foi recolhida aquando da realização do acolhimento no serviço de internamento. A S. nega a sentir dor.
	Localização	
	Qualidade	
	Intensidade	
FORMAS HABITUAIS DE MANIFESTAR/COMUNICAR/EXPRESSAR A DOR		A mãe da S. refere que, quando esta sente dor, ela expressa verbalmente que lhe dói, chora e aponta para o local onde apresenta dor.
FATORES DE ALÍVIO E DE AGRAVAMENTO		No momento da recolha da história de dor a S. não apresentava dor.
ESTRATÉGIAS DE COPING		Os pais referem que quando a S. tem dor oferecem colo, tentam distraí-la da dor através da visualização de desenhos animados, música ou pinturas. Quando estas medidas não são suficientes, recorrem à medicação analgésica para controlar a dor.
IMPACTO NAS ATIVIDADES DE VIDA		No momento da recolha da história clínica, a S. não apresentava dor. Relativamente a histórias de dor anteriores, os

	pais da S. referem que não existiram muitos episódios de em que a S tenha apresentado dor e , quando teve, estes não tiveram impacto significativo na no apetite ou na mobilidade, interferindo apenas no sono da S.
CONHECIMENTO/PERCEÇÃO ACERCA DA DOENÇA / EXPECTATIVAS ACERCA DA DOR E TRATAMENTO	A S. acredita que a dor é algo “mau relacionado com um estado de doença”, “dói porque estou doente”. Relativamente às expectativas ela refere “quando tomo o remédio que a mãe me dá a dor passa”
IMPACTO EMOCIONAL, SOCIOECONÓMICO E ESPIRITUAL DA DOR: TRABALHO ATIVIDADES DE LAZER RELAÇÕES PESSOAIS ESTADO EMOCIONAL	Não foi possível realizar a avaliação deste parâmetro.
SINTOMAS ASSOCIADOS	De momento a S. encontrava-se sem dor e consequentemente sem outros episódios associados.
DESCRIÇÃO DO USO E EFEITO DAS MEDIDAS FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS	Os pais da S. referem que quando a S. apresenta dor utilizam medidas farmacológicas e estratégias não farmacológicas de forma a controlar a dor. Relativamente às medidas farmacológicas, estes referem a administração de paracetamol e ibuprofeno. Negando a existência de efeitos secundários após a administração destes fármacos. Relativamente a estratégias não farmacológicas, os pais referem a utilização da distração, nomeadamente com a pintura e a visualização de desenhos animados, músicas e o colo.

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

3. OBSERVAÇÃO FÍSICA

Avaliação realizada pelas 14h do dia 10/10/2023.

A S. apresenta-se ativa e reativa, sorridente e comunicativa.

Apresenta uma aparência cuidada, com pele e mucosas coradas e hidratadas. Apresenta solução de continuidade provocada pela inserção do cateter venoso periférico no dorso da mão esquerda. Local sem sinais inflamatórios.

Apresenta cabeça simétrica, cabelo liso, loiro com distribuição uniforme ao longo de todo couro cabeludo e sem lesões visíveis.

Olhos lubrificados, escleróticas sem alterações. Pupilas isocóricas e isoreativas.

Nariz simétrico, sem alterações visíveis e sem sinais de hemorragia ativa.

Lábios hidratados, sem lesões aparentes. Dentição íntegra, sem cáries visíveis. Por vezes, apresenta excreção de saliva ligeiramente rosada, sem sinais de hemorragia ativa.

Apresenta respiração predominantemente abdominal, regular e com expansão simétrica da cavidade torácica.

Restantes estruturas corporais íntegras e sem alterações pelo que não foram referidas.

4. CARACTERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOGENIA

A hipertrofia dos adenóides e das amígdalas corresponde a um aumento anormal destas estruturas localizadas na região posterior da nasofaringe e da orofaringe. A hipertrofia pode ser fisiológica ou secundária a infeções recorrentes, reações alérgicas ou refluxo gastroesofágico. Este volume exacerbado pode provocar um bloqueio parcial ou total do fluxo de ar nas vias aéreas superiores e manifestar sintomas como dificuldade respiratória, respiração bucal, alterações na fala e distúrbios no padrão de sono (Arambula et al., 2021; Cheng, 2022; Yoon et al., 2022).

Quando os sintomas interferem ativamente na qualidade de vida da criança a remoção parcial ou total pode ser proposta pelo médico otorrinolaringologista. A cirurgia está indicada em casos de apneia obstrutiva do sono, infecções respiratórias recorrentes, dificuldade respiratória e alterações no discurso e deglutição (Randall, 2020). O objetivo é melhorar a função respiratória, aliviar os sintomas e prevenir complicações futuras.

A amigdalectomia é uma das cirurgias mais realizadas na área da otorrinolaringologia em idade pediatria (Jensen, 2021; Soleymanifard et al., 2015) e uma das suas mais frequentes complicações é a dor (Soleymanifard et al., 2015), esta dor pode ser significativa e prolongar-se no período pós-cirúrgico (Jensen, 2021). Por ser uma cirurgia realizada em ambulatório, as crianças têm alta hospitalar no próprio dia da cirurgia implicando que a responsabilidade pelo controlo da dor da criança recaia nos pais ou cuidadores da criança (Jensen, 2021). Assim, e para que o controlo da dor seja eficaz, a Academia Americana de Otorrinolaringologia recomenda que os pais e cuidadores devem ser sensibilizados sobre a importância do controlo da dor após a cirurgia, reforçando as recomendações sobre antecipar, reavaliar e tratar adequadamente a dor no domicílio, nomeadamente preconizar a administração programada dos analgésicos prescritos é uma estratégia que tem sido implementada de forma a melhorar o controlo da dor, nomeadamente a administração de paracetamol em associação com o ibuprofeno a mais recomendada (Mitchell et al., 2019).

A educação para saúde, quer dos pais ou cuidadores quer da criança sobre as estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor no domicílio é reconhecida como benéfica para a obtenção de resultados favoráveis (Hockenberry et al., 2019; Mitchell et al., 2019; Soleymanifard et al., 2015). Para além da dor, as crianças não devem realizar atividades que impliquem tossir, usar palhinhas, assoar o nariz, limpar a garganta, gritar, ou qualquer outra atividade que agrave o local cirúrgico (Conlon, 2019).

O processo de hospitalização e a cirurgia tem o potencial de gerar ansiedade quer para a criança, quer para a sua família, amplificando medos e concepções preexistentes tornando a experiência traumática e com efeitos psicológicos permanentes. Uma preparação para a hospitalização e para a cirurgia, orientada para as necessidades

específicas de cada família e realizada por enfermeiros que integram uma equipa multidisciplinar, capacita as crianças e as famílias para obterem as competências necessárias para enfrentar eficazmente esta experiência que lhes é desconhecida, tendo o potencial para converter uma situação de crise numa oportunidade de crescimento (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Assim, o enfermeiro desempenha um papel fundamental nos cuidados à criança submetida a adenoamigdalectomia intervindo na promoção do conforto, controlo da dor e a minimização de atividades ou intervenções que possam provocar uma hemorragia (Hockenberry et al., 2019).

5. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Dada a permanência curta no serviço, não foi possível realizar uma avaliação de desenvolvimento exaustiva. No entanto, foi possível reconhecer:

Segundo a teoria psicossocial de Erikson, a S. encontra-se no estágio “Iniciativa vs culpa”. Neste estágio, as crianças começam a explorar o mundo envolvente, desenvolvendo um sentido de iniciativa. A iniciativa acrescenta à autonomia a qualidade de empreender, planear e enfrentar uma tarefa pelo simples fato de estar ativo e em movimento (Erikson, 1963). Por outro lado, pode surgir o sentimento de culpa ao serem repreendidas ou desencorajadas. Nesta fase, a criança explora a sua autonomia e desenvolve o a sua identidade e propósito. Ao mesmo tempo que pode começar a interiorizar regras e normas, pode também desenvolver sentimento de culpa quando as suas ações não vão ao encontro das expectativas dos pais e cuidadores. As crianças que adquirem a capacidade de regular eficazmente estes dois polos antagónicos desenvolvem a virtude do propósito, demonstrando a coragem de formar e perseguir objetivos sem serem coibidas por sentimentos de culpa ou receio de serem punidas. (Papalia & Martorell, 2021).

Segundo a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget, a S. encontra-se no estágio pré-operacional. Este estágio, que se inicia aos 2 anos e termina aos 7anos, caracteriza-se pelo início do desenvolvimento do pensamento simbólico e pré-concetual

(Piaget, 2013). Nesta fase observam-se características como o egocentrismo, pensamento simbólico, imitação, desenvolvimento da linguagem, pensamento mágico e centração (Papalia & Martorell, 2021).

Para interagir eficazmente com a S. é fundamental fornecer estímulos adequados ao seu desenvolvimento, sendo que nesta faixa etária existe uma prevalência da comunicação verbal autorreferenciada e egocêntrica, é necessário recorrer a estratégias não verbais para entender e explorar o pensamento da criança como o brincar. A criança é dotada de uma capacidade ilimitada de criar, imitar e imaginar, o brincar permite à criança compreender, adaptar e processar as suas experiências de vida, adquirindo um valor terapêutico comunicativo significativo (Hockenberry et al., 2019).

6. APRECIÇÃO DA NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS

Segundo Virginia Henderson, existem 14 necessidades humanas fundamentais sendo o enfermeiro responsável por assistir o indivíduo a cumprir essas atividades contribuindo para a sua saúde ou sua recuperação, de forma a que este retome a sua independência o mais rapidamente possível (Henderson, 1964).

Segundo Henderson estas atividades correspondem e de acordo com a avaliação realizada:

1. RESPIRAR NORMALMENTE

A S. apresenta uma respiração predominantemente abdominal, regular com cerca de 22 ciclos por minuto com expansão simétrica do tórax e sem sinais de dificuldade respiratória. <u>Atividade não comprometida.</u>

2. BEBER E COMER ADEQUADAMENTE

A S. antes da cirurgia apresentava uma dieta onívora, com ingestão adequada de calorias para a sua atividade e faixa etária. Pelas 21h do dia 9/10/2022 a S. inicia jejum que cumpriu até cerca das 12:40h do dia 10/10/2022 quando inicia prova de tolerância oral, primeiramente com solução de reidratação e progredindo na dieta com ingestão de gelatina e gelado. Após a cirurgia, a ingestão alimentar da S. encontra-se comprometida a uma dieta líquida fria considerando-se assim esta <u>atividade comprometida.</u>

**3. ELIMINAR RESÍDUOS
ORGÂNICOS**

A S. completou o desfralde, realiza todas as micções e dejeções na casa de banho com a ajuda dos pais. Enquanto permaneceu internada não apresentou dejeção. Apresentou uma micção de cor amarelada, sem sedimento, ao que os pais referem ser o seu padrão habitual. Atividade não comprometida.

**4. MOVIMENTAR-SE E
MANTER UMA POSTURA
ADEQUADA**

A S. é capaz de se auto posicionar. Enquanto esteve no serviço adotou várias posições de forma autónoma, necessitando apenas de ajuda dos pais para subir ou descer da cama em segurança. Após a cirurgia realizou levante sem intercorrências e deambulou pelo quarto. Atividade não comprometida.

5. DORMIR E DESCANSAR

A mãe da S. refere que esta dorme toda a noite, um sono aparentemente tranquilo e reparador. Durante o dia já não realiza sestas. No internamento esta atividade não pode ser avaliada. Atividade não comprometida.

6. VESTIR-SE E DESPIR-SE

A S. é capaz de se despir sozinha, na preparação para a ida ao bloco foi necessário retirar toda a roupa e colocar uma bata. A S. removeu toda a sua roupa sozinha necessitando de ajuda apenas para vestir a bata. Em casa, a mãe da S. refere que esta se encontra numa fase em que quer fazer tudo sozinha e a mãe apenas auxilia a S. a vestir-se com roupas mais apertadas ou que apresentem fechos ou botões. Atividade não comprometida

**7. MANTER TEMPERATURA
CORPORAL AJUSTADA**

A S. manteve-se sempre apirética no decorrer do internamento, sem necessidade de medidas de arrefecimento ou aquecimento. A sua temperatura oscilou entre os 36,4°C e os 36,8°C. Atividade não comprometida.

8. HIGIENE

A S. necessita de ajuda na realização da sua higiene oral bem como para tomar banho e lavar adequadamente todas as partes do seu corpo. Atividade comprometida.

9. EVITAR PERIGOS

A S. reconhece alguns dos perigos relacionados ao seu meio envolvente como por exemplo o perigo de cair, sempre que é necessário subir ou descer da cama a S. pedia ajuda ou aos pais ou ao enfermeiro. Quando não se encontram perto da S. os pais estão sensibilizados que têm de manter as grades da cama elevadas e a cama num nível próximo ao chão de modo a evitar quedas. Na escala de *humpty dumpty* a S. apresenta um *score*= 9 antes da cirurgia, o que corresponde a um baixo risco de queda e um *score* = 13 após a cirurgia, o que corresponde a um alto risco de queda.

A cirurgia da S. pode implicar a presença de dor e desconforto.

Atividade comprometida.

10. COMUNICAR

A S. compreende tudo o que lhe é dito, consegue comunicar e expressar-se quer através de linguagem verbal como linguagem não verbal com os pais e com os profissionais de saúde. Muito comunicativa e carinhosa, olhar atento e direcionado. Após a cirurgia a S. mantém-se comunicativa e ativa. Atividade não comprometida.

11. RELIGIÃO

A família da S. é ateuista. Atividade não comprometida.

12. TRABALHAR

A S. frequenta o infantário perto da sua área de residência. Durante as duas semanas pós cirurgia tem indicação para permanecer em casa. Atividade comprometida.

**13. ATIVIDADES
RECREATIVAS**

A S. gosta de ver desenhos animados, nomeadamente a patrulha pata. Gosta de brincar com a irmã jogo imaginativo e "faz de conta". Após a cirurgia a S. encontrava-se ativa e brincou com os pais através do jogo "faz de conta". Atividade não comprometida.

**14. APRENDER, DESCOBRIR,
SATISFAZER A CURIOSIDADE**

A S. é uma criança alegre, ativa que gosta de explorar o mundo ao seu redor. No hospital, foi questionando para que serviam os materiais utilizados e quem eram

as diferentes pessoas com quem interagia. A mãe da S. refere que em casa a S. ajuda nas tarefas domésticas como por a mesa, tirar a loiça da máquina e estender a roupa, relaciona-se com os colegas no infantário e brinca com eles nas diferentes atividades que o infantário proporciona.

No internamento esta atividade encontra-se comprometida.

7. PLANO DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
Risco de dor	Dor ausente	- Monitorizar dor no local da cirurgia e local de inserção de dispositivo (CVP); - Administrar medicação (analgésico – Paracetamol e Ibuprofeno); - Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão da dor;	A S. experienciou vários momentos potencialmente dolorosos. Nos vários momentos foram adotadas medidas preventivas e minimizadoras para gerir e controlar a dor nomeadamente: - Colocação de cateter venoso periférico: realizado controlo da dor com anestésico tópico e medidas de distração na qual resultou uma experiência indolor. Dor antes/durante/após procedimento = 0 na escala de FLACC. Após a realização da cirurgia foi administrada terapêutica analgésica fixa de forma preventiva, com efeito. A S. não verbalizou ou apresentou sinais de dor ou desconforto.
Risco de <i>stress</i> da família	Stress diminuído	- Avaliar stress da família; - Facilitar capacidade para comunicar sentimentos; - Providenciar orientação antecipada à família;	A S. e o seu pai e mãe encontravam-se aparentemente calmos e tranquilos durante todo o decorrer do internamento. Esclareceram dúvidas relativamente à cirurgia e ao período

			pós-operatório de forma a prever possíveis complicações. A mãe e o pai da S. dirigiram-se à S. adotando uma atitude calma e tranquila, responderam de forma sincera às questões colocadas pela S. e observaram-se várias demonstrações de afeto entre os elementos da família.
Risco de Infecção	Infecção ausente	- Manipular cateter venoso com técnica asséptica; - Vigiar local de inserção do cateter venoso; - Otimizar cateter venoso periférico; - Vigiar ferida cirúrgica; - Monitorizar sinais e sintomas de infecção;	A S. apresenta um cateter periférico no dorso da mão esquerda para veículo terapêutico. No decorrer do internamento foi otimizado e salinizado aquando da sua colocação e após a cirurgia. O local de inserção não apresentava sinais inflamatórios. Não se verificou a presença de sinais inflamatórios na orofaringe (local de intervenção cirúrgica).
Risco de processo hemorrágico	Hemorragia ausente	- Avaliar conhecimento sobre cuidado à ferida cirúrgica; - Vigiar hemorragia no local da cirurgia; - Monitorizar sinais vitais; - Ensinar sobre cuidados e cicatrização da ferida; - Ensinar sobre a gestão da dor;	A S. nega queixas álgicas. No decorrer do pós-operatório, e até à alta, não apresentou hemorragia ativa. Manteve-se hemodinamicamente estável, com sinais vitais adequados à idade. Realizados ensinós pós-operatórios e esclarecidas dúvidas dos pais.
Risco de queda	Sem episódios de queda	- Avaliar risco de queda; - Avaliar o ambiente;	A S. antes da cirurgia apresentava um <i>score</i> = 9, o que corresponde a um baixo risco de queda e após a cirurgia

		- Ensinar a família sobre prevenção de quedas; - Implementar medidas de segurança;	foi reavaliado risco de queda com <i>score</i> = 13, o que corresponde a um alto risco de queda. Adotadas medidas preventivas de quedas nomeadamente: cama no nível mais próximo do chão e grades da cama elevadas.
Risco de baixa ingestão nutricional	Ingestão nutricional adequada	- Avaliar risco nutricional; - Avaliar ingestão adequada de alimentos; - Avaliar glicémia capilar; - Incentivar ingestão de líquidos frios; - Incentivar ingestão de alimentos moles ou pastosos frios; - Monitorizar dor; - Administrar medicação (analgésico – Paracetamol e Ibuprofeno); - Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão da dor;	A S. ficou em jejum desde as 21h do dia 9/10/2022 (dia anterior à cirurgia) até cerca das 12:40h do dia 10/10/2022, inicialmente ingeriu solução de reidratação progredindo para gelados e gelatinas com tolerância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arambula, A., Brown, J. R., & Neff, L. (2021). Anatomy and physiology of the palatine tonsils, adenoids, and lingual tonsils. *World Journal of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery*, 7, 155–160. <https://doi.org/10.1016/j.wjorl.2021.04.003>
- Caníço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E., & Carvalho, A. (2010). Novos tipos de família: plano de cuidados. Em *Novos tipos de família: plano de cuidados*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-0196-0>
- Cheng, A. G. (2022). *Distúrbios da adenoide - Distúrbios do ouvido, nariz e garganta - Manuais MSD*. <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/dist%C3%BArbios-do-ouvido,-nariz-e-garganta/dist%C3%BArbios-ouais-e-far%C3%ADngeos/dist%C3%BArbios-da-adenoide>
- Conlon, P. (2019). The Child With Respiratory Dysfunction. Em M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (11ª). Elsevier .
- Erikson, E. (1963). *Childhood and Society*. W.W. Norton & Company, Inc.
- Henderson, V. (1964). The Nature of Nursing. *The American Journal of Nursing*, 64(8), 62–68.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11ª). Elsevier .
- Jensen, D. R. (2021). *Pharmacologic management of post-tonsillectomy pain in children*. <https://doi.org/10.1016/j.wjorl.2021.03.004>
- Mitchell, R. B., Archer, S. M., Ishman, S. L., Rosenfeld, R. M., Coles, S., Finestone, S. A., Friedman, N. R., Giordano, T., Hildrew, D. M., Kim, T. W., Lloyd, R. M., Parikh, S. R., Shulman, S. T., Walner, D. L., Walsh, S. A., & Nnacheta, L. C. (2019). Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Children (Update). *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 160, S1–S42. <https://doi.org/10.1177/0194599818801757>

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros .
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume II*. Ordem dos Enfermeiros .

Papalia, D. E., & Martorell, G. (2021). *Experience human development* (14^a). McGraw-Hill Education.

Piaget, J. (2013). *A psicologia da inteligência*. Editora vozes .

Randall, D. A. (2020). Current indications for tonsillectomy and adenoidectomy. *JABFM*, 33(6). <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.06.200038>

Soleymanifard, F., Khademolhoseyni, S. M. ohamad, & Nouri, J. M. okhtari. (2015). Nursing process in post tonsillectomy pain diagnosis: a systematic review. *Global journal of health science*, 7(1), 180–187. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n1p180>

Yoon, A., Abdelwahab, M., Bockow, R., Vakili, A., Lovell, K., Chang, I., Ganguly, R., Yung-Chuan Liu, S., Kushida, C., & Hong, C. (2022). Impact of rapid palatal expansion on the size of adenoids and tonsils in children. *Sleep Medicine*, 92, 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.02.011>

APÊNDICE VII – Formação em serviço “Pais como parceiros na
gestão da dor aguda da criança”



1



2

1 INTRODUÇÃO

OBJETIVOS

- **GERAL** - Sensibilizar os enfermeiros para a importância de estabelecer uma relação de parceria com os pais na gestão da dor da criança
- **ESPECÍFICOS**
 - Identificar as estratégias farmacológicas e não farmacológicas mais utilizadas
 - Explicitar a importância da parceria de cuidados na gestão da dor da criança
 - Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados à família na gestão da dor no serviço de urgência



3

3

2 CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

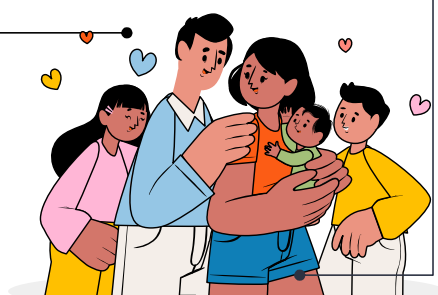
Colaboradores

Colaboração entre a criança/jovem, família e equipa multidisciplinar

(Hockenberry & Wilson, 2019; Pinto et al., 2010)

Pacientes e famílias são colaboradores essenciais para qualidade e segurança dos cuidados de saúde

(Institute for Patient- and Family-Centered Care, n.d.)



Princípios:

- Dignidade e respeito;
- Partilha de informação;
- Participação;
- Colaboração.

(Institute for Patient- and Family-Centered Care, n.d.)



4

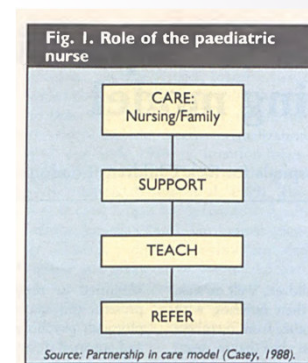
4

3 PARCERIA DE CUIDADOS

A relação criança/pais é única;

Os pais podem ser cuidadores muito eficazes no ambiente hospitalar;

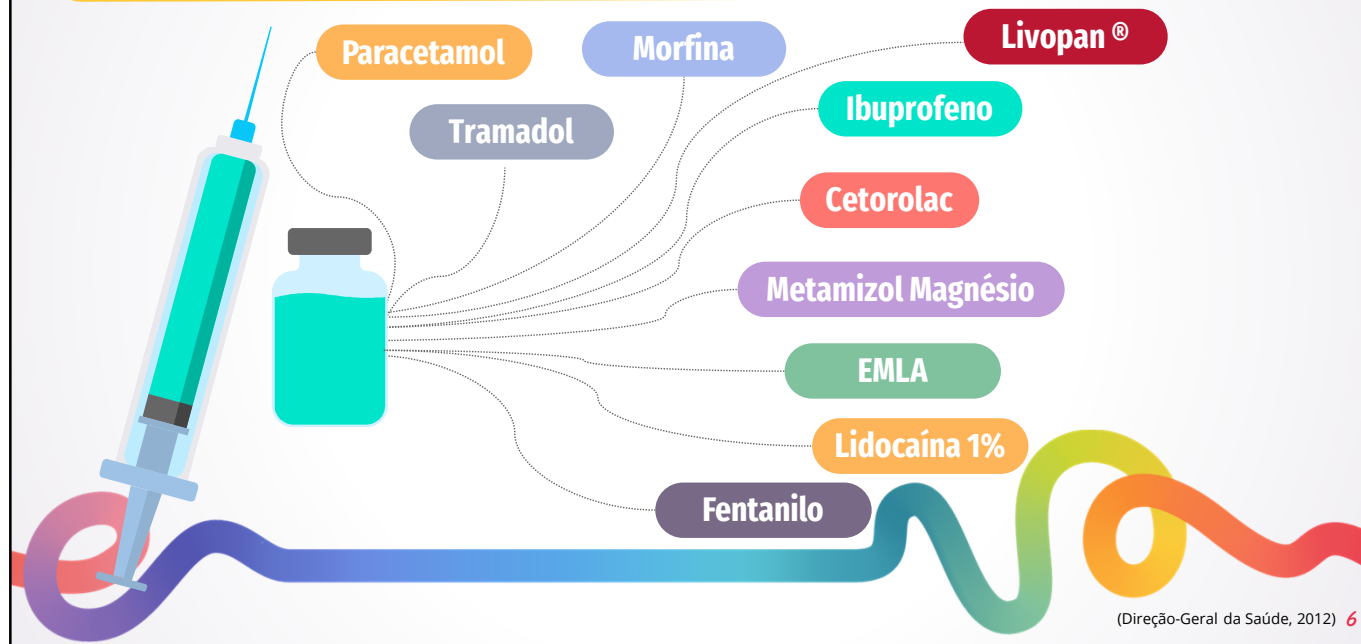
A parceria no modelo de cuidado é flexível e utiliza conceitos fundamentais do cuidado pediátrico na sua estrutura;



(Farrell, 1992)

5

4 INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS



(Direção-Geral da Saúde, 2012) 6

6

5 ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

COMPORTAMENTAIS

- Distração comportamental
- Relaxamento muscular
- Reforço positivo

COGNITIVAS

- Relaxamento
- Informação antecipatória
- Distração
- Reforço positivo
- Imaginação guiada
- Simulação ou modelação
- Hipnose

COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

- Distração
- Modelagem e ensaio
- Imagem guiada

(Batalha, 2010; Hockenberry et al., 2019)

7

7

5 ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

FÍSICAS

- Calor
- Frio
- Massagem
- Posicionamento
- Estimulação elétrica transcutânea

SUPORTE EMOCIONAL

- Presença
- Toque
- Conforto

AMBIENTAIS

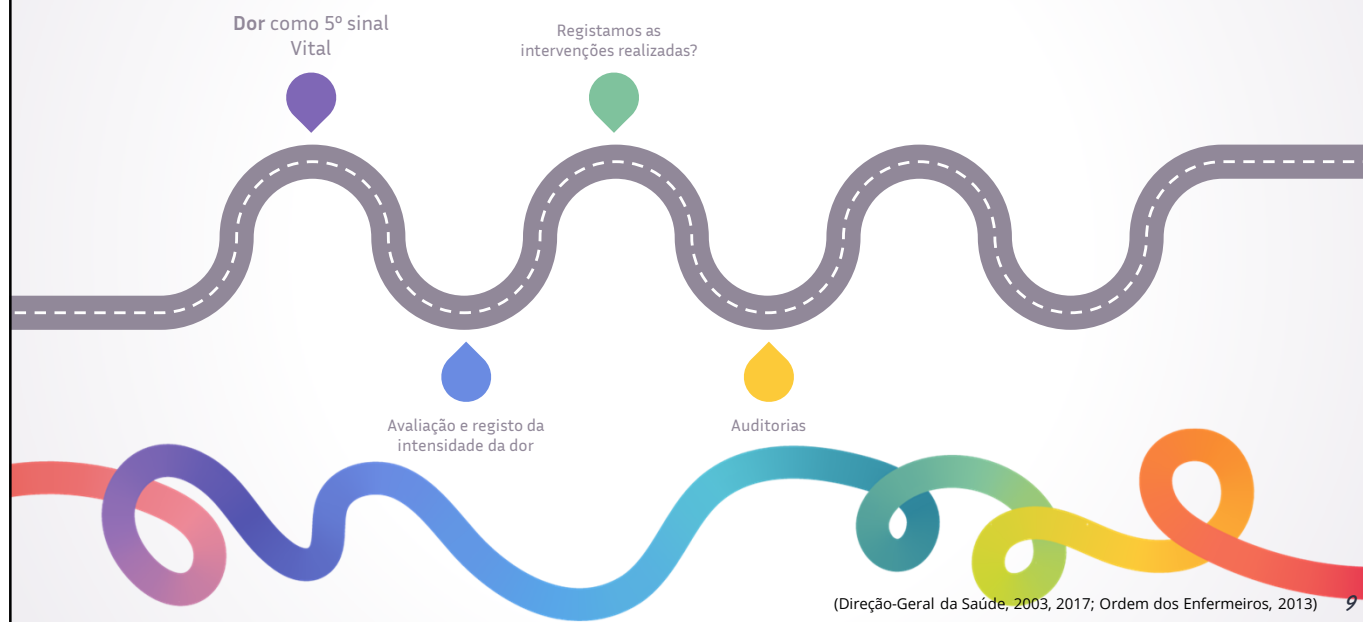
- Temperatura
- Luz
- Ruído
- Mobiliário
- Decoração

(Batalha, 2010; Hockenberry et al., 2019)

8

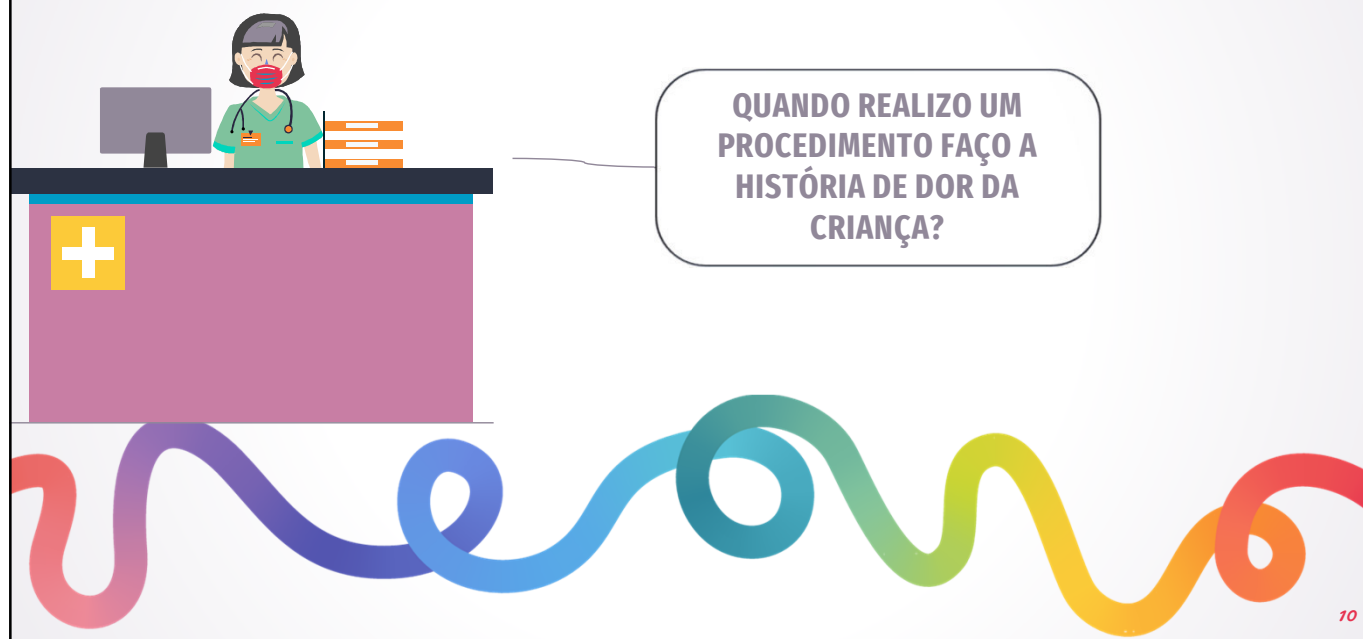
8

6 REGISTOS DE ENFERMAGEM



9

7 DISCUSSÃO



10

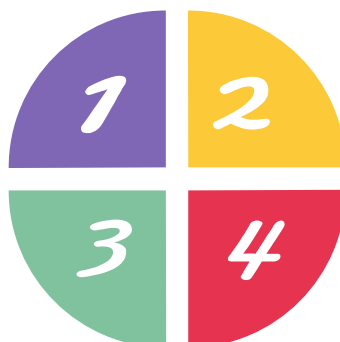
8 CONCLUSÃO

Cuidados centrados na família

- Pilar dos cuidados pediátricos

Os pais são os melhores cuidadores dos seus filhos

Parceria de cuidados no âmbito da gestão da dor



Estratégias Farmacológicas e não farmacológicas

Em associação revelam ser eficazes em situações potencialmente dolorosas

Importante registar as intervenções realizadas no âmbito do controlo da dor

Registrar

Referências Bibliográficas

Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria - Compreender para Mudar*. LIDEL.

Direção-Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*.

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Prevencao_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf

Farrell, M. (1992). Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 1(4), 175–176. <https://doi.org/https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175>

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11ª). Elsevier

Institute for Patient- and Family-Centered Care. (n.d.). *Patient- and Family- Centered Care Defined*. Retrieved July 24, 2022, from <https://www.ipfcc.org/bestpractices/sustainable-partnerships/background/pfcc-defined.html>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas do Controlo da Dor na Criança. In *Cadernos OE* (Issue 6).

Pinto, J., Ribeiro, C., Pettengil, M., & Balieiro, M. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 132–135. <https://www.scielo.br/j/reben/a/nvbLHsC6jircC9KrdMgYLRc/?format=pdf&lang=pt>

APÊNDICE VIII – Plano de sessão formativa “Pais como
parceiros na gestão da dor aguda da criança”

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
especialização Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Plano de Sessão de Formação: Pais como parceiros na
gestão da dor aguda da criança**

Nádia Alagoinha Francisco, nº5657

**Lisboa,
novembro 2022**

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
especialização Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Plano de Sessão de Formação: Pais como parceiros na
gestão da dor aguda da criança**

Nádia Alagoinha Francisco, nº5657

Professora Orientadora:
Profª Doutora Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues

**Lisboa,
novembro 2022**



ÍNDICE

<i>Introdução</i>	<i>3</i>
<i>1. Justificação da sessão de formação</i>	<i>4</i>
<i>1.1. Caracterização do contexto</i>	<i>6</i>
<i>2. Estruturação da sessão de formação</i>	<i>7</i>
<i>2.1. Plano de Sessão</i>	<i>8</i>
<i>3. Avaliação da sessão de formação.....</i>	<i>10</i>
<i>4. Referências bibliográficas</i>	<i>11</i>
Apêndice I – Avaliação dos formandos	
Apêndice II – Avaliação da sessão de formação	
Apêndice III – Apresentação em PowerPoint da Sessão de Formação	

INTRODUÇÃO

No seguimento do estágio a decorrer na urgência de pediatria do [REDACTED], inserido na unidade curricular de Estágio com Relatório do 13º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, foi realizada uma sessão sensibilização denominada: “Pais como parceiros na gestão da dor da criança”.

O objetivo geral desta sessão é sensibilizar os enfermeiros para a importância de estabelecer uma relação de parceria com os pais na gestão da dor da criança, pretendendo-se deste modo contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem às famílias que recorrem à Urgência Pediátrica [REDACTED].

Este documento constitui o plano de sessão de formação que inclui, a justificação da sessão de formação, com a respetiva caracterização do contexto, o diagnóstico das necessidades formativas do serviço e a estruturação da sessão de formação, onde se inclui o plano de formação. Por fim, é ilustrada a ficha de avaliação da sessão de formação, apresentada aos formandos, seguida da conclusão e das referências bibliográficas mobilizadas para a concretização desta atividade.

1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A International Association for the Study of Pain (IASP) (2020) define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a atual ou potencial dano de tecidos.

Segundo a Direção-Geral de Saúde (2010), nos serviços de saúde os procedimentos são a causa mais frequente de dor na criança, sendo esta acompanhada de medo e ansiedade. O medo e ansiedade influenciam negativamente a dor percebida pelas crianças, constituindo um foco de atenção por parte dos profissionais de saúde nomeadamente através da utilização de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas. Estas técnicas permitem eficazmente reduzir a dor e ansiedade geradas pelos procedimentos invasivos (Direção-Geral da Saúde, 2010).

A dor corresponde a uma das causas mais comuns pelas quais as crianças recorrem ao serviço de urgência, sendo que o mais frequente é que as crianças sofram de uma dor resultante de uma doença. No entanto, a dor também pode ser resultante dos procedimentos dolorosos inerentes ao tratamento da criança, como por exemplo a punção venosa. (Abouzida et al., 2020; Lee et al., 2014).

O controlo da dor depende da sua avaliação e reavaliação, constituindo uma prioridade e um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças (Direção-Geral da Saúde, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014).

A hospitalização representa, muitas vezes, a primeira crise experienciadas pelas crianças. As crianças mais jovens são as mais vulneráveis aos efeitos da crise despoletada pela hospitalização e doença (Hockenberry & Wilson, 2014). Um dos principais stressores associados à hospitalização é a ansiedade de separação, sendo que “um objetivo principal de enfermagem deve ser prevenir a separação (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 1036). No contexto pediátrico, os cuidados de enfermagem prestados não têm em conta apenas a criança, neste contexto está inerente a díade criança e sua família. A família apresenta-se como determinante para suprir as necessidades da criança/jovem, sendo

por isso indispensável o respeito pela sua opinião e consentimento nas decisões clínicas e cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Para determinar o grau de envolvimento dos pais/família é necessário estabelecer uma comunicação em que haja partilha de conhecimentos, sendo as intervenções de enfermagem dirigidas para capacitar os pais/família a desenvolverem competências de gestão adequadas aos cuidados aos seus filhos. Esta relação estabelecida deve ter por base um paradigma integrativo e holístico, apoiada pela premissa de que a família, nomeadamente os pais, são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Não obstante, e apesar de ser reconhecida a importância do envolvimento dos pais no processo de tomada de decisão relativo à avaliação e ao alívio da dor das suas crianças, alguns estudos apontam para uma lacuna na implementação destas orientações. Um estudo realizado por Abouzida et al., (2020) constatou que apenas em 8% dos casos houve uma colaboração entre a equipa de enfermagem, as crianças e os pais, no planeamento das necessidades do tratamento da dor na criança. Embora, neste estudo, a presença dos pais tenha sido permitida, verificou-se uma lacuna na colaboração dos enfermeiros com os pais e as crianças no planeamento do tratamento analgésico, tendo em conta os seus objetivos e prioridades (Abouzida et al., 2020).

Também Vasey et al. (2019) no estudo que desenvolveram referem que o envolvimento dos pais no planeamento das necessidades de tratamento da dor dos seus filhos não é uma prática consistente. Os achados destes estudos não vão de encontro aos pressupostos dos cuidados centrados na família que está adjacente à “filosofia de cuidados de enfermagem pediátrica” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 4).

Apesar de ser reconhecida a importância do estabelecimento de uma parceria de cuidados entre os enfermeiros, pais e crianças, os pais ainda não estão consideravelmente envolvidos na gestão da dor de seus filhos (Abouzida et al., 2020). É necessário a criação de programas educativos que enfatizem a importância do papel dos pais na redução do stress e níveis de dor da criança durante a realização de procedimentos dolorosos (Abouzida et al., 2020; Matziou et al., 2013).

No seguimento do referido, importa referir que, início do presente ano de 2022 foi realizado o levantamento das necessidades dos profissionais em exercício no serviço, sendo a temática da dor, nomeadamente as medidas farmacológicas e não farmacológicas um dos temas levantados pelos pares como necessidade de formação.

Antes da realização da formação efetuou-se um questionário, aos profissionais em exercício no serviço, sobre a necessidade de ação formativa sobre o estabelecimento de parceria com os pais na gestão da dor.

1.1. Caracterização do contexto

O atendimento urgente pediátrico que se encontra localizado no piso 0, foi inaugurado em 2009, e é constituído por 2 gabinetes médicos, 1 sala de observações com 3 postos de observação e 1 posto de emergência, 1 sala de tratamentos que integra o posto de enfermagem e 2 postos e o posto de triagem.

Atualmente, equipa de enfermagem de enfermagem é constituída por 6 enfermeiros a tempo integral e 7 enfermeiros a tempo parcial totalizando 13 enfermeiros. Em cada turno estão escalados 2 enfermeiros.

A idade dos enfermeiros está entre os 26-38, em que a maioria dos enfermeiros são enfermeiros de cuidados gerais.

2. ESTRUTURAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Para estruturar a sessão de formação é necessário definir objetivos orientadores indicadores das capacidades que os formandos devem adquirir depois de concluída a aprendizagem (Diogo & Vieira, 2006). Para esta formação foi definido o seguinte objetivo geral:

- Sensibilizar os enfermeiros para a importância de estabelecer uma relação de parceria com os pais na gestão da dor da criança.

Os objetivos específicos correspondem aos resultados a atingir com o conteúdo da formação (Diogo & Vieira, 2006), foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Apresentar as estratégias farmacológicas e não farmacológicas mais utilizadas na gestão/ controlo;
- Explicitar a importância da parceria de cuidados na gestão da dor da criança;
- Contribuir para a uniformização dos cuidados de enfermagem prestados à família na gestão da dor no serviço de urgência.

O planeamento desta sessão de formação tem como base os recursos físicos, materiais e humanos já existentes na instituição, pelo que não existe um encargo financeiro para a realização desta sessão.

A sessão está repartida em 4 fases: introdução, desenvolvimento, discussão e avaliação.

Na introdução, com duração de cerca de 15 minutos, é realizada a apresentação do formador e dos formandos, uma nota introdutória sobre o tema utilizando o método expositivo, este método consiste na exposição de informação e conteúdos através da oralidade (Gouveia et al., 2017). Os recursos a utilizar serão o computador, o projetor e o powerpoint.

No desenvolvimento, com duração aproximada de 60 minutos, serão transmitidos os conteúdos temáticos através do método expositivo e recorrendo aos recursos referidos anteriormente.

Na discussão será utilizada a metodologia de discussão orientada associada ao *brainstorming*. O método de discussão orientada permite uma aprendizagem ativa em que os formandos participam, discutindo os temas com uma maior profundidade e partilhando os diferentes pontos de vista e experiências, o *brainstorming* é um método de solução de problemas, estimula o pensamento crítico e desenvolve o conhecimento e experiência de todos os formandos (Baptista, 2007). Esta etapa terá uma duração de 30 minutos.

Após a discussão é realizada a conclusão do trabalho, onde é feita uma síntese dos conteúdos com os pontos-chave a reter e com uma duração prevista de 10 minutos.

Por fim será realizada a avaliação da sessão de formação através de um questionário (Apêndice II) com duração total de 40 minutos.

2.1. Plano de Sessão

Tema: “Pais como parceiros na gestão da dor da criança”

Local: Sala de conferências – [REDACTED]

Data: 15-12-2022

Hora: 16h

Objetivo geral: Sensibilizar os enfermeiros para a importância de estabelecer uma relação de parceria com os pais na gestão da dor da criança.

Objetivos específicos: Apresentar as estratégias farmacológicas e não farmacológicas mais utilizadas; explicitar a importância da parceria de cuidados na gestão da dor da criança; Contribuir para a uniformização dos cuidados de enfermagem prestados à família na gestão da dor no serviço de urgência.

ETAPAS	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	- Apresentação dos formandos e formador - Apresentação dos objetivos da sessão	Expositivo	Sala de conferências Computador PowerPoint Projetor	15 min
DESENVOLVIMENTO	- Cuidados centrados na família; - Parceria de cuidados; - Intervenções farmacológicas para o controlo da dor - Estratégias não farmacológicas para o controlo da dor; - Registos de Enfermagem.	Expositivo	Sala de conferências Computador PowerPoint Projetor	60 min
DISCUSSÃO	- Implicações da parceria de cuidados na gestão da dor da criança no dia-a-dia da prática clínica.	Discussão Orientada <i>Brainstorming</i>	Sala de conferências Computador PowerPoint Projetor	30 min
CONCLUSÃO	- Síntese dos conteúdos e pontos-chave a reter	Expositivo	Sala de conferências Computador PowerPoint Projetor	5 min
AVALIAÇÃO	- Avaliação dos formandos - Avaliação da formação	Método Interrogativo Questionário	Sala de conferências Computador PowerPoint Projetor	30 min

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A avaliação dos formandos será feita através de um questionário sobre os conteúdos abordados e que se encontra no apêndice I.

A avaliação da sessão de formação será realizada através de um questionário que se encontra no apêndice II.

A sessão de formação decorreu no dia 15-12-2022, na qual estavam presentes 10 formandos, em que 3 são EEESIP e teve uma duração total de 2 horas.

Após a aplicação do questionário de avaliação da sessão de formação (apêndice II) é possível aferir que:

- 7 formandos concordaram totalmente com todos os itens em avaliação no questionário;
- 1 formando concorda que as suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas e concorda totalmente com os restantes itens em avaliação;
- 2 formandos concordam que a formação foi útil para a sua atividade profissional e concordam totalmente com os restantes itens em avaliação;
- Nenhum dos formandos apresentou sugestões de melhoria ou pontos fracos;
- Como pontos fortes surgem: conteúdo apelativo, apresentação clara, disponibilidade para partilha de ideias e opiniões em equipa.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abouzida, S., Bourgault, P., & Lafrenaye, S. (2020). Observation of Emergency Room Nurses Managing Pediatric Pain: Care to Be Given... Care Given.... *Pain Management Nursing*, 21(6), 488–494. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.002>
- Baptista, F. (2007). *Métodos, Técnicas Pedagógicas e Suportes Didáticos em Contexto Real de Trabalho*. DeltaConsultores e Perfil.
- Diogo, R., & Vieira, J. (2006). *GUIA METODOLÓGICO* (Vol. 1).
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- Gouveia, J., Oliveira, A., Machado, C., Rodrigues, C., & Miranda, C. (2017). 2. Métodos Pedagógicos. In *Métodos, Técnicas e Jogos Pedagógicos* (pp. 26–50). Expoente. https://elearning.iefp.pt/pluginfile.php/48095/mod_resource/content/0/2_Metodos_Pedagogicos.pdf
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª, Vol. 1 e 2). Lusociência .
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2020, July 16). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>
- Lee, G. Y., Yamada, J., Kyololo, O., Shorkey, A., & Stevens, B. (2014). Pediatric clinical practice guidelines for acute procedural pain: A systematic review. *Pediatrics*, 133(3), 500–515. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2744>
- Matziou, V., Chrysostomou, A., & Perdikaris, E. (2013). Parental presence and distraction during painful childhood procedures. *British Journal of Nursing* , 22(8), 470–475.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*.

Vasey, J., Smith, J., Kirshbaum, M. N., & Chirema, K. (2019). Tokenism or true partnership: Parental involvement in a child's acute pain care. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9–10), 1491–1505. <https://doi.org/10.1111/jocn.14747>

APÊNDICE I – **Avaliação dos formandos**

1- Enumere 2 estratégias farmacológicas para o controlo da dor

1: _____

2: _____

2- Enumere 3 medidas não farmacológicas para o controlo da dor

1: _____

2: _____

3: _____

3- Assinale as afirmações corretas:

☐ Os pais são os melhores cuidadores para os filhos;

☐ Os pais não devem participar na tomada de decisão sobre a gestão da dor dos seus filhos;

☐ As medidas farmacológicas associadas às medidas não farmacológicas revelam ser eficazes no controlo da dor aguda em crianças

☐ Sempre que possível, devem ser utilizadas escalas de autoavaliação para avaliar a dor na criança.

4- Quais as dificuldades sentidas no estabelecimento de uma relação de parceria com os pais no controlo da dor das crianças?

APÊNDICE II – **Avaliação da sessão de formação**

TÍTULO DA FORMAÇÃO	
FORMADOR	
DATA	

Por favor, responda às seguintes questões sobre a sessão de formação de forma mais sincera possível. Assinale a resposta que considere mais adequada:

1. QUESTÕES RELATIVAS À FORMAÇÃO

	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NEUTRO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE
1.1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas					
1.2. A formação foi útil para a sua atividade profissional					
1.3. Os objetivos da formação foram cumpridos					
1.4. Esta formação permitiu a aquisição/consolidação de conhecimentos relativos ao tema abordado					

2. QUESTÕES RELATIVAS ÀO FORMADOR

	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NEUTRO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE
2.1. O Formador foi pontual					
2.2. O Formador foi assíduo					
2.3. Os objetivos da formação foram cumpridos					
2.4. O Formador utilizou métodos e atividades pedagógicas adequadas					
2.5. O Formador foi claro a transmitir a informação					
2.6. O formador estava receptivo às questões colocadas					
2.7. O Formador domina os conteúdos abordados					

3. QUESTÕES RELATIVAS AO AMBIENTE E MATERIAIS

	MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	INDIFERENTE	INSATISFEITO	MUITO INSATISFEITO
3.1. Condições da sala de formação					
3.2. Qualidade dos meios audiovisuais					

4. Na sua opinião, quais os pontos fortes e os pontos fracos desta formação?

5. Sugestões de melhoria

APÊNDICE III – **Apresentação em PowerPoint da Sessão de Formação**



1



2

1 INTRODUÇÃO

OBJETIVOS

- **GERAL** - Sensibilizar os enfermeiros para a importância de estabelecer uma relação de parceria com os pais na gestão da dor da criança
- **ESPECÍFICOS**
 - Identificar as estratégias farmacológicas e não farmacológicas mais utilizadas
 - Explicitar a importância da parceria de cuidados na gestão da dor da criança
 - Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados à família na gestão da dor no serviço de urgência

3

3

2 CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

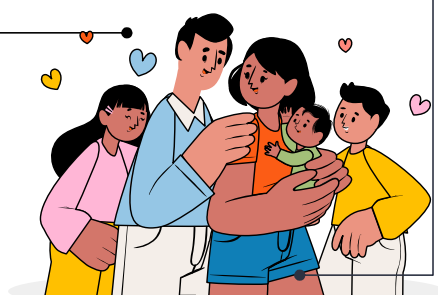
Colaboradores

Colaboração entre a criança/jovem, família e equipa multidisciplinar

(Hockenberry & Wilson, 2019; Pinto et al., 2010)

Pacientes e famílias são colaboradores essenciais para qualidade e segurança dos cuidados de saúde

(Institute for Patient- and Family-Centered Care, n.d.)



Princípios:

- Dignidade e respeito;
- Partilha de informação;
- Participação;
- Colaboração.

(Institute for Patient- and Family-Centered Care, n.d.)

4

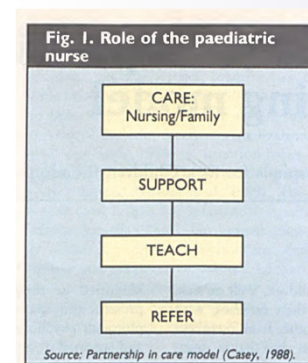
4

3 PARCERIA DE CUIDADOS

A relação criança/pais é única;

Os pais podem ser cuidadores muito eficazes no ambiente hospitalar;

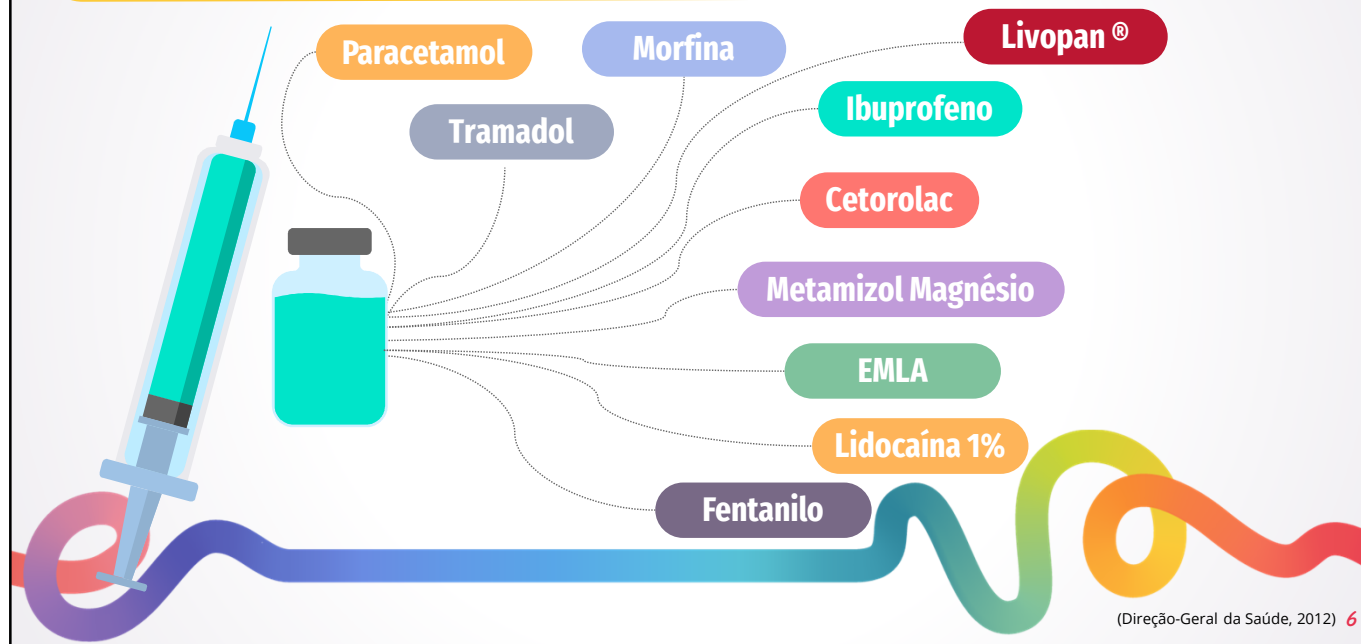
A parceria no modelo de cuidado é flexível e utiliza conceitos fundamentais do cuidado pediátrico na sua estrutura;



(Farrell, 1992)

5

4 INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS



(Direção-Geral da Saúde, 2012) 6

6

5 ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

COMPORTAMENTAIS

- Distração comportamental
- Relaxamento muscular
- Reforço positivo

COGNITIVAS

- Relaxamento
- Informação antecipatória
- Distração
- Reforço positivo
- Imaginação guiada
- Simulação ou modelação
- Hipnose

COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

- Distração
- Modelagem e ensaio
- Imagem guiada

(Batalha, 2010; Hockenberry et al., 2019)

7

7

5 ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

FÍSICAS

- Calor
- Frio
- Massagem
- Posicionamento
- Estimulação elétrica transcutânea

SUPORTE EMOCIONAL

- Presença
- Toque
- Conforto

AMBIENTAIS

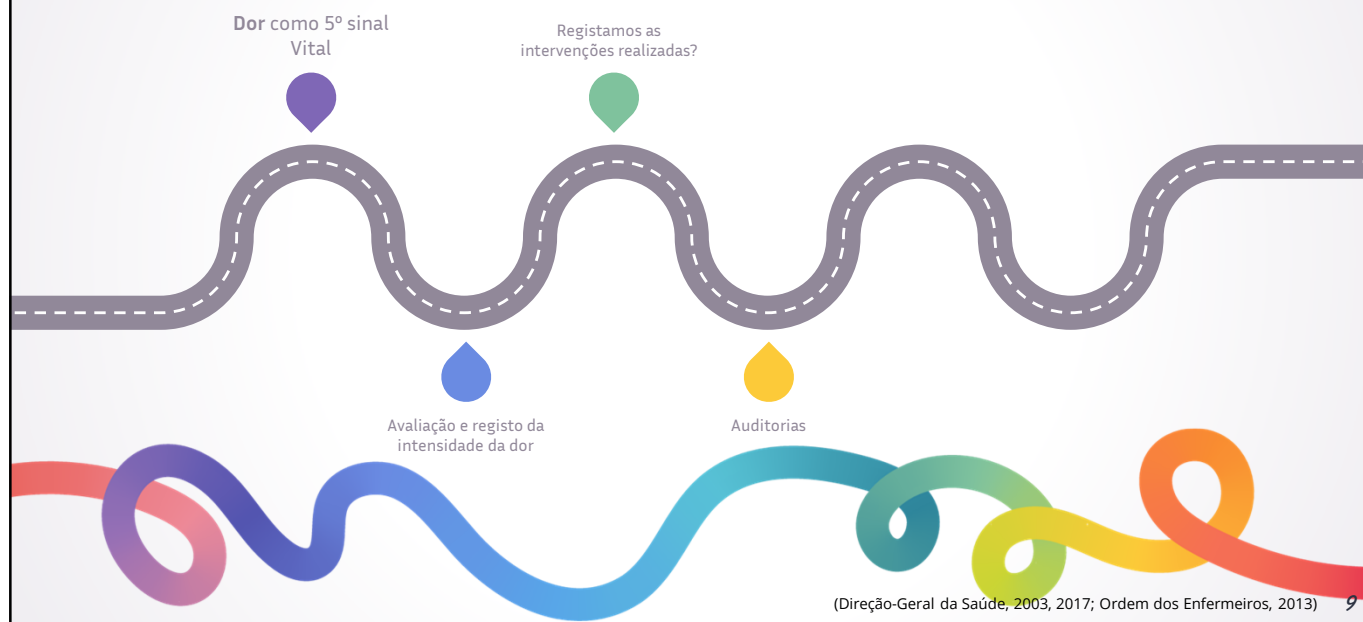
- Temperatura
- Luz
- Ruído
- Mobiliário
- Decoração

(Batalha, 2010; Hockenberry et al., 2019)

8

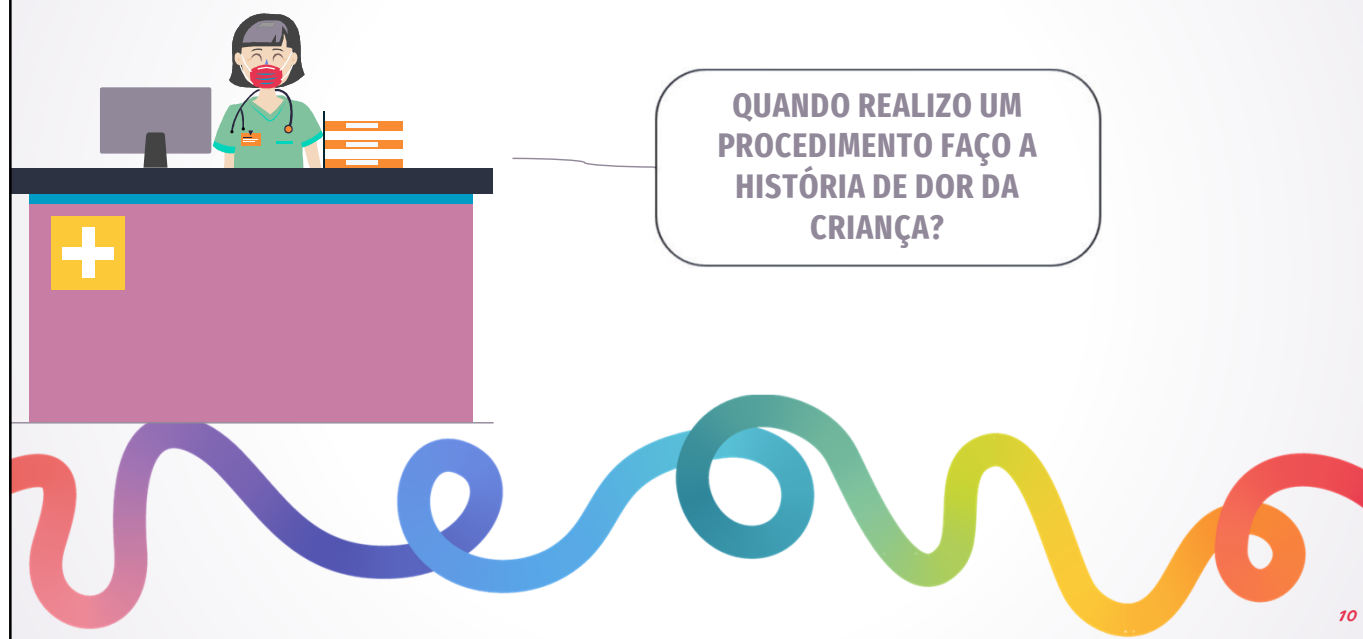
8

6 REGISTOS DE ENFERMAGEM



9

7 DISCUSSÃO



10

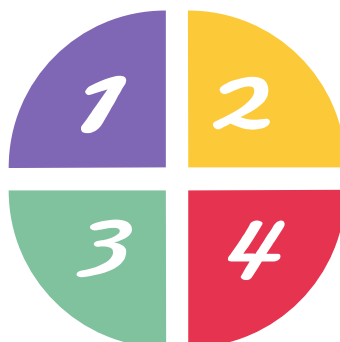
8 CONCLUSÃO

Cuidados centrados na família

- Pilar dos cuidados pediátricos

Os pais são os melhores cuidadores dos seus filhos

Parceria de cuidados no âmbito da gestão da dor



Estratégias Farmacológicas e não farmacológicas

Em associação revelam ser eficazes em situações potencialmente dolorosas

Importante registar as intervenções realizadas no âmbito do controlo da dor

Registrar

Referências Bibliográficas

Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria - Compreender para Mudar*. LIDEL.

Direção-Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*.

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Prevencao_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf

Farrell, M. (1992). Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 1(4), 175–176. <https://doi.org/https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175>

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11ª). Elsevier

Institute for Patient- and Family-Centered Care. (n.d.). *Patient- and Family- Centered Care Defined*. Retrieved July 24, 2022, from <https://www.ipfcc.org/bestpractices/sustainable-partnerships/background/pfcc-defined.html>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas do Controlo da Dor na Criança. In *Cadernos OE* (Issue 6).

Pinto, J., Ribeiro, C., Pettengil, M., & Balieiro, M. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 132–135. <https://www.scielo.br/j/reben/a/nvbLHsC6jircC9KrdMgYLRc/?format=pdf&lang=pt>

APÊNDICE IX – Folheto informativo “Como aliviar a dor do
meu filho?”

Como posso ajudar a aliviar a dor do meu filho?

Princípios Gerais

- Utilizar uma voz calma e tranquila;
- Não mentir (Ex: evitar dizer que não irá doer);
- Não ameaçar a criança com procedimentos doloroso (Ex.: se te portas mal levas uma pica, se gritas a mãe vai-se embora);
- **EVITAR** a utilização de termos como:
 - Foco no procedimento: "Pica", "dói", "picada", "injeção";
 - Frases empáticas ou pedir desculpa: "Desculpa teres de passar por isto", "eu sei que dói mas tem de ser";
 - Humilhar: "Pareces um bebé"; "os meninos crescidos não choram";
- **SER** honesto, ajudar a criança a fazer perguntas e exprimir os seus sentimentos;
- Ajudar, incentivar e envolver a criança no controlo da sua dor;
- Dar **FEEDBACK POSITIVO** - as crianças gostam de ser recompensadas e elogiadas pelo seu esforço, evitar o suborno (recompensa antes do procedimento);

Estratégias Não Farmacológicas

RECÉM-NASCIDO

- Presença parental;
- Medidas físicas: contenção, colo, contacto pele a pele, massagem, posicionamento adequado;
- Medidas orais: amamentação, sucção não nutritiva, sacarose 24%
- Medidas ambientais: evitar ambientes ruidosos e de muita luminosidade,
- Agrupar os períodos de manipulação, promovendo períodos de repouso e sono prolongados;

PRÉ-ESCOLAR

- Presença parental;
- Brinquedos e brincadeira lúdica
- Técnicas de **DISTRAÇÃO** : contar histórias, cantar, bolas de sabão, desenhar e pintar
- Preparação para o procedimento;
- Técnicas de **RELAXAMENTO** (falar em voz baixa, ouvir música, relaxamento criativo: bater palmas, jogo da mão morta)

ESCOLAR

- Brinquedos e brincadeira lúdica
- Técnicas de **DISTRAÇÃO** : música, jogos, vídeos/televisão, histórias, desenhos e pinturas, aplicação de frio ou calor
- Preparação para o procedimento;
- Técnicas de **RELAXAMENTO** (Ex.: respiração lenta, leitura, massagem);
- Modelação/Ensaio comportamental

ADOLESCENTE

- Técnicas de relaxamento (Ex.: Respiração lenta, utilização de amuleto);
- Técnicas de **DISTRAÇÃO** : música, ler, desenhos e pinturas, aplicação de frio ou calor, conversar
- Preparação para o procedimento;
- Utilização do humor;



Referências Bibliográficas

COMO ALIVIAR

a Dor

DO MEU FILHO?



Nas **crianças**, os episódios de dor aguda são frequentes: quer seja pela administração de vacinas, traumatismos ou feridas, doenças ou pela realização de procedimentos invasivos, inerentes à hospitalização.

A **dor** pode ter repercussões a nível físico, mental e emocional. Quando não é devidamente tratada, pode provocar o aumento do stress e ansiedade, influenciando o processo de recuperação e experiências futuras.

A aplicação de estratégias **NÃO FARMACOLÓGICAS** é um recurso eficaz para o alívio da dor, podendo estas ser utilizadas de forma isolada ou associadas a estratégias farmacológicas.

Como sei se o meu filho tem dor?

CARETAS

- Sobrancelhas franzidas;
- Lábios contraídos;
- Queixo franzido/trémulo;

CORPO

- Agitação;
- Extremidades tensas;
- Gritos/gemidos;
- Inconsolável

SONO

- Agitado;
- Acorda com frequência;

Recém-nascido



1-3 anos

"Idade do grito"



VOCALIZAÇÕES

- Utiliza "Ai" ou "Dói" para expressar dor;
- Grita;

CORPO

- Protege a zona que lhe dói;
- Expressões faciais que indicam dor;
- Choro;
- Agressividade;
- Ansiedade;

- Têm medo de agulhas e de procedimentos médicos;
- Capaz de expressar a dor;
- Acreditam na dor como punição;
- Medo do dano corporal;
- Não conseguem fazer distinção entre a fantasia e o real;

3-6 anos

Pensamento mágico



Idade escolar



- Capazes de descrever a dor
- Necessita de que lhe sejam explicados os procedimentos e intervenções;
- Associam a dor à sua causa
- Expressam-se através da imobilização e da rigidez corporal, podem adotar uma posição fetal e protegem a área dolorosa

Adolescente

- Podem ter vergonha de expor comportamentos de dor;
- Necessidade de manter o controlo da situação e auto-estima;
- Podem apresentar alterações no padrão do sono;
- Ficam zangados, irritados, tristes ou agressivos;
- Beneficiam com o ensino de técnicas de controlo da dor;
- Rapidamente se sentem abandonados ou deprimidos;



REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde. (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_nos_recem_nascidos_0_a_28_dias_.pdf

Erdogan, B., & Aytekin Ozdemir, A. (2021). The Effect of Three Different Methods on Venipuncture Pain and Anxiety in Children: Distraction Cards, Virtual Reality, and Buzzy® (Randomized Controlled Trial). *Journal of Pediatric Nursing*, 58, e54–e62. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.01.001>

Kahsay, H. (2017). Assessment and treatment of pain in pediatric patients. *Current Pediatric Research*, 21(1), 148–157. www.currentpediatrics.com

Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marote, L., & Amorim, R. (2018). Desenhos da Minha Dor. Em Clara Abadesso (Ed.), *CMAJ* (Número 13). Associação portuguesa para o Estudo da Dor - APED. https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas do Controlo da Dor na Criança. Em *Cadernos OE* (Número 6).

Santos, S. (2018). Dor crónica em Pediatria - orientações para os profissionais de saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 49(2), 167–177. <https://doi.org/10.21069/app.2018.13014>

Silva, R., Pereira, N., & Pereira, P. (sem data). Abordagem e tratamento da dor aguda na criança: abordagem e tratamento. Em *APMGF - Grupo de Estudos de Dor*. Obtido 25 de Agosto de 2023, de <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2022/09/FOLHETO-Dor-aguda-na-crianca-digital.pdf>

APÊNDICE X – Grupo de trabalho e de investigação da dor em
Pediatria

Proposta de Grupo de Trabalho e Investigação da Dor em Pediatria



Elaborado por:

Enf. [REDACTED] (Mestre em Enfermagem; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Responsável do serviço de atendimento pediátrico permanente).

Enf.^a N [REDACTED] (Enfermeira; Estudante do Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria Enfermeira).

Aprovação

P [REDACTED]

(Enfermeiro Diretor)

Conteúdo

INTRODUÇÃO	4
1. OBJETIVO	5
1.1. OBJETIVO GERAL.....	5
1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
2. GRUPO DE TRABALHO	5
3. ORGANIZAÇÃO GERAL DO TRABALHO	6
4. CONSIDERAÇÕES.....	7
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	8

INTRODUÇÃO

A dor corresponde a uma das causas mais comuns pelas quais as crianças recorrem ao serviço de urgência, normalmente relacionada com uma doença (como por exemplo: infeções, feridas, trauma, etc) (Moutte et al., 2015).

No entanto, a dor também pode ser resultante dos procedimentos dolorosos inerentes ao tratamento da criança, como por exemplo a punção venosa. (Abouzida et al., 2020; Lee et al., 2014). A dor não tratada pode implicar consequências negativas nas crianças quer a curto, como a longo prazo, podendo estas consequências ser de carácter físico e/ou psicológico (Abouzida et al., 2020; Eull, 2023).

Deste modo, a prevenção e controlo da dor resultante dos atos de diagnóstico e terapêutica é particularmente importante (Oliveira et al., 2018).

O controlo da dor depende da sua avaliação e reavaliação, constituindo um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças (Direção-Geral da Saúde, 2010).

Na prática, verifica-se que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, reconhecem a importância da avaliação e gestão da dor na criança, no entanto, a dor na criança permanece subavaliada e com uma gestão ineficaz (Eull, 2023; Kahsay, 2017; Martin et al., 2019; Treiman-Kiveste et al., 2022).

Tendo em conta o supracitado e no seguimento da melhoria da qualidade de cuidados no âmbito da dor, no departamento de Pediatria, propõe-se a criação de um grupo de trabalho denominado: Grupo de Trabalho e Investigação da Dor em Pediatria.

1. OBJETIVO

1.1.OBJETIVO GERAL

Implementar um grupo de trabalho e investigação da dor em pediatria no [REDACTED] – Unidades [REDACTED].

1.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementação da utilização de práticas baseadas na evidência científica atualizada e pertinente para a prevenção, avaliação e tratamento da dor em contexto pediátrico;
- Realização e atualização de normas e protocolos;
- Realização de formação no âmbito da prevenção e controlo da dor em pediatria;
- Elaboração de produção científica no âmbito da dor em pediatria;
- Auditar o processo de avaliação e gestão da dor em pediatria;
- Divulgar o trabalho realizado através dos meios de comunicação institucionais.

2. GRUPO DE TRABALHO

O Grupo de trabalho será constituídos pelos seguintes elementos:

Enf. J [REDACTED] (Mestre em Enfermagem; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Responsável do serviço de atendimento pediátrico permanente) – Coordenação.

Enf.^a N [REDACTED] (Enfermeira; Estudante do Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria Enfermeira) - Coordenação

Enf.^a S [REDACTED] (Mestre em Enfermagem; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria).

Enf.^a I [REDACTED] (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria).

Enf.^a C [REDACTED] (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria).

- **Colaboradores:**

Enfermeiro Diretor [REDACTED] (Diretor Enfermagem [REDACTED]).

Enfermeira P [REDACTED] (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Responsável do serviço de Internamento pediátrico/UCIN/Consulta externa de pediatria).

Doutora A [REDACTED] (Departamento de Formação do [REDACTED])

3. ORGANIZAÇÃO GERAL DO TRABALHO

Propomos:

- Reuniões Trimestrais para trabalho (1ª Segunda-feira dos meses de agosto, novembro, fevereiro, maio) das 14h às 18h (ou horário a definir após primeira reunião com o grupo; contabilizado tempo de trabalho);
- Formato das reuniões presencial (eventualmente formato online a ser considerado pelos elementos da coordenação);
- Na primeira reunião do grupo serão definidas as funções de cada elemento do grupo e distribuição de tarefas;
- Realizar ata das reuniões e dar conhecimento ao Enfermeiro Diretor das mesmas;
- Apresentação de relatório de trabalho anual;
- Elaboração de artigo para revista institucional em cada edição;
- Desenvolver formação entre pares por dois momentos ao longo do ano;
- Desenvolver uma campanha de prevenção/comemorativa (anual) no âmbito da dor em pediatria;
- Elaboração de um artigo científico por ano;
- Apresentar uma proposta de melhoria da qualidade do processo de gestão da dor nos cuidados de enfermagem.
- Agregar os elementos colaborativos sempre que seja pertinente a participação dos mesmos nas reuniões de trabalho ou atividades a desenvolver.

4. CONSIDERAÇÕES

A implementação de um grupo de trabalho dedicado à gestão da dor em pediatria emerge como um passo crucial na promoção do bem-estar das crianças hospitalizadas. Ao reconhecer a dor como um componente intrínseco ao processo de recuperação e bem-estar das crianças, não só permite uma abordagem mais ampla e eficaz da dor, mas também potencializa o envolvimento ativo dos pais no cuidado aos seus filhos. Este grupo pretende atuar como um catalisador para a sensibilização e aprimoramento das práticas clínicas, promovendo um cuidado mais holístico e personalizado às necessidades da criança e dos pais e por sua vez contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de saúde através da partilha de conhecimentos, desenvolvimento de protocolos de atuação e sensibilização de toda a equipa multidisciplinar.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Abouzida, S., Bourgault, P., & Lafrenaye, S. (2020). Observation of Emergency Room Nurses Managing Pediatric Pain: Care to Be Given... Care Given.... *Pain Management Nursing*, 21(6), 488–494. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.002>
2. Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
3. Eull, D. (2023). Transforming acute pain management in children: A concept analysis to develop a new model of nurse, child and parent partnership. *J Clin Nurs*, 00, 1–11. <https://doi.org/10.1111/jocn.16625>
4. International Association for the Study of Pain (IASP). (2020, July 16). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>
5. Kahsay, H. (2017). Assessment and treatment of pain in pediatric patients. *Current Pediatric Research*, 21(1), 148–157. www.currentpediatrics.com
6. Lee, G. Y., Yamada, J., Kyololo, O., Shorkey, A., & Stevens, B. (2014). Pediatric clinical practice guidelines for acute procedural pain: A systematic review. *Pediatrics*, 133(3), 500–515. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2744>
7. Martin, S. P., Maxtin, M., Smalling, K., & Park, S. (2019). Pain Assessment and Management in Children. In *Wong's nursing care of infants and children* (11^a, pp. 137–168). Elsevier.
8. Moutte, S. D., Brudvik, C., & Morken, T. (2015). Physicians' use of pain scale and treatment procedures among children and youth in emergency primary care - a cross sectional study. *BMC Emergency Medicine*, 15(33). <https://doi.org/10.1186/s12873-015-0059-9>
9. Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marote, L., & Amorim, R. (2018). Desenhos da Minha Dor. In Clara Abadesso (Ed.), *CMAJ* (Issue 13). Associação portuguesa para o Estudo da Dor - APED. https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf
10. Treiman-Kiveste, A., Pölkki, T., Kalda, R., & Kangasniemi, M. (2022). Nurses' perceptions of infants' procedural pain assessment and alleviation with non-pharmacological methods in Estonia. *Journal of Pediatric Nursing*, 62, e156–e163. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.09.006>

APÊNDICE XI – Reflexão “Oportunidades de parceria com os pais na gestão da dor aguda da criança”

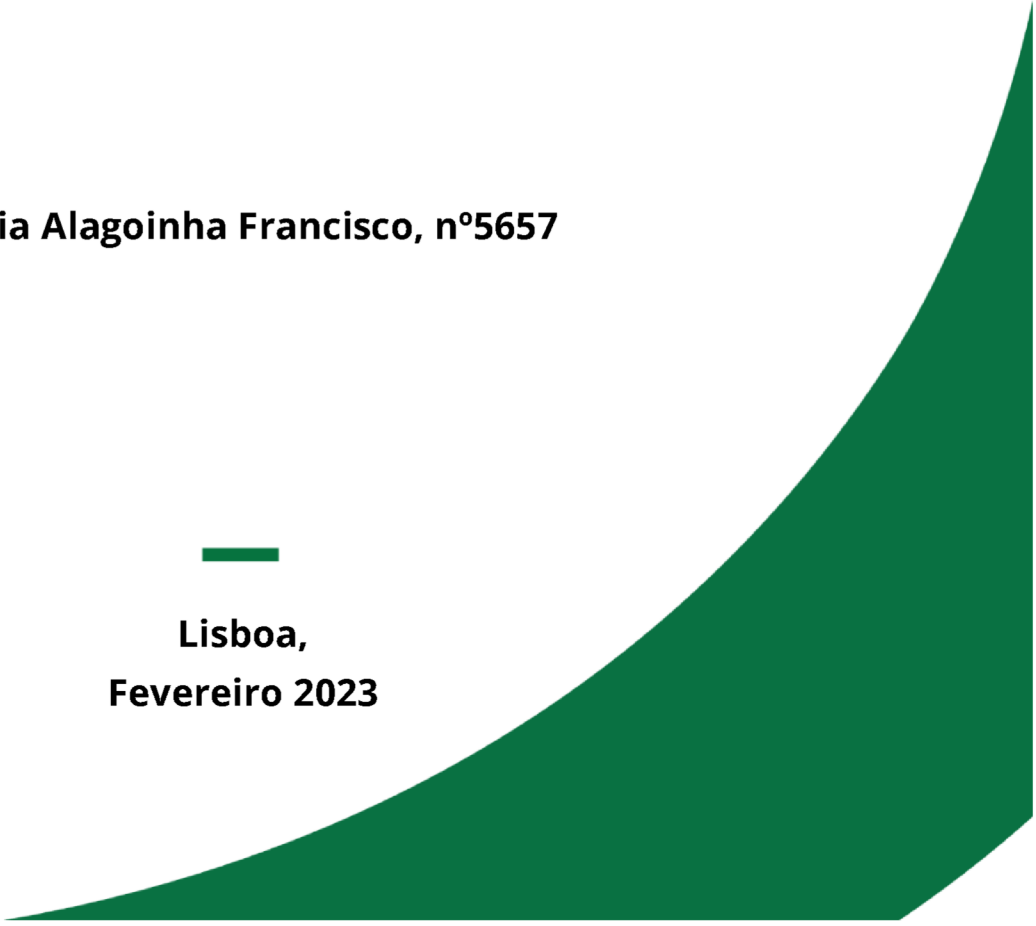
**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
especialização Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Reflexão: Oportunidades de parceria com os pais na
gestão da dor aguda da criança**

Nádia Alagoinha Francisco, nº5657

**Lisboa,
Fevereiro 2023**

A large, solid green decorative shape that starts as a thin line on the left and curves upwards and to the right, filling the bottom right corner of the page.

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
especialização Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

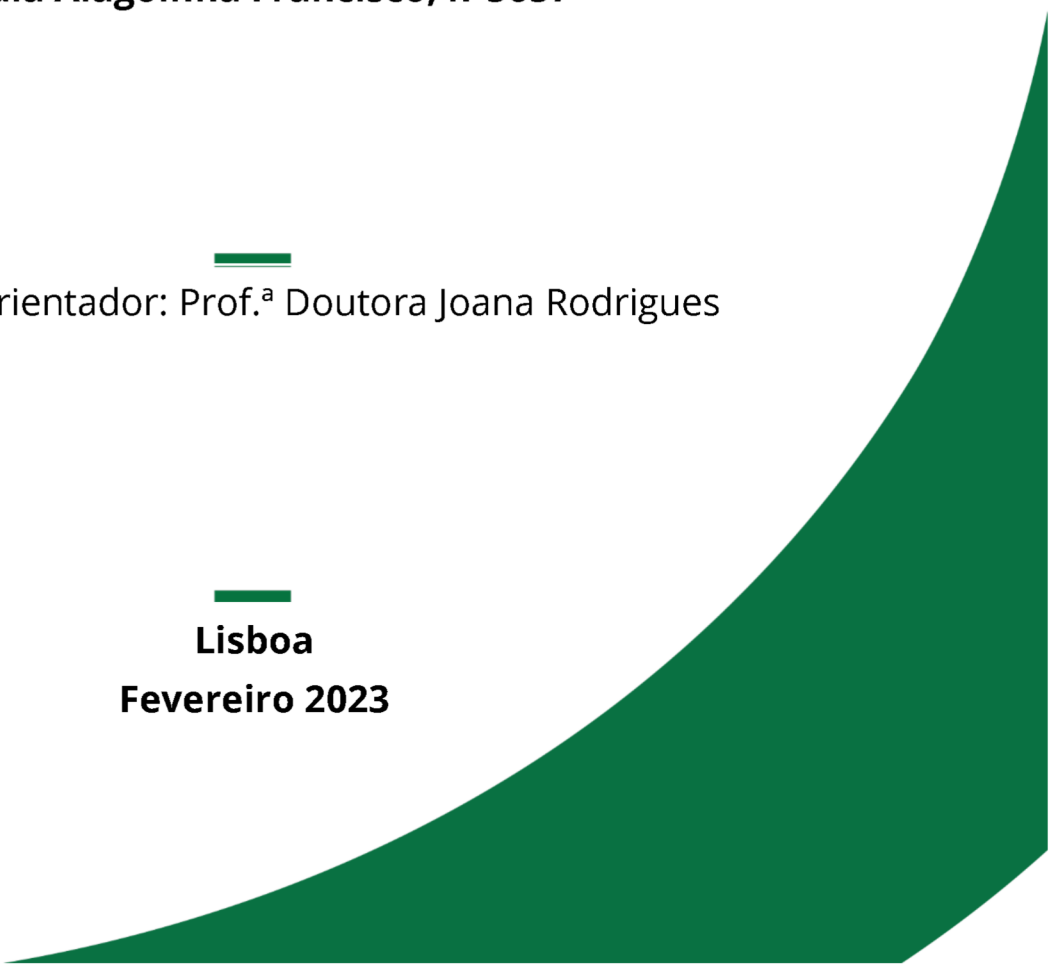
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Reflexão: Oportunidades de parceria com os pais na
gestão da dor aguda da criança**

Nádia Alagoinha Francisco, nº5657

Professor Orientador: Prof.^a Doutora Joana Rodrigues

**Lisboa
Fevereiro 2023**



ÍNDICE

<i>INTRODUÇÃO</i>	<i>3</i>
<i>REFLEXÃO CRÍTICA.....</i>	<i>5</i>
<i>CONCLUSÃO</i>	<i>11</i>
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	<i>11</i>

INTRODUÇÃO

A presente reflexão decorre do estágio realizado no serviço de urgência, inserido na unidade curricular Estágio com Relatório do 13º Mestrado em Enfermagem com Área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

No decorrer deste documento irei apresentar uma situação de cuidados da R. e refletir à luz da evidência atual, a importância do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica na gestão da dor aguda da criança em parceria com os pais no serviço de urgência.

Este documento encontra-se de acordo com as normas de elaboração de trabalhos escritos da ESEL (Godinho, 2023) e segue as normas de referência da APA 7ª edição (APA Style, 2021).

Na área da pediatria, os pais recorrem aos serviços de urgência para atender às necessidades de saúde dos seus filhos por uma variedade de motivos, sendo recorrentemente motivados pelo agravamento progressivo dos sintomas da criança. (Hockenberry et al., 2019). A dor emerge como o sintoma predominante, constituindo a razão subjacente em aproximadamente 80% dos casos que motivam a procura dos serviços de urgência pediátrica. Contudo, no contexto da procura do bem-estar e tratamento da condição de saúde da criança, pode surgir a necessidade de realizar procedimento invasivos potencialmente dolorosos (Abouzida et al., 2020; Brown et al., 2018), indutores de ansiedade, *stress* e medo (Erdogan & Aytekin Ozdemir, 2021).

Apesar de se constituir como um dos sintomas mais frequentes, a dor aguda em crianças hospitalizadas tende a permanecer subestimada e a ser tratada de forma ineficaz. Por sua vez, a dor tem impacto na dimensão mental, fisiológica e emocional da criança, e, quando negligenciada implica consequências negativas a curto e a longo prazo (Çelikel et al., 2019; Eull et al., 2023). A gestão adequada da dor na criança é também eficaz na redução da ansiedade e do medo subjacentes, (Çelikel et al., 2019) constituindo assim uma área de intervenção dos enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica (Regulamento nº 422/2018).

No entanto, aliviar eficazmente a dor em crianças durante a prestação de cuidados em serviços de urgência tem sido reconhecido como um desafio particularmente complexo (Abouzida et al., 2020), nomeadamente pelo barulho, ambiente intimidatório e não familiar que o serviço de urgência representa, como também pela dificuldade referida pelos profissionais de saúde em avaliar e identificar a dor em crianças, particularmente em crianças em idade precoce, uma vez que estas não são capazes de expressar ou confirmar a sua dor verbalmente (Treiman-Kiveste et al., 2022) nem desenvolveram competências metacognitivas necessárias para se envolverem em estratégias de autorregulação destinadas a atenuar as suas experiências dolorosas (Brown et al., 2018).

Os pais, na qualidade de cuidadores principais da criança, assumem um papel fundamental enquanto parceiros nos cuidados à criança, na medida em que possuem uma aptidão acrescida para a interpretação dos sinais de dor dos seus filhos (Brown et al., 2018). A presença parental e o seu envolvimento nos cuidados de saúde prestados podem materializar benefícios significativos, quer para a criança como para os pais, abrangendo todas as vertentes do cuidado à dor: desde a avaliação até à implementação de intervenções destinadas ao alívio da dor. Esta colaboração pode exercer um efeito positivo na experiência de dor aguda das crianças, especialmente no contexto de cuidados de urgência (Vasey et al., 2019)

REFLEXÃO CRÍTICA

A R. de 4 anos, recorreu ao serviço de urgência por febre há 5 dias, por não apresentar outra sintomatologia a mãe refere ter ficado preocupada e decidiu recorrer ao serviço de urgência. Na triagem, a R. apresentava-se aparentemente calma, sorridente e com estado geral. Estava febril (38,9°C) e o último antipirético tinha sido administrado no domicílio há cerca de 3h. Ao revelar a temperatura, a mãe demonstrou e verbalizou estar preocupada pelo facto de a R. estar a fazer febre com intervalos curtos e que não sabia como gerir eficazmente a administração dos antipiréticos. Comecei por explicar à mãe que a febre “é um mecanismo de defesa do nosso corpo e é benéfica, devemos atuar quando a febre se torna desconfortável para a criança”. Neste sentido, reforcei que, apesar de estar com febre, a R. estava sorridente e com bom estado geral, não demonstrando ou verbalizando desconforto, pelo que neste momento não seria necessário administrar medicação antipirética e que iríamos realizar avaliações recorrentes à R. e à sua temperatura. A mãe concordou com o plano proposto e aparentou ficar mais tranquila.

A R. foi de seguida chamada para ser observada pela Dr. L. que prescreveu a realização de análises ao sangue. A Dr. L. referiu que quando falou da necessidade de realizar análises ao sangue, a mãe da R. referiu preocupação pela realização da “picada” e que não sabia como a R. iria reagir porque ela nunca tinha realizado um procedimento de colheita de sangue.

Dirigi-me à R. e à mãe de modo a explicar o procedimento e quais as estratégias disponíveis para realizar um controlo da dor à R. e também compreender quais as preocupações da R. e da sua mãe, bem como perceber a história de dor da R.. A mãe referiu estar preocupada com o comportamento da R. uma vez que quando se encontra em situações potencialmente dolorosas torna-se agitada e agressiva “tenho medo que quando ela sinta a picada comece a gritar e espernear por todo o lado”. Assim, propus à mãe da R. colocarmos penso de EMLA® e realizarmos a colheita de sangue daí a 60 minutos (tempo necessário para que o penso tenha a sua ação anestésica) e nesse tempo a mãe iria preparar a R. para o procedimento evitando utilizar termos como

“picadas, agulhas, dor” e que a “enfermeira vai utilizar uma borboleta que vai cheirar o penso mágico”.

A mãe concordou com o plano delineado e propôs, enquanto esperava ir para o jardim para que a R. pudesse ver as flores e assim explicar-lhe que o braço dela é uma flor e que a abelha vai cheirar a flor de forma que ela não se assustasse com o procedimento.

Após os 60 minutos a R. e a sua mãe retornam para realizar a colheita de sangue. A R. vem à frente, sorridente e aparentemente tranquila e a mãe da R. também vem sorridente, no entanto com um ar expectante do que irá ocorrer.

Primeiro comecei por perguntar à mãe se queria estar presente ou se preferia aguardar no exterior e se queria participar no procedimento. A mãe refere que queria estar presente e ajudar a R. durante a realização do procedimento e “o que é que eu posso fazer para ajudar?”.

Expliquei à mãe que os pensos EMLA® são muito eficazes e que a R. não iria sentir qualquer tipo de dor, no entanto, ao ver o material poderia sentir-se ansiosa e stressada e que poderíamos utilizar a distração como método complementar. A mãe sugeriu a utilização do telemóvel para que a R. pudesse visualizar os seus desenhos animados favoritos propôs que a R. ficasse ao seu colo durante o procedimento. Desta forma a R. ficou sentada ao colo da mãe (costas da R. com o peito da mãe), a mãe segurou o telemóvel de forma a que a R. estivesse a olhar para o lado contrário do braço com iria ser realizado o procedimento e foi colocado um resguardo de forma a bloquear o campo de visão da R. para o procedimento.

Comecei por explicar à R. que iríamos fazer uma massagem no braço e colocar um cinto para apertar e ver os músculos ao qual a R. se riu e disse que os bonecos que ela estaria a ver no telemóvel também tinha muitos músculos. Ao preparar o local da punção a mãe da R. mostrava-se receosa, olhando diversas vezes para o local, fazendo com que a R. também desvia-se o olhar para o local do procedimento. Para acalmar a mãe e desviar a atenção das duas do procedimento, pedi à mãe que visse com a R. os desenhos animados, que lhe fizesse questões do que estava a ver e comentasse com o

ela o que estavam a ver em conjunto, o que foi eficaz, nem a R nem a sua mãe voltaram a olhar para o procedimento. Ao realizar a punção na pele a R., esta aparentou não sentir a picada da agulha e a colheita de sangue foi realizada rapidamente enquanto a R. estava distraída com a mãe a ver os seus desenhos animados no telemóvel, enquanto estas se riam do que estavam a ver. Após terminar disse “já esta” ao qual a mãe olhar para mim com um olhar “espantado” e verbaliza “já? Tão rápido? Ela nem sentiu!” ao qual eu respondi “a R. é maravilhosa, portou-se muito bem e a mãe também foi espetacular a ajudar a R.”.

Informei que o resultado das análises iria demorar cerca de 1h a 1,5h e que assim que estivessem prontas a Dr. L. iria chamar para comunicar o resultado. A R. saiu da sala de enfermagem a sorrir acompanhada pela mãe que agradeceu a atenção e o profissionalismo da equipa com a R.

De acordo com a IASP (2020), a dor é uma vivência abrangente que transcende a mera perceção sensorial, englobando, ademais, facetas de natureza emocional e cognitiva. Adicionalmente, é fundamental compreender que a dor constitui invariavelmente uma experiência subjetiva, influenciada por um conjunto complexo de fatores, nomeadamente os de índole biológica, psicológica e social.

É incontestável que o público infantil não está isento de experienciar dor, sendo capaz, inclusive, de formar memórias relacionadas a essas experiências dolorosas. Devido às peculiares características do seu desenvolvimento cognitivo, afetivo e linguístico, torna-se imperativo que a abordagem à dor em crianças seja diferenciada e adequada às suas especificidades individuais (Oliveira et al., 2018). Os cuidados não traumáticos

A experiência da dor aguda em crianças é intrinsecamente subjetiva e complexa, onde a avaliação precisa desempenha um papel de essencial importância para a eficácia do tratamento; nesse contexto, os pais assumem uma função fundamental ao participarem ativamente na identificação e na facilitação da expressão das vivências dolorosas de seus filhos. (Azak et al., 2022; Brown et al., 2018; Eull et al., 2023).

A filosofia do cuidado pediátrico, que estabeleceu o cuidado centrado na família como um pilar fundamental, preconiza o apoio e o respeito pelo envolvimento da família em todos os aspetos do cuidado de saúde da criança. Esta abordagem foi fundamentada por evidências empíricas que demonstraram uma correlação positiva e significativa entre o nível de parceria estabelecida entre enfermeiros e pais de crianças hospitalizadas e a qualidade da assistência de enfermagem pediátrica (Arabiat et al., 2018; Yoo et al., 2020). Tendo em conta o supracitado posso afirmar que os cuidados prestados à R. e à mãe foram baseados no cuidado centrado na família, respeitando as suas necessidades e as suas crenças, envolvendo a mãe e a R. nos cuidados e estabelecendo uma parceria eficaz e na qual resultaram ganhos em saúde para a díade de cuidados.

Os pais, enquanto cuidadores primários dos seus filhos, detêm um conhecimento privilegiado da criança, compreendendo as suas preferências e modos de comunicação. A sua participação ativa na gestão da dor da criança, constitui uma prática que contribui para um ambiente de cuidados caracterizado pelo controlo e segurança, mitigando a ansiedade e potenciando a eficácia dos cuidados. Neste sentido, os pais, em parceria com os enfermeiros, são competentes para intervir na identificação da dor do seu filho, seleção de estratégias para o controlo da dor e monitorização da eficácia dessas estratégias. (Brown et al., 2018; Park & Cho, 2018). A mãe da R. participou ativamente nos cuidados, sendo a cuidadora principal. Foi ela que explicou o procedimento a ser realizado, utilizando as suas estratégias e adaptando à realidade e às necessidades da sua filha. Participou ativamente na gestão da dor da R. quer seja na participação da distração da R. bem como na tomada de decisão das estratégias farmacológicas e não farmacológicas a utilizar.

Os enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica desempenham um papel crucial na prestação de cuidados à criança com dor aguda. Tendo como pilar o cuidado centrado na família, a criança e a sua família são o foco primordial de atenção do enfermeiro. O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica desenvolve cuidados de nível avançado quer a criança doente como saudável, adotando uma abordagem diferenciada na gestão da dor, o que envolve uma compreensão abrangente do bem-estar físico, psicossocial e espiritual, incluindo uma abordagem apropriada às

medidas farmacológicas analgésicas e a utilização dos seus conhecimentos e habilidades em estratégias não farmacológicas (Eull et al., 2023; Regulamento nº 422/2018) . Os enfermeiros devem fomentar uma partilha de informações transparente e honesta, assistindo os pais e a criança na tomada de decisões esclarecidas e informadas (Park & Cho, 2018), com base no princípio do respeito e mantendo uma sensibilidade às necessidades do binómio criança-família. Desta forma, os pais podem desempenhar os eficazmente o seu papel enquanto cuidadores principais da criança e, simultaneamente, garantir a autonomia dos pais nas decisões relativas ao plano de cuidados de saúde da sua criança (Yoo et al., 2020). Foi neste sentido que tentei direccionar a minha prática, ao disponibilizar informação pertinente e baseada na evidencia científica, adequado ao estágio de desenvolvimento da R., foi possível traçar um plano de cuidados em parceria com a mãe da R. que atendeu quer às necessidades da R. como da sua mãe, permitindo a tomada de decisão consciente e orientada para o bem-estar da família, o que vai de encontro às competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica descritas: “a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento nº 422/2018).

Tendo em conta o supracitado posso afirmar que os cuidados prestados à R. e à mãe foram baseados no cuidado centrado na família, respeitando as suas necessidades e as suas crenças. Embora a parceria estabelecida com mãe da R. tenha sido fundamental no sucesso do plano de cuidados, o stress experienciado pela mãe da R. face à presença de febre e à realização de um procedimento invasivo poderia influenciar o comportamento da R.

Um dos fatores potencialmente modificáveis e que exercem influência sobre a dor consiste no comportamento parental (Brown et al., 2018). Como se pode verificar, durante a realização do procedimento, a mãe da R. estava constantemente a olhar para o local de intervenção, fazendo com que a R. também o fizesse, influenciando assim o seu comportamento e diminuindo a eficácia das estratégias não farmacológicas

aplicadas. Ao abordar de forma direta no comportamento da mãe, desencadeou-se uma resposta positiva na R., o que assegurou o êxito da intervenção.

No que concerne aos sentimentos e emoções despoletados por esta experiência posso salientar que inicialmente me senti empática com a preocupação da mãe relativamente à febre da R. Ao transmitir as informações relativamente à febre da R. tentei fazê-lo de uma forma calma e serena de forma a transmitir essas emoções à mãe e influenciá-la de forma positiva.

Por outro lado, na conjectura geral desta situação de cuidados o sentimento mais prevalente foi de confiança, utilidade e otimista uma vez que toda a situação decorreu de forma pacífica, foram atendidas as necessidades da criança e da família desde o primeiro contacto na triagem e foram prestados cuidados de saúde de qualidade e com um provável impacto positivo em eventos futuros semelhantes. Muitas vezes a triagem representa a primeira interação que os enfermeiros estabelecem com a criança e a primeira oportunidade para iniciar um contacto acolhedor. Para que tal aconteça, é necessário transmitir confiança aos pais, assegurando que são recebidos com cordialidade e simultaneamente demonstrando disposição para incondicional para satisfazer as suas necessidades (Diogo et al., 2015)

CONCLUSÃO

Em suma, realça-se a significativa importância da filosofia do cuidado centrado na família no âmbito da abordagem à dor em pediatria e na prestação de cuidados de enfermagem. As intervenções delineadas promoveram uma parceria eficaz entre o enfermeiro, a criança e a mãe, demonstrando um compromisso fundamental com o bem-estar da criança e a satisfação da família relativamente aos cuidados de enfermagem prestados.

A comunicação empática utilizada na capacitação parental para a gestão e controlo da febre e disponibilidade demonstrada por parte da enfermeira teve um impacto positivo na redução das preocupações parentais e por consequência uma maior disponibilidade e receptividade, por parte da mãe, para desenvolver uma parceria de cuidados.

A associação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, como o penso anestésico e a distração proporcionada pelo entretenimento digital, respetivamente, demonstraram ser abordagens eficazes para manter a criança tranquila durante o procedimento. A mãe desempenhou um papel ativo, manifestando preocupação e colaboração ao longo de todo o processo.

Esta abordagem, fundamentada no cuidado centrado na família, não só proporcionou conforto à criança, como também promoveu a participação ativa dos pais no tratamento da dor e na tomada de decisões informadas. A colaboração efetiva entre a equipa de saúde, a criança e a família revelou-se fundamental para a qualidade dos cuidados prestados, em consonância com as diretrizes de cuidados pediátricos centrados na família.

Importa salientar que a experiência da dor em crianças é multifacetada, influenciada por fatores emocionais, cognitivos e sociais, requerendo, por conseguinte, uma abordagem sensível e personalizada. A capacidade de adaptar as estratégias de cuidado às necessidades individuais da criança e da família assume-se como um aspeto fulcral para garantir uma experiência eficaz e humanizada no âmbito dos cuidados de Enfermagem pediátricos.

Em última análise, a parceria estabelecida neste caso ilustra não apenas a aplicação bem-sucedida do cuidado centrado na família no contexto pediátrico, mas também sublinha a importância crucial de uma comunicação eficaz, empatia e colaboração ativa entre enfermeiro, criança e família para garantir cuidados de saúde verdadeiramente holísticos e humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abouzida, S., Bourgault, P., & Lafrenaye, S. (2020). Observation of Emergency Room Nurses Managing Pediatric Pain: Care to Be Given... Care Given.... *Pain Management Nursing*, 21(6), 488–494. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.03.002>
- APA Style. (2021). American Psychological Association. <https://apastyle.apa.org/>
- Arabiat, D., Whitehead, L., Foster, M., Shields, L., & Harris, L. (2018). Parents' experiences of Family Centred Care practices. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 39–44. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.012>
- Azak, M., Aksucu, G., & Çağlar, S. (2022). The Effect of Parental Presence on Pain Levels of Children During Invasive Procedures: A Systematic Review. Em *Pain Management Nursing* (Vol. 23, Número 5, pp. 682–688). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.03.011>
- Brown, E. A., De Young, A., Kimble, R., & Kenardy, J. (2018). Review of a Parent's Influence on Pediatric Procedural Distress and Recovery. Em *Clinical Child and Family Psychology Review* (Vol. 21, Número 2, pp. 224–245). Springer New York LLC. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0252-3>
- Çelikel, Ş., Büyük, E., & Yıldızlar, O. (2019). Children's Pain, Fear, and Anxiety During Invasive Procedures. *Nursing Science Quarterly*, 32(3), 226–232. <https://doi.org/10.1177/0894318419845391>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43–51.
- Erdogan, B., & Aytekin Ozdemir, A. (2021). The Effect of Three Different Methods on Venipuncture Pain and Anxiety in Children: Distraction Cards, Virtual Reality, and Buzzy® (Randomized Controlled Trial). *Journal of Pediatric Nursing*, 58, e54–e62. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.01.001>

- Eull, D., Looman, W., & O'Conner, S. (2023). Transforming acute pain management in children: A concept analysis to develop a new model of nurse, child and parent partnership. *Journal of Clinical Nursing*, 00, 1–11. <https://doi.org/10.1111/jocn.16625>
- Godinho, N. (2023). Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Em *Centro de documentação e Biblioteca da ESEL*. ESEL.
https://www.esel.pt/sites/default/files/Trabalhos_escritos_Publicar_28deze2022.pdf
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11^a). Elsevier .
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2020, Julho 16). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marote, L., & Amorim, R. (2018). Desenhos da Minha Dor. Em Clara Abadesso (Ed.), *CMAJ* (Número 13). Associação Portuguesa para o Estudo da Dor - APED.
https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf
- Park, E. S., & Cho, I. Y. (2018). Shared decision-making in the paediatric field: a literature review and concept analysis. Em *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (Vol. 32, Número 2, pp. 478–489). Blackwell Publishing Ltd.
<https://doi.org/10.1111/scs.12496>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.
- Treiman-Kiveste, A., Pölkki, T., Kalda, R., & Kangasniemi, M. (2022). Nurses' perceptions of infants' procedural pain assessment and alleviation with non-pharmacological

methods in Estonia. *Journal of Pediatric Nursing*, 62, e156–e163.

<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.09.006>

Vasey, J., Smith, J., Kirshbaum, M. N., & Chirema, K. (2019). Tokenism or true partnership: Parental involvement in a child's acute pain care. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9–10), 1491–1505. <https://doi.org/10.1111/jocn.14747>

Yoo, S. Y., Cho, H., Kim, Y. Y., & Park, J. H. (2020). Levels of partnership between nurses and parents of hospitalized children and the quality of pediatric nursing care as perceived by nurses. *Child Health Nursing Research*, 26(1), 64–71. <https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.1.64>

APÊNDICE XII – Norma “Avaliação e gestão da dor na criança
internada na UCIN”

	NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	NP 7/I/E Data: Dez/2022	Página 1/10
ASSUNTO: Avaliação e gestão da dor na criança internada na CENTRO HOSPITALAR		ELABORADA POR: Enfª. N Enfª. Especialista N Atualizado de: Enfª. A Enfª. M Enfª. L	
DIVULGAÇÃO:			
ENTRADA EM VIGOR:			
SUBSTITUI:			
PALAVRAS-CHAVE: Dor, Recém-nascido, Pediatria, Enfermagem			

I – POLITICA E DEFINIÇÃO

A presente norma tem como foco a promoção da avaliação da dor no recém-nascido/criança internado na , de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados baseada em evidência científica pertinente e atual.

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP) (2020) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante à que é associada a um dano tecidual real ou potencial” à qual se associam seis notas principais que têm em conta a etimologia da palavra dor para um contexto mais valioso:

- A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais;
- Dor e nociceção são fenómenos diferentes. A dor não pode ser deduzida apenas pela atividade dos neurónios sensoriais;
- Os indivíduos aprendem o conceito de dor através das suas experiências de vida;
- O relato de dor de um indivíduo deve sempre ser respeitado;
- Embora a dor desempenhe um papel adaptativo, pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico;
- A descrição verbal é um dos comportamentos para expressar a dor. A incapacidade de comunicar não implica que um indivíduo ou animal não sinta dor (IASP, 2020).

A dor acompanha de uma forma transversal a maioria das situações patológicas que requerem os cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2003). É reconhecido que a dor não tratada, resultante do processo de doença e hospitalização, modificam a resposta futura à dor e tem implicações no desenvolvimento da criança a longo prazo (Bucsea & Pillai Riddell, 2019; Direção-Geral da Saúde, 2010). Estudos anteriores revelam os RN internado em UCIN são submetidos entre 7,5 a 17,3 procedimentos dolorosos por dia e que aproximadamente 70% dos procedimentos realizados na UCIN a RN são classificados como dolorosos (Bucsea & Pillai Riddell, 2019).

Tendo em conta o supracitado, é inquestionável o tratamento da dor em contexto pediátrico, constituindo um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças, sendo que o sucesso do tratamento planeado pressupõe monitorização da dor em todas as suas vertentes. (Direção-Geral da Saúde, 2003; Ordem dos Enfermeiros, 2013)

II. OBJECTIVOS

- Gerir de forma consistente e sistemática a dor do Recém-Nascido (RN)/ crianças internadas na [REDACTED];
- Uniformizar a linguagem da equipa multidisciplinar
- Minimizar as implicações da dor no neuro desenvolvimento;

III. INFORMAÇÕES GERAIS

A dor na criança apresenta características únicas que devem ser consideradas aquando da sua compreensão, avaliação e tratamento. A dor experienciada pela população pediátrica pode desencadear respostas fisiológicas, emocionais e motoras desde o nascimento (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

- **AVALIAÇÃO DA DOR**

- **Considerações gerais:**

- Utilizar escalas de avaliação da dor adequadas à faixa etária da criança, privilegiando a autoavaliação da dor (a partir dos 3 anos);
- Utilizar a mesma escala de avaliação na avaliação da dor à mesma criança (salvo se a situação da criança se alterar);
- Acreditar na dor referida pela criança;
- Dar tempo para que a criança expresse a sua dor;
- Nos casos de dor intensa, deve ser priorizado o tratamento da dor e não a sua avaliação.

- **Escalas:**

- **UCIN: EDIN**

	0	1	2	3
ROSTO	Rosto calmo	Caretas passageiras Sobranceiras franzidas/lábios contraídos/ queixo franzido/ queixo trémulo	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas	Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada
CORPO	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se	<u>Agitação permanente:</u> Crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel
SONO	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	Não adormece
INTERAÇÃO	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação
RECONFORTO	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente	Inconsolável Sucção desesperada

Tabela 1 - Adaptado de:

https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Avaliacao_da_Dor_nas_Crianças.pdf

▪ UCIP:

- FLACC: crianças com menos de 4 anos ou sem capacidade de verbalizar;

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

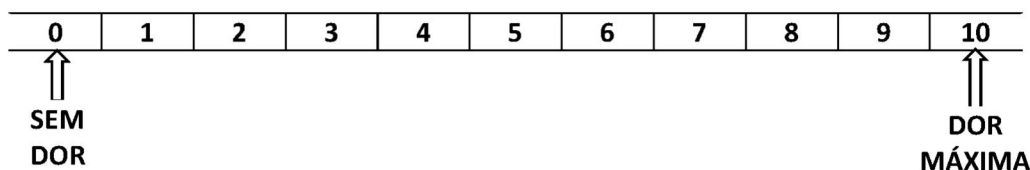
Tabela 2 - Escala de FLACC. Adaptado de:

https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Avaliacao_da_Dor_nas_Crianças.pdf

- Escala de faces de Wong-Baker: a partir dos 3 anos;

Figura 1 - Fonte: https://wongbakerfaces.org/wp-content/uploads/2021/09/FACES_Portuguese_Blue.pdf

- Escala numérica: a partir dos 6 anos.



A) Quem executa
Enfermeiro.

B) Horário

- Realizar a avaliação da dor antes, durante e após procedimentos;
- Avaliar a dor uma vez por turno e em SOS.

C) Orientações quanto à Execução

- Realizar avaliação da dor à entrada e sempre que se justificar;
- Implementar as medidas farmacológicas e não farmacológicas adequadas à dor avaliada;
- Avaliar, comunicar e registar a eficácia das medidas aplicadas.

IV. PROCEDIMENTOS

• **CONSIDERAÇÕES GERAIS:**

- Gerir os estímulos ambientais, reduzindo os níveis de ruído e de luz:
 - Fechar as portas da incubadora de forma suave;
 - Ajustar os níveis de som dos alarmes para um nível apropriado e desligá-los o mais prontamente possível.;
 - Utilizar níveis de voz adequados;
 - Evitar telefones, rádios e outros aparelhos eletrônicos próximos das incubadoras;
 - Usar coberturas de incubadora para diminuir os níveis de luz conforme o indicado para a idade de cada bebé (Direção-Geral da Saúde, 2012b; NHSGGC, 2017);
- Agrupar os cuidados e intervenções de enfermagem e limitar a manipulação do RN, respeitando os ciclos de sono-vigília (NHSGGC, 2017);
- Envolver os pais nos cuidados ao RN e incentivá-los a interagir negociando o tipo de colaboração que querem dar (NHSGGC, 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2013):
 - Contacto pele a pele/canguru;
 - Toque/massagem suave;
 - Amamentação;
- Reduzir o stress do RN através do posicionamento, contenção manual ou lençol conforme apropriado (Direção-Geral da Saúde, 2012b; NHSGGC, 2017);
- Ter em consideração a idade e desenvolvimento cognitivo da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2013);
- Preparar e informar a criança utilizando linguagem simples e concreta, adequada ao seu desenvolvimento cognitivo, sobre os procedimentos. (Direção-Geral da Saúde, 2012a; Ordem dos Enfermeiros, 2013);
- Não utilizar procedimentos como ameaça (Ordem dos Enfermeiros, 2013);
- Ser honesto (Ordem dos Enfermeiros, 2013);
- As crianças e adolescentes devem ser respeitadas quanto à sua privacidade e pudor (Direção-Geral da Saúde, 2012a).
- Associar intervenções farmacológicas com intervenções não farmacológicas para potenciar o efeito analgésico (Direção-Geral da Saúde, 2012a).

• **ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS**

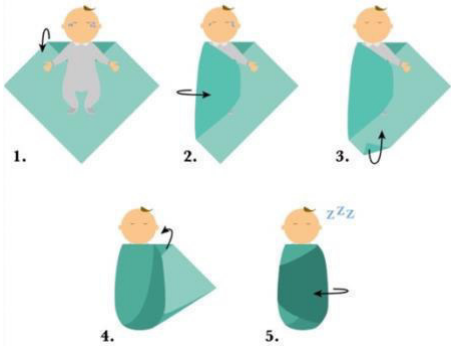
COMPORTAMENTAIS		
NOME	DESCRIÇÃO	PROCEDIMENTO
Amamentação	Colocar o RN/Lactente à mama 2-3 minutos antes do procedimento e manter durante o procedimento; Após o término do procedimento, manter o RN/lactente à mama.	⌋ A mãe deve estar sentada de forma que se sinta confortável; ⌋ O RN/Lactente deve encontrar-se tranquilo ao colo da mãe; ⌋ Deve observar-se sinais de boa pega e bons reflexos sucção e deglutição; ⌋ Deve iniciar-se a mamada 2-3 minutos antes do procedimento, manter durante e após o término do procedimento.
Sacarose 24%	Administrar sacarose a 24%, 2 minutos antes do procedimento; Dose máximo/procedimento: 27-31 semanas IG: 0,5mL 32-36 semanas IG: 1mL Recém-nascidos de termo: 2mL	⌋ A mãe ou pessoa cuidadora deve estar sentado de forma confortável; ⌋ Administrar uma pequena porção 2 minutos antes do procedimento: - Com seringa na porção anterior da língua; - Com chupeta molhando-a na solução; ⌋ Repetir administração com intervalos de 30 segundos para manter o RN/Lactente tranquilo; ⌋ Administrar sacarose imediatamente após o procedimento.

Relaxamento	Reduz a ansiedade e a vigília levando à descontração muscular e consequente alívio da dor	<u>Exercícios de respiração diafragmática</u> O ar entra profundamente nos pulmões fazendo com que haja um relaxamento do diafragma e dos músculos do estômago. Não permite a hiperventilação (responsável pelo agravamento da dor). O enfermeiro deve primeiramente dar o exemplo e de seguida pedir à criança para reproduzir. Em crianças muito pequenas ou muito ativas deve utilizar-se objetos como apitos e brinquedos para fazer bolas de sabão de modo a obter uma respiração profunda e relaxada. <u>Relaxamento muscular progressivo</u> Através de exercícios de contração e descontração é promovido o relaxamento muscular. As instruções devem ser dadas utilizando um tom de voz baixo, suave e lento. <u>Relaxamento ativo</u> Corresponde a um conjunto de procedimentos simples associados frequentemente a respiração profunda: — Bater palmas; — Jogo da mão morta; — Exercício da corda; — Exercício “não me importo” (levantar os ombros e depois deixá-los cair); — Exercício “subir a escada” (com os braços estendidos para o teto imaginar que vai subir umas escadas com a ponta dos pés, de modo a esticar-se o mais possível, depois e de repente ficar de cócoras);
Sucção não nutritiva	A estimulação orotátil inibe a hiperatividade e modula o desconforto do RN; A analgesia parece ocorrer apenas durante os movimentos de sucção;	⌋ Oferecer a chupeta aos recém-nascidos com idade gestacional superior a 30 semanas.

CENTRO HOSPITALAR [REDACTED]		NP 7/I/E Data: 08/03/2022	Página 6/10
COGNITIVAS			
NOME	DESCRIÇÃO	PROCEDIMENTO	
Informação Antecipatória	Fornecer à criança a informação sobre os procedimentos a serem realizados. Deve ser dada a informação que a criança procura, tendo sempre em consideração a idade e desenvolvimento cognitivo da criança.	} Fornecer à criança informações que ela procura; } Utilizar vocabulário apropriado ao nível de compreensão da criança (O número de palavras utilizadas na frase dirigida à criança é igual à sua idade em anos mais 1) } Perceber a informação que a criança procura com perguntas como: - Sabes o que vens aqui fazer? - Sabes o que vai acontecer? - Como gostarias que fosse feito? - Quem queres que esteja perto de ti? - O que podemos fazer para ficares mais confortável? } Informar a criança imediatamente antes do procedimento.	
Distração	Desviar a atenção da criança através de atividades que envolvem a cognição ou o comportamento. Especialmente útil no controlo da dor de curta duração (por exemplo: punção venosa)	} Envolver a criança na atividade; } Sempre que possível deve ser a criança a escolher a atividade; } As atividades distratores devem ser adequadas à faixa etária; } Envolver a criança na atividade distratora e manter durante e após a realização do procedimento; <u>Técnicas de distração</u> ▪ Embalar; ▪ Acariciar; ▪ Oferecer chupeta; ▪ Falar em voz baixa; ▪ Cantar canções de embalar; ▪ Fazer teatro com as mãos; ▪ Ler histórias; ▪ Oferecer brinquedo/jogo favorito; ▪ Ouvir música; ▪ Pintar; ▪ Descrever um objeto; ▪ Executar modelagem de condutas.	
Reforço Positivo	Elogio da criança ou atribuição de uma recompensa após a realização de um procedimento doloroso após utilizar estratégias positivas para o alívio da dor	} Antes de realizar o procedimento, acordar com a criança o comportamento esperado e a respetiva recompensa; } No final do procedimento utilizar o elogio ou atribuir pequenos prémios conforme combinado; } Esta estratégia deve ser utilizada associada a outras medidas não farmacológicas.	

CENTRO HOSPITALAR [REDACTED]		NP 7/I/E Data: 08/03/2022	Página 7/10
NOME	DESCRIÇÃO	PROCEDIMENTO	
Imaginação guiada	É uma técnica que através da indução de um estado de concentração ao intensificar uma ideia ou imagem específica, se obtém uma sensação de bem-estar e relaxamento; Utilizar em crianças com mais de 4 anos.	} Envolver a criança/jovem na participação da história; } Contar uma história muito viva, apelando a um conjunto de sensações diferentes, agradáveis e incomparáveis ao procedimento; } O enfermeiro deve orientar o processo, mas a criança deve sentir que pode iniciar ou terminar quando assim o desejar; } Deve instruir-se a criança a posicionar-se de forma confortável e fechar os olhos se assim o quiser; } Após o término do procedimento a criança deve ser incentivada a permanecer envolvida na história para um maior controlo da dor.	
Simulação ou modelação	Consiste em realizar a demonstração do procedimento em outra criança ou adulto, demonstrando um comportamento positivo na situação; Permite demonstrar previamente o procedimento à criança sugerindo comportamentos que a podem ajudar a lidar com a dor e ansiedade.	} Explicar o procedimento com utensílios de brincar; } Incentivar a criança a fazer o procedimento aos pais, à boneca ou ao enfermeiro; } Perguntar à criança o que ela acha que pode fazer para que é alvo do procedimento possa ficar mais confortável; } Deixar a criança fazer o procedimento; } Observar como cuida após o procedimento; } Utilizar as estratégias que a criança utilizou na simulação para controlo da dor.	
COGNITIVO COMPORTAMENTAIS			
Intervenções Cognitivo-Comportamentais	Combinação de pelo menos 1 medida <u>cognitiva</u> com 1 medida <u>comportamental</u>	} Estas intervenções utilizam estratégias de associação focadas no comportamento e na cognição, levando à modificação de como a dor é percecionada e consequentemente melhorando a capacidade para a enfrentar; } Baseia-se no pressuposto de que as cognições ou avaliações da pessoa acerca de determinados eventos ou situações influenciam o modo como ela sente e percebe tais procedimentos.	

CENTRO HOSPITALAR [REDACTED]		NP 7/I/E Data: 08/03/2022	Página 8/10
FÍSICAS			
NOME	DESCRIÇÃO	PROCEDIMENTO	
Aplicação de frio	Consiste na aplicação de frio no local da dor ou a ser intervencionado. O frio provoca uma vasoconstrição, tendo uma ação anti-inflamatória e consequentemente promovendo o alívio da dor e diminuição do edema.	} Colocar a criança numa posição confortável; } Aplicar frio protegido com uma compressa no local a punção; } Manter durante 1 minutos antes da punção e aplicar 3 cm acima do local da punção.	
Massagem/Estimulação tátil	Realizar estimulação cutânea através da manipulação durante 15 a 30 minutos Não realizar em crianças com alterações da coagulação, pele inflamada ou lesionada	} Posicionar a criança de forma numa posição confortável; } Iniciar massagem contínua 2 a 3 acima do local alvo do procedimento, 1 a 2 minutos antes da realização do procedimento.	
Posicionamento	Posicionar a criança de forma a promover o conforto durante o procedimento doloroso	O posicionamento da criança deverá: ▪ Assegurar o conforto da criança e dos familiares, mantendo a pessoa de referência para a criança junto dela (sempre que possível); ▪ Manter o corpo da criança contido, mas sem que impeça os movimentos de forma a minimizar a ansiedade da criança; ▪ Expor o membro alvo do procedimento; ▪ Permitir que a criança e acompanhantes permaneçam nas atividades distratoras; ▪ Assegurar a segurança. Em recém-nascidos: ▪ Contenção em ninhos; } Utilizar rolos de posicionamento.	
Método Canguru	Consiste no posicionamento da criança pele a pele com o cuidador (ambos sem roupa); É uma intervenção multissensorial que envolve o tato, olfato e estimulação vestibular bem como o reconhecimento auditivo;	} Colocar os pais sentados de forma confortável; } Expor o peito do cuidador; } Colocar a criança, apenas com fralda, no peito do cuidador em posição ventral, pelo menos 15 minutos antes do procedimento; Manter os dois cobertos de forma a manter a temperatura corporal;	

CENTRO HOSPITALAR [REDACTED]		NP 7/I/E Data: 08/03/2022	Página 9/10
NOME	DESCRIÇÃO	PROCEDIMENTO	
Contenção	Consiste em envolver a criança num lençol ou cobertor de forma a impedir o excessivo movimento dos membros facilitando a manutenção de uma postura fletida na linha média. Promove a autorregulação evitando a desorganização motora; Na contenção manual, o profissional ou pessoa significativa utiliza as mãos de forma a conter a cabeça, braços e pernas do RN mantendo o tronco e membros em flexão e alinhados na linha média.	 Figura 2 Fonte: https://www.uacuida.com/blog/swaddle	

IV - REGISTOS

- Data e hora da avaliação da dor;
- Escala de avaliação da dor utilizada;
- Intervenções realizadas para controlo da dor e respetiva hora e data das intervenções;

BIBLIOGRAFIA

- Bucsea, O., & Pillai Riddell, R. (2019). Non-pharmacological pain management in the neonatal intensive care unit: Managing neonatal pain without drugs. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 24(4). <https://doi.org/10.1016/J.SINY.2019.05.009>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos(0 a 28 dias)*. www.dgs.pt
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2020, Julho 16). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>
- NHSGGC. (2017). *Neonatal pain guideline*. NHSGGC Paediatrics for Health Professionals. <https://www.clinicalguidelines.scot.nhs.uk/nhsggc-guidelines/nhsggc-guidelines/neonatology/neonatal-pain-guideline/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas do Controlo da Dor na Criança. Em *Cadernos OE* (Issue 6).

APÊNDICE XIII – Reflexão: gestão da dor aguda na unidade
de cuidados intensivos neonatais (UCIN)

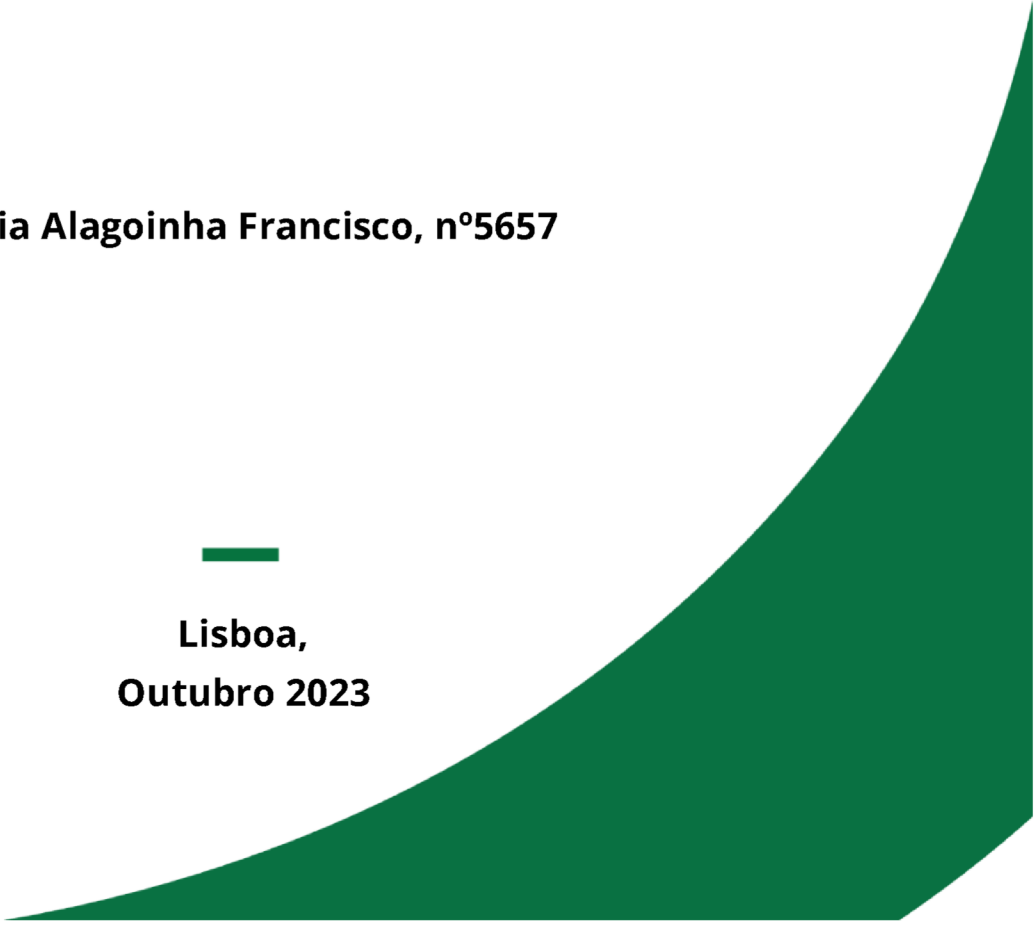
**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
especialização Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Reflexão: gestão da dor aguda na unidade de cuidados
intensivos neonatais (UCIN)**

Nádia Alagoinha Francisco, nº5657

**Lisboa,
Outubro 2023**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
especialização Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Reflexão: gestão da dor aguda na unidade de cuidados
intensivos neonatais (UCIN)**

Nádia Alagoinha Francisco, nº5657

Professora Orientadora:
Profª Doutora Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues

**Lisboa
Outubro 2023**



ÍNDICE

<i>INTRODUÇÃO</i>	<i>3</i>
<i>REFLEXÃO CRÍTICA.....</i>	<i>4</i>
<i>CONCLUSÃO</i>	<i>8</i>
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	<i>9</i>

INTRODUÇÃO

Esta reflexão surge no âmbito do estágio realizado na unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) inserido na unidade curricular Estágio com Relatório do 13º Mestrado em Enfermagem na Área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. A gestão da dor em unidades de cuidados intensivos neonatais representa um desafio complexo e fundamental na prática de Enfermagem Pediátrica (Lyngstad et al., 2022). A dor, apesar da sua natureza subjetiva e multifacetada, é uma experiência intrínseca à condição humana, afetando todas as faixas etárias, inclusivamente os recém-nascidos (Varghese & Kale, 2018)

Neste documento será exposta a relevância da gestão da dor em neonatologia, enfatizando a importância dos cuidados holísticos, centrados na família e não traumáticos.

Compreender a complexidade da dor neonatal e aplicar estratégias para o controlo da dor eficazes é fundamental para otimizar os resultados de saúde a curto e longo prazo, garantindo o alívio da dor e minimizando potenciais consequências negativas. Neste contexto, os enfermeiros especialistas em pediatria desempenham um papel crucial na promoção do conforto e qualidade de vida dos recém-nascidos internados em UCIN (Lyngstad et al., 2022; Nóbrega et al., 2018; Varghese & Kale, 2018)

Para a elaboração deste documento foram tidas em consideração as orientações da ESEL (Godinho, 2023) para a elaboração de trabalhos escritos e as referências bibliográficas estão de acordo com as normas APA (*APA Style*, 2021)

REFLEXÃO CRÍTICA

A dor aguda é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) como uma experiência desagradável a nível sensorial e emocional associada a um dano efetivo ou potencial dos tecidos (Raja et al., 2020). É inegável que todos os recém-nascidos experienciam sensações dolorosas nos primeiros dias de vida, seja devido à necessidade de administração de vacinas ou à realização do rastreio de doenças metabólicas (Varghese & Kale, 2018). Os recém-nascidos admitidos na UCIN são constantemente sujeitos a experiências dolorosas ou desconfortáveis (Varghese & Kale, 2018), estimando-se que cerca de 70% dos procedimentos realizados na UCIN implicam dor ou desconforto (Bucsea & Pillai Riddell, 2019), são frequentemente submetidos a um prolongado estado de dor e stress resultante de diversos fatores, das quais se incluem os cuidados de enfermagem, ambiente ruidoso e separação dos pais (Lyngstad et al., 2022)

No entanto, a dor nos recém-nascidos continua a ser sub-reconhecida e subtratada (Ilhan et al., 2021; Lyngstad et al., 2022), o que pode ter implicações quer a curto como longo prazo (Lyngstad et al., 2022; Mäki-Asiala et al., 2022; Pölkki et al., 2018). A dor não tratada e o stress induzido durante as primeiras semanas de vida pode ter repercussões a nível cardiovascular, comportamental, alimentar e na qualidade do sono. Estas repercussões podem levar a efeitos prejudiciais a longo prazo, afetando o crescimento fisiológico, neuro comportamento e desenvolvimento cerebral (Lyngstad et al., 2022; Mäki-Asiala et al., 2022; Pölkki et al., 2018). Assim, é fundamental o desenvolvimento e aplicação de medidas e estratégias para alívio e controlo da dor em recém-nascidos, constituindo uma obrigação ética e moral dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, de forma a mitigar as consequências negativas a curto e longo prazo e promovendo a qualidade dos cuidados neonatais (Mäki-Asiala et al., 2022; Peng et al., 2021).

As medidas não farmacológicas estão recomendadas na prevenção da dor provocada por procedimentos invasivos realizados na UCIN (Direção-Geral da Saúde, 2012). Estas medidas, para além de reduzirem a intensidade da dor sentida pelo recém-

nascido, aumentam o conforto e ajudam na regulação dos sinais vitais (Sezer Efe et al., 2022).

No recém-nascidos, a Ordem dos Enfermeiros (2013) e a NHS (2021) destacam as seguintes intervenções não farmacológicas:

- Controlo do ambiente: redução das luzes e do ruído;
- Promoção de períodos longos de sono e repouso e consequente concertação de manipulações;
- Posicionamento;
- Massagem;
- Método Canguru;
- Sucção não nutritiva;
- Amamentação;
- Contacto pele a pele;
- Sacarose 24%
- Presença e participação parental nos cuidados.

A presença e intervenção parental assume um papel preponderante nos cuidados ao recém-nascido na medida em que fomenta a criação de vínculos afetivos entre os pais e os seus filhos, tendo implicações positivas na condição fisiológica e no desenvolvimento global dos recém-nascidos (Heo & Oh, 2019).

No âmbito da gestão da dor neonatal, a promoção de uma abordagem centrada na família permite que os pais desempenhem um papel ativo na atenuação da dor e stress dos seus bebés, tendo uma participação ativa na diminuição da dor em procedimentos potencialmente dolorosos. Os pais podem aplicar estratégias não farmacológicas para controlo da dor, como segurar o bebé, embalar, amamentar, fornecer soluções de sacarose, proporcionar contacto pele a pele e estimular os sentidos do recém-nascidos (Lyngstad et al., 2022; Mäki-Asiala et al., 2022).

A participação dos pais emerge como um elemento crucial na mitigação da dor e desconforto neonatal, assim como na consolidação do vínculo entre os pais e o recém-nascido (Heo & Oh, 2019). A promoção dos cuidados centrados na família, que incluem

a participação ativa dos pais na gestão da dor, é um componente essencial na prestação de cuidados de enfermagem pediátrica de qualidade, visando o bem-estar e conforto do recém-nascidos e da sua família (Bucsea & Pillai Riddell, 2019; Heo & Oh, 2019; Pölkki et al., 2018).

O Enfermeiro, nomeadamente o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, é o principal cuidador da criança em contexto de UCIN, sendo uma das suas competências essenciais a minimização de experiências dolorosas provocadas pelos procedimentos invasivos e pelo alívio do desconforto associado aos cuidados de enfermagem (Nóbrega et al., 2018; Regulamento nº 422/2018, 2018).

Os cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica envolvem uma abordagem delicada e holística, o que pressupõe a criação de uma parceria entre os enfermeiros e os pais dos recém-nascidos (Heo & Oh, 2019). A qualidade desta parceria está intrinsecamente relacionada com interação estabelecida entre o enfermeiro e os pais, onde se espera que o enfermeiro atue como perito na orientação e suporte aos pais para que estes participem eficazmente nos cuidados prestados aos seus filhos (Heo & Oh, 2019).

É importante ressaltar que os pais, podem apresentar diferentes expectativas, atitudes e percepções em relação à sua participação nos cuidados ao seu filho. Isto implica que os enfermeiros devem ter as competências necessárias para avaliar eficazmente os desejos e escolhas dos pais e fornecer informações pertinentes e adequadas para que estes possam tomar decisões conscientes e informadas relativamente aos cuidados do seu filho (Heo & Oh, 2019; Uhl et al., 2013).

Durante o estágio realizado na UCIN, pude constatar que os cuidados prestados iam de encontro ao supracitado, na medida em que toda a equipa multidisciplinar apresentava um objetivo comum: a minimização da dor e desconforto do recém-nascido. Para isto, todos os enfermeiros, médicos, entre outros profissionais, se encontravam despertos para a necessidade de falar com um tom de voz baixo, o volume dos alarmes estava definido para o nível mais baixo e dispunham de um medidor de ruído que consciencializa os profissionais para o nível de ruído na sala. Para

além disso, a participação dos pais nos cuidados ao recém-nascido era incentivada e negociada, respeitando as suas vontades e desejos.

As manipulações ao recém-nascido eram agrupadas e existia uma parceria multidisciplinar no planeamento dos cuidados, por exemplo: os cuidados de enfermagem, observação médica e realização de procedimentos invasivos eram agrupados, num único momento, de forma a minimizar a manipulação do recém-nascido e promover o seu bem-estar.

Para além disso, existia uma preocupação para a continuidade de cuidados, isto é, quando possível, era sempre o mesmo enfermeiro responsável pela prestação de cuidados ao mesmo recém-nascido e sua família. Em busca da uniformidade de cuidados é altamente benéfico que a equipa responsável pelos cuidados ao recém-nascido permaneça o mais constante possível (Mäki-Asiala et al., 2022). A continuidade das equipas não apenas fomenta o estabelecimento de relações de confiança, mas também promove a partilha de conhecimento de forma mais eficaz (Mäki-Asiala et al., 2022).

CONCLUSÃO

Os recém-nascidos internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) são alvo de procedimentos frequentes que envolvem experiências de dor ou desconforto. No entanto, a dor no recém-nascido é muitas vezes inadequadamente avaliada e gerida, o que pode apresentar implicações a curto e longo prazo para a saúde e bem-estar do recém-nascido.

A implementação de estratégias não farmacológicas para o alívio e controle da dor em recém-nascidos tem-se mostrado eficaz. Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica desempenham um papel fundamental não só nesse contexto, uma vez que detêm competências específicas para utilizar e mobilizar essas estratégias, como também no estabelecimento de parcerias de cuidados com os pais, fornecendo apoio e orientação para que possam participar ativamente nos cuidados aos seus filhos.

Durante o estágio realizado na UCIN, foi evidente o compromisso da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar com a gestão da dor dos recém-nascidos. Essa abordagem representa um avanço significativo na prestação de cuidados neonatais de qualidade, ao promover parcerias eficazes entre os enfermeiros e as famílias com um objetivo comum: promover a saúde e bem-estar do recém-nascido. Esta colaboração reforça o empenho na excelência dos cuidados de Enfermagem e sublinha a importância crítica dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica na promoção da saúde e bem-estar do recém-nascido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA Style. (2021). American Psychological Association. <https://apastyle.apa.org/>
- Bucsea, O., & Pillai Riddell, R. (2019). Non-pharmacological pain management in the neonatal intensive care unit: Managing neonatal pain without drugs. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 24(4). <https://doi.org/10.1016/J.SINY.2019.05.009>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_nos_recem_nascidos__0_a_28_dias_.pdf
- Godinho, N. (2023). Manual para elaboração de trabalhos académicos e referência da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Em *Centro de documentação e Biblioteca da ESEL*. ESEL. https://www.esel.pt/sites/default/files/Trabalhos_escritos_Publicar_28deze2022.pdf
- Heo, Y. J., & Oh, W. O. (2019). The effectiveness of a parent participation improvement program for parents on partnership, attachment infant growth in a neonatal intensive care unit: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 95, 19–27. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.018>
- Ilhan, E., Pacey, V., Brown, L., Spence, K., Gray, K., Rowland, J. E., White, K., & Hush, J. M. (2021). Neonates as intrinsically worthy recipients of pain management in neonatal intensive care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24(1), 65–72. <https://doi.org/10.1007/s11019-020-09982-z>
- Lyngstad, L. T., Steinnes, S., & Le Marechal, F. (2022). Improving pain management in a neonatal intensive care unit with single-family room—A quality improvement project. *Paediatric and Neonatal Pain*, 4(2), 69–77. <https://doi.org/10.1002/pne2.12075>
- Mäki-Asiala, M., Kaakinen, P., & Pölkki, T. (2022). Interprofessional Collaboration in the Context of Pain Management in Neonatal Intensive Care: A Cross-Sectional Survey.

Pain Management Nursing, 23(6), 759–766.

<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.08.006>

NHSGGC. (2021). *Neonatal pain guideline*. NHSGGC Paediatrics for Health Professionals.

<https://www.clinicalguidelines.scot.nhs.uk/nhsggc-guidelines/nhsggc-guidelines/neonatology/neonatal-pain-guideline/>

Nóbrega, A. S. de M., Cantalice, A. da S. C., Cerqueira, A. C. D. R., Santos, N. C. C. de B., Bezerra, N. de A., & Chaves, T. R. S. (2018). Tecnologias de Enfermagem no manejo da dor em recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal. *Enfermagem em Foco*, 9(2), 66–72.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas do Controlo da Dor na Criança. Em *Cadernos OE* (Número 6).

Peng, N.-H., Lee, M.-C., Su, W.-L., Lee, C.-H., Chen, C.-H., Chang, Y.-C., & Huang, C.-H. (2021). Knowledge, attitudes and practices of neonatal professionals regarding pain management. *European Journal of Pediatrics*, 180, 99–107.

<https://doi.org/10.1007/s00431-020-03718-0/Published>

Pölkki, T., Korhonen, A., & Laukkala, H. (2018). Parents' Use of Nonpharmacologic Methods to Manage Procedural Pain in Infants. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 47(1), 43–51.

<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.10.005>

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho.

Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.

Sezer Efe, Y., Erdem, E., Caner, N., & Güneş, T. (2022). The effect of gentle human touch on pain, comfort and physiological parameters in preterm infants during heel lancing. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 48.
<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101622>

Uhl, T., Fisher, K., Docherty, S. L., & Brandon, D. H. (2013). Insights into Patient and Family-Centered Care Through the Hospital Experiences of Parents. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42(1), 121–131.
<https://doi.org/10.1111/1552-6909.12001>

Varghese, S. S., & Kale, A. B. (2018). A study to assess the effectiveness of swaddling on pain among neonates undergoing heel lancing procedure in neonatal intensive care units. *International Journal of Nursing Education*, 10(4), 143–145.
<https://doi.org/10.5958/0974-9357.2018.00121.6>

APÊNDICE XIV – Projeto “Partilhar para crescer”

UCSP

Polo

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

“PARTILHAR PARA CRESCER”



Elaborado por:

Enfª N

Estudante no Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - ESEL

Enfª S

Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

**Lisboa,
janeiro 2023**

1. TIPOLOGIA

1.1. NOME DO PROJETO

"Partilhar para crescer"

1.2. DURAÇÃO DO PROJETO

Indefinido

1.3. UNIDADE DE CUIDADOS

UCSP [REDACTED] – Polo [REDACTED]

2. RESPONSÁVEL PELO PROJETO

1)	NOME	S [REDACTED] [REDACTED]
	TÍTULO	Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
	CARGO	Enfermeira Especialista na UCSP [REDACTED]

3. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

Nas consultas de saúde infantil e Pediatria na UCSP [REDACTED] – extensão de [REDACTED], os pais expõem muitas vezes as suas dúvidas relativamente aos mais variados assuntos no que diz respeito à saúde dos seus filhos, manifestando a necessidade de terem acesso a informação adequada, pertinente, de fácil compreensão e exposta numa configuração sucinta, de modo a esclarecer de uma forma mais acessível as suas dúvidas.

Na literatura surgem várias definições do conceito de literacia em saúde (Buhr & Tannen, 2020). Lindly et al. (2022) definem a literacia em saúde como uma capacidade apresentada pela família para promover a saúde ao longo do ciclo de vida. Por sua vez, (Yeh & Ostini (2020) sublinham que corresponde à capacidade apresentada pelos indivíduos para obter, processar e compreender as informações e serviços básicos de saúde necessários, para tomar decisões de saúde adequadas.

As crianças dependem dos seus pais no que diz respeito às decisões sobre a sua saúde e podem ser prejudicados quando estes apresentam conhecimentos e habilidades insuficientes para prevenir e resolver os seus problemas de saúde (Buhr & Tannen, 2020; Johnston et al., 2015).

É consensual na literatura que os pais que apresentam um nível baixo de literacia em saúde apresentam um menor conhecimento sobre saúde, apresentam comportamentos de saúde de risco e piores resultados de saúde, decorrendo num uso desajustado dos serviços de saúde e consequente aumento dos custos dos cuidados (Buhr & Tannen, 2020; Fong et al., 2018; May et al., 2018). Por outro lado, um elevado nível de literacia em saúde dos pais foi associado a comportamentos de saúde benéficos para as crianças e à adoção de hábitos de vida saudáveis (Buhr & Tannen, 2020).

Na produção científica consultada, emergem vários apelos à melhoria da literacia em saúde dos pais, quer nos serviços de saúde, quer na comunidade (Fong et al., 2018), uma vez que ao reforçar o conhecimento em saúde e ao melhorar as competências parentais, é possível contribuir para a melhoria dos resultados em

saúde da criança (Buhr & Tannen, 2020), tornando-se assim uma questão central para os enfermeiros que prestam cuidados a famílias (Johnston et al., 2015).

Os enfermeiros capacitam as famílias, de forma a que todos os seus membros exibam as suas habilidades e competências já consolidadas e criam oportunidades para que adquiram novas habilidades e competências (Hockenberry et al., 2019).

Os adultos, nomeadamente os pais, apresentam, com alguma frequência, dificuldades com informações relacionadas com a saúde, quer seja a nível da tomada de decisão relativamente ao tratamento, quer a julgar a credibilidade da informação de saúde nos meios de comunicação social (Buhr & Tannen, 2020).

Estão descritas diversas intervenções que promovem o aumento da literacia em saúde: para além do uso de vocabulário simples e adequado, a partilha de informação curta/fracionada, a utilização de materiais educativos em 3D, imagens ou diagramas (Benyon, 2014).

Assim, e atendendo ao anteriormente referido, propõe-se a criação de um grupo numa rede social (Facebook), que inclua os pais de crianças entre os 0-5 anos inscritos na UCSP [REDACTED], com a finalidade de partilhar conteúdos educativos direcionados ao esclarecimento das principais dúvidas dos pais.

4. PERCEBER O PROBLEMA E DIMENSIONÁ-LO

Uma das competências comuns ao Enfermeiro Especialista é a educação para a saúde, bem como a identificação e mobilização de meios de suporte à família (Regulamento nº 140/2019; Regulamento nº 140/2019);

É relevante que os enfermeiros que prestam cuidados a crianças compreendam a importância da prevenção de doenças e da promoção da saúde. Um plano de cuidados de enfermagem deve incluir uma avaliação completa de todas as características do crescimento e desenvolvimento infantil, o que inclui a educação, sendo a melhor abordagem para a prevenção, a educação e orientação antecipada (Hockenberry et al., 2019).

Em pediatria, o cuidado é prestado a toda a família e não só à criança, como indivíduo. O cuidado centrado na família é uma configuração de cuidar da criança e sua família nos serviços de saúde, promovendo o *empowerment* da família. De forma a garantir os cuidados centrados na família, é preponderante que o enfermeiro estabeleça uma comunicação aberta e sincera com o cliente e a sua família (Valizadeh et al., 2017), baseando a prestação de cuidados de saúde em parcerias mutuamente benéficas entre os profissionais de saúde, as crianças e as suas famílias (Hockenberry et al., 2019).

Muitas das famílias que recorrem aos serviços de saúde com as suas crianças, estão a experienciar uma nova transição para a parentalidade, podendo esta transição ser muitas vezes difícil ou confusa. Ao mesmo tempo, os pais estão ainda a aprender sobre os seus filhos, a aprender como responder aos episódios de doença e onde podem procurar ajuda ou aconselhamento (Johnston et al., 2015).

O nível de literacia parental é assim uma questão significativa para os enfermeiros que trabalham com as famílias (Johnston et al., 2015), principalmente para os enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica que, para além de

prestar cuidados à criança, objetivam proporcionar educação para a saúde, bem como identificar e mobilizar “recursos de suporte à família/pessoa significativa” (Regulamento nº 422/2018, p. 19192), estando assim numa posição vantajosa para promover a literacia dos pais em todas as interações (Johnston et al., 2015).

Atualmente, os pais apresentam um fácil acesso à tecnologia, existindo um elevado número de pais que utilizam os métodos eletrónicos para fazer a gestão de saúde dos seus filhos, nomeadamente a realização de pesquisa na internet com a finalidade de encontrar informações de saúde, independentemente do nível de literacia (Meyers et al., 2020).

As utilizações de estratégias tecnológicas têm sido difundidas com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, fomentar a segurança do cliente e reduzir os custos associados aos cuidados de saúde (Meyers et al., 2020), capacitando os clientes para o desenvolvimento de competências básicas em saúde para que estes adotem comportamentos protetores, ambicionando o autocuidado e a prevenção da doença (Nunes et al., 2019).

Assim, a criação de um grupo online (*Facebook*) em que os enfermeiros da UCSP [REDACTED] possam partilhar informação de saúde pertinente, simplificada e direcionada para os pais de crianças entre os 0-5 anos, permitirá a promoção da literacia em saúde destes pais/famílias.

No entanto é importante ressaltar de que a criação deste grupo não substitui as consultas de vigilância de saúde preconizadas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e deve obedecer às seguintes regras, que ficarão explícitas na página do grupo:

- O grupo é fechado e direcionado a pais de crianças dos 0-5 anos inscritas na UCSP [REDACTED];
- A partir dos 6 anos de idade, os pais destas crianças serão excluídos do grupo;
- Nas consultas presenciais, a Enfermeira explica o projeto aos pais e questiona-os sobre o seu interesse em participar no projeto. Em caso afirmativo é fornecido e assinado o consentimento informado;
- As publicações serão realizadas apenas pela Enfermeira responsável pelo projeto;
- As publicações serão realizadas mensalmente e terão um *quizz* associado para que os utilizadores possam verificar as suas aprendizagens e, simultaneamente, os enfermeiros possam aferir as necessidades de aprendizagem;
- Os pais podem realizar comentários nas publicações, mas não podem fazer comentários aos comentários dos outros utilizadores;
- **Os utilizadores que quebrarem qualquer uma das regras acima referidas serão removidos do grupo.**

5. FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS

OBJETIVO GERAL	Promover os níveis de literacia em saúde dos pais de crianças entre os 0 e os 5 anos inscritas na UCSP [REDACTED]
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Promover hábitos de vida saudáveis em crianças dos 0 aos 5 anos;
	Promover os cuidados antecipatórios, partilhando com os pais a informação necessária para que possam desempenhar da melhor forma a sua parentalidade;
	Apoiar a parentalidade;

6. PERCEBER AS CAUSAS

6.1. DIMENSÕES EM ESTUDO

Aceitabilidade dos Pais/Crianças dos 0-5 anos inscritos na UCSP [REDACTED]
[REDACTED] ao grupo formado

6.2. UNIDADES DE ESTUDO

Pais/Crianças dos 0-5 anos que aceitem integrar o projeto.

6.3. TIPOS DE DADOS

Os dados recolhidos serão utilizados na formação de indicadores de resultado e execução.

META	
INDICADORES DE EXECUÇÃO	
$\frac{\text{Nº de conteúdos/posts partilhados} \times 100}{\text{Nº de conteúdos/posts planeados}}$	100%
INDICADORES DE RESULTADO	
$\frac{\text{Nº de crianças/pais pertencentes ao projeto}}{\text{Nº total de crianças 0-5 anos/pais inscritos na UCSP [REDACTED]}} \times 100$	60%

6.4. FONTES DE DADOS

Recolha de dados através do processo clínico e Facebook.
Colheita de dados nas consultas.
Informações retiradas dos momentos de avaliação.

6.5. TIPO DE AVALIAÇÃO

Interna: interpares.

Externa: avaliação do projeto (1ª avaliação após 6 meses de implementação).

Avaliação dos participantes mensalmente.

6.6. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

CRITÉRIOS	JUSTIFICAÇÃO
1) Formação da equipa de Enfermagem sobre a utilização do grupo “Partilhar para crescer”	Empoderamento da equipa sobre os conteúdos a serem transmitidos à comunidade.
2) Realização de vários conteúdos educacionais a serem partilhados <i>on-line</i>	Informar os pais; Aumentar a literacia em saúde dos pais;
3) Realização de <i>quizz</i> mensalmente	Avaliar a apropriação de conhecimentos por parte dos participantes; Avaliar a eficácia da transmissão de informação.

6.7. QUEM COLHE OS DADOS

Enfermeira S. [REDACTED].

A colheita de dados é realizada mensalmente e semestralmente.

6.8. RELAÇÃO TEMPORAL

Avaliação prospetiva.

6.9. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Amostra institucional: Pais de crianças dos 0-5 anos inscritos na UCSP [REDACTED].

Amostra seletiva: Pais de crianças dos 0-5 anos que queiram aderir ao projeto.

Crítérios de exclusão: Pais de crianças 0-5 anos sem médico de família.

6.10. MEDIDAS CORRETIVAS

Medidas educacionais: formação em serviço sobre os assuntos a serem partilhados no projeto.

7. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS

ATIVIDADES	2023											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaboração do projeto	X											
Apresentação à equipa		X										
Realização de conteúdos para partilhar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1ª partilha de conteúdo	X											
Avaliação dos participantes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação do projeto						X						X

8. VERIFICAR OS RESULTADOS

A avaliação será feita 6 meses após o início da aplicabilidade projeto através dos indicadores de avaliação previamente definidos.

9. RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

Divulgação do projeto internamente;

Realização de sessões de partilha com a equipa de enfermagem da UCSP sobre os resultados obtidos;

Dar a conhecer ao ACES/ARS os resultados obtidos.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benyon, K. (2014). Health literacy. *InnovAiT*, 7(7), 437–440.
<https://doi.org/10.1177/1755738014532627>
- Buhr, E., & Tannen, A. (2020). Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: A cross-sectional survey. In *BMC Public Health* (Vol. 20, Issue 1). BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08881-5>
- Fong, H. fai, Rothman, E. F., Garner, A., Ghazarian, S. R., Morley, D. S., Singerman, A., & Bair-Merritt, M. H. (2018). Association Between Health Literacy and Parental Self-Efficacy among Parents of Newborn Children. *Journal of Pediatrics*, 202, 265-271.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.06.021>
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11^a). Elsevier .
- Johnston, R., Fowler, C., Wilson, V., & Kelly, M. (2015). Opportunities for Nurses to Increase Parental Health Literacy: A Discussion Paper. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 38(4), 266–281.
<https://doi.org/10.3109/01460862.2015.1074318>
- Lindly, O. J., Cabral, J., Mohammed, R., Garber, I., Mistry, K. B., & Kuhlthau, K. A. (2022). “I Don’t Do Much Without Researching Things Myself”: A Mixed Methods Study Exploring the Role of Parent Health Literacy in Autism Services Use for Young Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52, 3598–3611.
<https://doi.org/10.1007/s10803-021-05240-0>
- May, M., Brousseau, D. C., Nelson, D. A., Flynn, K. E., Wolf, M. S., Lepley, B., & Morrison, A. K. (2018). Why Parents Seek Care for Acute Illness in the Clinic or the ED: The Role of Health Literacy. *Academic Pediatrics* , 18, 289–296.
- Meyers, N., Glick, A. F., Mendelsohn, A. L., Parker, R. M., Sanders, L. M., Wolf, M. S., Bailey, S., Dreyer, B. P., Velazquez, J. J., & Yin, H. S. (2020). Parents’ Use of

- Technologies for Health Management: A Health Literacy Perspective. *Academic Pediatrics*, 20(1), 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.01.008>
- Nunes, C., Barroca, M., & Marino, P. (2019). Promoção da literacia em saúde através dos media. In C. Lopes & C. V. de Almeida (Eds.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 97–117). Edições ISPA.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros . <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Guião%20para%20elaboração%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4746-4750.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Aghajari, P., & Foronda, C. (2017). Factors influencing nurse-to-parent communication in culturally sensitive pediatric care: a qualitative study. *Contemporary Nurse*, 53(4), 474–488. <https://doi.org/10.1080/10376178.2017.1409644>
- Yeh, J., & Ostini, R. (2020). The impact of health literacy environment on patient stress: A systematic review. In *BMC Public Health* (Vol. 20, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08649-x>