



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**A PROMOÇÃO DO CONFORTO EM PROCEDIMENTOS
INVASIVOS PEDIÁTRICOS EM CUIDADOS INTENSIVOS E
URGÊNCIA : PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS
THE PROMOTION OF COMFORT IN PEDIATRIC INVASIVE
PROCEDURES IN EMERGENCY AND INTENSIVE CARE:
NURSES' PRESPECTIVE**

DISSERTAÇÃO

Cátia Sofia Duarte Ferreira

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A PROMOÇÃO DO CONFORTO EM
PROCEDIMENTOS INVASIVOS PEDIÁTRICOS
EM URGÊNCIA E CUIDADOS INTENSIVOS:
PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS

Orientadora: Professora Doutora Henriqueta
Ilda Verganista Martins Fernandes
Coorientadora: Professora Doutora Luísa
Maria da Costa Andrade.

Porto, 2025

FRASE ou PENSAMENTO

“Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito.”

Fernando Pessoa

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, que com a sua alegria, amor e pureza de espírito inspiram-me a ser cada vez melhor. O vosso sorriso é a minha força e a razão pela qual sigo em frente com determinação e esperança.

Ao meu marido, pelo apoio incondicional, paciência e compreensão ao longo desta jornada. O teu amor, força e parceria foram fundamentais para que eu alcançasse este objetivo.

AGRADECIMENTO

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

À Professora Ilda, pela orientação, apoio e ensinamentos valiosos ao longo deste trabalho de investigação. O seu conhecimento, dedicação e incentivo foram cruciais para a concretização desta dissertação. Obrigada pela amizade, por tantas horas de conversa que foram terapia nos momentos mais escuros e que não me deixaram desistir.

À Professora Luísa, pela coorientação e pelas perspetivas enriquecedoras, sempre com atenção, carinho e uma visão tão realista do que é investigação e enfermagem pediátrica.

Ao Pedro, agradeço-te pela paciência, compreensão e por acreditares em mim, mesmo nos momentos de maior desafio.

Ao Mateus e à Ana Clara, pela vossa alegria contagiante e por me ensinarem, todos os dias, o verdadeiro significado de amor e motivação.

À minha família, Mãe, Pai, Beatriz, Patrícia, Tia Ana, Tio Januário, Maria, Mariana, Simão, Pedro, Tia Maria e Tio Miro. Obrigada!

Obrigada pelo amor incondicional, paciência e apoio constante em todas as etapas deste percurso. Obrigada, por tantas vezes, serem colo, amor e dedicação aos meus filhos, sem o vosso suporte, nada disto seria possível.

Aos participantes do estudo, cuja colaboração foi essencial para o desenvolvimento deste trabalho. O vosso contributo fez toda a diferença na concretização deste projeto.

Aos meus amigos, pelo incentivo, companheirismo e por estarem sempre ao meu lado, nos momentos bons, maus e nos mais desafiantes.

Finalmente, à Enfermagem, profissão que escolhi pela qual tenho tanto orgulho e inspira-me diariamente na procura de sempre mais.

RESUMO

Os serviços de saúde podem causar ansiedade e medo nas crianças, adolescentes e suas famílias. Os enfermeiros têm um papel fundamental em minimizar esses impactos. O objetivo deste estudo foi compreender a perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, dos Serviços de Urgência de Pediatria e das Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos sobre a promoção do conforto durante os procedimentos invasivos em idade pediátrica.

Este estudo seguiu uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. A amostra foi composta por 11 enfermeiros especialista em enfermagem saúde infantil e pediátrica, a exercer funções em unidades de cuidados intensivos e/ou serviços de urgência pediátrica no Norte de Portugal. Este é constituído por uma amostragem não probabilística por conveniência tipo bola de neve. Para a colheita de dados foi realizada uma entrevista semiestruturada e a análise de dados orientou-se pela análise temática segundo Braun e Clarke. Da análise dos discursos dos participantes resultaram os temas: procedimentos invasivos; respostas da criança/adolescente aos procedimentos invasivos; condicionantes das respostas aos procedimentos; estratégias promotoras do conforto; e formação. Revelando a análise que os profissionais implementam estratégias farmacológicas, assim como não farmacológicas de alívio da dor durante a realização de procedimentos invasivos. A presença dos pais é essencial para tranquilizar a criança. O atendimento pediátrico tem progredido na humanização, os enfermeiros valorizaram o conforto emocional e o respeito pela individualidade da criança. No entanto, persistem desafios, como a falta de consistência na equipa, limitações organizacionais e necessidade de formação contínua. A utilização de estratégias promotoras do conforto durante a realização de procedimentos invasivos em contexto de urgência e cuidados intensivos pediátricos são cruciais para a qualidade de cuidados.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Procedimentos Invasivos; Conforto;

ABSTRACT

Health services can cause anxiety and fear in children, adolescents and their families. Nurses have a fundamental role in minimizing these impacts. The objective of this study was to understand the perspective of Nurses Specialist in Child and Pediatric Health Nursing, Pediatric Emergency Rooms, and Pediatric Intensive Care Units on promoting comfort during invasive procedures in pediatric age.

This study followed a qualitative, exploratory, and descriptive approach. The sample was made up of 11 nurses specializing in child and pediatric health nursing, working in intensive care units and/or pediatric emergency services in the North of Portugal. This consists of non-probability snowball convenience sampling. Data collection was conducted through a semi-structured interview and data analysis was guided by thematic analysis according to Braun and Clarke. The analysis of the participants' statements resulted in the following themes: invasive procedures; child/adolescent responses to invasive procedures; constraints on responses to procedures; comfort-promoting strategies; and training. The analysis also reveals that professionals implement pharmacological and non-pharmacological pain relief strategies during invasive procedures. The presence of parents is essential to reassure the child. Pediatric care has progressed in humanization, nurses have valued emotional comfort and respect for the child's individuality. However, challenges persist, such as a lack of team consistency, organizational limitations, and the need for ongoing training. The use of comfort-promoting strategies during invasive procedures in pediatric emergencies and intensive care settings is crucial for the quality of care.

Keywords: Pediatric Nursing; Invasive Procedures; Comfort.

ABREVIATURAS

DGS - Direção Geral De Saúde

EEESIP - Enfermeiros Especialista Em Enfermagem de Saúde Infantil E
Pediátrica

ESEP - Escola Superior De Enfermagem Do Porto

OE- Ordem dos Enfermeiros

PI - Procedimentos Invasivos

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico Cirúrgica

SUP - Serviço De Urgência Pediátrica

SUPP – Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente

UCIP - Unidade De Cuidados Intensivos Pediátricos

UP – Urgência Pediátrica

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. Os Contexto de SUP e UCIP	15
1.2. Os procedimentos invasivos e as transições na criança/adolescente	24
1.3. A promoção do conforto na criança/adolescente	28
2. METODOLOGIA.....	31
2.1. Justificação e finalidade do estudo	31
2.2. Caracterização do estudo.....	33
2.3. Participantes do estudo	34
2.4. Procedimentos de recolha de dados	35
2.5. Procedimentos na análise de dados.....	37
2.6. Considerações éticas	39
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
3.1. Procedimentos Invasivos	42
3.1.1. Por Punção	42
3.1.2. Através de Orifícios Naturais.....	44
3.1.3. Outros Procedimentos.....	44
3.2. Respostas da Criança/Adolescente aos Procedimentos Invasivos	45
3.2.1. Reações Comportamentais	46
3.2.2. Reações Físicas.....	48
3.2.3. Reações Emocionais.....	49
3.3. Condicionantes das Respostas aos Procedimentos Invasivos	51
3.3.1. Relacionadas com a criança e o adolescente	53
3.3.2. Relacionadas com os Pais	56
3.3.3. Relacionadas com os Enfermeiros	60
3.3.4. Relacionadas com o Contexto.....	66
3.4. Estratégias Promotoras do Conforto	71

3.4.1. Estratégias Farmacológicas	72
3.4.2. Estratégias Não-farmacológicas	75
3.5. Formação.....	82
3.5.1. Desenvolvimento Profissional.....	84
3.5.2. Condicionantes da Formação	84
3.5.3. Efetividade do Processo de Formação	86
CONCLUSÃO.....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
ANEXOS.....	111
ANEXO I – Autorização Comissão Técnico Científica	1
ANEXO II – Autorização Proteção de Dados	2
ANEXO III – Consentimento Informado	3
ANEXO IV – Entrevista Semiestruturada	10
ANEXO V – Tabela Matriz	1

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 - Tipologia do Serviços de Urgência.....	17
Quadro 2 – Quadro de redução de temas.....	41

ÍNDICE de DIAGRAMAS

Diagrama 1 – Procedimentos Invasivos	42
Diagrama 2 - Respostas aos Procedimentos Invasivos.....	46
Diagrama 3 - Condicionantes das Respostas aos PI.....	52
Diagrama 4 - Condicionantes Relacionadas com a Criança/Adolescente.....	53
Diagrama 5 - Condicionantes Relacionadas com os Pais.....	56
Diagrama 6 - Condicionantes Relacionadas com os Enfermeiros.....	61
Diagrama 7 -Condicionantes Relacionadas com o Contexto	66
Diagrama 8 - Estratégias Promotoras do Conforto	72
Diagrama 9 - Estratégias Farmacológicas.....	73
Diagrama 10 - Estratégias Não Farmacológicas.....	76
Diagrama 11 - Formação.....	83

INTRODUÇÃO

A hospitalização é um momento crítico na vida da criança, impactando-a psicossocialmente devido à mudança de ambiente, novos procedimentos e rotinas. Este processo afeta a relação do binómio criança/família, resultando em possíveis consequências como ansiedade, alterações de humor, diminuição da capacidade cognitiva, perda de autoestima, fobias e dificuldades de adaptação aos novos papéis (Sena et al., 2024; Silva et al., 2024).

Aprimorar a qualidade dos cuidados de enfermagem envolve a participação ativa dos enfermeiros no planeamento e na implementação de mudanças que promovam a melhoria contínua. Estas ações visam alcançar padrões mais elevados nos cuidados prestados, resultando em benefícios para a saúde dos clientes, além de promover a eficiência e eficácia no uso dos recursos disponíveis (OE, 2012; Silvestri et al., 2021).

Os profissionais de saúde, ao basearem a prática em cuidados centrados na criança /família, ajudam a minimizar o seu impacto negativo. Com este tipo de abordagem, os enfermeiros podem melhorar a experiência de hospitalização da criança e da sua família, promover melhores resultados em saúde a curto e a longo prazo e um maior envolvimento dos pais no cuidado aos seus filhos (Silva et al., 2024). É fundamental que os profissionais reconheçam e respondam às necessidades emocionais, psicológicas e sociais daqueles a quem prestam cuidados, garantindo uma abordagem holística e compassiva do cuidado infantil durante períodos de doença e hospitalização. Esta abordagem torna-se especialmente crucial na transição entre saúde e doença na infância, um período de vulnerabilidade que exige adaptação, suporte e intervenções sensíveis às necessidades da criança/adolescente e da sua família. (Lima et al., 2023; Tsutsumi et al., 2023; Uema et al., 2020).

Além do suporte emocional e psicológico, a atenção aos aspetos físicos do cuidado é igualmente essencial, especialmente quando se trata de procedimentos invasivos. Neste contexto, os enfermeiros especialistas em

enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP) devem estar preparados para minimizar o impacto negativo das intervenções necessárias, promovendo estratégias que reduzam o desconforto e a dor associados às práticas clínicas.

Os procedimentos invasivos (PI) são intervenções que envolvem a introdução de dispositivos no corpo através da pele, mucosas ou cavidades naturais, podendo causar desconforto e dor (DGS, 2012). Em pediatria, os mais frequentes são punções venosas, colocação de acessos venosos periféricos, cateterização vesical, entubação nasogástrica e a punção lombar (DGS, 2012). A presença dos pais durante estes procedimentos, assim como a implementação de diferentes estratégias tem demonstrado benefícios, tanto para a criança/adolescente, ao reduzir a ansiedade, como para a equipa de saúde, ao facilitar a cooperação durante a realização destes (DGS, 2012; González et al., 2023). As crianças/adolescentes podem reagir aos PI com medo, ansiedade, choro, resistência e alterações de humor. Alguns desenvolvem respostas fisiológicas ao stress, regressão comportamental ou evitam futuros cuidados de saúde. A presença dos pais, explicações adequadas, distração e estratégias de alívio da dor ajudam a minimizar esses impactos (Flora et al., 2023; Mariano, Turmina & Schultz, 2022).

As crianças/adolescentes ao vivenciarem a transição saúde-doença possuem mecanismos de defesa limitados, tornando-os particularmente vulneráveis nas situações de saúde que necessitam da realização de PI. (Lima et al., 2023; Cesário et al., 2020).

O conforto durante os PI é de extrema importância, pois aborda uma questão fundamental tanto para clientes como para os profissionais. Durante a realização de PI, as crianças/adolescentes frequentemente experimentam desconforto físico e emocional, o que pode afetar negativamente sua experiência, bem como os resultados do procedimento (Boudiab & Kolcaba, 2015).

A investigação em enfermagem desempenha um papel crucial no desenvolvimento da e na melhoria dos cuidados de saúde. Deste modo, os enfermeiros têm a oportunidade de explorar questões relevantes para a prática

clínica, identificar lacunas no conhecimento, desenvolver e testar intervenções baseadas em evidências (Doyle et al., 2020). Investigar a área em estudo, contribui significativamente para o desenvolvimento de intervenções e práticas que visam minimizar o desconforto e promover o bem-estar da criança/adolescente, identificar os fatores de risco, e as estratégias para orientar futuras políticas de saúde e práticas clínicas.

Este estudo enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e constitui uma parte do projeto denominado “FAMA CII – Estudo Internacional - A Promoção do Conforto nos Procedimentos Invasivos em Idade Pediátrica”, integrado no CINTESIS/ESEP. Deste modo, o presente trabalho intitulado “A promoção do Conforto em Procedimentos Invasivos Pediátricos em Urgência e Cuidados Intensivos: perspetiva dos enfermeiros” tem por finalidade contribuir para a promoção do conforto durante os PI à criança em idade pediátrica. Neste contexto, a questão de partida foi: Qual a perceção dos enfermeiros dos serviços de urgência pediátrica (SUP) e cuidados intensivos pediátricos (UCIP) relativamente à promoção do conforto durante os PI à criança em idade pediátrica?

A questão de partida norteou a determinação do objetivo geral compreender a perspetiva dos EEESIP, dos SUP e das UCIP sobre a promoção do conforto durante os PI em idade pediátrica.

O alinhamento entre a questão de partida e o objetivo acima referido norteia a opção por um estudo qualitativo, exploratório e descritivo. A amostra foi constituída por EEESIP de instituições de saúde do Norte do país e a exercerem funções no SUP e na UCIP. A recolha de dados foi efetuada por entrevista semiestruturada, tendo sido elaborado um guião orientador. A análise dos dados foi realizada através da análise temática de Braun e Clarke (Braun & Clarke, 2006).

Este trabalho estrutura-se em três partes, a primeira refere-se ao enquadramento teórico da temática em estudo. A segunda parte engloba as considerações metodológicas, detalhando-se a questão de investigação,

objetivos, natureza do estudo, participantes, instrumento de recolha de dados, e procedimentos legais e éticos. Na última e terceira parte apresenta-se os resultados e a sua discussão dos resultados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O capítulo designado por enquadramento teórico pretende integrar o estado da arte relativamente ao tema “promoção do conforto durante os PI em crianças/adolescentes”, baseada na pesquisa e na análise bibliográfica, que se considerou relevante para a sua compreensão.

Este capítulo inicia-se por uma abordagem dos contextos de SUP e UCIP, também é abordada, promoção do conforto na criança/adolescente e sua família, nos contextos hospitalares supracitados, relacionado com os PI, necessários para garantir uma resposta rápida e eficaz às necessidades das crianças/adolescentes em situações urgentes e a sobrevivência e recuperação das que vivenciam eventos críticos graves. Por fim, são explanadas os PI, enquanto intervenções desencadeadoras de dor e desconforto, com potencial para ser minimizado a partir da utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas.

1.1. Os Contexto de SUP e UCIP

Em Portugal, a idade pediátrica é geralmente definida como o período que vai desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias de vida (Ministério da Saúde, 2010). Durante esta fase, as crianças/adolescentes enfrentam diversas transições relacionadas à saúde-doença e eventos urgentes ou críticos que envolvem mudanças significativas na sua transição desenvolvimental.

Nesse contexto, é responsabilidade dos enfermeiros respeitar e garantir o direito dos clientes aos melhores cuidados de saúde possíveis, considerado um direito humano fundamental. Esse direito está protegido pela Carta da Criança Hospitalizada, que destaca a importância de minimizar agressões físicas,

emocionais e dor, e recomenda evitar exames ou tratamentos desnecessários, independentemente dos contextos de cuidados (IAC, 2017). Importa, neste estudo considerar as particularidades dos SUP e UCIP.

O SUP tem, como principal objetivo, a receção, o diagnóstico e o tratamento de crianças/adolescentes que sofreram acidentes ou enfrentam eventos críticos súbitos, necessitando de atendimento imediato em ambiente hospitalar (ACSS, 2015).

Neste contexto, é essencial distinguir três conceitos fundamentais (ACSS, 2015, p.1):

- **Urgência:** situação que exige uma “intervenção de avaliação e/ou correção num curto espaço de tempo”.
- **Emergência:** ocorre quando há “risco de perda de vida ou de função orgânica”, requerendo uma intervenção imediata.
- **Crítica:** quando a condição não é reversível e necessita de “suporte avançado de vida e de órgãos”.

Os SUP, em geral, incluem três tipos (Ministério da Saúde, 2014):

- Serviço de Urgência Pediátrica (SUP);
 - Os SUP, têm o apoio do Serviço de Urgência Médico Cirúrgico (SUMC) de adultos em situações que a criança apresente patologia do foro cirúrgico ou ortopédico, e estabelecem a comunicação com os serviços diferenciados na área pediátrica;
- Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente (SUPP);
 - O SUPP tem por responsabilidade realizar o atendimento em Urgências Pediátricas (UP) com instalações autónomas com apoio diferenciado de diferentes especialidades e a instituição deve possuir um serviço de cuidados intensivos pediátricos;

- Serviço de Urgência Básico (SUB) englobado no atendimento geral, todas as tipologias devem ter disponibilidade para o atendimento urgente de crianças/adolescentes.

Importa ainda ressaltar a existência de uma sala de emergência que constitui a ligação entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, sendo por isso uma área fundamental onde se realiza uma mais correta abordagem ao doente emergente, grave e crítico (ACSS, 2019 Ministério de Saúde, 2014).

A seguir sintetizam-se as características, dos referidos tipos de urgência.

Quadro 1 - Tipologia do Serviços de Urgência

Tipo de Urgência	Recursos Humanos	Equipamento	Instalações
SUP	<p>A UP deve ter, pelo menos, dois pediatras presentes, um com formação em suporte avançado de vida.</p> <p>Nos SUMC, casos cirúrgicos pediátricos devem ser avaliados por especialistas da urgência de adultos. A equipa deve ajustar-se às necessidades locais, contando com profissionais capacitados para emergências graves. Recomenda-se equipas dedicadas nos períodos de maior afluência.</p>	<p>Disponibilidade dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica definidos para os SUMC ou SUP.</p> <p>Devem dispor de todos os equipamentos específicos da idade pediátrica necessários à abordagem avançada da criança gravemente doente, traumatizada ou em paragem cardíaca.</p>	<p>A Urgência Pediátrica deve funcionar em áreas específicas, separadas das destinadas a adultos, incluindo admissão e salas de espera.</p> <p>O atendimento clínico, abrangendo ortopedia, cirurgia e outras especialidades, deve ocorrer exclusivamente em espaços pediátricos. Devem existir salas de observação e internamento de curta duração, ajustadas às necessidades locais</p>
SUB	<p>Médicos e de Enfermeiros não diferenciados em Pediatria.</p>	<p>Adequado às diferentes idades pediátricas, para utilização na abordagem da via aérea básica e avançada, na obtenção de acesso vascular</p>	<p>Sala dedicada ao atendimento de crianças, e que permita, a permanência para observação de curta duração em espaço</p>

		urgente e na monitorização em situações de doença grave ou paragem cardíaca.	separado do atendimento dos adultos. Existência de espaços de admissão e salas de espera dedicados à idade.
SUPP	A Urgência Pediátrica deve contar com apoio permanente em diagnóstico, terapêutica e várias especialidades, incluindo Neurocirurgia, Cirurgia Pediátrica e Cuidados Intensivos Pediátricos. Deve ter formação para atuar como Centro de Trauma Pediátrico, preparado para trauma grave, incluindo neuro trauma. Além disso, deve garantir acesso fácil, local ou protocolado, a Cardiologia Pediátrica e Pedopsiquiatria.		

Fonte: (Ministério da Saúde, 2014).

Desde 2005, os serviços de urgência são obrigados a adotar um sistema de triagem, como o de Manchester ou o Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale, adequado à especificidade da criança. Estes sistemas visam priorizar os cuidados de saúde, permitindo a identificação precoce e objetiva dos doentes urgentes. (DGS, 2018; Ministério da Saúde, 2014).

Desenvolvida no Reino Unido, a Triagem de Manchester é amplamente aplicada em diversos países, incluindo Portugal, sendo um dos sistemas mais utilizados para organizar o fluxo de pacientes e otimizar a eficiência dos serviços de urgência. A Triagem de Manchester é um sistema de classificação de risco utilizado nos serviços de urgência hospitalar para priorizar o atendimento dos clientes com base na gravidade clínica, garantindo que os casos mais urgentes sejam atendidos de forma rápida. O processo de triagem começa com a avaliação inicial feita por um enfermeiro, sendo este um profissional com conhecimento e capacidades em reconhecer sinais e sintomas de instabilidade dos clientes, seguida pela classificação do paciente com base

em perguntas padronizadas e sinais vitais. A cor atribuída define a urgência do atendimento como revela o quadro seguinte. (Amthauer & Cunha, 2016; DGS, 2018, Ministério da Saúde, 2025; Grupo Português de Triage, 2025).

Quadro 2 - Triage de Manchester

Número	Descrição	Cor	Tempo Alvo (minutos)
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240
Situações não compatíveis com o SUP (procedimentos programados)		Branco	N/A

Fonte: Grupo Português de Triage, 2025.

A Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale avalia as necessidades da criança/adolescente, determinando o nível de urgência e os recursos necessários. Define o tempo máximo ideal até ao atendimento médico, após o qual se iniciam os procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Adaptada à população pediátrica, a escala classifica a criança/adolescente em cinco níveis, seguindo três passos: avaliação inicial da gravidade clínica através do triângulo de avaliação pediátrica, análise da queixa e verificação dos sinais vitais considerando fatores de risco (DGS, 2018; Ministério da Saúde, 2025; Pereira et al., 2023).

Os níveis de prioridade são distinguidos por cor e tempo de atendimento (DGS, 2018; Ministério da Saúde, 2025; Pereira et al., 2023):

- **Nível 1 – Emergente (vermelho):** 0 minutos
- **Nível 2 – Muito urgente (laranja):** 15 minutos
- **Nível 3 – Urgente (amarelo):** 30 minutos
- **Nível 4 – Pouco urgente (verde):** 1 hora
- **Nível 5 – Não urgente (azul):** 2 horas

Os enfermeiros que atuam nos SUP desempenham um papel fundamental na prestação de cuidados imediatos e especializados às crianças/adolescentes e famílias, em situações urgência, emergência ou crítica. A sua atuação requer competências técnicas, científicas e interpessoais para garantir uma assistência segura e humanizada (OE, 2018b).

O enfermeiro, associado às intervenções de enfermagem realizadas, precisa desenvolver competências em trabalho de equipa e gestão do fluxo de atendimento. A atuação num SUP exige um trabalho interdisciplinar com diferentes profissionais de saúde. Além disso, os enfermeiros têm um papel importante na organização do fluxo de atendimento, assegurando a eficiência na prestação dos cuidados (Silva & Cabral, 2023).

Após explanar a estrutura e os procedimentos do SUP, é essencial focarmos em uma área particularmente delicada e exigente. Neste âmbito, as UCIP desempenham um papel crucial, garantindo a monitorização e o tratamento adequado das crianças em situações críticas e de risco elevado (ACSS,2024).

A UCIP é um serviço altamente especializado, destinado ao tratamento de crianças/adolescentes em estado crítico, que necessitam de monitorização contínua e suporte avançado de vida. Para garantir um atendimento eficaz, a UCIP dispõe de uma equipa multidisciplinar composta por diferentes profissionais de saúde, que trabalham em conjunto para prestar cuidados diferenciados e adaptados às necessidades de cada criança/adolescente (ACSS, 2024;).

Em Portugal as UCIP são classificadas em três níveis, de acordo com a complexidade dos cuidados prestados e os recursos disponíveis. O Nível I oferece cuidados básicos, com monitorização contínua e suporte de funções vitais para casos menos graves. O Nível II é uma unidade intermédia que trata doentes mais críticos, com maior capacidade de intervenção, como suporte ventilatório avançado e gestão de disfunções múltiplas. O Nível III é o mais especializado, com unidades de referência preparadas para tratar os casos mais complexos, oferecendo suporte avançado de vida, terapias complexas como ECMO, diálise e monitorização cerebral detalhada. A classificação dos

níveis permite uma gestão eficiente dos recursos e assegura que as crianças/adolescentes recebam os cuidados apropriados à sua condição (ACSS, 2024).

As UCIP estão equipadas com tecnologia avançada para garantir o melhor suporte possível, incluindo camas e berços com monitores de sinais vitais, ventiladores mecânicos para assistência respiratória, bombas de infusão para administração precisa de fármacos e fluidos, além de ecógrafos, equipamentos de radiologia portátil e dispositivos de suporte hemodinâmico. As crianças/adolescentes admitidas numa UCIP apresentam, geralmente, quadros clínicos graves, como insuficiência respiratória aguda, sépsis e choque séptico, traumatismos cranianos severos, pós-operatório de cirurgias de alto risco ou descompensação de doenças metabólicas e neurológicas (Zawadzaki et al., 2025).

O espaço da unidade é organizado de forma a garantir um ambiente seguro e eficiente, existindo espaços delineados para diferentes situações como unidades de isolamento, zonas de reanimação equipadas para emergências e áreas de apoio, como salas de medicação, espaços para reuniões da equipa clínica e áreas de acolhimento para as famílias (ACSS, 2024). O envolvimento dos pais é altamente valorizado e incentivado sempre que possível, promovendo um ambiente humanizado e contribuindo para a recuperação da criança. O principal objetivo da UCIP é estabilizar e tratar os pacientes pediátricos em estado crítico, proporcionando um ambiente seguro e tecnologicamente avançado, onde os melhores cuidados são assegurados para garantir a sua recuperação (ACSS, 2024; Zawadzaki et al., 2025).

Os SUP e as UCIP desempenham um papel crucial na prestação de cuidados a crianças/adolescentes em estado crítico, exigindo uma adaptação contínua por parte dos clientes, das famílias e dos profissionais de saúde. Neste contexto, a Teoria das Transições, de Meleis, surge como uma abordagem essencial para compreender e facilitar as mudanças vivenciadas durante a hospitalização, a transferência entre diferentes níveis de cuidados e o regresso

a casa, promovendo cuidados individualizados e humanizados (Lima et al., 2023).

As transições relacionadas a eventos de saúde-doença envolvem mudanças significativas na condição de uma criança/adolescente, passando de um estado de saúde para um estado de doença. Isso pode incluir experiências como o aparecimento repentino de uma doença aguda ou o desenvolvimento gradual de uma condição crónica. Essas transições são marcadas por ajustes físicos, emocionais e sociais à medida que a criança/adolescente e sua família lidam com os desafios associados à doença (Lima et al., 2023; Soares et al., 2023).

A experiência da transição entre a criança/adolescente e sua família é complexa e ambígua, caracterizada pela incerteza causada pelas mudanças no ciclo de vida familiar. Durante esse período, todos eles enfrentam desafios emocionais, físicos e sociais à medida que se adaptam à nova realidade da doença. A incerteza sobre o prognóstico, tratamento e impacto futuro da condição pode gerar ansiedade e stress na díade criança/adolescente e família. Essa ambiguidade pode influenciar significativamente o funcionamento desta, exigindo ajustes e reorganização para lidar com as demandas adicionais impostas pela doença (Lima et al, 2023; Meleis, 2010; Soares et al, 2023).

O diagnóstico de uma patologia em idade pediátrica, emerge no seio familiar com um efeito perturbador da sua dinâmica, e muitas das vezes com adaptação a uma nova condição e de novos papéis. Isto remete-nos para uma transição saúde-doença que será vivenciada pela criança e sua família. Os profissionais de saúde têm um papel fundamental nesse processo, por serem elementos promotores de transições saudáveis (Tsutsumi et al., 2023).

Segundo Meleis (2010), o desafio para os enfermeiros na vivência das transições pelos clientes reside na compreensão do seu processo e no planeamento de intervenções de enfermagem promotoras da estabilidade, da qualidade de vida e do bem-estar. Para garantir um processo de transição saudável é essencial compreender as necessidades individuais e implementar intervenções em função da condição do cliente. Isso, envolve uma abordagem centrada na criança/adolescente e na família, o reconhecimento das

particularidades da sua condição de saúde, contexto familiar e recursos disponíveis. Ao fornecer apoio personalizado e orientado durante o processo de transição, o enfermeiro pode ajudar a facilitar uma adaptação mais suave e eficaz às mudanças decorrentes da doença ou evento crítico (Brito et al. 2023; Reinho & Gomes, 2016).

Assim, ao compreender as necessidades individuais e fornecer intervenções adequadas, o enfermeiro não só promove uma transição saudável, mas também prepara-se para enfrentar os desafios emocionais e profissionais que surgem no processo de cuidado, como o stress e os conflitos, impactando diretamente a qualidade dos cuidados prestados (Brito et al., 2023).

Os SUP e as UCIP, como mencionado anteriormente caracterizam-se por um ambiente dinâmico e tecnicamente exigente, onde a rapidez e a precisão das intervenções são fundamentais. Neste contexto, a integração dos cuidados centrados na família e dos cuidados humanizados torna-se essencial para equilibrar a complexidade tecnológica com a necessidade de uma abordagem sensível e acolhedora, garantindo que a criança/adolescente e a sua família sejam parte ativa no processo de cuidado e adaptação às transições vivenciadas ao longo da hospitalização (Leite, et al., 2024).

O enfermeiro no seu quotidiano profissional está exposto a situações de stress causadas pelos cuidados prestados às crianças/adolescentes/famílias. Nesse contexto, o enfermeiro desenvolve capacidades para lidar com conflitos e adversidades, minimizando os efeitos negativos e potencializando os benefícios dos cuidados de saúde; atribuem significados à hospitalização na infância que influenciam a tomada de decisão sobre os benefícios e repercussões negativas dos PI (Araújo et al., 2021).

O desenvolvimento de cuidados humanizados e centrados na família, são uma preocupação no quotidiano profissional dos enfermeiros. Esta perspetiva vai para além da componente técnica dos PI envolve a preocupação, o interesse e a motivação profissional. Deste modo, surgem os cuidados imersos em afetividade, respeito, empatia, atenção ao Outro; a promoção do bem-estar, da segurança, do conforto, do apoio e da redução de riscos. Permitir que os pais

participem nos cuidados do seu filho é uma prática humanizada, que fortalece a relação família–profissionais de saúde (Barros, et al., 2023; Gomes et al., 2021; Souza et al., 2024).

1.2. Os procedimentos invasivos e as transições na criança/adolescente

Os PI são intervenções que envolvem a introdução de dispositivos médicos no corpo, normalmente através da pele, das mucosas ou de orifícios naturais com o objetivo de diagnosticar, tratar ou monitorizar as condições de saúde. Esses procedimentos podem incluir ações como punções, cateterizações, colocação de sondas ou outros dispositivos. Devido à sua natureza, os PI podem causar desconforto e dor na criança/adolescente (DGS, 2012).

Dentro do contexto dos cuidados de saúde, em geral, é comum a necessidade de realizar PI. A dor associada a esses procedimentos é uma ocorrência frequente em clientes pediátricos, e esse fator pode desencorajar o cumprimento dos tratamentos, aumentando o risco de desenvolvimento ou agravamento da doença (Saliba et al., 2022).

A realização de PI pode ser uma fonte significativa de desconforto para as crianças/adolescentes pela dor física, mas também, pelas emoções associadas, decorrentes por exemplo, de experiências anteriores do próprio e/ou de outros, como a ansiedade, o medo e a tristeza. Deste modo, é crucial que os enfermeiros, estejam preparados para lidar com essas reações emocionais, de forma a minimizar o seu impacto no bem-estar e no desenvolvimento da criança/adolescente e da família (Hockenberry & Barrera, 2018).

A percepção da dor em pediatria depende da idade da criança/adolescente, desta forma existe a necessidade de os enfermeiros serem detentores de conhecimento para prestarem cuidados de qualidade nos diferentes períodos

etários. Relacionado com os PI, como anteriormente referido, emergem dor e sentimentos como medo e ansiedade o que se torna mais desafiadora a tomada de decisão dos enfermeiros sobre as estratégias a serem implementadas na realização dos PI (Batalha & Sousa, 2018; OE, 2013).

No que se reporta à dor, a evolução científica, permitiu identificar que a sua transmissão se efetua através dos recetores cutâneos, para as regiões sensitivas do córtex desde o período fetal, evidenciando a capacidade sensorial da criança (Liziardi et al., 2020).

Na transição desenvolvimental: lactente a comunicação de dor ocorre principalmente através da linguagem corporal, como, expressões faciais de desconforto, choro intenso e interrupto, respostas corporais como a retirada e ainda, alterações do comportamento. Além do acima referido, perante desconforto verifica-se alteração dos sinais vitais, sendo exemplo, a taquicardia e a polipneia (Liziardi et al., 2020; Oliveira, et al. 2018; Santos et al., 2021).

Na transição desenvolvimental período toddler a manifestação de desconforto e dor mais comum são os gritos. À medida que vão adquirindo maiores competências na linguagem, mais vocabulário, podem exprimir-se utilizando diferentes vocábulos. Também, a sua linguagem corporal constituiu outra manifestação nesse âmbito, através de agitação motora, agressividade ou até mesmo, proteção da área a ser submetida a um PI potenciador de dor (Oliveira et al., 2018; Summers, Paganini, & Lloyd, 2022)

Na transição desenvolvimental infância pré-escolar, também conhecida como a idade do pensamento mágico, as crianças podem misturar a realidade com a fantasia, associando por exemplo a dor a um ato punitivo, desencadeando níveis de stress e de ansiedade elevados. Nesta fase as crianças conseguem expressar verbalmente o desconforto e a dor sentida e ainda, as manifestam apresentando comportamentos de agitação e agressividade. Acresce sua preocupação com a perda de partes do corpo, lesões corporais e ainda, têm medo de agulhas e dos PI. A compreensão da dor nesta idade por parte dos profissionais de saúde é essencial para proporcionar cuidados humanizado, sensíveis e eficazes (Mencía, et al., 2022; Oliveira et al., 2018)

As crianças na transição desenvolvimental infância escolar são mais exigentes, possuem maiores capacidades cognitivas, que lhe permitem descrever e estabelecer a ligação entre dor e sua origem. Apresentam curiosidade e interesse em compreender as intervenções realizadas, permitindo que as manifestações corporais de dor assumam outras configurações, como imobilidade, rigidez, posição fetal, proteção da área dolorosa e cerrar os punhos. Acompanhadas por comportamentos, de que são exemplo, a irritabilidade, a raiva, a tristeza, a depressão ou a agressividade, e ainda, por alterações dos seus padrões de sono (Batalha, 2017; Oliveira et al., 2018; Ragnarsson, 2020).

A compreensão da dor pode variar ao longo da transição desenvolvimental da adolescência e sendo influenciada por fatores como, experiências anteriores vivenciadas, nível de maturidade emocional, educação sobre saúde e até mesmo a sua cultura. Os adolescentes têm uma necessidade crucial de preservar a autoestima e o controle corporal. Deste modo, maioritariamente, evitam manifestar comportamentos associados ao desconforto e à dor pelos PI devido à condição psicológica de vergonha, dificultando a sua avaliação. Torna-se, de extrema relevância realizar intervenções para ensinar sobre técnicas de controle da dor, antecipadamente e de apoio emocional adequado à condição individual (Murray, Groenewald, Veja & Palermo, 2020; Oliveira et al., 2018; Silva et al., 2022).

É essencial, capacitar as crianças/adolescentes e as suas famílias para desempenhar um papel ativo na gestão da dor. Isso significa que os enfermeiros no desenvolvimento de intervenções antecipadamente promovem o autocontrolo, a partir da consciencialização e capacitação sobre fatores intervenientes e estratégias a utilizarem. Para tal, recorrem à comunicação clínica eficaz, como explicar os procedimentos, estabelecer confiança, responder a todas às questões; usar uma linguagem positiva e adaptada e acessível em cada período etário (Children Healthcare Canada, 2024).

O desenvolvimento de estratégias e implementação de protocolos específicos, é crucial, para tornar os serviços de saúde que atendem crianças/adolescentes

e suas famílias mais acolhedores, promovendo cuidados que minimizem traumas e melhorem a eficiência (Pereira, Fajardo, Couto & Flora, 2024).

Para que estas estratégias sejam eficazes, é fundamental garantir dotações seguras de profissionais de enfermagem, assegurando uma equipa dimensionada de forma adequada para prestar uma assistência qualificada, humanizada e baseada em evidência científica. A existência de um número suficiente de enfermeiros permite a implementação eficaz de protocolos específicos para cada situação, otimizando a qualidade dos cuidados e promovendo a segurança dos pacientes e das suas famílias (OE, 2018; Pereira, Fajardo, Couto & Flora, 2024).

Dotações seguras referem-se à garantia de que, em todos os momentos, há um número adequado de profissionais de enfermagem, com competências apropriadas, para responder eficazmente às necessidades dos cuidados dos clientes, assim como, asseguram que as condições de trabalho se mantêm seguras, reduzindo os riscos para os profissionais e para os clientes (Stewart, 2022).

Segundo a OE (2018), nos SUP deve existir um enfermeiro por posto de trabalho, sendo que na unidade de internamento de curta duração o rácio recomendado é de um enfermeiro por cada três doentes internados. O documento revela ainda que no SUP na equipa deve existir um EEESIP por cada três enfermeiros generalistas.

Nas UCIP, o rácio recomendado em todos os turnos é de um doente para cada enfermeiro. Nas UCIP, é essencial que, a cada três enfermeiros de cuidados gerais, estejam sempre presentes dois enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, garantindo essa proporção ao longo das 24 horas. Além disso, recomenda-se que, em cada turno, 75% da equipa de enfermagem seja composta por profissionais com, pelo menos, dois anos de experiência em pediatria, assegurando uma prestação de cuidados qualificada e especializada (OE, 2018).

Portanto, as recomendações da OE (2018) enfatizam a importância de assegurar uma adequada dotação de profissionais especializados para garantir a qualidade e segurança nos cuidados pediátricos. A presença de enfermeiros especialistas, a manutenção de rácios adequados entre enfermeiros de cuidados gerais e especializados, e a experiência prática em pediatria são fatores essenciais para uma assistência eficaz e humanizada, especialmente em contextos de alta complexidade, como os SUP e UCIP. A implementação destas diretrizes contribui para a melhoria dos cuidados e para a segurança dos clientes e profissionais de saúde.

1.3. A promoção do conforto na criança/adolescente

O conforto tem sido integrado na prática de enfermagem, sendo considerado o foco central dos cuidados. Atualmente o conforto é reconhecido como um processo abrangente de cuidados, que promove o bem-estar holístico do cliente. As medidas de conforto são intervenções planeadas e executadas pelos enfermeiros, destinadas a promover o conforto da criança/adolescente, abordando as suas necessidades físicas emocionais, sociais e espirituais (Bispo et al., 2022; Boudiab & Kolcaba, 2015; Kolcaba, 2003).

Estas estratégias são identificadas como intervenções destinadas a melhorar o nível de conforto do cliente e são classificadas em três tipos de medidas distintas: técnicas, educativas e, por fim, de "comfort food for the soul", estas fortalecem a pessoa com uma condição de doença de maneira intangível e/ou pessoal (Boudiab & Kolcaba, 2015; Kolcaba, 2003).

Atualmente, a promoção do conforto, nos sistemas de saúde é vista como um critério fundamental de qualidade de cuidados. Controlar a dor vai para além da responsabilidade e capacidade dos profissionais de saúde, constitui um direito garantido das crianças, conforme estabelecido na Carta da Criança Hospitalizada e entre outros documentos. Além disso, o seu controle é

considerado um elemento crucial para humanizar efetivamente os cuidados de saúde oferecidos (DGS,2012; OE, 2013; Paul et al., 2023).

A garantia do bem-estar integral da criança/adolescente e família é o objetivo primordial da gestão eficaz da dor e dos cuidados de enfermagem, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, acompanhando os resultados obtidos e reformulando o diagnóstico e as respetivas intervenções, sempre que tal seja necessário. Importa ressaltar que as intervenções de enfermagem podem ser autónomas ou interdependentes. As primeiras referem-se às intervenções realizadas pelo enfermeiro por iniciativa própria e sob sua única e exclusiva responsabilidade, enquanto as interdependentes referem-se às intervenções realizadas pelos enfermeiros, porém prescritas por outros profissionais de saúde e com o fim de alcançar o melhor interesse e bem-estar do cliente (Esteves & Amaral, 2023; OE, 2013).

As intervenções interdependentes, muitas delas associadas aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica incluem a terapêutica farmacológica para o controlo da dor, como os fármacos opióides e não opióides, adjuvantes e anestésicos locais. Contudo, existem alguns fármacos do grupo de anestésicos tópicos que podem ser utilizados de forma autónoma pelos enfermeiros, desde que devidamente protocolado pelas instituições (Balice-Bourgois et al., 2020; Batalha & Correia, 2018). Desse grupo destaca-se, pela frequência de utilização, o Cloreto de Etilo utilizado em procedimentos com agulha pelo seu rápido poder de ação e o EMLA® com eficácia comprovada em vários estudos (Mace et al., 2020; Haidar et al., 2024; Xess et al., 2024).

As intervenções autónomas de enfermagem relacionam-se com as de natureza não farmacológicas para alívio da dor sendo categorizadas como: i) comportamentais que incluem o ensino de comportamentos específicos para reduzir a dor; ii) cognitivas utilizam métodos mentais para aliviar o desconforto; iii) cognitivo-comportamentais combinam estratégias mentais e comportamentais; iv) físicas ou periféricas diminuem a intensidade do estímulo doloroso e influenciam o comportamento e a cognição; v) suporte emocional

proporcionado pela presença de uma pessoa de apoio significativa; vi) e ambientais que melhoraram as condições do ambiente para promover o conforto e bem-estar (OE, 2013).

A tomada de decisão pelo tipo de intervenção não farmacológicas varia consoante a avaliação do custo-benefício, a disponibilidade de recursos, as preferências, estadio de desenvolvimento cognitivo e competências da criança/adolescente. Aplicação destas estratégias deve seguir as linhas orientadoras delineadas nos guias de boas práticas de enfermagem emitidos pela OE, sustentadas em evidência científica (Farzan et al., 2023; Kim, Jeong & Choi, 2024; Trembath et al., 2023).

Existem diferentes estratégias não farmacológicas de alívio da dor, as intervenções realizadas pelos os enfermeiros tal como a distração e o relaxamento são eficazes para controlar a dor durante PI em crianças. A distração desvia a atenção da dor, utilizando tecnologia, música, histórias ou imaginação guiada, enquanto o relaxamento pode ser promovido através de massagem, neuroestimulação ou posicionamento (Balliel, 2023; Goktas & Avci 2023; Thi, Mudiyanselane & Huang, 2022). Outras abordagens, como amamentação, sucção não nutritiva e o método canguru, também, são benéficas. No entanto, essas estratégias são ajustadas de acordo com a idade e o desenvolvimento da criança/adolescente (DGS, 2012; Farzan et al., 2023; Mendes, Furlan & Sanches, 2022; Oliveira et al., 2018).

2. METODOLOGIA

Neste capítulo são descritas as etapas do caminho metodológico que envolvem as decisões sobre o desenho do estudo; as estratégias que influenciaram a sua elaboração, tais como a escolha dos instrumentos e as técnicas para colheita e análise de dados; o processo de seleção dos participantes; e por fim, as questões legais e éticas envolvidas.

A pertinência do estudo que se apresenta relaciona-se com a necessidade de compreender a perspetiva dos enfermeiros de pediatria sobre estratégias que promovam o conforto durante PI e que excluam ou minimizem os seus efeitos na população pediátrica. Neste sentido, importa utilizar um método científico que possibilite a organização da colheita de dados e uma maior confiabilidade e aceitação dos resultados pela comunidade científica.

2.1. Justificação e finalidade do estudo

O presente estudo tem por finalidade contribuir para a promoção do conforto durante os PI à criança em idade pediátrica. No contexto do estudo que se apresenta, os PI, conforme referido anteriormente, constituem intervenções para a introdução de dispositivos médicos no corpo da criança/adolescente, frequentemente através da pele, das mucosas ou de orifícios naturais, e que vivenciam a transição saúde doença ou um evento crítico. Esses PI podem incluir ações como punções, cateterizações, colocação de sondas ou outros dispositivos, que causam desconforto e dor na criança/adolescente (DGS, 2012).

Os EEESIP em todos os contextos de saúde, mas em particular, na UCIP e SUP, têm inerente às suas competências trabalhar em parceria com a

criança/adolescente e família, com o intuito da promoção do nível mais elevado do estado de saúde possível, este realiza cuidados mobilizando os recursos necessários de suporte à criança/adolescente e sua família para a promoção do bem-estar de todos os envolvidos na vivência da transição saúde-doença e/ou eventos críticos (OE, 2018).

Da experiência profissional da investigadora, no âmbito da SUP, decorre que o trabalho dos enfermeiros é essencial, de uma forma global, para garantir uma resposta rápida e eficaz às necessidades das crianças/adolescentes em situações urgentes. A atuação exige conhecimentos especializados, capacidade de tomada de decisão rápida e sensibilidade no atendimento às crianças/adolescentes e suas famílias. E da proximidade com o trabalho desenvolvido em UCIP, a investigadora, no seu quotidiano, percebe como mais evidente o contributo dos enfermeiros para a sobrevivência e a recuperação de crianças/adolescente que vivenciam eventos críticos graves. Cujas complexidades dos cuidados exigem dos profissionais de saúde capacitação contínua, habilidades técnicas avançadas e sensibilidade emocional para lidar com esses clientes em estado crítico e suas famílias.

Em ambos ambientes hospitalares, a necessidade de recorrer aos PI é transversal. No SUP concorrem para a garantia da estabilização fisiológica inicial, exames de diagnóstico e administração de terapêutica, e na UCIP, os PI são uma das intervenções que possibilitam a manutenção da vida e a recuperação das crianças/adolescente a vivenciar um evento crítico. A realização desses procedimentos, independentemente dos contextos, requer capacitação contínua dos enfermeiros, avaliação criteriosa e monitorização rigorosa, para minimizar riscos e otimizar a qualidade de saúde e cuidados prestados.

Neste contexto, assume particular importância, o questionamento da investigadora sobre: Qual a percepção dos enfermeiros dos SUP e UCIP relativamente à promoção do conforto durante os PI em idade pediátrica?

Este estudo tem por finalidade contribuir para a promoção do conforto durante os PI à criança em idade pediátrica. Justificada pelos propósitos de que uma

pesquisa possibilita a realização de um processo consistente, com metas específicas a atingir por forma a alcançar os objetivos. Estes precisam de ser redigidos de forma clara e precisa, estar relacionados com a questão de investigação e serem concretizáveis ao longo do estudo (Gonçalves, 2019).

O objetivo geral que orientou a presente investigação foi: compreender a perspetiva dos EEESIP, dos SUP e das UCIP sobre a promoção do conforto durante os PI em idade pediátrica.

Neste sentido, os objetivos específicos delineados inicialmente para o projeto FAMA CII, foram adaptados pelo carácter do tema desta dissertação e determinados foram:

- Identificar PI realizados em SUP e UCIP;
- Conhecer as condicionantes das respostas aos PI em SUP e UCIP,
- Conhecer as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na promoção do conforto face aos PI em SUP e UCIP.

2.2. Caracterização do estudo

Minayo (2018, p.141), define a metodologia qualitativa como, “aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas encaradas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Nesta perspetiva, centrada na organização social do fenómeno, a investigação qualitativa foca-se no conjunto de significados, razões, aspirações, crenças, valores e atitudes, representando o âmbito mais complexo das relações, dos processos e dos fenómenos, que escapam à simplificação (Pinto et al., 2018).

Os métodos utilizados na pesquisa refletem uma ligação inseparável entre a realidade e a subjetividade do participante. Demonstra uma característica descritiva e realiza uma interpretação dos fenómenos e atribuição de significados através do método indutivo. A principal meta é atingir uma compreensão profunda e subjetiva do assunto em análise (Santos et al.,2019).

Na pesquisa qualitativa, as informações são obtidas em formato de palavras, como entrevistas transcritas, notas de campo, fotografias, depoimentos, entre outros. O investigador avalia a riqueza e a forma de registo dos dados, pois cada informação é relevante para compreender o fenómeno em estudo (Campos, 2000).

Neste sentido, optou-se por realizar um estudo qualitativo, exploratório e descritivo. Na dimensão temporal, a abordagem é transversal, uma vez que os dados são colhidos num único momento no tempo da pesquisa.

2.3. Participantes do estudo

Considerando a especificidade do estudo e da temática, este é constituído por amostragem não probabilística por conveniência tipo bola de neve. A amostragem por conveniência consiste em selecionar indivíduos que estejam prontamente disponíveis para participar da pesquisa. A recolha de informações foi realizada até à saturação de dados (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Para integrar o grupo de participantes, estabeleceu-se como critérios de inclusão, que no momento da recolha de dados, i) estivessem a exercer funções em unidades SUP e UCIP e ii) fossem detentores do título de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica (EESIP). A determinação do número de participante foi estabelecida quando atingimos a saturação dos dados, isto é, quando os temas e as categorias começaram a ser repetidas e

consequentemente, a recolha de dados deixou de fornecer novas informações (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Deste modo, os participantes no estudo foram 11 enfermeiros EESIP, sendo que destes seis exerciam funções no SUP e os restantes no UCIP de instituições do Norte de Portugal. Quanto à formação académica, sete enfermeiros detinham o nível de mestrado e seis realizaram cursos na área específica de PI e dor pediátrica.

A maioria dos participantes (n=9) foi do género feminino. A média de idades foi de 40,45 anos, compreendidas entre os 28 e os 56 anos. Relativamente ao número de anos de trabalho nos contextos em estudo, a média foi de 17 anos, o intervalo variou entre 5 e 28 anos de experiência profissional.

2.4. Procedimentos de recolha de dados

A pesquisa qualitativa foca em narrativas minuciosas de pessoas ou situações, e a colheita de dados ocorre através de abordagens como as entrevistas e as observações. Em pesquisas descritivas, são utilizadas principalmente as entrevistas estruturadas ou semiestruturadas, as observações, os questionários e, eventualmente, as escalas (Fortin, Côté & Fillion, 2009; Nieswiadomy, 2010).

Na presente investigação foi opção a utilização da entrevista semiestruturada, com o objetivo obter dados e informações descritivas na linguagem do participante, possibilitando-nos, enquanto investigadores, obter intuitivamente uma compreensão sobre a sua interpretação das medidas de conforto nos procedimentos invasivos em unidades de cuidados intensivos pediátricos e de urgência pediátricos, segundo a perspectiva a perspectiva dos EESIP (Fortin, 2009; Bogdan & Biklen, 2010; Pereira et al. 2011).

Foi elaborado um guião composto por um roteiro pré-estabelecido com perguntas específicas relacionadas aos tópicos em estudo foi previamente

validado, através da realização de uma entrevista de pré-testes, e foi aplicada a um EEESIP, cujos critérios de seleção estavam alinhados com os definidos para este estudo. Constatou-se que as questões respondiam aos objetivos do estudo e eram compreensíveis, pelo que não foram introduzidas quaisquer alterações, pelo que o guião foi utilizado para conduzir as entrevistas (Anexo IV). E a entrevista pré-teste foi excluída do estudo.

A entrevista possibilitou a partilha de pensamentos, sentimentos, valores e opiniões sobre o assunto, visando compreender o ponto de vista dos participantes e atribuindo à informação a sua dimensão de subjetividade (Bardin, 2019). A sequência das perguntas variou em função dos discursos dos participantes, possibilitando ao entrevistador colocar todas as questões, considerando o alinhamento e a oportunidade do/no discurso (Fortin, Côté & Fillion, 2009). Acresce, que o guião constituiu um fator facilitador da condução da entrevista, garantindo respostas para todas as perguntas; possibilitou a colocação de outras questões que surgiram aleatoriamente durante o percurso, com o intuito de esclarecer e enriquecer os dados e informações recolhidas; e permitiu ao participante ter liberdade para responder de forma autónoma (Aguiar, 2011).

As entrevistas foram precedidas de um contacto prévio com o participante para explicitar os objetivos do estudo, assegurar a confidencialidade da informação recolhida, obter o consentimento informado e agendar o local e hora, no caso de aceitação. O local da sua realização foi extra contexto profissional, escolhendo-se um lugar calmo, agradável e que garantia a privacidade (Fortin, 2009; Santo, 2015) e de acordo com a preferência do participante. Estas condições permitiram que os EEESIP se sentissem confortáveis na partilha da informação (Streubert & Carpenter, 2013).

As entrevistas tiveram uma duração média de 20 minutos, foram gravadas através do uso de um gravador áudio e transcritas para o processador de texto Microsoft Word. A gravação permitiu o registo de toda a informação, facilitou o desenvolvimento do papel de entrevistador, por ficar mais livre e concentrado no conteúdo do guião e na condução da entrevistada (Flick, 2018; Máximo-

Esteves, 2008). A decisão de terminar a recolha de dados fundamentou-se aquando dos participantes não acrescentavam dados novos às questões formuladas.

2.5. Procedimentos na análise de dados

A etapa de análise dos dados visa compreender e validar os pressupostos da pesquisa, responder às perguntas e aos objetivos propostos, levando em consideração a expansão do conhecimento acerca do tema em análise.

As metodologias qualitativas são extremamente variadas, complexas e distintas, sendo a análise temática um método essencial na pesquisa qualitativa, cuja opção foi segundo Braun & Clarke (2006). Desta forma, obteve-se flexibilidade teórica e a análise temática constituiu um instrumento valioso e versátil produzindo um relato minucioso dos dados. Este procedimento auxiliou na identificação, avaliação e descrição de padrões (temas) presentes nos dados, estruturando e detalhando o conjunto de informações. Muitas vezes, a análise temática ultrapassou a simples descrição, tornando-se uma interpretação de diversos aspetos do tema de estudo para oferecer perceções mais aprofundadas na perspetiva dos participantes (Braun & Clarke, 2006; Souza, 2019; Marques & Graeff, 2022).

A análise temática segundo Braun & Clarke (2006), compreende seis etapas, sendo elas:

- Conhecimento dos dados: consiste em anotar os dados, ler e reler o conteúdo, e registar as primeiras ideias. Após transcrição das entrevistas foram extraídos alguns conceitos iniciais que eram relevantes para o estudo.
- Criar os primeiros códigos: compreende a identificação e codificação de maneira sistemática dos elementos interessantes do conteúdo em todo o

conjunto de dados, agrupando informações pertinentes para cada código. Com a leitura das entrevistas foram surgindo diferentes códigos consoante as respostas dos entrevistados, sendo que estes foram anotados ao longo do documento.

- Procurar temas: abarca a separação dos códigos em possíveis temas, recolhendo todas as informações pertinentes para cada um desses tópicos. Depois dos códigos criados existiu a necessidade de criar temas, e agrupar os códigos segundo a sua temática.
- A revisão de temas: inclui a verificação da consistência destes com as partes codificadas e com o conjunto de dados completo, elaborando um "mapa temático" da análise. Após esta foi realizada a tabela matriz (ANEXO V) onde a informação foi organizada e reajustada sempre que existiu essa necessidade.
- Definir e nomear os temas: consiste em aperfeiçoar constantemente cada um, criando definições e denominações claras que representem a narrativa geral.
- Elaborar o relatório: inclui uma avaliação conclusiva, selecionando exemplos ilustrativos, associando a análise ao problema de pesquisa e à literatura

No presente trabalho de investigação a análise temática foi realizada através do método misto para oferecer uma interpretação mais abrangente dos dados, combinando a abordagem indutiva, quando se realizou a observação direta dos dados, permitindo que padrões e temas surgissem sem predefinições e a abordagem dedutiva quando se orientou a análise dos dados baseando-nos em teorias ou categorias previamente estabelecidas, para confirmar ou refutar as suposições (Almeida & Bissoli, 2019; Braun & Clarke, 2006; Creswell, 2014;).

Dessa forma, procedeu-se à análise dos dados obtidos nas entrevistas de forma indutiva, permitindo que os temas emergissem diretamente dos discursos dos participantes, sem a imposição de temas pré-definidos. À medida que foram sendo identificados, foram confrontados com a evidência teórica

existente, o que possibilitou a validação dos temas emergentes e o aparecimento de novas temáticas, anteriormente desconsideradas. Este processo de confronto e reflexão levou ao reagrupamento de determinados temas, resultando numa organização mais coerente e fundamentada dos dados. Deste modo, a investigação beneficiou da análise flexível e dinâmica, integrando simultaneamente a descoberta empírica e a consolidação teórica.

2.6. Considerações éticas

O estudo que se apresenta foi realizado no âmbito do projeto denominado “FAMA CII – Estudo Internacional - A Promoção do Conforto nos Procedimentos Invasivos em Idade Pediátrica”, coordenado pela Professora Doutora Lígia Lima, integrado no CINTESIS/ESEP, respeitou as opções e considerações éticas aprovadas para o projeto com o código de aprovação: CE@32/2023. Foi ainda garantida a aprovação por parte do encarregado de proteção de dados, que emitiu parecer favorável, como consta no ANEXO II.

Realizar investigação é uma tarefa de grande responsabilidade ética, que envolve diversos princípios intrínsecos. Na Enfermagem, como ciência humana, há uma preocupação adicional com o bem-estar dos participantes das pesquisas e com o respeito pela dignidade, direitos e integridade das pessoas.

A responsabilidade ética na investigação, especialmente na Enfermagem, que lida com o cuidado e bem-estar das pessoas, é refletida nas práticas adotadas para garantir os direitos e a dignidade dos participantes.

Os direitos mencionados foram tidos em conta antes do início da colheita de dados: os participantes receberam informações sobre o estudo (Anexo III), o processo de colheita de dados e a estratégia de gravação das entrevistas em áudio. Foram, ainda, informados de que as gravações serão destruídas após a

sua transcrição e análise. Importa ressaltar que todos os dados obtidos foram usados única e exclusivamente para fins de investigação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo tem por objetivo apresentar os resultados da análise de dados oriundos das entrevistas, para os quais se selecionou exemplos que ilustram os temas e subtemas, associando à evidência científica. A seguir apresenta-se a análise global efetuadas e que se organizou em temas, subtemas e sub subtemas, conforme quadro que se segue.

Quadro 2 – Quadro de redução de temas

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA
Procedimentos Invasivos	Por Punção	-----
	Através de Orifícios Naturais	
	Outros Procedimentos	
Respostas da criança/adolescente aos procedimentos invasivos	Reações comportamentais	-----
	Reações Físicas	
	Reações Emocionais	
Condicionantes das respostas aos procedimentos	Relacionadas com a criança e o adolescente	Vivências anteriores
		Condição Especial
		Informação pelos média
	Relacionadas com os Pais	Parceria de cuidados
		Expectativa da participação dos pais
		Comunicação com os pais
		Condição Individual e Profissional
	Relacionadas com os Enfermeiro	Colaboração Interdisciplinar
		Humanização dos Cuidados
		Preparação e Capacitação dos Enfermeiros
	Relacionadas com o contexto	Condições Físicas
		Recursos Humanos
Recursos Materiais		
Estratégias promotoras do conforto	Estratégias Farmacológicas	Cognitivas Cognitivo-comportamentais Físicas ou Periféricas
	Estratégias Não-Farmacológicas	
Formação	Desenvolvimento Profissional	-----
	Condicionantes da formação	
	Efetividade do processo de formação	

3.1. Procedimentos Invasivos

Das entrevistas emergiram três subtemas: por punção; através de orifícios naturais e outros procedimentos (Diagrama 1). Estes subtemas alinharam-se com a perspetiva da DGS (2012) sobre PI, que inclui todos os que envolvem agulhas, inserção de sondas em aberturas naturais ou que provocam danos reais ou potenciais aos tecidos.

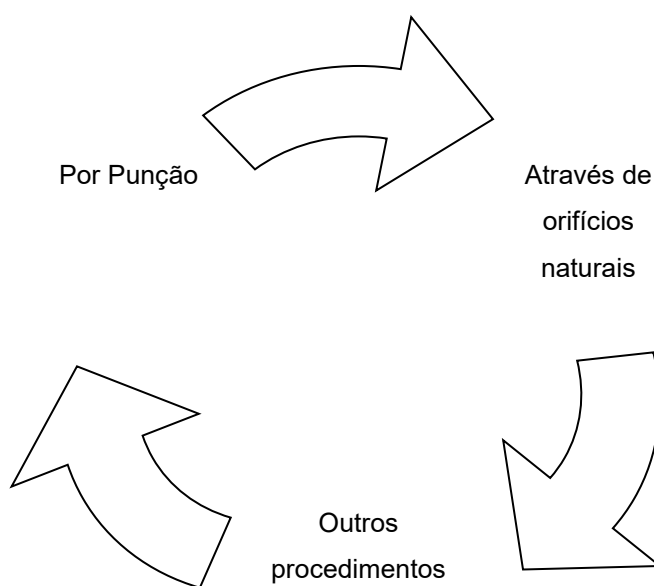


Diagrama 1 – Procedimentos Invasivos

3.1.1. Por Punção

Os enfermeiros entrevistados enumeram diversos procedimentos de punção, que realizavam a partir de prescrição médica como é o caso da colocação de cateter venoso periférico, colheita de sangue e injeções, expresso da seguinte forma:

“Os cateterismos periféricos somos nós (...) para a colheita de sangue, para a administração terapêutica, fluidoterapia...” (E1);

“administração de terapêutica intramuscular, subcutânea, (...) intradérmica, algumas vacinas que às vezes fazemos lá.” (E7).

Na colaboração em procedimentos médicos, os participantes referiram que colaboravam em diferentes atos médicos como punções lombares, colocação de cateteres centrais e arteriais, sendo exemplo:

“colaboro em diferentes procedimentos médicos, (...), canulação para colocação de ECMO, cateter arterial, cateter central, broncofibroscopias, entre muitos outros.” (E5).

Os EESIP ao cuidarem da criança/adolescente e família em situações de especial complexidade, que recorrem ao SUP e UCIP, realizam intervenções de enfermagem interdependentes, como os PI por punção. (OE, 2018b)

Os procedimentos invasivos em idade pediátrica acarretam elevados níveis de ansiedade e stress, sendo que os procedimentos de punção por norma são aqueles que mais impacto têm nas crianças como nas suas famílias. No decorrer das entrevistas, quando questionados os enfermeiros sobre os procedimentos invasivos que realizavam no seu dia a dia, todos eles enumeram quase de imediato todos os procedimentos que implicam uma punção, só depois referiam os outros procedimentos tais como aspiração de secreções, cateterismo vesical, entubação nasogástrica e por fim as colaborações com as equipas médicas. Os procedimentos de punção segundo os enfermeiros são aqueles que são promotores de maiores níveis de stress e medo, associados à realização dos procedimentos invasivos.

Estudos revelam que os procedimentos de punção se revelam invasivos, traumáticos e quando não são explicados previamente podem ter repercussões negativas no desenvolvimento, e as crianças podem associar este tipo de procedimento como uma forma de punição (Martins et al., 2024; Santana & Melo, 2022).

3.1.2. Através de Orifícios Naturais

A realização de procedimentos que resultam na inserção de sondas, foram mencionados pelos participantes, tendo incluído: cateterismo vesical; esvaziamento vesical; entubação nasogástrica; aspiração de secreções; administração de terapêutica rectal e entubação orotraqueal, sendo expressões representativas dos seus discursos:

E1: “as algaliações nos pequeninos, nos maiores, já temos o cuidado de não fazer, só se for estritamente necessário, no âmbito da situação que os leva à urgência” (...) a intubação nasogástrica (...), as lavagens gástricas. (...) a administração de terapêutica rectal que às vezes também é muito desconfortável.”

E5: “colocação de cateter vesical, aspiração de secreções, (...) procedimentos médicos, como as intubações orotraqueais, canulação para colocação de ECMO, cateter arterial central, broncofibroscopias entre muitos outros.”

Relativamente aos procedimentos de inserção de sondas em orifícios, segundo Maia (2022) durante a sua realização raramente são utilizadas estratégias para promover o conforto e o alívio da dor.

3.1.3. Outros Procedimentos

Os EEESIP descreveram outros procedimentos como a realização de tratamento e limpeza de feridas, tratamento de queimaduras e remoção de suturas, de que foram exemplos:

E1: “E se for necessário, fazer alguma limpeza de alguma ferida” (...);

E2: “(...) tratamento de queimaduras”;

E5: “remoção de suturas”.

Relativamente à colaboração em procedimentos, os participantes referiram a sua colaboração com a equipa médica, tal como: remoção de corpo estranho; tratamento de pronações dolorosas; ventilação não-invasiva; ventilação invasiva, expressos nos seus discursos, da seguinte forma:

E2: “colocação de talas gessadas (...) no tratamento das pronações dolorosas, no tratamento de queimaduras (...) Às vezes apoio ao otorrino, na remoção de corpos estranhos.”;

E4: “remoção de drenos torácicos, a remoção de cateteres arteriais ou a extubação propriamente dita e pronto.”;

E10: “dou apoio à cirurgia na realização de “pontos”, aplicação de cola, tratamento de feridas.”

Autores revelam que as feridas em idade pediátrica mais comuns são as feridas decorrentes de traumas, dermatites, queimaduras e operatórias. E que intervenção por parte das equipas deve ser multidisciplinar para proporcionar às crianças/adolescentes e famílias uma melhor experiência, assim como os tratamentos mais adequados e menos invasivos (Bellin et al., 2024; Rivas et al., 2022).

Recorda-se que a OE (2013) aponta para uma prática de enfermagem contextualizada numa atuação multidisciplinar, onde os enfermeiros desenvolvem intervenções interdependentes, iniciadas por outros elementos da equipa de saúde, assumindo a sua responsabilidade na implementação da prescrição.

3.2. Respostas da Criança/Adolescente aos Procedimentos Invasivos

Da análise dos discursos dos participantes emergiram três subtemas, enquanto respostas da criança/adolescente aos PI: reações comportamentais, físicas e emocionais (Diagrama 2). Reações interligadas com a representação da

criança/adolescente e famílias que recorrem ao SUP e permanecem em UCIP, serviços de saúde que constituem fatores desencadeantes de vivências intensas promotoras de stress, medo e ansiedade (Pereira et al., 2024) e ainda, de alterações de comportamento (Hockenberry & Wilson, 2018).

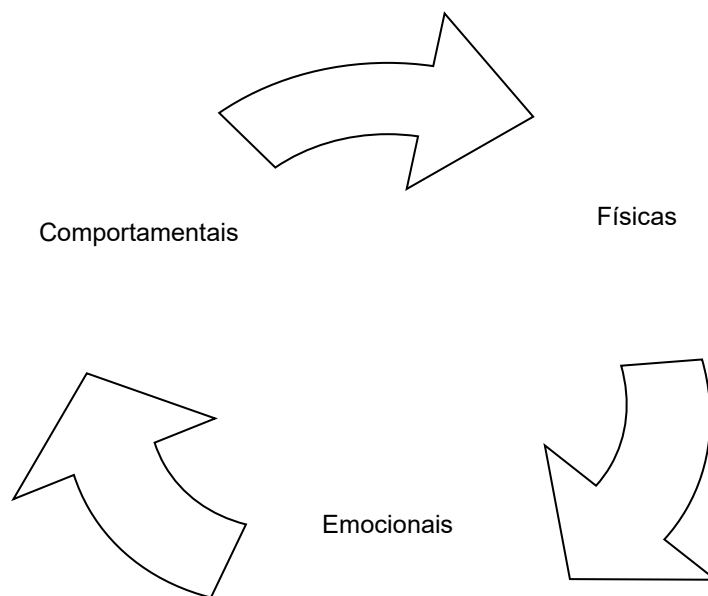


Diagrama 2 - Respostas aos Procedimentos Invasivos

3.2.1. Reações Comportamentais

Os EESIP descrevem as reações comportamentais das crianças em situações de desconforto, destacando o choro, gritos, agressividade, apatia e outras formas de expressão. Estas reações refletem a vulnerabilidade emocional infantil e a diversidade de estratégias para enfrentar as experiências difíceis. É sublinhada a importância do acolhimento, da empatia e da criação de um ambiente seguro para minimizar o impacto emocional. Tendo sido expressas da seguinte forma:

*E3: “Podem chorar, espernear, gritar, fugir. Já tive crianças que se esconderam atrás do frigorífico para não deixarem de ser puncionadas. É verdade, já tive.”
(...) Podem tornar-se mais agressivas, podem tornar-se violentas, malcriadas ou então mais fechadas e mais agarradas a elas próprias e menos expansivas
(...) as manifestações podem ir desde ficarem completamente fechadas nelas próprias”;*

Os participantes revelaram que as reações comportamentais observadas em crianças e adolescentes durante PI são influenciadas pela idade, experiências passadas e maturidade emocional. Em que as crianças mais pequenas demonstraram maior resistência, medo e choro, especialmente quando percebem que algo desconfortável vai acontecer, devido à sua menor capacidade de compreender e controlar as emoções. Enquanto, os adolescentes apresentam maior racionalidade e colaboração, apesar de também, sentirem medo. A sua maturidade emocional permite uma comunicação mais eficaz e um comportamento mais contido.

De entre os estudos que corroboram com os resultados obtidos, destaca-se o realizado por Mariano, Turmina & Schultz (2022) que consideram que a percepção da dor em crianças varia de acordo com a sua idade.

Os EESIP revelaram que a compreensão dos procedimentos médicos varia consoante a idade, estado clínico e experiência prévia das crianças e adolescentes, influenciando a colaboração. Crianças mais novas tendem a resistir, mas experiências anteriores podem ajudar, exceto se forem negativas. Já os mais velhos compreendem melhor e colaboram mais, embora diagnósticos desfavoráveis possam aumentar o medo e a resistência.

E5: “Como já referi anteriormente é muito o nível de compreensão e o estado clínico da criança, pois muitas das vezes dado o estado clínico é difícil de explicar de forma que exista compreensão (...) é expectável que com a idade eles aceitem e percebam melhor o que lhes vamos fazer. (...) nos miúdos mais crescidos nem sempre é fácil explicar o que vamos fazer , mas acredito que para mim a minha maior dificuldade é mesmo essa.”

A análise das entrevistas divulga que a perceção do procedimento médico varia com a idade e a capacidade cognitiva, influenciando a colaboração e a gestão da dor. Crianças mais novas podem mostrar resistência, enquanto as mais velhas tendem a colaborar melhor. A comunicação personalizada e estratégias adaptadas ajudam a reduzir a ansiedade e a melhorar a cooperação.

E9: “olha, depende da idade das crianças, depende muito da idade. Funciona muito, em algumas idades, tentar explicar a situação, tentar simular com um bonequinho, como o companheiro deles, na criança acordava. (...) É bastante diferente, com o adolescente, se conversarmos com ele, se explicares o que é que tem de ser feito, por norma é mais fácil, crianças mais pequenas sobretudo ali na idade dos 2, 6 anos, socorro, é difícil explicar-lhes porque eles não entendem a utilidade do que é que seja”

Os estudos corroboram os dados obtidos. Um estudo revela que a perceção da dor em crianças varia de acordo com a sua idade, tornando essencial que os enfermeiros possuam conhecimentos específicos para prestar cuidados de qualidade ajustados às diferentes fases do desenvolvimento (Mariano, Turmina & Schultz, 2022). Já outro revela que os procedimentos invasivos, por sua vez, frequentemente geram sentimentos de medo, ansiedade e dor independentemente da idade, o que desafia os profissionais de enfermagem a decidirem quais estratégias devem ser aplicadas para minimizar o desconforto durante a sua realização (Lebre et al., 2023).

3.2.2. Reações Físicas

As reações das crianças/adolescentes aos PI variam significativamente conforme a transição desenvolvimental que vivenciam, o que se reflete nas suas capacidades cognitivas, emocionais e sociais (Batalha & Sousa, 2018). A forma como eles reagem aos PI está intimamente ligada à sua compreensão da dor. As reações físicas descritas nas entrevistas, revelaram uma variedade de perceções durante a realização de PI. As principais reações que se

identificaram nas entrevistas foram: a dificuldade de colaboração e autocontrole, a resistência física, as diferenças na tolerância à dor, o medo, a ansiedade manifestada pelo desconforto físico e a postura de defesa.

E11: “Sim, nos mais pequenos, nos lactentes, alguns só de nos ver de farda e assim já percebem que aquilo não vai ser muito calmo, que alguma coisa vai acontecer que não é boa para eles (...)fazer questões, eles fazem muitas questões do que é que vamos fazer, como é que vamos fazer, quanto tempo é que vamos demorar, se vai doer, se não vai doer, quanto é que vai doer e eles conseguindo colocar as questões deles acabam por ficar mais tranquilizados.. (...) Quando não vai doer, mas vai ser desconfortável, digo que não vai doer, mas vai ser desconfortável e tento-nos pôr as coisas mais fáceis do que são para eles, para conseguir conquistar a confiança deles e num outro procedimento, quando eles disserem, olha, não vai doer, eles acreditarem em mim que não vai doer”.

A evidência revelou que as reações físicas das crianças aos PI incluem dor, tensão muscular, alterações na frequência cardíaca, suores, choro e agitação. Estas respostas variam conforme a idade, experiências anteriores e capacidade de lidar com o desconforto, refletindo o medo, a ansiedade e o desconforto associados à situação (Lebre et al., 2023; Telles, Moreira & Lima, 2025).

Neste contexto, para a gestão eficaz das reações físicas, importa que os processos de comunicação com a criança/adolescente sejam transparentes, a intervenção de enfermagem considere a dimensão emocional e a adaptação às diferentes reações (colaboração, resistência, medo) (Lebre et al., 2023; Telles, Moreira & Lima, 2025). O que implica o reconhecimento pelos EESIP que a dor e o desconforto, enquanto experiências subjetivas, solicitam a utilização de estratégias adequadas para redução do seu impacto na criança/adolescente.

3.2.3. Reações Emocionais

Emergiu das entrevistas o impacto do medo, da ansiedade e do stress nas crianças e nas famílias quando submetidas a PI. O medo surgiu frequentemente associado às colheitas por punção e à presença de equipamentos médicos, percebidos pela criança/adolescente como ameaçadores.

As reações emocionais foram expressas como sendo mais intensas em vivências novas ou de stress, relacionadas com a transição desenvolvimental sobretudo em idade pré-escolar e escolar. Tendo sido, exemplos:

E1: “mediante o receio, mediante o medo e a ansiedade da criança. (...), mas numa situação nova, numa situação de stress nos primeiros instantes ele reage desta forma.” “As crianças também não reagem bem (...)um bocadinho o medo que a criança traz associado (...) a partir do momento só que se diz que vai tirar sangue (...) e eles depois, (...) já vêm com aquele receio.

E5: “os equipamentos médicos que existem em torno do doente geram grande stress, medo e ansiedade à criança bem como a família.”

Os dados revelam que os PI, frequentemente geram sentimentos de medo, ansiedade e dor, independentemente da idade, o que desafia os profissionais de enfermagem a decidirem sobre as estratégias a serem utilizadas para minimizar o desconforto durante a sua realização.

A resposta das crianças/adolescentes aos PI influenciada pelas suas experiências passadas, incluindo traumas emocionais e físicos. Crianças com vivências dolorosas ou traumáticas tendem a reagir de forma mais ansiosa, devido às memórias associadas à dor. Compreender estas experiências e o impacto psicológico da dor é essencial para os EESIP terem uma prática de cuidados sensível e eficaz.

Em síntese, os participantes revelaram que os PI desencadeiam respostas da criança/adolescente de natureza comportamental, física e emocional, como anteriormente expresso, quando recorrem aos serviços hospitalares, do tipo SUP e UCIP. Refere-se, de seguida, um conjunto de estudos que corroboram o acima exposto:

- Rosa et al. (2023), a hospitalização em idade pediátrica motiva a ansiedade, medo, tristeza, apatia e comportamentos agressivos, contudo refere que o papel dos enfermeiros pode ser positivo nas vivências das crianças e famílias, pois podem promover cuidados de enfermagem centrados na família, assim como implementar intervenções fomentadores de bem-estar.
- Lima et al., (2023) vai de encontro aos resultados obtidos, referindo que os cuidados de saúde são interpretados pelas crianças como uma forma de punição e com medo. Em idade pediátrica o medo da morte é uma constante o que pode gerar ansiedade e angústia. Em resposta a estes sentimentos pode existir uma regressão comportamental bem como reações emocionais desajustadas;
- Pontes et al. (2022) consideram que o impacto da hospitalização impele mudanças significativas na dinâmica familiar, imputando efeitos emocionais e físicos para a criança/adolescente;
- Mariano, Turmina & Schultz (2022) consideram que durante a realização de PI podem existir reações como: medo, ansiedade, resistência, agitação, comportamentos regressivos, colaboração ou passividade, e até dissociação ou apatia.

A evidência revela que as respostas ao PI dependem da idade, maturidade emocional e experiências anteriores. Para ajudar a minimizar essas reações, é importante que os EESIP adotem uma abordagem cuidadosa, privilegiem a comunicação clara, apoio emocional e estratégias de distração (Mariano, Turmina & Schultz, 2022; Martins et al., 2024; Santana, 2022).

3.3. Condicionantes das Respostas aos Procedimentos Invasivos

Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem requer a participação ativa dos profissionais na sua prática clínica para alcançar a melhoria contínua, promovendo benefícios para a saúde dos seus clientes e a eficiência no uso de recursos (OE, 2012; Silvestri et al., 2021).

Promover cuidados com afeto, respeito, empatia, segurança e conforto, envolvendo os pais nos cuidados aos filhos, fortalece a relação entre família e os profissionais de saúde, contribuindo para uma prática mais humanizada (Barros, et al., 2023; Carvalhais et al., 2021; Gomes et al., 2021; Souza et al., 2024).

Da análise das entrevistas emergiram condicionantes às respostas das crianças/adolescentes durante a realização dos PI, como, os relacionados com a criança/adolescente, os pais, os enfermeiros e os contextos de saúde.

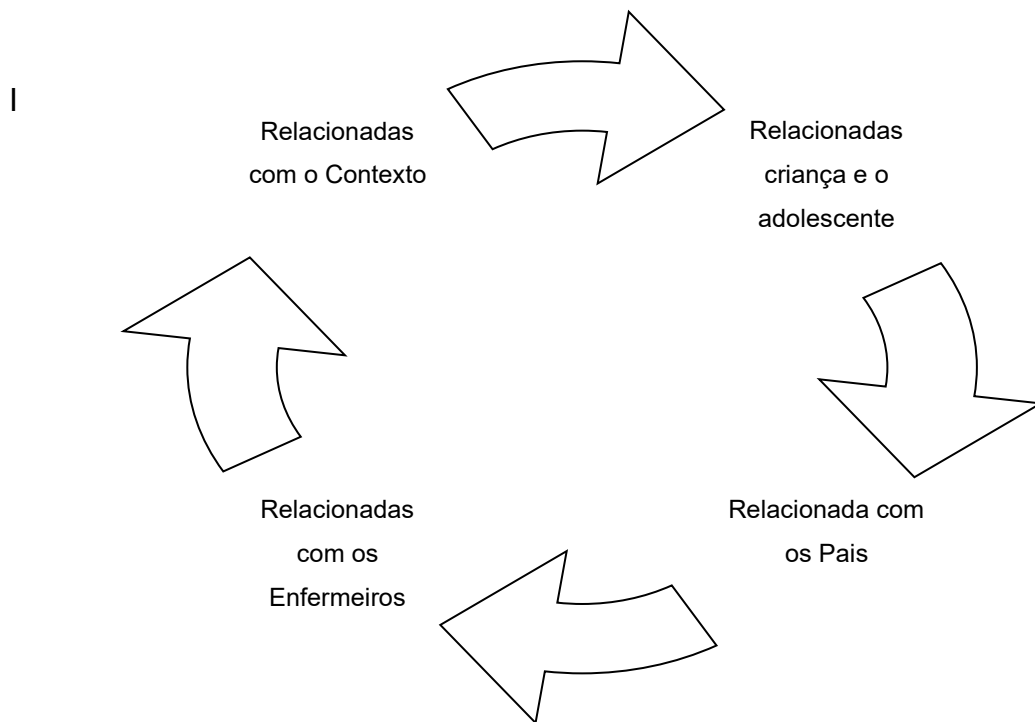


Diagrama 3 - Condicionantes das Respostas aos PI

3.3.1. Relacionadas com a criança e o adolescente

Estar doente é um desafio para a criança/adolescente nas vivências das transições desenvolvimentais, que necessitam do reconhecimento e apoio adequado para minimizar os impactos e transformar a experiência do evento, frequentemente crítico, num processo de aprendizagem (Mariano, Turmina & Schultz, 2022).

Das entrevistas emergiram múltiplos condicionantes relacionados com a condição desenvolvimental da criança/ adolescente, como a seguir se representa.

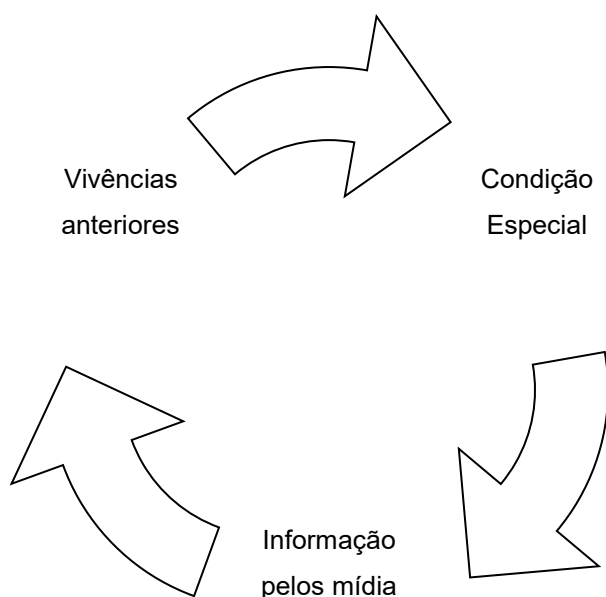


Diagrama 4 - Condicionantes Relacionadas com a Criança/Adolescente

Vivências Anteriores

Neste âmbito, emergiram dos discursos dos enfermeiros as vivências anteriores enquanto condicionante das respostas aos PI, por parte da criança/adolescente, associadas à dor que influenciam a sua reação comportamental e/ou emocional. As declarações apresentadas indicam que as

experiências anteriores, especialmente em contextos de dor ou de trauma, têm um impacto significativo na forma como elas percebem e reagem aos procedimentos invasivos subsequentes. Os enfermeiros referiram essas vivências como condicionantes negativas com implicações nos comportamentos e sentimentos negativos, desta forma expresso:

E3: “Outras vezes têm experiências traumáticas prévias que também lhes condicionam muito a percepção daquilo que nós estamos a dizer. (...) Já têm o conhecimento prévio das atividades que lhes provocam dor e já reagem de uma forma diferente das crianças, que nunca tiveram contato com a dor.”

As vivências prévias das crianças/adolescentes com experiências prévias negativas nos cuidados de saúde têm maior probabilidade de terem comportamentos e sentimentos também, negativos em experiências futuras. Colocando desafios aos enfermeiros na realização de intervenções promotoras do bem-estar e do conforto (Barbosa et al., 2024; Silva et al., 2020). Portanto é crucial promover ambientes e cuidados atraumáticos de forma a diminuir o medo e ansiedade em relação aos serviços de saúde.

Ter uma Condição Especial

As crianças/adolescentes com condição de saúde especial, vulgo designadas por necessidades especiais, dependendo da gravidade e duração da doença, enfrentam desafios específicos quando recorrem ao SUP e UCIP. Muitas delas apresentam limitações físicas, cognitivas emocionais e sociais desajustadas à sua idade cronológica, decorrentes da condição de doença crónica (Peiter et al., 2020).

E5: “muitas vezes temos crianças com doenças crónicas (...) alguns que no decorrer da doença que os levou a ficar internados desenvolvem alguma limitação da cognição e nem sempre é fácil explicar de forma que eles entendam (...) Muitas das vezes dado o estado clínico é difícil de explicar de forma que exista compreensão”.

Lidar com crianças com condições especiais de saúde, como doenças crónicas ou graves, envolve desafios complexos. No SUP ou em UCIP é fundamental a harmonização das competências técnicas e a postura, envoltas em processos

de comunicação efetivos. Estudos evidenciaram, no caso da condição crónica, desafios na área da comunicação associada às limitações cognitivas e adaptações constantes no cuidado prestado. Facto que necessita de atenção contínua e uma abordagem personalizadas a cada criança/adolescente e família. Embora esta última, possa estar mais preparada em conhecimentos e habilidades, podem persistir dificuldades que importa os enfermeiros considerarem nos cuidados realizados (Peiter et al., 2021; Silva & Souza, 2023).

Informação pelos média

Torna-se importante reconhecer, que a efetivação da promoção da Literacia em Saúde, quando ocorre o envolvimento de diferentes setores da sociedade (DGS, 2019). Os dados revelam que o impacto emocional e social da doença na adolescência, podem afetar profundamente o equilíbrio dos adolescentes, dado que muitos deles já têm conhecimento sobre os processos patológicos, que lhes chega através dos meios de comunicação social, como revela o entrevistado:

E10: “Alguns já são informados, ou quase, pelos média que já informaram de algumas coisas, (...) os adolescentes já estão informados, mesmo não tendo sido dito o diagnóstico, eles sabem que é um diagnóstico menos bom, menos favorável, algo que poderá trazer dias de internamento, ausência da família, ausência da escola, dos amigos”.

Dessa forma perspetiva-se maior visibilidade dos sistemas de saúde e melhores níveis de qualidade de vida nos cidadãos, em geral, e em particular, os que têm associado uma condição de doença (DGS, 2019). Na adolescência, os meios de comunicação social, tornaram-se uma fonte importante de comunicação e informação sobre saúde. Neste cenário, informação desadequada pode levar os adolescentes a tomar decisões erradas, aumentar a ansiedade e ter consequências negativas para o seu bem-estar, tornando-se um desafio relevante para a saúde pública (Alencar et al., 2024).

3.3.2. Relacionadas com os Pais

As emoções e o estado psicológico dos pais podem afetar a sua capacidade de compreender as informações e interagir com os profissionais de saúde. O stress, a ansiedade e o choque podem dificultar a comunicação, tornando-a um desafio constante. Além disso, a compreensão dos pais varia conforme fatores como contexto social, cultural e educacional, o que exige que os profissionais adaptem a sua abordagem, usando paciência e estratégias específicas (Mazini et al., 2023; Silva, Sampaio & Marques, 2024).

Da análise dos discursos emergiram três subtemas, como explanado no diagrama seguinte:

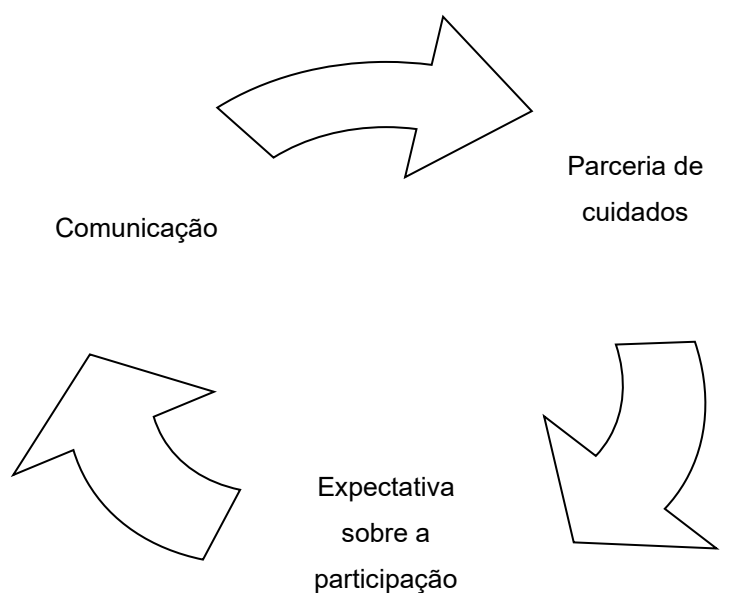


Diagrama 5 - Condicionantes Relacionadas com os Pais

Parceria de Cuidados

Os resultados apontam que os EESIP apresentam uma preocupação com a presença e o envolvimento dos pais nos cuidados prestados às crianças, especialmente aquando da realização de PI. Os entrevistados reconhecem que a parceria com os pais é essencial para o bem-estar da criança, destacando

tanto o impacto emocional nos pais quanto a melhoria do ambiente de cuidado para as crianças.

E5: “por norma, gosto de explicar aos pais tudo que será realizado e dou-lhes abertura para tomarem a decisão de estarem presentes, e acho que até sou bem-sucedido porque os pais depois agradecem e ficam mais tranquilos. (...) Eu gosto de explicar aos pais, gosto que estes desde que ajudem, colaborem e sintam capacidade, estejam presentes durante alguns procedimentos”

Apesar dos EESIP reconhecerem os benefícios da participação destes, alguns destacam as limitações da equipa de saúde em termos de recursos e tempo para garantir uma explicação individualizada e apoio contínuo.

E3: “também depende muito da literacia em saúde dos pais, depende muito da disponibilidade mental dos pais para a situação, porque às vezes os pais também estão em situação de grande stress e não conseguem perceber nada do que nós dizemos. (...) se for uma criança que não me entenda, procuro explicar aos pais, para os pais também minimizarem o stress deles. (...) acho que em 99% das situações os pais são uma presença significativa e uma mais-valia positiva

E9: “nos bebés, tem de ser, tem de ser, nós acabamos também por atenuar a dor dos pais, eles sabendo o que vai acontecer já ficam mais aflitos e nos bebés também temos de ter estratégias para gerir a dor dos pais.”

Um estudo aponta que a presença dos pais e de outros membros próximos da família durante a realização de procedimentos invasivos tem impacto positivo nas crianças, na família e na equipa de saúde (Vardanjani et al., 2021). Outro revela que a presença e o envolvimento dos pais durante procedimentos invasivos revelaram-se eficazes na redução dos níveis de dor nas crianças (Azak, Aksucu & Çaglar, 2022).

Logo, a parceria de cuidados entre os profissionais e os pais é vista como essencial para o bem-estar da criança, mas a sua implementação pode ser limitada por fatores como a carga de trabalho da equipa e o contexto da situação clínica.

Expectativa da Participação dos Pais

Diversos profissionais mencionam que os pais, apresentam níveis elevados de ansiedade e stress, o que pode influenciar o comportamento da criança. A literacia em saúde dos pais e a sua disponibilidade mental afetam a forma como eles lidam com a situação, especialmente em momentos de grande tensão emocional.

E10: “Acho que nós descuramos a maior parte das vezes a presença dos pais nos procedimentos que são invasivos, que são preocupantes para os próprios pais, vão causar ansiedade quando os pais ficam cá fora e ouvem os filhos a chorar durante o procedimento, (...), os pais vão trazer uma grande ansiedade aos próprios filhos e depois já ficam com medo porque vai haver ali um corte no vínculo naquele momento que a criança precisa do pai, da mãe, precisa do primo, precisa do apoio, que não existe, que nós vamos cortá-lo.”

A participação dos pais nos cuidados e procedimentos realizados pelos profissionais de saúde gera diversas opiniões e expectativas nos profissionais de saúde. A sua presença pode ser fundamental para a tranquilidade da criança, mas, em alguns casos, a colaboração dos pais pode ser um desafio, dependendo da postura adotada e da disponibilidade emocional que apresentem (Mazini et al., 2023; Silva, Sampaio & Marques, 2024).

Vários enfermeiros destacaram que os pais são aqueles que melhor conhecem os seus filhos, sendo capazes de identificar comportamentos, emoções e sinais que os enfermeiros talvez não consigam perceber tão rapidamente. A presença dos pais também é vista como um fator importante para a criança sentir conforto, pois eles são considerados o "porto seguro". Por vezes, a presença destes pode complicar o procedimento, principalmente quando eles ficam ansiosos ou sobrecarregados emocionalmente, o que pode transmitir mais stress à criança.

E7: “por norma devem ficar. Devo ter retirado os pais da sala de procedimentos nestes dez anos, pouquíssimas vezes, só mesmo quando eu entendo que são uma fonte de stress para a criança. (...) Portanto, deixo sempre ficar, até para ao contrário, se eu vir que as coisas não estão a resultar, que o pai me está a impedir de fazer as minhas coisas, ou da maneira que eu quero, ou explico que é melhor para o filho e que está a incutir o stress a filha, peço para sair, ou

para ser substituído por outro familiar, o não necessariamente a mãe ou o pai, o avô, quem tiver, e que for significativo para a criança.”

A literatura corrobora que em momentos de crise, como internamentos graves, os pais podem não conseguir processar imediatamente as informações, necessitando de suporte por parte dos enfermeiros. Estes são dotados de competências para perceberem o nível de compreensão por parte dos pais relativamente ao estado de saúde da criança/adolescente. O suporte emocional e técnico aos pais deve ser salvaguardado pelos profissionais sempre que estes demonstrem interesse na participação dos cuidados (Mazini et al., 2023; Silva, Sampaio & Marques, 2024).

Comunicação com os Pais

A análise dos dados apresentados revela várias abordagens na comunicação com os pais durante os procedimentos médicos, evidenciando tanto a importância da comunicação quanto os desafios que surgem neste contexto. Várias entrevistas evidenciaram a importância de uma comunicação clara com os pais, especialmente no que diz respeito ao que vai acontecer com a criança. A transparência e a explicação são vistas como formas de proporcionar tranquilidade a estes. A comunicação deve ser adaptada de acordo com as circunstâncias, seja por meio de explicações graduais, seja pela articulação entre a equipa para garantir que os pais recebam a informação necessária. Isso permite lidar com as situações de forma mais eficaz e menos stressante.

E4: “mas, a realidade é que não temos essa capacidade de resposta. Tentamos articular entre equipa, quando é viável, quando é possível de alguém, pelo menos, dar uma palavra aos pais, à sala”

E5: “mas por norma estabeleço uma boa relação comunicativa com os pais” (...) gosto de explicar aos pais tudo que será realizado e dou-lhes abertura para tomarem a decisão de estarem presentes, e acho que até sou bem-sucedido, porque os pais depois agradecem e ficam mais tranquilos. (...) contudo a comunicação nem sempre fácil, pois, estamos com doentes com cuidados muitos complexos”.

A evidência revela que uma comunicação eficaz com os pais, aliada a uma abordagem empática, é fundamental para atenuar o sofrimento emocional. Contudo, as limitações nos recursos disponíveis, bem como as condições de trabalho, intensificam a pressão sentida pelos enfermeiros (Mazini et al., 2023; Silva, Sampaio & Marques, 2024).

3.3.3. Relacionadas com os Enfermeiros

Ser enfermeiro em pediatria é uma experiência única e gratificante, repleta de desafios. O enfermeiro é responsável pelo cuidado às crianças de diferentes faixas etárias, enfrentando as especificidades que cada uma delas apresenta. Exercer enfermagem em contexto pediátrico impele capacidades e competências técnicas adequadas, mas também a existência de sensibilidade para lidar com o universo infantil (Barros, et al., 2023; OE, 2012).

Os EEESIP desempenham um papel essencial na realização de PI nas crianças, exigindo não apenas competências técnicas, mas também uma abordagem sensível e adaptada às necessidades específicas dos clientes pediátricos. Procedimentos como a inserção de cateteres venosos periféricos, aspiração de secreções ou a colocação de sondas requerem uma execução precisa para minimizar riscos e garantir a segurança da criança. Além das exigências técnicas, estes enfrentam o desafio de lidar com o medo, a ansiedade e, muitas vezes, a resistência por parte das crianças e das suas famílias (Araújo et al., 2021; Souza et al., 2024).

Dos discursos dos EEESIP emergiram como condicionantes das respostas aos PI relacionados com os enfermeiros, os sub subtemas que se representa no diagrama que se segue:

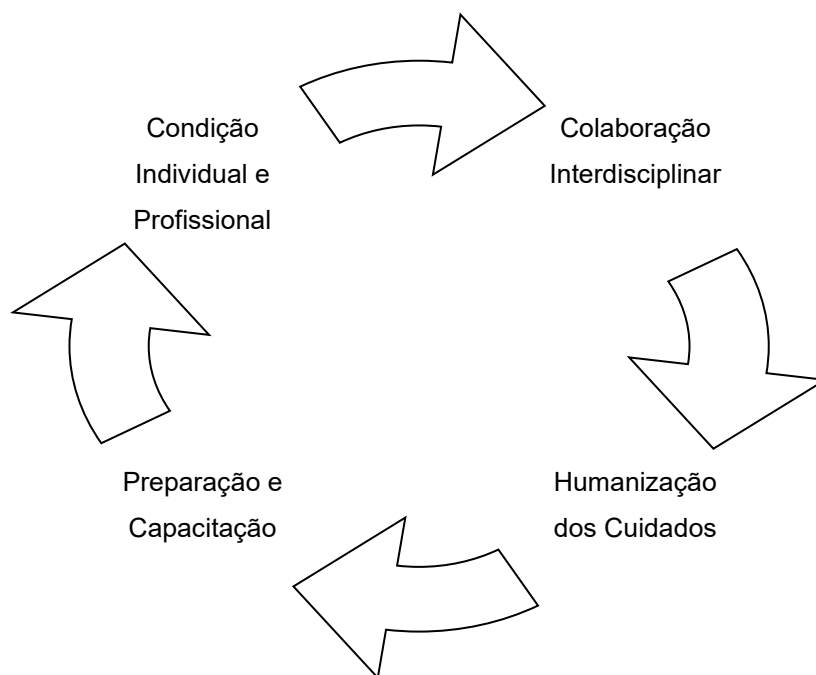


Diagrama 6 - Condicionantes Relacionadas com os Enfermeiros

Condição Individual e Profissional

Nas entrevistas, os EEESIP ressaltaram determinantes na abordagem e desempenho em contextos pediátricos intrínsecos à sua condição profissional como as particularidades intrínsecas à sua personalidade, à formação, à criatividade e aos desafios que a profissão lhes coloca no contexto pediátrico, em áreas como o alívio da dor e o impacto emocional.

E3: “acho que tem a ver com a formação pessoal de cada um. Acho que não tem tanto a ver com a formação na área da pediatria. Tem mesmo a ver com a forma das pessoas serem. É uma característica inata das pessoas.”

E ainda, surgiu a capacidade de adaptação aos desafios colocados pelas reações das crianças/adolescentes aos PI e à criatividade individual.

E9: “acho que vai muito ao encontro da imaginação de cada um, porque há determinadas coisas que com a imaginação nós até conseguimos improvisar

Os EEESIP manifestaram os desafios que a profissão lhes coloca no contexto pediátrico, realçando áreas como o alívio da dor e o impacto emocional de PI nas crianças/adolescentes e suas famílias. Deste modo, expressaram

dificuldades em lidar com a dor manifestada e a sua frustração quando os recursos humanos são insuficientes.

E1: “ (...) se tem procedimentos que vão infringir dor” (...) às vezes não é fácil”.

E10: “Porque não se consegue colocar no papel de pai e de mãe, (...) daquela criança que está debilitada, às vezes afluência também, ao serviço é grande.”

Emergiu dos discursos dos participantes no estudo que na sua condição profissional, em contextos de alta pressão, sala de emergência e UCIP, tinham de gerir os seus níveis de stress e a ansiedade.

E1: “O stress, se for em contexto de sala de trabalho e se eu estiver calma, consigo gerir bem.” (...) Se for o stress da sala de emergência, apesar dos 24 anos que eu tenho, é um stress que eu não consigo gerir muito bem (...) Não consigo gerir bem o stress na emergência”.

Essa gestão emocional é realizada pelo próprio, sem que no contexto de trabalho exista oferta de apoio psicológico ou manifestação de preocupação.

E4: “serviço tão intenso, por haver uma carga emocional tão grande, não temos apoio, ou pelo menos eu não sinto que tenhamos. (...) nunca ninguém me perguntou como é que eu me sentia emocionalmente ou se eu precisava de alguma coisa ou de algum tipo de apoio. (...) de acompanhamento de psicologia por parte da equipa. (...) Portanto, a esse nível eu considero que não existe, nem da chefia intermédia”.

Estudos vão de encontro aos dados obtidos, a sobrecarga laboral, as faltas de apoio pelas instituições de trabalho impelem a novos casos de doença, maior propensão a acidentes laborais, bem como aumento dos casos de depressão e ansiedade. Garantir um ambiente de trabalho seguro e saudável é um direito dos profissionais de saúde e uma obrigação das instituições. Implementar ações preventivas, oferecer formação contínua e promover uma cultura de segurança são aspetos essenciais para diminuir os acidentes de trabalho (Lima, Bento & Borges, 2024; Varela et al., 2024).

Colaboração Interdisciplinar

As experiências partilhadas pelos EEESIP durante a entrevista refletem a colaboração interdisciplinar, neste sentido emergiram as intervenções de enfermagem interdisciplinares, que decorrem da prescrição realizada por outros profissionais e as autónomas resultantes da prescrição dos enfermeiros, como por exemplo, “reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2018b, p. 19193).

E5: “(...) desde que estejam prescritos pelo médico e também, (...) temos a monitorização clínica do doente que nos permite reconhecer alguma alteração advinda da utilização do fármaco”.

O EEESIP no âmbito da sua especialidade tem como competência comum a gestão dos cuidados prestados “otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (OE, 2019, pag.4745), garantindo a segurança e qualidade das atividades ou tarefas delegadas (OE, 2019).

Neste contexto, emergiu dos discursos dos enfermeiros os desafios que se colocam com as relações interdisciplinares. Emergiu dos discursos a sua complexidade, que foi expressa na comunicação, colaboração e gestão eficiente dos recursos focada na melhoria dos cuidados.

E7: “aliás, nós temos um fraco apoio nível da Auxiliar de Ação Médica, por exemplo, é muito mais o apoio entre nós {enfermeiros}. (...) agora temos apoio da anestesia para fazer sedações para redução de fraturas, para realização de punções lombares que sejam mais complicadas. (...) E eles acham que, (...) se tivéssemos o protóxido, que a anestesia ia deixar de nos dar este apoio. Então, as crianças beneficiam mais de ter a anestesia para serem sedados durante estes procedimentos do que do protóxido, que não seria suficiente.”

A reflexão sobre as práticas existentes e a promoção de um ambiente de trabalho mais integrado são passos importantes para superar os desafios identificados.

A literatura mostra que vários fatores no ambiente de trabalho têm efeitos negativos sobre os enfermeiros. Condições de trabalho precárias, sobrecarga de tarefas, falta de recursos humanos e materiais e uma gestão ineficaz afetam

não só a produtividade, mas também a qualidade dos cuidados prestados, a saúde mental dos profissionais e, por consequência, o atendimento às crianças (Andrade et al., 2024; Leite et al., 2024).

Humanização de Cuidados

Dos discursos das entrevistas destaca-se a crescente sensibilidade dos enfermeiros para a humanização dos cuidados com a finalidade de promover o conforto e minimizar o sofrimento das crianças.

E2: “De uma maneira ou outra existem elementos menos focado nisso, mas em geral é uma preocupação da equipa a promoção do conforto.”

E8: “eu acho muito que o sucesso de um procedimento vem muito de se a criança está confortável. Porque se estamos a fazer procedimentos com uma criança a gritar, a chorar, a não colaborar, a maior parte das vezes não corre tão bem. Portanto, (...) é logo uma coisa que nos tentamos focar”.

Apesar dos avanços que se regista na profissão de enfermagem, permanecem diferenças entre os membros da equipa, para um atendimento mais humanizado.

E11: “É uma preocupação, da maior parte dos profissionais de enfermagem. É um tema (...) muitas vezes discutido em passagem de turno, mas temos outros membros da equipa em que se centram mais no procedimento e na técnica do que, em quem estão a fazer aquele procedimento”.

A evidência científica corrobora os dados obtidos, revelando que a humanização dos cuidados pediátricos não só melhora o bem-estar físico das crianças, mas também contribui significativamente para o seu desenvolvimento emocional e psicológico durante o tratamento hospitalar. Além disso, impacta positivamente as famílias, proporcionando-lhes suporte e envolvendo-os ativamente nos cuidados dos seus filhos (Lima et al., 2023; Maia, 2022; Martins et al., 2024)

O cuidado individualizado, o respeito pela privacidade e identidade de cada criança/adolescente e família são aspetos realçados pelos entrevistados, sendo fundamentais para garantir um ambiente humanizado e seguro.

E2: “Isto é feito de forma individual respeitando a privacidade de cada criança”.

E3: “quanto mais o pai estiver envolvido, menos a criança se sente invadida na sua privacidade e na sua esfera íntima.”

E5: “como é óbvio cada caso é um caso, cada família tem as suas necessidades”.

Falar em qualidade de cuidados, é essencial falar no respeito pelas necessidades e pela privacidade de cada criança e família. A personalização do atendimento, com a consideração das especificidades de cada caso, é fundamental para assegurar que as crianças se sintam respeitadas e seguras. Estudos revelaram que os cuidados devem incluir a necessidade de uma avaliação cuidadosa do que existe e como é percebido pelas próprias crianças, tentando recriar o ambiente que elas desejam, contribuindo efetivamente para a promoção do bem-estar e desmistificando a ideia de que o ambiente hospitalar é frio e hostil (Rosa et al., 2024; Silva et al., 2024).

Preparação e Capacitação dos Enfermeiros

Nas entrevistas emergiu a importância da preparação e capacitação dos EESIP na realização de PI de forma segura e minimizar o sofrimento das crianças/adolescentes e famílias, como a experiência profissional, a colaboração de outro.

E1: “pela experiência que eu tenho, mais do que ninguém tenho capacidade para conseguir controlar. (...) Nós estamos ali porque temos os conhecimentos técnicos e temos os meios para poder ajudar. (...) O ideal é que nesses procedimentos houvesse sempre a possibilidade de serem dois enfermeiros porque a sensibilidade e o conhecimento é outro. (...) Independentemente da destreza que as pessoas devem ter, porque sem dúvida, quanto mais hábeis nós formos, temos tendência a causar menor sofrimento. (...) um colega recém-formado, pode ter todos os procedimentos de assepsia, pode preparar todo o material, mas a sua inexperiência pode causar algum desconforto.”

A literatura revelou que enfermeiros com maior experiência profissional tendem a ser mais ágeis na prestação de cuidados devido a vários fatores. O conhecimento consolidado permite reconhecer rapidamente sinais de

agravamento clínico e tomar decisões assertivas, enquanto a prática aprimora a destreza em diferentes PI (Silva, Sampaio & Marques, 2024). A segurança e confiança adquirida com o tempo também contribuem para uma atuação mais tranquila e precisa, reduzindo erros. Outro aspeto importante é a comunicação mais eficaz que ajuda a minimizar a ansiedade e torna os cuidados mais eficientes (Ribeiro et al., 2023). Dessa forma, a experiência dos enfermeiros pediátricos impacta positivamente a qualidade do cuidados e enfermagem.

3.3.4. Relacionadas com o Contexto

A gestão das reações das crianças e adolescentes aos procedimentos em contextos de urgência e UCI envolve uma série de fatores condicionantes que podem impactar diretamente a experiência da criança e o sucesso do tratamento. Assim emergiram três sub subtemas no âmbito das condicionantes relacionadas com o contexto, como está representado no diagrama seguinte:

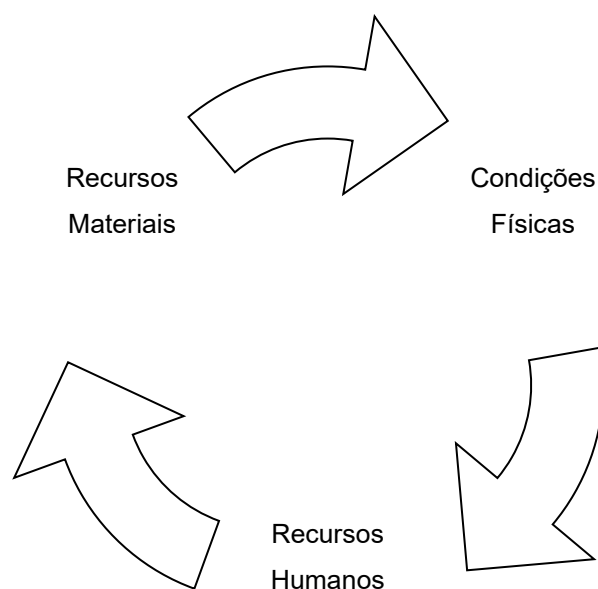


Diagrama 7 -Condicionantes Relacionadas com o Contexto

Condições Físicas

A partir das declarações dos enfermeiros, podemos identificar as diferentes abordagens e dificuldades enfrentadas pelos profissionais neste contexto. As infraestruturas, os espaços e os equipamentos médicos, podem ser intimidantes para as crianças, aumentando a sua ansiedade. Os profissionais apontam que ambientes mais acolhedores e adaptados para procedimentos invasivos poderiam ajudar a reduzir esse impacto emocional (Magalhães et al., 2024). Alguns espaços já são ajustados conforme o tipo de procedimento (como a sala para o uso de protóxido de azoto), mas ainda há desafios, como a presença excessiva de dispositivos médicos que causa desconforto visual e auditivo. Além disso, a condição clínica das crianças, como a instabilidade hemodinâmica, também limita a capacidade de criar um ambiente mais tranquilo. No geral, a adequação do ambiente físico às necessidades emocionais e clínicas das crianças é vista como uma área de melhoria crucial no cuidado pediátrico.

E2: “Os espaços têm coisas alusivas à criança” (...) Consoante o problema da criança adequa-se a sala, como é o caso dos procedimentos mais dolorosos que são feitos em outra sala, na sala do protóxido de azoto”.

E9: “tentar gerir o ambiente em si, que normalmente é um ambiente muito de maquinaria, muito intensivo, tentar pelo menos gerir ali, tapar a cortina para a criança não se perceber do tumulto que vai ali ao redor dela.”.

Os enfermeiros destacam a necessidade de espaços mais acolhedores, especialmente durante a realização dos procedimentos invasivos. Apesar de algumas adaptações, a falta de infraestruturas adequadas para o cuidado emocional das crianças persiste.

As condições físicas das UCIP e SUP afetam as reações emocionais das crianças e a eficácia do cuidado (Magalhães et al., 2024). Melhorar a experiência destes requer repensar o design dos ambientes, equilibrando as necessidades clínicas com o conforto emocional das crianças. A experiência de ser criança em situações médicas envolve, portanto, não apenas o medo da

dor física, mas também o medo psicológico e emocional, influenciado pela comunicação e pela forma como as crianças são abordadas pelos profissionais de saúde (Burlamaqui, Gaspar & Godinho, 2024).

Recursos Humanos

A análise indica que, apesar dos esforços para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, a insuficiência de recursos humanos, tanto em número como em diversidade de funções, é um desafio persistente. A carência de enfermeiros, auxiliares e profissionais em geral tem impacto direto na qualidade do atendimento e na capacidade da equipa para cumprir todas as suas funções de forma eficaz. O aumento do rácio de enfermeiros, sem a correspondente ampliação do número de auxiliares e outros profissionais, não parece ser uma solução suficientemente eficaz para resolver os problemas de sobrecarga de trabalho.

E1: “em termos de recursos, para se fazer com qualidade, se calhar o rácio que temos de enfermeiros não é o mais adequado (...) O ideal é que nesses procedimentos houvesse sempre a possibilidade de serem dois enfermeiros porque a sensibilidade e o conhecimento é outro” (...) como normalmente há uma quantidade de tarefas, de procedimentos para fazer”.

E4: “Sentimos, muitas vezes, essa necessidade de ter alguém extra que pudesse dedicar, também, um bocadinho esse tempo aos pais de explicação. (...) Muitas vezes por falta, também, de recursos humanos da nossa parte. “.

Os enfermeiros referiram que o equilíbrio emocional no trabalho, especialmente em contextos de SUP e UCIP, depende também do apoio institucional e da cultura organizacional. A gestão do stress pode ser otimizada através de estratégias pessoais e apoio organizacional, como formação emocional e apoio psicológico. As instituições de saúde devem reconhecer a carga emocional dos profissionais e implementar políticas de apoio psicológico, para garantir o bem-estar dos trabalhadores e a qualidade do atendimento.

Estudos vão de encontro aos dados obtidos, a sobrecarga laboral, as faltas de apoio pelas instituições de trabalho impelem a novos casos de doença, maior propensão a acidentes laborais, bem como aumento dos casos de depressão e

ansiedade. Garantir um ambiente de trabalho seguro e saudável é um direito dos profissionais de saúde e uma obrigação das instituições. Implementar ações preventivas, oferecer formação contínua e promover uma cultura de segurança são aspetos essenciais para diminuir os acidentes de trabalho (Lima, Bento & Borges, 2024; Varela et al., 2024).

Outros estudos indicam que a sobrecarga de trabalho, causada pelo aumento das horas de trabalho e pela acumulação de tarefas, resulta em negligência, diminuição da produtividade e dificuldades no planeamento de cuidados. A exaustão física e mental dos enfermeiros, provocada por escalas de trabalhos extensas e demandas crescentes, está associada a um maior risco de erros, diminuição da atenção e concentração, comprometendo a capacidade de tomar decisões e realizar tarefas com precisão (Andrade et al., 2024; Soares et al., 2024).

Outra questão que se levantou foi o tempo ou a falta dele, que foi mencionada por todos os entrevistados. A falta de tempo é um fator crítico que afeta diretamente a qualidade dos cuidados prestados, a comunicação com as crianças/famílias e o ambiente de trabalho dos profissionais de saúde.

E1: “cada vez o fator tempo acaba por ser mais determinante (...) nem sempre se tem o tempo necessário (...) essencialmente era haver tempo para se prestar os cuidados com qualidade (...) nem sempre se tem o tempo necessário para se conseguir explicar e desmistificar. (...) quanto mais tempo mais ansiosa ela vai ficar e até porque por vezes também não se consegue estar com o tempo que a criança necessitaria e só lhe iria aumentar o sofrimento”.

A pressão temporal compromete a capacidade de oferecer cuidados de qualidade, levando a uma sobrecarga de trabalho que prejudica a atenção individualizada e a realização de procedimentos com calma e atenção à criança. A gestão eficaz do tempo e a distribuição adequada de recursos humanos são essenciais para garantir que os cuidados sejam prestados com a atenção e o rigor necessários (Barros, F. et al., 2023; Silva, Alves & Rodrigues, 2023).

Recursos Materiais

As entrevistas analisadas evidenciaram diferentes realidades e desafios relacionados com os recursos materiais disponíveis nos serviços de saúde. Por um lado, temos a disponibilidade limitada de recursos como refere o entrevistado número 2, por outro temos a satisfação com os recursos disponíveis como refere o entrevistado número 8.

E2: “Não dá para todos, mas colocamos nos que conseguimos, nos procedimentos mesmo mais invasivos, se for possível” (...) “usamos a sala do protóxido de azoto, quando é uma coisa que necessite de cuidados de anestesia, chamamos anestesista para nos dar algum apoio.”

E8: “temos bastante suporte teórico e temos todo o suporte a nível material. Não temos falta de nada, a nível suporte teórico também, procedimentos, tudo.”

Um dos temas que a maioria dos enfermeiros levantou durante a realização das entrevistas foi a relação com a equipa interdisciplinar, verificando-se que é essencial para a qualidade dos cuidados de saúde, embora existam desafios que dificultam essa integração. A gestão autónoma do tempo e a formação contínua da equipa são essenciais para melhorar a eficácia do trabalho conjunto, enquanto a flexibilidade nas prescrições médicas e a monitorização dos tratamentos garantem a segurança dos cuidados. O apoio de especialidades como a anestesia e a integração das equipas são fundamentais em procedimentos complexos.

A literatura mostra que vários fatores no ambiente de trabalho têm efeitos negativos sobre os enfermeiros. Condições de trabalho precárias, sobrecarga de tarefas, falta de recursos humanos e materiais e uma gestão ineficaz afetam não só a produtividade, mas também a qualidade dos cuidados prestados, a saúde mental dos profissionais e, por consequência, o atendimento às crianças (Andrade et al., 2024; Leite et al., 2024).

Além do que já foi supracitado anteriormente, referiram ainda que há uma divisão nas condições de recursos materiais, alguns profissionais com limitações enquanto outros têm acesso completo aos recursos necessários. Essa disparidade aponta para diferenças na gestão e distribuição de materiais,

sendo importante avaliar a equidade para garantir a qualidade do atendimento (Andrade et al., 2024; Leite et al., 2024).

A disparidade na distribuição de recursos materiais pode afetar diretamente a capacidade de aplicar tratamentos adequados o que, por sua vez, influencia a eficácia das estratégias farmacológicas. Portanto, a gestão eficiente desses recursos e a promoção da equidade são fundamentais não apenas para a qualidade do atendimento, mas também para o sucesso das abordagens terapêuticas (Andrade et al., 2024).

3.4. Estratégias Promotoras do Conforto

As estratégias para promover o conforto durante a realização de PI, são reconhecidas como intervenções de enfermagem que visam aumentar o nível de bem-estar da criança/adolescente e das famílias (OE, 2013). Atualmente, a gestão eficaz da dor nos serviços de saúde é considerada um indicador essencial da qualidade (Correia, et al., 2020). O controle da dor não é apenas uma competência e responsabilidade dos enfermeiros, mas também um direito garantido às crianças. Além disso, assegurar o controle da dor é entendido como um aspeto central para humanizar os cuidados de saúde de forma eficaz (Boudiab & Kolcaba, 2015; DGS, 2012; OE, 2013; Paul et al., 2023).

Dos discursos dos EESIP emergiram os subtemas estratégias farmacológicas e não farmacológicas, que se diligenciam para a promoção do conforto, quando associadas, pela sua potencialização entre si, conforme se representa no diagrama seguinte.

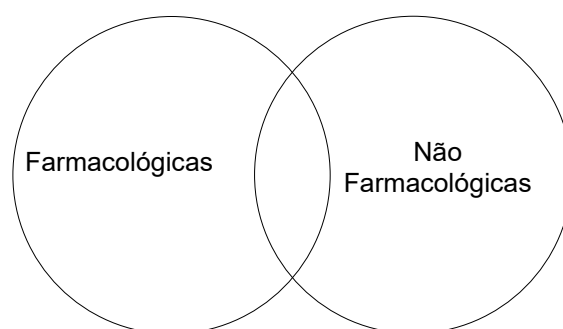


Diagrama 8 - Estratégias Promotoras do Conforto

Estas estratégias contribuem para o alívio da dor e desconforto e promovem uma experiência humanizada e positiva, nos serviços de saúde, como a UCIP e SUP.

3.4.1. Estratégias Farmacológicas

As estratégias farmacológicas são intervenções interdependentes do EEESIP que visam aliviar a dor e promover o conforto e amplamente utilizadas em contexto de cuidados pediátricos. Dos discursos dos EEESIP surgiram as estratégias do tipo glicose hipertónica, sacarose, analgésicos, anestésicos tópicos e a sedação, conforme diagrama que se apresenta a seguir.

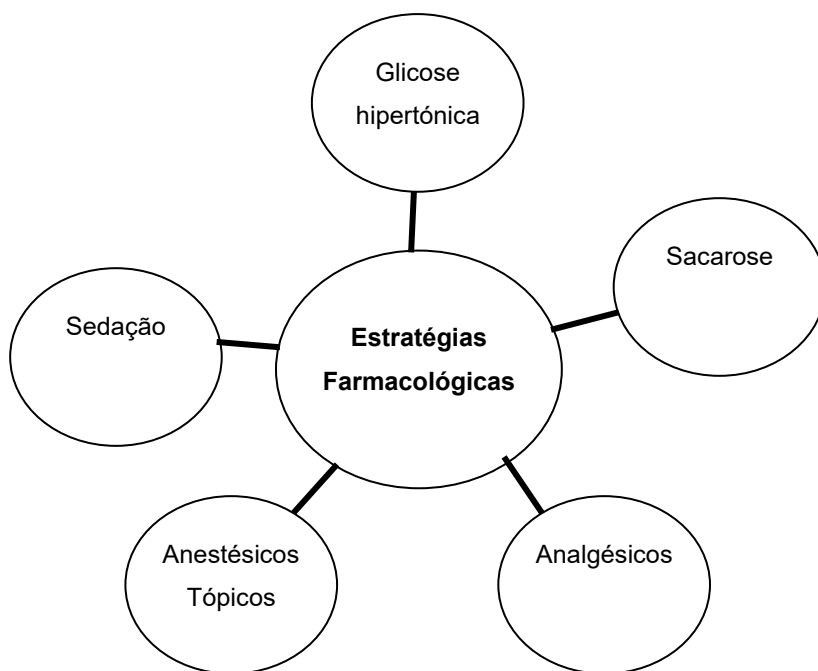


Diagrama 9 - Estratégias Farmacológicas

Verificou-se que o uso das estratégias farmacológicas de alívio da dor e promoção do conforto, são utilizadas em ambos os contextos, sendo que existe uma maior predisposição de uso de fármacos endovenosas na UCI, já no SU a utilização mais frequente é anestésicos tópicos, fármacos por via oral e gases inalatórios.

Dos enunciados escritos dos EEESIP surgiu como estratégia farmacológica a glicose hipertónica, opção amplamente utilizada antes de a sacarose se tornar mais disponível ou preferida.

E1: “E já antes, quando não tínhamos a sacarose, tínhamos a glicose hipertónica “

Por um lado, percebe-se a evolução das práticas clínicas refletindo o progresso nos fármacos para proporcionar conforto. Por outro lado, o uso da sacarose em recém-nascidos e lactentes constitui uma abordagem simples e acessível, pelo que se tornou amplamente utilizada durante PI. Estratégia utilizada durante a realização dos procedimentos e, muitas vezes acompanhada pelo conforto materno.

E6: “Portanto, nas crianças mais pequeninas a gente tenta tranquilizá-las, por ser muito pequenininhos, através da sacarose,”

Vários estudos revelaram que o uso de sacarose e da glicose, são utilizados frequentemente antes e após procedimentos invasivos. A evidência demonstrou, que estes são eficazes e causam uma resposta calmante nos lactentes, provavelmente devido aos efeitos analgésicos centrais dos açúcares simples (García et al., 2023; Koukou et al., 2022; Oliveira et al., 2025).

Surgiu das declarações dos EESIP para o controlo da dor em PI o recurso à sedação e analgesia de crianças/adolescentes nos contextos de UCIN.

E5: “Porque nós em cuidados intensivos temos uma panóplia de estratégias farmacológicas que podemos utilizar para diminuir a dor na realização destes. (...) As estratégias que utilizo são essencialmente farmacológicas: Neste tipo de unidades temos fármacos que nos ajudam muito no controle da dor quando vamos realizar algum procedimento invasivo. (...) pois se temos recursos temos de os usar. (...) como a morfina, o midazolam, em casos mais extremos, podemos mesmo utilizar propofol, fentanil ou cetamina”.

A opção por terapêutica medicamentosa dos tipos analgésica e sedativa, possibilitam a garantia do conforto e do bem-estar das crianças/adolescentes, minimizando as suas respostas aos PI. No entanto, os recursos a essas estratégias farmacológicas podem estar associadas à utilização das não farmacológicas promovendo um atendimento humanizado.

Nos procedimentos invasivos, administração de fármacos como morfina, fentanil e cetamina são comuns. O uso de opióides é indicado, como a morfina ou o fentanil. A morfina é o opióide de escolha para dor intensa, devido à sua eficácia e rapidez de ação, contudo, exige uma monitorização contínua, tendo em conta os riscos de depressão respiratória e outros efeitos adversos (Friedrichsdorf & Goubert, 2020). O fentanil, embora útil, exige precauções adicionais devido ao risco de rigidez torácica e depressão respiratória (Tammen et al., 2023).

O recurso a anestésicos tópicos, especialmente o EMLA, embora seja reconhecido os seus efeitos na realização de PI, ainda encontra limitações

práticas associadas ao seu tempo de ação, à necessidade de uma intervenção mais rápida, à complexidade dos PI e à disponibilização limitada, enquanto recurso farmacêutico

E8: “EMLA, acho que cada vez mais nos temos vindo preocupar com isto. Que era uma coisa que há alguns anos não era tão assim.”

O EMLA tem demonstrado eficácia na redução da dor em crianças submetidas a procedimentos dolorosos, especialmente em procedimentos que envolvem o uso de agulhas (Prior, Querido, Santos, 2022).

O protóxido de azoto, surgiu nos discursos dos EEESIP, como outra opção medicamentosa e associada a PI mais dolorosos.

E2: “como é o caso dos procedimentos mais dolorosos que são feitos em outra sala para uso de protóxido de azoto.”

Embora a sua utilização seja recente e especializada, existe uma tendência de maior valorização e proposta de ampliação do seu uso. A combinação com o suporte de anestesistas também é comum em casos mais complexos, evidenciando a necessidade de acompanhamento profissional para garantir a eficácia e a segurança da aplicação (Escobar, Silva, & Marques, 2018).

A utilização deste para minimizar a dor e a ansiedade associada a procedimentos invasivos é vista como uma prática que reflete uma abordagem atraumática, alinhada com a filosofia do cuidado pediátrico, baseada no respeito pelos direitos da criança hospitalizada (Escobar, Silva, & Marques, 2018; Nascimento et al., 2022).

A combinação de abordagens farmacológicas e não farmacológicas pode oferecer um cuidado mais equilibrado e humanizado.

3.4.2. Estratégias Não-farmacológicas

Durante PI em pediatria, as estratégias não farmacológicas têm como foco reduzir a dor, a ansiedade e melhorar a experiência da criança/adolescente. E aparecem associadas às estratégias farmacológicas, às de comunicação e à presença dos pais que proporcionam segurança. Essas estratégias nos discursos do EEESIP organizaram-se de acordo com as abordagens (1) cognitivas, como a informação prévia; (2) cognitivo-comportamentais, de que são exemplo, a distração e imaginação guiada; (3) físicas/periféricas, destacando-se a aplicação de calor, frio ou massagens, suporte emocional através da presença de alguém significativo, e melhorias ambientais, como ajuste de luz, ruído e temperatura, para promover conforto e alívio da dor, conforme diagrama que se segue (OE, 2013).

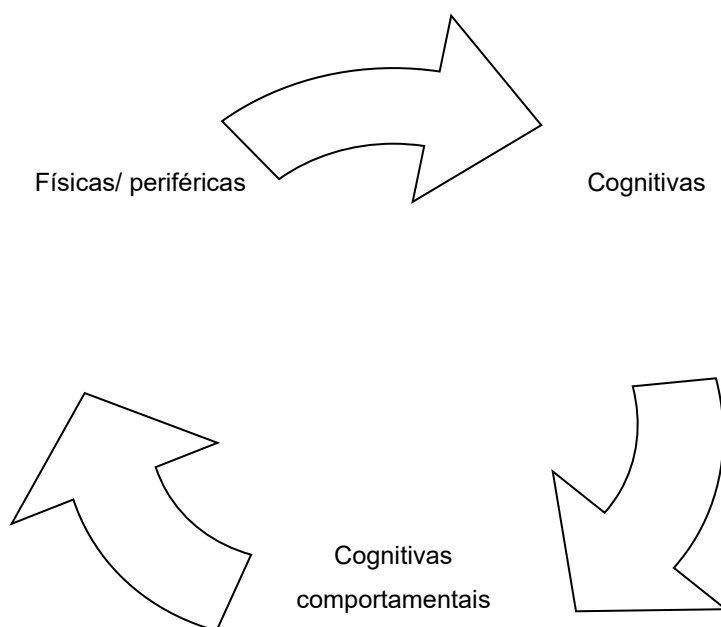


Diagrama 10 - Estratégias Não Farmacológicas

Cognitivas

Os EEESIP descreveram as estratégias não-farmacológicas usadas para acalmar e distrair as crianças durante os PI. Entre as abordagens mais comuns, destaca-se a explicação clara e calma do que vai acontecer, tranquilizando as crianças de que o desconforto será breve, e a utilização de

distrações, como conversas sobre o cotidiano da criança, para desviar a atenção do procedimento.

E10: “O que deve acontecer, e por norma acontece, pelo menos tento que aconteça, enquanto estou lá, é explicar o que é que vai acontecer, e tentar que colaborem na medida do possível para o procedimento (...) tentamos acalmar com alguma situação caricata do seu dia-a-dia”.

Além disso, os profissionais procuram antecipar o que vai acontecer, ajudando a reduzir a ansiedade, e personalizam a abordagem com base no conhecimento prévio das crianças, criando um vínculo de confiança.

E6: “Normalmente falo com miúdos, tento-lhes explicar o que é que vamos fazer. (...) Eu falo primeiro com a criança, explico-lhe o procedimento, pergunto primeiramente aos pais se já falaram com o miúdo em relação àquilo que vai ser feito. (...) Claro que às vezes é mais complicado, mas nós normalmente conversando, explicando bem, não temos dificuldade”.

A evidência revela que a comunicação terapêutica, com explicações claras e adaptação às necessidades da criança/adolescente, é crucial para criar um ambiente seguro e de confiança. A interação entre enfermeiros e crianças/adolescentes exige um ambiente acolhedor e seguro, com o enfermeiro a desempenhar um papel educativo junto da família para lidar com os desafios inerentes à condição de saúde. Como cada criança é única, é crucial que os enfermeiros adaptem a sua abordagem às necessidades individuais assim como ao estadio de desenvolvimento em que esta se encontra (Barbosa & Oliveira, 2024; Schimith et al., 2021).

Cognitivo-Comportamentais

Os resultados evidenciaram diversas estratégias cognitivo-comportamentais utilizadas por profissionais para distrair e acalmar crianças durante os procedimentos. As abordagens mencionadas incluem a utilização de distração por meio de brinquedos, vídeos, música e objetos de conforto. Embora tenham reconhecido que nem sempre existem recursos adequados facilitadores da distração.

E1: “E depois disso tento ou cantar, ou qualquer coisa que esteja na sala que possa distrair alguma imagem. (...) sei que não é correto, mas atualmente os pais também, como têm os meninos habituados ao telemóvel, pergunto se têm algum desenho animado, alguma música que eles gostem e que ajuda a distrair. (...) algum objeto na sala ou o telemóvel dos pais”.

E7: “Agora começamos a ter, por exemplo, alguns livros para distração e assim, que alguns pais foram trazendo”.

Além disso, os EEESIP para distração, também, solicitavam a colaboração dos pais na colocação de vídeos ou a amamentar ou dar colo durante a realização do PI.

E7: “É isto, às vezes peço aos pais para pôr vídeos, quando é possível, por exemplo, alguma colheita que eventualmente não seja tão difícil, apesar de não ser de acordo com o serviço, faço isso no colo dos pais, ou deixo as mães a amamentarem, sem problema nenhum, mas muitas vezes deixo-os ir ao colo dos pais”.

Algumas ideias inovadoras, como o uso de realidade virtual para acalmar as crianças, foram mencionadas, embora reconheçam que essa tecnologia ainda não é amplamente implementada.

E9: “em termos não farmacológicos, acho que se podia fazer mais, porque agora fala-se muito a questão da realidade virtual, que ajuda em determinadas coisas, acho que isso até é como se calhar alguns patrocínios se conseguia alguma coisa gira até para tentar acalmar as crianças no próprio ambiente que estão de intensivos”.

O humor também foi destacado como uma forma de distrair e acalmar, brincar com as crianças/adolescentes e a simulação do PI com recurso a brinquedos, o que ajudava a preparar a criança de maneira mais suave.

E11: “Uso muito a técnica do humor e da distração e acabo por ajudar a eles e a mim. (...) Brincar com elas, se eles tiverem algum brinquedo, tento explicar primeiro no brinquedo, ou até nos pais, muitas vezes usamos os pais para explicar os procedimentos para eles perceberem o que vamos fazer antes. (...)

Nós, desde há poucos meses, temos alguns brinquedos, livros e assim para disponibilizar às crianças quando os pais não trazem”.

Os EEESIP utilizavam para melhorar a experiência das crianças/adolescentes durante PI, abordagens comportamentais que promovem o conforto, a distração e o envolvimento ativo dos pais, criando um ambiente mais acolhedor e menos assustador.

E8: “daí apostamos, sobretudo, com aquelas medidas de algum conforto, como um peluche que lhes seja importante às vezes, antes de adormecerem, colocamos os desenhos animados que eles apreciam”.

O uso de objetos de conforto, como brinquedos ou bonecos, também foi mencionado pelos EEESIP como importante suporte emocional às crianças, ajudando-as a lidar com situações difíceis.

E4: “o recurso a algum boneco, a algum objeto significativo que a criança tenha, algum brinquedo, que isso é permitido. (...) mas há sempre um elemento significativo para a criança, seja uma “naninha”, um bonequinho, um peluche que a criança esteja desabituada ou algum brinquedo que seja significativo”.

No entanto, o uso desses objetos é limitado e regulamentado dentro das UCIP.

E5: “o brinquedo de referência da criança, algum objeto de conforto, mas não vai muito além disso. (...) Na unidade a única coisa que temos é a autorização para na unidade do doente existir um objeto de conforto deste”.

A evidência vai de encontro aos resultados obtidos, diferentes estudos falam de diferentes estratégias que promovem o conforto e alívio da dor. O brincar ajuda a reduzir a resistência das crianças aos procedimentos hospitalares, permitindo-lhes familiarizar-se com a realidade médica através da brincadeira. Além disso, promove o bem-estar físico e emocional, atenuando sentimentos negativos. Embora não elimine totalmente estas emoções, contribui para momentos de alegria, aprendizagem e conforto, melhorando a experiência hospitalar (Santos et al., 2024). Outros estudos revelam que brincar ajuda a criança a libertar emoções como medo e ansiedade durante a hospitalização, promovendo o seu desenvolvimento psicossocial e cognitivo. Além disso,

transforma a experiência hospitalar, tornando-a menos traumática e mais acolhedora e positiva (Martins et al., 2024; Santana & Melo, 2022). Um estudo sugere que o áudio/música pode ser uma alternativa eficaz para reduzir o stress, a ansiedade e a perceção da dor durante tratamentos não invasivos (Ramirez, et al., 2025).

Tecnologias inovadoras, como a realidade virtual, podem melhorar a experiência, revelaram os entrevistados. A realidade virtual, ao oferecer imersão, distração e interação com o paciente, é considerada um recurso promissor para o alívio da dor sem recurso a fármacos. Este potencial deve ser especialmente explorado no público infantil, uma vez que as abordagens lúdicas são bem recebidas por esta faixa etária (Ferreira et al., 2024; Marques et al., 2021).

Físicas ou Periféricas

Os resultados das entrevistas revelam uma abordagem do cuidado de enfermagem centrada no conforto das crianças/adolescentes e família. A utilização de dispositivos como a Buzzy, é uma estratégia não farmacológica, importante para minimizar a dor durante a realização do PI.

E1: “E mais recentemente ainda foi adquirido para o serviço a abelhinha chamada Buzzy, que também pela sua funcionalidade atenua um bocadinho nos procedimentos de picada”.

E10: “temos alguns suportes fornecidos pelo hospital, que a equipa tem institucionalizado, por exemplo, a Buzzy”.

Esta estratégia surgiu nos discursos dos EEESIP associada a outro tipo de estratégias

E2: “Nos miúdos maiores, se possível, se tivermos tempo, podemos associar o EMLA com a BUZZY”.

Os EEESIP reconheceram que embora estas abordagens visem minimizar o uso de fármacos e proporcionar uma experiência menos traumática nem sempre constituem um recurso institucional disponível.

E3: “mas não temos, além do Buzzy agora, não temos mais nada”.

E7: “Eu já fiz uma proposta, a aquisição do BUZZY, o serviço que ficou parado”.

Essa indisponibilidade de recursos para associar a outras estratégias adotadas pelos EEESIP, reforça a necessidade da sua aquisição para assegurar a qualidade do cuidado prestado à criança/adolescente.

Outras estratégias não farmacológicas utilizadas pelos EEESIP foram a contenção, o toque suave, a comunicação calma e a sucção em lactentes e crianças pequenas. Acresce que emergiu o papel dos pais durante os PI através da amamentação ou pela permissão da permanência das crianças no seu colo. Este apoio emocional foi considerado fundamental para a promoção do conforto, pois transmite segurança e reduz os níveis de ansiedade durante os PI.

E2: “Iniciamos sempre com as estratégias não farmacológicas” (...) Nos bebés usamos mais (...) a contenção. (...) [e] a sucção.”

E7: “deixo as mães a amamentarem, sem problema nenhum. (...) alguma colheita que eventualmente não seja tão difícil, apesar de não ser de acordo com o serviço, faço isso no colo dos pais”.

E9: “Temos os lençóis para fazer contenção (...) nos bebés. O toque mais meiguinho, tentar-lhes falar com mais calma, adequar as estratégias de comunicação (...) também se arranja as chupetas”.

Estas estratégias oferecem um ambiente mais acolhedor e seguro, com o objetivo de reduzir o desconforto dos PI, sem recorrer a terapêutica medicamentosa. Existe na flexibilidade na aplicação dessas estratégias de acordo com a idade e necessidades da criança, como foram os exemplos sobre a contenção e a sucção não nutritiva, e na associação, por exemplo com o Buzzy, em crianças maiores promovendo com a associação das estratégias entre si, e assim potenciar o efeito desejado

A evidência corrobora os dados encontrados, a utilização da Buzzy contribui para uma experiência mais positiva, promovendo maior colaboração das crianças e facilitando o trabalho dos enfermeiros. Devido à sua eficácia e

facilidade de uso, a Buzzy é um recurso não farmacológico promissor para o alívio da dor, podendo ser uma alternativa segura e prática para melhorar o conforto das crianças nos diferentes contextos clínicos (Filho et al., 2024; Moura et al., 2024).

Um estudo brasileiro reconheceu que estratégias não farmacológicas, como a sucção, o contato pele a pele, a amamentação, a contenção e o colo promovem a diminuição da dor durante a realização de procedimentos invasivos (Souza, Monteiro & Rossato, 2024).

A evidência revelou que a contenção envia estímulos sensoriais ao sistema nervoso central, o que ajuda o lactente a reduzir e autorregular a dor (Paniz et al., 2024). A sucção não nutritiva liberta serotonina no sistema nervoso central, ajudando a reduzir a agitação e a dor durante procedimentos dolorosos, esta estratégia é frequentemente realizada durante a realização de procedimentos invasivos (Oliveira et al., 2025; Souza, Monteiro & Rossato, 2024).

A amamentação alivia a dor em procedimentos dolorosos, ativando a libertação de hormonas como a ocitocina e as endorfinas, que promovem o conforto e reduzem a dor. Além disso, o contacto físico durante a amamentação proporciona segurança emocional, ajudando a diminuir o stress e o desconforto da criança (Beranger et al., 2025; Souza, Monteiro & Rossato, 2024).

A implementação de estratégias não farmacológicas no cuidado de crianças evidencia a importância de uma abordagem individualizada, e para que essas práticas sejam eficazes, é fundamental que os profissionais de saúde recebam uma formação contínua e especializada, garantindo a adaptação e aplicação correta dessas técnicas (Pereira, 2022; Silva, Pereira & Jacinto, 2021) .

3.5. Formação

A formação em enfermagem garante a aquisição de conhecimentos teóricos indispensáveis para a prestação de cuidados de qualidade, baseados em evidências científicas. E ainda, permite o desenvolvimento de competências técnicas, comunicacionais e éticas, fundamentais para uma prática de cuidados holística e humanizada em função das necessidades dos clientes, neste estudo em concreto das crianças/adolescentes e famílias. A vertente da formação contínua é imprescindível para acompanhar os avanços tecnológicos, as novas práticas clínicas e as alterações nas políticas de saúde, assegurando uma atualização constante e a capacidade de responder aos desafios e à complexidade dos diferentes contextos de cuidados. Desta forma, a formação reforça a segurança, a eficácia e a qualidade dos serviços prestados, beneficiando tanto os profissionais como os clientes (Pereira, 2022; Silva, Jacinto & Pereira, 2021).

Dos discursos dos EEESIP emergiram os subtemas desenvolvimento profissional, condicionantes da formação e efetividade do processo formativo, conforme se representa no diagrama seguinte.

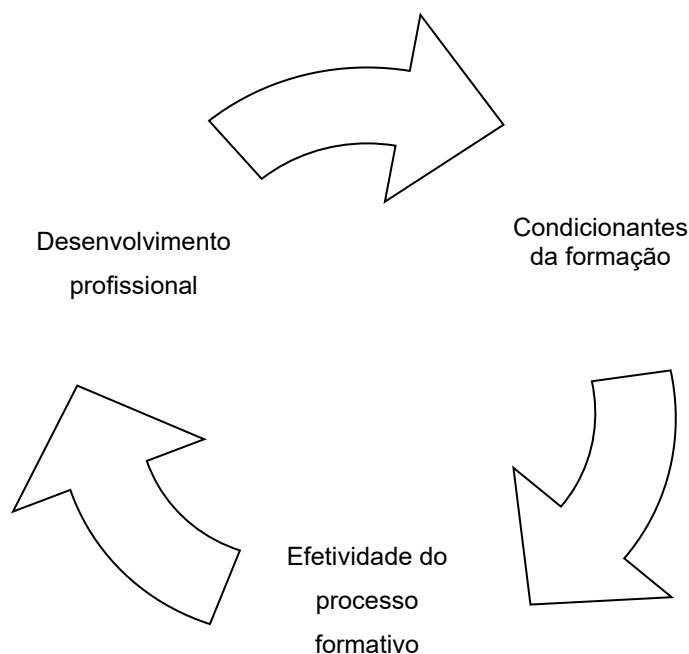


Diagrama 11 - Formação

3.5.1. Desenvolvimento Profissional

Dos resultados surgiu a necessidade dos EEESIP melhorarem e regularizarem o desenvolvimento profissional na área específica da pediatria, a partir da construção de protocolos de atuação

E2: “acho que devia haver consoante o problema, (...), um protocolo de atuação perante cada procedimento. (...) para todos os atendimentos [das] crianças”.

E ainda, da divulgação do conhecimento a partir de eventos científicos.

E6: “eu acho que é importante que existam essas formações (...) eu, no congresso que fomos (...) não tinha conhecimento da BUZZY”.

Os EEESIP sugerem o desenvolvimento profissional no atendimento da criança/adolescente ocorra de forma contínua e adaptada às mudanças e às necessidades, visando melhorar a qualidade do atendimento e o bem-estar dos clientes.

A formação contínua de enfermeiros assenta na prática baseada em evidência. A aprendizagem ao longo da vida é uma responsabilidade do enfermeiro, permitindo-lhe atualizar e adquirir novas competências, bem como tomar decisões fundamentadas (Pereira, 2022; Silva, Pereira & Jacinto, 2021).

3.5.2. Condicionantes da Formação

Os condicionantes da formação surgiram nos discursos dos EEESIP relacionados com o acesso à formação, pois ainda, existiam áreas lacunares, das quais se destacaram a área cirúrgica, as novas técnicas e abordagens não farmacológicas.

E1: “A formação é importante. (...) mas formação em área cirúrgica nós não o temos. (...) E sempre que houver material inovador, que a equipa esteja receptiva e que tenha conhecimento das novas técnicas que possam ser aplicadas no serviço”.

E9: “eu acho que seria interessante haver mais formação, sobretudo nessa parte das estratégias não farmacológicas. Porque fala-se muito na minha unidade de tudo o que é medicação e sedação e tudo mais e há outras estratégias que também podem ser implementadas”.

Acresceu o recurso a situações promotoras do desenvolvimento profissional, como uma cultura de partilha de conhecimento, a promoção de experiências em outras áreas. Nesse âmbito, os enfermeiros recém-admitidos e as equipas multidisciplinares surgiram como um impulsionador do desenvolvimento profissional.

E1: “E como os colegas vão a congressos, há sempre essa partilha. (...) A Buzzy começou a haver noutras instituições e o passar da palavra (...), assim como a Protóxido de azoto, que foram colegas que vieram também de outras instituições e que pela experiência delas acharam que era uma mais-valia. (...) é estarmos recetivos às pessoas novas, que por norma trazem sempre algo de inovador”.

E3: “acho que era uma área em que era preciso investir-se bastante. Era preciso pensar-se em formas e estratégias para minimizar a dor, para desmistificar os conceitos e para, acima de tudo, capacitar as pessoas para fazerem mais e melhor”.

E5: “Sem dúvida que a partilha de conhecimento entre colegas o trabalho em equipa multidisciplinar é essencial”.

E ainda, acresceu que a formação apresentou como condicionantes as necessidades/interesses individuais e os contextos onde os enfermeiros desenvolvem a prática clínica. Podendo ser realizada por iniciativa dos próprios ou das instituições de saúde e relacionando-se com características intrínsecas aos enfermeiros como motivação, disponibilidade, vontade e ainda o projeto profissional de cariz individual.

E1: “Agora, acho que deveria ser dada oportunidade, mediante o interesse das pessoas, a quem trabalha no serviço de urgência, a instituição deve promover oportunidade aos enfermeiros que quisessem do serviço, de fazer em algum estágio, ou uma unidade de cuidados intermédios, ou numa unidade de cuidados intensivos”.”

E5: “depois é um bocadinho pessoal, porque se tens interesse e até procuras novas evidências para a realização do procedimento, vais adaptar, (...) A formação ela existe, (...) atualmente está disponível em quase todo lado, quer seja online, centros de formação avançada, pesquisa e leitura de evidência científica, mas depende muito se tu tens abertura e se queres fazer essa formação. Acho que depende dos teus objetivos enquanto profissional e não pela existência desta ou não. É muito pessoal, é preciso perceber o que te motiva a fazer essas formações”.

A formação académica é essencial em qualquer área de atuação, pois possibilita a especialização num tema específico, reunindo conhecimentos que são fundamentais para o desenvolvimento profissional (Silva et al., 2024). Um estudo destaca a importância da diversidade de percursos profissionais como uma forma de enriquecer os serviços com a partilha de conhecimento e explorar novos conteúdos e práticas (Oliveira et al., 2023).

3.5.3. Efetividade do Processo de Formação

Dos discursos dos EEESIP emergiu a preocupação com a efetividade da formação no desenvolvimento profissional, que deve integrar um processo contínuo de aprendizagem e de avaliação. Esta última baseada em auditorias para medir o impacto da formação realizada na prática de cuidados

E10: “Todos os enfermeiros deviam ter formação obrigatória e serem auditados nesse sentido. (...). Porque não interessa dar a formação ou formar os enfermeiros e depois não fazer uma avaliação se isso resulta ou não (...) Depois há a formação também no serviço, que é colmatada conforme as

necessidades do serviço, (...). Devia existir uma equipa aleatória que audita aquela formação que foi fornecida, se está a ser utilizada, se devemos manter essa formação, se devemos manter essa técnica, se devemos melhorar, se não devemos”.

As auditorias segundo os EEESIP constituiriam uma forma de garantir a atualização e a preparação dos enfermeiros para identificar áreas que necessitam de intervenção e conseqüentemente, alcançar a qualidade dos cuidados prestados. A preocupação expressa dos EESIP sobre a efetividade da formação contínua e a necessidade de auditorias para avaliar o impacto na prática de cuidados é corroborada por diversos estudos científicos.

Um estudo publicado destaca que as auditorias às práticas de enfermagem, quando associadas à supervisão clínica, elevam os índices de qualidade dos cuidados prestados. A implementação de auditorias permite monitorizar processos, identificar conformidades e promover ações de melhoria contínua, resultando em benefícios diretos para os clientes (Sérgio, Carvalho & Pinto, 2023a).

Além disso, uma revisão narrativa da literatura enfatiza que as auditorias em enfermagem promovem a qualidade dos cuidados, sensibilizam as equipas para a verificação dos processos e contribuem para a satisfação e segurança dos clientes. As auditorias também desempenham um papel crucial na contenção de custos e na redução de desperdícios nas organizações de saúde, sendo essenciais para a sua sustentabilidade (Serra et al., 2022).

Outro estudo ressalta a importância da supervisão clínica na melhoria dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. A supervisão estratégica das equipas na prática dos cuidados eleva os índices de qualidade, com impacto direto no cliente, evidenciando a relevância de processos contínuos de avaliação e formação (Sérgio, Carvalho & Pinto, 2023b).

Portanto, a integração de auditorias e supervisão clínica no processo de formação contínua dos enfermeiros é fundamental para assegurar a atualização profissional, identificar áreas que necessitam de intervenção e alcançar a excelência na qualidade dos cuidados prestados.

CONCLUSÃO

Este trabalho de investigação surge da necessidade de compreender as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o conforto durante a realização de procedimentos invasivos. A promoção do conforto e a avaliação adequada da dor são fundamentais para melhorar a qualidade de vida da criança ou adolescente e da sua família. Além disso, contribuem para a colaboração nos cuidados de saúde, fortalecem a interação com os profissionais e permitem uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis.

A investigação impulsiona a evolução da Enfermagem como disciplina, profissão e ciência, fornecendo conhecimentos essenciais para definir e aprimorar a prática clínica. É imprescindível que o enfermeiro reconheça a importância da mudança na sua prática, busque evidência científica e a avalie criticamente, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados e para a satisfação dos utentes.

A análise dos dados e a aplicação das metodologias propostas permitiram atingir as metas inicialmente delineadas, contribuindo para o avanço do conhecimento na área.

O objetivo geral da investigação foi alcançado, conforme demonstrado pelos resultados obtidos e pelas conclusões tiradas ao longo do estudo. Assim como os objetivos específicos delineados.

No que se refere ao primeiro objetivo identificar PI realizados em SUP e UCIP, verificou-se que existe uma grande diversidade de procedimentos geradores de dor e desconforto, como punções venosas, procedimentos de picada, algaliações, entubações nasogástrica, aspiração de secreções e tratamento de feridas

O segundo objetivo da presente investigação: conhecer as condicionantes das respostas aos PI em SUP e UCIP, foi atingindo, e dos resultados revelaram

que os PI causam stress e medo em crianças e adolescentes, experiências negativas anteriores aumentando a ansiedade. O cuidado individualizado é essencial, especialmente para crianças com necessidades especiais. A reação varia com a idade: crianças pequenas resistem mais, enquanto adolescentes colaboram melhor. Explicações claras e estratégias de comunicação adaptadas, como simulações e orientações diretas, ajudam a reduzir o desconforto e melhorar a aceitação.

As respostas dos participantes revelaram ainda, que ser enfermeiro em pediatria exige competências técnicas, sensibilidade e comunicação eficaz com as famílias. A humanização dos cuidados e a colaboração interdisciplinar são essenciais, apesar das limitações de recursos. A formação contínua é fundamental para garantir cuidados de qualidade, permitindo o desenvolvimento de competências e a atualização sobre novas práticas. Destaca-se a necessidade de protocolos específicos e mais formações, reforçando a importância da inovação e da colaboração entre profissionais para uma melhor prestação de cuidados.

O terceiro objetivo do estudo: conhecer as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na promoção do conforto face aos PI em SUP e UCIP, também foi alcançado. A promoção do conforto durante procedimentos invasivos é essencial para o bem-estar infantil e familiar, associando-se à humanização dos cuidados e ao controlo da dor. Estratégias farmacológicas, como glicose hipertónica, sacarose, analgésicos e anestésicos tópicos, são amplamente utilizadas, apesar de limitações de recursos. As estratégias não farmacológicas, incluindo a distração, a comunicação, a Buzzy, o apoio parental e adaptação do ambiente, também são eficazes na redução da dor e ansiedade. A promoção do conforto exige uma abordagem personalizada e integrada, considerando aspetos físicos, emocionais, sociais e espirituais da criança e da família.

Em conclusão, esta investigação permitiu conhecer a perspetiva dos enfermeiros sobre as estratégias utilizadas para promover o conforto durante procedimentos invasivos em contexto pediátrico. A análise realizada permitiu

compreender as práticas quotidianas dos profissionais e identificar as estratégias que contribuem para a promoção do conforto durante estes procedimentos. Além disso, a investigação proporcionou um significativo crescimento profissional, aprofundando conhecimentos e desenvolvendo competências valiosas para a prática clínica.

Contudo, algumas limitações merecem destaque. O estudo foi realizado apenas com profissionais da região Norte do país, o que aponta para a necessidade de investigações mais abrangentes, com diferentes metodologias, para uma análise mais precisa e a futura implementação de protocolos de atuação. Seria relevante expandir a pesquisa a nível nacional, de forma a obter uma visão mais global sobre as práticas adotadas pelos enfermeiros em diferentes contextos.

Este trabalho de investigação fornece uma base sólida para futuras pesquisas na área, contribuindo para o desenvolvimento da prática de enfermagem no que se refere à promoção do conforto durante procedimentos invasivos em crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2024). Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos (RT 09/2013). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/REC_CUIDADOS_INTENSIVOS_09_2013_V2_024.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2015). Serviços de Urgências (RT 11/2015). https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf
- Alencar, N., Vieira, C., Araújo, J., Cerqueira, P., & Raminelli, J. (2024). Fatores relacionados ao conhecimento de adolescentes sobre vacinação em tempos de fake news. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(6), e16638. <https://doi.org/10.25248/reas.e16638.2024>
- Almeida, M. V., & Bissoli, L. D. (2019). Ciência Política em campo: avanço e desafios dos métodos mistos em entrevista. *Anais do 11º Encontro da Associação Latino-Americana de Ciência Política (ALACIP)*. <https://alacip.org/cong19/295-almeida-19.pdf>
- Amthauer, C., & Cunha, M. (2016). Manchester Triage System: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos na emergência pediátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1078.2779>
- Andrade, L., Brehmer, L., Amazonas, B., Monteiro, W., Sicsú, A., Ramos, F. (2024). The work environment of primary health care nurses: An integrative review. *Aquichan*, 24(3). <https://doi.org/10.5294/aqui.2024.24.3.7>
- Araújo, G., Sousa, E., Damasceno, C., Neta, M., Sousa, K., & Sales, M. (2021). O estresse da hospitalização na infância na perspectiva do enfermeiro. *Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem*, 11(33), 186–194. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.33.186-194>

- Azak, M., Aksucu, G., & Çaglar, S. (2022). The Effect of Parental Presence on Pain Levels of Children During Invasive Procedures: A Systematic Review. *Pain Management Nursin*, 23 (5),682-688. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.03.011>.
- Balliel, N. (2023). Effect of soap bubbles technique, coughing and distraction cards on reducing pain and anxiety during phlebotomy in children. *Paediatric and Neonatal Pain*, 5, 31-56. <https://doi.org/10.1002/pne2.12090>
- Barbosa, I., Santos, I., Oliveira, M., Oliveira, R., Queiroz, L., Carvalho, L., Araújo, F., & Macedo, K. (2024). A avaliação da dor em pediatria pelos profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, 17(4). <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.4-270>
- Barbosa, S., & Oliveira, M. (2024). O Papel Da Enfermagem No Estabelecimento Da Comunicação Terapêutica Com A Criança Com Transtorno Autista. *Revista Saúde Dos Vales*, 5(1). <https://doi.org/10.61164/rsv.v5i1.2450>
- Bardin, L. (2019). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barros, C., Parente, A., Soares P., Melo, A., Castro, N., Rodrigues, D., Coelho, L., Reis, L., Martins, M., & Cardoso M. (2023). Humanização em neonatologia na perspectiva dos enfermeiros. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(3). <https://doi.org/10.25248/reas.e12081.2023>
- Barros, F., Silva, N., Rodrigues, M., & Magalhães, V. (2023). Stress, quality of working life and coping in intensive nursing in the pandemic context: integrative review / Estresse, qualidade de vida laboral e coping da enfermagem intensiva no contexto pandêmico: revisão integrativa. *Revista De Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 15. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12210>
- Batalha, L., & Sousa, A. (2018). Self-report of pain intensity: correlation between children, parents, and nurses. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 15-22. <https://doi.org/10.12707/RIV18002>
- Batalha, L. (2017). Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar (Manual de estudo—versão 1). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Repositório Científico de Acesso Aberto.

<https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=listTitle&clear=1>

- Bellin, C., Amaducci, G., Polli, J., Boaro, L., Isoldi, F., Blanes, L., & Nicodemo, D. (2024). Uso de aplicativos para tratar feridas em crianças. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(9). <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n9-006>
- Beranger, K., Siqueira, D., Paz, I., Bender, M., Krug, S., & Pohl, H. (2025). Educação em saúde com uso de tecnologias educacionais na assistência de enfermagem: revisão integrativa. *Cuadernos De Educación Y Desarrollo*, 17(1), e7322. <https://doi.org/10.55905/cuadv17n1-132>
- Bispo, L., Chagas, B., Resende, L., Melo, M., & Nascimento, V. (2022). Nursing assistance during childcare in light of the theory of comfort. *Research, Society and Development*, 11(12). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34426>
- Boudiab, I., & Kolcaba, K. (2015). Comfort Theory Unraveling the Complexities of Veterans' Health Care Needs. *Advances in Nursing*, 38(4), 270–278. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000089>
- Bogdan R., & Bilken S. (2010). Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos. *Porto Editora*.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brito, L., Teixeira, J., Morais, A., Santos, L., Suto, C., Jenerette, C., & Carvalho, E. (2023). Transições vivenciadas por mães de crianças/adolescentes com doença falciforme no contexto da pandemia da COVID-19. *Rev Gaúcha Enferm*, 44. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220075>
- Burlamaqui, C., Gaspar, S., & Godinho, C. (2024). Intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil na primeira infância: uma scoping review. *Revista Da UI_IPSantarém*, 12(1). <https://doi.org/10.25746/ruiips.v12.i1.29365>
- Campos C. (2000). Metodologia Qualitativa e Método Clínico-Qualitativo: Um Panorama Geral de Seus Conceitos e Fundamentos. *Revista*

Portuguesa de psicossomática, pp. 93-108. <https://arquivo.sepq.org.br/II-SIPEQ/Anais/pdf/poster1/05.pdf>

Carvalhais, M., Oliveira, A., Silva, C., Rocha, J., & Roque, M. (2022). Perspetiva dos Enfermeiros Especialistas sobre os cuidados atraumáticos em Pediatria. *Millenium*, 2(17), 31-39. <https://doi.org/10.29352/mill0217.24102>

Cesário, F., Pinto, S., Aniceto, T., Jardim, A., Araújo, C., & Torres, L. (2020). Perception of parents or guardians about the toy library as a therapeutic resource in child care. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 239–250. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.239-250>

Correia, S., Aparício, G., Condeço, L., & Martins, M. (2020). Pain management in pediatrics: contributions to the quality of nursing care. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(5e), 185–193. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.19.00309>

Costa, D., Cabral, K., Teixeira, C., Mendes, J., Rosa, R., & Cabral, F. (2020). Enfermagem e a Educação Em Saúde. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”*, 6(3). <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2020.V6N3.6000012>

Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). SAGE Publications.

Direção-Geral da Saúde. [DGS]. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>

DGS. (2018). Norma n.º 002/2018: Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata. *Diário da República*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediate.pdf>

DGS. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Orientação n.º 022/2012 de 18 de dezembro de 2012, 1-11. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_022.2012%20DE%20DEZ.2012.pdf

- Doyle, L., McCabe, C., McCann, M., Keogh, B., & Brady, A. (2020). An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *Journal of Research in Nursing*, 25(5), 443–455. <https://doi.org/10.1177/174498711988023>
- Escobar, C., Silva, M., & Marques, S. (2018). Controlo da dor em pediatria - a experiência de utilização da mistura equimolar de protóxido de azoto. *Cadernos De Saúde*, 11(1), 36-41. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.5304>
- Esteves, R., & Amaral, A. (2023). Teor da informação partilhada: Do discurso à documentação na tomada de decisão clínica em enfermagem. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(2), 1–7. <https://doi.org/10.12707/RVI22006>
- Farzan, R., Parvizi, A., Haddadi, S., Tabarian, M., Jamshidbeigi, M., Samidoust, P., Vajargah, P., Mollaei, A., Takasi, P., Karkhah, S., Firooz, M., & Hossein, S. (2023). Effects of non-pharmacological interventions on pain intensity of children with burns: A systematic review and meta-analysis. *International Wound Journal*, 20(7), 2493-2945. <https://doi.org/10.1111/iwj.14134>
- Ferreira, M., Mendonça, G., Fontes, J., Alves, L., & Pinto, R. (2024). Uso de realidade virtual na redução da ansiedade e dor em procedimentos pediátricos. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(10), e75364. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n10-256>
- Flick, U. (2018). Introdução à pesquisa qualitativa: Teoria, método e aplicações. Artmed.
- Flora, M., Silva, A., Gonçalves, B., & Reis, R. (2023). Intervenções em crianças com doença oncológica submetidas a procedimentos invasivos: uma revisão integrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (31), 231-254. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2023.11870>
- Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta.
- Friedrichsdorf, J. & Goubert, L. (2020). Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children. *Pain Reports*, 5(1). <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000804>

- Gai, N., Naser, B., Hanley, J., Peliowski, A., Hayes, J., & Aoyama, K. (2020). A practical guide to acute pain management in children. *Journal of Anesthesia*, 34,421–433. <https://doi.org/10.1007/s00540-020-02767-x>
- Goktas, N. & Avci, D. (2023). The effect of visual and/or auditory distraction techniques on children's pain, anxiety and medical fear in invasive procedures: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 73, 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.07.005>
- Gomes, M., Saraty, S., Perreira, A., Parente, A., Sanatna, M., Cruz, M., & Figueira, A. (2021). Mothers' knowledge of premature newborn care and application of Kangaroo Mother Care at home. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(6). <https://www.scielo.br/j/reben/a/766whPM4tcCr66gd4h3cJwy/>
- Gonçalves, J. R. (2019). Como Escrever um Artigo de Revisão de Literatura. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 2(5), 29–55. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4319105>
- González, L., Caravaca, I., García, C., & Querol, M. (2023). A presença dos pais durante procedimentos pediátricos invasivos: depende de quê?. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 31. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6101.3829>
- Grupo Português de Triagem. (2025). Protocolo Triagem Manchester. Recuperado de <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Haidar, N., Al Amri, M., Sendad, N., & Toaimah, F. (2024). Efficacy of Buzzy Device Versus EMLA Cream for Reducing Pain During Needle-Related Procedures in Children: A Randomized Controlled Trial. *Pediatric Emergency Care*, 40(3),180-186. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002965>
- Hockenberry, M., Rodgers, C., & Wilson, D. (2018). Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Guanabara Koogan.
- IAC, 2017. Carta da criança hospitalizada. Instituto de Apoio à Criança. <https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/carta-crianca-hospitalizada-5-edicao.pdf>

- Lourenço, I., Gonçalves, M., Sequeira, M., Melo, M., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, (30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Kim, K., Jeong, J., & Choi, E. (2024). Non-pharmacological interventions for delirium in the pediatric population: a systematic review with narrative synthesis. *BMC Pediatrics*, 24(108). <https://doi.org/10.1186/s12887-024-04595-4>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Koukou, Z., Theodoridou, A., Taousani, A., Antonakou, A., Panteris, E., Papadopoulou, S., Skordou, A., & Sifakis, S. (2022). Effectiveness of Non-Pharmacological Methods, Such as Breastfeeding, to Mitigate Pain in NICU Infants. *Children*, 9(10). <https://doi.org/10.3390/children9101568>
- Leite, D., Souza, J., Silva, M., Jesus, A., Lucena, G., Reis, C., Oliveira, E., Pereira, M., Nóbrega, S., Oliveira, A., Braga, L., Silva, G., & Santos, J. (2024). Habilidades e competências dos enfermeiros para atuarem em emergências pediátricas: estudo bibliométrico. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 7(15), e151425. <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1425>
- Leite, J., Rodrigues, O., Dantas, D., Costa, T., Gomes, L., Pereira, E., Borchardt, P., Soares, C., Santos, K., Santana, C., Vitorino, H., Prampero, L., & Prado, M. (2024). A Importância da Gestão da Saúde Mental no Ambiente de Trabalho nas Organizações Revisão de Literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(7), 2139–2148. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n7p2139-2148>
- Lebre, T., Ribeiro, A., Marques, T., Brunoro, A., & Fiorim, S. (2023). Hospitalization stress and coping in children: 10.15343/0104-7809.202246551562I. *O Mundo Da Saúde*, 46, 551–562. <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1471>
- Lima, G., Silva, L., Silva, F., Silva, A., Gomes, L., Ataíde, A., & Santos, G. (2023). The performance of psychology in the context of child hospitalization: A systematic review of the Brazilian literature. *Research, Society and Development*, 12(9). <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i9.43265>

- Lima, M., Bento, L., & Borges, M. (2024). Avaliação da Biossegurança com Profissionais da Enfermagem no Ambiente Hospitalar: Uma Revisão. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 10(11), 518–531. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i11.16486>
- Liziardi, P., Toescher, A., Barlem, E., Gomes, G., Rodrigues, E., & Minasi, A. (2020). Percepção da equipe de enfermagem sobre a dor no lactente. *Research, Society and Development*, 9(6). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i6.3444>
- Magalhães, A., Braga, E., Carvalho, G., Souza, N., Barriga, M., Barbosa, J., Guimarães, R., & Nascimento, M. (2024). Tecnologias educacionais como ferramenta para sensibilização e eficácia nas práticas em pediatria. *Cuadernos De Educación Y Desarrollo*, 16(13). <https://doi.org/10.55905/cuadv16n13-053>
- Maia, B. (2022). O uso da arteterapia pelo enfermeiro em sua assistência para o manejo da dor em crianças hospitalizadas: The use of art therapy by nurses in their care for pain management in hospitalized children. *Studies In Health Sciences*, 3(2), 810–823. <https://doi.org/10.54022/shsv3n2-014>
- Mace, S., Whiteman, P., Avarello, J., Ojo, A., Rose, E., Valente, J., & Joseph, M. (2020). Local and Topical Anesthetics for Pediatric Patients in the Emergency Department. *Pediatric Emergency Care*, 36(12), 593-601. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002285>
- Mariano, M., Turmina, J., & Schultz, L. (2022). Reações comportamentais de crianças pré-escolares preparadas para a vacinação com a utilização do brinquedo terapêutico. *Revista De Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro*, 12. <https://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4258>
- Marques, L., Furtado, M., Costa, A., dos Prazeres, S., Amaral, A., Silva, J., Alves, M., Miranda, P., Vasconcelos, J., & Rodrigues, E. (2021). Realidade virtual no controle da dor em pacientes pediátricos queimados. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(3). <https://doi.org/10.25248/reas.e6696.2021>
- Marques, R., & Graeff, B. (2022). Análise Temática Reflexiva: interpretações e experiências em educação, sociologia, educação física e esporte. *Revista Motricidades SPQMH*, 6(2), 15-130. <http://dx.doi.org/10.29181/2594-6463-2022-v6-n2-p115-130>

- Martins, P., Figueira, C., Ribeiro, C., & Rocha, G. (2024). O brinquedo terapêutico na hospitalização da criança em idade pré-escolar. *Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem*, 14(42), 655–665. <https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.655>
- Mazini, G., Silva, M., Castro, N., Garcia, N., Oliveira, N., Gonçalves, G., Soares, N., & Lima, J. (2023). Experiências e Estratégias de Enfrentamento ee Familiares Com Crianças Em Cuidados Paliativos Pediátricos: Uma Revisão De Literatura. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar*, 4(2). <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i2.2762>
- Meleis, A. (2010) *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Mencía, S.; Alonso, C.; Pallás-Alonso, C.; & López-Herce, J. (2022). Evaluation and Treatment of Pain in Fetuses, Neonates and Children. *Maternal and Child Health and Development Network II (SAMID II)*, 9, 1688. <https://doi.org/10.3390/children9111688>
- Mendes, B., Furlan, M., & Sanches, M. (2022). Intervenções não farmacológicas em procedimentos dolorosos com agulha em crianças: revisão integrativa. *Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor*, 5 (1). <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20220004>
- Minayo M. & Costa A. (2018). Fundamentos teóricos das técnicas de Investigação Qualitativa. *Revista lusófona de educação*, 40(40) 139-153. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>
- Ministério da Saúde. (2010). Despacho n.º 9871/2010. Diário da República, n.º 112/2010, Série II, p. 32123. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9871-2010-3131193>
- Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014. Diário da República, 2.ª série, N.º 153. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Ministério da Saúde. (2025). Portaria n.º 23/2025/1: Reorganização da resposta à doença aguda em idade pediátrica. Diário da República. Recuperado de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/23-2025-905320614>

- Moura J., Bitencourt A., Silva T., Carmo A., Santos L., & Rocha P. (2024). Utilization of local pressure devices in pain management during injections: scoping review. *Rev Bras Enferm*, 77(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0399pt>
- Murray, B., Groenewald, B., Vega, R., & Palermo, M. (2020). Long-term impact of adolescent chronic pain on young adult educational, vocational, and social outcomes. *The Journal of the International Association for the Study of Pain*, 161(2), 439-44. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001732>
- Nascimento, J., Silva, G., Fernandes, S., Galvão, S., & Messias, M. (2022). Cuidados de enfermagem na cateterização intravenosa periférica em crianças hospitalizadas: revisão integrativa. *Texto Contexto Enfermagem*, 31. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0300>
- Máximo-Esteves, L. (2008). *Visão Panorâmica da Investigação-Ação*. Porto: Porto Editora
- Nieswiadomy, R. (2010). *Foundations of Nursing Research*. Pearson Prentice Hall.
- Nunes, L. (2020). ASPETOS ÉTICOS: na investigação de Enfermagem. IPS, ESS, *Departamento de Enfermagem Campus do IPS*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marone, L. & Amorim, R. (2018). *Desenhos da Minha Dor* (1ª ed.). *Associação Portuguesa para o Estudo da Dor*. https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf
- Oliveira, J., Costa, D., Birtche, L., Gomez, F., Oliveira, W., Lemos, M., Silva, R., Oliveira, B., Felicioni, A., Teixeira, L., Moura, H., Medeiros, M., Balzan, G., Mota, B., & Amaral, J.(2025). Abordagens Integrativas no Manejo da Dor em Recém-Nascidos: Avaliação Comparativa Entre Métodos Farmacológicos e Não Farmacológicos. *Revista Contemporânea*, 5(1). <https://doi.org/10.56083/RCV5N1-071>

Oliveira, J., Costa, J., Casimiro, H., Ferreira, T., Baptista, A., & Santos, L. (2023). O que Mudo no Serviço para Melhorar a Formação. *Ponto de vista*, 30(2). <https://doi.org/10.24950/rspm.1737>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2012). Combater a desigualdade: da evidência à acção. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012finalportugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf.

OE. (2013). Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, Série 1, Número 6. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcricao.pdf

OE. (2018). Parecer nº 10/2018: Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9405/pparecerplusn%C2%BApl us10_2018_31082018_mceesip_dota%C3%A7%C3%B5esplusseguras iniciativaplusdaplusmesa_alt_anonimiz.pdf

OE (2018b). Regulamento n.º 422/2018. Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

OE. (2019). Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

O'Sullivan, G., McGuire, B., Roche, M., & Caes, L. (2021). Where do children learn about pain? The role of caregiver responses to preschoolers' pain experience within natural settings. *The Journal of the International Association for the Study of Pain*, 162 (5), 1289-1294. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002123>

Paniz, M., Ferreira, C., Soccol, K., Rangel, R., Forgiarini, R., & Pereira, A. (2024). Métodos não farmacológicos para o alívio da dor em prematuros em unidades de terapia intensiva neonatal. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, 17(5), e6386. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.5-073>

- Paul, A., Demissie, S., Schmidlein, P., & Romanos-Sirakis, E. (2023). Pediatric and emergency medicine resident comfort assessing and treating pediatric pain across pediatric age groups. *Pain Management*, 13(6). <https://doi.org/10.2217/pmt-2023-0019>
- Pereira, A., Fajardo, B., Couto, M., & Flora, M. (2023). Implementação de medidas de triagem avançada nos serviços de urgência pediátrica. *Gestão e Desenvolvimento*, 31(1), 109-131. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2024.16117> .
- Pereira A., Cardoso A., Teixeira E., Spilker M., Silva M., & Oliveira N. (2011). Análise de Conteúdo de uma Revista Semi-Estruturada. <https://mpelearning.pbworks.com/f/MICO.pdf>
- Pereira, A., Fajardo, S., Couto, M., & Flora, M. (2024). Implementação de medidas de triagem avançada nos serviços de urgência pediátrica: intervenções de enfermagem. *Gestão E Desenvolvimento*, (32), 109-131. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2024.16117>
- Pereira, M. (2022). Pesquisa científica e sua importância na formação profissional de enfermagem. *Revista Remecs - Revista Multidisciplinar De Estudos Científicos Em Saúde*, 5. <https://www.revistaremece.com.br/index.php/remecs/article/view/980>
- Peiter, C., Lanzoni, G., Wachholz, L., Gomes, V., Schmitt, M., & Santos, J. (2021). Continuity and transition of care for children with chronic conditions: a scoping review. *Research, Society and Development*, 10(10). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19043>
- Pinto I., Campos C., & Siqueira C. (2018) Investigação Qualitativa: Perspetiva geral e importância para as ciências da nutrição. *Acta portuguesa de nutrição*. <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2018.1406>
- Pontes, A., Barros, N., Rodrigues, N., Albuquerque, M., Cabral, M., Lucena, M., Duda, L., Paixão, T., Araújo, S., & Andrade, A. (2022). The impact of hospitalization on the child and family. *Research, Society and Development*, 11(12). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34161>
- Prior, F., Querido, D., & Santos, I. (2022). Eutectic Mixture of Local Anesthetics' dosage in newborns: a scoping review. *Millenium*, 2(19), 35-44. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0219.27268>

- Ragnarsson, S., Myleus, A., Hurtig, A., Sjöberg, G., Rosvall, P., & Petersen, S. (2020). Recurrent Pain and Academic Achievement in School-Aged Children: A Systematic Review. *The Journal of School Nursing*, 36 (1), 6-78. <https://doi.org/10.1177/1059840519828057>
- Ramirez, I., Reis, C., Madalena, I., Filho, F., Oliveira, M., Antunes, L., Antunes, L., Kirschneck, C., Kuchler, E., & Oliveira, D. (2025). The effect of audio distraction in reducing signs of stress and anxiety during pediatric dental treatment: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Invest* 29, 58 (2025). <https://doi.org/10.1007/s00784-024-06035-0>
- Ribeiro, I., Pires, R., Oliveira, P., Barroso, C., Segadães, F., Carvalho, J., & Marques, J. (2023). A competência emocional dos enfermeiros na prestação de cuidados. *Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5(Sup), 46. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5iSup.560>
- Reisinho, M. C., & Gomes, B. (2016). O adolescente com fibrose cística: crescer na diferença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (3), 85-94. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0123>
- Rivas, J. , Junior, G., Santos, J., Oliveira, R., Pereira, V., Alves, M., & Cintra, B. (2022). Use of tilapia skin as a treatment for burnt patients in adults, children and animals: an integrative review. *Research, Society and Development*, 11(12), e410111234642. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34642>
- Rosa, B., Menezes, M., Carnevalli, B., & Andrade, F. (2023). Implementação de seguimento psicológico on-line pós-alta de internação pediátrica: relato de experiência. *Aletheia*, 56,(1), 57-70. <https://doi.org/10.4322/aletheia.004>
- Rosa, R., Siano, M., Colucci, A., Anseris, A., Siani, P., Vajro, P., Savarese, G., & Mandato, C. (2024). Perceptions and Expectations of Youth Regarding the Respect for Their Rights in the Hospital. *Children*, 11(2), 222. <https://doi.org/10.3390/children11020222>
- Santana, G. & Melo, C. (2022). Tecnologia assistencial: emprego do brinquedo terapêutico instrucional para preparar crianças submetidas à punção venosa periférica. *Comunicação Em Ciências Da Saúde*, 33(02). <https://doi.org/10.51723/ccs.v33i02.1088>

Santos, L. D., Lima, L., F Garcia F., F. M., Silva, N., Silva, J., & Santos, R. (2019). Orientações Metodológicas para a Elaboração de Trabalhos. *Centro de investigação e desenvolvimento CIDIUM*. https://www.iium.pt/files/publicacoes/Cadernos/8/Cadernos_IUM_8_Orientacoes_Metodologicas_TI_2Ed.pdf

Santos L., Souza E., Rocha P., Maia E., Silva K., Borges R., Jantschf, L., & Silva, B. (2024) Efeito do brinquedo terapêutico instrucional no comportamento de crianças na primeira tentativa de cateterização intravenosa. *Rev Gaúcha Enferm*, 45. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20240038.pt>

Santos, K., Andrade, A., Torres, R., Teles, W., Debbo, A., Silva, M., Vinícius, M., Barros, Â., Silva, M., Morais, A., & Santos Junior, P. (2021). Nursing in the management of pain in newborns inborn in a neonatal intensive care unit. *Research, Society and Development*, 10(7), <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16428>

Santo, P. (2015). *Introdução à metodologia das ciências sociais - Génese, Fundamentos e Problemas*. (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo

Schimith, M., Cezar-Vaz, M., Xavier, D., & Cardoso, S. (2021). Communication in health and inter-professional collaboration in the care for children with chronic conditions. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 29. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4044.3390>.

Sena, M., Bechir, J., Marques, B., Vilhena, A., Dias, T., Damefils, M., Rodrigues, D., & Parente, A. (2024). Percepção materna no processo de hospitalização em uma enfermaria pediátrica. *Contribuciones A Las Ciencias Sociales*, 17(1), 5483–5497. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.1-327>

Sérgio, M., Carvalho, A., & Pinto, C. (2023a). Auditorias às práticas de Enfermagem e a implementação da Supervisão Clínica. *Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5(Sup), 36. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5iSup.547>

Sérgio, M., Carvalho, A., & Pinto, C. (2023b). Supervisão Clínica: um Contributo na Melhoria dos Indicadores de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.89400>

- Serra, D., Costa, I., Godinho, S., Henriques, M., & Gouveia, M. (2022). As auditorias em enfermagem nas organizações de saúde: revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 317-337. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11388>
- Silva, A., Lavor, S., Mendes, S., & Lopes, M. (2024). Curso de formação sobre metodologia da pesquisa científica para estudantes de enfermagem: relato de experiência. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 7(14), 238–246. <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i14.707>
- Silva, A., & Souza S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 6(13), 946–969. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- Silva, C., Oliveira, D., Pestana-Santos, M., Portugal, F., & Capelo, P. (2022). Dor crônica não oncológica no adolescente: uma revisão narrativa. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 72(5), 648-656. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.04.033>
- Silva, J., Alves, E., & Rodrigues, J. (2023a). Bournout Syndrome in nursing professionals in the Intensive Care Unit: an integrative literature review. *Research, Society and Development*, 12(4), e29612441305. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i4.41305>
- Silva, J., Leite, H., Fernandes, M., Nogueira, L., Avelino, F., & Rocha, S. (2020). Os Determinantes Sociais do Sofrimento Mental Infantil. *Enfermagem em Foco*, 11(1). <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2671>
- Silva, L., & Cabral, L. (2023). Urgência e Emergência e o Papel do Enfermeiro. *Revista Saúde Dos Vales*, 6(1). <https://doi.org/10.61164/rsv.v6i1.1814>
- Silva, R., Coppo, C., Zani, E., & Zani, A. (2024). A Participação do Pai no Cuidado ao Filho com Doença Grave: Um Protocolo de Revisão de Escopo. *Online Braz J Nurs*, 23. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20246751>
- Silva, R., Jacinto, R., & Pereira, R. (2021). Formação pedagógica na enfermagem: reflexão para a prática. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 15. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e9080.2021>

- Silva, S., Sampaio, C., & Marques, G. (2024). Intervenções do Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediatria na Promoção da Parceria de Cuidados à Criança e Família: revisão integrativa. *Servir*, 2(08), e35181. <https://doi.org/10.48492/servir0208.35181>
- Silvestri, A., Santos, E., Belini, G., Pellizzaro, A., Moura, T., Gonçalves, S., Begnini, M., Oliveira, D., & Moi, A. (2021). Nursing team facing palliative care in pediatrics: Integrative review. *Research, Society and Development*, 10(5). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14848>
- Soares, J., Macedo, M., Simão, M., Fonseca, L., Cândido, G., Oliveira, R., Jácome, P., & Dantas, J. (2024). Relação entre trabalho, saúde e adoecimento mental: uma revisão narrativa. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, 17(5). <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.5-145>
- Soares, M., Barros, C., Silva, M., & Monteiro, L. (2023). Vivência dos Familiares Cuidadores Face à Hospitalização Infantil. *Revista Contemporânea*, 3(12), 25693–25715. <https://doi.org/10.56083/RCV3N12-051>
- Children Healthcare Canada (2024). Procedural pain management in children & youth: A toolkit for health. Solutions for Kids in Pain Hub Leads, Knowledge Brokers, and Admin Centre. https://kidsinpain.ca/wp-content/uploads/2024/04/Procedural-Pain-Management-Toolkit_v2_2024_EN.pdf
- Souza, D., Lestinge, G., Carvalho J., & Rossat, L. (2024). Manejo da dor de crianças hospitalizadas: desvelando barreiras sob a perspectiva da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*, 45. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230151.pt>
- Souza D., Monteiro C., & Rossato L.(2024a). Pain management in hospitalized infants: recommendations for achieving the Sustainable Development Goals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77 (2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0421pt>
- Stewart, D. (2022). Enfermagem: Uma voz para liderar – Investir em enfermagem e respeitar os seus direitos para garantir a saúde global. *Conselho Internacional de Enfermeiros*. https://www.icn.ch/system/files/documents/2022-05/ICN_Kit_Portugue%CC%82s_FINAL_low%20res.pdf

Streubert, H., & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Summers, K., Paganini, G., & Lloyd, E. (2022). Poor Toddlers Feel Less Pain? Application of Class-Based Pain Stereotypes in Judgments of Children. *Social Psychological and Personality Science*, 14(2), 130-140. <https://doi.org/10.1177/19485506221094087>

Tammen, A. J., Brescia, D., Jonas, D., Hodges, J. L., & Keith, P. (2023). Fentanyl-Induced Rigid Chest Syndrome in Critically Ill Patients. *Journal of intensive care medicine*, 38(2), 196–201. <https://doi.org/10.1177/08850666221115635>

Telles, I., Moreira, C., & Lima, R. (2025). Análise das características da bronquiolite viral aguda e da bronquiolite obliterante. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 25. <https://doi.org/10.25248/reamed.e18208.2025>

Thi, T., Mudiyanseane, S., & Huang, M. (2022). Effects of Distraction on Reducing Pain During Invasive Procedures in Children with Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Management Nursing*, 23(3), 281-292. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.12.002>

Trembath, D., Varcin, K., Waddington, H., Sulek, R., Bent, C., Ashburner, J., Eapen, V., Goodall, E., Hudry, K., Roberts, J., Silove, N., & Whitehouse, A. (2023). Non-pharmacological interventions for autistic children: An umbrella review. *Autism*, 27(2), 275-295. <https://doi.org/10.1177/13623613221119368>

Uema, R., Rodrigues, B., Rissi, G., Felipin, L., & Higarashi, I. (2020). Cuidado centrado na família em neonatologia: percepções dos profissionais e familiares. *Revista Enfermagem UERJ*, 28. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.45871>

Vardanjani, A., Golitoleb, M., Abdi, K., Kia, M., Moayedi, S., Torres, M., & Dehghan-Nayeri, N. (2021). The Effect of Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures on Patients and Families: An Umbrella Review. *Journal of Emergency Nursing*, 47(5), 752-760. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.04.007>

Varela, P., Silva, N., Barbosa, V., Batt, G., Essali, F., Freitas, P., Azevedo, V., Azevedo, L., Ferreira, L., & Fully, L. (2024). The Impact of Burnout

Syndrome in Medicine: A Mental Health Review. *Health and Society*, 4(02), 253–263. <https://doi.org/10.51249/hs.v4i02.2024>

Vieira A., Gastaldo, D., & Harrison, D. (2020). How to translate scientific knowledge into practice? Concepts, models and application. *Rev Bras Enferm*, 73(5). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0179>

Vieira C. (2019). Investigação, conhecimento científico e responsabilidade social: reflexões a partir das Ciências Sociais e Humanas. Centro de Investigação em Educação em adultos e Intervenção Comunitária. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7304922>

Xess, P., Sarna, R., Sethi, S., Chauhan, R., Meena, S., Saini, V., Luthra, A., & Singh, N. (2024). Effect of CoolSense and EMLA Cream on Pain During Intravenous Cannulation in Pediatric Population: A Randomized, Controlled Trial. *Indian Journal of Pediatrics*, 91(2),119–124. <https://doi.org/10.1007/s12098-022-04233-w>

Zawadzki, S., Oliveira, L., Cardoso, S., França, F., Maier, C., Souza, T., & Visqueira, A. (2025). Caracterização de lesão por pressão em pacientes pediátricos em um hospital público universitário. *Brazilian Journal of Health Review*, 8(1), e76617. <https://doi.org/10.34119/bjhrv8n1-099>

ANEXOS

ANEXO I – Autorização Comissão Técnico Científica

NOTIFICAÇÃO DE DESPACHO - ADTE_60/2024

Bom dia,

Em referência ao assunto em epígrafe, informa-se, para os devidos efeitos, a decisão do CTC:

"Apreciada a proposta de tema e o teor do plano de trabalho, tendo em conta a observação dos requisitos regulamentares e o parecer da coordenação do respetivo curso de mestrado, o CTC decidiu aceitar o pedido da admissão à Dissertação. Fica registado o tema."

Com os melhores cumprimentos,



(Técnica Superior)

SIGA - Gestão Académica

Email academica@esenf.pt



Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 830, 844 e 856

4200-072 Porto

Email esep@esenf.pt

Telef +351 22 507 35 00

Fax +351 22 509 63 37

www.esenf.pt

ANEXO II – Autorização Proteção de Dados



EMIÇÃO DE PARECER DO ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS (EPD)

Porto, 16/10/2024

Assunto: Emissão de Parecer relativo a uma investigação ESEP – “A promoção do Conforto em Procedimentos Invasivos Pediátricos em Cuidados Intensivos e Urgência: perspetiva dos enfermeiros”

Via ESEP-DOC, chegou à equipa do EPD um pedido de parecer face a uma investigação a realizar Cátia Sofia Duarte Ferreira, subordinada ao tema *A promoção do Conforto em Procedimentos Invasivos Pediátricos em Cuidados Intensivos e Urgência: perspetiva dos enfermeiros*.

Para tal, foi junto via ESEPDOC o modelo 200, tendo posteriormente por email sido solicitado a respetiva informação ao participante e o pedido de consentimento para o tratamento de dados pessoais.

Destes dois documentos foram realizadas algumas sugestões de modificação que foram prontamente atendidas pelo Investigador interessado, verificando-se assim a respetiva adequação em conformidade perante o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

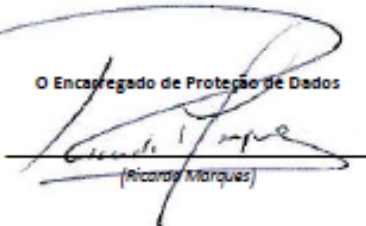
Mais concretamente, foi solicitado esclarecimentos quanto à informação a ser prestada ao participante, foi necessário exigir que a investigadora assumisse uma posição de Responsável pelo tratamento para com os titulares dos dados.

Após a realização das correções solicitadas, no qual destacamos os esclarecimentos prestados ao Titular de Dados e a garantia de exercício dos respetivos direitos e a assunção da responsabilidade enquanto Responsável de Tratamento.

Deste modo, ficaram assim, salvaguardadas as posições tanto do Investigador, como da ESEP e dos titulares de dados objeto deste referido estudo.

Por não existir nada que obstaculize à realização do estudo, o EPD da ESEP emite, pois, parecer favorável à realização do estudo. Endereçando votos de sucesso para o mesmo.

Com os melhores cumprimentos,

O Encarregado de Proteção de Dados

(Ricardo Marques)

ANEXO III – Consentimento Informado

CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE - Entrevista

Caro/a senhor/a, Enfermeiro/a,

Sou Cátia Duarte, estudante do Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Somos uma equipa de investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) integro o Projeto de Investigação “Integração da doença crónica pediátrica na vida da família”, inscrito no grupo de investigação NursID/CINTESIS@RISE, e com o estudo intitulado **“A promoção do Conforto em Procedimentos Invasivos Pediátricos em Cuidados Intensivos e Urgência: perspetiva dos enfermeiros”**, para o qual solicito a sua participação.

A sua colaboração é muito importante, uma vez que o estudo permitirá conhecer a prática dos enfermeiros relativamente às intervenções promotoras do conforto em idade pediátrica, nomeadamente, na realização de procedimentos invasivos, em serviços de cuidados intensivos pediátricos e em serviços de urgência pediátricos. Os resultados do estudo poderão contribuir para desenvolver um modelo de atuação em enfermagem, que promova o conforto durante a realização destes procedimentos em crianças, adolescentes e suas famílias.

Este documento dá-lhe informação sobre a investigação, por favor, leia com atenção a informação que se segue, para a tomada de decisão sobre a sua participação. Em caso de dúvidas, solicite o seu esclarecimento. Se concordar com a proposta apresentada, assinie o consentimento informado, livre e esclarecido, no local indicado para o efeito.

A sua participação é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa em participar a qualquer momento, mesmo após a aceitação do consentimento informado no estudo supracitado. A recusa em participar ou a desistência não implicará qualquer prejuízo para si.

Não existem riscos acrescidos resultantes da sua participação neste estudo. Salienta-se que os dados recolhidos são confidenciais e serão usados apenas para esta investigação ou para outras com esta conexas. Em futuras atividades de divulgação científica não será identificado o serviço/instituição, nem os participantes. Caso o deseje poderá ter acesso aos resultados do estudo, contactando-me através de email (ep9263@esenf.pt).

Título do estudo: “A promoção do Conforto em Procedimentos Invasivos Pediátricos em Cuidados Intensivos e Urgência: perspetiva dos enfermeiros”.

A equipa de investigação e responsáveis conjuntos pelo tratamento

Cátia Duarte (ep9263@esenf.pt), investigador principal

Ilda Fernandes (ildafernandes@esenf.pt)

Luísa Andrade (luisaandrade@esenf.pt)

O estudo acima referido, constitui uma parte do Projeto “guarda-chuva” de Investigação: “Integração da doença crónica pediátrica na vida da família”, cujos elementos da equipa de investigação infra elencados, só terão contacto com os resultados do referido estudo:

Lígia Lima (ligia@esenf.pt), investigador principal

Fernanda Carvalho (fcarvalho@esenf.pt)

Júlia Neto (jneto@esenf.pt)

Rita Fernandes (ritafernandes@esenf.pt)

Objetivos da investigação:

- Identificar os procedimentos invasivos que, segundo os enfermeiros que exercem funções em cuidados intensivos pediátricos e de urgência, são geradores de stress, ansiedade e dor nas crianças/adolescentes e suas famílias;
- Caracterizar os procedimentos médicos/invasivos em função do grau de stress, ansiedade e dor que desencadeiam, segundo a perspetiva de enfermeiros em cuidados intensivos pediátricos e de urgência;
- Identificar as estratégias usadas pelos enfermeiros em cuidados intensivos pediátricos e de urgência para promover o conforto durante a realização de procedimentos invasivos, e o porquê de minimizarem o stress, a ansiedade e a dor associados

Metodologia: De forma a responder aos objetivos propostos, pretende-se realizar uma entrevista semiestruturada, conduzida por elementos da equipe de investigação. Para facilitar a recolha e a análise da informação, pedimos a sua autorização para proceder à **gravação da entrevista**. A investigadora poderá contactá-lo/a novamente para confirmar as informações.

- **Informação dos direitos relativos aos dados socioprofissionais do titular dos dados**

Na qualidade de titular de dados pessoais, poderá, nos termos legais e até à obtenção dos resultados:

1. Solicitar o acesso aos dados pessoais que lhe digam respeito;
2. Solicitar a retificação dos seus dados pessoais;
3. Solicitar a eliminação dos seus dados pessoais;
4. Solicitar a limitação do tratamento dos seus dados pessoais;
5. Solicitar a portabilidade dos seus dados pessoais;
6. Opor-se ao tratamento dos seus dados pessoais ou à sujeição a decisões automatizadas;
7. Retirar o seu consentimento;
8. Apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Os direitos acima referidos nos pontos 1 a 7 poderão ser exercidos mediante pedido escrito enviado para o email ep9263@esenf.pt

- **Informação sobre: a possibilidade de como exercer os direitos do titular dos dados; a partilha de dados, as medidas e os cuidados a ter com os dados por forma a salvaguardar a sua integridade e confidencialidade e o prazo de conservação dos dados.**

A concretização desta investigação foi aprovada pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Garante-se o respeito pelos pressupostos éticos inerentes a um trabalho desta natureza, assegurando-se que:

- A sua participação é voluntária;
- Será garantida a confidencialidade e anonimato dos dados; o material resultante da entrevista será armazenado em local seguro, de forma anónima, e será destruído, após o tratamento dos dados; os dados que permitam a sua identificação direta (nome, e-mail) serão armazenados pelo período de 12 meses de forma autónoma e destruídos após o prazo de retenção;
- Os dados serão disponibilizados após a apresentação do estudo à comunidade científica e divulgados, prevendo-se a sua publicação em revista nacional ou internacional. Poderão, ainda, ser divulgados através do envio, por correio ou e-mail, de um documento síntese, com a explicação dos resultados e principais conclusões, quando solicitado.

A sua colaboração é fundamental para que possamos levar a cabo este trabalho, pelo que agradecemos a sua participação.

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996,

Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008) e Convenção de Oviedo

A promoção do Conforto em Procedimentos Invasivos Pediátricos em Cuidados Intensivos e Urgência: perspetiva dos enfermeiros”

Eu, _____ abaixo-assinado, _____ (nome completo)_____

tomei conhecimento e li a Informação ao Participante relativo à investigação que fui convidado a participar. Compreendi o objetivo do estudo de investigação no âmbito do projeto de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola superior de Enfermagem do Porto “**A promoção do Conforto em Procedimentos Invasivos Pediátricos em Cuidados Intensivos e Urgência: perspetiva dos enfermeiros**”, realizado pela equipa de investigação que tem como Investigadora principal Cátia Duarte Ferreira e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluída/o. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de anular a todo o momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Mais declaro, nos termos e para os efeitos previstos nos artigos 6.º, n.º 1, alínea a) e artigo 9.º, n.º 2, alínea a) e j) do Regulamento EU 2016/679 (Regulamento Geral de Proteção de Dados).

1. Li e compreendi a informação constante do documento de informação relativo ao estudo **“A promoção do Conforto em Procedimentos Invasivos Pediátricos em Cuidados Intensivos e Urgência: perspetiva dos enfermeiros”** de que esta declaração de consentimento constitui anexo. Foram-me devidamente explicados os objetivos, a finalidade, o fundamento, a duração, os eventuais riscos, inconvenientes e benefícios da participação, as consequências da não participação no referido estudo, as categorias de dados pessoais a tratar, a identidade do responsável pelo tratamento, os contactos do encarregado de proteção de dados, bem como os termos da minha participação e os direitos que me assistem na qualidade de participante. As dúvidas que coloquei foram satisfatoriamente esclarecidas.
2. Estou ciente de que a minha participação no estudo é voluntária e de que tenho total liberdade para retirar o meu consentimento para a minha participação em qualquer altura, sem que tenha de invocar qualquer justificação e sem que de tal opção advenham quaisquer consequências, designadamente sem que os cuidados médicos que me são prestados ou os meus direitos sejam afetados.
3. Tomei conhecimento de que o estudo **“A promoção do Conforto em Procedimentos Invasivos Pediátricos em Cuidados Intensivos e Urgência: perspetiva dos enfermeiros”**, tem como responsável, a Enfermeira Cátia Duarte Ferreira a que corresponde o contacto ep9263@esenf.pt, sendo este o responsável pelo tratamento dos meus dados pessoais no âmbito do estudo para as finalidades e nos termos acima referidos.
4. Fui informado(a) que, nos termos da legislação aplicável, poderei solicitar, **até à obtenção dos resultados, o acesso aos dados pessoais** que me digam respeito, bem como a sua retificação, eliminação ou a limitação do tratamento, a portabilidade dos dados, ou opor-me ao tratamento, mediante pedido escrito para o email ep9263@esenf.pt ou para o email epd@esenf.pt ou para a morada: Encarregado de Proteção de Dados, ESEP, Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 830, 4200-072 Porto.
5. Fui ainda informado(a) de que poderei retirar o meu consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais em qualquer altura, o que não invalida, no entanto, o tratamento efetuado até essa data com base no consentimento previamente dado.

6. Fui ainda informado(a) de que os resultados finais do estudo poderão ser apresentados e enviados para revistas científicas da área, possibilitando assim um avanço para o estudo, que apesar deste pedido de consentimento existe também o fundamento de licitude para fins de investigação científica.
7. Confirmando que recebi informações, e tive oportunidade de solicitar os esclarecimentos que entendi, nomeadamente, mas sem limitação, sobre as finalidades do tratamento dos dados pessoais em questão, bem como sobre os demais termos do tratamento dos meus dados pessoais referidos acima no texto deste consentimento e no documento de informação relativo ao de que esta declaração de consentimento constitui anexo.
8. De forma livre, específica e informada, concordo em participar no Estudo “**A promoção do Conforto em Procedimentos Invasivos Pediátricos em Cuidados Intensivos e Urgência: perspetiva dos enfermeiros**” e, para tanto, autorizo que os meus dados pessoais aqui recolhidos sejam tratados:

Sim Não

9. Entendi, foi-me explicado e recebi uma cópia deste consentimento composto por duas (2) páginas, bem como do documento a que o mesmo está anexo.

10. Assinatura _____

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela

investigadora. Assinatura do participante _____

Assinatura do investigador _____

Local: _____ Data: ____/____/____

ANEXO IV – Entrevista Semiestruturada

Guião da entrevista semiestruturada para ENFERMEIROS:

CONTEXTUALIZAÇÃO DA GESTÃO DO CONFORTO EM USO NOS PROCEDIMENTOS INVASIVOS EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Introdução:

Apresentação do entrevistador.

Explicação do propósito da entrevista (entregar folha de informação ao participante e consentimento informado):

- Identificar os procedimentos invasivos que são geradores de stresse, ansiedade e dor nas crianças/adolescentes e suas famílias, na perspetiva dos enfermeiros.
- Caracterizar os procedimentos invasivos em função do grau de stresse, ansiedade e dor que desencadeiam, segundo a perspetiva de enfermeiros
- Identificar as estratégias usadas pelos enfermeiros que minimizam o stresse, ansiedade e dor decorrentes de procedimentos invasivos.

Secção 1: Informações Pessoais e Profissionais

- Sexo
- Idade (anos)
- Experiência em Saúde Infantil/ Pediatria (anos completos)
- Contexto Profissional Atual
- Formação em Saúde Infantil e Pediátrica
- Formação em Dor

Secção 2: Conhecimento e Formação:

- Qual é a sua formação académica? Tem especialização em saúde infantil e pediatria?
- Tem algum tipo de formação específica relativa à realização de procedimentos invasivos em idade pediátrica?

Secção 3: Experiência Prática:

- Enumere os procedimentos médicos invasivos que na sua prática realiza em crianças e adolescentes.

- Quais são as principais dificuldades que encontra ao realizar esse procedimento em crianças e adolescentes?
- Como lida com o stresse associado a procedimentos invasivos em pacientes pediátricos?
- Que estratégias ou técnicas utiliza para tornar os procedimentos menos stressantes para as crianças e suas famílias?

Secção 4: Dificuldades Específicas:

- Identifica diferenças significativas ao realizar procedimentos invasivos em crianças de diferentes idades? Quais?
- Quais são as principais dificuldades relacionadas com a comunicação com crianças/ adolescentes e suas famílias durante a realização de procedimentos invasivos?

Secção 5: O papel dos pais

- Qual a sua opinião relativamente à presença dos pais durante a realização de procedimentos invasivos?
- Como entende o papel dos pais/cuidadores durante estes procedimentos? Secção 6: Suporte e Recursos:
- Que tipo de suporte ou recursos são fornecidos pela instituição para ajudar os enfermeiros durante procedimentos invasivos em crianças?
- Sente que a promoção do conforto durante a realização de procedimentos invasivos é um foco de atenção de todos os profissionais da equipa?

Secção 6: Estratégias de Melhoria:

- Tem sugestões para melhorar a formação e o suporte dado aos enfermeiros para a realização de procedimentos invasivos pediátricos?

Conclusão:

- Pergunta aberta: Há mais alguma informação ou experiência que gostaria de partilhar em relação a procedimentos invasivos em saúde infantil e pediatria?

Agradecer participação na entrevista.

ANEXO V – Tabela Matriz

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
Procedimentos Invasivos	Por Punção	-----	<p>E1: “Os cateterismos periféricos somos nós (...) para a colheita de sangue, para a administração terapêutica, fluidoterapia. (...) a punção lombar”</p> <p>E2:” essencialmente, colheita de sangue. (...) punção lombar”</p> <p>E3:” Punções venosas (...) as punções lombares e colaborar em suturas, mas não sou eu que as realizo.”</p> <p>E5:” colaboro em diferentes procedimentos médicos, como as intubações oro traqueais, canulação para colocação de ECMO, cateter arterial, cateter central, broncofibroscopias, entre muitos outros (...) na minha unidade os procedimentos que realizo acaba por ser muito colocação de cateter venoso periférico”</p> <p>E6:” cateter (...) para a administração de fluidoterapia ou de medicação (...) [ou] colheita de análises clínicas.”</p> <p>E7:” administração de terapêutica intramuscular, subcutânea, (...) intradérmica, algumas vacinas que às vezes fazemos lá.”</p> <p>E8:” (...) cateteres de venosos periféricos, (...) Cateteres de venosos centrais, mielogramas, em geral colaboramos. Colocação de cateter epicutâneo.”</p> <p>E9:” Cateter venosos periféricos, cateter venoso central de inserção percutânea, (...), gasometrias arteriais e venosas somos nós que realizamos. (...) e colaboramos na realização da punção lombar”</p> <p>E10:” cateter venosos periféricos, (...), cateter epicutâneo (...) Punção lombar”.</p> <p>E11: “Punção venosa”</p>
	Através de Orifícios Naturais		<p>E1:” as algaliações nos pequeninos, nos maiores, já temos o cuidado de não fazer, só se for estritamente necessário, no âmbito da situação que os leva à urgência” (...) as intubações nasogástrica (...), as lavagens gástricas”</p> <p>E2: “esvaziamento vesical”</p> <p>E3:” algaliações.”</p> <p>E5:” colocação de cateter vesical, aspiração de secreções, colocação de sondas nasogástrica,</p> <p>E6:” Sondas nasogástricas”</p> <p>E7:” Colocação de sonda nasogástrica, aspiração de secreções, esvaziamento vesical, colocação de cateteres vesicais”</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>E8: "algaliação, sondas, (...)" E9: "entubação nasogástrica, algaliação, (...), entubação orotraqueal" E10: "sondas vesicais, (...), entubações orotraqueias" E11: "aspiração de secreções endotraqueais, cateterização vesical, colocação de sonda nasogástrica"</p>
	Outros Procedimentos		<p>E1: "E se for necessário, fazer alguma limpeza de alguma ferida" (...) E nós já notamos quando temos uma criança em alto fluxo que já temos de ter outro cuidado" (...) por vezes, a aplicação de medicação retal" E2: tratamento de feridas, E5: "remoção de suturas" E2: "colocação de talas gessadas (...) no tratamento das pronações dolorosas, no tratamento de queimaduras (...) Às vezes apoio ao otorrino, na remoção de corpos estranhos. E5: "procedimentos médicos, como as intubações oro traqueais, canulação para colocação de ECMO, cateter arterial, cateter central, broncofibroscopias entre muitos outros." E10: "dou apoio à cirurgia na realização de "pontos", aplicação de cola, tratamento de feridas."</p>
Respostas da criança/adolescente aos procedimentos invasivos	Reações comportamentais	-----	<p>E1: "há crianças que choram". E1: "pela idade e pela capacidade de compreensão não consegue entender, mas tento explicar aos pais. (...) depende do grau de compreensão da criança. (...) pela idade eles têm tendência a ser mais colaborantes. (...) nós temos tendência a pensar que quanto mais velha é a criança, mais fácil será a prestação de cuidados porque ela vai colaborar. (...) Mas são exceções porque normalmente o que acontece é que quanto mais crescidos são, a tendência é que nós consigamos explicar e eles consigam entender. Mas sim, nota-se que a capacidade de compreensão e de colaboração deles interfere com a idade." E2: "Muitas vezes é mais aquela, os pequeninos conseguem se controlar naquela idade do pré-escolar, se já tiveram efeitos negativos, é difícil, às vezes, mas tentamos sempre" E2: "e depois, consoante a idade, vamos adaptando mais um ao outro. (...) Os miúdos todos eles são diferentes. (...)A reação à dor, isso podemos expor bem por faixas etárias" E3: "Podem chorar, espernear, gritar, fugir. Já tive crianças que</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>esconderem-se atrás do frigorífico para não deixarem ser puncionadas. É verdade, já tive.” (...) Podem tornar-se mais agressivas, podem tornar-se violentas, malcriadas ou então mais fechadas e mais agarradas a elas próprias e menos expansivas (...) as manifestações podem ir desde ficarem completamente fechadas nelas próprias. (...) Eu acho que se eles já tiverem pré-conceitos de que as coisas vão ser dolorosas e que lhes vão custar, é completamente impossível conversar com eles”</p> <p>E3:”As crianças, quanto maiores são, acabam por ter uma perceção diferente da dor. (...) se for uma criança que me entenda, explico o procedimento e executo com precisão. (...)Se não tiverem idade que me entendam, tento minimizar a dor das formas possíveis e ser o mais rápida e assertiva possível”</p> <p>E5:”. Como já referi anteriormente é muito o nível de compreensão e o estado clínico da criança, pois muitas das vezes dado o estado clínico é difícil de explicar de forma que exista compreensão (...) é expectável que com a idade eles aceitem e percebam melhor o que lhes vamos fazer. (...) nos miúdos mais crescidos nem sempre é fácil explicar o que vamos fazer, mas acredito que para mim a minha maior dificuldade é mesmo essa. (...) Como já referi anteriormente é muito o nível de compreensão e o estado clínico da criança, pois muitas das vezes dado o estado clínico é difícil de explicar de forma que exista compreensão (...) é expectável que com a idade eles aceitem e percebam melhor o que lhes vamos fazer. (...) nos miúdos mais crescidos nem sempre é fácil explicar o que vamos fazer, mas acredito que para mim a minha maior dificuldade é mesmo essa.”</p> <p>E6:” aliás, é tão claro como alguns utentes que a gente apanha, que depois de serem puncionados uma vez, nunca mais deixam puncionar, ou nunca mais querem ver. (...) às vezes a gente apanha aqueles miúdos que de alguma forma já ficaram bastante traumatizados de uma outra vez que tenha havido necessidade de um procedimento destes e é mais complicado. (...) claro que nos mais velhos é mais fácil explicar e proceder ao procedimento”</p> <p>E6:” dependendo da idade da criança se eu vi que a criança tem capacidade de perceber aquilo que eu lhe explico e a gente também facilmente consegue avaliar isso. (...) Para já é o tamanho em primeiro lugar, e depois, os miúdos não são todos iguais e a capacidade de eles perceberem aquilo que a gente</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>explica também não é igual, mesmo às vezes com a mesma idade, pronto não falam, traz-nos dificuldades mais acrescidas aos miúdos que falam”</p> <p>E7:” E o facto também dos miúdos estarem constantemente a gritar e a chorar, porque é a forma que eles têm de se expressar”</p> <p>E7:” Sim, até pela capacidade de entenderem, dos miúdos entenderem, compreenderem e colaborarem aquilo que estamos a fazer”.</p> <p>E8:” eu acho que é sobretudo ao nível da colaboração das crianças, as diferenças que nós notamos. Porque eles não têm maturidade emocional, é inerente à idade deles, portanto, o comportamento deles é diferente. (...) assim, as principais dificuldades é as crianças perceberem que, de alguma forma, têm de colaborar. É muito diferente de abordares um procedimento invasivo com uma criança e com um adolescente. Eles colaboram mais porque percebem que tem de ser.”</p> <p>E8:” relativamente às crianças, a comunicação. Bebés muito pequeninos, crianças muito pequenas, a realidade da comunicação está ali presente e eles também entenderem o que é aquilo que lhes está a acontecer e perceberem que aquilo, apesar de ser o filho deles, precisam daquilo. Acho que é mais para eles.”.</p> <p>E9:” olha, depende da idade das crianças, depende muito da idade. Funciona muito, em algumas idades, tentar explicar a situação, tentar simular com um bonequinho, como o companheiro deles, na criança acordava.”</p> <p>E9:” olha, depende da idade das crianças, depende muito da idade. Funciona muito, em algumas idades, tentar explicar a situação, tentar simular com um bonequinho, como o companheiro deles, na criança acordava. (...) É bastante diferente, com o adolescente, se conversares com ele, se explicares o que é que tem de ser feito, por norma é mais fácil, crianças mais pequenas sobretudo ali na idade dos 2, 6 anos, socorro, é difícil explicar-lhes porque eles não entendem a utilidade do que é que seja”.</p> <p>E11:” explicar a uma criança pequena que vamos fazer uma coisa que não vai ser confortável para ela, mas que, de alguma forma, vai ajudar no processo de melhoria do medo. (...) Ou seja, é mais fácil lidar com eles durante o procedimento do que na preparação</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
	Reações Físicas		<p>para o procedimento, porque eles só de começarem a perceber que alguma coisa lhes vai acontecer têm mesmo muito medo, ficam muito reticentes, muito chorosos e até é difícil falar com eles porque eles nem conseguem ouvir. (...) Os adolescentes acabam por ser um bocadinho mais fáceis, apesar de alguns, a maior parte deles já têm outro tipo de consciência e vêem aquele ambiente, é muito assustador para eles, eles têm muito medo, mas acabam por ter um comportamento diferente, ouvir com mais atenção.</p> <p>E11:” ter de lhes explicar numa linguagem que elas consigam perceber aquilo que vamos fazer e o porquê do que vamos fazer. (...)a linguagem e a maneira de lhes explicar que depois temos que ajustar em todas as idades. Dizer isto a um adolescente é fácil e ele percebe, mas dizer isto a um escolar ou pré-escolar exige um bocadinho mais da nossa criatividade.”</p> <p>E1:” No entanto, também nos deparamos com adolescentes que têm pouca capacidade de colaboração e de autocontrolo.”</p> <p>E1: “as crianças também não reagem bem (...) “um bocadinho o medo que a criança traz associado (...) a partir do momento só que se diz que vai tirar sangue (...) e eles depois, quando chegam perante um profissional de saúde, já vêm com aquele receio “</p> <p>E1:” quanto mais margem de tempo lhe dermos, mais ansiosa ela vai ficar e até porque por vezes também não se consegue estar com o tempo que a criança necessitaria e só lhe iria aumentar o sofrimento”</p> <p>E3: “Esconderem os membros onde a gente quer fazer os procedimentos, no caso de uma punção venosa...”</p> <p>E8:” fisicamente também é diferente, a tolerância à dor também é diferente. A nossa forma de os poder aliviar o stress também é diferente. É tudo diferente, estas crianças, entre os tamanhos, claro”</p> <p>E3:” porque já não nos ouvem, já estão formatados para que vai ser complicado, vai ser doloroso, vai ser difícil e já nem sequer conseguem ter disponibilidade para ouvir e para entender a nossa explicação.”</p> <p>E10 “vai acontecer, que não têm coragem, que têm vergonha, que não têm coragem de ser puncionados da situação em si, e alguns também, sendo mais velhos, da noção da gravidade da situação,</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
	Reações Emocionais		<p>o receio de que pode acontecer a seguir” E11:” Sim, nos mais pequenos, nos lactentes, alguns só de nos ver de farda e assim já percebem que aquilo não vai ser muito calmo, que alguma coisa vai acontecer que não é boa para eles (...) Nós temos alguns bebés que já têm muita experiência de internamento e então mal nos vêem aproximar, já ficam assim de pé atrás. (...)fazer questões, eles fazem muitas questões do que é que vamos fazer, como é que vamos fazer, quanto tempo é que vamos demorar, se vai doer, se não vai doer, quanto é que vai doer e eles conseguindo colocar as questões deles acabam por ficar mais tranquilizados. Dependemos sempre, pelo menos é a minha estratégia, eu exerço sempre a verdade. (...) Quando não vai doer, mas vai ser desconfortável, digo que não vai doer, mas vai ser desconfortável e tento-nos pôr as coisas mais fáceis do que são para eles, para conseguir conquistar a confiança deles e num outro procedimento, quando eles disserem, olha, não vai doer, eles acreditarem em mim que não vai doer.”</p> <p>E1: “mediante o receio, mediante o medo e a ansiedade da criança. (...) mas numa situação nova, numa situação de stress nos primeiros instantes ele reage desta forma.” E2:” fico, às vezes, um bocado triste e desanimada (...)é sempre mais o stress, a ansiedade, o medo, o medo das colheitas, o medo das punções, o medo da urgência.” E3:” Tentámos acalmar o stress. (...) Acho que se desmistificássemos o medo muito da dor seria um bocado compensada (...) é o medo associado à realização das punções.” E5:” os equipamentos médicos que existem em torno do doente geram grande stress, medo e ansiedade à criança bem como a família. E10:” outras a questão da ansiedade, do medo” E11:” Mas, quando elas estão acordadas, também o medo que elas sentem. (...)Os toddler’s pré-escolares e escolares têm muito medo e acaba por ser mais difícil de lidar com o medo deles do que depois com o comportamento deles durante o procedimento.”</p>
Condicionantes das respostas aos procedimentos	Relacionadas com a criança e o adolescente	Vivências anteriores	<p>E1: “Ou porque alguém lhe disse que ia doer.” (...) alguns deles já têm antecedentes de crises de ansiedade e de pânico, e nesses é mais difícil. (...)Não sei se também tem um bocadinho a ver com a educação dos pais, se tem a ver com alguma experiência que</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>tenha ficado de outro momento em que eles estiveram internados ou hospitalizados ou sujeitos a qualquer procedimento” E3:” Outras vezes têm experiências traumáticas prévias que também lhes condicionam muito a perceção daquilo que nós estamos a dizer. (...) Já têm o conhecimento prévio das atividades que lhes provocam dor e já reagem de uma forma diferente das crianças que nunca tiveram contato com a dor.” E6:” não ser que às vezes a gente apanhe aqueles miúdos que de alguma forma já ficaram bastante traumatizados de uma outra vez que tenha havido necessidade de um procedimento destes e é mais complicado”.</p>
		Condição Especial	<p>E4: “criança que está internada nos cuidados intensivos à partida será por uma situação de doença muito complexa, e de alguma instabilidade, portanto é difícil gerir essa parte.” E5:” eu adequo a linguagem ao seu nível de compreensão, mas muitas vezes temos crianças com doenças crónicas (...) alguns que no decorrer da doença que os levou a ficar internados desenvolveram alguma limitação da cognição e nem sempre é fácil explicar de forma que eles entendam.” E11:” Nós estamos a lidar com uma situação grave, há algumas que são programadas ou assim, ou situações crónicas e os pais já vão com outra leveza”.</p>
		Informação pelos média	<p>E10:” Alguns já são informados, ou quase, os média, já informam de algumas coisas, e não querem que sejam pressupostos diagnósticos de alguma situação, os adolescentes já estão, mesmo não tendo sido dito o diagnóstico, eles sabem que é um diagnóstico menos bom, menos favorável, algo que poderá trazer dias de internamento, ausência da família, ausência da escola, dos amigos, temos que adaptar cada fase e tentar estratégias para que isso seja minimizado”.</p>
	Relacionadas com os Pais	Parceria de cuidados	<p>E1: “conseguem estar mais ansiosos, mais stressados do que a própria criança e penso que depende muito dos pais que temos ao nosso lado. (...) Os cuidados têm de ter em vista a parentalidade. (...) Tento explicar minimamente aos pais, muitas das vezes, que o procedimento em si não é tão doloroso como a criança à partida parece estar a demonstrar” E2:” O bocadinho antes do procedimento explicamos o que é que vamos fazer, não temos nenhum folheto explicativo”</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>E3:” também depende muito da literacia em saúde dos pais, depende muito da disponibilidade mental dos pais para a situação, porque às vezes os pais também estão em situação de grande stress e não conseguem perceber nadinha do que nós dizemos. (...) se for uma criança que não me entenda, procuro explicar aos pais, para os pais também minimizarem o stress deles. (...) acho que em 99% das situações os pais são uma presença significativa e uma mais-valia positiva</p> <p>E4” É claro que reconhecemos que quando nos entra uma criança, por exemplo, da rua um acidente, um politrauma, a família está muito preocupada, está sob um stress muito grande. (...) Sentimos, muitas vezes, essa necessidade de ter alguém extra que pudesse dedicar, também, um bocadinho esse tempo aos pais de explicação. (...) Mas, a realidade é que não temos essa capacidade de resposta. Tentamos articular entre equipa, quando é viável, quando é possível de alguém, pelo menos, dar uma palavra aos pais, à sala”</p> <p>E5:” por norma, gosto de explicar aos pais tudo que será realizado e dou-lhes abertura para tomarem a decisão de estarem presentes, e acho que até sou bem-sucedido porque os pais depois agradecem e ficam mais tranquilos. (...) Eu gosto de explicar aos pais, gosto que estes desde que ajudem, colaborem e sintam capacidade, estejam presentes durante alguns procedimentos”</p> <p>E6:” Porque a gente consegue notar perfeitamente quando chama a criança para efetuar o procedimento, aqueles que têm uma boa relação de confiança até com os pais e nessas situações já tem o trabalho muito mais facilitado. E depois de explicar o procedimento e até às vezes, e a maior parte das vezes com o apoio dos pais, normalmente não temos dificuldade. (...) Porque às vezes é engraçado que há miúdos que têm uma relação até mais próxima ou com o tio ou até com o irmão mais velho. E de vez em quando eu até permito que haja a troca para ter esse apoio de quem tem uma relação mais próxima com o miúdo.”</p> <p>E8:” portanto, eu acho que é importante eles estarem presentes. (...) vamos deixando os pais estarem com eles até o momento em que fazemos, efetivamente, o procedimento, de forma que eles não fiquem tão stressados e que o procedimento corra de facto melhor.”</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>E9: "nos bebés, tem de ser, tem de ser, nós acabamos também por atenuar a dor dos pais, eles sabendo o que vai acontecer já ficam mais aflitos e nos bebés também temos de ter estratégias para gerir a dor dos pais."</p> <p>E10: "Acho que devíamos deixar participar mais os pais. Os pais e a questão da dor, a presença dos pais é fundamental. Acho que nós descuramos a maior parte das vezes a presença dos pais nos procedimentos que são invasivos, que são preocupantes para os próprios pais, vão causar ansiedade quando os pais ficam cá fora e ouvem os filhos a chorar durante o procedimento, porque se nós lhes dizemos que vamos realizar o procedimento e os pais não podem estar presentes, os pais vão trazer uma grande ansiedade aos próprios filhos e depois já ficam com medo porque vai haver ali um corte no vínculo naquele momento que a criança precisa do pai, da mãe, precisa do primo, precisa do apoio, que não existe, que nós vamos cortá-lo."</p> <p>E11: "nos pais, é mesmo explicar os motivos, o que é que aquele procedimento vai contribuir na melhoria porque os pais ficam muito preocupados com o desconforto das crianças, como é óbvio, e tudo aquilo que puder ser dispensado, eles preferem. Em cuidados intensivos, como aquilo é um ambiente muito assustador para os pais, eles acabam por depositar muita confiança em nós no sentido de que se diz que tem de ser, é porque tem que ser. E, por isso, quando nós explicamos é raro eles pedirem para não fazer o procedimento, ou ficarem reticentes ao procedimento, mas, por vezes, pedem-nos para não estarem presentes no procedimento. (...) Mas como enfermeira, centrada no doente e na família, eu acredito e sei que para a criança é muito mais confortável terem uma figura que eles sabem que a partir deles vai proteger e que não vai permitir que alguém lhes faça alguma coisa que não seja tão melhor para eles, nesse sentido, a presença da família tem toda a diferença no conforto da criança."</p>
		Expectativa da participação dos pais	<p>E1: "Sem dúvida que os pais são as pessoas que melhor conhecem as crianças e melhor conhecem a criança e a informação que nos dão sobre as reações dos seus filhos. (...) pais que estão 24 horas com as crianças e que melhor do que ninguém sabem interpretar as emoções, o choro, os risos, todo o comportamento toda a expressão facial e corporal dos seus filhos."</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>(...) Há pais que sem dúvida são um fator positivo e que promovem a prestação dos nossos cuidados, a nossa intervenção, mas há pais que não têm uma postura adequada e acabam por dificultar ainda mais o nosso papel. (...) O papel dos pais deveria ser no sentido de tranquilizar a criança, transmitir segurança porque os pais são o porto seguro da criança, são a referência que eles conhecem do dia-a-dia.”</p> <p>E2:” Parceiros. Nunca saem.”</p> <p>E3:” porque acho que acabam conseguir acalmar os filhos e conseguir transmitir-nos a segurança num momento inseguro para eles. (...) outras vezes estão completamente disponíveis para ouvir as nossas explicações e para entenderem que colaborarem connosco no sentido de minimizar a dor às suas crianças. “</p> <p>E4:” claro que quando as crianças estão acordadas e quando são procedimentos mais simples, (...) não vamos pedir aos pais que saiam a menos que eles manifestem essa vontade, dizemos o que é que vamos fazer, a maior parte deles opta por ficar presentes e é tranquilo da nossa parte. (...) O papel deles acho que passa um bocadinho por tentar dar alguma segurança à criança, ter ali uma pessoa que é da confiança deles, que é reconhecida, que se sentem acarinhados, que de alguma forma lhes transmitem alguma tranquilidade, digamos assim, alguma segurança, algum sentido de proteção para a criança. (...) Em relação à presença dos pais, por vezes fica um bocadinho difícil gerir a parte emocional deles e por uma questão. (...) Normalmente ficam ali mais à cabeça da criança, mais já a acarinhar, mais a tentar distrair, enquanto nós fazemos o procedimento”.</p> <p>E5:” ara mim os pais devem estar presentes, desde que colaborem de forma adequada. (...) porque ter um pai sentado no cadeirão só a fazer de corpo presente isso para mim não faz sentido. (...) O papel dos pais é como já te disse anteriormente se eles sentirem capacidade de colaborar tem um papel fundamental, na tranquilização da criança, de conseguirem que esta fique mais tranquila, mais calma, se não tiverem esta capacidade e forem um elemento dificultador na realização dos procedimentos e dos cuidados aí pedimos que esperem no exterior e que só regressem no final. (...) estes pais já são eles que em casa realizam alguns procedimentos aos seus filhos, por</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>isso desde que eles se sintam á vontade por mim devem ficar e colaborar”</p> <p>E6: “Porque a gente consegue notar perfeitamente quando chama a criança para efetuar o procedimento, aqueles que têm uma boa relação de confiança até com os pais e nessas situações já tem o trabalho muito mais facilitado. E depois de explicar o procedimento e até às vezes, e a maior parte das vezes com o apoio dos pais, normalmente não temos dificuldade”</p> <p>E7:” por norma devem ficar. Devo ter retirado os pais da sala de procedimentos nestes dez anos, pouquíssimas vezes, só mesmo quando eu entendo que são uma fonte de stresse para a criança. (...) Portanto, deixo sempre ficar, até para ao contrário, se eu vir que as coisas não estão a resultar, que o pai me está a impedir de fazer as minhas coisas, ou da maneira que eu quero, ou explico que é melhor para o filho e que está a incutir o stress na filha, peço para sair, ou para ser substituído por outro familiar, ou não necessariamente a mãe ou o pai, o avô, quem tiver, e que for significativo para a criança.”</p> <p>E8:” Às vezes os pais precisam de estar presentes para nos conseguir ajudar a acalmar as crianças e porque é muito importante para elas também verem ali o pai, a mãe, o pai a dar a mão. Mas acho que outras vezes os pais também deixam de colaborar, no sentido em que veem que estamos a fazer várias vezes o mesmo procedimento e sem sucesso e também começam a não colaborar tanto. E dizem, não fazem mais, chega e acabou, isto não pode ser.”</p> <p>E9:” É muito a colaboração. (...) é assim, há pais que ajudam muito, há pais que não ajudam nada. Há pais que são efetivamente um apoio porque nos ajudam a nós enfermeiros, a perceber também como acalmar aquela criança, o que é que é conforto que medidas, como é que o bebê gosta, qual é o tipo contenção que ele gosta, como é que é a chupeta, pronto. Há pais que efetivamente ajudam a acalmar a criança. Há outros pais que ficam tão ansiosos que o procedimento às vezes realmente fica melhor fora. Porque ficam tão ansiosos que até despertam mais até nervosismo nos próprios profissionais e isso também não ajuda, não é claro.”</p> <p>E10:” Se os pais não tiverem capacidade física ou mental por disposição para estarem presentes, mas os pais deveriam estar</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>sempre presentes, porque é uma mais-valia para nós, como profissionais, porque os pais conhecem melhor as crianças do que nós, conseguem identificar os medos e as ansiedades dos seus próprios filhos melhor do que nós, por isso acho que deveriam estar sempre presentes, caso haja condições pela parte da família, pela parte do serviço, maior parte das vezes há condições, não há por disposição da equipe.”</p> <p>E11: “Enquanto enfermeira, muitas vezes eu preferia que eles não estivessem, porque há alguns pais, não são todos, que acabam por criar um maior stress na criança do que o procedimento em si.”</p>
		Comunicação com os pais	<p>E1:” Se os pais estiverem stressados, obviamente que a criança vai ficar cada vez mais agitada” (...) Há pais que também não estão recetivos ao tempo, ao ambiente. (...) Os próprios pais por vezes também não compreendem aquilo que estamos a explicar (...) porque há certos procedimentos que têm de ser feitos na hora e não é fácil explicar aos pais que estão a chorar” (...) há famílias que não é fácil, por muito simples, por muito rudimentar que seja a nossa linguagem, há pessoas que também não conseguem atingir dependendo muito do local e da população onde estamos a prestar os cuidados”</p> <p>E4:” mas, a realidade é que não temos essa capacidade de resposta. Tentamos articular entre equipa, quando é viável, quando é possível de alguém, pelo menos, dar uma palavra aos pais, à sala”</p> <p>E5:” mas por norma estabeleço uma boa relação comunicativa com os pais” (...) gosto de explicar aos pais tudo que será realizado e dou-lhes abertura para tomarem a decisão de estarem presentes, e acho que até sou bem-sucedido, porque os pais depois agradecem e ficam mais tranquilos. (...) contudo a comunicação nem sempre é fácil pois estamos com doentes com cuidados muitos complexos”</p> <p>E6:” primeiro pergunto aos pais se já explicaram. E pronto, vou andando e vou vendo. Vou apalpando terreno até onde é que posso ir, se bem que, por vezes, não é só o facto de te explicar, não resulta”</p> <p>E7:” E eu tento antecipar um bocadinho, explicar-lhes o que é que vai acontecer”.</p> <p>E10:” O que deve acontecer, e por norma acontece, pelo menos</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>tento que aconteça, enquanto estou lá, é explicar o que é que vai acontecer, e tentar que colaborem na medida do possível para o procedimento.”</p> <p>E11:” com as famílias numa fase inicial do internamento é muito difícil porque eles não ouvem um terço daquilo que nós dizemos. Nós estamos a lidar com uma situação grave, (...) aquelas situações que são agudas e que nos traumas e assim, que são situações que ninguém estava à espera daquilo, os pais não ouvem nada daquilo que nós lhes dizemos. Nós por muito que lhes expliquemos, só a fim de dois ou três dias é que eles nos começam a ouvir. E nesse sentido é difícil porque nós temos de ser insistentes e temos que conseguir perceber nas entrelinhas aquilo que eles perceberam e que retiveram daquilo que nós lhes dissemos.”</p>
	<p>Relacionadas com os Enfermeiros</p>	<p>Condição Individual e Profissional</p>	<p>E1:” de alguém que tem procedimentos que vão infringir dor” (...) e às vezes não é fácil”</p> <p>E1: “O stress, se for em contexto de sala de trabalho e se eu estiver calma, consigo gerir bem.” (...) Se for o stress da sala de emergência, apesar dos 24 anos que eu tenho, é um stress que eu não consigo gerir muito bem (...) Não consigo gerir bem o stress na emergência (...) sinto que em termos de cuidados, no que antigamente designávamos de enfermeiro de cabeceira, consigo realizar.”</p> <p>E2:” eu lido bem, ou seja, controlo bem o meu stress e a ansiedade.”</p> <p>E3:” é uma coisa que já aprendi há muitos anos, gerir o meu stress em emergências.”</p> <p>E3:” não temos mais nada para acalmar a dor”</p> <p>E4:” Se falamos de algum apoio, assim, em termos profissionais, sei lá, de acompanhamento de psicologia por parte da equipa. (...) serviço tão intenso, por haver uma carga emocional tão grande, não temos, ou pelo menos eu não sinto que tenhamos. (...) nunca ninguém me perguntou como é que eu me sentia emocionalmente ou se eu precisava de alguma coisa ou de algum tipo de apoio. Portanto, a esse nível eu considero que não existe, nem mesmo da chefia intermédia.”</p> <p>E5:” Enquanto profissional trabalhar numa unidade de cuidados intensivos é desafiador em diferentes tipos”</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>E7:” Eu tento antecipar um bocadinho aos pais, por exemplo, acho que o procedimento invasivo que mais causa transtorno aos pais é a aspiração de secreções” E10:” Porque as pessoas não conseguem colocar-se no papel de pai e de mãe, no papel de pai e de criança, daquela criança que está debilitada, às vezes afluência também ao serviço, também é grande”</p>
		Relação Interdisciplinar	<p>E1: “Vou fazendo as coisas por prioridades, se não houver terceiros a pressionar” (...) às vezes os médicos que chegam lá e querem as coisas para ontem (...) se me deixarem ser eu a gerir o meu tempo, ao meu ritmo, eu consigo fazer” (...) E o auxiliar, por muitos anos que tenha de serviço, por muita boa vontade, nem sempre tem às vezes uma atitude mais adequada” (...) e depois também atrasa o resto do serviço porque se o serviço tem uma afluência grande. (...) E quanto mais não seja, se houver um momento em serviço que toda a equipa possa refletir sobre essas práticas, acho que depois é um ponto de partida para quando estivermos no terreno, nos lembrarmos de alguma coisa e estarmos ainda mais atentos à formação” E2:” Muitas vezes a dificuldade não é os pais participarem, mas sim nós ou os médicos adequarem a prescrição consoante a queixa ou a dor. (...) As medidas que podemos fazer, às vezes podemos fazer mais um bocado, e não havendo prescrição médica, não podemos fazer” E5:” claro que podemos utilizar estes desde que estejam prescritos pelo médico e também utilizamos por temos uma monitorização clínica do doente que nos permite reconhecer alguma alteração advinda da utilização do fármaco.” E7:” aliás, nós temos um fraco apoio nível da Auxiliar de Ação Médica, por exemplo, é muito mais o apoio entre nós e eu pedir ajuda a uma colega do que propriamente vir um auxiliar ajudar-me. (...) mas agora nós temos apoio da anestesia para fazer sedações para redução de fraturas, para realização de punções lombares que sejam mais complicadas. (...) E eles acham que, se calhar, se tivéssemos o protóxido, que a anestesia ia deixar de começar a dar-nos este apoio e, então, que as crianças beneficiam mais de ter lá a anestesia para serem sedados durante estes procedimentos do que do protóxido, que não seria</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>suficiente.” E9:” explicar em linguagem simples o que vai ser feito. Noto que às vezes em equipa é difícil. Nós, enfermeiros, tentamos muito fazer isso acho que até acontece mais connosco do que com a própria equipa médica, Para acontecer isto, nós conseguimos explicar de forma mais simples, tanto às crianças como aos pais, para o perceberem.”</p>
		Humanização dos Cuidados	<p>E1:”Julgo que já vai havendo uma cultura e uma sensibilidade diferente dentro daquilo que nos é dado para minimizar o sofrimento das crianças. (...) as pessoas, de uma forma geral, estão sensibilizadas. Uns mais, outros menos. (...) mas penso que quando uma criança demonstra algum desconforto há sempre aquela preocupação de ver o que é que está a causar. (...) Mas sim, acho que quando se trata de crianças e a equipa está sensível e está recetiva a minimizar o desconforto” E2:” Isto é feito de forma individual respeitando a privacidade de cada criança” E2:” De uma maneira ou outra existem elementos menos focado nisso, mas em geral é uma preocupação da equipa a promoção do conforto. (...) As medidas que podemos fazer, às vezes podemos fazer mais um bocado, e não havendo prescrição médica, não podemos fazer” E3:” acho que a promoção do conforto é uma preocupação dos enfermeiros, de alguns enfermeiros. Não é uma preocupação de todos os elementos da equipa.” E3:” Quanto mais o pai estiver envolvido, menos a criança se sente invadida na sua privacidade e na sua esfera íntima.” E4:” Sim, de uma forma geral eu diria que sim, que há essa preocupação. (...) Se tivéssemos, se calhar, algum elemento mais disponível ou extra que pudesse ir falar com aquela família, tentar tranquilizar ou explicar o que é que se está a fazer naquele momento, porque eles não podem estar presentes” E5:” O meu é, e de muitos colegas, mas não é de todos, infelizmente existe” E5:” como é obvio cada caso é um caso, cada família tem as suas necessidades” E6:” mas a maior parte da equipa que trabalha lá tenta e tem esse cuidado. Não são todos, mas a grande parte deles tem”</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>E8:” Acho que cada vez mais nos focamos nisso. Até porque eu acho muito que o sucesso de um procedimento vem muito de se a criança está confortável. Porque se estamos a fazer procedimentos com uma criança a gritar, a chorar, a não colaborar, a maior parte das vezes não corre tão bem. Portanto, acho que sim. É logo uma coisa que nos tentamos focar”</p> <p>E10:” Tento de alguma forma punccionar a criança implementando estratégias para o controle da dor e do conforto, tento explicar aos pais o procedimento e as vantagens que vai ter o procedimento na evolução do estado de doença da criança, tento explicar à equipa médica outras soluções para o controlar dor caso elas não estejam a ser usadas, para tentar reunir o melhor conforto para a criança.”</p> <p>E11:” Da maior parte dos profissionais de enfermagem, é. É um tema que inclusive é muitas vezes discutido em passagem de turno, mas temos outros membros da equipa em que se centram mais no procedimento e na parte técnica do que em quem estão a fazer aquele procedimento e aquela técnica”.</p>
		Preparação e Capacitação	<p>E1:” Mas isso também tem a ver com a nossa personalidade e com a nossa forma de ver”</p> <p>E1:” pela experiência que eu tenho, mais do que ninguém tenho capacidade para conseguir controlar. (...) Nós estamos ali porque temos os conhecimentos técnicos e temos os meios para poder ajudar. (...) O ideal é que nesses procedimentos houvesse sempre a possibilidade de serem dois enfermeiros porque a sensibilidade e o conhecimento é outro. (...) Independentemente da destreza que as pessoas devem ter, porque sem dúvida, quanto mais hábeis nós formos, temos tendência a causar menor sofrimento. (...) A inexperiência é como um colega recém-formado, pode ter todos os procedimentos da assepsia, pode preparar todo o material, mas a sua inexperiência pode causar algum desconforto. (...) Um colega já com mais experiência profissional acaba por fazer os procedimentos de forma mais segura. (...)hoje em dia, mais depressa as pessoas vão à internet tentar ver a informação, claro que não é a mesma coisa que ter uma pessoa com experiência e conhecimento, mas mesmo assim não estou a ver ninguém agir sem saber.</p> <p>E3:” acho que tem a ver com a formação pessoal de cada um.</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>Acho que não tem tanto a ver com a formação na área da pediatria. Tem mesmo a ver com a forma das pessoas serem. É uma característica inata das pessoas.”</p> <p>E3:” Se for uma primeira vez e se nós conseguirmos fazer uma abordagem científica e ajustada às necessidades deles, às vezes resulta. (...) ou seja, não estar a inventar muito, demorar o menos tempo possível para a dor ser o menos prolongada no tempo. (...) nós devemos nos limitar à execução da técnica.”</p> <p>E5:” existem colegas que fazem alguns procedimentos três quatro vezes e essas tentativas são falhadas por falta de colaboração da criança”</p> <p>E7:” eu até tento explicar as coisas calmamente e ser adequada, mas quando estão constantemente, ah, não percebi, já fica um bocadinho de paciência.”</p> <p>E7:” se eu achar, lá está, que a eficácia não vai ser comprometida pelo facto de estar no colo dos pais, agora se eu achar que é uma criança difícil, ou os pais já me dizem que tem sido muito difícil a colher, prefiro que ela esteja deitada para conseguir imobilizá-la melhor para a taxa de sucesso ser melhor.”</p> <p>E9:” acho que vai muito ao encontro da imaginação de cada um, porque há determinadas coisas que com a imaginação nós até conseguimos improvisar.”</p> <p>E10:” durante o procedimento, por vezes estamos muito focados no procedimento do não errar, no procedimento de não falhar, e às vezes a comunicação torna-se um bocado mais restrita. (...) Mesmo sendo enfermeiros generalistas ou não. Apesar de todos terem formação e de a gente perceber a importância, mas não é um foco de atenção de maior parte da equipa”</p> <p>E11:” não ser que seja cultural da profissão deles, eu acho que tem mesmo a ver naquilo em que eles estão centrados e naquilo em que nós estamos centrados. Então eles não têm capacidade de ver para além do braço em que estão a picar ou para além. Mas sim, acho que há membros da equipa que não se centram tanto no conforto e muitas vezes acaba por haver conflito entre membros de diferentes profissões da equipa porque estamos centrados em coisas diferentes.”</p>
	Relacionadas com o contexto	Estrutura física	E1: “Por vezes é o ambiente em si e ter condições (...) É um ambiente que intimida mais (...) sendo a sala onde os

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>procedimentos são efetuados um espaço único (...) havendo uma sala para tudo, às vezes há material que está lá que a criança ao entrar na sala fica assustada com toda aquela variedade de coisas que lá estão. (...) controlar as questões e os espaços. Às vezes as salas que temos não são as mais adequadas porque a sala de trabalho é onde se faz todo o tipo de abordagem à criança em contexto do serviço onde eu trabalho.” (...) Se calhar tivéssemos uma sala com um ambiente mais acolhedor para os procedimentos mais invasivos seria mais vantajoso” (...) se houvesse possibilidade de ter uma sala mais acolhedora, eu penso que nesse tipo de abordagem, e se a criança estiver consciente, ajuda.”</p> <p>E2:” Os espaços têm coisas alusivas à criança” (...) Consoante o problema da criança adequa-se a sala, como é o caso dos procedimentos mais dolorosos que são feitos em outra sala, na sala do protóxido de azoto”</p> <p>E5:” por norma a permanência nestas unidades é porque existe um problema clínico que gera instabilidade hemodinâmica e que necessita deste tipo de cuidados”</p> <p>E9:” tentar gerir o ambiente em si, que normalmente é um ambiente muito de maquinaria, muito intensivo, tentar pelo menos gerir ali, tapar a cortina para a criança não se perceber do tumulto que vai ali ao redor dela.”</p>
		Recursos Humanos	<p>E1: “em termos de recursos, para se fazer com qualidade, se calhar o rácio que temos de enfermeiros não é o mais adequado (...) O ideal é que nesses procedimentos houvesse sempre a possibilidade de serem dois enfermeiros porque a sensibilidade e o conhecimento é outro” (...) como normalmente há uma quantidade de tarefas, de procedimentos para fazer”</p> <p>E1: cada vez o fator tempo acaba por ser mais determinante (...) nem sempre se tem o tempo necessário (...) essencialmente era haver tempo para se prestar os cuidados com qualidade (...) nem sempre se tem o tempo necessário para se conseguir explicar e desmistificar. (...) quanto mais tempo mais ansiosa ela vai ficar e até porque por vezes também não se consegue estar com o tempo que a criança necessitaria e só lhe iria aumentar o sofrimento”</p> <p>E2:” e dada a falta de tempo e a disponibilidade de outros profissionais (...) Nós temos apoio da anestesia e nem sempre é</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>chamado. (...) nos miúdos maiores, se possível, se tivermos tempo”</p> <p>E4:” sentimos, muitas vezes, essa necessidade de ter alguém extra que pudesse dedicar, também, um bocadinho esse tempo aos pais de explicação. (...) Muitas vezes por falta, também, de recursos humanos da nossa parte. “</p> <p>E5:” por aí podemos entrar por outros caminhos como é o caso da falta de profissionais”</p> <p>E7:” nunca foram adequados os recursos, por exemplo, a nível da Auxiliar de Ação Médica para este serviço novo, apesar de terem aumentado o rácio de enfermeiros, não aumentaram o rácio de auxiliares”</p> <p>E9:” uma dificuldade em si, às vezes, também é a própria sobrecarga do trabalho e conseguir fazer aquilo com o tempo suficiente para fazer com calma, explicar à criança, exigir o ambiente.”</p>
		Recursos Materiais	<p>E2:” Não dá para todos, mas colocamos nos que conseguimos, nos procedimentos mesmo mais invasivos, se for possível” (...) “usamos a sala do protóxido de azoto, quando é uma coisa que necessite de cuidados de anestesia, chamamos anestesista para nos dar algum apoio.”</p> <p>E8:” temos bastante suporte teórico e temos todo o suporte a nível material. Não temos falta de nada, a nível suporte teórico também, procedimentos, tudo</p>
Estratégias promotoras do conforto	Estratégias Farmacológicas		<p>E1:” E já antes, quando não tínhamos a sacarose, tínhamos a glicose hipertónica “</p> <p>E4:” Mas pronto, vamos tendo sempre algum suporte também farmacológico para controle da dor e procedimentos mais invasivos”</p> <p>E5:” Porque nós em cuidados intensivos temos uma panóplia de estratégias farmacológicas que podemos utilizar para diminuir a dor na realização destes. (...) As estratégias que utilizo são essencialmente farmacológicas, neste tipo de unidades temos fármacos que nos ajudam muito no controle da dor quando vamos realizar algum procedimento invasivo. (...) é como disse anteriormente na unidade com ajuda dos fármacos estes pelo menos na minha prática não deixo que estes seja um</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>procedimento traumático pois se temos os recursos temos de os usar. (...) acabamos por utilizar fármacos como a morfina, midazolam em casos mais extremos podemos mesmo utilizar propofol, fentanil ou cetamina,”</p> <p>E6:”Nas Punções lombares que não somos nós que fazemos, apenas colaboramos e ultimamente, felizmente, temos começado a utilizar um sedativo, temos começado a utilizar o midazolam. Felizmente.”</p> <p>E7:” as reduções de fraturas eram realizadas com o midazolam intra a nasal”</p> <p>E8:”neste momento, apostamos muito na sedação. Eles estarem sedados momentaneamente, sobretudo com o propofol, que tem uma semivida muito curta. Ficam sedo analgesiados e o procedimento até é mais bem-sucedido do que se eles estiverem acordados e a lutarem contra isso. Portanto, acho que é sobretudo a colaboração deles”</p> <p>E11:” Mas assim, de resto, de recursos centrados na criança e no conforto da criança para os procedimentos invasivos, a não ser a medicação, não temos assim muitos. (...)Nós, como recorremos muito às estratégias farmacológicas, da alívio, da dor e assim, nós acabamos por não ter, tantas vezes quanto isso, crianças muito desconfortáveis em procedimentos. Porque nós, em quase todas as crianças, temos uma morfina prescrita em SOS. Temos fentanil prescrita em SOS”</p> <p>E1: “Temos os anestésicos tópicos, por exemplo o EMLA</p> <p>E2:” Nos miúdos maiores, se possível, se tivermos tempo, podemos associar o EMLA”</p> <p>E5:” quando temos tempo, colocamos EMLA, mas na maioria das vezes não temos esse tempo”</p> <p>E6:” também temos a possibilidade de utilizar o EMLA, mas é muito raro a gente usar nos procedimentos da punção, e na punção que nós a preferimos, que é muito raro.”</p> <p>E6:” É como tu disse, no meu serviço a única coisa que a gente tem é (...) e o EMLA”</p> <p>E7:” temos o EMLA, na realização de punções lombares, e não temos mais nada de apoio para coisas menos invasivas, nem o protoxido de azoto, nem nada disso.”</p> <p>E8:” EMLA, acho que cada vez mais nos temos vindo a preocupar com isto. Que era uma coisa que há alguns anos não era tão</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			assim.” E10:” ..., temos a aplicação do EMLA” E10:” temos alguns suportes fornecidos pelo hospital, (...) a colocação do EMLA.” E1:” Recentemente temos o protóxido de azoto” E2: “usamos a sala do protóxido de azoto, quando é uma coisa que necessite de cuidados de anestesia, chamamos anestesista para nos dar algum apoio.” E2:” consoante o problema da criança adequa-se a sala, como é o caso dos procedimentos mais dolorosos que são feitos em outra sala, na sala do protóxido de azoto.” E7:” Eu já fiz uma proposta, para usar o protóxido de azoto” E10:” temos o protóxido de azoto.”
	Estratégias Não-Farmacológicas	Cognitivas	E1:” e vai-se tentando apaziguar dentro da linguagem normal: tem calma, isto já vai passar, já não está a doer, é rápido, conseguiremos transmitir-lhes a ideia de que o que vai doer é uma questão de segundos.” E3:” tento distraí-los, tento conversar com eles” E6:” Normalmente falo com miúdos, tento-lhes explicar o que é que vamos fazer. (...) Eu falo primeiro com a criança, explico-lhe o procedimento, pergunto primeiramente aos pais se já falaram com o miúdo em relação àquilo que vai ser feito. (...)Claro que às vezes é mais complicado, mas nós normalmente conversando, explicando bem, não temos dificuldade” E7:” E eu tento antecipar um bocadinho, explicar-lhes o que é que vai acontecer”. E9:”tentar-lhes falar com mais calma, adequar as estratégias de comunicação.” E10:” O que deve acontecer, e por norma acontece, pelo menos tento que aconteça, enquanto estou lá, é explicar o que é que vai acontecer, e tentar que colaborem na medida do possível para o procedimento. (...) tentamos acalmar com alguma situação caricata do seu dia-a-dia, situações pontuais, que traga à criança, já são crianças recorrentes, que já conhecemos, já sabemos se têm família se não têm, que escola anda, tentamos usar alguns momentos distrativos para abstrair a criança daquele procedimento”
		Cognitivo-comportamentais	E1: “E depois disso tento ou cantar, ou qualquer coisa que esteja na sala que possa distrair alguma imagem. (...) sei que não é

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>correto, mas atualmente os pais também, como têm os meninos habituados ao telemóvel, pergunto se têm algum desenho animado, alguma música que eles gostem e que ajuda a distrair. (...) Algum objeto na sala ou o telemóvel dos pais, porque os meninos estão habituados”</p> <p>E2:” Iniciamos sempre com as estratégias não farmacológicas”</p> <p>E3:” tento distraí-los, tento conversar com eles, cativá-los e basicamente por aí. Cantar canções, brincar com eles. (...)E depois, cantar-lhes, passar vídeos, conversar e acima de tudo, primar pela execução o mais correta possível.”</p> <p>E4:” Em termos de terapêutico ou de jogos, distração, algum tipo de colaboração dessa parte”</p> <p>E5:” . As estratégias não farmacológicas não estão tão presentes, usamos a distração com o brinquedo de referência da criança, algum objeto de conforto, mas não vai muito além disso”</p> <p>E7:” É isto, às vezes peço aos pais para pôr vídeos, quando é possível, por exemplo, alguma colheita que eventualmente não seja tão difícil, apesar de não ser de acordo com o serviço, faço isso no colo dos pais, ou deixo as mães a amamentarem, sem problema nenhum, mas muitas vezes deixo-os ir ao colo dos pais. (...) Agora começamos a ter, por exemplo, alguns livros para distração e assim, que alguns pais foram trazendo”</p> <p>E8:” daí apostarmos, sobretudo, com aquelas medidas de algum conforto, como um peluche que lhes seja importante às vezes, antes de adormecerem, colocamos os desenhos animados que eles apreciam.”</p> <p>E9:” em termos não farmacológicos, acho que se podia fazer mais, porque agora fala-se muito a questão da realidade virtual, que ajuda em determinadas coisas, acho que isso até é como se calhar alguns patrocínios se conseguia alguma coisa gira até para tentar acalmar as crianças no próprio ambiente que estão de intensivos. Máquinas apitar, acho que se calhar às vezes aqueles óculos, não sei, aquela imagem poderia ajudá-los, poderia ser uma coisa gira para se experimentar. (...) Se for preciso algum brinquedo para tentar ir pela distração, também conseguimos arranjar.”</p> <p>E10:” Nós atualmente temos várias técnicas (...), temos momentos distrativos coma utilização de material adequado, colocando desde vídeos, música, utilizamos os nossos próprios</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>equipamentos, os serviços não têm equipamentos para facilitar momentos de distração”</p> <p>E11:” Uso muito a técnica do humor e da distração e acabo por ajudar a eles e a mim. (...) Brincar com elas, se eles tiverem algum brinquedo, tento explicar primeiro no brinquedo, ou até nos pais, muitas vezes usamos os pais para explicar os procedimentos para eles perceberem o que vamos fazer antes. (...) Nós, desde há poucos meses, temos alguns brinquedos, livros e assim para disponibilizar às crianças quando os pais não trazem.”</p>
		Físicas ou Periféricas	<p>E1:” E mais recentemente ainda foi adquirido para o serviço a abelhinha chamada Buzzy , que também pela sua funcionalidade atenua um bocadinho nos procedimentos de picada”</p> <p>E2:” Nos miúdos maiores, se possível, se tivermos tempo, podemos associar o EMLA com a BUZZY”</p> <p>E2:” Iniciamos sempre com as estratégias não farmacológicas”</p> <p>E3:” mas não temos, além do Buzzy agora, não temos mais nada”</p> <p>E4:” o recurso a algum boneco, a algum objeto significativo que a criança tenha, algum brinquedo, que isso é permitido. (...) mas há sempre um elemento significativo para a criança, seja uma naninha, um bonequinho, um peluche que a criança esteja desabituada ou algum brinquedo que seja significativo.”</p> <p>E5:” o brinquedo de referência da criança, algum objeto de conforto, mas não vai muito além disso. (...) Na unidade a única coisa que temos é a autorização para na unidade do doente existir rum objeto de conforto deste”</p> <p>E7:” Eu já fiz uma proposta, a aquisição do BUZZY, o serviço que ficou parado”</p> <p>E10:” Nós atualmente temos várias técnicas, temos a Buzzy. (...) temos alguns suportes fornecidos pelo hospital, que a equipa tem institucionalizado, por exemplo, a questão da Buzzy.”</p> <p>E2:” O bebé usamos mais a (...) e a contenção.”</p> <p>E9:” Temos os lençóis para fazer contenção”</p> <p>E9:” contenção nos bebés. O toque mais meiguinho, tentar-lhes falar com mais calma, adequar as estratégias de comunicação. Agora não me estou a lembrar assim de mais.”</p> <p>E2:” O bebé usamos mais a sucção.”</p> <p>E9:” se for preciso também se arranja as chupetas.”</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			E7:” ou deixo as mães a amamentarem, sem problema nenhum. (...) alguma colheita que eventualmente não seja tão difícil, apesar de não ser de acordo com o serviço, faço isso no colo dos pais”
Formação	Desenvolvimento Profissional		E2:” acho que devia haver consoante o problema, o que é que nós devíamos fazer. (...) ou seja, se eu vou colher sangue em um miúdo, é assim, mas se eu tenho um miúdo com uma fratura ou com duas fraturas, acho que devia ser criada alguma coisa, um protocolo de atuação perante cada procedimento. Aí sim seria é diferente. (...) acho que isso devia ser uma forma geral para todos os lados. Para todos os atendimentos que atendem crianças.” E6:” eu acho que é importante que existam essas formações. Nós, por acaso, infelizmente, não temos com aquela frequência que eu acho que seria importante, mesmo sobre novidades que vão existindo, eu, no congresso que fomos, que foi organizado por vocês eu não tinha conhecimento da BUZZY”
	Inovação e Melhoria das Práticas	-----	E1:” A formação é importante. (...) E termos formação. (...) os colegas têm de fazer turnos à cirurgia de ambulatório, não é nada transcendente, mas formação em área cirúrgica nós não o temos. (...) E sempre que houver material inovador, que a equipa esteja recetiva e que tenha conhecimento das novas técnicas que possam ser aplicadas no serviço. E como os colegas vão a congressos, haver sempre essa partilha. (...) A Buzzy começou a haver noutras instituições e o passo a palavra, assim como a Protóxido de azoto, que foram colegas que vieram também de outras instituições e que pela experiência delas acharam que era uma mais-valia. (...) é estarmos recetivos às pessoas novas, que por norma trazem sempre algo de inovador. (...) Agora, acho que deveria ser dada oportunidade, mediante o interesse das pessoas, a quem trabalha no serviço de urgência, a instituição devia promover oportunidade aos enfermeiros que quisessem do serviço, de fazer em algum estágio, ou numa unidade de cuidados intermédios, ou numa unidade de cuidados intensivos”. E3:” acho que era uma área em que era preciso investir-se bastante. Era preciso pensar-se em formas e estratégias para minimizar a dor, para desmistificar os conceitos e para, acima de tudo, capacitar as pessoas para fazerem mais e melhor.” E5:” Sem dúvida que a partilha de conhecimento entre colegas o trabalho em equipa multidisciplinar é essencial. (...) depois é um

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			<p>bocadinho pessoal, porque se tens interesse e até procuras novas evidencias para a realização do procedimento, vais adaptar, depois tens colegas que sempre fizeram daquela maneira e não seguem as instruções de trabalho, e fazem acho que é um bocadinho pessoal. (...) A formação ela existe, agora depende se tu tens interesse ou não de a fazer, atualmente está disponível em quase todo lado, quer seja online, centros de formação avançada, pesquisa e leitura de evidencia científica, mas depende muito se tu tens abertura e se queres fazer essa formação. Acho que depende dos teus objetivos enquanto profissional e não pela existência desta ou não. É muito pessoal, é preciso perceber o que te motiva a fazer essas formações.”</p> <p>E9:” Eu acho que era interessante haver mais formação, sobretudo nessa parte das estratégias não farmacológicas. Porque fala-se muito na minha unidade de tudo o que é medicação e sedação e tudo mais e há outras estratégias que também podem ser implementadas. (...)Portanto, acho que falta sensibilização dos profissionais, porque eu acho que conhecimento eles já o têm. Acho que falta sensibilização e acho que também poderia ser interessante, sobretudo na nossa unidade, ter aquelas cenas que eu te falei da realidade virtual. Poderia ser interessante ter isso.”</p>
	<p>Colaboração e Avaliação no Ambiente de Trabalho</p>		<p>E10:” Penso que é por aí, às vezes a falta de conhecimento e o querer saber mais e investir na formação, também penso que seja um dos motivos que levam à vingança dos profissionais. A falta de formação e a falta de querer investir e saber mais sobre um determinado problema. (...) Todos os enfermeiros deviam ter formação obrigatória e serem auditados nesse sentido. (...). Porque não interessa dar a formação ou formar os enfermeiros e depois não fazer uma avaliação se isso é realizado ou não. Porque toda a gente tem suporte, atualmente com as bases de dados que nós temos, mesmo utilizando aquelas que a ordem nos dá, todos nós temos suporte o todo, basta nós querermos. Depois há a formação também no serviço, que é colmatada conforme as necessidades do serviço, (...). São formações na maior parte das vezes nesse sentido, mas depois vemos alguma renitência (...). Devia existir uma equipa aleatória que se audita aquela formação que foi fornecida, se está a ser utilizada, se devemos manter essa</p>

TEMA	SUBTEMA	SUB SUBTEMA	Excerto das Entrevistas
			formação, se devemos manter essa técnica, se devemos melhorar, se não devemos.”