

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - LISBOA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Inês Filipa Casimiro dos Santos

O Conforto da Criança em Cuidados de Saúde:

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

Julho 2023

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - LISBOA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Inês Filipa Casimiro dos Santos

**O Conforto da Criança em Cuidados de Saúde:
Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

Relatório apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha
Portuguesa – Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica

Orientador: Professora Doutora Ana Paula Nunes

Julho 2023

“Touch the other’s life with kindness, care and dignity.”

- Jean Watson

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Carla e Nuno, por tudo, em especial pela educação que me deram, pelo apoio e incentivo dado para concretizar e definir os meus objetivos. A confiança que me inculcaram para concretizar tudo a que me proponho permitiu-me perceber que nada é impossível.

À minha irmã Beatriz, companheira, confidente, amiga, a que alinha em todos os planos, sei que posso contar sempre contigo!

À minha Madrinha, ao tio Paulo, ao Tiago, à minha afilhada e ao avô Tónho por serem a minha família, estarem sempre presentes e acreditarem em mim.

Às minhas gatas a Zizas e a Melguinha, foram as minhas companheiras mais presentes, obrigada pelos mimos, ronrons, companhia e por nunca me deixarem sozinha.

A todo o corpo docente da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, em especial à Professora Doutora Ana Paula Nunes, pelo apoio, dedicação, orientação e pelos bons e sábios conselhos. Ao Professor Doutor José Vilelas pela boa disposição, alegria e incentivo, à Professora Doutora Joana Marques pelos ensinamentos, incentivo e conselhos.

Às minhas amigas, em especial à Inês, Sofia, Aninha, Filipa e Sérgio por serem um ombro amigo, pelo amor e amizade em cada ação, palavra, mensagem e chamada, reconfortante e incentivadora nos momentos mais difíceis.

A todos os meus amigos pela amizade e pelo apoio que me foram dando ao longo deste percurso e por compreenderem a minha ausência.

Às minhas amigas e companheiras de mestrado Mônica, Inês e Filipa sem vocês e sem o vosso apoio, conversas e companhia todo este percurso teria sido muito mais difícil.

À equipa de Enfermagem da Urgência Pediátrica do HDS, aos meus colegas e amigos, por toda a ajuda, amizade, paciência, tolerância, disponibilidade e compreensão e por percorrerem este caminho ao meu lado. Continuamos juntos nesta caminhada!

À Enfermeira Cláudia, à Enfermeira Maria João, à Enfermeira Elsa e à Enfermeira Andreia, por me terem acolhido ao longo deste percurso, pela orientação e ensinamentos,

obrigada, aprendi muito convosco! E a todos os enfermeiros das equipas que integrei nestes meses, com quem tive a oportunidade de aprender.

Finalmente, um especial agradecimento a todas as crianças e famílias com quem tive privilégio de conviver, privar e prestar cuidados, muito obrigada por me ensinarem a ser melhor profissional!

Obrigada.

RESUMO

A ida a uma instituição de saúde pode revelar-se um momento gerador de stress para a criança/ família, pois muitas vezes estes locais estão associados à dor e ao sofrimento, causando medo e ansiedade.

A evicção da procura de cuidados de saúde por receio ou trauma, pode vir a ter consequências a longo e a curto prazo na vida da criança. Dada a importância do conforto, é fulcral a intervenção do Enfermeiro Especialista através da implementação de estratégias promotoras do conforto nos diferentes domínios, quer em contexto hospitalar, quer em cuidados de saúde primários. No presente relatório serão abordados alguns domínios que podem maximizar o conforto da criança como a promoção do sono, a minimização da dor e a adequação do ambiente.

O relatório tem como objetivo descrever de forma analítica, crítica e reflexiva o percurso desenvolvido para a aquisição das competências que conferem o grau de mestre em Enfermagem e o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Como suporte teórico à temática do relatório recorreu-se à Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Realizou-se uma descrição do percurso desenvolvido em cada contexto de estágio, nomeadamente, no contexto de Neonatologia, Internamento de Pediatria, Urgência Pediátrica e Cuidados de Saúde Primários, onde foram desenvolvidas várias atividades. Foi também feita uma análise do percurso efetuado para a aquisição de competências comuns enquanto Enfermeiro Especialista, específicas enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de mestre.

DESCRITORES: Enfermagem; Criança; Dor; Conforto; Sono.

ABSTRACT

Going to a health care institution can be a stressful moment for the child/family because these places are often associated with pain and suffering, generating fear and anxiety.

Avoidance of seeking health care due to fear or trauma may have long and short-term consequences in the child's life. Given the importance of comfort, the nurse's intervention is crucial through the implementation of comfort-promoting strategies in the different domains, both in the hospital context and in primary health care. In this document, some areas that can maximize the child's comfort will be addressed, such as sleep promotion, pain minimization and environmental adequacy.

This document aims to describe in an analytical, critical and reflective way the path developed for the acquisition of the competences that confer the Master's degree in Nursing and the title of Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing.

Katharine Kolcaba's Theory of Comfort was used as theoretical support for the theme of the report.

A description was also made of the path developed in each internship context, namely in the context of Neonatology, Pediatric Hospitalization, Pediatric Emergency and Primary Health Care, where various activities were developed. An analysis was also made of the path taken for the acquisition of competences as a Specialist Nurse, as a Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing and as a master.

DESCRIPTORS: Nursing; Child; Pain; Comfort; Sleep.

Siglas

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EE – Enfermeiro Especialista

USF - Unidade de Saúde Familiar

ICN – *International Council of Nurses*

RN - Recém-nascido

FINE - *Family Infant Neurodevelopmental Education*

NIDCAP - Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CESIJ - Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Programa Nacional de Vacinação

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

NAT - Núcleo de Apoio a Toxicodependentes

CDP - Centro de Diagnóstico Pneumológico

USP - Unidade de Saúde Pública

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

UCSP - Unidade de Cuidados Saúde Personalizados

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

CPCJ - Comissões de Proteção de Crianças e Jovem

Índice

I. Introdução	15
II. O Conforto da Criança em Cuidados de Saúde: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	18
II.1. A Promoção do Conforto da Criança segundo a Teoria de Katharine Kolcaba	19
II.2. O Conforto da Criança: o Sono, a Dor e o Ambiente.....	22
III. Percurso Desenvolvido para a obtenção de Competências de Especialista e de Mestre	29
III.1. Contexto de Neonatologia	30
III.2. Contexto de Internamento de Pediatria	36
III.3. Contexto de Urgência Pediátrica	42
III.4. Contexto de Cuidados de Saúde Primários	48
III.5. Competências Desenvolvidas no âmbito da Investigação e Atualização do Conhecimento em Enfermagem	54
III.6. Síntese das Competências Comuns Adquiridas nos Quatro Contextos de Estágio	56
IV. Considerações Finais	59
V. Referências Bibliográficas	62
Apêndices	68
Apêndice A – Plano de Projeto de Estágio	69
Apêndice B – Poster para o Contexto de Neonatologia “Mãe e pai quando estão presentes e participam nos meus cuidados ficamos mais próximos!”	79

Apêndice C – Formação para o Contexto de Neonatologia “Influência Dos Cuidados Centrados Na Família Para o Desenvolvimento do RN e Família - Bases da Formação NIDCAP e FINE”	81
Apêndice D – Gráficos de análise dos questionários do Contexto de Neonatologia...	97
Apêndice E – Poster de divulgação da formação do contexto de Neonatologia	102
Apêndice F – Plano de sessão da formação do Contexto de Neonatologia	104
Apêndice G – Poster para o Contexto de Neonatologia “Como Compreender o Comportamento do Recém-Nascido (RN)”	107
Apêndice H – Documento para o Contexto de Internamento “O Sono da Criança Hospitalizada”	109
Apêndice I – Formação para o Contexto de Internamento “Sono da Criança Hospitalizada”	119
Apêndice J – Gráficos de análise dos questionários do Contexto de Internamento de Pediatria	135
Apêndice K – Poster de divulgação da formação do Contexto de Internamento de Pediatria	140
Apêndice L – Plano de sessão da formação do Contexto de Internamento de Pediatria	142
Apêndice M – Poster para o Contexto de Internamento de Pediatria “Como posso ajudar o meu filho a crescer forte e saudável?”	144
Apêndice N – Documento para o Contexto de Urgência Pediátrica “Gestão da Dor em Pediatria”	146
Apêndice O – Formação para o Contexto de Urgência Pediátrica “Gestão da Dor em Pediatria”	163
Apêndice P – Gráfico de análise dos questionários do Contexto de Urgência Pediátrica	192

Apêndice Q – E-mail enviado com pedido de aquisição Buzzy do Contexto de Urgência Pediátrica	196
Apêndice R – Poster de divulgação da formação do Contexto de Urgência Pediátrica.....	198
Apêndice S – Instrução de Trabalho do Contexto de Urgência Pediátrica “Utilização do Dispositivo Buzzy”	201
Apêndice T – Instrução de Trabalho do Contexto de Urgência Pediátrica “Utilização de Óculos de Realidade Virtual”	205
Apêndice U – Plano de sessão da formação do Contexto de Urgência Pediátrica...	209
Apêndice V – Formação para o Contexto de Cuidados de Saúde Primários “Gestão da Dor em Pediatria”	212
Apêndice W – Poster de divulgação da formação do Contexto de Cuidados de Saúde Primários	249
Apêndice X – Plano de sessão da formação do Contexto de Cuidados de Saúde Primários	252
Apêndice Y – E-mail enviado com pedido de aquisição Buzzy do Contexto de Cuidados de Saúde Primários	256
Apêndice Z – Instrução de Trabalho do Contexto de Cuidados de Saúde Primários “Utilização do Dispositivo Buzzy”	258
Apêndice AA – Instrução de Trabalho do Contexto de Cuidados de Saúde Primários “Utilização de Óculos de Realidade Virtual”	262
Anexos	266
Anexo I – Questionário de Avaliação da Instituição	267
Anexo II – Flyers da APED utilizados no Contexto de Cuidados de Saúde Primários.....	269

Anexo III – Poster da APED utilizado no Contexto de Cuidados de Saúde Primários.....	276
Anexo IV– Certificado de Apresentação nas XXVIII Jornadas de Pediatria de Leiria e Caldas da Rainha do poster: “Estratégias Promotoras do Sono para a Criança Hospitalizada”	278
Anexo V – Certificado de Apresentação nas XXVIII Jornadas de Pediatria de Leiria e Caldas da Rainha do poster: “Estratégias Protetoras Do Sono Do Recém-Nascido Para A Minimização Do Ruído: Scoping Review”	280
Anexo VI – Certificado de Apresentação nas XXVIII Jornadas de Pediatria de Leiria e Caldas da Rainha do poster: “O Papel Do Enfermeiro Especialista No Envolvimento Dos Irmãos Perante O Internamento Do Recém-Nascido”	282
Anexo VII – Certificado de Apresentação no 7th International Conference on Childhood and Adolescence de comunicação oral: “Estratégias Promotoras Do Sono Para a Criança Hospitalizada”	284
Anexo VIII – Certificado de Apresentação no 7th International Conference on Childhood and Adolescence de comunicação oral: Estratégias Protetoras do Sono do Recém-nascido para a minimização do Ruído: Scoping Review	286
Anexo IX – Certificado de Apresentação no 7th International Conference on Childhood and Adolescence de comunicação oral: “O Toque dos Pais no Recém-Nascido Pré-Termo: Técnicas e Benefícios”	288
Anexo X – Certificado de Apresentação no 7th International Conference on Childhood and Adolescence de comunicação oral: “O papel do enfermeiro especialista no envolvimento dos irmãos perante o internamento do recém-nascido”.....	290
Anexo XI – Certificado de Apresentação no IX Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem de comunicação oral: “O toque dos pais no recém-nascido pré-termo: técnicas e benefícios”	292

Anexo XII – Certificado de Apresentação no IX Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem de comunicação oral: “Estratégias promotoras do sono para a criança hospitalizada”	294
Anexo XIII – Certificado de Comunicação Oral Premiada no IX Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem.....	296
Anexo XIV – Certificado de Apresentação nas 5º Jornadas da Associação Pediátrica Santarém Médio-Tejo do poster: “O Toque dos Pais no Recém-Nascido Pré-Termo: Técnicas e Benefícios”	298
Anexo XV – Certificado de Apresentação nas 5º Jornadas da Associação Pediátrica Santarém Médio-Tejo do poster: “Estratégias Promotoras do Sono para a Criança Hospitalizada”	300
Anexo XVI – Submissão de artigo na Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem	302
Anexo XVII – Submissão de artigo na Revista Salutis Scientia	304
Anexo XVIII – Submissão de artigo na Revista Latino-Americana de Enfermagem.....	306

I. Introdução

Este relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio De Natureza Profissional Com Relatório – Módulo II, inserida no plano curricular do terceiro semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa.

Deste modo, por forma a elaborar este relatório, adotou-se uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva sobre as diversas atividades e práticas assim como, todo o processo de desenvolvimento profissional em contexto de estágio.

Para a realização dos estágios, selecionou-se um tema de interesse pessoal e/ ou profissional e que ao mesmo tempo fosse um tema transversal a todos os contextos de estágio. Assim, optou-se pelo tema “O Conforto da Criança em Cuidados de Saúde: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”, por ser um tema pertinente, atual e que se encaixa nos interesses da mestranda.

A criança, em cuidados de saúde passa por um processo traumático, visto que é afastada do seu ambiente familiar e é colocada num ambiente que lhe é alheio, com pessoas e espaços desconhecidos, sujeita a dor e sofrimento, associado a procedimentos e à própria doença em si. A hospitalização é deste modo, um período de vulnerabilidade para a criança e família¹.

Considerando que existem múltiplos fatores que influenciam o conforto, cabe ao enfermeiro especialista atuar em todos os domínios de modo a minimizar os stressores que perturbam a criança. Neste sentido, com o presente relatório os domínios trabalhados serão os seguintes: o ambiente, o sono e a dor.

Deste modo, verificou-se que existem inúmeras estratégias e intervenções a ter em conta. Para que exista efetivamente uma melhoria do conforto, em todos os contextos aos quais recorrem quando necessitam de cuidados. Existindo, assim, oportunidade e espaço para que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) possa intervir, capacitando os colegas de modo a que estes adotem estratégias que visem a promoção do conforto das crianças.

Um dos estudos analisados refere que 50,2% das crianças internadas sentem algum tipo de desconforto no decorrer do período de internamento². Em quatro países europeus, 87% das crianças referiram sentir dor durante as primeiras 24h de hospitalização³. No Canadá, crianças admitidas em hospitais e unidades pediátricas sofreram um grande défice de sono: em média, pelo menos duas horas a menos por noite

do que os níveis relatados pelos pais em casa antes da hospitalização e os níveis recomendados pelas organizações nacionais de sono⁴.

Atualmente, mais de 90% das crianças hospitalizadas são submetidas a procedimentos dolorosos durante o internamento. A maioria considera a punção venosa o procedimento mais doloroso, stressante e assustador⁵.

Assim, cabe ao EEESIP trabalhar em cooperação com as crianças e respectivas famílias de modo a promover e atingir o maior estado de saúde possível, independentemente do contexto em que se encontrem. O EEESIP tem um papel fundamental no que diz respeito à prestação de cuidados de nível avançado a crianças doentes ou saudáveis, com segurança e competência, satisfazendo as necessidades destas crianças e famílias⁶.

Para a elaboração deste relatório, foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver Competências Comuns como Enfermeiro Especialista, Competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e de Mestre nos diferentes contextos da prática profissional;
- Desenvolver Competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no âmbito da Promoção do Conforto da Criança nos diferentes contextos da prática profissional.

De modo a sustentar teoricamente a prestação de cuidados, considerou-se pertinente mobilizar a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, como norteadora para o desenvolvimento do presente relatório. A autora define conforto como sendo a satisfação das necessidades básicas humanas de alívio, tranquilidade e transcendência decorrentes de cuidados de saúde, causadoras de *stress*. Deste modo, a promoção do maior conforto permite uma abordagem holística e individualizada dos cuidados de enfermagem, considerando todos os aspetos inerentes ao conforto, possibilitando assim uma abordagem personalizada das necessidades da criança/família, sendo esta uma prioridade do EEESIP⁷.

Considerando a importância de sustentar a prática baseada em evidência científica, todas as atividades desenvolvidas e cuidados prestados nos diferentes contextos de estágio foram elaborados recorrendo à mais recente evidência científica na modalidade da prática baseada na evidência.

Neste sentido, a nível estrutural este relatório é composto pela introdução, um capítulo dedicado em primeiro lugar a abordar os aspetos mais pertinentes da Teoria do

Conforto de Katharine Kolcaba, seguindo-se a apresentação da problemática, a sua importância e a definição dos principais conceitos mobilizados.

No capítulo seguinte efetuou-se uma descrição e análise do percurso Desenvolvido, nos diferentes contextos de estágio, para a obtenção de Competências de Especialista e de Mestre. Em particular, é apresentada uma breve descrição e diagnóstico de situação para cada contexto, os objetivos específicos, as atividades desenvolvidas, a análise e reflexão crítica face às competências atingidas e aprofundadas (tendo em conta as competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e específicas EEESIP, nas áreas referentes à formação, investigação, gestão e prestação de cuidados, assim como, as competências para a obtenção do título de mestre). O estágio foi dividido em dois módulos, destinando-se o primeiro módulo ao diagnóstico de situação e elaboração do projeto de estágio a desenvolver e implementar no segundo módulo. Os locais onde foram desenvolvidos os estágios correspondem, em relação ao contexto de neonatologia, a um serviço de neonatologia; no contexto de internamento, a um serviço de internamento de pediatria; no contexto de urgência pediátrica, a um serviço de urgência pediátrica; e, no contexto de cuidados de saúde primários, o estágio foi desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar (USF).

Em relação às considerações finais, realizou-se uma síntese do percurso desenvolvido, com uma reflexão acerca dos principais contributos deste percurso para a prática profissional e dos novos objetivos para o futuro.

No final, são apresentadas as referências bibliográficas que serviram de suporte científico para a elaboração e justificação deste relatório, seguindo-se os apêndices e anexos, constituídos por documentos elaborados e mobilizados para a realização das atividades nos diferentes contextos ao longo do estágio, que visam facilitar a compreensão do relatório.

Tendo em conta que este relatório se trata de um documento público, é importante referir que todas as questões éticas foram respeitadas de modo a seguir a lei da proteção de dados, confidencialidade e anonimatos das pessoas, profissionais envolvidos e das instituições mencionadas.

O relatório encontra-se redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico e segundo a norma de referenciação Vancouver.

II. O Conforto da Criança em Cuidados de Saúde: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Segundo o International Council of Nurses (ICN), a prática de enfermagem avançada relaciona-se com os conhecimentos e competências especializadas obtidas pelo enfermeiro. Este deve demonstrar capacidade de tomada de decisão em situações de especial complexidade, assim como, demonstrar competências clínicas para uma prática alargada. Deve ainda, ser detentor de grau de mestre⁸.

Seguindo uma perspetiva de enfermagem avançada, a enfermagem pediátrica assenta nos seguintes conceitos: os cuidados atraumáticos, os cuidados centrados na família, a parceria de cuidados e os cuidados individualizados segundo uma perspetiva holística da criança/ família⁹.

O cuidar, de uma perspetiva de enfermagem pediátrica, significa prestar cuidados individualizados de modo a responder às necessidades de cada criança/ família. Trata-se de um processo relacional com conotação emocional. É necessário que o enfermeiro no ato de cuidar esteja desperto para garantir apoio emocional, transmitir tranquilidade, ternura, empatia, bom humor e paciência. Em enfermagem pediátrica é indispensável facilitar a gestão das emoções entre a tríade (enfermeiro, criança e família), sendo crucial para a prestação de cuidados^{9,10}.

O enfermeiro deve adotar estratégias de humanização numa perspetiva de cuidados atraumáticos, proporcionando um ambiente seguro, gerindo as emoções e construindo uma relação empática e segura, mobilizando o brincar terapêutico e através da brincadeira minimizar a ansiedade e o medo, proporcionando conforto à criança/ família nesses momentos^{9,10}.

O conceito de cuidados centrados na família é fundamental. Incluir a família no processo de cuidar e incentivar a sua presença e envolvimento, permite proporcionar apoio emocional e segurança à criança. Assim, a parceria de cuidados é extremamente benéfica para a prestação de cuidados pois aumenta a autonomia parental e a confiança no enfermeiro^{9,10}.

As teorias de Enfermagem são importantíssimas para nortear os cuidados no universo da enfermagem. São constituídas por conceitos-chave que expressam a essência da prática de enfermagem, proporcionando uma compreensão abrangente e informada. Além disso, o seu contributo é extremamente relevante para a enfermagem enquanto ciência pois possuem conteúdo teórico e prático para orientar os enfermeiros na arte do

cuidar. Visam explicar, descrever, prever ou prescrever cuidados como um todo, numa perspectiva de melhoria contínua¹¹. Neste sentido, para nortear este relatório, orientou-se o pensamento pelos pressupostos da teoria de Katharine Kolcaba, que será desenvolvida de seguida.

II.1. A Promoção do Conforto da Criança segundo a Teoria de Katharine Kolcaba

A profissão de enfermagem possui competências próprias e específicas para o desenvolvimento da prática do cuidar, gerindo a qualidade dos cuidados de saúde para a criança hospitalizada, em ambulatório, no domicílio e na comunidade. Tais práticas vão além do cumprimento das prescrições médicas, uma vez que a avaliação da criança/família, a implementação de planos de cuidados e consequentemente a promoção do seu conforto, requerem uma abordagem holística da criança/ família como um todo¹².

A implementação das práticas referidas anteriormente exige exclusivamente a ação do enfermeiro. Este atua de forma independente e autónoma, baseando-se na mais recente evidência científica de modo a promover o equilíbrio de todas as dimensões que afetam a criança/ família quando recorre aos cuidados de saúde. Assim, além de possuir funções independentes, o enfermeiro desempenha funções interdependentes garantindo a globalidade da prestação de cuidados. Sendo a promoção do conforto uma atividade autónoma do enfermeiro, este age tendo em vista o superior interesse da criança/ família¹².

A primeira referência do conceito de conforto associado à enfermagem data do ano 1859, ano em que Florence Nighingale faz referência ao mesmo como essencial no seu livro Notas de Enfermagem. Aikens, em 1908, referiu-se à importância do conforto como algo que não deve ser ignorado, pois defendia que a excelência da prática do enfermeiro dependia do conforto que proporciona aos seus utentes, considerando a promoção do conforto como um fator de qualidade dos cuidados de enfermagem. Deste modo, o conforto era amplamente valorizado e estava diretamente associado à recuperação dos utentes¹².

No entanto, nos anos seguintes e com a evolução dos cuidados de saúde, o significado e a importância dos cuidados focados no conforto passaram por várias metamorfoses. A descoberta de medicamentos analgésicos, em 1950, tornou a sua utilização muito popular para controlo da dor, e como tal medidas promotoras do conforto caíram em desuso¹².

Já nos anos 70, o enfermeiro adquire maior autonomia, pelo que volta a prestar cuidados focados no conforto. Contudo, com a evolução tecnológica, as medidas promotoras do conforto deixaram de ser consideradas o foco principal dos cuidados do enfermeiro especialista¹².

Com o avanço da medicina, nos anos 80, a realização de cirurgias, utilização de antibioterapia, radiação e quimioterapia com vista à cura da doença e a utilização de estupefacientes para o controlo da dor, tornou as medidas promotoras do conforto uma estratégia secundária, utilizada quando não existia a possibilidade de tratamento¹².

Ao longo da história da Enfermagem a menção de conforto foi efetuada de forma discreta, porém sempre presente na prestação de cuidados. No ano de 1982, Katharine Kolcaba introduz o conceito de conforto com contribuição de outras teóricas de enfermagem, elaborando a sua teoria com base nas necessidades não atendidas dos utentes de cuidados promotores de conforto^{7,12}.

A Teoria do Conforto de Kolcaba assenta nos conceitos de necessidade de cuidados de saúde, medidas de conforto, variáveis intervenientes, conforto, comportamentos de procura de saúde e integridade institucional¹³.

Segundo a autora, a necessidade de cuidados de saúde diz respeito às necessidades que as pessoas têm de conforto em situação de cuidados de saúde. As medidas de conforto relacionam-se com as intervenções de enfermagem desenvolvidas para colmatar as necessidades de conforto específicas da pessoa. As variáveis intervenientes focam-se nas forças de interação que influenciam diretamente a pessoa que as recebe face ao seu conforto¹².

Neste sentido, Kolcaba define conforto e cuidados promotores do conforto como conceitos complexos, que representam um estado tranquilo, saudável e calmo com conotação individual e holística^{7,12,14}.

Deste modo, Kolcaba (2003), define conforto como sendo uma sensação humana básica em que a pessoa sente que todas as suas necessidades são atendidas, em três níveis distintos de conforto: o alívio, a tranquilidade e a transcendência, em quatro contextos de experiência: físico, psico-espiritual, ambiental e social^{7,12,13,15}.

Considerando os diferentes tipos de conforto, Kolcaba definiu alívio como a satisfação de uma necessidade específica da pessoa; tranquilidade como o estado de calma e contentamento experienciado pela pessoa e a transcendência como o momento em que a pessoa transpõe os seus problemas e sofrimento^{12,13,14}.

Já face aos contextos em que o conforto é experienciado, Kolcaba definiu o contexto físico, que diz respeito às sensações do corpo; psico-espiritual, que se relaciona com a percepção de si mesmo e crenças; ambiental, estando relacionado com o meio em que a pessoa está inserida e as suas influências; e o social, que diz respeito às relações que a pessoa estabelece com os seus círculos mais próximos, como família e amigos^{12,13,14}.

Em relação ao conceito de comportamentos de procura de saúde, a autora baseia-se na Dra. Schlotfeldt que nos diz que estes se relacionam com os resultados obtidos após a procura de cuidados de saúde por quem os recebe. Em relação a integridade institucional a autora relaciona este conceito com o facto de as instituições possuírem as seguintes qualidades: integridade, honestidade, segurança, sinceridade, entre outros, estando o conforto diretamente relacionado com a instituição em que é providenciado¹³.

Kolcaba faz também referência a quatro conceitos metaparadigmáticos: a enfermagem, o doente, o ambiente e a saúde. A autora refere-se à enfermagem como a avaliação das necessidades de conforto da pessoa em questão e a elaboração de medidas que respondam a essas necessidades, fazendo uma avaliação e reavaliação constante de modo a providenciar o máximo de conforto à pessoa cuidada¹³.

O doente é todo aquele que recebe os cuidados individualizados, podendo ser crianças, famílias, comunidades ou instituições que necessitem de cuidados de saúde. O ambiente caracteriza-se por qualquer aspeto relacionado com o doente que pode ser manipulado pelo enfermeiro de modo a melhorar o seu conforto. A saúde é aquilo que a criança, família, grupo ou comunidade refere que é¹³.

Assim, é importante selecionar uma estrutura de enfermagem adequada para responder às necessidades de proporcionar um cuidado holístico, centrado no doente, de modo a melhorar a qualidade de vida e conforto⁷.

A evidência científica aponta que oferecer apoio e conforto à criança e família em cuidados de saúde proporciona alívio, facilita o trabalho do enfermeiro e aumenta a qualidade dos cuidados. A criança em ambiente hospitalar é muitas vezes submetida a procedimentos que causam dor e desconforto, pelo que a prática de enfermagem deve focar-se em medidas promotoras do conforto, diretamente relacionadas com o conceito de cuidados humanizados¹⁶.

Em ambiente hospitalar as crianças e famílias são expostas a todo o tipo de estímulos, relacionados com a dor, frio, ruído excessivo, iluminação, mobilização limitada e dificuldades na comunicação. O enfermeiro deve proporcionar medidas que

minimizem todos estes stressores de modo a promover o conforto da criança/ família durante todo este processo, contribuindo assim para o seu bem-estar¹⁶.

Neste sentido, o enfermeiro preocupado com o cuidar humanizado e individualizado está inerentemente a reforçar a premissa de que a criança não necessita apenas de medicamentos ou procedimentos invasivos, mas também da presença da família, carinho, privacidade e de respeito pela sua dignidade¹⁶.

II.2. O Conforto da Criança: o Sono, a Dor e o Ambiente

O conceito de criança, em Portugal, diz respeito aos utilizadores dos cuidados de saúde, em idade pediátrica - idade compreendida dos zero aos 17 anos e 364 dias¹⁷.

O crescimento, desenvolvimento e bem-estar da criança é influenciado por diversos fatores sendo a família um deles. Assim, importa definir o conceito de família, esta, segundo o autor, é uma comunidade de afeto, que permite o desenvolvimento da dignidade da pessoa humana, ambiente acolhedor e propício ao fortalecimento de relações. O conceito de família é um conceito aberto não estanque e que acompanha a evolução da sociedade. É também um conceito difuso e indeterminado, sujeito a diversas interpretações, influencia diretamente a construção da personalidade e a largo espectro da própria humanidade^{9,18}.

Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica importa olhar para a criança e família como um todo, a prestação de cuidados especializados à criança está intimamente ligada com a centralidade dos cuidados na família.

Os cuidados de saúde não estão apenas relacionados com os sistemas de saúde ou procedimentos técnicos. É um conceito que vai para além do espaço físico e de procedimentos. Cuidar em saúde significa, cuidar, tratar, auxiliar o ser humano em sofrimento na sua mais profunda fragilidade. Cuidar em saúde tem uma dimensão extremamente abrangente, e permite alargar as competências para além das práticas de saúde, uma vez que o acolhimento dos utentes que necessitam de cuidados não está restrito apenas à técnica, mas também à escuta, ao conforto e a todas as competências holísticas que se relacionam com o cuidar global do ser humano¹⁹.

Durante a hospitalização, a criança e família vivem um período de intenso stress e angústia que está diretamente associado à condição de doença da criança, ao ambiente e pessoas desconhecidas, espoletando um sentimento de vulnerabilidade. A hospitalização da criança é um momento de crise para a própria e para a família.

Consequentemente, prestar cuidados que envolvam a maximização do conforto é essencial para que exista uma boa recuperação e minimização de repercussões emocionais¹.

O ambiente hospitalar é um ambiente hostil para as crianças, dotado de vários equipamentos e dispositivos médicos, com ruídos e luzes. Este ambiente altamente tecnológico, associado a procedimentos dolorosos e a incerteza do prognóstico, perturbam a criança e família¹.

A promoção do conforto é inerente à prática do EEESIP, muitas das vezes, imprescindível para um conceito de cuidados humanizados. Alguns dos fatores perturbadores do conforto em ambiente hospitalar são a dor, o frio, a sede, dificuldade em descansar por excesso de ruído e iluminação, mobilização limitada e dificuldade de comunicação¹.

O sono durante a hospitalização pode ser alterado numa altura em que os seus benefícios são muito necessários. O sono reparador em quantidade adequada é essencial para a saúde. Com despertares frequentes, a duração do sono é reduzida e a resposta imunitária da criança é afetada de forma negativa. Este facto altera também a perceção de dor, a regulação da glicose, a função neuroendócrina, a alteração do humor, afetando o processo cognitivo, e perturbando a capacidade da criança para lidar com os desafios psicológicos da hospitalização⁴.

Durante a hospitalização, o sono pode ser afetado por fatores ambientais (como por exemplo a luz e o ruído), atividades de cuidados (por exemplo, sinais vitais e presença parental), ou pelas respostas fisiológicas ou comportamentais da criança (por exemplo, dor, hábitos de sono pré-hospitalização). As interrupções frequentes dos profissionais de saúde ou outros ruídos ambientais dificultam o ciclo completo das fases do sono para a criança hospitalizada. Quando as crianças não atingem uma quantidade adequada de sono, correm um risco elevado de resultados negativos para a saúde, tais como alterações de humor e défices cognitivos. Assim, é necessário intervir de modo a que exista a diminuição do ruído e da luz em unidades hospitalares pediátricas⁴.

As crianças são um grupo vulnerável e o seu bem-estar deve ser sempre uma prioridade. No entanto, historicamente, têm sido expostas a muitos procedimentos e tratamentos médicos sem qualquer tipo de analgesia ou estratégia não farmacológica para a minimização da dor uma vez que, existia a crença de que as crianças pequenas não sentiam qualquer dor. A dor designa-se como uma experiência sensorial subjetiva, emocional e desagradável²⁰.

A criança hospitalizada é frequentemente submetida não só a procedimentos dolorosos relacionados com o tratamento, mas também sente dor relacionada com os sintomas associados à doença, o que pode resultar numa memória angustiante ou negativa. A dor não controlada pode causar insatisfação da criança e da família, que pode estar relacionada com estadias hospitalares mais longas, visitas frequentes ao serviço de urgência no pós-alta e reinternamentos hospitalares precoces²⁰.

Os procedimentos relacionados com agulhas, como punções venosas e vacinação, são consideradas as principais fontes de dor e angústia para as crianças que recorrem aos cuidados de saúde. A gestão da dor durante estes procedimentos assume grande importância, visto que a dor pode resultar em consequências fisiológicas, psicológicas e emocionais graves²¹.

Uma consequência grave da gestão incorreta da dor em crianças é a fobia a agulhas, definida como um medo extremo e ansiedade, que normalmente pode ser desenvolvido entre os 5 e 10 anos de idade após uma má experiência. Esta fobia associada a agulhas pode ter consequências a curto e a longo prazo²¹.

A curto prazo o medo pode gerar sintomas fisiológicos graves, tais como hipoxemia, reações vagais, taquicardia e alteração dos níveis hormonais. As crianças com fobia a agulhas, associam também o medo ao profissional envolvido no procedimento, agregando assim, o medo de agulhas ao medo dos profissionais de saúde e locais como hospital e centro de saúde, aumentando deste modo o nível de dor e medo durante os procedimentos subsequentes²¹.

As consequências a longo prazo incluem a falta de prevenção face à saúde, uma vez que por medo, os adultos que outrora foram crianças, negam efetuar procedimentos de rotina como por exemplo, a colheita de sangue para análises, entre outros exames complementares de diagnóstico que envolvam punção venosa. Outra consequência é o incumprimento do esquema de vacinação pela fobia desenvolvida em idade pediátrica²¹.

Para este efeito podem ser utilizadas estratégias não farmacológicas de modo a minimizar o desconforto da criança durante procedimentos dolorosos. As estratégias farmacológicas surgem associadas ao conceito de analgesia multimodal, no sentido em que várias intervenções e terapias atuam em simbiose de modo a promover a minimização da dor, tornando-se mais eficaz e sem efeitos adversos²².

As estratégias não farmacológicas são muito eficazes em pequenos procedimentos pouco dolorosos e rápidos, a sua utilização pode ser complementada com estratégias farmacológicas e auxiliam no alívio da dor, gerando um sentimento na criança e família

de controlo e autonomia. São por sua vez seguras, económicas e não invasivas e podem promover a parceria de cuidados uma vez que os pais também as podem utilizar²².

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), existem três tipos de intervenções não farmacológicas em crianças/ adolescentes sendo estas: intervenções cognitivas (distração, informação antecipatória, reforço positivo, imaginação guiada, simulação ou modelação), intervenções comportamentais (distração comportamental e relaxamento muscular) e intervenções cognitivo-comportamentais (corresponde a uma associação das anteriores e visa modificar os processos cognitivos da criança de que modo a influenciam a sua perceção face aos procedimentos, neste sentido, é pretendido que a criança compreenda a associação que existe entre os fatores que influenciam a dor e aqueles que aumentam a sua intensidade)²³.

Deste modo, contribuem para a redução da perceção da dor e têm como objetivo reduzir o medo e a ansiedade associados a procedimentos invasivos²³.

A criança tem o direito a realizar atividades lúdicas mesmo em situações de doença ou no caso da sua saúde se encontrar comprometida. Assim, a utilização destas estratégias diz respeito ao conceito de brincadeira lúdica e da brincadeira terapêutica²³.

É a brincar que a criança manifesta medos, desejos e situações vivenciadas, exprimindo emoções, tensões e frustrações. A brincadeira promove ainda a espontaneidade, a diversão, o contentamento e a autoestima, e através da brincadeira a criança interage com os outros. Brincar é a forma que a criança tem de comunicar sendo muito útil no processo de cuidados, como por exemplo, na admissão e na preparação para procedimentos dolorosos. Dentro da brincadeira terapêutica o Enfermeiro Especialista pode ainda recorrer ao brinquedo terapêutico, que auxilia na preparação da criança para os procedimentos invasivos, no sentido em que possibilita o manuseamento dos materiais que irão ser usados e facilita a comunicação entre a criança e o enfermeiro²³.

No entanto, com vista à minimização dos fatores descritos anteriormente podem ser utilizados diversos métodos não farmacológicos, fáceis de usar, práticos, não invasivos, rentáveis e reutilizáveis, tais como a realidade virtual e o Buzzy, especialmente em cenários agudos²⁴.

A realidade virtual é um método de distração seguro e rentável utilizado em procedimentos dolorosos em crianças. Esta relaciona-se com um ambiente virtual 3D baseado em computador. Os sistemas de realidade virtual incluem um dispositivo montado na cabeça com óculos 3D, permitindo uma experiência multissensorial. Apela a diferentes grupos etários e pode ser adaptado a telemóveis, e, portanto, pode ser

facilmente utilizado em cuidados de saúde pediátricos. Reduz a dor e ansiedade durante procedimentos, assegurando uma melhor adaptação e adesão ao tratamento²⁴.

O Buzzy foi desenvolvido por uma pediatra chamada Amy Baxter em 2006, e é um dispositivo fácil de usar, reutilizável e rápido, concebido para reduzir a dor associada a procedimentos que envolvam agulhas. Tem a forma de uma abelha constituída por um corpo e asas. A parte do corpo vibra, enquanto as asas aplicam frio concentrado no local acima da punção. O objetivo do frio e das vibrações é bloquear a transmissão de sinais de dor ao cérebro e deste modo eliminar/ reduzir a dor aguda, assente na teoria de *Gate Control*. A evidência científica relata que é eficaz na gestão da dor e da ansiedade nas crianças^{21,24,25}.

A gestão adequada da dor pode reduzir a ansiedade das crianças e dos pais e aumentar a confiança e a colaboração, uma vez que o medo da dor é uma dificuldade à realização do procedimento. O EEESIP tem um papel preponderante no conhecimento e gestão da dor de modo a que as crianças fiquem confortáveis durante a hospitalização, na educação para a saúde no momento da alta, de modo a que estas tenham um regresso confortável a casa reduzindo assim as suas consequências a longo prazo. A melhoria da gestão da dor requer uma abordagem multifatorial no que diz respeito à educação, apoio institucional e mudança de atitude por parte dos profissionais de saúde²⁰.

A exposição a estímulos stressantes tais como procedimentos dolorosos, ruído e luz têm consequências negativas ao nível do desenvolvimento futuro de recém-nascidos (RN) prematuros. Para melhorar os resultados adversos ao nível do neurodesenvolvimento devido aos fatores de stress associados ao ambiente nas Unidades de Neonatologia e Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), foi desenvolvido um programa composto por várias intervenções focadas no desenvolvimento e neurodesenvolvimento do RN pré-termo: o Programa de Cuidados e Avaliação Individualizados de Desenvolvimento do Recém-Nascido (NIDCAP)²⁶, neste sentido, os Enfermeiros das unidades de Neonatologia, podem fazer o Curso do FINE: *Family and Infant Neurodevelopmental Education*, que lhes confere competências práticas com base nos princípios do programa NIDCAP²⁷.

O NIDCAP é um modelo que proporciona um ambiente de apoio ao desenvolvimento para bebés prematuros e respetivas famílias. Apoia o equilíbrio entre os subsistemas fisiológico, motor e imunitário da criança. Este programa concentra-se em duas abordagens principais: cuidados individualizados e modificação positiva das unidades de modo a minimizar os fatores de stress, tais como proporcionar um ambiente

calmo para permitir um sono sem perturbações. O programa baseia-se nas observações meticolosas do RN, envolvendo os pais e discutindo com eles o plano de cuidados²⁶.

O FINE é um curso passo-a-passo concebido para permitir aos profissionais de saúde que trabalham em neonatologia colocar em prática a teoria e a evidência por detrás dos cuidados centrados no latente e na família. É um programa internacional, multidisciplinar, que torna a educação e formação de qualidade controlada amplamente acessível e adaptável a muitos ambientes. O FINE está intimamente ligado ao modelo de formação mais avançado do NIDCAP, mas visa dar apoio a todas as abordagens face à intervenção de desenvolvimento precoce nos cuidados neonatais²⁷.

O FINE assenta em três princípios fundamentais: o Neurodesenvolvimento, os cuidados sensíveis protegem o neurodesenvolvimento; a Família, o envolvimento dos pais é fundamental para o RN; e os Cuidados Individualizados, dar voz ao RN e promover a melhor prática de cuidados²⁷.

Vários estudos demonstraram que os RN que recebem cuidados tendo em conta esta abordagem têm um período de internamento reduzido, melhor desenvolvimento cerebral, maior ganho de peso, menos episódios de septicemia, menor necessidade de assistência ventilatória e melhor crescimento e desenvolvimento após a alta hospitalar. Esta abordagem altera a estrutura organizacional, filosofia, prestação de cuidados e relação entre as famílias e os profissionais de saúde. Promove a ligação dos pais e diminui o seu nível de stress, ajuda os profissionais de saúde a avaliar o bem-estar das crianças e promove a sua satisfação²⁶.

Sabemos que o toque é essencial nas interações interpessoais e no desenvolvimento sensorial-cognitivo. A vinculação com os pais estabelece os alicerces para o desenvolvimento do RN²⁸.

Nas UCIN e unidade de neonatologia, o ambiente e as condições socioeconómicas constituem um fator dificultador da vinculação pais-RN. O toque desadequado está associado a resultados negativos a nível do neurodesenvolvimento e da vinculação, pelo que o EEESIP deve adotar estratégias promotoras do toque que envolvam a família²⁸.

Os RN expressam dor ou desconforto através de uma série de reações comportamentais e fisiológicas, tais como a mudança facial, choro, aumento do ritmo cardíaco, aumento da frequência respiratória e redução da saturação de oxigénio. Considerando que o contacto precoce com a dor, em neonatos, pode levar a longo prazo, a perturbações ao nível neural, défice de atenção, aprendizagem e problemas

comportamentais, é neste sentido essencial adotar estratégias não farmacológicas que minimizem a dor e as consequências que podem advir da mesma²⁹.

Uma das abordagens não farmacológicas para o alívio da dor é a utilização de estímulos sensoriais táteis²⁹.

Qualquer intervenção precoce para um RN prematuro, deve centrar-se na vinculação pais-neonatos no sentido de minimizar o stress. As intervenções que visam melhorar a vinculação entre RN-pais, focam-se na sensibilização das famílias para a leitura dos sinais do RN de modo a que consigam dar resposta às suas necessidades, influenciando positivamente o desenvolvimento cognitivo e social do RN pré-termo³⁰. Neste sentido, o toque aumenta exponencialmente o afeto e leva ao desenvolvimento de competências sociais e linguísticas no RN³¹.

Em pediatria, uma abordagem centrada na família está diretamente relacionada com um padrão de cuidados de qualidade. É subjacente à importância de ter em consideração não só a experiência da criança, mas também a sua relação com os pais. A redução da ansiedade da criança está paralelamente relacionada com a ansiedade dos pais. Proporcionar que os pais desempenhem um papel ativo, envolvê-los e dar-lhes ferramentas para ajudar a gerir e confortar os seus filhos, faz com que se sintam mais seguros e parte integrante da equipa de cuidados, minimiza os sentimentos de ansiedade e desamparo. As crianças que têm os seus pais seguros, diminuem significativamente a sua própria ansiedade²⁵.

Os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados são elementos fulcrais dos cuidados de qualidade prestados às crianças²⁵.

Deste modo, os estudos analisados referem a necessidade de oferecer medidas que visem a melhoria do conforto durante todo o processo de cuidados da criança, possibilitando assim o seu bem-estar, uma vez que estas medidas e estratégias a adotar têm imensos benefícios. Cabe ao EEESIP promover o conforto da criança hospitalizada, proporcionando cuidados de qualidade que envolvam a minimização da dor, cuidados atraumáticos e neuroprotetores e qualidade de repouso.

III. Percurso Desenvolvido para a obtenção de Competências de Especialista e de Mestre

Neste capítulo, será feita uma análise reflexiva relativamente ao percurso efetuado pela estudante ao longo do estágio desde o módulo I ao módulo II, considerando todo o trabalho e processo desenvolvido para a aquisição de competências de especialista e mestre. De modo a nortear a intervenção nos contextos de estágio após o término do módulo I, elaborou-se um plano de projeto (Apêndice A) constituído por objetivos específicos, atividades propostas, critérios de avaliação, recursos utilizados e competências a desenvolver no módulo II.

Considerando os contextos de estágio por onde a mestranda teve o privilégio de passar, estes serão organizados por subcapítulos, nomeadamente, Contexto de Neonatologia, Contexto de Internamento de Pediatria, Contexto de Urgência Pediátrica e Contexto de Cuidados de Saúde Primários e Competências Desenvolvidas no âmbito da Investigação e Atualização do Conhecimento em Enfermagem. Nos subcapítulos será apresentada uma breve contextualização do serviço, os diagnósticos de situação, bem como os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas, articulando as competências comuns do EE, específicas do EEESIP e de mestre, assim como os resultados obtidos.

Tanto os objetivos propostos como as atividades foram fundamentadas relativamente à sua pertinência, através de suporte bibliográfico no capítulo anterior.

De modo a elaborar o diagnóstico de situação nos diferentes contextos, e tendo em conta a lei nº 21/2014, de 16 de abril, artº 2º, “que regula a investigação clínica, considerada como todo o estudo sistemático destinado a descobrir ou a verificar a distribuição ou o efeito de fatores de saúde, de estados ou resultados em saúde, de processos de saúde ou de doença, do desempenho e, ou, segurança de intervenções ou da prestação de cuidados de saúde”, e para obviar a necessidade de submissão do projeto a um parecer de uma comissão de ética competente (artº 16º, ponto 1), não foram aplicados questionários/ entrevistas³². O diagnóstico de situação, comum a todos os contextos, foi elaborado com recurso à observação, observação participativa, prestação de cuidados de Enfermagem, consulta de manuais, protocolos e folhetos informativos e conversas informais, de modo a realizar um levantamento das necessidades do serviço, realizadas com as Supervisoras Clínicas, Equipa de Enfermagem e Chefias dos Serviços.

As competências adquiridas e desenvolvidas remetem ao Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista³³ de 2019 e Específicas do Enfermeiro

especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria²⁴ de 2018 assim como as competências de obtenção de grau de mestre contempladas no Decreto-Lei nº 65/2018³⁵, de 16 de agosto de 2018.

III.1. Contexto de Neonatologia

O estágio no contexto de Neonatologia foi realizado num serviço de Neonatologia de um hospital do interior do país, cujo serviço funciona 24 horas por dia. Recebe recém-nascidos pré-termo com idade gestacional igual ou superior a 32 semanas por transferência hospitalar e nascidos no próprio hospital com idades iguais ou inferiores. No caso de idades inferiores com necessidade de cuidados intensivos, são estabilizados clinicamente e transferidos logo que possível. Também admitem recém-nascidos de termo com patologia.

É um serviço *open space* composto por um total de cinco incubadoras, pode ter até um número ilimitado de berços e dispõe de um berçário.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos pediatras, assistente social, assistentes operacionais e 16 enfermeiros, sendo 10 especialistas. O serviço funciona com método individual de trabalho, em que a cada enfermeiro são atribuídos recém-nascidos, para os quais o enfermeiro fica responsável pela total prestação de cuidados. Sempre que necessário é solicitada a colaboração de outros profissionais para dar apoio consoante as necessidades dos RN (farmácia, dietética e hematologia).

Em relação ao acompanhamento dos RN, quando é possível o serviço de obstetrícia facilita a permanência do elemento cuidador 24h. Caso não seja possível, o elemento cuidador vem do exterior e pode permanecer das 9h às 22h, sendo ainda permitido outra visita por um período de três horas de acordo com o número de berço ou incubadora onde se encontra.

Os Registos de Enfermagem são efetuados no programa SClínico, recorrendo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e em relação à terapêutica é utilizada a Glint.

Como referido anteriormente, o tema central deste relatório é o Conforto. Deste modo e considerando a especificidade do Contexto de Neonatologia, a estudante pensou em abordar aspetos relacionados ao conforto do RN. Existem assim programas que se focam nos cuidados diferenciados ao RN como é o caso do FINE e Programa NIDCAP, que tem em vista a promoção dos cuidados neuroprotetores, cuidados atraumáticos e a

promoção da vinculação, sendo estes temas focados essencialmente no conforto do recém-nascido internado, assim como, o envolvimento da família nos cuidados.

Deste modo, após a partilha da temática com a Enfermeira Chefe do Serviço, a Supervisora Clínica, a Supervisora Pedagógica e a restante Equipa de Enfermagem, surgiu, após conversa informal, a proposta da elaboração de uma formação em serviço sobre as temáticas referidas anteriormente. Sendo o tema extremamente pertinente e atual, tornando-se uma mais-valia para o serviço uma vez que após o período pandémico as formações em serviço ficaram em *standby*, constituindo assim um momento excelente de renovação de conhecimentos, aprendizagem e partilha de experiências entre profissionais da área.

Neste sentido, e após a realização do diagnóstico de situação, foram delineados objetivos específicos e foram propostas atividades de modo a colocar em prática o que foi proposto:

Objetivo Específico: Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao RN/família.

- Colaboração na prestação de cuidados especializados ao RN/família.

No decorrer do estágio, a prestação de cuidados ao RN/família teve como principal premissa o conforto do RN/ família, sustentado pela Teoria de Conforto de Kolcaba. Houve também oportunidade de acompanhar famílias que se encontravam pela primeira vez a passar por este processo complexo que é o nascimento de um filho prematuro. Foi possível observar muitas vezes pais perdidos, com medo, angustiados e apreensivos face à fragilidade do RN que encontravam à sua frente, e reticentes em tocá-lo.

As situações vividas permitiram tomar consciência e compreender, que a prematuridade tem um impacto muito grande nos pais e em toda a família daquele RN, ao nível do bem-estar/ stress materno e vinculação.

É nestas situações que o enfermeiro especialista deve intervir, prever e antecipar de modo a atuar com a maior brevidade possível para que o processo de vinculação não sofra uma quebra e seja desenvolvido de forma natural.

Neste sentido, desenvolveu-se um poster intitulado “Mãe e pai quando estão presentes e participam nos meus cuidados ficamos mais próximos!” (Apêndice B) que serviu para desmistificar os receios dos pais em tocarem nos seus RN e a importância do toque, uma vez que os seus benefícios são incontáveis, quer para os RN, pais e profissionais de saúde.

O poster foi afixado no serviço de Neonatologia, em locais específicos que pudessem despertar o interesse dos pais, após aprovação da Enfermeira Chefe do Serviço, Supervisora Clínica e Supervisora Pedagógica. A leitura pelos pais que frequentavam o serviço (12 no total) foi incentivada sempre que possível, os quais após a leitura verbalizaram que tinha sido muito esclarecedor; que a linguagem estava adequada; que todas as informações disponibilizadas tinham sido úteis e que tinha desmistificado alguns dos medos e apreensões que sentiam, pois, achavam que a ausência do toque era o mais benéfico para o RN e, pelo contrário, ficaram a perceber que a ausência do toque prejudicava a sua recuperação.

Estando a presença dos pais diretamente relacionada com o conforto do RN hospitalizado, aqui verificou-se a influência do conforto como um fator facilitador da recuperação do RN internado.

Objetivo Específico: Conhecer o funcionamento e documentos (normas e protocolos) do serviço.

- Verificação de documentos (normas/protocolos) do serviço sobre os cuidados diferenciados ao RN, Programas FINE e NIDCAP, cuidados neuroprotetores, cuidados atraumáticos e a promoção da vinculação.

Face às atividades propostas para a realização deste objetivo, foi possível durante o decorrer do estágio consultar e ler os documentos disponíveis no serviço, nomeadamente, normas ou protocolos, e verificou-se que existia pouca documentação relativa aos programas FINE e NIDCAP, pelo que foi proposta a realização de uma formação em serviço aos elementos da equipa de enfermagem.

- Observação da dinâmica do serviço.

Foi ainda possível observar a dinâmica do serviço com o objetivo de perceber de que forma a equipa de enfermagem colocava em prática algumas das diretrizes dadas pelos programas. Verificou-se que, apesar de colocarem várias recomendações em prática, aspetos como a minimização do ruído, o ajuste da luminosidade e os cuidados a quatro mãos, foram alguns dos aspetos a melhorar, assim como, o incentivar os pais a participarem nos cuidados, o que levou à inclusão destes aspetos na formação desenvolvida.

- Realização de conversas informais com enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica/ equipa de enfermagem.

De modo a agilizar todo o percurso desenvolvido em estágio, foram efetuadas diversas conversas informais com a Enfermeira Chefe, a Supervisora Clínica, a

Supervisora Pedagógica e a equipa de enfermagem, de modo a tornar todo o processo inclusivo e a dar a conhecer o trabalho que se pretendia desenvolver no contexto. Foi também desta forma que com o decorrer do estágio foram feitas alterações ao projeto, no sentido de melhorar a qualidade das atividades e por consequência, melhorar os cuidados prestados aos RN/ famílias.

Objetivo específico: Promover a atualização dos cuidados de enfermagem tendo por base a mais recente evidência científica.

- Realização de formação destinada à equipa de enfermagem sobre os cuidados neuroprotetores, FINE e programa NIDCAP.

Com base no que foi referido anteriormente, foi então realizada uma formação destinada à equipa de enfermagem, intitulada “Influência Dos Cuidados Centrados Na Família Para o Desenvolvimento do RN e Família - Bases da Formação NIDCAP e FINE” (Apêndice C), que teve como objetivo dar a conhecer os programas FINE e NIDCAP, assim como, as recomendações para a prestação de cuidados focados no neurodesenvolvimento do RN, vinculação, conforto e bem-estar. A formação ocorreu no dia 12 de abril no serviço de neonatologia, na qual participaram sete dos enfermeiros da equipa de enfermagem e que preencheram um questionário de satisfação disponível na instituição (Anexo I) de modo a validar a pertinência da formação. A análise dos questionários surgiu sob a forma de gráficos (Apêndice D) que em relação aos resultados foi possível verificar que a maioria dos participantes classificaram a formação como pertinente, tendo um grau de satisfação global muito bom.

- Validação da formação junto da Enfermeira Chefe, Supervisora Clínica e Supervisora Pedagógica.

De modo a agilizar todo o processo até ao desenvolvimento da formação, foram efetuadas diversas conversas informais com a EF, SC, SP e equipa de enfermagem de modo a obter o maior número de participantes neste contexto. Foi realizado um poster de divulgação da formação (Apêndice E) que ficou afixado na sala de trabalho de enfermagem para que todos pudessem ler com a hora e data da mesma, assim como, um plano de sessão (Apêndice F) com os principais objetivos, conceitos e conteúdos a serem abordados na formação.

Objetivo específico: Informar os pais sobre o comportamento do recém-nascido internado e sobre a importância da sua presença para os mesmos.

- Realização de dois pósteres, destinados aos pais dos recém-nascidos internados no serviço sobre o comportamento do recém-nascido internado e sobre a importância da sua presença para os mesmos.

Foram então desenvolvidos dois pósteres: o primeiro, que já foi referido anteriormente, intitulado “Mãe e pai, quando estão presentes e participam nos meus cuidados ficamos mais próximos!” (Apêndice B), e o segundo “Como Compreender o Comportamento do Recém-Nascido (RN)” (Apêndice G) de modo a facilitar a interação pais-RN, e de acordo com as diretrizes e indicações dos programas FINE e NIDCAP. O poster mostra os comportamentos do RN quando está vulnerável, necessita de apoio para se organizar e mostra sinais de competências para interagir. A percepção do comportamento do RN é essencial para os cuidadores, não só para os pais, mas também para os enfermeiros que prestam cuidados diretos ao RN. A percepção do comportamento do RN auxilia os pais no sentido de facilitar a compreensão face ao que o RN está a experienciar (momentos de repouso, momentos de desconfortável ou agitação). Considerando a melhor intervenção a ter no momento: realizar contenção, trocar a fralda ou não intervir, pois pode estar num período de sono que não deve ser interrompido, são alguns dos exemplos de aplicações práticas.

- Promoção da leitura do póster.

O segundo poster, à semelhança do primeiro, foi afixado no serviço de Neonatologia, em locais específicos que pudessem despertar o interesse dos pais e profissionais, após aprovação de todos os intervenientes referidos anteriormente. A sua leitura pelos pais (seis no total) que se encontravam no serviço foi também incentivada, os quais após a leitura verbalizaram que tinha sido elucidativo, muitos desconheciam por completo e não compreendiam que alguns dos movimentos do RN tinham uma conotação negativa pois demonstravam o desconforto e a vulnerabilidade. Alguns referiram que a percepção da linguagem não verbal do RN iria ser muito útil no domicílio, assim como, no contexto até ao momento da alta. Outros referiram que perceber o comportamento do RN lhes dava sensação de confiança e autonomia para a prestação de cuidados. Na globalidade concordaram que a linguagem estava adequada, que as informações disponibilizadas tinham sido úteis e que se sentiam mais confiantes e menos apreensivos. O conjunto destas apreciações foi muito benéfico para a equipa de enfermagem pois, pais mais confiantes são sinónimo de maior conforto para os RN, conduzindo a maior autonomia parental.

Competências Desenvolvidas no Contexto de Neonatologia

Considerou-se que os objetivos delineados e as atividades desenvolvidas foram alcançados com sucesso.

Uma vez que a especificidade do contexto de neonatologia, assim como, a prestação de cuidados ao RN e família, contribuíram para o desenvolvimento profissional enquanto EEESIP. Refletindo sobre as competências específicas do EEESIP, considerou-se que face a todas as atividades desenvolvidas em estágio, adquiriu-se a competência **E1**. Neste contexto, as atividades desenvolvidas foram focadas no conforto do RN, na promoção da vinculação, na capacitação dos pais para que estes se sintam com maior segurança nos cuidados de modo a estarem mais seguros e autônomos nos cuidados ao RN em situação de especial complexidade, como a prematuridade e o RN doente. A capacitação dos pais em ambiente hospitalar é imensamente importante no momento da alta, uma vez que pais mais seguros e autônomos durante o internamento irão estar mais aptos no domicílio. Foi realizado com recurso a posteres elaborados para o serviço e a ensinamentos feitos com recurso a conversas e demonstrações (**E1.1 e E1.2**).

Relativamente à competência **E2**, considerou-se que foi possível atingi-la no sentido em que foram prestados cuidados de enfermagem a RN de termo e pré-termo que se encontravam instáveis. Não obstante, no serviço não permanecerem RN em estado crítico, por vezes durante o estágio, após o nascimento, alguns RN apresentaram situações de estado crítico. Nesse caso eram trazidos para o serviço para serem estabilizados com fluidos e suporte ventilatório avançado para posteriormente ser efetuado o transporte. Também aconteceu RN aparentemente estáveis entrarem em situação crítica e haver necessidade de efetuar suporte avançado no serviço. Neste sentido, considerou-se a aquisição de competências no âmbito da identificação de situações de instabilidade no RN no contexto de estágio (**E2.1**).

Considerando que o foco do estágio foi a promoção do conforto dos RN/ família nos vários contextos de estágio, foram aplicados conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico do RN/ família, efetuou-se uma gestão adequada de medidas não farmacológicas e farmacológicas para o alívio da dor, efetuou-se também uma formação direcionada aos enfermeiros da equipa em que entre os conteúdos mencionados referiam diversas medidas de promoção do conforto do RN que incluíam a minimização da dor. Ao longo do estágio, foi sempre promovida a autonomia e a segurança parental, no sentido de capacitar os pais como parceiros dos cuidados, premissas que são defendidas pelos programas NIDCAP e FINE. No contexto, RN em situações de prematuridade e doença, foi feita desmistificação

da situação junto dos pais promovendo a esperança e o envolvimento dos pais nos cuidados (E2.2, E2.3 e E2.5).

Face à competência E3, neste contexto promoveu-se o crescimento e desenvolvimento dos RN, com os cuidados prestados e com as intervenções realizadas aos pais (E3.1). Ao longo do estágio foram feitas várias intervenções junto dos pais de modo a promover a vinculação, nomeadamente, a promoção do toque. Sempre que houve oportunidade foi efetuado método canguru. Em relação aos cuidados aos RN foi os pais foram incentivados a dar o banho, troca de fralda e alimentar o RN. Relativamente à alimentação, foi promovida a amamentação e quando esta não era possível, incentivou-se a extração do leite materno para posteriormente se proceder à sua administração. Incentivou-se também a extração junto ao RN (E3.2 e E3.3).

Na interação com os pais a linguagem foi adaptada consoante as pessoas e as suas necessidades quer em relação à sua cultura, etnia e às suas habilitações literárias. Tentou-se também dar espaço aos pais para se expressarem, incentivando-os a partilharem os seus medos e angústias para perceber qual a melhor estratégia a adotar de modo a minimizá-los (E3.3).

III.2. Contexto de Internamento de Pediatria

O estágio no Contexto de Internamento de Pediatria foi desenvolvido no Serviço de Internamento de Pediatria de um hospital do interior do país, que funciona 24 horas e recebe crianças compreendidas entre as idades dos 0 aos 18 anos menos 1 dia. As crianças que ficam hospitalizadas neste serviço são provenientes da Urgência Pediátrica, do Bloco Operatório, da Consulta Externa de Pediatria e do Serviço de Neonatologia.

É estruturalmente composto por um total de nove quartos com capacidade para 17 camas. Dispõem de uma equipa multidisciplinar constituída por médicos pediatras, educadora de infância, assistentes operacionais, assistente social, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionista, entre outros. A equipa de enfermagem é composta por 12 enfermeiros. O serviço funciona com método individual de trabalho em que a cada enfermeiro são atribuídos utentes, para os quais o enfermeiro fica responsável pela total prestação de cuidados.

Considera-se neste serviço, que a presença da família, é um aspeto fundamental para a diminuição dos stressores decorrentes da hospitalização e para a recuperação da criança. Assim, é ainda permitida a visita de outro elemento da família. Caso não seja

possível a presença dos pais é permitido estar um acompanhante durante as 24 horas, desde que tenha idade igual ou superior a 18 anos.

Os Registos de Enfermagem são elaborados no programa SClínico, recorrendo à linguagem CIPE. Relativamente à terapêutica, é utilizado o sistema Circuito do Medicamento (Glint). Por fim, importa referir que o serviço apresenta um espaço amplo e encontra-se decorado tendo em vista a descentralização da criança e apresenta brinquedos adequados às diferentes faixas etárias, nomeadamente, na sala de atividades.

Atendendo à temática central do projeto e de modo a maximizar o conforto em situação de hospitalização, foi pensado trabalhar a promoção do sono, tendo em conta que neste contexto ele é particularmente afetado.

Para este efeito foram definidos objetivos específicos e propostas atividades de modo a colocar em prática o que foi proposto, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados neste contexto.

Objetivo específico: Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à criança/jovem/família.

- Colaboração na prestação de cuidados especializados à criança/jovem/família.

Como referido no capítulo anterior, a hospitalização acarreta inúmeras consequências para a criança, nomeadamente, ao nível do repouso e sono. Em ambiente hospitalar, a qualidade e quantidade de sono é significativamente inferior comparativamente a casa, por todas as questões ambientais associadas ao local onde se encontram. Por este motivo, a promoção do sono é extremamente importante, não só pelo aumento do conforto da criança, mas pelo facto de dormir acelerar o processo de recuperação e consequentemente antecipar a alta hospitalar.

Em contexto de internamento a criança passa por um processo de doença que necessita de ser acompanhado e resolvido em ambiente hospitalar, neste caso, a prestação de cuidados de saúde fica à responsabilidade do enfermeiro, que deve garantir que todos os tratamentos são administrados, mas também deve garantir que os cuidados de conforto são prestados à criança/ família, pois o stress decorrente da estadia hospitalar já é um fator perturbador.

Neste sentido, enquanto enfermeira especialista, prestou-se cuidados tendo em vista a promoção do sono, minimizando a dor, agrupando os cuidados, ajustando as condições ambientais, minimizando o ruído e a luminosidade de modo a proporcionar o

máximo de conforto para que a criança pudesse desfrutar de períodos de repouso sem interrupções.

Objetivo específico: Conhecer o funcionamento e documentos (normas e protocolos) do serviço.

- Verificação de documentos (normas/protocolos) do serviço sobre o sono da criança hospitalizada.

Durante o estágio, foi possível consultar e ler os documentos disponíveis no serviço, nomeadamente, normas ou protocolos, e verificou-se que não existia nenhum documento no contexto que fizesse referência ao sono da criança hospitalizada, pelo que me foi proposto a realização de um documento para o serviço.

- Observação da dinâmica do serviço.

Neste contexto, foi possível observar a dinâmica do serviço, constatar que os enfermeiros estavam muito despertos para as questões da promoção do sono na sua prática diária, como por exemplo, agrupando as crianças por idades e patologias quando possível, ajustando os horários da medicação para não interferirem com as horas de sono, ajustando o ambiente dos quartos e minimizando as interrupções noturnas sem descurar a vigilância das crianças internada e promovendo a sesta. Neste sentido, muitas das práticas promotoras do sono já se encontravam instituídas como parte da rotina interna no contexto.

- Realização de conversas informais com enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica e equipa de enfermagem.

A fim de tornar mais fluido o desenvolvimento do estágio, foram efetuadas diversas conversas informais com a Enfermeira Chefe, Supervisora Clínica, Supervisora Pedagógica e equipa de enfermagem de modo a tornar todo o processo inclusivo e a dar a conhecer o trabalho que pretendia desenvolver no contexto. Foi também desta forma que com o decorrer do estágio foram feitas alterações ao projeto no sentido de melhorar a qualidade das atividades e por consequência melhorar os cuidados prestados às crianças/ jovens/ famílias que frequentavam o serviço, permitindo direcionar o foco da intervenção.

Objetivo específico: Promover a atualização dos cuidados de enfermagem tendo por base a mais recente evidência científica.

- Realização de documento sobre o sono da criança hospitalizada.

Após a consulta de protocolos e documentação, verificou-se que não existiam documentos orientadores sobre o sono da criança hospitalizada. Deste modo, procedeu-se à criação de um documento que servisse de guia orientador para a promoção do Sono

em contexto de internamento, intitulado “O Sono da Criança Hospitalizada” (Apêndice H), que com base na mais recente evidência científica disponibiliza estratégias a adotar para a manutenção e regulação adequada do sono das crianças durante o internamento.

- Apresentação de documento orientador sobre o sono da criança hospitalizada à enfermeira chefe/ supervisora clínica/ equipa de enfermagem/ supervisora pedagógica.

Após a realização do documento este foi em primeiro lugar validado com a Supervisora Clínica e com a Supervisora Pedagógica e posteriormente apresentado à Enfermeira Chefe do serviço e à restante equipa de enfermagem.

- Realização de formação destinada à equipa de enfermagem sobre o sono da criança hospitalizada.

Enquanto se procedia à realização do documento sobre o sono da criança hospitalizada, surgiu a necessidade de efetuar uma formação à equipa de enfermagem, intitulada “Formação sobre o Sono da Criança Hospitalizada” (Apêndice I), que teve como objetivo desenvolver a temática do sono, o modo como este é afetado durante a hospitalização, fatores disruptores do sono, consequências da privação do sono nas crianças, estratégias promotoras do sono e hábitos de sono saudáveis. A formação ocorreu no dia 19 de maio de 2023, no serviço de internamento de pediatria, na qual participaram cinco dos enfermeiros da equipa de enfermagem e que preencheram um questionário de satisfação disponível na instituição (Anexo I) de modo a validar a pertinência da formação. A análise dos questionários surgiu sob a forma de gráficos (Apêndice J), e em relação aos resultados, a maioria dos participantes classificou a formação como pertinente, tendo um grau de satisfação global muito bom.

- Validação da formação junto da enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica.

De modo a agilizar todo o processo até ao desenvolvimento da formação, foram efetuadas diversas conversas informais com a EF, SC, SP e equipa de enfermagem de modo a obter o maior número de participantes neste contexto. Foi realizado um poster de divulgação da formação (Apêndice K) que ficou afixado na sala de trabalho de enfermagem para que todos pudessem ler com a hora e data da mesma, assim como, um plano de sessão (Apêndice L) com os principais objetivos, conceitos e conteúdos a serem abordados na formação.

Objetivo específico: Informar os pais sobre os hábitos saudáveis de sono da criança hospitalizada.

- Realização de um póster, destinado aos pais das crianças internadas, no serviço sobre os hábitos saudáveis de sono.

Outra necessidade identificada foi a falta de um instrumento direcionado aos pais sobre os hábitos de sono saudáveis. Como tal, surgiu a ideia da criação de um poster dedicado aos pais sobre hábitos de sono saudáveis. Esta necessidade decorreu da experiência da equipa na deteção da presença de maus hábitos de sono em crianças que frequentam o serviço.

Foi então desenvolvido um póster intitulado “Como posso ajudar o meu filho a crescer forte e saudável?” (Apêndice M) de modo a facilitar a intervenção do enfermeiro junto dos pais. O póster aborda a importância de estabelecer rotinas e hábitos na hora de dormir e durante o dia, refere a importância de proporcionar um ambiente confortável e promotor do sono e aborda a importância da moderação do uso de aparelhos eletrónicos.

- Promoção da leitura do póster.

O poster desenvolvido não irá ser afixado no serviço, uma vez que a equipa considerou que seria mais pertinente que este se tornasse uma ferramenta móvel, que pudesse ser transportado às unidades de cada criança a fim de facilitar a intervenção e não ficar afixado apenas num local. Foi incentivada a leitura pelos pais (seis no total) que se encontravam no serviço, os quais após a leitura verbalizaram que tinha sido esclarecedor. Alguns não estavam despertos para algumas das recomendações dadas, outros acharam interessante porque não tinham noção que uma rotina diária influenciava diretamente o sono da criança. Em alguns casos, a leitura do poster serviu como início de discussão para esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências. Pais mais informados e esclarecidos tornam-se uma mais valia para a criança pois podem tomar decisões conscientes sobre várias áreas do cuidar, trazendo benefícios para a criança cuidada.

Competências Desenvolvidas no Contexto de Internamento de Pediatria

No contexto de Internamento de Pediatria, considerou-se que os objetivos delineados e as atividades desenvolvidas foram alcançados com sucesso.

A prestação de cuidados à criança/ jovem e família neste contexto contribuiu para o desenvolvimento profissional enquanto EEESIP. Neste sentido, face às competências específicas do EEESIP, considerou-se que com as atividades desenvolvidas em estágio, foram adquiridas as seguintes competências:

Competência **E1**, as atividades realizadas neste contexto foram desenvolvidas tendo em conta o bem-estar e a maximização da saúde da criança/ família. Considerando a temática desenvolvida e abordada neste contexto, a promoção do sono da criança está

intimamente relacionada com o seu conforto, bem-estar e recuperação. Assim, as atividades relacionadas com esta temática permitiram a promoção do sono em contexto hospitalar (com a formação direcionada aos enfermeiros da equipa) e no domicílio (com o poster desenvolvido para os pais, que possui recomendações face aos hábitos de sono saudáveis), contribuindo assim para a implementação e gestão de um plano promotor da parentalidade, uma vez que existe o envolvimento dos pais nos cuidados à criança/ jovem tendo em vista a maximização do conforto e do bem-estar. Neste sentido, e tendo o enfermeiro um papel privilegiado nos cuidados, também se conseguiu perceber através das intervenções realizadas as condições no domicílio, a rede de apoio, tornando-se extremamente importante por forma a detetar situações de risco, de modo a efetuar o devido encaminhamento (**E1.1 e E1.2**).

Relativamente à competência **E2**, em contexto de internamento não está preconizada a permanência de crianças em situações de risco de vida. No entanto, e sendo que a maioria das crianças que permanece no internamento veio da urgência pediátrica ou do bloco operatório, podem eventualmente descompensar. Uma vez que o foco da intervenção neste contexto foi a promoção do conforto e estando a promoção do sono intimamente ligada a este e à minimização da dor, assim, neste contexto foi possível efetuar uma gestão adequada da dor, com recurso a estratégias farmacológicas e não farmacológicas, compreendendo o seu efeito, de modo a proporcionar o máximo de bem-estar e acelerando a recuperação (**E2.2**).

Durante o período de estágio no contexto de internamento foi possível prestar cuidados a crianças com doenças raras no sentido de maximizar o conforto, com recurso a pesquisa científica de modo a dar resposta às necessidades da criança/ família (**E2.3**). Em relação à criança com doença crónica também foram prestar cuidados no sentido de promover o conforto e o bem-estar, antecipando as necessidades destas crianças, oferecendo apoio e suporte à família e incluindo os pais como parceiros dos cuidados (**E2.5**).

Em contexto de internamento, a criança e a família permanecem durante um período mais longo, e neste sentido, houve oportunidade de potenciar e promover o desenvolvimento da criança e do jovem pois foi possível efetuar educação para a saúde ao nível da promoção do sono e de outras temáticas (**E3.1**). Em lactentes e RN internados no contexto foi possível compreender as necessidades dos pais, promover a capacitação parental, esclarecer dúvidas, promover a vinculação e a amamentação sempre que possível, envolvendo os pais na prestação de cuidados (**E3.2**).

Face à comunicação, esta foi sendo adequada tendo em conta, a mensagem a ser transmitida, considerando a criança e o seu estadio de desenvolvimento, as crenças e cultura, assim como, as habilitações literárias de cada criança/ jovem/ família. Em relação ao adolescente houve oportunidade de promover a sua autonomia, hábitos de vida saudáveis (hábitos de sono), alertar para eventuais problemas associados a consumos e desenvolver capacidades de negociação uma vez que estes se encontravam sozinhos durante um longo período de tempo no domicílio sem supervisão parental (E3.3).

III.3. Contexto de Urgência Pediátrica

O contexto de Urgência Pediátrica foi realizado num hospital do interior do país no Serviço de Urgência Pediátrica. Este serviço funciona 24 horas por dia, recebe crianças compreendidas entre as idades dos 0 anos aos 18 anos menos 1 dia, e todas as crianças podem ter um acompanhante. As crianças recorrem vindas do exterior, encaminhadas dos cuidados de saúde primários, linha de Saúde 24 ou pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

É um serviço composto por uma sala de espera (onde a criança e a família aguardam), dois postos de triagem (onde o enfermeiro procede a avaliação inicial da criança de acordo com o sistema de triagem de Manchester, determinando assim o grau de prioridade), um espaço dedicado à amamentação, um espaço lúdico, uma segunda sala de espera destinada a crianças triadas com cor amarela e laranja, uma sala de emergência devidamente equipada para o tratamento do doente crítico em todas as idades, quatro gabinetes médicos, uma sala de aerossóis (destinada à administração de medicação por via inalatória), uma sala de tratamentos (onde o enfermeiro, realiza todo o tipo de procedimentos à criança desde administração de medicação a colheitas sanguíneas), uma sala de observações (com capacidade para 6 crianças e um posto de enfermagem, onde as crianças ficam em vigilância e recebem tratamento, não mais que 24 horas, caso necessite de permanecer num período mais longo serão encaminhadas para o internamento) e cinco casas de banho para os utentes, ainda dispõe de uma sala de reuniões e do gabinete da Enfermeira Chefe.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos pediatras, assistentes operacionais e 27 enfermeiros, sendo 13 especialistas. No serviço, cada enfermeiro está distribuído por posto de trabalho em que é responsável pela prestação de cuidados às crianças nesse posto. A presença dos pais ou elemento cuidador, considera-se neste

serviço, um aspeto fulcral para a diminuição dos stressores decorrentes da ida a um serviço de urgência. Assim, é permitida a permanência constante de um dos elementos cuidadores, em caso de situação crítica é ainda permitida a visita da família.

O programa informático utilizado no serviço é o SCLinico, onde são realizados os registos de enfermagem e onde também é efetuada a triagem.

Atendendo à temática do projeto e estando esta relacionada com o conforto da criança quando procura de cuidados de saúde, verificou-se durante o estágio no contexto, algumas necessidades face à gestão da dor.

Neste sentido, foi efetuado um diagnóstico de situação após entrevistas informais com a Enfermeira Chefe do Serviço, a Supervisora Clínica, a Supervisora Pedagógica e a restante Equipa de Enfermagem, neste sentido, foram propostos vários objetivos específicos e diversas atividades a desenvolver neste contexto de modo a dar resposta ao pretendido.

Objetivo específico: Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à criança/jovem/família.

- Colaboração na prestação de cuidados especializados à criança/jovem/família.

Sabe-se que a ida a um Serviço de Urgência é uma situação de elevado stress não só pelo ambiente desconhecido, mas também pelo contexto de especial complexidade em que a criança se encontra, quando recorre ao mesmo. Neste sentido, em contexto de urgência, o enfermeiro deve direccionar a sua intervenção sabendo que a criança/jovem/família que tem à sua frente necessita de cuidados imediatos em situações por vezes com um elevado grau de complexidade.

Deste modo, ao longo do estágio neste contexto, colaborou-se de modo a prestar cuidados diferenciados à crianças/jovem/família nos diferentes postos do serviço, tendo sido desenvolvidas competências no âmbito da prestação de cuidados em situações de especial complexidade, onde houve oportunidade de reconhecer situações que necessitavam de intervenção imediata, oportunidade de alertar os pais para os sinais de alarme de modo a prevenir situações semelhantes de acontecerem no futuro ou da altura certa para recorrerem a cuidados de saúde de modo a minimizar as complicações para a criança e a garantir o máximo de conforto da mesma, mesmo em situações de grande complexidade.

Alguns dos domínios de intervenção foram a promoção do conforto, nomeadamente, na realização de procedimentos dolorosos de forma humanizada, gestão

adequada da dor e promoção do bem-estar, recorrendo a estratégias não farmacológicas para o alívio da dor.

Ao nível das estratégias não farmacológicas utilizadas, houve oportunidade de recorrer à distração, utilizando o brincar terapêutico como uma vantagem e recorrendo ao brinquedo terapêutico de modo a exemplificar alguns dos procedimentos, o que se tornou muito útil. Houve oportunidade com alguns jovens de utilizar a imaginação guiada e técnicas de relaxamento que se mostraram muito eficazes, sempre priorizando a filosofia de cuidados atraumáticos, de modo a promover o conforto da criança/ jovem/ família atendendo à complexidade do contexto.

Objetivo específico: Conhecer o funcionamento e documentos (normas e protocolos) do serviço.

- Verificação de documentos (normas/protocolos) do serviço sobre a dor e estratégias para a sua minimização.

Durante o estágio neste contexto, foi possível consultar grande parte da documentação e normas disponíveis no serviço e foi possível verificar que não existia nenhum documento no serviço que fizesse referência à gestão da dor na criança para enfermeiros, pelo que foi proposto a realização de um documento com essa finalidade.

- Observação da dinâmica do serviço.

Ao longo do tempo, foi possível observar a dinâmica do serviço, e deste modo, compreender que os enfermeiros estavam muito despidos para as questões da promoção do conforto da criança no que diz respeito à gestão da dor, no entanto, referiram desconhecer algumas das estratégias mais atuais não farmacológicas e farmacológicas. Neste sentido, propôs-se a realização de uma formação destinada a toda a equipa de enfermagem de modo a dar a conhecer a mais recente evidência científica no que diz respeito à minimização da dor em contexto hospitalar.

- Realização de conversas informais com enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica/ equipa de enfermagem.

A fim de uniformizar todas as atividades propostas para o desenvolvimento deste estágio, foram efetuadas diversas entrevistas informais com a Enfermeira Chefe, Supervisora Clínica, Supervisora Pedagógica e equipa de enfermagem de modo a tornar todo o processo inclusivo e a dar a conhecer o trabalho a desenvolver no contexto. Foi também desta forma que com o decorrer do estágio foram feitas alterações ao projeto no sentido de melhorar a qualidade das atividades e por consequência melhorar os cuidados

prestados às crianças/ jovens/ famílias que frequentavam o serviço, permitindo assim direcionar o foco da intervenção.

Objetivo específico: Promover a atualização dos cuidados de enfermagem tendo por base a mais recente evidência científica.

- Realização de documento sobre a gestão da dor.

Como referido anteriormente verificou-se que não existiam documentos orientadores face à gestão da dor em pediatria no contexto. Deste modo, procedeu-se à criação de um documento que pudesse disponibilizar algumas diretrizes no que diz respeito à gestão da dor em pediatria, intitulado “Gestão da Dor em Pediatria” (Apêndice N), de modo a minimizar a dor e a promover o conforto da criança/jovem/família que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica.

- Apresentação de documento orientador sobre a dor à enfermeira chefe/ supervisora clínica/ equipa de enfermagem/ supervisora pedagógica.

Após a realização do documento, à semelhança do procedimento adotado no contexto de estágio anterior, este foi em primeiro lugar validado com a Supervisora Clínica e com a Supervisora Pedagógica e posteriormente foi apresentado à Enfermeira Chefe do serviço e à restante equipa de enfermagem.

- Realização de formação destinada à equipa de enfermagem sobre a dor e estratégias para a sua minimização.

Após identificadas as necessidades da equipa, procedeu-se ao planeamento da formação, intitulada de “Gestão da Dor em Pediatria” (Apêndice O), com três datas de modo a que pudessem participar o máximo de elementos da equipa de enfermagem. A formação teve como objetivo desenvolver a temática da gestão da dor, os fatores que a influenciam, os princípios gerais de atuação, a maneira como as crianças expressam dor consoante o seu desenvolvimento, o modo de avaliação, as estratégias não farmacológicas e farmacológicas para o seu controlo. As formações ocorreram nos dias 16 de junho em dois períodos e dia 19 de junho num período apenas, no serviço de urgência pediátrica e contaram com a participaram de 15 dos enfermeiros da equipa de enfermagem, que após a formação preencheram um questionário de satisfação disponível na instituição (Anexo I) de modo a validar a pertinência da formação. A análise dos questionários surgiu sobre a forma de gráficos (Apêndice P) que em relação aos resultados foi possível verificar que a globalidade dos participantes, classificaram a formação como pertinente, tendo um grau de satisfação global muito bom.

- Elaboração de proposta de aquisição de um Buzzy à administração hospitalar a fim de melhorar a qualidade dos cuidados.

Considerando o que foi justificado anteriormente face ao sistema Buzzy para o controlo da dor, e visto que o serviço não dispunha de nenhum dispositivo, elaborou-se e enviou-se via e-mail para a chefia do serviço, uma proposta de aquisição do mesmo (Apêndice Q).

De modo a dar conhecimento à equipa o sistema, foi contactado o delegado da empresa que comercializa o Buzzy e este veio ao contexto efetuar uma pequena apresentação e uma demonstração, onde houve oportunidade da equipa de enfermagem manusear o dispositivo. Esta apresentação ocorreu no dia 15 de junho e foi efetuado um poster de divulgação (Apêndice R) da mesma a fim de obter o número máximo de participantes, e neste caso contou com o número total de 13 enfermeiros.

- Aquisição de óculos de realidade virtual para o serviço.

Como foi anteriormente referido a utilização da realidade virtual tem vindo a ser uma estratégia não farmacológica muito utilizada no que diz respeito ao controlo da dor. Neste sentido, efetuou-se a aquisição de óculos de realidade virtual para o contexto a fim de motivar a equipa para a sua utilização, de modo a minimizar o impacto que a ida ao serviço de urgência tem na criança quando são submetidos a procedimentos dolorosos. Pretende-se desta forma, minimizar a dor e aumentar o conforto da criança.

- Elaboração de instrução de trabalho para a utilização do Buzzy e óculos de realidade virtual.

Uma vez que o contexto já tem os óculos de realidade virtual e que a aquisição do dispositivo Buzzy se encontra em fase de compra, foram então realizadas instruções de trabalho para uniformizar a utilização dos dispositivos, assim como, a sua desinfeção após cada utilização. Para o dispositivo Buzzy, foi realizada a instrução de trabalho instituída de “Utilização do Dispositivo Buzzy” (Apêndice S) e para os óculos de realidade virtual foi realizada a instrução de trabalho instituída de “Utilização de Óculos de Realidade Virtual” (Apêndice T).

- Validação da formação junto da enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica.

O planeamento da formação, contou com a realização de conversas informais com a Enfermeira Chefe, Supervisora Clínica, Supervisora Pedagógica e equipa de enfermagem de modo a obter o maior número de participantes possível. Realizou-se um poster de divulgação dos dias da formação (Apêndice R) que ficou afixado na sala de

trabalho de enfermagem para que todos pudessem ler com as horas e datas, assim como, um plano de sessão (Apêndice U) com os principais objetivos, conceitos e conteúdos a serem abordados na formação.

Competências Desenvolvidas no Contexto de Urgência Pediatria

Analisando o percurso desenvolvido neste contexto e considerando as atividades desenvolvidas e os objetivos alcançados, foram assim atingidas as seguintes competências:

Face à competência **E1**, neste contexto houve oportunidade de negociar várias vezes a participação da criança/jovem e família no processo de cuidar de modo a maximizar o seu conforto e bem-estar. A comunicação com a criança foi feita com recurso a técnicas (como em algumas situações em que recorri ao brincar terapêutico) adaptadas à idade e estágio de desenvolvimento e à cultura de cada criança e modo a motivar a sua participação nos cuidados. A educação para a saúde e a capacitação parental, foram também muito trabalhadas neste contexto, muitos pais recorriam com muitas dúvidas e estas eram-lhes esclarecidas (**E1.1 e E3.3**).

Considerando que o estágio neste contexto, foi diversificado em situações clínicas e afluência, houve oportunidade de conviver e prestar cuidados a crianças/ famílias que já estavam a passar por um processo de adaptação a uma doença rara e outras que tinha sido informadas do diagnóstico naquele momento. Neste sentido, foi possível prestar cuidados a estas crianças, e a outras situações também comuns neste contexto, como as intoxicações medicamentosas, anorexias graves por antecedentes psiquiátricos, situações de risco (como maus tratos físicos e psicológicos). Assim houve oportunidade de desempenhar um papel ativo nestas situações, na identificação e na sensibilização das famílias para as situações, no sentido de maximizar o seu conforto diminuindo o medo e a ansiedade (**E1.2**). Outra intervenção desenvolvida, foi a comunicação com o adolescente, no sentido de incentivar à partilha de angústias, medos e receios, negociando o processo de cuidados e a promoção da autoestima (**E3.4**).

Neste contexto foram muitas as situações em que se prestaram cuidados em situações de maior gravidade e complexidade, como alterações do estado de consciência, grandes traumatismos, feridas complexas, dificuldades respiratórias graves, entre outras situações comuns num serviço de urgência pediátrica. Assim, houve oportunidade de reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e a prestar os respetivos cuidados de enfermagem, recorrendo à mobilização de conhecimentos na área do suporte avançado de vida (**E2 e E2.1**).

De modo a promover o conforto, este foi sempre tido em conta desde que a criança recorreu ao serviço e que foi avaliada de acordo com a triagem de Manchester, ao efetuar uma gestão adequada da dor, pois neste contexto, para além a gestão autónoma de estratégias não farmacológicas, ainda é possível recorrer a estratégias farmacológicas consoante os protocolos instituídos. Ainda sobre a gestão da dor, as atividades desenvolvidas neste contexto, foram ao encontro da mesma, por forma a minimizar o desconforto, o medo e a ansiedade que a criança sente quando é submetida a procedimentos invasivos. Deste modo procurou-se mostrar à equipa que existem novos dispositivos e estratégias a adotar de modo a melhorar a qualidade dos cuidados (E2.2).

Uma vez que neste contexto, recorrem um grande número de RN e latentes, foi possível através da educação para a saúde, promover o desenvolvimento infantil, a vinculação e a autonomia parental. De modo a minimizar o desconforto e dor nos procedimentos, foi incentivado o toque e a amamentação como estratégia não farmacológica para o controlo da dor e minimização do desconforto (E3, E3.1, E3.2).

III.4. Contexto de Cuidados de Saúde Primários

O estágio em Contexto de Cuidados de Saúde Primários, encontra-se a ser realizado numa USF de modelo A, pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Neste sentido, os enfermeiros trabalham com a tipologia de enfermeiro de família. Na unidade, existem nove enfermeiros, sendo dois enfermeiros especialistas, um deles EEESIP e outro Especialista em Enfermagem Comunitária. Na unidade trabalha-se em simbiose com um médico de Medicina Geral e Familiar. A restante equipa multidisciplinar é composta por médicos de medicina geral e familiar, assistentes operacionais, psicóloga, assistente social e assistentes técnicos.

As Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (CESIJ), seguem as recomendações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) de 2013, tem como principal objetivo a promoção da saúde da criança, a avaliação e o acompanhamento do desenvolvimento infantil de modo a identificar de forma antecipada problemas a nível do desenvolvimento. Outros aspetos em que as CESIJ se focam são os cuidados antecipatórios e a promoção da vacinação conforme o Programa Nacional de Vacinação (PNV).

A equipa de enfermagem da USF articula-se com a equipa de Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), assegurando as visitas domiciliárias aos utentes da

região. Existe ainda uma enfermeira na unidade que é interlocutora com o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco.

O edifício comporta outras unidades para além da USF sendo estas, o Núcleo de Apoio a Toxicodependentes (NAT), Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), Unidade de Saúde Pública (USP), Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) do Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), Unidade de Cuidados Paliativos e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

Os Registos de Enfermagem são efetuados no programa SClínico, recorrendo à linguagem CIPE.

Tendo em conta a temática do projeto a desenvolver pela estudante e durante o estágio na USF, tentou-se perceber que informação/documentos/conhecimentos dispõe a equipa face à gestão da dor em idade pediátrica. Neste sentido, e após a realização do diagnóstico de situação, foram definidos objetivos específicos e atividades para desenvolver neste contexto.

Objetivo específico: Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à criança/jovem/família.

- Colaboração na prestação de cuidados especializados à criança/jovem/família.

A ida a uma instituição de saúde por si só já é uma situação causadora de stress pois, a dor e o desconforto estão muitas vezes associados ao espaço físico, assim, a promoção do conforto da criança/família é extremamente importante, no que diz respeito à diminuição da ansiedade e do medo.

Em contexto de cuidados de saúde primários, a criança/família recorrem maioritariamente para acompanhamento e vigilância. Neste contexto, foi possível efetuar CESIJ, com foco na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (recorrendo à Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan, que permite verificar sinais de alarme), promoção da autonomia parental com base na educação para a saúde, observação da dinâmica familiar e promoção e proteção dos direitos das crianças.

Foi ainda possível efetuar CESIJ com base nas recomendações do programa em vigor. Em relação à vacinação, para além da promoção, de modo a garantir uma elevada taxa de cumprimento do PNV, foi possível ao nível operacional, minimizar alguns dos aspetos mais incômodos no que toca à administração de vacinas, seguindo as recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED). Assim, foi possível colaborar na administração de vacinas a crianças de diferentes faixas etárias, com

vista à minimização da dor, recorrendo aos princípios dos cuidados atraumáticos e a promoção de um ambiente seguro onde a criança e família se sintam confortáveis e incluídas nos cuidados, de modo a minimizar a ansiedade e o medo.

Objetivo específico: Conhecer o funcionamento e documentos (normas e protocolos) do serviço.

- Verificação de documentos (normas/protocolos) do serviço sobre a dor e estratégias para a sua minimização.

Durante o estágio neste contexto, foi possível consultar grande parte da documentação e normas disponíveis na USF, que se encontravam organizadas por dossiers e verificou-se que não existia nenhum dossier relacionado com a gestão da dor em pediatria, e a referência a gestão da dor em outros dossiers era muito breve. Assim, surgiu a necessidade de criar um dossier dedicado à gestão da dor na criança com documentos, protocolos, artigos científicos e *flyer*, para que os enfermeiros pudessem consultar sempre que fosse necessário.

- Observação da dinâmica do serviço.

Neste contexto, e uma vez que todos os enfermeiros trabalham na modalidade de enfermeiro de família, foi possível observar que todos os enfermeiros, EEESIP, de outras especialidades ou não especialistas, efetuam CESIJ, neste sentido, tornou-se extremamente pertinente a realização de uma formação de modo a relembrar e atualizar os conhecimentos dos enfermeiros da área e a formar os colegas que não o são.

Compreendeu-se que parte da equipa de enfermagem se encontrava pouco desperta para as questões da promoção do conforto da criança no que diz respeito à gestão da dor, e manifestaram desconhecer algumas das estratégias não farmacológicas e farmacológicas, utilizadas para minimizar a dor na vacinação das crianças. Revelaram igualmente, que desconheciam a APED e as recomendações da mesma, no que diz respeito à vacinação de crianças e jovens.

- Realização de conversas informais com enfermeira coordenadora/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica/ equipa de enfermagem.

De modo a planear todas as atividades propostas para o desenvolvimento deste estágio, foram efetuadas diversas entrevistas/conversas informais com a Enfermeira Coordenadora, Supervisora Clínica, Supervisora Pedagógica e equipa de enfermagem de modo a tornar todo o processo inclusivo e a dar a conhecer o trabalho que pretendia desenvolver no contexto. Foi também desta forma que as atividades foram planeadas no

sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados às crianças/ jovens/ famílias que frequentavam os serviços, permitindo assim, direcionar o foco da intervenção.

Objetivo específico: Promover a atualização dos cuidados de enfermagem tendo por base a mais recente evidência científica.

- Realização de formação destinada à equipa de enfermagem sobre a dor e estratégias para a sua minimização.

Após identificadas as necessidades da equipa, procedeu-se ao planeamento da formação, intitulada de “Gestão da Dor em Pediatria” (Apêndice V), com data prevista de realização para dia 21 de julho de 2023. A formação tem como objetivo desenvolver a temática da gestão da dor, fatores que a influenciam, princípios gerais de atuação, a maneira como as crianças expressam dor consoantes o seu desenvolvimento, modo de avaliação, estratégias não farmacológicas e farmacológicas para o seu controlo e como atuar a nível da vacinação em contexto de cuidados de saúde primários.

- Validação da formação junto da enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica.

O planeamento da formação contou com a realização de entrevistas/conversas informais com a Enfermeira Coordenadora, Supervisora Clínica, Supervisora Pedagógica e equipa de enfermagem de modo a obter o maior número de participantes possível. Foi realizado um poster de divulgação o dia da formação (Apêndice W) que ficou afixado na sala de trabalho de enfermagem para que todos pudessem ler com as horas e datas, assim como, um plano de sessão (Apêndice X) com os principais objetivos, conceitos e conteúdos a serem abordados na formação.

- Disponibilização de *flyers* e poster sobre a gestão da dor na criança.

Considerando a existência de três *flyers* (Anexo II) e um poster (Anexo III) no site da APED apresentando estratégias para a minimização da dor na vacinação, direcionados aos profissionais de saúde e aos pais de crianças e jovens, tornou-se pertinente divulgar a sua existência à equipa de modo a realizarem a sua distribuição nas futuras CESIJ, a fim de promover o conforto e diminuir o medo e a ansiedade da criança no momento da vacinação.

- Apresentação de *flyers* e poster à enfermeira coordenadora/ supervisora clínica/ equipa de enfermagem/ supervisora pedagógica.

Foram apresentados os três *flyers* (Anexo II) e poster (Anexo III) à enfermeira coordenadora, supervisora clínica, equipa de enfermagem e supervisora pedagógica, que deram o parecer positivo para a sua utilização.

- Elaboração de proposta de aquisição de um Buzzy a fim de melhorar a qualidade dos cuidados.

Outra necessidade verificada na unidade, foi a falta de dispositivos para a gestão não farmacológica da dor. Assim, foi discutido em conversa informal com a Enfermeira Coordenadora, Supervisora Clínica e a Supervisora Pedagógica a realização de um pedido à direção do ACES para a aquisição de um Buzzy e óculos de realidade virtual, assim como, a criação das respetivas instruções de trabalho.

Tendo em conta o que foi falado anteriormente, face ao dispositivo Buzzy para o controlo da dor e visto que o contexto não dispunha de nenhum dispositivo, elaborou-se e enviou-se uma proposta de aquisição via e-mail (Apêndice Y) para o diretor executivo do ACES a fim de procederem à sua aquisição.

De modo a dar conhecimento à equipa do dispositivo, foi contactado o delegado da empresa que comercializa o Buzzy e este está previsto que vá ao contexto efetuar uma pequena apresentação e demonstração em relação ao mesmo. A apresentação está prevista acontecer no dia 21 de julho de 2023, neste sentido, foi efetuado um poster de divulgação (Apêndice W) da mesma a fim de obter o número máximo de participantes.

- Aquisição de óculos de realidade virtual para o serviço.

Como referido no contexto anterior, a utilização da realidade virtual tem vindo a ser uma estratégia não farmacológica muito utilizada no que diz respeito ao controlo da dor. Neste sentido, efetuou-se a aquisição de óculos de realidade virtual para o contexto a fim de motivar a equipa para a sua utilização, de modo a minimizar o impacto negativo que a vacinação tem na vida da criança, promovendo assim o seu conforto.

- Elaboração de instrução de trabalho para a utilização do Buzzy e óculos de realidade virtual.

Uma vez que o contexto já tem os óculos de realidade virtual e que foi enviado o e-mail para a aquisição do dispositivo Buzzy, foram realizadas instruções de trabalho para uniformizar a utilização dos dispositivos, assim como, a sua desinfeção após cada utilização. Para o dispositivo Buzzy, foi realizada a instrução de trabalho instituída de “Utilização do Dispositivo Buzzy” (Apêndice Z) e para os óculos de realidade virtual foi realizada a instrução de trabalho instituída de “Utilização de Óculos de Realidade Virtual” (Apêndice AA).

- Criação de dossier para a unidade com compilação de documentos oficiais, instruções de trabalho e flyer.

Foi criado um dossier intitulado “Gestão da Dor em Pediatria”, que se encontra disponível na sala de trabalho de enfermagem. Este dossier é composto por vários separadores, onde constam: a formação impressa que será realizada no contexto, as instruções de trabalho desenvolvidas, alguns artigos científicos utilizados como referências bibliográficas deste relatório, os *flyers* e o poster da APED, assim como, outros documentos referentes à dor da APED, também referidos na bibliografia do relatório. Este dossier constitui uma base científica onde os enfermeiros podem recorrer quando tiverem dúvidas ou questões relacionadas com a minimização da dor e a promoção do conforto da criança.

Competências Desenvolvidas no Contexto de Cuidados de Saúde Primários

Analisando o percurso desenvolvido até ao momento e considerando as atividades desenvolvidas e os objetivos alcançados até à data, considerou-se que foi possível atingir as seguintes competências:

A colaboração nas CESIJ possibilitou a aquisição das seguintes competências **E1** e **E2**, uma vez que com estas houve oportunidade de desenvolver intervenções promotoras da parentalidade, autonomia e capacitação parental com vista ao conforto e bem-estar da criança/ família. Também houve oportunidade de desenvolver a comunicação com a criança/ jovem e família, tendo em conta aspetos como o desenvolvimento, a cultura e as habilitações literárias. Houve possibilidade de trabalhar com as famílias na escolha de estilos de vida saudáveis, e o encaminhamento para os recursos comunitários. Foi feita articulação com outros grupos como a Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e as escolas, foram também efetuadas CESIJ no sentido de avaliar a situação familiar de modo a identificar carência e/ou maus-tratos (**E1.1 e E1.2**).

Nas consultas promoveu-se e avaliou-se o desenvolvimento infantil com base na escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan e as recomendações do PNSIJ, bem como, a educação parental face aos cuidados antecipatórios. Durante as consultas foi ainda promovida a autonomia parental através da vinculação e dos cuidados ao RN e foram efetuados ensinamentos neste sentido. Incentivou-se o toque e a amamentação, recorrendo ao cantinho da amamentação disponível na unidade. Encorajou-se o envolvimento dos pais nos cuidados com recurso ao toque e a amamentação durante a administração de vacinas como estratégia não farmacológica, de modo a cumprir o PNV (**E3.1 e E3.2**). Tudo isto resultou na promoção do conforto da criança/ família, no intuito de minimizar a dor, o medo e a ansiedade.

Nas consultas com o jovem foi promovida a privacidade, foi dada abertura para que falassem de medos, dúvidas, angústias e possíveis necessidades. Nas CESIJ alguns dos assuntos abordados foram a sexualidade, aproveitamento escolar, consumos excessivos (de álcool, drogas e tabaco) e a saúde mental. Foram realizadas intervenções como a escuta ativa e a promoção da autoestima do jovem (E3.4).

No âmbito da promoção do PNV e considerando algumas das atividades desenvolvidas para estágio, foi abordada a gestão da dor na vacinação, por forma a introduzir estratégias não farmacológicas e farmacológicas com vista a minimização da dor nos RN, crianças e jovens. Também foi divulgado no contexto as recomendações da APED e alguns métodos físicos utilizados recentemente como o Buzzy e a realidade virtual de modo a maximizar o conforto durante a vacinação (E.2 e E2.2). Também durante as CESIJ foi possível identificar algumas situações de saúde com necessidade de encaminhamento para outras instituições, nomeadamente, situações de dificuldade respiratória em lactentes e crianças em idade escolar com diversas cáries dentárias (E2.1).

III.5. Competências Desenvolvidas no âmbito da Investigação e Atualização do Conhecimento em Enfermagem

No Contexto de Neonatologia e de Internamento de Pediatria foi ainda equacionado outro objetivo específico que diz respeito à divulgação de resultados de evidência científica, relacionado com as temáticas abordadas em cada contexto, que incluem a participação em congressos, jornadas, apresentação de comunicações orais, posters e publicação de artigos científicos.

Assim, foi equacionado o seguinte **objetivo específico**: Divulgar resultados de evidência científica que contribuam para o desenvolvimento da Enfermagem.

- Participação com comunicações orais e pósteres em congressos e jornadas de saúde infantil e pediátrica.

- Apresentação de comunicações orais e pósteres em congressos e jornadas de saúde infantil e pediátrica.

Em relação à participação em jornadas houve oportunidade de participar nas **XXVIII Jornadas de Pediatria de Leiria e Caldas da Rainha**, que decorreu nos dias 24 e 25 de novembro de 2022, nas quais foram apresentadas três posters, nomeadamente: “Estratégias Promotoras do Sono para a Criança Hospitalizada” (Anexo IV); “Estratégias Protetoras Do Sono Do Recém-Nascido Para A Minimização Do Ruído: Scoping

Review” (Anexo V) e “O Papel Do Enfermeiro Especialista No Envolvimento Dos Irmãos Perante O Internamento Do Recém-Nascido” (Anexo VI). Estando estes relacionados com as temáticas desenvolvidas neste estágio.

Surgiu a oportunidade de participar no **7th International Conference on Childhood and Adolescence** que decorreu nos dias 25, 26 e 27 de Janeiro de 2022, na qual foram apresentados quatro comunicações orais relacionadas com as temáticas desenvolvidas nos dois primeiros contextos de estágio, intituladas: “Estratégias Promotoras Do Sono Para a Criança Hospitalizada” (Anexo VII); “Estratégias Protetoras do Sono do Recém-nascido para a minimização do Ruído: Scoping Review” (Anexo VIII); “O Toque dos Pais no Recém-Nascido Pré-Termo: Técnicas e Benefícios” (Anexo IX) e “O papel do enfermeiro especialista no envolvimento dos irmãos perante o internamento do recém-nascido” (Anexo X).

Foi possível participar também no **IX Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem** que ocorreu nos dias 20 e 21 de abril de 2023, onde foram apresentadas duas comunicações orais, cujas temáticas dizem respeito ao que foi trabalhado nos contextos de Neonatologia e Internamento de Pediatria, intituladas “O toque dos pais no recém-nascido pré-termo: técnicas e benefícios” (Anexo XI) e “Estratégias promotoras do sono para a criança hospitalizada” (Anexo XII). Neste congresso, a comunicação oral “O toque dos pais no recém-nascido pré-termo: técnicas e benefícios”, foi premiada (Anexo XIII).

Por fim, foi possível ainda participar nas **5ª Jornadas da Associação Pediátrica Santarém Médio-Tejo** nos dias 25 e 26 de maio de 2023, onde foram apresentadas dois posters intitulados: “O Toque dos Pais no Recém-Nascido Pré-Termo: Técnicas e Benefícios” (Anexo XIV) e “Estratégias Promotoras do Sono para a Criança Hospitalizada” (Anexo XV), estando estes relacionados com os temas abordados, desenvolvidos e trabalhados nos dois primeiros contextos de estágio.

- Submissão para publicação de artigo científico.

Relativamente à submissão de artigos para publicação, foram submetidos três artigos para publicação em revistas científicas. No dia 16 de dezembro de 2022, o artigo “O Papel do Enfermeiro Especialista no Envolvimento dos Irmãos Perante o Internamento do Recém-Nascido” foi submetido para publicação na Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem (Anexo XVI). No dia 11 de janeiro de 2023, o artigo intitulado “Estratégias Promotoras do Sono para a Criança Hospitalizada” foi submetido para publicação na Revista Salutis Scientia (Anexo XVII). No dia 24 de abril o artigo

“Estratégias Protetoras do Sono do Recém-nascido para a minimização do Ruído: Scoping Review” foi submetido para publicação na Revista Latino-Americana de Enfermagem (Anexo XVIII).

No dia 24 de março de 2023, foi publicado na Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem o artigo “O Papel do Enfermeiro Especialista no Envolvimento dos Irmãos Perante o Internamento do Recém-Nascido”³⁶.

Neste sentido, e após a participação em diversos congressos e jornadas, a apresentação de posteres e comunicações orais, assim como, a submissão e publicação de artigos, considerou-se imprescindível para o desenvolvimento das seguintes competências: **D2** “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”, uma vez que a prática e as atividades desenvolvidas foram baseadas em evidência científica decorrente de um processo de investigação e divulgação de resultados. Atuando de modo dinamizador para a incorporação dos conhecimentos nas práticas diárias das equipas (**D2.2**). Os trabalhos desenvolvidos e apresentados, surgiram de lacunas que foram encontradas aquando da procura de bibliografia, assim sentiu-se necessidade de efetuar investigação científica de modo a dar resposta às lacunas identificadas. Decidiu-se a participação em congressos e jornadas para partilhar os resultados provenientes da investigação científica, contribuindo assim com investigação para a atualização do conhecimento e para a enfermagem enquanto ciência (**D2.2**).

Face às competências de mestre as atividades desenvolvidas no âmbito da investigação foram importantes pois permitiram o desenvolvimento de trabalhos originais no âmbito do contexto da investigação. Depreende-se também que um mestre seja capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios relacionados com a sua investigação, quer a pessoas especialistas ou não na área de uma forma clara e sem ambiguidade. Foi assim, conseguido com as apresentações quer dos pósteres, quer das comunicações orais. Considerou-se ainda que neste percurso foi possível também adquirir competências muito importantes para a continuidade do percurso enquanto profissional como a autonomia e a orientação³⁵.

III. 6. Síntese das Competências Comuns Adquiridas nos Quatro Contextos de Estágio

Refletindo agora sobre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista adquiridas nos quatro contextos de estágio, considerou-se que em relação à competência

A1, foi desenvolvida uma prática considerando todos os aspetos éticos e legais, respeitando o sigilo, atuando com base nos princípios éticos e seguindo as normas deontológicas, quer no trabalho em equipa, prestação de cuidados à criança/família, na tomada de decisões e nos períodos de reflexão e melhoria (**A1.1 e A1.2**).

Considerando a competência **A2**, em todos os contextos os cuidados foram prestados tendo em conta os direitos humanos, respeitando a confidencialidade, o acesso à informação, a privacidade, as escolhas valores e crenças das crianças/famílias cuidadas, considerando ainda a individualidade, a segurança dos cuidados e a dignidade das crianças/famílias (**A2.1 e A2.2**).

Em relação à competência **B1**, “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, todo o percurso desenvolvido nos diferentes contextos de estágio teve como objetivo maior garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a partilha de conhecimentos e experiências entre as equipas, de modo a promover a atualização dos cuidados com base na mais recente evidência científica (**B1.1 e B1.2**).

De forma a garantir o conforto da criança/família em todos os contextos foram realizadas diversas atividades de modo a garantir um ambiente seguro na prestação de cuidados. Assim a competência **B3** foi alcançada no sentido em que foi possível promover atividades que incluíram a família nos cuidados com vista a minimizar a dor, promover a vinculação, ambiente seguro e promover o sono da criança quando recorre aos cuidados de saúde (**B3.1**).

Em relação à competência **C1**, considerou-se que a nível da tomada de decisão, procedeu-se de forma autónoma no sentido em que foi prestado auxílio e colaboração na tomada de decisões nas diferentes equipas dos diferentes contextos (**C1.1**), face à delegação de tarefas considerou-se que a mestrandia foi autónoma, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados no sentido da maximização do conforto da criança/ família (**C1.2**).

Nos diferentes contextos de estágio conseguiu-se otimizar, organizar e gerir os recursos em relação às diferentes situações, promovendo um ambiente positivo, incentivando processos de mudança e a introdução de novas práticas especializadas de modo a garantir a melhoria contínua dos cuidados prestados com vista à promoção do conforto da criança/ família (**C2, C2.1 e C2.2**).

Em relação ao autoconhecimento e assertividade considerou-se que seja uma competência que adquirida ao longo da prática profissional enquanto enfermeira e que foi

aperfeiçoada durante este percurso nos diferentes contextos de estágio, neste sentido considerou-se que a mestranda detém consciência enquanto pessoa e enfermeira, humildade para perceber o limite das suas capacidades e em que momento deve pedir auxílio. Foi possível efetuar a gestão adequada das emoções, de modo a evitar e gerir os conflitos e a agir de modo consciente em situações de elevado grau de stress e pressão (**D1, D1.1 e D1.2**).

Em relação à competência **D2**, considerou-se que foi possível desenvolver no sentido em que a prática de cuidados nos diferentes contextos de estágio foi baseada na mais recente evidência científica. Identificou-se necessidades formativas pelo que foram elaboradas e apresentadas formações nos diferentes contextos de estágio consoante as necessidades de cada serviço, de modo a favorecer a aprendizagem das equipas no sentido da melhoria contínua dos cuidados e avaliando o impacto das mesmas, com os questionários de satisfação disponíveis nos contextos (**D2.1**). Como referido no subcapítulo anterior, também foi desempenhado ao longo do estágio um papel ativo a nível da investigação e da divulgação do conhecimento em enfermagem com a participação em congressos e jornadas, a apresentação de posteres e comunicações orais e a submissão e publicação de artigos científicos (**D2.2**). Com as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, considerou-se adquiridas, apresentadas e transmitidas aos colegas, procedimentos de enfermagem especializados a adotar em contexto de trabalho de modo a promover o conforto da criança/família nos diferentes contextos de estágio (**D2.3**).

Face às competências para a obtenção de grau de mestre considerou-se que as mesmas foram atingidas uma vez que foram adquiridos conhecimentos e capacidade de compreensão, que permitiram desenvolver e aplicar em contexto de investigação³⁵.

Os saberes adquiridos possibilitaram maior capacidade de compreensão e resolução de problemas nos diferentes contextos. Os momentos vividos, que de todo não eram familiares, relacionadas com a área da saúde infantil e pediátrica, permitiram lidar com situações complexas e desenvolver soluções em que a informação era limitada ou incompleta, considerando as questões e implicações éticas e sociais que pudessem resultar dessas situações³⁵.

IV. Considerações Finais

A realização do presente relatório permitiu a discussão e reflexão sobre a importância da promoção do conforto aquando da procura de cuidados de saúde, tendo em conta que a maximização do bem-estar e da saúde da criança/família são os principais focos do EEESIP.

Ao longo destes sete meses de estágio, em quatro contextos distintos relacionados com a área da saúde infantil e pediátrica, nomeadamente, o contexto de Neonatologia, Internamento de Pediatria, Urgência Pediátrica e Cuidados de Saúde Primários, considerou-se que face ao plano de projeto (Apêndice I) delineado no primeiro módulo de estágio e a sua implementação no segundo módulo, tanto os objetivos específicos como os gerais e as atividades propostas, foram desenvolvidos com sucesso.

Face aos objetivos delineados, considerou-se que foram alcançados, visto que foi possível durante o estágio, nos diferentes contextos, desenvolver competência comuns enquanto EEESIP, competências comuns enquanto EE e de mestre, no âmbito da promoção do conforto da criança/família que necessita de cuidados de saúde. Evidenciando, assim, o papel indispensável que o EEESIP desempenha na minimização de todos os stressores inerentes à procura de cuidados de saúde, nomeadamente, na minimização da dor, promoção do sono e ambiente seguro. Permitiu reconhecer a importância de garantir o conforto da criança hospitalizada através dos cuidados individualizados e centrados na família como foco da intervenção do EEESIP.

Relativamente às dificuldades e limitações sentidas, considerou-se que a gestão do tempo foi a principal dificuldade sentida no que diz respeito à realização das atividades e sua implementação, uma vez que por vezes foi difícil a articulação de horários entre a Supervisora Pedagógica, Supervisora Clínica e mestranda e os restantes colegas das equipas de modo a que todos pudessem estar presentes nas formações.

Um aspeto que inicialmente foi antecipado como uma dificuldade, mas que mais tarde não se revelou como tal, foi a aceitação e participação das equipas nas atividades propostas nos diversos contextos. Este aspeto não se revelou uma dificuldade, pelo contrário, as equipas ficaram entusiasmadas com as temáticas propostas e demonstraram grande interesse em participar.

Relativamente às implicações para a prática futura, considerou-se que o trabalho desenvolvido nos diferentes contextos e relatado neste relatório, teve um impacto direto no exercício profissional das equipas, uma vez que permitiu consciencializar para a

importância do conforto. Permitiu igualmente compreender que apesar de ser um tema muito abordado e com vários estudos e artigos científicos publicados, ainda requer mudança de comportamentos e formação das equipas para que estes aspetos sejam postos em prática, uma vez que já foi comprovado que tem ganhos a curto e a longo prazo para as famílias e crianças, profissionais de saúde e instituições. Dado que as necessidades observadas na prática de cuidados são evidentes, devemos enquanto EEESIP considerar o conforto da criança como uma prioridade ao nível de cuidados. A priorização do conforto da criança passa por atualizar o conhecimento de modo a atuar com base na mais recente evidência científica, minimizar o impacto negativo que o internamento tem na vida da criança/família, aumentando a satisfação com os cuidados prestados e incluindo a equipa de enfermagem relativamente à qualidade do exercício profissional.

Para isso, é necessário proceder à sensibilização para esta temática junto dos pares através de uma política de formação contínua, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade, uma vez que só assim é possível melhorar os cuidados e delinear estratégias e intervenções adequadas à maximização do conforto da criança quando esta necessita de cuidados de saúde. Desta forma, com a temática referida, foi possível sensibilizar para a relevância e necessidade de explorar em cada contexto os conhecimentos sobre a temática, incentivando a partilha de experiências e práticas do dia-a-dia de cada um.

Face aos ganhos relativamente às atividades desenvolvidas nos diversos contextos, considera-se que tanto a criação de documentos orientadores, posteres, a realização de formações e a disponibilização de *flyers*, constituem uma mais-valia para a continuidade e melhoria dos cuidados.

As formações destinadas à equipa de enfermagem são altamente benéficas pois existe, deste modo, investimento na formação da equipa que garantirá a continuidade e a difusão de boas práticas, ao contrário do que aconteceria caso as formações se destinassem apenas aos pais. Nesse caso, como o período de permanência nos contextos é de curta duração, as informações seriam passadas apenas a um grupo restrito de pais. Pelo contrário, a formação e capacitação das equipas assegura que todas as crianças/famílias que se dirijam aos contextos possam aceder aos cuidados mais atuais e individualizados.

Outro benefício a ter em conta relaciona-se com a partilha de novas técnicas e aquisição de dispositivos que não existiam nos contextos e que melhoram exponencialmente os cuidados individualizados prestados às crianças/famílias. A

atualização dos cuidados assume uma grande importância e é da responsabilidade do EEESIP.

Desta forma, consegue-se compreender que o EEESIP desempenha um papel imprescindível no que diz respeito à melhoria contínua dos cuidados, associando os conhecimentos teóricos, recorrendo à prática reflexiva e atuando em prol da individualidade de vida de cada criança e família.

No futuro a mestranda tem como objetivo dar continuidade às atividades desenvolvidas em estágio, nomeadamente, a realização de formações relacionadas com o conforto da criança. Para além disso, pretendo ter um papel proativo na equipa multidisciplinar e ser uma referência para os pares na gestão da dor em pediatria. Com o objetivo de acompanhar a implementação do dispositivo Buzzy nos contextos para mais tarde realizar um estudo sobre a sua eficácia e vantagens na minimização da dor, medo e ansiedade em procedimentos dolorosos.

Um objetivo adicional a curto prazo passa pela candidatura ao Doutoramento em Enfermagem, que permitiria contribuir de forma ativa no âmbito da investigação em Enfermagem. Será eventualmente ingressar na carreira de docência, com o objetivo de formar e capacitar novos profissionais na arte do cuidar, difundir a mais recente evidência científica e contribuir para a atualização e melhoria contínua dos cuidados.

Em síntese, este relatório pretende especificar todo o percurso desenvolvido para a aquisição de competências nos diferentes contextos de estágio. Foram adquiridas competências comuns como EE, competências específicas do EEESIP e de mestre, refletindo toda a dedicação e empenho no desenvolvimento de atividades em estágio para promover a melhoria contínua da qualidade e excelência dos cuidados de Enfermagem. Deste modo, considerou-se que as situações vivenciadas, a partilha de experiências e conhecimentos foram profundamente enriquecedoras, contribuindo para a aprendizagem da mestranda, crescimento individual enquanto pessoa e profissional - enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este percurso permitiu crescimento a nível pessoal pois foi desenvolvida uma perspetiva no que diz respeito ao cuidar do outro, de forma humana, holística, especializada, fundamentada e empática.

V. Referências Bibliográficas

1. Rodrigues Soares P, Lyra da Silva CR, Quinellato Louro T. Conforto da criança na terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2020 Jun [cited 2022 Dec 11];73(4):1–6. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0922>
2. Bosch-Alcaraz A, Jordan I, Benito-Aracil L, Saz-Roy MÁ, Falcó-Pegueroles A. Discomfort of the critically ill paediatric patient and correlated variables. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses* [Internet]. 2020 Nov [cited 2022 Dec 11];33(6):504–10. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.02.009>
3. Skog N, Mesic Mårtensson M, Dykes A-K, Vejzovic V. Pain assessment from Swedish nurses' perspective. *Journal for specialists in pediatric nursing : JSPN* [Internet]. 2021 Jul [cited 2022 Dec 11];26(3):e12317. Available from: <https://doi.org/10.1111/jspn.12317>
4. Stremler R, Micsinszki S, Adams S, Parshuram C, Pullenayegum E, Weiss SK. Objective Sleep Characteristics and Factors Associated With Sleep Duration and Waking During Pediatric Hospitalization. *JAMA network open* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2022 Dec 11];4(4):e213924. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.3924>
5. Salawati Ghasemi S, Beyramijam M, Yarahmadi F, Nematifard T, Bahrani SS, Khaleghverdi M. Comparison of the Effects of Hugo's Point Massage and Play on IV-Line Placement Pain in Children: A Randomized Clinical Trial. *Pain Research & Management* [Internet]. 2021 May 27 [cited 2022 Dec 11];1–7. Available from: <https://doi.org/10.1155/2021/6612175>
6. Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). *Diário da República*, 2ª Serie, nº133. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
7. Shu Hua NG. Application of Kolcaba's Comfort Theory to the Management of a Patient with Hepatocellular Carcinoma. *Singapore Nursing Journal* [Internet]. 2017 Jan [cited 2022 Dec 11];44(1):16–23. Available from:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=124789969&lang=pt-br&site=ehost-live>

8. Zug KE, De Bortoli Cassiani SH, Pulcini J, Bassalobre Garcia A, Aguirre-Boza F, Jeongyoung Park. Advanced practice nursing in Latin America and the Caribbean: regulation, education and practice. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)* [Internet]. 2016 Jan [cited 2023 Jul 16];24:1–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1615.2807>

9. Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers. *Wong's Nursing Care Of Infants And Children* 11^a Ed. St. Louis: Elsevie; 2019.

10. Jorge Diogo PM, Borges Martins de Freitas BH, Lourenço da Costa A, Munhoz Gaíva M. Care in pediatric nursing from the perspective of emotions: from Nightingale to the present. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2021 Jul [cited 2023 Jul 16];74(4):1–5. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0377>

11. Dantas AM, Santos-Rodrigues RC, Silva Júnior J, Nascimento M, Brandão M, Nóbrega M da. Nursing theories developed to meet children's needs: a scoping review. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P* [Internet]. 2022 Sep 9 [cited 2023 Jul 16];56:e20220151. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0151en>

12. Silva Brandão E, dos Santos I. Teorias de enfermagem na promoção do conforto em dermatologia. *Revista Enfermagem UERJ* [Internet]. 2019 Oct [cited 2023 Jul 16];27:1–5. Available from: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.38330>

13. Tomey A M, Alligood MR. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5^a Ed. Lisboa: Lusociência; 2004.

14. Oliveira SM de, Costa KN de FM, Santos KFOD, Oliveira JDS, Pereira MA, Fernandes M das GM. Comfort needs as perceived by hospitalized elders: an analysis under the light of Kolcaba's theory. *Revista brasileira de enfermagem* [Internet]. 2020

Oct 19 [cited 2023 Jul 16];73(suppl 3):e20190501. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0501>

15. Lin Y, Zhou Y, Chen C. Interventions and practices using Comfort Theory of Kolcaba to promote adults' comfort: an evidence and gap map protocol of international effectiveness studies. *Systematic reviews* [Internet]. 2023 Mar 6 [cited 2023 Jul 16];12(1):33. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02202-8>

16. Rodrigues Soares P, Lyra da Silva CR, Quinellato Louro T. Conforto da criança na terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2020 Jun [cited 2022 Oct 29];73(4):1–6. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0922>

17. Despacho n.º 9871/2010 do Ministério da Saúde. (2010). *Diário da República*: 2ª Serie, nº112. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2010/06/112000000/3212332123.pdf>

18. Stacciarini A. A Evolução Do Conceito De Família: As Novas Configurações Familiares E Suas Consequências Jurídicas E Sociais [dissertação de mestrado]. [Lisboa]: Universidade Autónoma de Lisboa; 2019. p.111-116

19. Contatore O, Malfitano A, Barros N. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 13]; 21(62):553-63. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0616>

20. Vejzovic V, Bozic J, Panova G, Babajic M, Bramhagen A-C. Children still experience pain during hospital stay: a cross-sectional study from four countries in Europe. *BMC pediatrics* [Internet]. 2020 Jan 29 [cited 2022 Dec 11];20(1):39. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12887-020-1937-1>

21. Ballard A, Khadra C, Adler S, Doyon-Trottier E, Le May S. Efficacy of the Buzzy® device for pain management of children during needle-related procedures: a systematic review protocol. *Syst Rev*. [Internet]. 2018 May [cited 2023 Jan 26];7(1):78. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0738-1>

22. Oliveira A, Pedro F, Fernandes A, Melancia C, Abadesso C, Lanzas D, Santos, E, Marote L, Amorim R. Desenhos da minha dor. [Internet]. 1º ed. Lisboa: APED; 2018 Fev [cited 2023 Jun 5]. Available from: https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf
23. Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boas Práticas: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo Dador na Criança [Internet]. Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série 1, 6. Ordem dos Enfermeiros; 2013 Set [cited 2023 Jun 13] p. 29-44 Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodoricrianca.pdf
24. Erdogan B, Aytekin Ozdemir A. The Effect of Three Different Methods on Venipuncture Pain and Anxiety in Children: Distraction Cards, Virtual Reality, and Buzzy (Randomized Controlled Trial). J Pediatr Nurs. [Internet]. 2021 Jan [cited 2023 Jan 26];58:e54-e62. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.01.001>
25. Susam V, Friedel M, Basile P, Ferri P, Bonetti L. Efficacy of the Buzzy System for pain relief during venipuncture in children: a randomized controlled trial. Acta Biomed. [Internet]. 2018 Jul [cited 2023 Jan 26];89(6-S):6-16. Available from: <https://doi.org/10.23750/abm.v89i6-S.7378>
26. Charafeddine L, Masri S, Sharafeddin SF, Kurdahi Badr L. Implementing NIDCAP training in a low-middle-income country: Comparing nurses and physicians' attitudes. Early human development [Internet]. 2020 Aug [cited 2022 Dec 11];147:105092. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105092>
27. Warren I. Family and Infant Neurodevelopmental Education: an innovative, educational pathway for neonatal healthcare professionals. Infant Volume 13 Issue 5 [Internet]. 2017 [cited 2023 Fev 11]. Available from: https://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_077_lop.pdf
28. Maitre NL, Key AP, Chorna OD, Slaughter JC, Matusz PJ, Wallace MT, et al. The Dual Nature of Early-Life Experience on Somatosensory Processing in the Human Infant

Brain. Current biology : CB [Internet]. 2017 Apr 3 [cited 2023 Jul 16];27(7):1048–54. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cub.2017.02.036>

29. Roshanray A, Rayyani M, Dehghan M, Faghieh A. Comparative Effect of Mother's Hug and Massage on Neonatal Pain Behaviors Caused by Blood Sampling: A Randomized Clinical Trial. Journal of tropical pediatrics [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2023 Jul 16];66(5):479–86. Available from: <https://doi.org/10.1093/tropej/fmaa001>

30. Silveira RC, Mendes EW, Fuentefria R, Valentini N, Procianoy R. Early intervention program for very low birth weight preterm infants and their parents: a study protocol. BMC pediatrics [Internet]. 2018 Aug 9 [cited 2023 Jul 16];18(1):268. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1240-6>

31. Shoghi M, Sohrabi S, Rasouli M. The Effects of Massage by Mothers on Mother-Infant Attachment. Alternative Therapies in Health & Medicine [Internet]. 2018 May [cited 2023 Jul 16];24(3):34–9. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=130886406&lang=pt-pt&site=ehost-live>

32. Lei n.º 21/2014 da Assembleia da República. (2014) Obtido em 13 de fevereiro de 2023, de Diário da República: I Série, nº75. Disponível em: <https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/Lei%20da%20Investiga%C3%A7%C3%A3o%20Cl%C3%ADnica%20Lei%20n%20%C2%BA%2021-2014%20de%20abril%20de%202014.pdf>

33. Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, nº 26. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

34. EESIP – Regulamento nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, nº 133. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

35. Decreto-Lei nº 65/2018 da Presencia do Conselho de Ministros (2018). Diário da República: I Série, nº 157. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

36. Bernardo AF, Vasconcelos AR, Santos I, Patrício M, Rocha G. O Papel Do Enfermeiro Especialista No Envolvimento Dos Irmãos Perante O Internamento Do Recém-Nascido. Rrecien [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 11] 13(41), P.324-334 Available from: [https:// 10.24276/Rrecien2023.13.41.324-334](https://10.24276/Rrecien2023.13.41.324-334)

Apêndices

Apêndice A – Plano de Projeto de Estágio

Plano de Projeto de Estágio

Contexto de Neonatologia			
Objetivos	Atividades a Desenvolver	Crítérios de Avaliação	Recursos Utilizados
Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao RN/família.	- Colaboração na prestação de cuidados especializados ao RN/família.	- Presta cuidados especializados ao RN/família.	Humanos: Enfermeira Chefe, Supervisora Clínica, Equipa de Enfermagem.
Conhecer o funcionamento e documentos (normas e protocolos) do serviço.	- Verificação de documentos (normas/protocolos) do serviço sobre os cuidados neuroprotetores, FINE e programa NIDCAP. - Observação da dinâmica do serviço. - Realização de conversas informais com enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica/ equipa de enfermagem.	- Consulta documentos (normas/ protocolos) disponíveis no serviço. - Ausculta a opinião da enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica/ equipa de enfermagem. - Identifica a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem.	Supervisora pedagógica. RN/família. Materiais: Documentos consultados. Apresentação em Powerpoint.
Promover a atualização dos cuidados de enfermagem tendo por base a mais recente evidência científica.	- Realização de formação destinada à equipa de enfermagem sobre os cuidados neuroprotetores, FINE e programa NIDCAP. - Validação da formação junto da enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica.	- Elabora uma formação destinada à equipa de enfermagem sobre os cuidados neuroprotetores, FINE e programa NIDCAP. - Valida a formação junto da enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica. - Apresenta uma formação a 30% dos enfermeiros da equipa sobre os cuidados	Pesquisa em Bases de dados Científicas.

		neuroprotetores, FINE e programa NIDCAP.	
Informar os pais sobre o comportamento do recém-nascido internado e sobre a importância da sua presença para os mesmos.	- Realização de dois pôsteres, destinado aos pais dos recém-nascidos internados no serviço sobre o comportamento do recém-nascido internado e sobre a importância da sua presença para os mesmos. - Promoção da leitura do pôster.	- Elabora dois pôster sobre o comportamento do recém-nascido internado e sobre a importância da sua presença para os mesmos. - Promove a leitura do pôster a 10 pais que se encontrem a acompanhar os recém-nascidos durante o internamento.	
Divulgar resultados de evidência científica que contribuam para o desenvolvimento da Enfermagem.	- Participação com comunicações orais e pôsteres em congressos e jornadas de saúde infantil e pediátrica. - Apresentação de comunicações orais e pôsteres em congressos e jornadas de saúde infantil e pediátrica. - Submissão para publicação de artigo científico.	- Participa com comunicações orais e pôsteres em congressos e jornadas de saúde infantil e pediátrica. - Apresenta uma comunicação oral relacionada com a temática dos cuidados ao recém-nascido pré-termo. - Apresenta um pôster de caráter científico sobre os cuidados ao recém-nascido pré-termo. - Submete para publicação um artigo em revista científica.	
Competências a Desenvolver:			
Competências Específicas EEESIP: - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.			

- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. - Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.			
Contexto de Internamento de Pediatria			
Objetivos	Atividades a Desenvolver	Critérios de Avaliação	Recursos Utilizados
Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à criança/jovem/família.	- Colaboração na prestação de cuidados especializados à criança/jovem/família.	- Presta cuidados especializados à criança/jovem/família.	Humanos: Enfermeira Chefe, Supervisora Clínica, Equipa de Enfermagem.
Conhecer o funcionamento e documentos (normas e protocolos) do serviço.	- Verificação de documentos (normas/protocolos) do serviço sobre o sono da criança hospitalizada. - Observação da dinâmica do serviço. - Realização de conversas informais com enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica e equipa de enfermagem.	- Consulta documentos (normas/ protocolos) disponíveis no serviço. - Ausculta a opinião da enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica e equipa de enfermagem. - Identifica a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem.	Supervisora pedagógica. Criança/família. Materiais: Documentos consultados. Póster. Pesquisa em Bases de dados Científicas.
Promover a atualização dos cuidados de enfermagem tendo por base a mais recente evidência científica.	- Realização de documento sobre o sono da criança hospitalizada. - Apresentação de documento orientador sobre o sono da criança hospitalizada à	- Elabora um documento sobre o sono da criança hospitalizada. - Apresenta o documento elaborado à enfermeira chefe, à supervisora clínica, a	

	enfermeira chefe/ supervisora clínica/ equipa de enfermagem/ supervisora pedagógica. - Realização de formação destinada à equipa de enfermagem sobre o sono da criança hospitalizada. - Validação da formação junto da enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica.	30% da equipa de enfermagem e supervisora pedagógica. - Valida o documento com a enfermeira chefe, supervisora clínica e supervisora pedagógica. - Elabora uma formação destinada à equipa de enfermagem sobre o sono da criança hospitalizada. - Valida a formação junto da enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica. - Apresenta uma formação a 30% da equipa de enfermagem sobre o sono da criança hospitalizada.	
Informar os pais sobre os hábitos saudáveis de sono da criança hospitalizada.	- Realização de um póster, destinado aos pais das crianças internadas, no serviço sobre os hábitos saudáveis de sono. - Promoção da leitura do póster.	- Elabora um póster sobre os hábitos saudáveis de sono. - Promove a leitura do póster a 10 pais que se encontrem a acompanhar as crianças durante o internamento.	
Divulgar resultados de evidência científica que contribuam para o desenvolvimento da Enfermagem.	- Participação com comunicações orais e pósteres em congressos e jornadas de saúde infantil e pediátrica. - Apresentação de comunicações orais e pósteres em congressos e	- Participa com comunicações orais e pósteres em congressos e jornadas de saúde infantil e pediátrica. - Apresenta uma comunicação oral relacionada com a temática dos	

	jornadas de saúde infantil e pediátrica. - Submissão para publicação de artigo científico.	cuidados ao recém-nascido pré-termo. - Apresenta um pôster de cariz científico sobre os cuidados ao recém-nascido pré-termo. - Submete para publicação um artigo em revista científica.	
Competências a Desenvolver:			
<u>Competências Específicas EEESIP:</u> - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. - Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. - Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.			
Contexto de Urgência Pediatria			
Objetivos	Atividades a Desenvolver	Critérios de Avaliação	Recursos Utilizados
Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à criança/jovem/família.	- Colaboração na prestação de cuidados especializados à criança/jovem/família.	- Presta cuidados especializados à criança/jovem/família.	Humanos: Enfermeira Chefe, Supervisora Clínica, Equipa de Enfermagem.
Conhecer o funcionamento e documentos (normas e protocolos) do serviço.	- Verificação de documentos (normas/protocolos) do serviço sobre a dor e estratégias para a sua minimização. - Observação da dinâmica do serviço. - Realização de conversas informais	- Consulta documentos (normas/ protocolos) disponíveis no serviço. - Ausculta a opinião da enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora	Supervisora pedagógica. Criança/família. Administração Hospitalar,

	com enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica/ equipa de enfermagem.	pedagógica/ equipa de enfermagem. - Identifica a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem.	Enfermeiro Diretor. Materiais: Documentos consultados.
Promover a atualização dos cuidados de enfermagem tendo por base a mais recente evidência científica.	- Realização de documento sobre a gestão da dor. - Apresentação de documento orientador sobre a dor à enfermeira chefe/ supervisora clínica/ equipa de enfermagem/ supervisora pedagógica. - Realização de formação destinada à equipa de enfermagem sobre a dor e estratégias para a sua minimização. - Elaboração de proposta de aquisição de Buzzy à administração hospitalar a fim de melhorar a qualidade dos cuidados. - Aquisição de óculos de realidade virtual para o serviço. - Elaboração de instrução de trabalho para a utilização do Buzzy e óculos de realidade virtual. - Validação da formação junto da enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica.	- Elabora um documento sobre a gestão da dor. - Apresenta o documento elaborado à enfermeira chefe, à supervisora clínica, a 30% da equipa e supervisora pedagógica. - Valida o documento com a enfermeira chefe, supervisora clínica e supervisora pedagógica. - Elabora uma formação destinada à equipa de enfermagem sobre a dor e estratégias para a sua minimização. - Valida a formação junto da enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica. - Apresenta uma formação a membros da equipa de enfermagem sobre a dor e estratégias para a sua minimização. - Elabora uma proposta de aquisição de um Buzzy à administração hospitalar a fim de	Apresentação em Powerpoint. Pesquisa em Bases de dados Científicas. Buzzy, óculos de realidade virtual.

		melhorar a qualidade dos cuidados. - Adquire óculos de realidade virtual para o serviço. - Elabora uma instrução de trabalho para a utilização do Buzzy e óculos de realidade virtual.	
Competências a Desenvolver:			
<u>Competências Específicas EEESIP:</u>			
- Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados. - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. - Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. - Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.			
Contexto de Cuidados de Saúde Primários			
Objetivos	Atividades a Desenvolver	CrITÉRIOS de Avaliação	Recursos Utilizados
Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à criança/jovem/família.	- Colaboração na prestação de cuidados especializados à criança/jovem/família.	- Presta cuidados especializados à criança/jovem/família.	Humanos: Enfermeira Chefe, Supervisora Clínica, Equipa de Enfermagem.
Conhecer o funcionamento e documentos (normas e protocolos) do serviço.	- Verificação de documentos (normas/protocolos) do serviço sobre a dor e estratégias para a sua minimização. - Observação da dinâmica do serviço.	- Consulta documentos (normas/protocolos) disponíveis no serviço. - Ausculta a opinião da enfermeira chefe/supervisora clínica/supervisora	Supervisora pedagógica. Criança/família. Administração

	- Realização de conversas informais com enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica/ equipa de enfermagem.	pedagógica/ equipa de enfermagem. - Identifica a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem.	Hospitalar, Enfermeiro Diretor. Materiais: Documentos consultados.
Promover a atualização dos cuidados de enfermagem tendo por base a mais recente evidência científica.	- Realização de formação destinada à equipa de enfermagem sobre a dor e estratégias para a sua minimização. - Validação da formação junto da enfermeira chefe/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica. - Disponibilização de panfletos sobre a gestão da dor na criança. - Apresentação de panfletos à enfermeira chefe/ supervisora clínica/ equipa de enfermagem/ supervisora pedagógica. - Elaboração de proposta de aquisição de Buzzy a fim de melhorar a qualidade dos cuidados. - Aquisição de óculos de realidade virtual para o serviço. - Elaboração de instrução de trabalho para a utilização do Buzzy e óculos de realidade virtual. - Criação de dossier para a unidade com	- Disponibiliza panfletos sobre a gestão da dor na criança. - Apresenta os panfletos à enfermeira coordenadora, supervisora clínica, a 30% da equipa de enfermagem e supervisora pedagógica. - Elabora uma formação destinada à equipa de enfermagem sobre a dor e estratégias para a sua minimização. - Valida a formação junto da enfermeira coordenadora/ supervisora clínica/ supervisora pedagógica. - Apresenta uma formação a 30% da equipa de enfermagem sobre a dor e estratégias para a sua minimização. - Disponibiliza dossier para a unidade com compilação de documentos oficiais, instruções de trabalho, panfletos, para ficarem de fácil	Apresentação em Powerpoint. Pesquisa em Bases de dados Científicas. Buzzy, óculos de realidade virtual.

	compilação de documentos oficiais, instruções de trabalho e panfletos.	acesso e consulta para toda a equipa. - Elabora uma proposta de aquisição de um Buzzy a fim de melhorar a qualidade dos cuidados. - Adquire óculos de realidade virtual para o serviço. - Elabora uma instrução de trabalho para a utilização do Buzzy e óculos de realidade virtual.	
Competências a Desenvolver:			
<u>Competências Específicas EEESIP:</u> - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. - Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. - Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.			

Apêndice B – Poster para o Contexto de Neonatologia “Mãe e pai quando estão presentes e participam nos meus cuidados ficamos mais próximos!”



Mãe e pai quando estão presentes e participam nos meus cuidados ficamos mais próximos!



Sempre que seja possível e o meu estado de saúde o permita, a equipa de enfermagem incentiva-te a aproximares-te de mim enquanto estiver internado:

Podes estar presente, o teu cheiro e a tua voz são importantes para o meu crescimento, desenvolvimento e para a nossa relação.

Podes dar-me banho, vestir-me e trocar a fralda, assim sinto o teu toque e sinto-me mais próxima de ti.

Podes tocar-me, dar-me festas e até colinho, gosto de sentir as tuas carícias.

Podemos fazer canguru  assim sinto a tua pele, o teu cheiro e o bater do teu coração.

Podem falar para mim, eu gosto de ouvir a vossa voz, acalma-me.

Mãe podes dar-me maminha, estimular ou tirar o teu leite para crescer forte e saudável.

É importante para os Recém-Nascidos porque:

Melhora os sinais vitais, potencia o meu neurodesenvolvimento, melhora o prognóstico e reduz a mortalidade.^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

Potencia a aquisição de defesas através do contacto com a flora cutânea da mãe⁵

Regula o stress e o sono.^{6,9,10}

Potencia a longo prazo o desempenho cognitivo, emocional e a comunicação.^{6,7,8,11}

Melhora a sucção, deglutição, respiração e consequentemente, a alimentação e o crescimento.^{7,8,10,11}

Aumenta a estimulação sensorial.⁸

Melhora a estabilização cardiopulmonar e stress cardiorrespiratório.⁸



É bom para os Pais porque:

Reduz e regula o stress psicológico pré-natal e a angústia da separação.^{1,4,6,7,9}

Melhora a frequência cardíaca.⁸

Promove a confiança nos cuidados aos filhos.¹²

Faz com que se sintam úteis e envolvidos nos cuidados.¹²

Reduz a depressão pós-parto.^{4,12}

Faz com que se sintam parte da equipa de cuidados.¹²

É bom para Todos porque:

Melhora a vinculação/ relação.^{1,2,6,7,10}

Diminui a produção de cortisol e aumenta a produção de ocitocina (hormona da felicidade).^{2,6}

Auxilia na amamentação e estimula a produção de leite materno.^{1,4,5,6}

Estimula receptores específicos na pele.⁶

Elaborado no âmbito do estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica por:
Enfª Inês Santos

Referências Bibliográficas

1. Beebe-Dubow, M., Lee, W., et al. Family factors associated with positive mother-infant dyads in the engagement of a doula. *Int J Nurs Qual*. 2018;62(1):100-109. doi:10.1016/j.niqual.2017.09.004
2. Alvaro, M., et al. The Effect of Early Skin-to-Skin Contact on Neurodevelopmental Outcomes in the Neonatal Intensive Care Unit. *Dev Med Child Neurol*. 2017;71(1):100-109. doi:10.1016/j.dmd.2017.03.006
3. Alvaro, M., et al. The Effect of Early Skin-to-Skin Contact on Neurodevelopmental Outcomes in the Neonatal Intensive Care Unit. *Dev Med Child Neurol*. 2017;71(1):100-109. doi:10.1016/j.dmd.2017.03.006
4. Alvaro, M., et al. The Effect of Early Skin-to-Skin Contact on Neurodevelopmental Outcomes in the Neonatal Intensive Care Unit. *Dev Med Child Neurol*. 2017;71(1):100-109. doi:10.1016/j.dmd.2017.03.006
5. Alvaro, M., et al. The Effect of Early Skin-to-Skin Contact on Neurodevelopmental Outcomes in the Neonatal Intensive Care Unit. *Dev Med Child Neurol*. 2017;71(1):100-109. doi:10.1016/j.dmd.2017.03.006
6. Alvaro, M., et al. The Effect of Early Skin-to-Skin Contact on Neurodevelopmental Outcomes in the Neonatal Intensive Care Unit. *Dev Med Child Neurol*. 2017;71(1):100-109. doi:10.1016/j.dmd.2017.03.006
7. Alvaro, M., et al. The Effect of Early Skin-to-Skin Contact on Neurodevelopmental Outcomes in the Neonatal Intensive Care Unit. *Dev Med Child Neurol*. 2017;71(1):100-109. doi:10.1016/j.dmd.2017.03.006
8. Alvaro, M., et al. The Effect of Early Skin-to-Skin Contact on Neurodevelopmental Outcomes in the Neonatal Intensive Care Unit. *Dev Med Child Neurol*. 2017;71(1):100-109. doi:10.1016/j.dmd.2017.03.006
9. Alvaro, M., et al. The Effect of Early Skin-to-Skin Contact on Neurodevelopmental Outcomes in the Neonatal Intensive Care Unit. *Dev Med Child Neurol*. 2017;71(1):100-109. doi:10.1016/j.dmd.2017.03.006
10. Alvaro, M., et al. The Effect of Early Skin-to-Skin Contact on Neurodevelopmental Outcomes in the Neonatal Intensive Care Unit. *Dev Med Child Neurol*. 2017;71(1):100-109. doi:10.1016/j.dmd.2017.03.006
11. Alvaro, M., et al. The Effect of Early Skin-to-Skin Contact on Neurodevelopmental Outcomes in the Neonatal Intensive Care Unit. *Dev Med Child Neurol*. 2017;71(1):100-109. doi:10.1016/j.dmd.2017.03.006
12. Alvaro, M., et al. The Effect of Early Skin-to-Skin Contact on Neurodevelopmental Outcomes in the Neonatal Intensive Care Unit. *Dev Med Child Neurol*. 2017;71(1):100-109. doi:10.1016/j.dmd.2017.03.006

Apêndice C – Formação para o Contexto de Neonatologia “Influência Dos Cuidados Centrados Na Família Para o Desenvolvimento do RN e Família - Bases da Formação NIDCAP e FINE”

INFLUÊNCIA DOS CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA Para o Desenvolvimento do RN e Família

Bases da Formação NIDCAP e FINE



Elaborado na Sequência do Estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
[Prof. Inês Casimiro dos Santos e [Prof. Maria João Sarmento]

Abril 2023

Sob orientação:
Professora Doutora Ana Paula Nunes

Ambiente Uterino

- ❖ Líquido
- ❖ Protetor
- ❖ Quente
- ❖ Escuro
- ❖ Contido



O útero materno é o local ideal para o desenvolvimento fetal, uma vez que permite o repouso e sono profundos.



Crescimento Cerebral Adequado

O cérebro do RNPT encontra-se numa fase de rápido desenvolvimento.



Mais sensível ao stress do ambiente e à própria prestação de cuidados.



Implicações negativas a curto e longo prazo.

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (2017); Chora, M.A.; Azougado, C. (2017)

Ambiente das Unidades de Neonatologia

Ambiente de elevado stress e onde o toque positivo pode ser escasso.

- ❖ Odores intensos
- ❖ Ruído
- ❖ Luminosidade Intensa
- ❖ Ausência de estímulos orais
- ❖ Toques frequentes
- ❖ Estímulos dolorosos



Maior probabilidade de desenvolver a curto prazo condições de doença física;
Maior probabilidade de perder peso;
Maior probabilidade de desenvolver doença psicológica a longo prazo;
Maiores dificuldades na aprendizagem;
Dificuldade em desenvolver processos de vinculação positivos e de interagir socialmente.

Coughlin (2017)

Factos em Neonatologia



Manipulações a cada 5 a 20 minutos



500 ou mais procedimentos durante o seu internamento



3 procedimentos dolorosos por hora





Benefícios da Parceria dos cuidados

Para os Recém-Nascidos:

- Potencia o desenvolvimento cerebral;
- Melhora os resultados neurocomportamentais e a qualidade de vida;
- Tendência para um crescimento mais rápido;
- Diminui o tempo de internamento.



Para os Profissionais:

- Diminui o número de RN internados;
- Diminui exaustão;
- Ajuda a libertar as equipas para os cuidados essenciais;
- Pais mais atentos para alertar para mudanças do RN;
- Aumenta a satisfação da equipa e diminui as reclamações.



Para os Pais:

- Aumenta a confiança no momento da alta;
- Diminui o stress, melhora a saúde mental;
- Promove a vinculação a longo prazo;
- Diminui o stress materno e ajuda na amamentação.



Warren, I. (2015); Warren, I. (2020)



Para os Pais:

- Aumenta a confiança no momento da alta;
- Diminui o stress, melhora a saúde mental;
- Promove a vinculação a longo prazo;
- Diminui o stress materno e ajuda na amamentação.



Para os Profissionais:

- Diminuir o número de RN internados;
- Diminuir a exaustão;
- Ajuda a libertar as equipes para os cuidados essenciais;
- Pais mais atentos para alertar para mudanças do RN;
- Aumenta a satisfação da equipe e diminui as reclamações.



Warren, J. (2015); Warren, J. (2020)

[illegible]

Auto Regulação

Capacidade que o RN tem de gerir ou equilibrar sistemas fisiológicos e comportamentais em resposta a estímulos ambientais sem interrupção.

É capaz de gerir a respiração, a frequência cardíaca, manter a oxigenação e auxiliar na digestão, ao mesmo tempo que regula o estado motor e os estados de alerta ou de sono.



RN e RNPT NÃO conseguem ser completamente independentes na autorregulação.



Enquanto Correguladores devemos:

- ✓ Reconhecer os limites de stress;
- ✓ Proporcionar o suporte que necessitam;
- ✓ Reconhecer os esforços que fazem para se autorregular e para promover a aprendizagem de novas competências.

Warren, I. (2015); Warren, I. (2020); Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. (2017)

De acordo com o NIDCAP...

O sucesso dos cuidados centrados no desenvolvimento.

É a OBSERVAÇÃO



o comportamento é a forma do RN comunicar, de dizer como se sente confortável e quando necessita de mais ajuda, quando está desorganizado ou vulnerável, ao adaptar-se às exigências do ambiente.



Warren, I. (2015)



Comportamentos que mostram Sinais de Competência para Interagir



- Rosto relaxado
- Olhar atento
- Sucção
- Orientação para a voz e para o som
- Levar a mão à boca/rosto
- Mãos juntas/entrelaçadas
- Aconchega-se quando o pegam
- Postura ligeiramente flexida
- Rosado
- Sono Calmo
- Movimentos de busca

Warren, I. (2015); Warren, I. (2020)

FINE Family Infant Neurodevelopmental Education

Conferir competências práticas com base teórica na Prática baseada na evidência (PBE) para os cuidados centrados no neurodesenvolvimento e na família do RN.

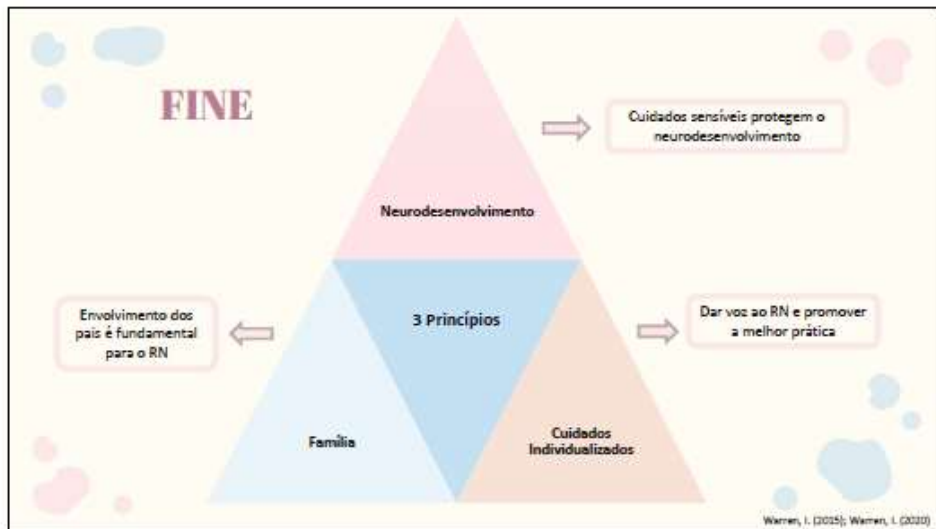
Recomendado e Direcionado Para Todos Os Elementos Da Equipe Multidisciplinar:



Enfermeiros Médicos Assistentes Operacionais Fisioterapeutas

Maior responsabilidade e autonomia para prestar estes cuidados individualizados e especializados e mais próximos dos Pais.

Warren, I. (2015); Warren, I. (2020)



Cuidados Neuroprotetores



Pretendem providenciar um ambiente de cuidados devidamente estruturado que promova o desenvolvimento do RN.

Baseiam-se em:

- ⇒ Cuidados individualizados centrados na visão holística do RN e família.
- ⇒ Minimização dos estímulos nocivos e na individualização da estimulação baseada nas respostas comportamentais e fisiológicas do RN.

Warren, L. (2015); Warren, L. (2020)

Modelo Integrativo dos Cuidados Neuroprotetores

- Posicionamento e manipulação
- Otimização da nutrição e alimentação
- Proteção da pele
- Minimização da dor e stress
- Proteção do sono
- Parceria de cuidados (família)
- Ambiente terapêutico



(Atkinson & Phillips, 2013)

Competências do EESIP

Assistir o RN e família, na maximização da saúde;

Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;

A prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.



Procurando os melhores cuidados de enfermagem que permitam:

- Maximização da saúde do RNPT sempre numa perspetiva de Cuidados Centrados na Família (CCF)
- Cuidados Não Traumáticos (CNT)

(Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Cuidados com foco na Vinculação/Relação

Orienta os pais para uma consciência de pertença

Mantém o RN em equilíbrio

Transversal a todos os RN desde o nascimento

Oferece uma oportunidade de sintonia entre cuidador e RN

Melhora as experiências sensoriais do RN

Consistência

Ajuda a aliviar ou a evitar a aversão tátil

Respeito e humanidade

Santos, A.O. (2011)



Luz	Ruído
- Colocar coberturas nas incubadoras; - Colocar óculos de fototerapia como proteção; - Privilegiar Luz indireta sempre; - Utilização de uma iluminação individual para cada RN; - Exposição à luz conforme os seus sinais de desenvolvimento.	- Ajustar e silenciar os vários alarmes o mais rapidamente possível e manter os seus volumes no mínimo necessário e seguro; - Procurar minimizar o ruído na abertura de sacos de material (como kits de cateterismo, embalagens de luvas, etc.) e na troca dos sacos do lixo; - Fechar cuidadosamente e silenciosamente as portas das incubadoras e incutir essa importância também aos pais; - Não colocamos objetos em cima das incubadoras; ter especial atenção aos RN que se encontram no colo ou em "canguru"; - Tentar manter um ambiente calmo e organizado nas situações de reanimação; - Programar diariamente vários "períodos calmos" em que devem ser minimizadas de forma ativa as atividades causadoras de ruído.

Warren, L. (2015); Warren, L. (2020)

Cuidados a “4 mãos”

Procedimentos causadores de stress ou potenciadores de dor deverão ser realizados sempre por 2 pessoas.

Responsável pela
realização do
procedimento.



Responsável por manter RNPT
organizado através da contenção,
sucção, aconchego, contribuindo para
a sua auto-regulação.



Warren, I. (2015); Warren, I. (2000)

Posicionamentos

Assegurar a posição natural em flexão, para estimular a estabilização motora e autonómica, utilizando rolos maleáveis e “ninhos”.



Fornecer limites e suporte para o
corpo, assegurando o equilíbrio entre
a contenção, a exploração e a auto-
regulação.



Os instrumentos de suporte devem ser
adequados a cada RN, à sua idade gestacional
e principalmente ao nível de desenvolvimento
em que se encontra.



Warren, I. (2015); Warren, I. (2000)

Método Canguru

Proporciona inúmeros benefícios já cientificamente conhecidos e estudados, tais como:



Recém-nascido

- Redução da mortalidade;
- Redução da infecção grave/septicemia e hipotermia;
- Aumento no ganho ponderal de peso;
- Redução do risco de infecção nosocomial/sepsis à data da alta;
- Aumento no crescimento em termos de comprimento e perímetro cefálico.

Pais

- Vinculação Segura;
- Autonomia;
- Sentimento de pertença do papel parental;
- Amamentação;
- Perceção do papel importante na diminuição do stress do RNPT na transição incubadora → colo e colo → incubadora contribuindo mais uma vez para o seu bem-estar e a sua auto-regulação.

Warren, I. (2015); Warren, I. (2020)

Durante o estágio...

Durante a minha presença no serviço e sempre que foi possível pude:

- ⇒ Verificar as diferenças e especificidades entre um RNPT desorganizado e autorregulado;
- ⇒ Ter em atenção sempre que possível o envolvimento dos pais nos cuidados;
- ⇒ Ter oportunidade de promover a vinculação pais-RN, com recurso ao método canguru;
- ⇒ Efetuar, agrupamento de cuidados com vista à minimização dos estímulos stressores para o RN;
- ⇒ Elaborar um poster direcionado aos pais de modo a sensibilizar para a sua presença juntos dos RN.



*Não seremos capazes de capacitar e envolver os Pais na
autorregulação do RN, mesmo conhecendo todos os
benefícios desse envolvimento e as próprias
recomendações dos Programas NIDCAP e FINE, se nós
próprias, enquanto Enfermeiras, não nos tornarmos
capazes de o fazer, por isso a Mudança tem de partir de
Nós!*

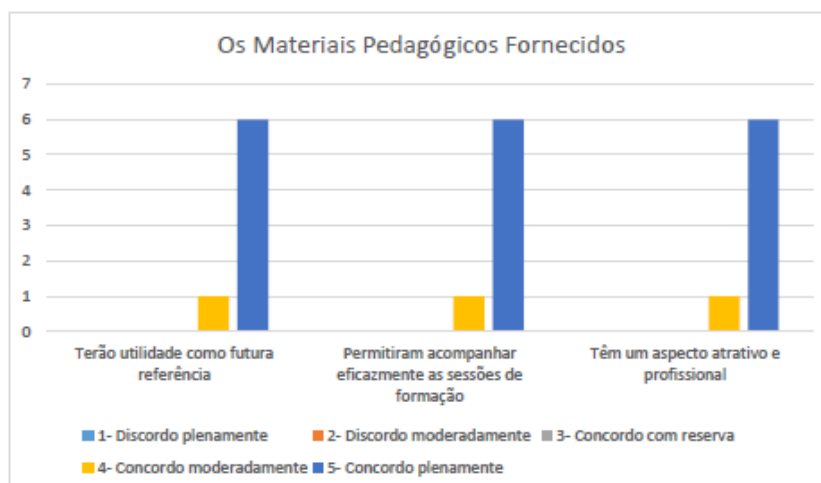
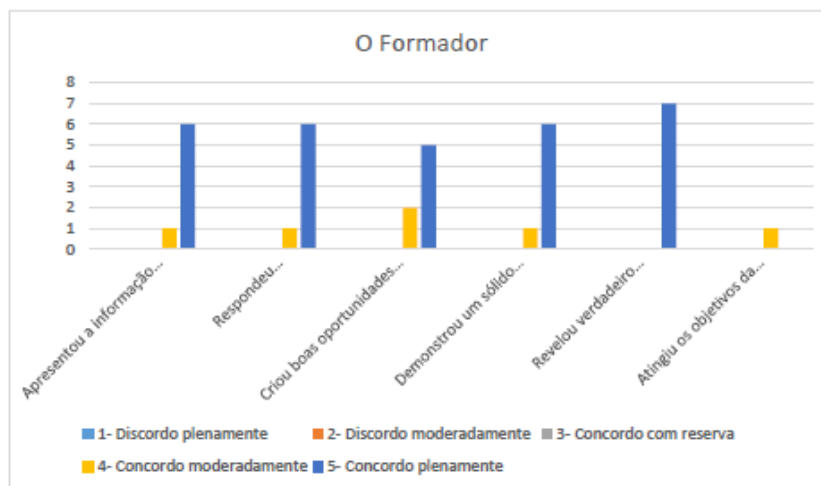


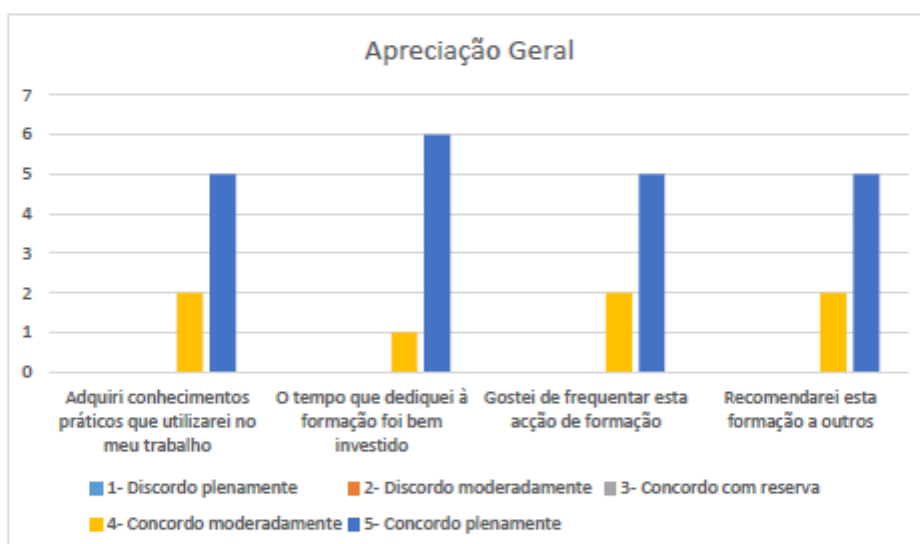
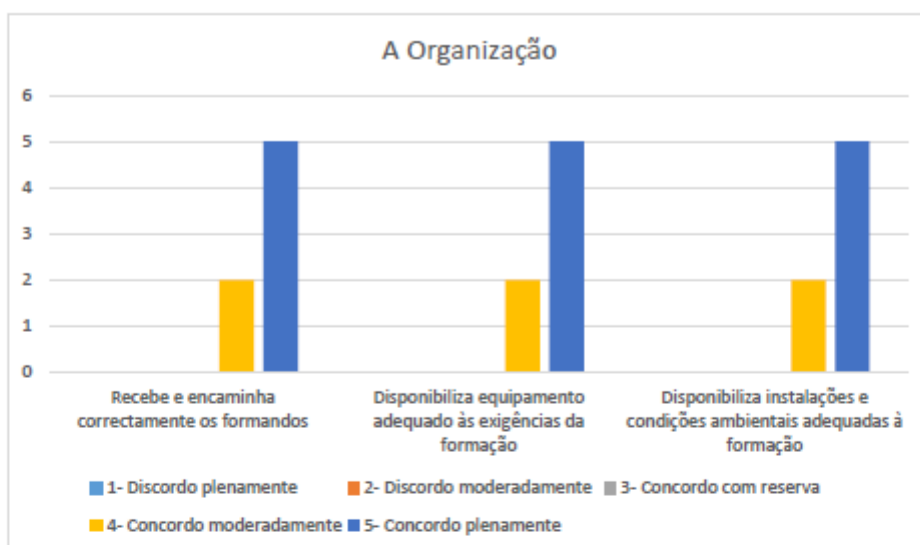
Referências Bibliográficas:

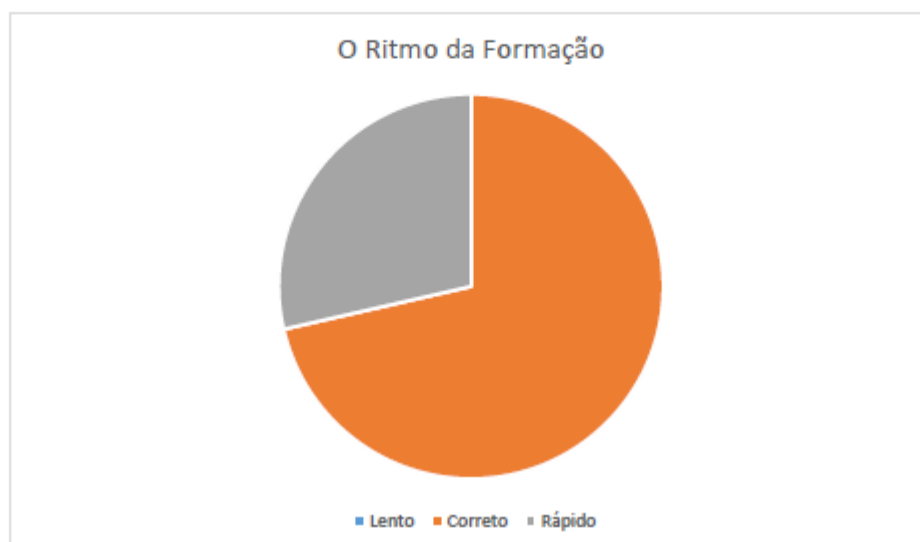
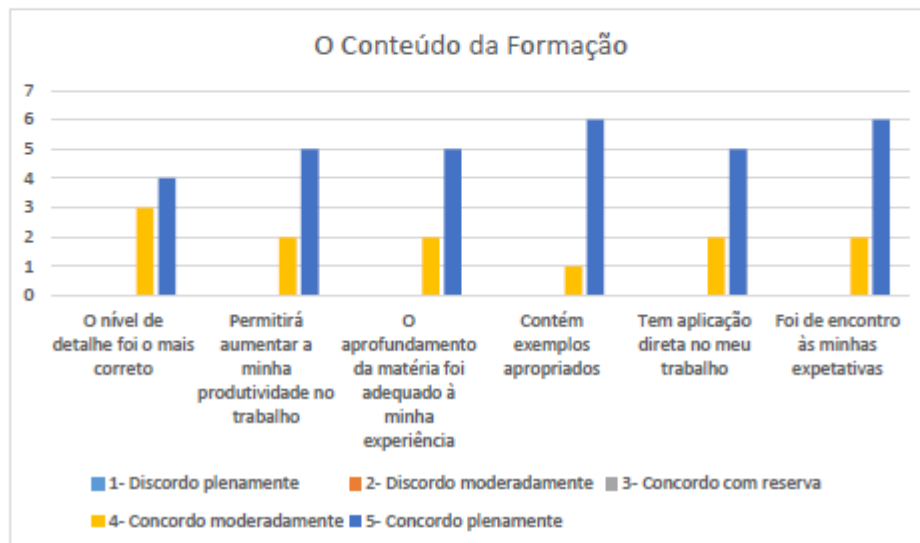
- Mathew, S. (2015). Suspend Intensity: Breachfeeding and securing a mother in two NICUs. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 4(2), 71. <https://doi.org/10.1002/ijns.1007>
- Gough, M. S. (2017). *Trauma informed care in the NICU: Evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians*. Springer Publishing Company, LLC.
- Ali, N. (2005) A qualitative study of maternal behavioral organization: a framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Phys Occup Ther Pediatr*; 19(6) 450-455.
- Sanders, M., & Hall, S. (2016). Trauma-informed care in the neonatal intensive care unit: Promoting safety, security and connectedness. *Journal of Perinatology*, 36(1), 9-15. <https://doi.org/10.1097/01.pnc.0000000000000000>
- Mason, R.A., Tudor, A. (1998) *Advances in Child Health Nursing*, London, Boston, p.180-200.
- Moraes, I. (2015) *Nível 2, Consultas e Intervenção Médica para os Cuidados Centrais no Desenvolvimento e na Família*. Centro de Saúde, Rosário.
- Moraes, I. (2015) *Nível 2, Consultas e Intervenção Médica para os Cuidados Centrais no Desenvolvimento e na Família*. Centro de Saúde, Rosário.
- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. (2017) *Consultas*.
- Estudo do NIDCAP na morbilidade neonatal e no neurodesenvolvimento - *Surgey Review* [Desenho prospetiva]. Coimbra.
- Ali, N., Butler, S. (2008) NIDCAP - Changing the future for infants and families in intensive and special care nurseries. *Early Childhood Services*; 2(1): 1-10.
- Alpay, R. (2017) *Close Collaboration with Parents*. Turkey University Hospital, Turkey, Istanbul.
- Ordem das Enfermeiras. (2016) *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especializado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Regulamento 0062/2016. Diário da República, 31.ª série - 1.ª parte - 12 julho de 2016; 2012-01964, 2016. Disponível em: <https://www.ordemdesenfermeiros.pt/medios/0062/0062.pdf>
- Spauldon, T. B. (2014) *Building Resilience Through Trauma-Informed Care: Including Safety and Healthy Parent-Infant Relationships*. *Journal of Neonatal Nursing*, 29, 119-126. Editora: Fundação Calouste Gulbenkian de Lisboa.
- Chou, M.A., Anagnostis, C. (2017) *Influência da Proteção do Sono no Desenvolvimento do Recém-nascido Pré-termo*. *Trinta Anos de História da Enfermagem em Portugal*. Editora: Associação de Enfermeiros de Saúde e Desenvolvimento, 8: 80-87.
- Santos, A.D. (2011) *NIDCAP: Uma filosofia de cuidados. Nascer e crescer*. uma revista do Hospital de crianças Maria Pia, 20(1).
- Adaptado do trabalho elaborado no âmbito do 14.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Unidade Curricular Da Filosofia Aos Modelos De Cuidados em Perícia, Bernardo, A. F., Vasconcelos, A.R., Santos, L., Patrício, M. (2021) *NIDCAP: Influência Dos Cuidados Centrais Na Família Na Autorregulação Do Recém-nascido Pré-termo*.
- Adaptado do trabalho elaborado no âmbito do 14.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Unidade Curricular Enfermagem Avançada, Bernardo, A. F., Vasconcelos, A.R., Santos, L., Patrício, M. (2021) *NIDCAP: A abordagem de enfermagem avançada*.

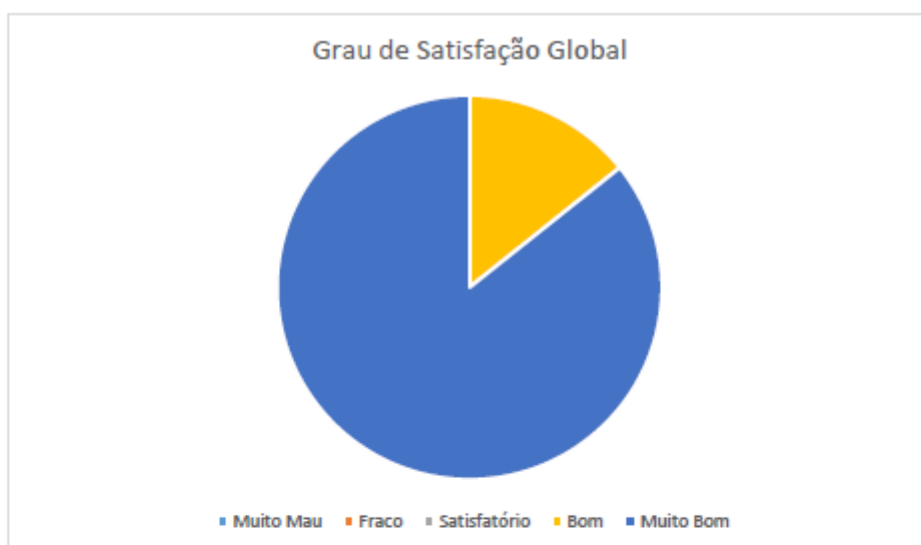
Apêndice D – Gráficos de análise dos questionários do Contexto de Neonatologia

Análise de Questionário de Avaliação – Formandos
(Serviço de Neonatologia)









Apêndice E – Poster de divulgação da formação do contexto de Neonatologia

FORMAÇÃO:
**INFLUÊNCIA DOS CUIDADOS CENTRADOS NA
FAMÍLIA - Para o Desenvolvimento do RN e
Família**



Bases da Formação NIDCAP e FINE

Dia 12 de abril 2023
Às 14h00
No Serviço de Neonatologia

Elaborada na Sequência do Estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Enf. Inês Casimiro dos Santos e

Sob orientação:

Apêndice F – Plano de sessão da formação do Contexto de Neonatologia

Plano de Sessão: Formação para Profissionais

Tema: Formação Orientada para o Neurodesenvolvimento do Recém-Nascido e para a Família

Data: 12 Abril 2023 **Hora:** 14h00

Local: Serviço de Neonatologia

População alvo: Enfermeiros do Serviço de Neonatologia

Objetivo geral: Explorar os principais conteúdos, conceitos e ferramentas básicas para os cuidados centrados no neurodesenvolvimento e na família.

Objetivos Específicos	Conteúdos Programáticos	Duração	Metodologia	Recursos	Avaliação
		30min			
Explicitar os principais conceitos referentes à temática; Especificar as ferramentas básicas para os cuidados centrados no neurodesenvolvimento e na família; Validar a integração da informação transmitida por parte da população-alvo.	<u>Apresentação</u> <u>Introdução</u> - NIDCAP - FINE - Neurodesenvolvimento - Observação do RN - A Família - Diálogo de Cinco Etapas - Stress, Dor e Conforto - A Avaliação da Escala de Intervenção (EVIN) - O Sono - Desenvolvimento Motor e Posicionamento - Cuidados Canguru - Desenvolvimento Sensorial - Suporte ao Desenvolvimento das Competências Alimentares na UCIN <u>Conclusão</u>	2 min 4min 2min 12min 3min 2min 5min	Método Expositivo com recurso a apresentação em powerpoint.	PC com acesso à Internet; Ecrã transmissor; Exercício prático; Norma de Serviço.	A avaliação será efetuada por articulação dos conhecimentos ministrados com recurso a casos práticos através de imagens projetadas.

	<u>Referências Bibliográficas</u> <u>Avaliação – com questionário de satisfação</u>				
--	--	--	--	--	--

Apêndice G – Poster para o Contexto de Neonatologia “Como Compreender o Comportamento do Recém-Nascido (RN)”

Como Compreender o Comportamento do Recém-Nascido (RN):

Comportamentos que Mostram a Vulnerabilidade do RN

Boca aberta/queixo descaído

Sialorreia

Agitação/ choro

Bocejar



Alterações de coloração

Hiperextensão do tronco e membros

Olhar fixo/ vidrado

Arquear-se

Movimentos bruscos e desorganizados

Dedos Abertos

Respiração irregular/ apneia

Caretas, testa franzida

Soluços

Tremores

Comportamentos que Mostram Sinais de Competência para Interagir

Rosto relaxado

Olhar atento

Sucção

Orientação para a voz e para o som

Levar a mão à boca/ rosto



Aconchega-se quando o pegam

Postura ligeiramente fletida

Rosado

Sono Calmo

Movimentos de busca

Mãos juntas/ entrelaçadas

Elaborado no âmbito do estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica por:
Enfª Inês Santos

Referências Bibliográficas:

- Warren, I. (2015) Nível 1, Conceitos e Ferramentas Básicas para os Cuidados Centrados no Desenvolvimento e na Família. Centro de Sophia, Roterdão.
- Warren, I. (2020) Nível 2, Competências Práticas para os Cuidados Centrados no Desenvolvimento e na Família. Centro de Sophia, Roterdão.

Apêndice H – Documento para o Contexto de Internamento “O Sono da Criança Hospitalizada”

O SONO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

TÍTULO:	Guia Para a Melhoria do Sono da Criança Hospitalizada							
ELABORADO por:	Enf. Inês Santos e							
DATA:	2023-05-21							
OBJETIVO:	Disponibilizar aos Enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria um guia orientador para os cuidados promotores do sono para a criança hospitalizada.							
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria							
RESPONSÁVEIS:								
APROVADO por:	ACEITE por:							
Conselho de administração								
INTRODUÇÃO:	O sono é crucial para o crescimento e desenvolvimento da criança, é abordado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, como sendo um dos cuidados antecipatórios ao longo do desenvolvimento infantil, desde a faixa etária de lactente até aos 18 anos. No entanto, após a hospitalização este é frequentemente perturbado devido a fatores como à alteração das rotinas da criança e ao ambiente ruidoso e luminoso dos serviços de internamento, atrasando assim, a recuperação, potenciando complicações e resultando em efeitos adversos. Além disso, a interrupção do sono nas crianças hospitalizadas é uma fonte significativa de stress e ansiedade¹.							
DESCRIÇÃO	A hospitalização da criança pressupõe que esta esteja a passar por um processo de doença, sendo que dormir é importante para que a criança consiga atingir o seu estado de bem-estar, é durante a hospitalização que os benefícios do sono são muito necessários. O sono tranquilo, reparador e em quantidade adequada é indispensável para a saúde. Em ambiente hospitalar, este é frequentemente interrompido e a sua duração é reduzida, consequentemente, a resposta imunitária da criança é afetada de forma negativa. Neste sentido, a perceção de dor, a regulação da glicose, a função neuroendócrina, a alteração do humor e o							

processo cognitivo, são afetados, perturbando a capacidade da criança em lidar com os desafios psicológicos da hospitalização².

O sono da criança tem imensa importância na vida e desenvolvimento da mesma, assim, garantir que a criança descanse é uma preocupação e responsabilidade dos profissionais de saúde que a acompanham¹.

Durante o internamento, existem diversos fatores que podem afetar o sono da criança. Este, pode ser afetado por fatores ambientais (como a luz, o ruído, enfermaria com ambiente desfavorável ao sono, perturbação do ritmo circadiano, enfermaria partilhada, cama/berços diferentes aos de casa e ambiente desconhecido), rotinas e procedimentos de enfermagem (como a avaliação de sinais vitais, administração de terapêutica, horários de alimentação, exame físico e a utilização de aparelhos para a otimização da respiração), ou pelas respostas fisiológicas ou comportamentais da criança (como a dor, estado emocional, maus hábitos e antecedentes de sono pré-hospitalização e sintomas associados à patologia)¹.

As interrupções frequentes dos profissionais de saúde ou outros ruídos ambientais dificultam o ciclo completo das fases do sono da criança em contexto de internamento. Quando as crianças não atingem uma quantidade adequada de sono, correm um risco elevado de resultados negativos para a saúde, tais como alterações de humor e défices cognitivos. Assim, é necessário intervir de modo que exista a diminuição do ruído e luz em unidades hospitalares pediátricas².

Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria, existem consequências associadas à privação de sono para além do que foi mencionado anteriormente, essas repercussões podem vir a ser manifestadas a curto e longo prazo³.

Consequências a Curto Prazo:

Distúrbios na modulação do humor e dos afetos	- Irritabilidade/birras - Maior reatividade emocional - Humor variável - Perda do controle emocional
Perturbação da função neuro-cognitiva	- Falta de atenção/distração - Incapacidade de concluir tarefas - Diminuição da flexibilidade do pensamento - Diminuição do raciocínio abstrato

	- Perturbação da memória
Alteração do comportamento	- Sonolência diurna - Agressividade - Impulsividade/hiperatividade
Alteração motora	- Diminuição da destreza motora - Aumento de lesões acidentais e quedas frequentes

Consequências a Longo Prazo:

Aprendizagem	- Mau rendimento escolar
Comportamento	- Hiperatividade e déficit de atenção
Psicológicas	- Ansiedade - Depressão
Alterações orgânicas	- Alteração da função endócrina - Alteração da função imunológica - Alteração do metabolismo do açúcar (glicose) - Obesidade/excesso ponderal - Hipertensão arterial
Perturbação da vida familiar	- Aumento do risco de depressão materna - Aumento do risco de disfunção familiar

Em contexto hospitalar existem inúmeras estratégias a adotar de modo a minimizar as interrupções do sono enquanto a criança estiver internada, estas estratégias podem ser agrupadas em três categorias (ambiente, infraestruturas e profissionais de saúde)⁴.

Ambiente

- Ajustar temperatura ambiente;
- Manter aparelhos eletrônicos desligados durante os períodos de sono;
- Reduzir o ruído;
- Proporcionar ambiente seguro e tranquilo;
- Otimizar o ciclo circadiano da criança (ajuste da luminosidade);
- Presença dos pais ou elemento de referência no momento de dormir (*Beside carer*).

Infraestruturas

- Criar espaços dedicados ao convívio para pais e crianças poderem socializar sem perturbar as restantes crianças internadas. Aproveitar esse local para a realização de telefonemas pessoais.

Profissionais De Saúde

- Instituir rotinas com horários consistentes de dormir e despertar;
- Ajustar rotinas para a minimização das interrupções, durante o sono, para cuidados de Enfermagem (ex.: *cluster care*);
- Controlar sintomas antes do horário de dormir (ex.: controlo da dor);
- Realizar intervenções de enfermagem de forma calma e silenciosa;
- Agrupar crianças na mesma enfermaria de acordo com a sua idade e diagnóstico;
- Assegurar que as necessidades da criança estão satisfeitas antes de períodos de sono;
- Fornecer atividades para a criança durante o dia de acordo com o estadio de desenvolvimento;
- Criar protocolos e procedimentos que promovam o sono;
- Assegurar que pais e profissionais da equipa multidisciplinar respeitem os padrões de sono da criança;
- Proporcionar técnicas de relaxamento promotoras do sono;
- Perceber anteriores hábitos de sono da criança;
- Promover a realização de sesta diurnas de acordo com a idade da criança.

Considerando que uma das principais preocupações do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria é o bem-estar da família/ criança, cabe ao EESIP ensinar e informar os pais/ cuidadores para que estes tomem decisões e ações de forma informada tendo em conta o máximo bem estar da criança.

Deste modo existem recomendações a seguir sobre hábitos de sono saudáveis que se integram em quatro categorias sendo estas⁴:

Estabelecer rotinas e hábitos na hora de dormir

- Ir para a cama sempre à mesma hora, inclusive aos fins-de-semana.

- Seguir a mesma rotina todas as noites antes de deitar.
- Planejar com antecedência, terminar os trabalhos de casa cerca de uma hora antes de se deitar.
- A hora antes de se deitar deve ser calma com pouca luz, sem brincadeiras ou utilização de dispositivos eletrônicos.
- Ensinar a criança a relaxar e a adormecer sozinha.
- Colocar a criança na cama sonolenta, mas não adormecida.
- Se necessitar de observar a criança enquanto está a dormir, deve ser rápido e silencioso.

Estabelecer rotinas e hábitos diurnos

- Levantar-se sempre à mesma hora todos os dias, inclusive aos fins-de-semana. Não dormir a sesta durante o dia (geralmente após os 5 anos de idade). Se tiverem de dormir a sesta, façam-na antes das 17 horas, por um período não superior a 45 minutos.
- Evitar sestas em locais que não sejam o quarto.
- Escolher hábitos alimentares saudáveis e realizar as refeições sempre à mesma hora todos os dias. Não ingerir alimentos que contenham cafeína.
- Planejar exercícios e brincadeiras todos os dias, com o máximo de luz pela manhã, de modo a otimizar o ciclo circadiano da criança.
- Se a criança for ansiosa planejar um momento do dia para abordarem todos os assuntos que a preocupem.
- Estar atento a atividades que possam causar alterações do sono para que possa parar essas atividades 1 a 2 horas antes da hora de dormir.
- Registar os hábitos de sono da criança de modo a ajudar a encontrar padrões e atividades que ajudem ou não o dormir.

Proporcionar um ambiente confortável e promotor do sono

- Usar um pijama confortável.
- Garantir que as fraldas estão secas ou incentivar a ir à casa de banho antes de dormir.
- Impedir que existam ruídos perturbadores no quarto.

- Manter um quarto fresco, escuro, com roupa adequada, se necessário, luz noturna indireta.
- Retirar distrações do quarto (ex: TV, computador, telefone, rádio e brinquedos).
- Não utilizar a cama da criança para brincar, estudar ou realizar outras atividades.
- Não usar a cama como castigo, não ficar acordado para além da hora de dormir como recompensa pelo bom comportamento. Estes comportamentos sugerem às crianças/ adolescentes que "dormir é mau".
- Colocar o relógio/ despertador de modo que não o possam ver.

Restringir o uso de aparelhos eletrônicos

- Estabelecer limites de tempo consistentes para o uso diário de aparelhos eletrônicos.
- Evitar o tempo de ecrãs pelo menos 1 hora antes da hora de dormir.
- O espaço de dormir deve ser uma "Zona Livre de Tecnologia".
- Utilizar um despertador antigo em vez de um telemóvel.
- Enquanto adulto, deve ser um modelo a seguir e dar o exemplo para a criança/ adolescente.

Segundo a *National Sleep Foundation* existe um número recomendado de horas de sono por faixa etária, sendo apresentado em seguida em formato de tabela²:

Horas de Sono Recomendadas por Faixa Etária				
Grupo	Faixa Etária	Horas de Sono recomendadas	Numero de sestas recomendadas	Horas de Sono aceitáveis
<u>Recém-nascidos</u>	0 a 3 meses	14 a 17 horas	Variadas	11 a 13 horas 18 a 19 horas
<u>Primeiro ano de vida</u>	4 a 11 meses	12 a 15 horas	2 a 3 sestas	10 a 11 horas 16 a 18 horas
<u>Toddlers</u>	1 a 2 anos	11 a 14 horas	1 a 2 sestas	9 a 10 horas 15 a 16 horas
<u>Pré-escolar</u>	3 a 5 anos	10 a 13 horas	1 sesta	10 a 13 horas
<u>Idade escolar</u>	6 a 13 anos	9 a 11 horas	—————	7 a 8 horas Até 12 horas
<u>Adolescentes</u>	14 a 17 anos	8 a 10 horas	—————	Mais de 7 horas Até 11 horas

	Relativamente ao papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sabe-se que a promoção do sono em ambiente hospitalar é uma prioridade dos cuidados de enfermagem. Florence Nightingale, defendia que evitar que os utentes sejam acordados é um princípio fundamental da boa enfermagem⁶. O enfermeiro especialista tem autonomia para realizar sessões de educação para a saúde a colegas, crianças e pais sobre a higiene do sono, com o intuito de melhorar a qualidade de sono da criança doente⁷. Deste modo os enfermeiros são os principais agentes na promoção do sono das crianças. Devem trabalhar em conjunto, com os pais/ família, no desenvolvimento da promoção individualizada do sono⁸. As intervenções de enfermagem devem ir de encontro à promoção da qualidade de sono das crianças, as necessidades individuais das crianças relacionadas com o sono devem fazer parte do seu plano de cuidados⁹. A promoção do sono em ambiente hospitalar é uma intervenção simples e de baixo custo que pode aumentar significativamente a qualidade de descanso da criança hospitalizada⁹. Deste modo, estamos a tornar possível que as crianças descansem melhor e consequentemente reduzem a duração da hospitalização, diminuindo as complicações¹⁰. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: - Deve atuar como agente de mudança, de modo a promover um ambiente favorecedor do sono, onde em parceria com os pais e outros profissionais de saúde visem a manutenção dos hábitos de sono da criança, promovendo o seu conforto e rápida recuperação potenciando o seu estado de saúde¹¹. - Deve sensibilizar os pais e profissionais de saúde para a necessidade de prestarem cuidados protetores do sono¹². - Conhecer os hábitos de sono e as suas características é importante para identificar possíveis problemas relacionados com o sono e encaminhar ou referenciar para um determinado profissional¹².
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1. Adaptado do trabalho elaborado no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Unidade Curricular de Cuidar do Sono RN/ Criança, Santos, I.; Patrício, M.; Nunes, J. (2022). Estratégias Promotoras do Sono para a Criança Hospitalizada.

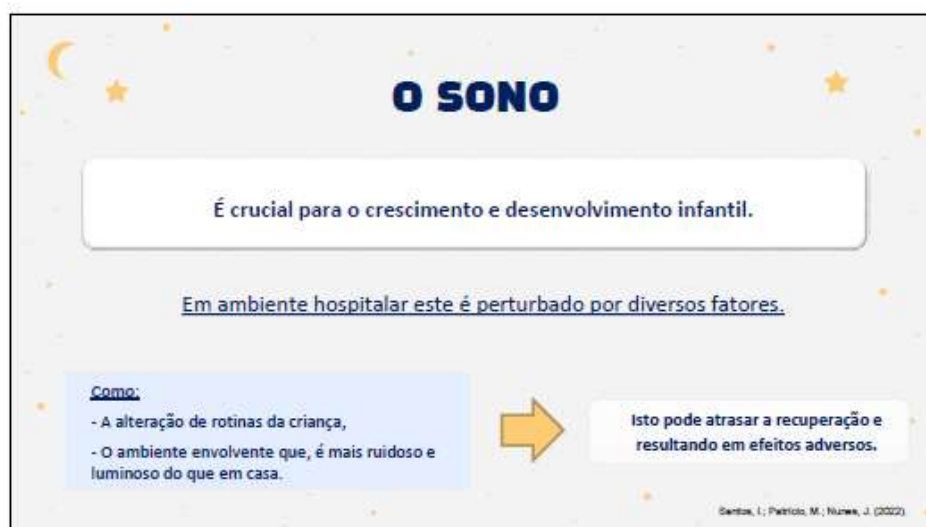
2. Stremler R, Micsinszki S, Adams S, Parshuram C, Pullenayegum E, Weiss SK. Objective Sleep Characteristics and Factors Associated With Sleep Duration and Waking During Pediatric Hospitalization. *JAMA network open* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2022 Dec 11];4(4):e213924. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=33792731&lang=pt-br&site=ehost-live>
3. Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). *Recomendações SPS-SPP: Prática da Sesta da Criança nas Creches e Infantários, Públicos ou Privados*.
4. Timely Information for Providers in South Carolina (2019). *Healthy Sleep Habits for Children & Teens*, South Carolina.
5. Suni, E.; Vyas, N. (2023). How much sleep do babies and kids need?. National Sleep Foundation.
6. Peirce, L. B., Orlov, N. M., Erond, A. I., Anderson, S. L., Chamberlain, M., Gozal, D., & Arora, V. M. (2018). Caregiver and Staff Perceptions of Disruptions to Pediatric Inpatient Sleep. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 14(11), 1895–1902. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7488>
7. Zupanec, S., Jones, H., McRae, L., Papaconstantinou, E., Weston, J., & Stremler, R. (2017). A Sleep Hygiene and Relaxation Intervention for Children With Acute Lymphoblastic Leukemia: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Cancer nursing*, 40(6), 488–496. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000457>
8. Ritmala-Castren, M., Salanterä, S., Holm, A., Heino, M., Lundgrén-Laine, H., & Koivunen, M. (2022). Sleep improvement intervention and its effect on patients' sleep on the ward. *Journal of clinical nursing*, 31(1-2), 275–282. <https://doi.org/10.1111/jocn.15906>
9. Mozer, C. L., Bhagat, P. H., Seward, S. A., Mason, N. R., Anderson, S. L., Byron, M., Peirce, L. B., Konold, V., Kumar, M., Arora, V. M., & Orlov, N. M. (2021). Optimizing Oral Medication Schedules for Inpatient Sleep: A Quality Improvement Intervention. *Hospital pediatrics*, 11(4), 327–333. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-002261>
10. Lee, C. C., Savage, N. M., Wilson, E. K., Brigle, J., Poliakoff, D., Shah, R., & Lowerre, T. (2021). Sleeping Safely! A Quality Improvement Project to Minimize

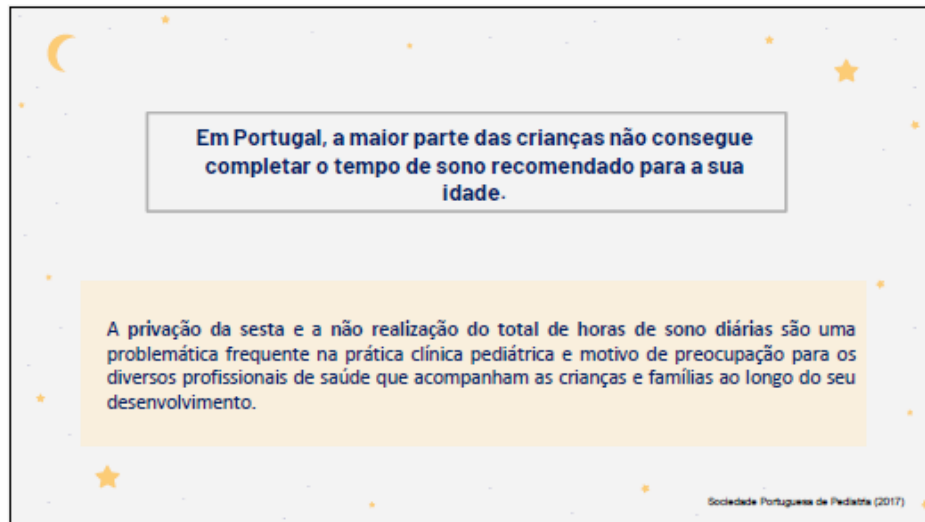
Nighttime Interruptions without Compromising Patient Care. *Pediatric quality & safety*, 6(3), e404. <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000404>

11- Crous, E. C., & North, N. (2021). Sleep promotion for hospitalised children: Developing an evidence-based guideline for nurses. *Curationis*, 44(1), e1–e10. <https://doi.org/10.4102/curationis.v44i1.2219>

12. Papaconstantinou, E. A., Hodnett, E., & Stremler, R. (2018). A Behavioral-Educational Intervention to Promote Pediatric Sleep During Hospitalization: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Behavioral sleep medicine*, 16(4), 356–370. <https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1228639>

Apêndice I – Formação para o Contexto de Internamento “Sono da Criança Hospitalizada”



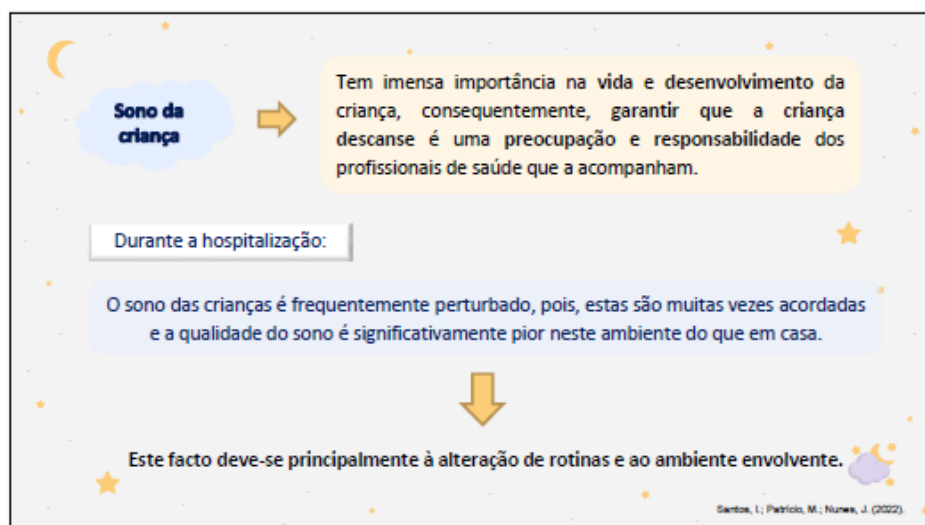


Em Portugal, a maior parte das crianças não consegue completar o tempo de sono recomendado para a sua idade.

A privação da sesta e a não realização do total de horas de sono diárias são uma problemática frequente na prática clínica pediátrica e motivo de preocupação para os diversos profissionais de saúde que acompanham as crianças e famílias ao longo do seu desenvolvimento.

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017)

This infographic slide features a light blue background with a subtle pattern of stars and a crescent moon in the top left corner. The main text is enclosed in a white box with a thin black border. Below it, a yellow box contains additional text. The slide is decorated with small yellow stars and a larger yellow star in the bottom left corner.



Sono da criança → Tem imensa importância na vida e desenvolvimento da criança, consequentemente, garantir que a criança descanse é uma preocupação e responsabilidade dos profissionais de saúde que a acompanham.

Durante a hospitalização:

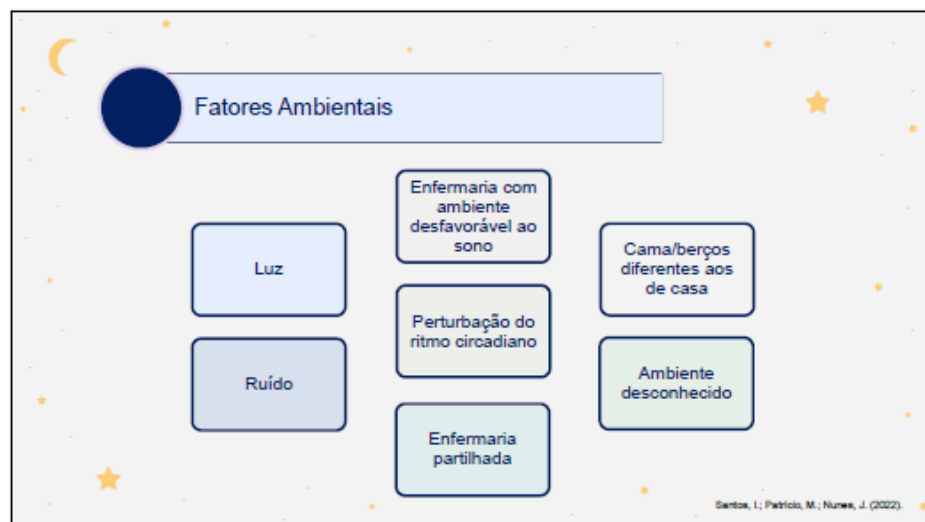
O sono das crianças é frequentemente perturbado, pois, estas são muitas vezes acordadas e a qualidade do sono é significativamente pior neste ambiente do que em casa.

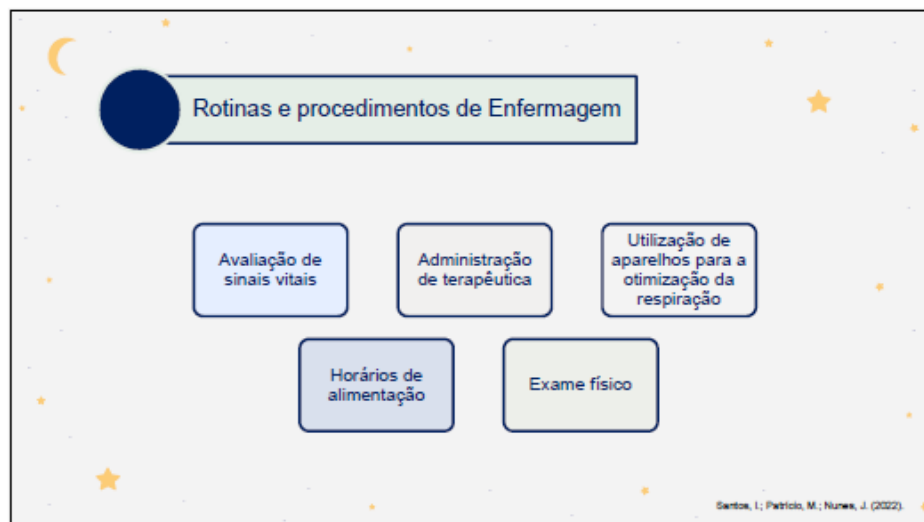
↓

Este facto deve-se principalmente à alteração de rotinas e ao ambiente envolvente.

Santos, I.; Patrício, M.; Nunes, J. (2022).

This infographic slide features a light blue background with a subtle pattern of stars and a crescent moon in the top left corner. It includes a flowchart with a blue cloud labeled 'Sono da criança' pointing to a yellow box. Below this, a white box labeled 'Durante a hospitalização:' points to a blue box. A large yellow arrow points down to a final statement. The slide is decorated with small yellow stars and a larger yellow star in the bottom right corner.





Repercussões da Privação do Sono na Criança



Consequências a Curto Prazo

Consequências a Longo Prazo

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017)

Consequências a Curto Prazo

Distúrbios na modulação do humor e dos afetos	- Irritabilidade/birras - Maior reatividade emocional - Humor variável - Perda do controle emocional
Perturbação da função neuro-cognitiva	- Falta de atenção/distração - Incapacidade de concluir tarefas - Diminuição da flexibilidade do pensamento - Diminuição do raciocínio abstrato - Perturbação da memória
Alteração do comportamento	- Sonolência diurna - Agressividade - Impulsividade/hiperatividade
Alteração motora	- Diminuição da destreza motora - Aumento de lesões acidentais e quedas frequentes

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017)

Consequências a Longo Prazo

Aprendizagem	- Mau rendimento escolar
Comportamento	- Hiperatividade e déficit de atenção
Psicológicas	- Ansiedade - Depressão
Alterações orgânicas	- Alteração da função endócrina - Alteração da função imunológica - Alteração do metabolismo do açúcar (glicose) - Obesidade/excesso ponderal - Hipertensão arterial
Perturbação da vida familiar	- Aumento do risco de depressão materna - Aumento do risco de disfunção familiar

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017)

Que estratégias podemos adotar, de modo a minimizar estas consequências?



Santos, I.; Patrício, M.; Nunes, J. (2022).

AMBIENTE

- Ajustar temperatura ambiente;
- Manter aparelhos eletrônicos desligados durante os períodos de sono;
- Reduzir o ruído;
- Proporcionar ambiente seguro e tranquilo;
- Otimizar o ciclo circadiano da criança (ajuste da luminosidade);
- Presença dos pais ou elemento de referência no momento de dormir (*Bedside carer*).

Santos, I.; Patrício, M.; Nunes, J. (2022).

INFRAESTRUTURAS

- Criar espaços dedicados ao convívio para pais e crianças poderem socializar sem perturbar as restantes crianças internadas. Aproveitar esse local para a realização de telefonemas pessoais.



Santos, I.; Patrício, M.; Nunes, J. (2022).

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Instituir rotinas com horários consistentes de dormir e despertar;
- Ajustar rotinas para a minimização das interrupções, durante o sono, para cuidados de Enfermagem (ex.: *cluster care*);
- Controlar sintomas antes do horário de dormir (ex.: controlo da dor);
- Realizar intervenções de enfermagem de forma calma e silenciosa;
- Agrupar crianças na mesma enfermaria de acordo com a sua idade e diagnóstico;



Santos, I.; Patrício, M.; Nunes, J. (2022).

- Assegurar que as necessidades da criança estão satisfeitas antes de períodos de sono;
- Fornecer atividades para a criança durante o dia de acordo com o estadio de desenvolvimento;
- Criar protocolos e procedimentos que promovam o sono;
- Assegurar que pais e profissionais da equipa multidisciplinar respeitem os padrões de sono da criança;
- Proporcionar técnicas de relaxamento promotoras do sono;
- Perceber anteriores hábitos de sono da criança;
- Promover a realização de sesta diurnas de acordo com a idade da criança.



Santos, I.; Patrício, M.; Nunes, J. (2022).

Hábitos de Sono Saudáveis

O que podemos ensinar aos pais/ cuidadores para melhorar o sono da criança:

- Estabelecer rotinas e hábitos na hora de dormir
- Estabelecer rotinas e hábitos diurnos
- Proporcionar um ambiente confortável e promotor do sono
- Restringir o uso de aparelhos eletrônicos

Timely Information for Providers in South Carolina, (2019)

Estabelecer Rotinas e Hábitos na Hora de Dormir:

- Ir para a cama sempre à mesma hora, inclusive aos fins-de-semana.
- Seguir a mesma rotina todas as noites antes de deitar.
- Planejar com antecedência, terminar os trabalhos de casa cerca de uma hora antes de se deitar.
- A hora antes de se deitar deve ser calma com pouca luz, sem brincadeiras ou utilização de dispositivos eletrônicos.
- Ensinar a criança a relaxar e a adormecer sozinha.
- Colocar a criança na cama sonolenta, mas não adormecida.
- Se necessitar de observar a criança enquanto está a dormir, deve ser rápido e silencioso.

Timely Information for Providers in South Carolina, (2019)

Estabelecer Rotinas e Hábitos Diurnos:

- Levantar-se sempre à mesma hora todos os dias, inclusive aos fins-de-semana.
- Não dormir a sesta durante o dia (geralmente após os 5 anos de idade). Se tiverem de dormir a sesta, façam-na antes das 17 horas, por um período não superior a 45 minutos.
- Evitar sestras em locais que não sejam o quarto.
- Escolher hábitos alimentares saudáveis e realizar as refeições sempre à mesma hora todos os dias.
Não ingerir alimentos que contenham cafeína.
- Planear exercícios e brincadeiras todos os dias, com o máximo de luz pela manhã, de modo a otimizar o ciclo circadiano da criança.

Timely Information for Providers in South Carolina, (2019)

- Se a criança for ansiosa **planear um momento do dia para abordarem todos os assuntos que a preocupam.**
- Estar atento a atividades que possam causar alterações do sono para que possa parar essas atividades 1 a 2 horas antes da hora de dormir.
- Registrar os hábitos de sono da criança de modo a ajudar a encontrar padrões e atividades que ajudem ou não o dormir.



Timely Information for Providers in South Carolina, (2019)

Proporcionar um Ambiente Confortável e Promotor do Sono:

- Usar um **pijama confortável**.
- Garantir que as **fraldas estão secas** ou incentivar a ir à casa de banho antes de dormir.
- **Impedir** que existam **ruidos perturbadores** no quarto.
- Manter um **quarto fresco, escuro, com roupa adequada**, se necessário, **luz noturna indireta**.
- **Retirar distrações** do quarto (ex: TV, computador, telefone, rádio e brinquedos).



Timely Information for Providers in South Carolina, (2019)

- **Não utilizar a cama** da criança para **brincar, estudar** ou realizar **outras atividades**.
- **Não usar a cama como castigo**, não ficar acordado para além da hora de dormir como recompensa pelo bom comportamento. Estes comportamentos sugerem às crianças/adolescentes que "dormir é mau".
- **Colocar o relógio/ despertador** de modo a que não o possam ver.



Timely Information for Providers in South Carolina, (2019)

Restringir o Uso de Aparelhos Eletrônicos:

- Estabelecer **limites de tempo consistentes** para o uso diário de aparelhos eletrônicos.
- Evitar o tempo de ecrãs pelo menos 1 hora antes da hora de dormir.
- O espaço de dormir deve ser uma **"Zona Livre de Tecnologia"**.
- Utilizar um **despertador antigo** em vez de um telemóvel.
- Enquanto adulto, deve ser **um modelo a seguir e dar o exemplo** para a criança/ adolescente.



Timely Information for Providers in South Carolina, (2019)

Poster – Sobre Hábitos de Sono Saudáveis

Como posso ajudar o meu filho a crescer forte e saudável?

A Resposta é em como você cria um bom sono, saudável e consistente!

1. Crie uma rotina.
 É importante estabelecer uma rotina de sono para o seu filho. Isso ajuda a criar um ambiente de sono saudável e consistente. A rotina deve incluir:

- Estabelecer horários regulares para dormir e acordar.
- Criar um ambiente de sono saudável, com um quarto escuro, silencioso e fresco.
- Evitar telas (TV, tablet, celular) antes de dormir.
- Evitar cafeína e alimentos pesados antes de dormir.
- Usar um despertador antigo em vez de um telemóvel.

2. Estabeleça limites e hábitos na hora de dormir.
 É importante estabelecer limites e hábitos na hora de dormir. Isso ajuda a criar um ambiente de sono saudável e consistente. Os limites e hábitos devem incluir:

- Estabelecer horários regulares para dormir e acordar.
- Criar um ambiente de sono saudável, com um quarto escuro, silencioso e fresco.
- Evitar telas (TV, tablet, celular) antes de dormir.
- Evitar cafeína e alimentos pesados antes de dormir.
- Usar um despertador antigo em vez de um telemóvel.

3. Promova um ambiente saudável e consistente para o sono.
 É importante promover um ambiente saudável e consistente para o sono. Isso ajuda a criar um ambiente de sono saudável e consistente. O ambiente deve incluir:

- Um quarto escuro, silencioso e fresco.
- Um colchão confortável e adequado ao tamanho da criança.
- Um travesseiro adequado ao tamanho da criança.
- Um despertador antigo em vez de um telemóvel.

4. Restrinja o uso de aparelhos eletrônicos.
 É importante restringir o uso de aparelhos eletrônicos antes de dormir. Isso ajuda a criar um ambiente de sono saudável e consistente. O uso de aparelhos eletrônicos deve ser restrito a:

- Um tempo limitado antes de dormir.
- Um ambiente de sono saudável, com um quarto escuro, silencioso e fresco.
- Evitar telas (TV, tablet, celular) antes de dormir.
- Evitar cafeína e alimentos pesados antes de dormir.
- Usar um despertador antigo em vez de um telemóvel.

Horas de Sono Recomendadas por Faixa Etária				
Grupo	Faixa Etária	Horas de Sono recomendadas	Numero de sestas recomendadas	Horas de Sono aceitáveis
<u>Recém-nascidos</u>	0 a 3 meses	14 a 17 horas	Variadas	11 a 13 horas 18 a 19 horas
<u>Primeiro ano de vida</u>	4 a 11 meses	12 a 15 horas	2 a 3 sestas	10 a 11 horas 16 a 18 horas
<u>Toddlers</u>	1 a 2 anos	11 a 14 horas	1 a 2 sestas	9 a 10 horas 15 a 16 horas
<u>Pré-escolar</u>	3 a 5 anos	10 a 13 horas	1 sesta	10 a 13 horas
<u>Idade escolar</u>	6 a 13 anos	9 a 11 horas	-----	7 a 8 horas Até 12 horas
<u>Adolescentes</u>	14 a 17 anos	8 a 10 horas	-----	Mais de 7 horas Até 11 horas

National Sleep Foundation (2023)

Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A promoção do sono em ambiente hospitalar é uma prioridade dos cuidados de enfermagem. Florence Nightingale, defendia que evitar que os utentes sejam acordados é um princípio fundamental da boa enfermagem.

Petro, L. B., Orlov, N. M., Eronda, A. I., Anderson, S. L., Chamberlain, M., Gozal, D., & Arora, V. M. (2018)

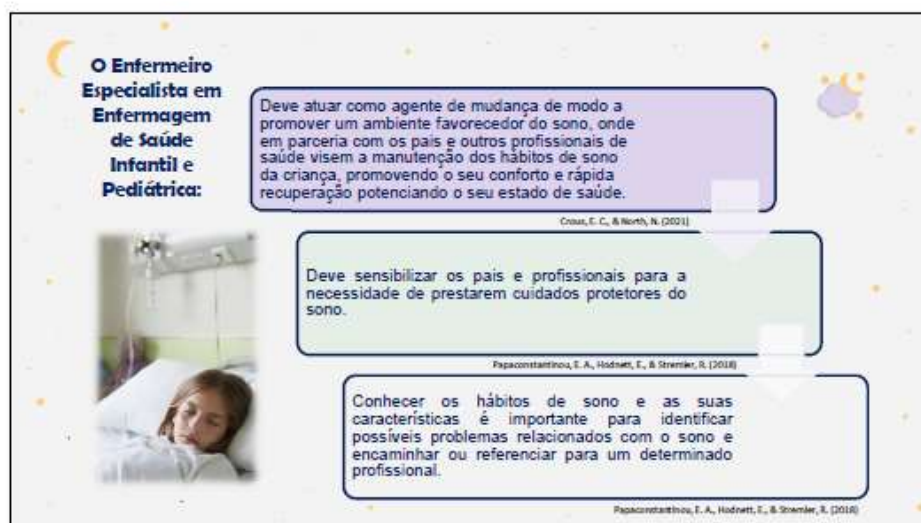
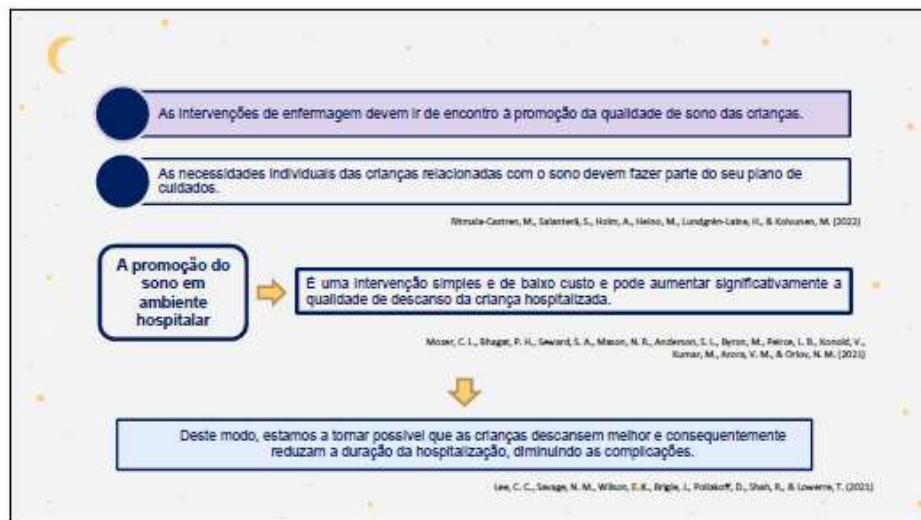
O enfermeiro especialista tem autonomia para realizar sessões de educação para a saúde a colegas, crianças e pais sobre a higiene do sono, com o intuito de melhorar a qualidade de sono da criança doente.

Zupancic, S., Jones, H., Mollae, L., Papakonstantinou, E., Vileston, J., & Sherrler, R. (2017)

↓

- ➡ Deste modo os enfermeiros são os principais agentes na promoção do sono das crianças.
- ➡ Devem trabalhar em conjunto, com os pais/ família, no desenvolvimento da promoção individualizada do sono.

Hirata-Casthen, M., Selenbeck, S., Holm, A., Heino, M., Lundgren-Laine, H., & Koltunen, M. (2022)



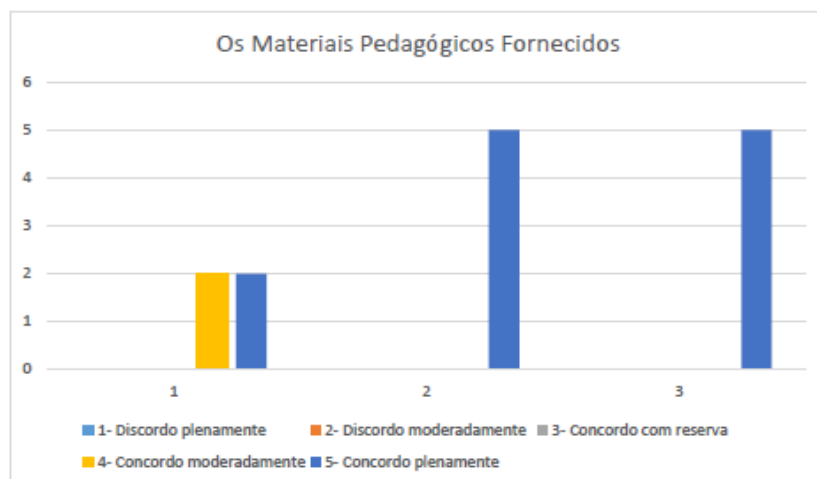
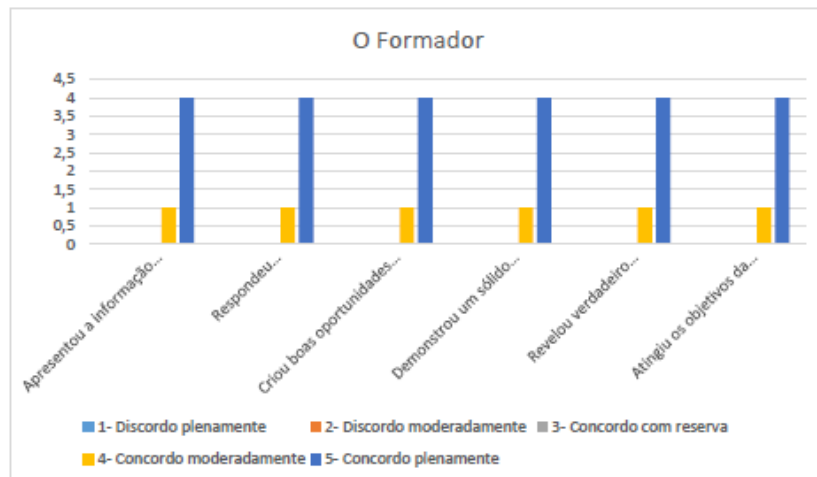


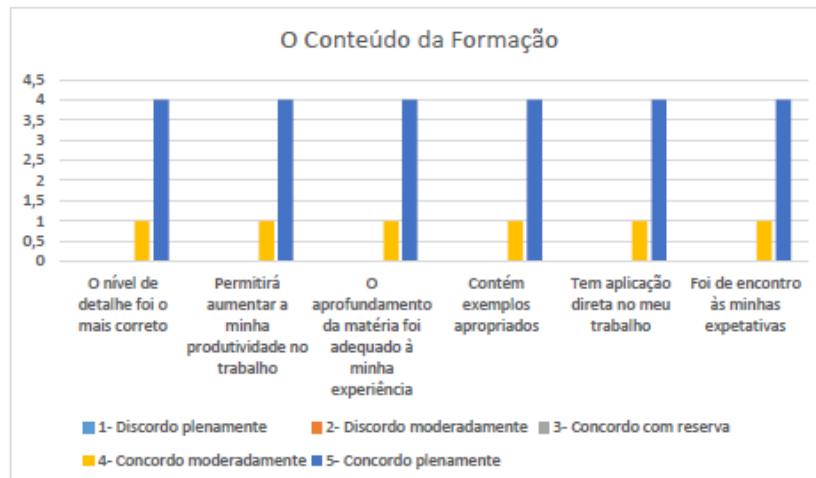
Referências Bibliográficas:

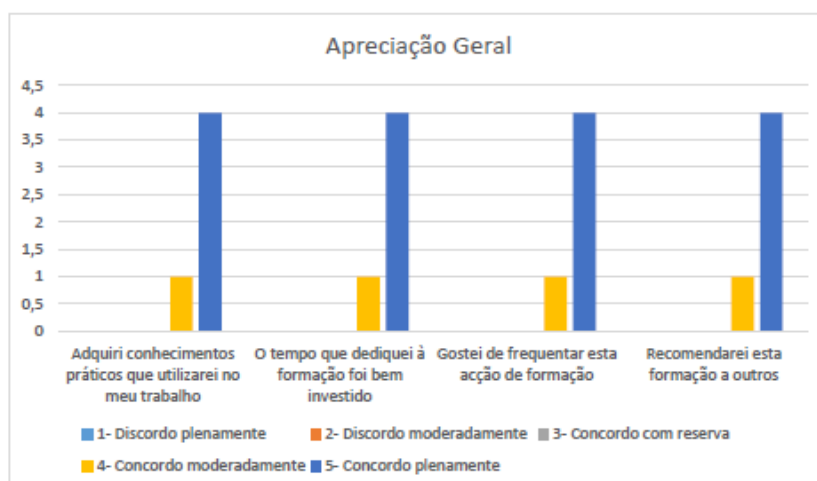
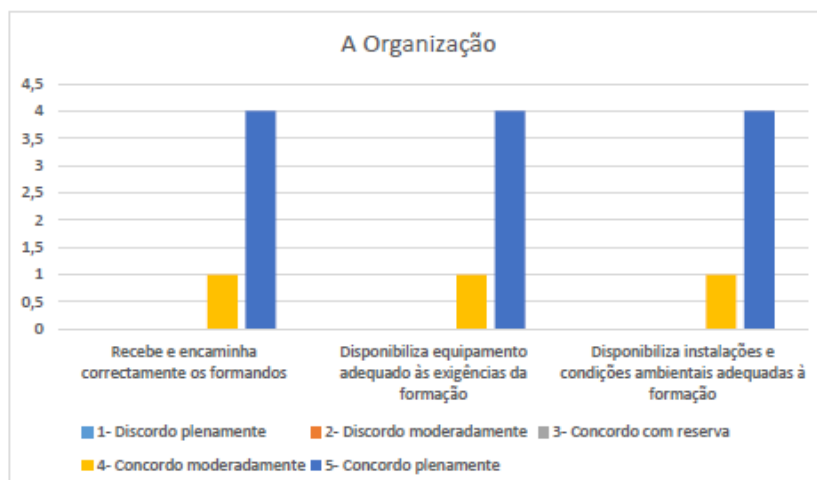
- Suri, E., Vyas, N. (2023). How much sleep do babies and kids need?. National Sleep Foundation.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). Recomendações SPSP-PPP: Prática da Seste da Criança nos Creches e Infantários, Públicos ou Privados.
- Adequação do trabalho elaborado no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Cruz Vermelha Portuguesa, Unidade Curricular de Cuidar do Sono RN/ Criança, Santos, L; Patrício, M.; Nunes, J. (2022). Estratégias Promotoras do Sono para a Criança Hospitalizada.
- Timely Information for Providers in South Carolina (2019). Healthy Sleep Habits for Children & Teens, South Carolina.
- Zupancic, S., Jones, H., McIlwain, L., Papaconstantinou, E., Weston, J., & Stremmel, R. (2017). A Sleep Hygiene and Relaxation Intervention for Children With Acute Lymphoblastic Leukemia: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Cancer nursing*, 40(6), 488-496. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000457>
- Blomkvist-Castren, M., Salanterä, S., Holm, A., Hailio, M., Lundgren-Laine, H., & Kolvinen, M. (2022). Sleep Improvement Intervention and its effect on patients' sleep on the ward. *Journal of clinical nursing*, 32(1-2), 275-282. <https://doi.org/10.1111/jocn.15906>
- Peirce, L. B., Orlov, N. M., Grondin, A. L., Anderson, S. L., Chamberlain, M., Gossel, D., & Arora, V. M. (2018). Caregiver and Staff Perceptions of Disruptions to Pediatric Inpatient Sleep. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 14(11), 1295-1302. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7408>
- Mowat, C. L., Bhagat, P. H., Seward, S. A., Mason, N. R., Anderson, S. L., Byron, M., Peirce, L. B., Konold, V., Kumar, M., Arora, V. M., & Orlov, N. M. (2021). Optimizing Oral Medication Schedules for Inpatient Sleep: A Quality Improvement Intervention. *Hospital pediatrics*, 11(4), 327-333. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-002281>
- Lee, C. C., Savage, N. M., Wilson, E. K., Brigg, J., Pollockoff, D., Shah, R., & Lowery, T. (2021). Sleeping Safely! A Quality Improvement Project to Minimize Nighttime Interruptions without Compromising Patient Care. *Pediatric quality & safety*, 6(1), e404. <https://doi.org/10.1097/pqs.0000000000000456>
- Crous, E. C., & North, N. (2021). Sleep promotion for hospitalized children: Developing an evidence-based guideline for nurses. *Curationis*, 44(1), e1-e10. <https://doi.org/10.4103/curationis.v44i1.2219>
- Papaconstantinou, E. A., Hodnett, E., & Stremmel, R. (2018). A Behavioral-Educational Intervention to Promote Pediatric Sleep During Hospitalization: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Behavioral sleep medicine*, 16(4), 356-370. <https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1238639>

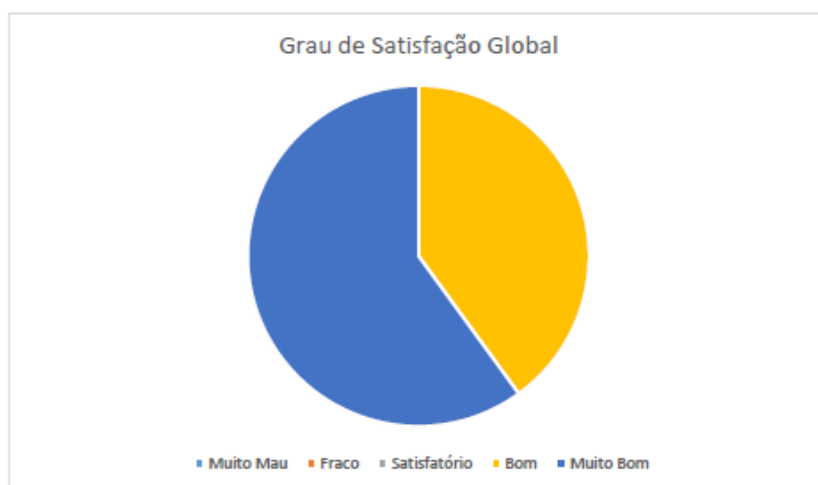
Apêndice J – Gráficos de análise dos questionários do Contexto de Internamento de Pediatria

Análise de Questionário de Avaliação – Formandos
(Serviço de Internamento de Pediatria)









**Apêndice K – Poster de divulgação da formação do Contexto de Internamento de
Pediatria**



Formação sobre o Sono da Criança Hospitalizada

Dia 19 de maio 2023

Às 15h

Local: Serviço de Internamento de Pediatria

Elaborada no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediátrica por:
Enf. Inês Santos

Sob Orientação:

**Apêndice L – Plano de sessão da formação do Contexto de Internamento de
Pediatria**

Plano de Sessão: Formação para Profissionais

Tema: Formação sobre o Sono da Criança Hospitalizada

Data: 19 maio 2023 Hora: 15:00

Local: Serviço de Internamento de Pediatria

População alvo: Enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria

Objetivo geral: Explorar as principais estratégias e recomendações sobre o sono da criança hospitalizada.

Objetivos Específicos	Conteúdos Programáticos	Duração 1 hora	Metodologia	Recursos	Avaliação
Explicitar os conceitos referentes à temática; Especificar os fatores disruptores do sono em contexto hospitalar; Perceber as repercussões da privação do sono na criança; Conhecer as estratégias a adotar de modo a minimizar as consequências referentes a hábitos de sono inadequados; Especificar os hábitos de sono saudáveis; Conhecer as horas de sono recomendadas por faixa etária; Perceber o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.	<u>Apresentação</u> <u>Introdução</u> - O Sono - Fatores Disruptores do Sono em Contexto Hospitalar - Repercussões da Privação do Sono na Criança - Quais Estratégias podemos adotar, de modo a minimizar estas consequências? - Hábitos de Sono Saudáveis - Poster – Sobre Hábitos de Sono Saudáveis - Horas de Sono Recomendadas por Faixa Etária - Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica <u>Referências Bibliográficas</u> <u>Avaliação – com questionário de satisfação</u>	3 min. 5min. 5min. 15min. 10min. 2min. 10min. 8min. 2min.	Método Expositivo com recurso a apresentação em powerpoint.	PC com acesso à Internet; Ecrã transmissor.	A avaliação da sessão com recurso a questionário de satisfação.

Apêndice M – Poster para o Contexto de Internamento de Pediatria “Como posso ajudar o meu filho a crescer forte e saudável?”

Como posso ajudar o meu filho a crescer forte e saudável?



A Resposta é proporcionar-lhe todos os dias um **SONO**, tranquilo e reparador!

Sabía que...

O uso de dispositivos eletrónicos, brincar ou fazer exercício físico antes da hora de deitar e não adormecer a uma hora certa todos os dias, pode afetar o adormecer?

O que podemos fazer para melhorar o sono:

Estabelecer rotinas e hábitos na hora de dormir

- Ir para a cama sempre à mesma hora, inclusive aos fins-de-semana.
- Seguir a mesma rotina todas as noites antes de deitar.
- Planear com antecedência, terminar os trabalhos de casa cerca de uma hora antes de se deitar.
- A hora antes de se deitar deve ser calma com pouca luz, sem brincadeiras ou utilização de dispositivos eletrónicos.
- Ensinar a criança a relaxar e a adormecer sozinha.
- Colocar a criança na cama sonolenta, mas não adormecida.
- Se necessitar de observar a criança enquanto está a dormir, deve ser rápido e silencioso.

Estabelecer rotinas e hábitos diurnos

- Levantar-se sempre à mesma hora todos os dias, inclusive aos fins-de-semana.
- Não dormir a sesta durante o dia (geralmente após os 5 anos de idade). Se tiverem de dormir a sesta, façam-na antes das 17 horas, por um período não superior a 45 minutos. Evitar sestas em locais que não sejam o quarto.
- Escolher hábitos alimentares saudáveis e realizar as refeições sempre à mesma hora todos os dias. Não ingerir alimentos que contenham cafeína.
- Planear exercícios e brincadeiras todos os dias, com o máximo de luz pela manhã, de modo a otimizar o ciclo circadiano da criança.
- Se a criança for ansiosa planear um momento do dia para abordarem todos os assuntos que a preocupem.
- Estar atento a atividades que possam causar alterações do sono para que possa parar essas atividades 1 a 2 horas antes da hora de dormir.
- Registrar os hábitos de sono da criança de modo a ajudar a encontrar padrões e atividades que ajudem ou não o dormir.

Proporcionar um ambiente confortável e promotor do sono

- Usar um pijama confortável.
- Garantir que as fraldas estão secas ou incentivar a ir à casa de banho antes de dormir.
- Impedir que existam ruídos perturbadores no quarto.
- Manter um quarto fresco, escuro, com roupa adequada, se necessário, luz noturna indireta.
- Retirar distrações do quarto (ex: TV, computador, telefone, rádio e brinquedos).
- Não utilizar a cama da criança para brincar, estudar ou realizar outras atividades.
- Não usar a cama como castigo, não ficar acordado para além da hora de dormir como recompensa pelo bom comportamento. Estes comportamentos sugerem às crianças/ adolescentes que "dormir é mau".
- Colocar o relógio/ despertador de modo a que não o possam ver.

Restringir o uso de aparelhos eletrónicos

- Estabelecer limites de tempo consistentes para o uso diário de aparelhos eletrónicos.
- Evitar o tempo de ecrãs pelo menos 1 hora antes da hora de dormir.
- O espaço de dormir deve ser uma "Zona Livre de Tecnologia".
- Utilizar um despertador antigo em vez de um telemóvel.
- Enquanto adulto, deve ser um modelo a seguir e dar o exemplo para a criança/ adolescente.



Elaborado no âmbito do estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica por:

Referências Bibliográficas:

- Timely Information for Providers in South Carolina, (2019), Healthy Sleep Habits for Children & Teens, South Carolina.

Enf.ª Inês Santos
Sob Orientação:

Apêndice N – Documento para o Contexto de Urgência Pediátrica “Gestão da Dor em Pediatria”

GESTÃO DA DOR EM PEDIATRIA

TÍTULO:	Guia para Enfermeiros para a Minimização da Dor em Pediatria							
ELABORADO por:	Enf. Inês Santos							
DATA:	2023-06-23							
OBJETIVO:	Disponibilizar aos Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediatria um guia orientador para a gestão da dor em pediatria.							
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros do Serviço de Urgência de Pediatria							
RESPONSÁVEIS:								
APROVADO por:	ACEITE por:							
Conselho de administração								
INTRODUÇÃO:	Segundo a IASP (2016) “a dor é uma experiência desagradável, associada com lesão tecidual concreta ou potencial, com componentes sensoriais, emocional, cognitiva e social.” Neste sentido McCaffery (1979), diz-nos que a “dor é tudo o que a pessoa que a experimenta diz, existindo sempre que ela diz que existe.”¹ Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), a gestão eficaz da dor a nível dos domínios da avaliação e controle é uma responsabilidade da profissão de enfermagem, neste sentido o enfermeiro desempenha um papel muito importante na promoção do conforto e alívio da mesma uma vez que esta é considerada o 5º sinal vital.¹ O alívio da dor é um dos direitos humanos fundamentais, em pediatria este facto é enaltecido nos seguintes documentos, a Declaração De Montreal, a Declaração De Ottawa e a Carta (Dos Direitos) Da Criança Hospitalizada. Neste sentido o alívio da dor na criança deve ser uma prioridade dos cuidados de enfermagem e de todos os profissionais de saúde.²							
DESCRIÇÃO	Sabemos que as crianças que sentem dor e guardam memória da mesma. A dor não tratada tem consequências na vida da criança, a curto e a longo prazo.³ A curto prazo o medo pode gerar sintomas fisiológicos graves, como o medo do profissional de saúde, locais como hospital e centro de saúde, aumentando deste modo, o nível de dor e medo para os procedimentos subsequentes.³							

A longo prazo a **falta de prevenção face à saúde**, pois, adultos que outrora foram crianças, **negam** efetuar procedimentos de rotina como por exemplo a **colheita de sangue para análises** e o **incumprimento do esquema de vacinação**.³

FATORES QUE INFLUENCIAM A DOR

Existem diversos fatores que podem influenciar a percepção da dor, podendo estes ser **fatores socioculturais, psicológicos e biológicos**.²

Em relação aos Fatores Socioculturais estes podem ser a influência familiar, modelos de reação à dor, nível de ansiedade dos pais, educação, suporte social, amigos, ambiente escolar, crenças culturais e religiosas.²

Já os Fatores Psicológicos dizem respeito a experiências prévias de dor, personalidade, emoções, medo, ansiedade e estratégias de adaptação adquiridas.

Os Fatores biológicos correspondem à predisposição genética, idade, estágio de desenvolvimento, género, tipo e extensão da lesão ou da doença associada.²

PRINCÍPIOS GERAIS DE ATUAÇÃO

Existem vários princípios aos quais o enfermeiro deve ter em conta quando procede a realização de procedimentos dolorosos de modo a controlar a dor.

Princípios Gerais:

- Ter atenção à **idade da criança** e ao seu **desenvolvimento cognitivo**.⁴
- **Negociar a presença do pai/mãe** ou de alguém significativo.⁴
- Facilitar a **segurança e proteção** pelos pais.⁴
- Permitir que **os pais decidam o tipo de colaboração que pretendem dar**, tendo em conta o papel parental desejado no momento.⁴
- Sempre que possível, assegurar que **os procedimentos sejam executados pelo enfermeiro com quem a criança/ família já tem uma relação de confiança estabelecida**.⁴
- **Dar informação** à criança de **forma simples e exata** sobre o que irá ser feito.
- **Nunca usar procedimentos médicos ou de Enfermagem como ameaça**.⁴
- **Ser honesto**.⁴
- **Ajudar a criança a fazer perguntas e exprimir sentimentos**.⁴
- **Não dar à criança falsa confiança e tranquilidade** em relação ao «procedimento doloroso, dizendo que «não vai doer nada»». ⁴

As crianças expressam dor de diferentes formas conforme a idade.

Em relação aos RECÉM-NASCIDOS estes apresentam:

- **Expressão facial** de desconforto;²
- **Choro intenso**;²
- **Respostas corporais** ("O corpo fala");²
- **Modificação no comportamento**;²
- **Sinais físicos**: frequência cardíaca e respiratória aumentadas.²

As CRIANÇAS DE 1-3 ANOS, manifestam-se sobretudo por gritos – sendo esta idade designada da "Idade do grito", em que tem:

- **Choro e gritos**;²
- **Grande ansiedade**;²
- **Usam palavras** para a dor (ai, ui, dói);²
- **Expressão facial**;²
- **Expressão corporal**: agitação, agressividade, proteção da zona dolorosa.²

As CRIANÇAS DE IDADE PRÉ-ESCOLAR (3-6 ANOS) têm "pensamento mágico": pensam que o beijinho da mamã faz passar o dói-dói...

- **Conseguem exprimir a dor**;²
- **Manifestam alterações comportamentais** como **agitação e agressão física**;²
- **Apresentam grande preocupação com perda de parte do corpo, medo** das agulhas e procedimentos médicos;²
- **Acreditam** que a **dor é uma punição**;²
- **Misturam factos reais com ficção**;²
- **Apresentam pensamento mágico** em relação à dor.²

As CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR são mais exigentes e necessitam de explicações pois:

- **Conseguem descrever** a sua dor;²
- **Podem fazer associação entre a dor e a causa**;²
- **Gostam e precisam de explicações** sobre os procedimentos;²
- **Expressão corporal**: imobilidade e rigidez, posição fetal, proteger ou tocar a área dolorosa, cerrar os punhos, isolamento;²

- **Expressão comportamental:** podem tornar-se irritáveis, zangados, tristes, deprimidos ou agressivos; alteração do padrão de sono.²

Os ADOLESCENTES questionam-se do porquê de ocorrer com eles e:

- Precisam de manter a **autoestima e controlo**;²
- Podem não mostrar comportamentos da dor por **vergonha** – difícil descodificação facial;²
- Beneficiam com o ensino de **técnicas de controlo da dor**;²
- A **sensação de abandono e depressão** pode surgir rapidamente.²

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

Em relação a avaliação da dor, face as diferentes idade, utilizam-se diferentes escalas.

Em relação aos RECÉM-NASCIDOS utiliza-se a escala NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) é usada para prematuros e recém-nascidos de termo:

NIPS	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraiada	–
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Diferente do basal	–
Braços	Relaxados	Fletidos/estendidos	–
Pernas	Relaxados	Fletidos/estendidos	–
Estado de consciência	Dormindo/calmo	Desconfortável	–

Pontuação máxima de 7 pontos, considerando dor ≥ 4 .

Fig. 2 – Retirado de artigo Pain evaluation in neonatology⁵

Para crianças MENORES DE 4 ANOS OU CRIANÇAS SEM CAPACIDADE PARA VERBALIZAR utiliza-se a Escala FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*):

Categorias	Premiação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou subexpressões fixadas de vez em quando, intermitente, desinteressante	Tenore fixamente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Curvadas ou esticadas
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Comovendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choro intermitente; queixa ocasional	Choro contínuo, grito ou soluço; queixa com frequência
Consolabilidade	Soneita, relaxada	Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

Fig. 3 – Retirado de artigo Cultural adaptation to Brazilian Portuguese of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised (FLACC) scale of pain assessment⁶

Em relação a crianças A PARTIR DOS 4 ANOS pode-se utilizar a Escala de faces de

Wong-Baker:



Fig. 4 – Retirado da Wong-Baker faces foundation⁷

Ou Escala de faces revista (FPS-R Faces Pain Scale-Revised):

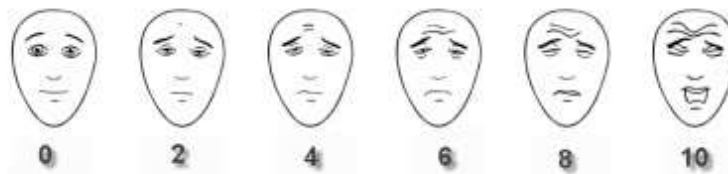


Fig. 5 – Retirado do artigo Cross-cultural adaptation and translation of two pain assessment tools in children and adolescents⁸

Para crianças A PARTIR DOS 6 ANOS utilizam-se a Escala Visual Analógica (EVA) e a Escala Numérica (EN):

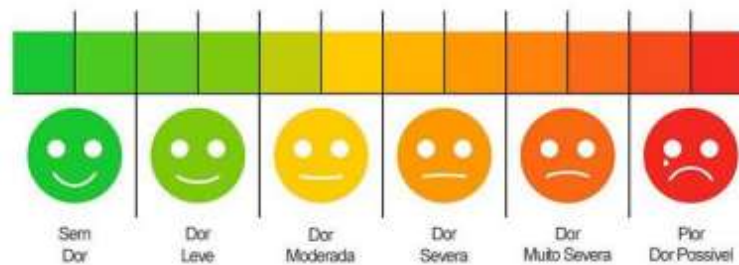


Fig. 6 – Retirado do site www.cafisio.com

Em relação a CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA OU PROBLEMAS DE DESENVOLVIMENTO utiliza-se a Escala FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised):

Categorias	Posturação		
	0	1	2
F: Face	Sem expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de careta ou contraturas faciais, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado.	Síntomas espasticamente ou constantemente salientes, mandíbulas cerradas, olhos trêmulos. Face apresentando estresse: expressão angustiada ou de pânico.
P: Pernas	Posição normal ou relaxada	Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais.	Chute ou pernas soltas. Autismo considerável da espasticidade, tremores constantes ou secúndarios.
A: Atividade	Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente.	Contorcendo-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por exemplo, movimento da cabeça para a frente e para trás, comportamento agressivo), respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes.	Corpo enrijecido, rígido ou trêmulo. Agitação intensa, cabeça chacoalhando (não vigorosamente), tremores, respiração presa em gaspingos inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial.
C: Choro	Sem choro (acordado ou dormindo)	Gemidos ou laminitas, reclamações ocasionais, impulsos verbais ou grunhidos ocasionais.	Choro regular, gritos ou soluços, reclamações frequentes, repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes.
G: Consolabilidade	Contente, relaxado	Tranquilizado por toques ocasionais, abraços ou conversa e distração.	Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto.
Orientações para aplicação da escala			
1- Cada uma das cinco categorias (F) Face, (P) Pernas, (A) Atividade, (C) Choro, (G) Consolabilidade é pontuada de 0-2, resultando num escore total entre zero e dez. 2- Pacientes acordados: Observe por pelo menos 1-2 minutos. Observe pernas e corpo descobertos. Reposicione o paciente ou observe a atividade, avalie tensão e tensão corporal. Inicie intervenções de conforto, se necessário. 3- Pacientes dormindo: Observe por pelo menos 2 minutos ou mais. Observe corpo e pernas descobertos. Se possível, reposicione o paciente. Toque o corpo e avalie tensão e tensão. 4- A FLACC revisada pode ser utilizada para todas as crianças não verbais. As descrições adicionais (em negrito) são descrições validadas em crianças com dificuldades cognitivas. A enfermagem pode revisar com os pais os descritores dentro de cada categoria. Pergunte a eles se há comportamentos adicionais que melhor indiquem a dor em seus filhos. Adicione esses comportamentos na categoria apropriada da escala.			

Fig. 7 – Retirado do artigo Adolescent Pediatric Pain Tool for Multidimensional Measurement of Pain in Children and Adolescents⁹

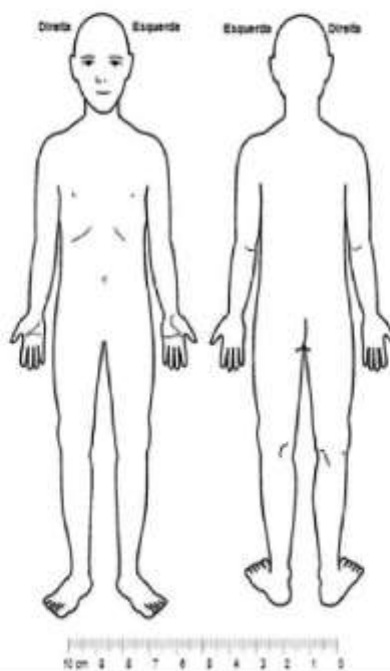
Existem ainda OUTROS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO como a Avaliação multidimensional da dor: Escala APPT (*Adolescent Pediatric Pain Tool*), mais utilizada para a avaliação de dor aguda ou crônica:

ADOLESCENT PEDIATRIC PAIN TOOL

APPT - VERSÃO PORTUGUESA (PT)

INSTRUÇÕES

1. Pinte nestes desenhos as áreas que mostram onde tem dor.
Pinte as áreas grandes ou pequenas conforme a dor que tem nesse local.



2. Faz um traço de cima para baixo nesta linha para mostrar quanto dói:

Sem dor	Dor pequena	Dor média	Dor grande	Pior dor possível
---------	-------------	-----------	------------	-------------------

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

1. Acorda	2. Como uma bolha	10. Muito desagradável	12. Pára e recorda
3. Não	4. Assim	11. Normal	13. De vez em quando
5. Nunca	6. Quente	14. Faz morrer	15. Começa a desanimar
7. Interia	8. Como uma calosa	16. Não	17. Às vezes
9. Nunca	10. Dança	18. Sempre igual	
11. Desconfortável	12. Dança	19. Faz chorar	
13. Curta	14. Como um beliscão	20. Assustadora	
15. Longa	16. Belica	21. Faz gritar	22. Se quiseres, podes acrescentar outras palavras:
17. Pica e continua	18. Pressão	23. Alentadora	
19. Como uma ferida	20. Faz comichão	24. Causa torturas	
21. Sente	22. Como um anémico	25. Enjoa	
23. Como uma chateada	24. Como uma praga	26. Sufocante	
25. Como um chute	26. Assim	27. Não passa	
27. Como uma mancha	28. Pica	29. Inconduzível	
29. Como um muro	30. Como um choque	31. Inconduzível	
31. Prega	32. Como um bico	33. Sempre presente	
33. Como uma moeda	34. Como um fio	35. Vai e volta	
35. Dança	36. Dança	37. Vem de repente	
37. Como um aflicto	38. Não deixa dormir	39. Continua	
39. Como uma bola de fogo	40. Incha	41. Continua	
41. Como uma estilhaça	42. Apertado	43. Quase sempre	
43. Não			
45. Como um golpe			

19 (34) _____ 27 _____ 9

37 (74) _____ 41 _____ 9

45 (74) _____ 49 _____ 9

57 (74) _____ 61 _____ 9

Total: 87 = 9

Fig. 8 – Retirado de artigo Cultural adaptation to Brazilian Portuguese of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised (FLACC) scale of pain assessment⁶

MEDOS NAS DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS

Em relação aos medos mais frequentes em pediatria consoante a idade podemos identificar os seguintes medos:

Idades	Medos Mais Frequentes
0 - 1 ano	Estímulos intensos e desconhecidos. Ruídos fortes. Pessoas estranhas. Animais. Máscaras. Tempestades.
2 - 4 anos	Escuro. Bruxas e fantasmas. Catástrofes. Separação dos pais.
4 - 6 anos	Dano corporal. Ridículo.

6 - 9 anos	Acidentes e doenças. Mau rendimento escolar. Conflito parental.
9 - 12 anos	Relações interpessoais. Perda de autoestima.
12 - 18 anos	Insetos e répteis. Alturas. Sangue. Espaços fechados. Tempestades.

Tabela 1 – Retirado de Ordem dos Enfermeiros (2013)⁴

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

As Estratégias Não Farmacológicas, são eficazes em **situação de dor ligeira** e para **procedimentos dolorosos rápidos**. Podem ser utilizadas como **complemento** dos medicamentos analgésicos, uma vez que **aumentam o sentimento de controlo da dor**, promovem a **autonomia** da criança e da família, são **seguras, não invasivas, económicas** e a criança e os pais **podem aprender a usá-las**.²

A ANALGESIA MULTIMODAL funciona com vários agentes, intervenções, reabilitação e terapias que **atuam de forma sinérgica** para controlo da dor. Permite tratamento mais eficaz, com menos efeitos colaterais do que com medicação analgésica ou uma modalidade terapêutica. Estas estratégias contribuem para reduzir a percepção da dor, tornar a dor mais tolerável e diminuir a ansiedade e o medo.²

BRINCAR TERAPÊUTICO

A criança tem o direito a desenvolver atividades lúdicas, mesmo nas situações em que a sua saúde está comprometida e necessita de internamento hospitalar. A utilização de estratégias não farmacológicas, assenta na metodologia da **brincadeira lúdica e da brincadeira terapêutica**.²

A brincar, a criança expressa os seus medos, desejos e experiências vividas, tendo a possibilidade de **libertar emoções, tensões e frustrações**. Brincar também **promove a espontaneidade, a diversão, a satisfação e a autoestima da criança**. Através da brincadeira, a criança **interage com o meio que a rodeia e com os profissionais de saúde**, tem a possibilidade de **fazer escolhas e de assumir o controlo das situações**.²

Brincar é, para a criança, uma forma de **comunicar com os outros** e exige reciprocidade. É útil no momento da **admissão ao hospital e na preparação para procedimentos**.²

O Brinquedo Terapêutico é muito importante pois **auxilia na preparação da criança para os procedimentos invasivos**, possibilitando o manuseamento dos materiais que irão ser usados e **facilita a comunicação entre a criança e o enfermeiro**.²

As Intervenções Não Farmacológicas em Recém-Nascidos passam por:

- **Ajuste da luminosidade** sobre o recém-nascido;²
- **Redução do ruído ambiente** (promovendo o silêncio, evitando conversas desnecessárias e diminuindo os alarmes sonoros dos monitores);²
- **Promoção do sono e repouso**;²
- **Posicionamento adequado** (a contenção em «ninhos» que promovam a sua organização comportamental, rolos de posicionamento);²
- **Agrupamento de cuidados** minimizando as manipulações;²
- A **massagem** terapêutica;²
- **Embalco** ao colo;²
- O **contacto físico** (principalmente com a mãe) atenua a resposta comportamental e fisiológica à dor, em recém-nascidos a termo;²
- O **método canguru**;²
- A **sucção não nutritiva**;²
- O **leite materno**;²
- A **sacarose a 24%**.²

As Intervenções Não Farmacológicas em Crianças/ Adolescentes dizem respeito a:

- **Intervenções cognitivas** (distração; informação antecipatória; reforço positivo; imaginação guiada; simulação ou modelação).²
- **Intervenções comportamentais**²
- Distração comportamental²
- Relaxamento muscular (Exercícios de respiração diafragmática; Exercícios de relaxamento muscular progressivo; Exercícios de relaxamento ativo)²
- **Intervenções cognitivo-comportamentais** – são a combinação de intervenções. Visam **modificar os processos cognitivos da criança** pois **as cognições influenciam o modo como ela sente e percebe os procedimentos**. São utilizadas em **crianças mais crescidas e adolescentes**, uma vez que se pretende-se que a **criança passe a compreender a associação que existe**

entre os pensamentos, sentimentos e comportamentos decorrentes da dor ou aqueles que aumentam a sua intensidade.²

ESTRATÉGIAS FÍSICAS

Existem diversas estratégias físicas para minimizar a dor face aos procedimentos dolorosos em crianças. Como por exemplo: massagem ou toque terapêutico, sucção não nutritiva (sacarose <12 meses); posicionamento de conforto; contacto pele a pele e contenção (swaddling); aplicação de vibração e frio (ex: buzzy); realidade virtual; medidas de conforto; aplicação de calor/ frio; acupressão, reflexologia, aromaterapia, acupuntura e a utilização de kit-sem-doi-doi.⁴

Existem ainda **OUTRAS ESTRATÉGIAS** às quais o enfermeiro pode recorrer para minimizar a ansiedade e o medo da criança face aos procedimentos, são estas:

- **Musicoterapia** – diminui o stress, através da produção de endorfinas, minimizando a dor.⁴
- **Arteterapia** - o teatro, a música, a arte, a poesia, as marionetas, a escrita e o desenho podem ajudar a criança a falar sobre a sua doença e a ganhar controlo sobre a dor.⁴
- **Humor** – proporciona alívio da tensão, estimula o sorriso e o riso associando assim prazer e sensação de bem-estar.⁴

BUZZY

Trata-se de uma estratégia **fácil, reutilizável e rápida** para a gestão da dor de crianças submetidas a procedimentos dolorosos relacionados com agulhas. É um dispositivo constituído por dois componentes, um o **corpo da abelha** (vibração) e as **asas de gelo removíveis** (frio). O **objetivo** do frio e das vibrações é bloquear a transmissão de sinais de dor¹⁰.

REALIDADE VIRTUAL

Trata-se de um **método não farmacológico de distração** sendo este não **invasivo, rentável, prático, simples e eficaz** que pode ser utilizado para distrair a atenção das crianças da dor durante os procedimentos dolorosos associados a agulhas. **Este reduz**

a dor e ansiedade, e o material necessário para a sua utilização são os óculos de realidade virtual e o telemóvel com acesso a internet¹¹.

KIT-SEM-DÓI-DÓI

Destina-se a **diminuir o medo** e a **ansiedade** da criança/ adolescente, associados a procedimentos dolorosos⁴.

O *kit* permite a utilização de **estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais** no controlo da dor, e estimula a cooperação e a criatividade, através do ato de brincar. É **organizado de acordo com as diferentes faixas etárias**⁴.

É constituído por **diversos de materiais didáticos e lúdicos**, como por exemplo: compressas, pensos, adesivos, ligaduras, soro fisiológico, máscaras, barretes, luvas cirúrgicas, seringas, brinquedos com texturas, cor e sons, CD's de músicas e histórias, livros, lápis para pintar, bonecos, fantoches, bolas de sabão, apitos, bolas anti-stress e jogos⁴.

ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS

A utilização de analgesia, **permitem a segurança e eficácia dos procedimentos e o conforto da criança**. A escolha dos fármacos e a via de administração dependem do grau de dor e ansiedade que os procedimentos provocam e da necessidade, ou não, de imobilidade da criança².

Alguns Princípios Básicos Da Administração Dos Analgésicos são:

- Escolher os fármacos de acordo com a intensidade da dor²;
- Administrar os fármacos pela **via menos invasiva possível** - idealmente por via oral²;
- Administrar os fármacos num **horário regular e não em SOS**²;
- Adequar os fármacos de acordo com o **efeito pretendido**².

Fármacos Mais Utilizados:



Fig. 9 – Retirado de Desenhos da Minha Dor (2018)³.

Anestesia local

- **Sprays** (Ex: cloreto de etilo)²
- **Creme ou adesivo com anestésico local** (Ex: lidocaína/prilocaina) – colocado na pele 1h antes; pode ser usado em qualquer idade²
- **Injeção intradérmica/ subcutânea de lidocaína** - suturas, punções, procedimentos cirúrgicos ou dermatológicos superficiais²
- **Gel e spray de lidocaína**²

Sedação e Analgesia por Via Intranasal

Com a utilização de um atomizador nasal é possível administrar fármacos analgésicos e sedativos. Ex: fentanilo, cetamina, midazolam - sedação em pediatria para a realização de punção lombar².

Sedação e Analgesia por Via Inalatória

Permite sedação ligeira e analgesia, para procedimentos geradores de **grande ansiedade** em **dor ligeira a moderada**. Recorrendo à mistura de dois gases: 50% de **oxigénio** e 50% de **protóxido de azoto**. Utilizado por exemplo para a colocação de cateteres, análises, sutura de feridas, pensos, punção lombar, etc.²

A criança fica **relaxada, tem menos dor e fica menos ansiosa**. É eficaz e **pode ser potenciada por intervenções não farmacológicas como a imaginação guiada**.²

A criança tem de respirar através de uma máscara. É mais eficaz a partir dos 3 anos.²

Sedação e Analgesia por Via Intravenosa

Alguns dos Fármacos mais utilizados são em relação aos opioides: alfentanil, fentanilo, morfina; em relação a outros fármacos, podemos recorrer à cetamina, midazolam, propofol.²

A sedação e analgesia obtida com estes fármacos, nas condições de eficácia e segurança preconizadas, **não é uma anestesia geral**.²

Em suma, as crianças têm direito aos melhores cuidados, é fundamental reconhecer, avaliar, prevenir e tratar A DOR DA CRIANÇA.

REFERÊNCIAS	1. Ordem dos Enfermeiros (2015). Dor o 5º sinal vital. Concurso Padrões de
BIBLIOGRÁFICAS	Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Disponível em:

- https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/IPOLisboa_NormaClinicaEnfermagem_DorQuintoSinalVital.pdf
2. Oliveira, A., Pedro, F., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marote, L., Amorim R., 2018. Desenhos da minha dor. APED. Disponível em: https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf
 3. Ballard A, Khadra C, Adler S, Doyon-Trottier E, Le May S. Efficacy of the Buzzy® device for pain management of children during needle-related procedures: a systematic review protocol. Syst Rev. [Internet]. 2018 May [cited 2023 Jan 26];7(1):78. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5964660/>
 4. Ordem dos Enfermeiros. (2013) Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança, Cadernos Ordem dos Enfermeiros
 5. Silva, Y. P., Gomez, R. S., Máximo, T. A., & Silva, A. C. (2007). Avaliação da dor em neonatologia [Pain evaluation in neonatology.]. Revista brasileira de anestesiologia, 57(5), 565–574
 6. Bussotti, E. A., Guinsburg, R., & Pedreira, M.daL. (2015). Cultural adaptation to Brazilian Portuguese of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised (FLACCr) scale of pain assessment. Revista latino-americana de enfermagem, 23(4), 651–659. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0001.2600>
 7. Retirado do Site da Wong-Baker Faces Foundation: <https://wongbakerfaces.org/>
 8. Silva, F. C., & Thuler, L. C. (2008). Cross-cultural adaptation and translation of two pain assessment tools in children and adolescents. Jornal de pediatria, 84(4), 344–349. <https://doi.org/10.2223/JPED.1809>
 9. Jacob, E., Mack, A. K., Savedra, M., Van Cleve, L., & Wilkie, D. J. (2014). Adolescent pediatric pain tool for multidimensional measurement of pain in children and adolescents. Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses, 15(3), 694–706. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.03.002>
 10. Susam V, Friedel M, Basile P, Ferri P, Bonetti L. Efficacy of the Buzzy System for pain relief during venipuncture in children: a randomized controlled trial. Acta

Biomed. 2018;89(6-5):6-16. Published 2018 Jul 18. doi:10.23750/abm.v89i6-5.7378

- 11.Erdogan B, Aytekin Ozdemir A. The Effect of Three Different Methods on Venipuncture Pain and Anxiety in Children: Distraction Cards, Virtual Reality, and Buzzy (Randomized Controlled Trial). J Pediatr Nurs. 2021;58:e54-e62. doi:10.1016/j.pedn.2021.01.001

Apêndice O – Formação para o Contexto de Urgência Pediátrica “Gestão da Dor em Pediatria”



1



2

1



3



4

Direitos das crianças ao tratamento da dor

Documentos:

- Declaração De Montreal
- Declaração De Ottawa
- Carta (Dos Direitos) Da Criança Hospitalizada



O alívio da dor é um direito humano fundamental.

O alívio da dor na criança deve ser uma prioridade de todos os profissionais de saúde!

(Gouveia, A., Pedro, F., Figueiredo, A., Miguéis, C., Matos, C., Sousa, R., Martins, S., 2012)

5

Princípios Gerais

- Ter atenção à **idade da criança** e ao seu **desenvolvimento cognitivo**.
- **Negociar a presença do pai/mãe** ou de alguém significativo.
- Facilitar a **segurança e proteção** pelos pais.
- Permitir que **os pais decidam o tipo de colaboração que pretendem dar**, tendo em conta o papel parental desejado no momento.
- Sempre que possível, assegurar que **os procedimentos sejam executados pelo enfermeiro com quem a criança/ família já tem uma relação de confiança estabelecida**.
- **Dar informação** à criança de **forma simples e exata** sobre o que irá ser feito.
- **Nunca usar procedimentos** médicos ou de Enfermagem **como ameaça**.
- **Ser honesto**.
- **Ajudar a criança a fazer perguntas e exprimir sentimentos**.

(Gouveia, A., 2012)

6

3

Como as crianças expressam dor?

- Recém-nascidos
- Crianças De 1-3 Anos
- Crianças De Idade Pré-escolar (3-6 Anos)
- Crianças Em Idade Escolar
- Adolescentes



9

RECÉM-NASCIDOS

- **Expressão facial** de desconforto;
- **Choro intenso;**
- **Respostas corporais** ("O corpo fala");
- **Modificação no comportamento;**
- **Sinais físicos:** frequência cardíaca e respiratória aumentadas.



(Silveira, A., Pedro, F., Fernandes, A., Miranda, C., Madruga, C., Lourenço, D., Santos, S., Mendes, L., António R. (2018))

10

CRIANÇAS DE 1-3 ANOS

Manifestam-se sobretudo por gritos -

"Idade do grito":

- **Choro e gritos;**
- Grande **ansiedade;**
- **Usam palavras** para a dor (ai, ui, dói);
- **Expressão facial;**
- **Expressão corporal:** agitação, agressividade, proteção da zona dolorosa.



(Silveira, A., Pedro, F., Fernandes, A., Moreira, C., Rodrigues, C., Santos, D., Santos, E., Santos, L., Almeida, P., 2018)

11

CRIANÇAS DE IDADE PRÉ-ESCOLAR (3-6 ANOS)

As crianças em idade pré-escolar têm "pensamento mágico":
o beijinho da mamã faz passar o dói-dói...

Conseguem exprimir a dor;

- Manifestam alterações comportamentais como **agitação e agressão física;**
- Apresentam grande **preocupação com perda de parte do corpo, medo** das agulhas e procedimentos médicos;
- Acreditam que a **dor é uma punição;**
- **Misturam factos reais com ficção;**
- Apresentam **pensamento mágico** em relação à dor.



(Silveira, A., Pedro, F., Fernandes, A., Moreira, C., Rodrigues, C., Santos, D., Santos, E., Santos, L., Almeida, P., 2018)

12

CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR

As crianças em idade escolar são mais exigentes:

"Preciso que me expliquem!"

Conseguem descrever a sua dor;

· Podem fazer **associação entre a dor e a causa**;

Gostam e precisam de explicações sobre os procedimentos;

Expressão corporal: imobilidade e rigidez, posição fetal, proteger ou tocar a área dolorosa, cerrar os punhos, isolamento;

Expressão comportamental: podem tornar-se irritáveis, zangados, tristes, deprimidos ou agressivos; alteração do padrão de sono.



(Silveira, A., Pedro, F., Fernandes, A., Miranda, C., Almeida, C., Sousa, B., Santos, E., Mendes, I., Amorim, P., 2018)

13

ADOLESCENTES

Os adolescentes questionam: **"Porquê a mim?"**

· Precisam de manter a **autoestima e controlo**;

· Podem não mostrar comportamentos da dor por

vergonha - **difícil descodificação facial**;

· Beneficiam com o ensino de **técnicas de controlo da dor**;

· A **sensação de abandono e depressão** pode surgir rapidamente.



(Silveira, A., Pedro, F., Fernandes, A., Miranda, C., Almeida, C., Sousa, B., Santos, E., Mendes, I., Amorim, P., 2018)

14



15

RECÉM-NASCIDOS

Escala NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) é usada para prematuros e recém-nascidos de termo:

Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraida	---
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Regular	Diferente de basal	---
Braços	Relaxados	Fletidos/Estendidos	---
Pernas	Relaxadas	Fletidas/Estendidas	---
Estado de Alerta	Dormindo e/ou Calmo	Agitado e/ou Irritado	---
Presença de dor > 3 pontos			

Fig. 2 – Retirado do artigo: *Práticas atuais de dor em pediatria*

16

MENORES DE 4 ANOS OU CRIANÇAS SEM CAPACIDADE PARA VERBALIZAR

Escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability):

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caras ou sorrisos típicos Frustradas de vez em quando, intrusivas, desatentas	Tensão frequente do queixo, mandíbulas cerradas
Postura	Normal ou relaxada	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Confortando-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro (acalmado ou dormindo)	Gemidos ou choramingos; queixa ocasional	Choro contínuo, gritos ou súplicas; queixa com frequência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranquilizada por toques, abraços ou conversa ocasional; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

Fig. 3 – Retirado do artigo Cultural adaptation to Brazilian Portuguese of the face, legs, activity, cry, consolability revised (FLACC) scale of pain assessment

17

A PARTIR DOS 4 ANOS

Escala de faces de Wong-Baker



Fig. 4 – Retirado do Wong-Baker Faces Foundation

Escala de faces revista (FPS-R Faces Pain Scale-Revised)



Fig. 5 – Retirado do artigo Cross-cultural adaptation and translation of two pain assessment tools for children and adolescents

18



19

A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA OU PROBLEMAS DE DESENVOLVIMENTO

Escala FLACC-R (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised*)

Indicadores	Problemas		
	0	1	2
F Face	Sem expressão particular no rosto	Expressão insuportável de dor ou desconforto: suspiros, lágrimas, gritos, etc.	Substituição espontânea de uma expressão de dor por uma expressão de dor mais intensa
L Pernas	Posição normal de repouso	Inconforto: agitação, tensão, tremores musculares	Choro ou gritos, movimentos de agitação, tremores musculares ou espasmos
A Atividade	Em repouso, sem movimentos de dor	Comportamento anormal em relação ao corpo para dor ou desconforto: agitação, tensão, tremores musculares, etc.	Comportamento anormal em relação ao corpo para dor ou desconforto: agitação, tensão, tremores musculares, etc.
C Choro	Sem choro (exceto no momento da dor)	Choro ou gritos, movimentos de agitação, tensão, tremores musculares, etc.	Choro ou gritos, movimentos de agitação, tensão, tremores musculares, etc.
CC Consolabilidade	Consolado, tranquilo	Tranquilizado por toque ou abraço, mas ainda com dor ou desconforto	Tranquilizado por toque ou abraço, mas ainda com dor ou desconforto

Orientações para aplicação da escala

1- Cada uma das cinco categorias (F) Face, (L) Pernas, (A) Atividade, (C) Choro, (CC) Consolabilidade é pontuada de 0 a 2. Pontuação máxima total será 10 (5x2).

2- Para cada categoria (F) Face, (L) Pernas, (A) Atividade, (C) Choro, (CC) Consolabilidade, observe o paciente e registre o comportamento observado no momento da dor ou desconforto, seja espontâneo ou induzido pelo teste. Se não houver dor ou desconforto, não pontue.

3- Pontuação máxima: Observe por pelo menos 2 minutos ou mais. Observe sinais e sintomas de dor ou desconforto. Se possível, registre o paciente antes e depois da dor ou desconforto.

4- A FLACC revisada pode ser utilizada para todas as crianças com dor aguda ou crônica.

5- A FLACC revisada pode ser utilizada para avaliar a eficácia da analgesia em crianças com dor aguda ou crônica.

6- A FLACC revisada pode ser utilizada para avaliar a eficácia da analgesia em crianças com dor aguda ou crônica.

7- A FLACC revisada pode ser utilizada para avaliar a eficácia da analgesia em crianças com dor aguda ou crônica.

8- A FLACC revisada pode ser utilizada para avaliar a eficácia da analgesia em crianças com dor aguda ou crônica.

9- A FLACC revisada pode ser utilizada para avaliar a eficácia da analgesia em crianças com dor aguda ou crônica.

10- A FLACC revisada pode ser utilizada para avaliar a eficácia da analgesia em crianças com dor aguda ou crônica.

Fig. 7 – Retirado do artigo *Assessment of Pain in Children with Developmental Disabilities*

20

OUTROS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Avaliação multidimensional da dor:
Escala APPT (*Adolescent Pediatric Pain Tool*): avaliação de dor aguda ou crônica

ADOLESCENT PEDIATRIC PAIN TOOL
APPT - (Adolescent Pediatric Pain Tool)

INSTRUÇÕES
1. Encolha o dedo e deslize ao longo do corpo até sentir a dor. Marque a localização da dor com um ponto no corpo.

2. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

3. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

4. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

5. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

6. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

7. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

8. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

9. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

10. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

11. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

12. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

13. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

14. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

15. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

16. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

17. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

18. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

19. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

20. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

21. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

22. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

23. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

24. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

25. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

26. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

27. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

28. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

29. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

30. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

31. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

32. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

33. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

34. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

35. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

36. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

37. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

38. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

39. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

40. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

41. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

42. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

43. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

44. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

45. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

46. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

47. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

48. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

49. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

50. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

51. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

52. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

53. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

54. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

55. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

56. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

57. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

58. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

59. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

60. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

61. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

62. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

63. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

64. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

65. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

66. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

67. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

68. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

69. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

70. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

71. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

72. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

73. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

74. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

75. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

76. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

77. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

78. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

79. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

80. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

81. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

82. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

83. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

84. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

85. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

86. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

87. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

88. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

89. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

90. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

91. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

92. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

93. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

94. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

95. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

96. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

97. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

98. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

99. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

100. Marque a dor com um ponto no corpo e marque a dor com um ponto no corpo.

Fig. 9 - Versão de adaptação cultural para o Brasil (Português) da Pain, Urgency, Activity, Crying, Consistency revised (PACCC) scale de pain assessment

21

Medos

Idades	Medos Mais Frequentes
0 - 1 ano	Estímulos intensos e desconhecidos. Ruidos fortes. Pessoas estranhas. Animais. Máscaras. Tempestades.
2 - 4 anos	Escuro. Bruxas e fantasmas. Catástrofes. Separação dos pais.
4 - 6 anos	Dano corporal. Ridículo.
6 - 9 anos	Acidentes e doenças. Mau rendimento escolar. Conflito parental.
9 - 12 anos	Relações interpessoais. Perda de autoestima.
12 - 18 anos	Insetos e répteis. Alturas. Sangue. Espaços fechados. Tempestades.



Tabela 1 - Medos das Crianças e Adolescentes (2020)

22



23

Estratégias Não Farmacológicas

ANALGESIA
MULTIMODAL

➔

vários agentes, intervenções, reabilitação e terapias **atuam de forma sinérgica** para controlo da dor. Permite tratamento mais eficaz, com menos efeitos colaterais do que apenas com um analgésico ou uma modalidade terapêutica.

- São eficazes em **situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos rápidos**;
- Podem utilizar-se como **complemento** dos medicamentos analgésicos;
- **Aumentam o sentimento de controlo da dor**;
- Promovem **maior autonomia** da criança e da família;
- São **seguras, não invasivas, económicas**;
- A criança e os pais **podem aprender a usá-las**.

CONTRIBUEM PARA:

- reduzir a perceção da dor
- tornar a dor mais tolerável
- diminuir a ansiedade e o medo

(García, A., Peña, P., Pineda, A., Morilla, C., Rodríguez, C., Lázaro, B., Sáenz, A., Barrio, L., Sánchez, P., 2018)

24

Estratégias Não Farmacológicas



Objetivo:

Reduzir o nível de ansiedade e o medo associados à realização de procedimentos invasivos.

As crianças tem o direito a desenvolver atividades lúdicas, mesmo nas situações em que a sua saúde está comprometida e necessita de internamento hospitalar.



O treino e a utilização destas estratégias assentam na metodologia da **brincadeira lúdica e da brincadeira terapêutica**.

(Diletti das Infâncias, 2021)

25

Brincar Terapêutico

- **A brincar, a criança expressa os seus medos, desejos e experiências vividas**, tendo a possibilidade de **libertar emoções, tensões e frustrações**.
- Brincar também **promove a espontaneidade, a diversão, a satisfação e a autoestima da criança**.
- Através da brincadeira, a criança **interage com as outras e com os profissionais de saúde**, tem a possibilidade de **fazer escolhas** e de **assumir o controlo** das situações.
- **Brincar é**, para a criança, uma forma de **comunicar com os outros** e exige reciprocidade.

É útil no momento da admissão ao hospital e na preparação para procedimentos.

Brinquedo Terapêutico



Auxilia na preparação da criança para os procedimentos invasivos, possibilitando o manuseamento dos materiais que irão ser usados e **facilita a comunicação entre a criança e o enfermeiro**.

(Diletti das Infâncias, 2021)

26

Intervenções Não Farmacológicas em Recém-Nascidos

- **Ajuste da luminosidade** sobre o recém-nascido;
- **Redução do ruído ambiente** (promovendo o silêncio, evitando conversas desnecessárias e diminuindo os alarmes sonoros dos monitores);
- Promoção do **sono e repouso**;
- **Posicionamento adequado** (a contenção em «ninhos» que promovam a sua organização comportamental, rolos de posicionamento);
- **Agrupamento de cuidados** minimizando as manipulações;
- A **massagem** terapêutica;
- **Embalado** ao colo;



(Oliveira dos Infantes, 2021)

27

- O **contacto físico** (principalmente com a mãe) atenua a resposta comportamental e fisiológica à dor, em recém-nascidos a termo;

- O **método canguru**:



- O **leite materno**:



- A **sucção não nutritiva**:



- A **sacarose a 24%**:



(Oliveira dos Infantes, 2021)

28

Intervenções Não Farmacológicas em Crianças/ Adolescentes

- Intervenções cognitivas
- Intervenções comportamentais
- Intervenções cognitivo-comportamentais



(Dados em Informação, 2021)

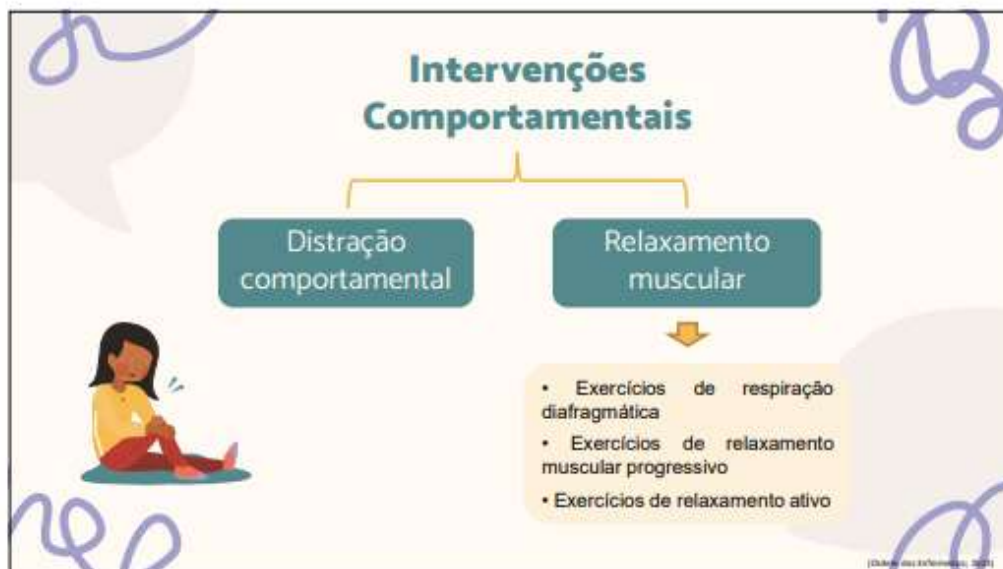
29

Intervenções Cognitivas

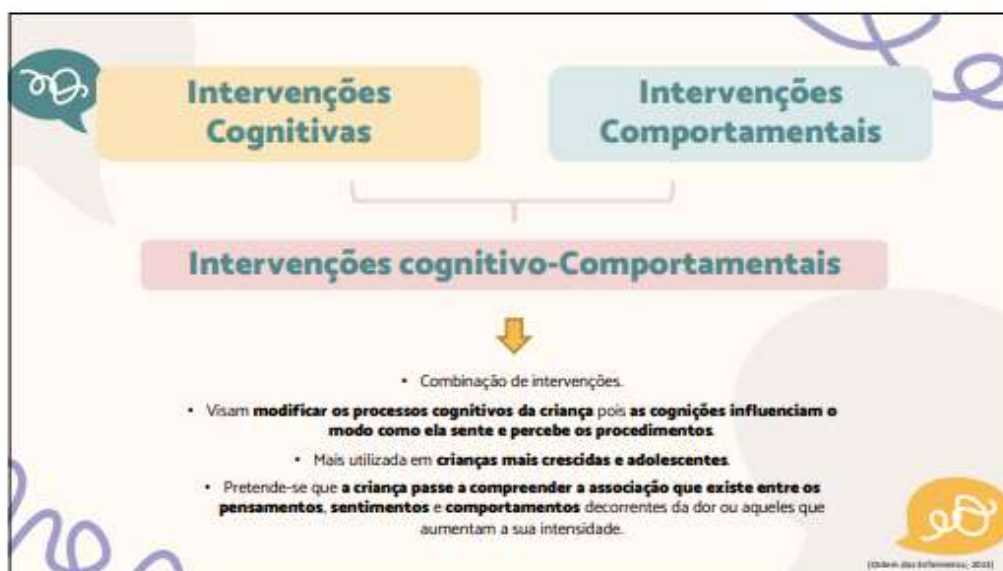


(Dados em Informação, 2021)

30



31



32

Estratégias Físicas

Medidas de conforto	Massagem ou toque terapêutico	Sucção não nutritiva (sacarose >12 meses)	Posicionamentos de conforto
Aplicação de calor/frio			
Acupressão, reflexologia, aromaterapia	Contacto pele a pele nas RN e contenção (swaddling)	Aplicação de vibração (Buzzy)	Realidade Virtual
Acupuntura			
Kit-sem-Dói-dói			

(Oliveira e Infante, 2020)

33

Outras Estratégias

- 
Musicoterapia - diminui o stress, através da produção de endorfinas, minimizando a dor.
- 
Arteterapia - o teatro, a música, a arte, a poesia, as marionetas, a escrita e o desenho podem ajudar a criança a falar sobre a sua doença e a ganhar controlo sobre a dor.
- 
Humor - proporciona alívio da tensão, estimula o sorriso e o riso associando assim prazer e sensação de bem-estar.

↓

O enfermeiro deve adaptar as atividades às necessidades da criança.

(Oliveira e Infante, 2020)

34



Buzzy®
« ALÍVIO DA DOR, NATURALMENTE »

Trata-se de uma estratégia **fácil, reutilizável e rápida** para a gestão da dor de crianças submetidas a procedimentos dolorosos relacionados com agulhas.

É um dispositivo constituído por dois componentes:

- Um o **corpo da abelha** (vibração)
- E as **asas de gelo removíveis** (frio)

→

O **objetivo** do frio e das vibrações é bloquear a transmissão de sinais de dor.



(Sussex V, Friedel M, Basile P, Ferri P, Bonetti L.; 2018; Erdogan B, Aytekin Ozdemir A.; 2021; Ballard A, Khadra C, Adler S, Doyon-Troisler S, Le May S.; 2020)

35



BUZZY®
Taking the sting out of shots!

(Link: <https://youtu.be/wr1w2D00tZA>)

36

Realidade Virtual

Trata-se de um **método não farmacológico de distração** sendo este não **invasivo, rentável, prático, simples e eficaz** que pode ser utilizado para distrair a atenção das crianças da dor durante os procedimentos dolorosos associados a agulhas.

↓

Reduz a dor e ansiedade

Material:
Óculos de realidade virtual e telemóvel com acesso a internet.




(Erdoğan B, Aytekin Özdemir A., 2021)

39



40

Estratégias Farmacológicas

Utilização de analgesia

➔

permitem a **segurança e eficácia dos procedimentos** e o **conforto da criança**.

➔

A escolha dos fármacos e a via de administração dependem do grau de dor e ansiedade que os procedimentos provocam e da necessidade, ou não, de imobilidade da criança.

Podemos recorrer a:

- Anestesia local
- Sedação e analgesia por **via intranasal**
- Sedação e analgesia por **via inalatória**
- Sedação e analgesia por **via intravenosa**



(Silveira, A., Pedro, F., Fernandes, R., Menezes, C., Abadeiro, C., Santos, D., Santos, R., Mendes, L., Almeida, R. (2018))

43

Estratégias Farmacológicas

Princípios Básicos Da Administração Dos Analgésicos:

- Escolher os fármacos de acordo com a intensidade da dor.
- Administrar os fármacos pela **via menos invasiva possível** - idealmente por via oral.
- Administrar os fármacos num **horário regular e não em SOS**.
- Adequar os fármacos de acordo com o **efeito pretendido**.

Fármacos Mais Utilizados:

DOR LIGEIRA

Paracetamol
AINEs

DOR MODERADA
A INTENSA

Opioides
fortes



(Silveira, A., Pedro, F., Fernandes, R., Menezes, C., Abadeiro, C., Santos, D., Santos, R., Mendes, L., Almeida, R. (2018))

44

Anestesia local

- **Sprays** (Ex: cloreto de etilol)
- **Creme ou adesivo com anestésico local** (Ex: lidocaína/prilocaina) - colocado na pele 1h antes; pode ser usado em qualquer idade
- **Injeção intradérmica/ subcutânea de lidocaína** - suturas, punções, procedimentos cirúrgicos ou dermatológicos superficiais
- **Gel e spray de lidocaína**



(Silveira, A., Pedro, F., Feresolun, A., Molinari, C., Madruga, C., Santos, D., Santos, E., Moura, L., Assis, R., 2018)

45

Sedação e Analgesia por Via Intranasal

Com a utilização de um atomizador nasal é possível administrar fármacos analgésicos e sedativos:

- **Ex:** fentanilo, cetamina, midazolam



Ex: sedação em pediatria para a realização de punção lombar.

(Silveira, A., Pedro, F., Feresolun, A., Molinari, C., Madruga, C., Santos, D., Santos, E., Moura, L., Assis, R., 2018)

46

Sedação e Analgesia por Via Inalatória

Mistura de dois gases: **oxigénio** e **protóxido de azoto**.

↓

Permite sedação ligeira e analgesia, para procedimentos geradores de **grande ansiedade** em **dor ligeira a moderada**.

Ex: colocação de cateteres, análises, sutura de feridas, pensos, punção lombar, etc.

A criança fica **relaxada, tem menos dor e fica menos ansiosa**. É eficaz e **pode ser potenciada por intervenções não farmacológicas** como a **imaginação guiada**.

Como se usa? → A criança tem de respirar através de uma máscara. + eficaz a partir dos 3 anos.

Oliveria, A., Pedro, F., Fernandes, A., Ribeiro, C., Madaleno, C., Santos, M., Santos, M., Santos, M., Santos, M., (2018)

47



48

Sedação e Analgesia por Via Intravenosa

Fármacos mais utilizados

↓

Opióides: alfentanil, fentanilo, morfina
Outros fármacos: cetamina, midazolam, propofol

A sedação e analgesia obtida com estes fármacos, nas condições de eficácia e segurança preconizadas, **não é uma anestesia geral.**



Gouveia, A., Peixoto, F., Fernandes, A., Matos, C., Rodrigues, E., Góes, J., Santos, J., Martins, J., 2018

49

Barreiras para a Utilização de Estratégias para a Minimização da Dor por parte dos Enfermeiros

- Falta do tempo - 22,4%
- Disponibilidade - 17,5%
- Falta de conhecimento - 17%
- Falta de suporte da equipa - 14,1%
- Custo - 12,1%
- Falta de Recursos - 7,4%
- Preocupações com Segurança - 4,7%
- Fator Ambiental - 3,4%
- Entre Outros - 1,4%

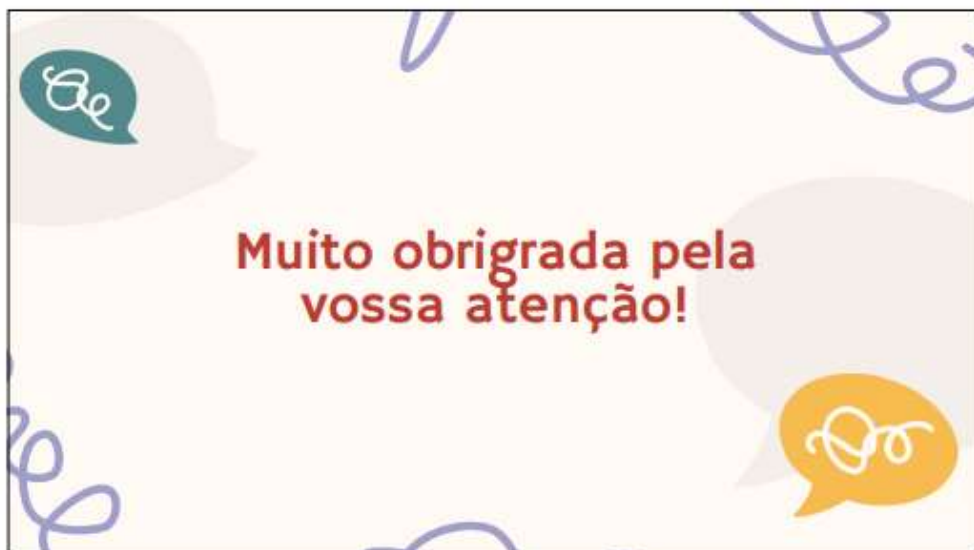


Chaparr, C., Carlos, E., Bani, L., Vazquez, M., & Diaz, R., 2021

50



51



52

Referências Bibliográficas

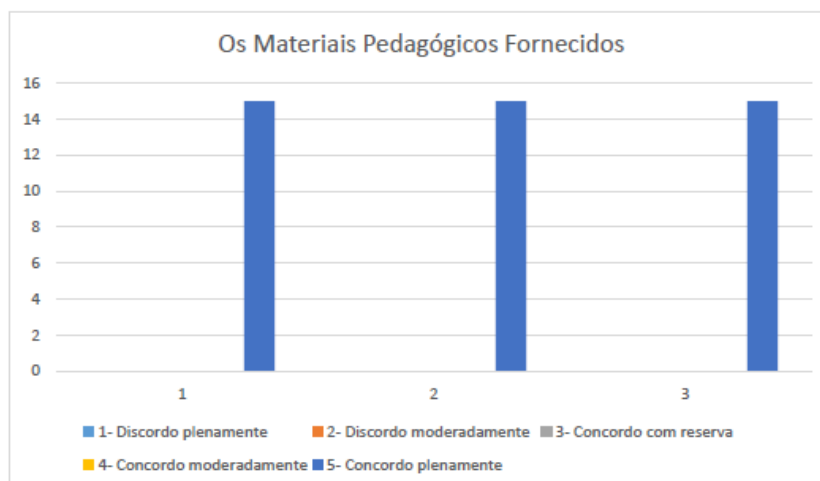
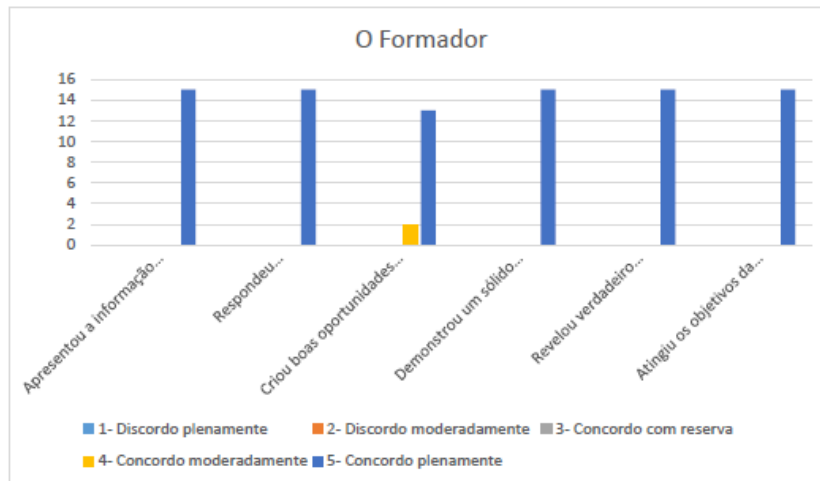
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Dor o 5º sinal vital. Concurso Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivos/projecta/Documenta/Projetos/Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/POQualibos_NormaClinicaEnfermagem_GuiQ_UsoSinalVital.pdf
- Oliveira, A., Pedro, F., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marote, L., Amorim R., 2018. Desenhos da minha dor. APED. Disponível em: https://www.aped-dor.org/images/stories/documentos/desenhos_da_minha_dor_jun_2018.pdf
- Ballard A, Khadra C, Adler S, Doyon-Trotter E, Le May S. Efficacy of the Buzzy® device for pain management of children during needle-related procedures: a systematic review protocol. *Syst Rev. [Internet]*. 2018 May [cited 2023 Jan 28];7(1):78. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5964560/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013) Guia Orientador de Boas Práticas: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. Cadernos Ordem dos Enfermeiros
- Silva, Y. P., Gomez, R. S., Máximo, T. A., & Silva, A. C. (2007). Avaliação da dor em neonatologia [Pain evaluation in neonatology]. *Revista brasileira de anestesiologia*, 57(5), 565-574
- Bassotti, E. A., Guinsburg, R., & Pedreira, M.d.L. (2015). Cultural adaptation to Brazilian Portuguese of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised (FLACC) scale of pain assessment. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(4), 651-659. <https://doi.org/10.1590/S0034-7169.2001.2900>
- Retirado do Site da Wong-Baker Faces Foundation: <https://wongbakerfaces.org/>
- Silva, F. C., & Thuler, L. C. (2008). Cross-cultural adaptation and translation of two pain assessment tools in children and adolescents. *Jornal de pediatria*, 84(4), 344-349. <https://doi.org/10.2223/JPED.1806>
- Jacob, E., Mack, A. K., Savedra, M., Van Cleve, L., & Wikie, D. J. (2014). Adolescent pediatric pain tool for multidimensional measurement of pain in children and adolescents. *Pain management nursing* : official journal of the American Society of Pain Management Nurses, 15(3), 694-705. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.03.002>
- Sussem V, Friedel M, Saville P, Fern P, Bonetti L. Efficacy of the Buzzy System for pain relief during venipuncture in children: a randomized controlled trial. *Acta Biomed*. 2018;89(5-S):5-16. Published 2018 Jul 18. doi:10.23750/abm.v89i5-S.7378
- Endogan B, Aytekin Ozdemir A. The Effect of Three Different Methods on Venipuncture Pain and Anxiety in Children: Distraction Cards, Virtual Reality, and Buzzy (Randomized Controlled Trial). *J Pediatr Nurs*. 2021;58:e54-e62. doi:10.1016/j.pedn.2021.01.001

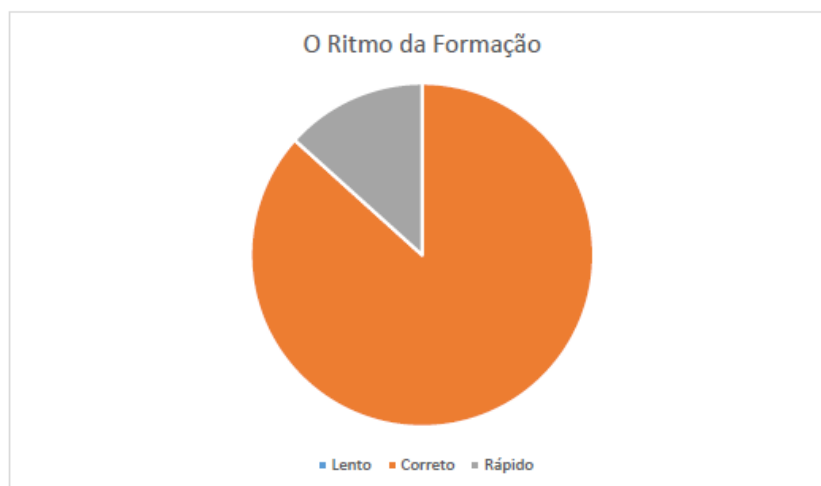
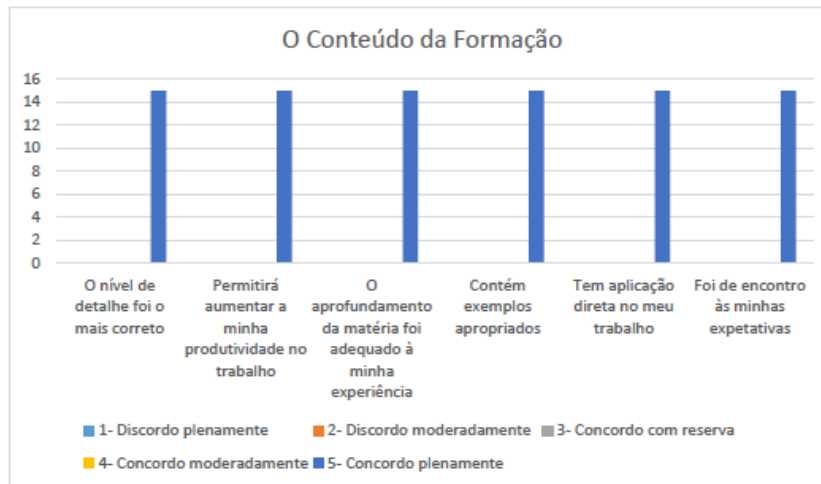
Videos Links:

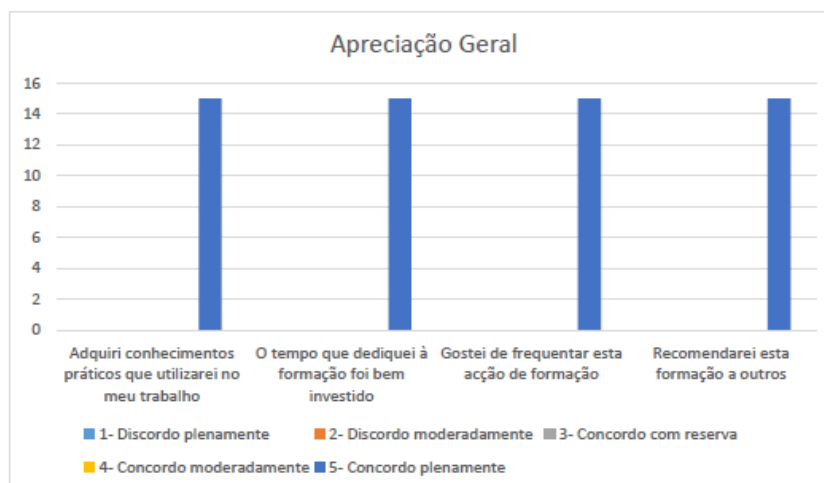
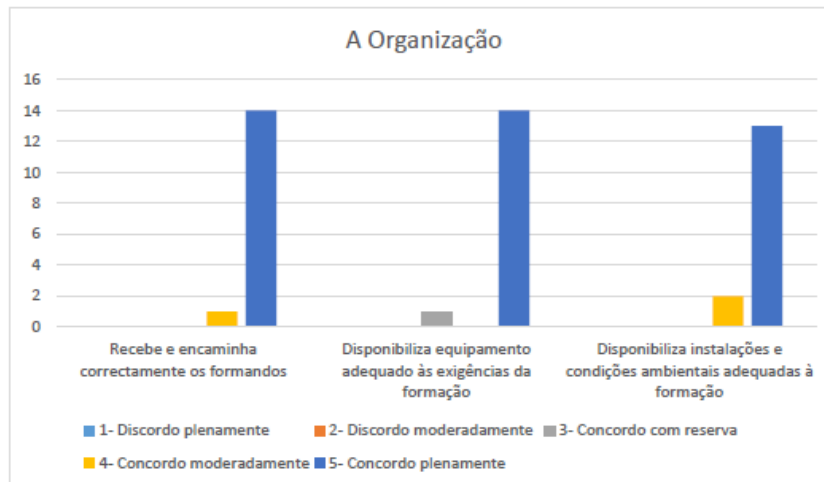
- <https://youtu.be/wf11GUFa5Q>
- <https://youtu.be/wf11GUFa5Q>
- <https://youtu.be/wf11GUFa5Q>
- <https://youtu.be/wf11GUFa5Q>

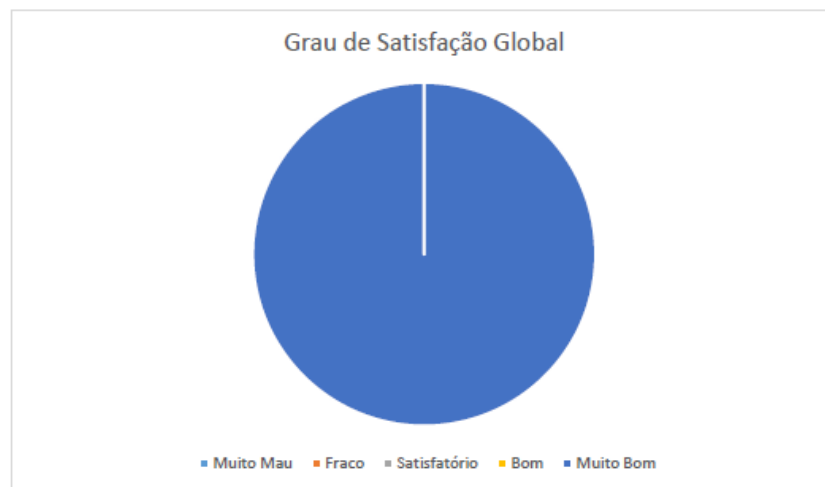
**Apêndice P – Gráfico de análise dos questionários do Contexto de Urgência
Pediátrica**

Análise de Questionário de Avaliação – Formandos
(Serviço de Internamento de Pediatria)









Apêndice Q – E-mail enviado com pedido de aquisição Buzzy do Contexto de Urgência Pediátrica

Pedido de aquisição de buzzy

1 mensagem

Inês Santos <inessantos8072@esscvp.eu>

7 de junho de 2023 às 18:02

Para:

Cc:

Exma. | Chefe do Serviço de Urgência Pediátrica do

Eu, Inês Santos, enfermeira no serviço de urgência pediátrica do HDS e aluna do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, encontro-me a desenvolver o estágio na vossa instituição.

Deste modo, a temática do meu projeto é o Conforto da Criança em Cuidados de Saúde e tem como objetivo minimizar o stress e o desconforto que as crianças sentem associado à hospitalização e à procura de cuidados de saúde.

Os procedimentos dolorosos são considerados como as principais fontes de dor e angústia para as crianças. A gestão da dor durante estes procedimentos é de extrema importância, uma vez que a dor pode resultar em consequências fisiológicas, psicológicas e emocionais graves.

Uma consequência grave da gestão incorreta da dor em crianças, é a fobia a agulhas, que pode ser desenvolvido entre os 5 e 10 anos de idade após uma má experiência. Esta fobia pode ter consequências a curto e longo prazo. A curto prazo o medo pode gerar sintomas fisiológicos graves, pode ainda ser desenvolvido medo do profissional de saúde, locais como hospital e centro de saúde, aumentando deste modo, o nível de dor e medo para os procedimentos subsequentes.

As consequências a longo prazo incluem a falta de prevenção face à saúde, pois, adultos que outrora foram crianças, negam efetuar procedimentos de rotina como por exemplo a colheita de sangue para análises, outra consequência é o incumprimento do esquema de vacinação.

No entanto, com vista à minimização dos fatores descritos anteriormente podem ser utilizados diversos métodos não farmacológicos, fáceis, práticos, não invasivos, rentáveis e reutilizáveis de usar, tais como o Buzzy, especialmente em cenários agudos.

O Buzzy é um dispositivo fácil, reutilizável e rápido de usar, concebido para reduzir a dor associada a procedimentos dolorosos que envolvam agulhas. É um dispositivo em forma de abelha constituído por um corpo e asas. A parte do corpo vibra e as asas aplicam frio concentrado no local acima da punção. A evidência científica relata que é eficaz na gestão da dor e da ansiedade em crianças.

A gestão adequada da dor pode reduzir a ansiedade das crianças e dos pais e aumentar a confiança e a colaboração, uma vez que o medo da dor é um problema. Neste sentido e de forma a minimizar a dor, venho então solicitar a aquisição de um dispositivo Buzzy para o Serviço de Urgência Pediátrica, uma vez que, tendo em conta a mais recente evidência científica este provou ser uma estratégia útil, indispensável, com imensos benefícios para as crianças que frequentam a instituição. A utilização do dispositivo aumenta exponencialmente a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação das crianças e famílias.

Deixo aqui o link para o site onde se encontram mais informações face ao dispositivo: <https://www.goonliving.pt/buzzy>.

Em anexo envio a instrução de trabalho que tive a oportunidade de desenvolver.

Encontro-me à sua disposição para qualquer contacto ou esclarecimento.

Agradecendo desde já a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Enf. Inês Santos

 IT - buzzy.docx
385K

Apêndice R – Poster de divulgação da formação do Contexto de Urgência Pediátrica

Apresentação do Sistema:



Buzzy®

« ALÍVIO DA DOR, NATURALMENTE »

Local:

Serviço de Urgência Pediátrica

Dia 15/06/2023
Às 15h

Formador:

Delegado da empresa Goonliving



Formação:

Gestão da dor Em Pediatria

Local:

Serviço de Urgência Pediátrica

**Dias: 16/06 às 15h e 16h20
19/06 às 15h**

Formador:

Enf. Inês Santos

Sob orientação:



Apêndice S – Instrução de Trabalho do Contexto de Urgência Pediátrica “Utilização do Dispositivo Buzzy”

	Área da Pediatria
	Utilização do Dispositivo Buzzy
	Instrução de Trabalho

1.DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

Objetivo: Promover a utilização do sistema Buzzy na gestão da dor em pediatria.

2.ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Enfermeiros do serviço/ unidade responsáveis pela realização de procedimentos dolorosos que envolvam o uso de agulhas, como a vacinação, administração de injetáveis intramusculares, colheitas sanguíneas e cateterização periférica.

3.INSTRUÇÃO DE TRABALHO

O Buzzy trata-se de uma estratégia fácil, reutilizável e rápida de usar para a gestão da dor de crianças submetidas a procedimentos dolorosos relacionados com agulhas.

É um dispositivo em forma de abelha que consiste em dois componentes: o corpo da abelha (vibração) e as asas de gelo removíveis (frio).

O objetivo do frio e das vibrações é bloquear a transmissão de sinais de dor.

O corpo do dispositivo em forma de abelha é constituído por um motor vibratório alimentado por duas pilhas alcalinas AAA.

O componente vibratório pode ser ativado por um interruptor localizado na parte superior do dispositivo.

As asas de gelo, contém 18 g de gelo e podem ser removidas e mantidas no congelador entre os procedimentos. Cada par de asas pode permanecer congelado durante cerca de 10 min à temperatura ambiente e pode ser utilizado até 100 vezes.

Antes do procedimento, as asas são retiradas diretamente do congelador da unidade, uma vez que devem ser congeladas de forma sólida para obter melhores resultados. Depois são então inseridas através de bandas elásticas fixas na parte de trás do corpo da abelha.

3.2. Quem pode realizar o procedimento:

-Enfermeiros

3.2. Material

EDIÇÃO	APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAG
A			Enf. Inês Santos		1/3

	Área da Pediatria
	Utilização do Dispositivo Buzzy
	Instrução de Trabalho

- Buzzy com asas



3.3. Técnica

3.3.1. Explique o procedimento à criança e elemento cuidador e obtém consentimento verbal.

3.3.2. Coloque o Buzzy (com ou sem as asas) cerca de 5cm acima do local onde irá efetuar a punção. Ativa a vibração e aguarda entre 30 a 60 segundos antes da punção. O dispositivo tem de ser mantido no lugar durante todo o procedimento.



3.3.3. Efetue o procedimento.



EDIÇÃO	APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAG
A			Enf. Inês Santos		2/3

	Área da Pediatria
	Utilização do Dispositivo Buzzy
	Instrução de Trabalho

3.3.4. Após o procedimento, retire o Buzzy e proceda à sua desinfecção. Este dispositivo deve ser desinfetado com compressa com álcool conforme o protocolo de controle de infecção para os equipamentos não críticos em vigor nesta instituição de saúde.

4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ballard A, Khadra C, Adler S, Doyon-Trottier E, Le May S. Efficacy of the Buzzy® device for pain management of children during needle-related procedures: a systematic review protocol. Syst Rev. 2018;7(1):78. Published 2018 May 22. doi:10.1186/s13643-018-0738-1
- Susam V, Friedel M, Basile P, Ferri P, Bonetti L. Efficacy of the Buzzy System for pain relief during venipuncture in children: a randomized controlled trial. Acta Biomed. 2018;89(6-S):6-16. Published 2018 Jul 18. doi:10.23750/abm.v89i6-S.7378
- Erdogan B, Aytakin Ozdemir A. The Effect of Three Different Methods on Venipuncture Pain and Anxiety in Children: Distraction Cards, Virtual Reality, and Buzzy (Randomized Controlled Trial). J Pediatr Nurs. 2021;58:e54-e62. doi:10.1016/j.pedn.2021.01.001

EDIÇÃO	APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAG
A			Ent. Inês Santos		3/3

Apêndice T – Instrução de Trabalho do Contexto de Urgência Pediátrica “Utilização de Óculos de Realidade Virtual”

	Área da Pediatria
	Utilização de Óculos de Realidade Virtual
	Instrução de Trabalho

1.DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

Objetivo: Promover a utilização de óculos de realidade virtual na gestão da dor em pediatria.

2.ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Enfermeiros do serviço/ unidade responsáveis pela realização de procedimentos dolorosos que envolvam o uso de agulhas, como a vacinação, administração de injetáveis intramusculares, colheitas sanguíneas e cateterização periférica.

3.INSTRUÇÃO DE TRABALHO

A realidade virtual (VR), trata-se de um método não farmacológico de distração sendo este não invasivo, rentável, prático, simples e eficaz que pode ser utilizado para distrair a atenção das crianças da dor durante os procedimentos dolorosos associados a agulhas.

A VR diz respeito a um ambiente virtual 3D baseado em computador.

Os sistemas VR convencionais incluem um dispositivo montado na cabeça com Óculos 3D.

Apela a diferentes grupos etários e pode ser adaptado a telemóveis, portanto, pode ser facilmente utilizado em unidades de cuidados pediátricos.

Reduz a dor e ansiedade durante procedimentos dolorosos em crianças, assegurando assim uma melhor adaptação e adesão ao tratamento.

3.2. Quem pode realizar o procedimento:

-Enfermeiros

3.2. Material

- Óculos de realidade virtual e telemóvel com acesso a internet.



3.3. Técnica

EDIÇÃO	APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAG
A			Enf. Inês Santos		1/3

	Área da Pediatria
	Utilização de Óculos de Realidade Virtual
	Instrução de Trabalho

3.3.1. Explique o procedimento à criança e elemento cuidador e obtém consentimento verbal.

3.3.2. Escolha um vídeo 3D com a criança, coloque o telemóvel em encaixe próprio nos óculos de realidade virtual.



3.3.3. Explique o que irá fazer e o que a criança irá sentir à medida que efetue o procedimento.



3.3.4. Após o procedimento, retire os óculos de realidade virtual e o telemóvel, proceda à sua desinfeção. Este dispositivo deve ser desinfectado com compressa com álcool conforme o protocolo de controlo de infeção para os equipamentos não críticos em vigor nesta instituição de saúde.

EDIÇÃO		APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAG
A				Enf. Inês Santos		2/3

	Área da Pediatria
	Utilização de Óculos de Realidade Virtual
	Instrução de Trabalho

4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Erdogan B, Aytekin Ozdemir A. The Effect of Three Different Methods on Venipuncture Pain and Anxiety in Children: Distraction Cards, Virtual Reality, and Buzzy (Randomized Controlled Trial). J Pediatr Nurs. 2021;58:e54-e62. doi:10.1016/j.pedn.2021.01.001

EDIÇÃO		APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁG
A				Enf. Inês Santos		3/3

Apêndice U – Plano de sessão da formação do Contexto de Urgência Pediátrica

Plano de Sessão: Formação para Profissionais

Tema: Formação sobre a Gestão da Dor em Pediatria

Data: junho 2023

Local: Serviço de Urgência Pediátrica

População alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica

Objetivo geral: Explorar as principais estratégias e recomendações sobre a gestão da dor em pediatria.

Objetivos Específicos	Conteúdos Programáticos	Duração	Metodologia	Recursos	Avaliação
Explicitar os conceitos referentes à temática; Perceber as consequências da gestão ineficaz da dor a curto e longo prazo; Especificar os Fatores que influenciam a dor; Conhecer os documentos que abordam os direitos da criança face ao tratamento da dor; Especificar os princípios gerais; Conhecer as formas de como as crianças expressam dor; Perceber como avaliar a dor em pediatria; Conhecer os medos mais frequentes consoante a idade; Especificar as estratégias para a minimização da dor, não farmacológicas e farmacológicas;	Apresentação Introdução - A dor - Consequências da gestão ineficaz da dor a curto e longo prazo - Fatores que influenciam a dor - Direitos das crianças ao tratamento da dor - Princípios Gerais - Como as crianças expressam dor? • Recém-nascidos • Crianças De 1-3 Anos • Crianças De Idade Pré-escolar (3-6 Anos) • Crianças Em Idade Escolar • Adolescentes - Como avaliar a dor em pediatria? - Medos mais frequentes consoante a idade - Estratégias para a Minimização da Dor	1 hora	Método Expositivo com recurso a apresentação em powerpoint.	PC com acesso à Internet; Ecrã transmissor.	A avaliação da sessão com recurso a questionário de satisfação.

Explicar o conceito de brincar terapêutico;	- Estratégias Não Farmacológicas				
Perceber as Intervenções Não Farmacológicas em Recém-Nascidos;	- Brincar Terapêutico				
Conhecer as Intervenções Não Farmacológicas em Crianças/Adolescentes;	- Intervenções Não Farmacológicas em Recém-Nascidos				
Especificar as Estratégias Físicas e Outras Estratégias;	- Intervenções Não Farmacológicas em Crianças/Adolescentes				
Explicar o que é o Buzzy e os Óculos de Realidade Virtual;	• Intervenções cognitivas • Intervenções comportamentais • Intervenções cognitivo-comportamentais				
Perceber as estratégias farmacológicas;	- Estratégias Físicas				
Conhecer as Barreiras para a Utilização de Estratégias para a Minimização da Dor por parte dos Enfermeiros.	- Outras Estratégias				
	- Buzzy				
	- Óculos de Realidade Virtual				
	- Estratégias Farmacológicas				
	• Anestesia local • Sedação e analgesia por via intranasal • Sedação e analgesia por via inalatória • Sedação e analgesia por via intravenosa				
	- Barreiras para a Utilização de Estratégias para a Minimização da Dor por parte dos Enfermeiros				
	Referências Bibliográficas				

Apêndice V – Formação para o Contexto de Cuidados de Saúde Primários “Gestão da Dor em Pediatria”



1



2

1



3



4

Direitos das crianças ao tratamento da dor

Documentos:

- Declaração De Montreal
- Declaração De Ottawa
- Carta (Dos Direitos) Da Criança Hospitalizada



O alívio da dor
é um direito humano
fundamental.

O alívio da dor na criança deve ser uma prioridade de
todos os profissionais de saúde!

(Oliveira, A., Pedro, F., Fernandes, B., Mourão, C., Rodrigues, C., Lages, E., Santos, A., Santos, J., Araújo, R., 2018)

5

Princípios Gerais

- Ter atenção à **idade da criança** e ao seu **desenvolvimento cognitivo**.
- **Negociar a presença** do **pai/mãe** ou de alguém significativo.
- Facilitar a **segurança e proteção** pelos pais.
- Permitir que **os pais decidam o tipo de colaboração que pretendem dar**, tendo em conta o papel parental desejado no momento.
- Sempre que possível, assegurar que **os procedimentos sejam executados pelo enfermeiro com quem a criança/ família já tem uma relação de confiança estabelecida**.
- **Dar informação** à criança de **forma simples e exata** sobre o que irá ser feito.
- **Nunca usar procedimentos** médicos ou de Enfermagem **como ameaça**.
- **Ser honesto**.
- **Ajudar a criança a fazer perguntas e exprimir sentimentos**.

(Oliveira et al., 2018)

6

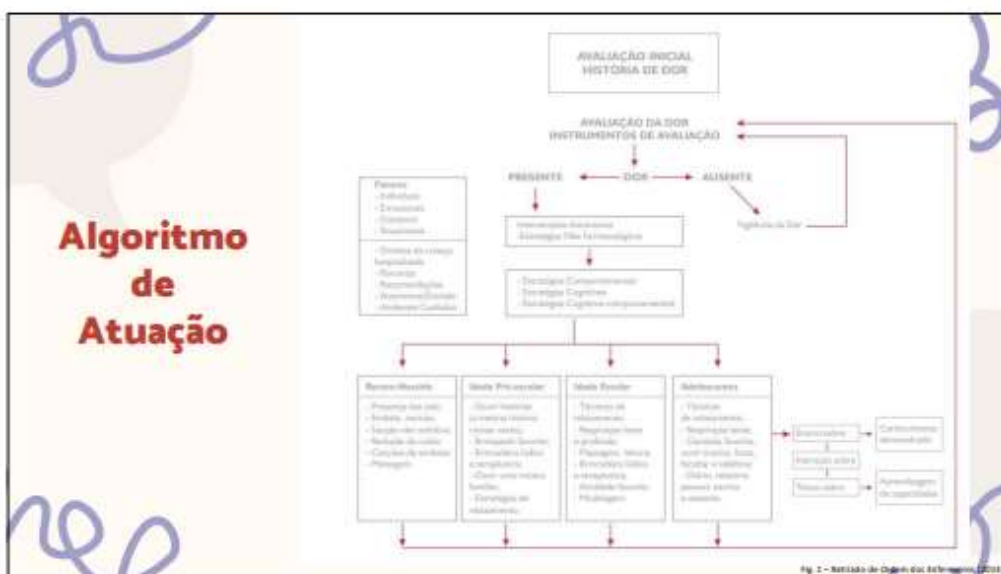
3

- **Não dar à criança falsa confiança e tranquilidade** em relação ao «procedimento doloroso, dizendo que «não vai doer nada».
- **Não utilizar expressões** com as quais a criança **se possa sentir humilhada**, tais como: «pareces um bebé a chorar» ou «um homem não chora», comparando-a com outras crianças.
- **Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor.**
- **Atribuir à criança algum controlo sobre o tratamento.**
- Proporcionar o «falar consigo próprio».
- **DAR FEEDBACK POSITIVO.**
- **Permanecer junto da criança** após um procedimento doloroso.
- **Agrupar os cuidados** de forma a **manipular/incomodar o menor número de vezes possível.**
- **Agrupar os procedimentos** ou terapêuticas dolorosas e providenciar que sejam **feitos com analgesia.**



Plano de Atuação, 2018

7



8

Como as crianças expressam dor?

- Recém-nascidos
- Crianças De 1-3 Anos
- Crianças De Idade Pré-escolar (3-6 Anos)
- Crianças Em Idade Escolar
- Adolescentes



9

RECÉM-NASCIDOS

Expressão facial de desconforto;
Choro intenso;
Respostas corporais ("O corpo fala");
Modificação no comportamento;
Sinais físicos: frequência cardíaca e respiratória aumentadas.



(Silveira, A., Paula, F., Fernandes, A., Silveira, C., Medeiros, C., Sousa, D., Santos, B., Mendes, I., Almeida R. (2018))

10

CRIANÇAS DE 1-3 ANOS

Manifestam-se sobretudo por gritos -

"Idade do grito":

- **Choro e gritos;**
- Grande **ansiedade;**
- Usam **palavras** para a dor (ai, ui, dói);
- **Expressão facial;**
- **Expressão corporal:** agitação, agressividade, proteção da zona dolorosa.



(Silveira, A., Pedro, F., Fernandes, A., Miranda, C., Madureira, C., Louco, D., Santos, B., Mendes, L., Amorim, R. (2018))

11

CRIANÇAS DE IDADE PRÉ-ESCOLAR (3-6 ANOS)

As crianças em idade pré-escolar têm "pensamento mágico":
o beijinho da mamã faz passar o dói-dói...

- **Conseguem exprimir** a dor;
- Manifestam alterações comportamentais como **agitação e agressão física;**
- Apresentam grande **preocupação com perda de parte do corpo, medo** das agulhas e procedimentos médicos;
- Acreditam que a **dor é uma punição;**
- **Misturam factos reais com ficção;**
- Apresentam **pensamento mágico** em relação à dor.



(Silveira, A., Pedro, F., Fernandes, A., Miranda, C., Madureira, C., Louco, D., Santos, B., Mendes, L., Amorim, R. (2018))

12

CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR

As crianças em idade escolar são mais exigentes:

“Preciso que me expliquem!”

- Conseguem descrever a sua dor;
- Podem fazer **associação entre a dor e a causa**;
- **Gostam e precisam de explicações** sobre os procedimentos;
- **Expressão corporal**: imobilidade e rigidez, posição fetal, proteger ou tocar a área dolorosa, cerrar os punhos, isolamento;
- **Expressão comportamental**: podem tornar-se irritáveis, zangados, tristes, deprimidos ou agressivos; alteração do padrão de sono.



(Dutra, A., Pedro, F., Fernandes, A., Mendes, C., Almeida, C., Lopes, S., Santos, R., Mendes, L., Araújo, R., 2018)

13

ADOLESCENTES

Os adolescentes questionam: “Porquê a mim?”

- Precisam de manter a **autoestima e controlo**;
- Podem não mostrar comportamentos da dor por **vergonha** – difícil descodificação facial;
- Beneficiam com o ensino de **técnicas de controlo da dor**;
- A **sensação de abandono e depressão** pode surgir rapidamente.



(Dutra, A., Pedro, F., Fernandes, A., Mendes, C., Almeida, C., Lopes, S., Santos, R., Mendes, L., Araújo, R., 2018)

14

Como avaliar a dor em pediatria?

Através da utilização de escalas.



15

RECÉM-NASCIDOS

Escala NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) é usada para prematuros e recém-nascidos de termo:

Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraida	---
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Regular	Diferente de basal	---
Braços	Relaxados	Fletidos/Estendidos	---
Pernas	Relaxadas	Fletidas/Estendidas	---
Estado de Alerta	Dormindo e/ou Calmo	Agitado e/ou Irritado	---
Presença de dor > 3 pontos			

Fig. 2 – Retirado de artigo publicado em *scielo.org*

16

MENORES DE 4 ANOS OU CRIANÇAS SEM CAPACIDADE PARA VERBALIZAR

Escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability):

Categorias	Posturação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou outras expressões de dor em quando, intervindo, desatenção	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
Postura	Normal na relaxação	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticando
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contendo-se, movendo-se para frente e para trás, tonta	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro (acalmado ou dormindo)	Chorido ou choramingos; queixa ocasional	Choro contínuo, gritos ou soluço; queixa com frequência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranquilizada por toques, abraços ou conversas casuais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

Fig. 3 – Tradução de língua cultural adaptada da Escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) revisada (FLACC) Escala de dor para crianças

17

A PARTIR DOS 4 ANOS

Escala de faces de Wong-Baker



Fig. 4 – Tradução da Wong-Baker Faces Escala

Escala de faces revista (FPS-R Faces Pain Scale-Revised)

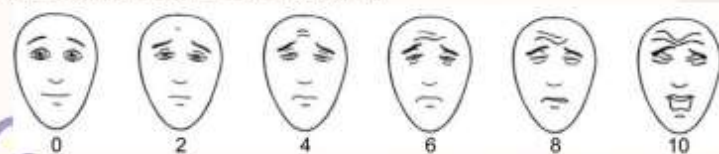


Fig. 5 – Tradução de língua cultural adaptada e tradução de faces de dor para crianças e adolescentes

18

9



19

A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA OU PROBLEMAS DE DESENVOLVIMENTO

Escala FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) - Revised

categorias	Pontuação		
	0	1	2
F Face	Sem expressão particular no rosto	Presença ocasional de um ou mais dos seguintes: sobrancelha franzida, lágrima, fechamento dos olhos	Expressão de dor evidente no rosto, com uma ou mais das seguintes: lágrima, fechamento dos olhos, expressão angustiada no rosto
L Pernas	Posição normal ou relaxada	Distensão, rigidez, tremor, fúria ou movimentos	Choro ou gritos, tensão, aumento visível da rigidez, fúria ou movimentos no corpo
A Atividade	Em silêncio, postura normal, movimento espontâneo	Comportamento anormalmente agitado ou calmo para a idade, postura rígida, movimentos repetitivos	Choro ou gritos, rigidez no corpo, hiperatividade, postura rígida, movimentos repetitivos
C Choro	Sem choro ou choro ocasional	Choro ou choro ocasional, com movimentos repetitivos	Choro ou gritos, rigidez no corpo, hiperatividade, postura rígida, movimentos repetitivos
CO Consolabilidade	Calma, relaxado	Tranquilizado por toque ou voz, mas ainda agitado	Agitado, não responde ao toque ou voz, movimentos repetitivos

Orientações para aplicação da escala

1- Cada uma das cinco categorias (F) Face, (L) Pernas, (A) Atividade, (C) Choro, (CO) Consolabilidade é pontuada de 0 a 2. O resultado final é a soma das pontuações de cada categoria.

2- Pontuação máxima: 10. O resultado final é a soma das pontuações de cada categoria.

3- Pontuação mínima: 0. O resultado final é a soma das pontuações de cada categoria.

4- A FLACC revisada pode ser utilizada para avaliar a dor em crianças com deficiência ou problemas de desenvolvimento. A escala pode ser utilizada para avaliar a dor em crianças com deficiência ou problemas de desenvolvimento. A escala pode ser utilizada para avaliar a dor em crianças com deficiência ou problemas de desenvolvimento.

Fig. 7 – Retirada do artigo www.sciencedirect.com

20

OUTROS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Avaliação multidimensional da dor:
Escala APPT (Adolescent Pediatric Pain Tool;
avaliação de dor aguda ou crônica

ADOLESCENT PEDIATRIC PAIN TOOL
APPT - (PAINHO) (PAINHO) (PAINHO)

1. Por favor, descreva a dor que você está sentindo. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

2. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

3. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

4. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

5. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

6. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

7. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

8. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

9. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

10. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

11. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

12. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

13. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

14. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

15. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

16. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

17. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

18. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

19. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

20. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

21. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

22. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

23. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

24. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

25. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

26. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

27. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

28. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

29. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

30. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

31. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

32. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

33. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

34. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

35. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

36. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

37. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

38. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

39. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

40. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

41. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

42. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

43. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

44. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

45. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

46. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

47. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

48. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

49. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

50. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

51. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

52. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

53. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

54. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

55. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

56. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

57. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

58. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

59. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

60. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

61. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

62. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

63. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

64. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

65. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

66. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

67. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

68. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

69. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

70. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

71. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

72. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

73. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

74. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

75. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

76. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

77. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

78. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

79. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

80. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

81. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

82. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

83. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

84. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

85. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

86. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

87. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

88. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

89. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

90. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

91. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

92. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

93. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

94. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

95. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

96. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

97. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

98. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

99. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

100. Por favor, indique se a dor é aguda ou crônica.

Fig. 2 – Revisão de artigo: cultural adaptation to Brazilian Portuguese of the Pain, Vigil, Activity, Crying, Consistency Revised (PACCR) scale of pain assessment

21

Medos

Idades	Medos Mais Frequentes
0 - 1 ano	Estímulos intensos e desconhecidos. Ruidos fortes. Pessoas estranhas. Animais, Máscaras. Tempestades.
2 - 4 anos	Escuro. Bruxas e fantasmas. Catástrofes. Separação dos pais.
4 - 6 anos	Dano corporal. Ridículo.
6 - 9 anos	Acidentes e doenças. Mau rendimento escolar. Conflito parental.
9 - 12 anos	Relações interpessoais. Perda de autoestima.
12 - 18 anos	Insetos e répteis. Alturas. Sangue. Espaços fechados. Tempestades.



Tabela 1 – Medos das Crianças e Adolescentes (2020)

22

11



23

Estratégias Não Farmacológicas

ANALGESIA MULTIMODAL

➔

vários agentes, intervenções, reabilitação e terapias **atuam de forma sinérgica** para controlo da dor. Permite tratamento mais eficaz, com menos efeitos colaterais do que apenas com um analgésico ou uma modalidade terapêutica.

- São eficazes em **situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos rápidos**;
- Podem utilizar-se como **complemento** dos medicamentos analgésicos;
- **Aumentam o sentimento de controlo da dor**;
- Promovem **maior autonomia** da criança e da família;
- São **seguras, não invasivas, económicas**;
- A criança e os pais **podem aprender a usá-las**.

CONTRIBUEM PARA:

- reduzir a perceção da dor
- tornar a dor mais tolerável
- diminuir a ansiedade e o medo

(Gouveia, A., Pires, F., Fernandes, R., Mendes, C., Mendes, C., Santos, D., Santos, S., Mendes, L., Mendes, P., 2018)

24

Estratégias Não Farmacológicas



Objetivo:

Reduzir o nível de ansiedade e o medo associados à realização de procedimentos invasivos.

As crianças tem o direito a desenvolver atividades lúdicas, mesmo nas situações em que a sua saúde está comprometida e necessita de internamento hospitalar.



O treino e a utilização destas estratégias assentam na metodologia da **brincadeira lúdica e da brincadeira terapêutica**.

(Ordem dos Enfermeiros, 2011)

25

Brincar Terapêutico

- **A brincar, a criança expressa os seus medos, desejos e experiências vividas**, tendo a possibilidade de **libertar emoções, tensões e frustrações**.
- Brincar também **promove a espontaneidade, a diversão, a satisfação e a autoestima da criança**.
- Através da brincadeira, a criança **interage com as outras e com os profissionais de saúde**, tem a possibilidade de **fazer escolhas** e de **assumir o controlo** das situações.
- **Brincar é**, para a criança, uma forma de **comunicar com os outros** e exige reciprocidade.

É útil no momento da admissão ao hospital e na preparação para procedimentos.

Brinquedo
Terapêutico



Auxilia na preparação da criança para os procedimentos invasivos, possibilitando o manuseamento dos materiais que irão ser usados e **facilita a comunicação** entre a criança e o enfermeiro.

(Ordem dos Enfermeiros, 2011)

26

Intervenções Não Farmacológicas em Recém-Nascidos

- **Ajuste da luminosidade** sobre o recém-nascido;
- **Redução do ruído ambiente** (promovendo o silêncio, evitando conversas desnecessárias e diminuindo os alarmes sonoros dos monitores);
- Promoção do **sono e repouso**;
- **Posicionamento adequado** (a contenção em «ninhos» que promovam a sua organização comportamental, rolos de posicionamento);
- **Agrupamento de cuidados** minimizando as manipulações;
- A **massagem** terapêutica;
- **Embalco** ao colo;



(Silva e dos Anjos, 2021)

27

- O **contacto físico** (principalmente com a mãe) atenua a resposta comportamental e fisiológica à dor, em recém-nascidos a termo;
- O **método canguru**:



- O **leite materno**;



- A **sucção não nutritiva**;



- A **sacarose a 24%**;



(Silva e dos Anjos, 2021)

28

Intervenções Não Farmacológicas em Crianças/ Adolescentes

- Intervenções cognitivas
- Intervenções comportamentais
- Intervenções cognitivo-comportamentais



(Diário das Infâncias, 2021)

29

Intervenções Cognitivas

Simulação ou modelação

Distração

Informação antecipatória

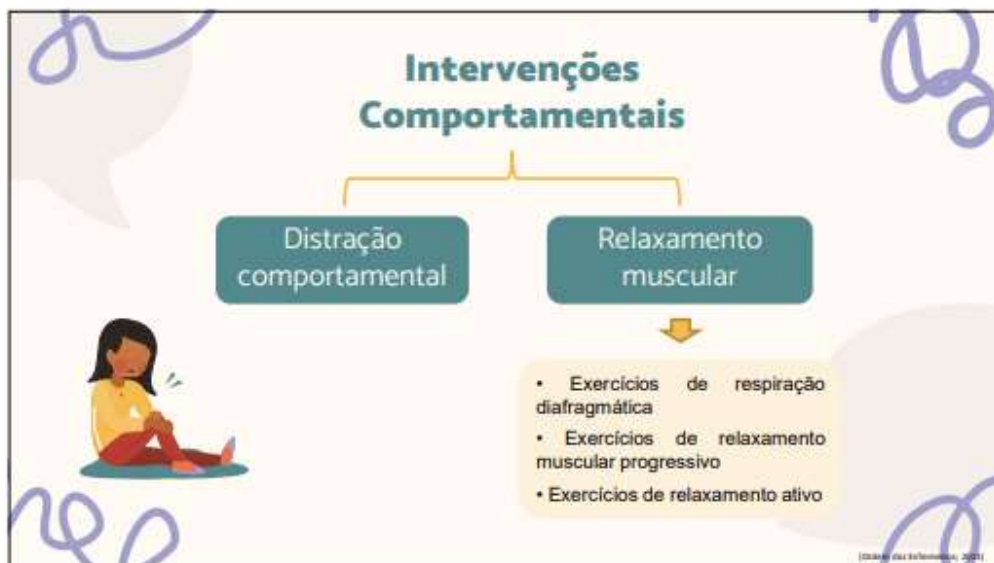
Imaginação guiada

Reforço positivo

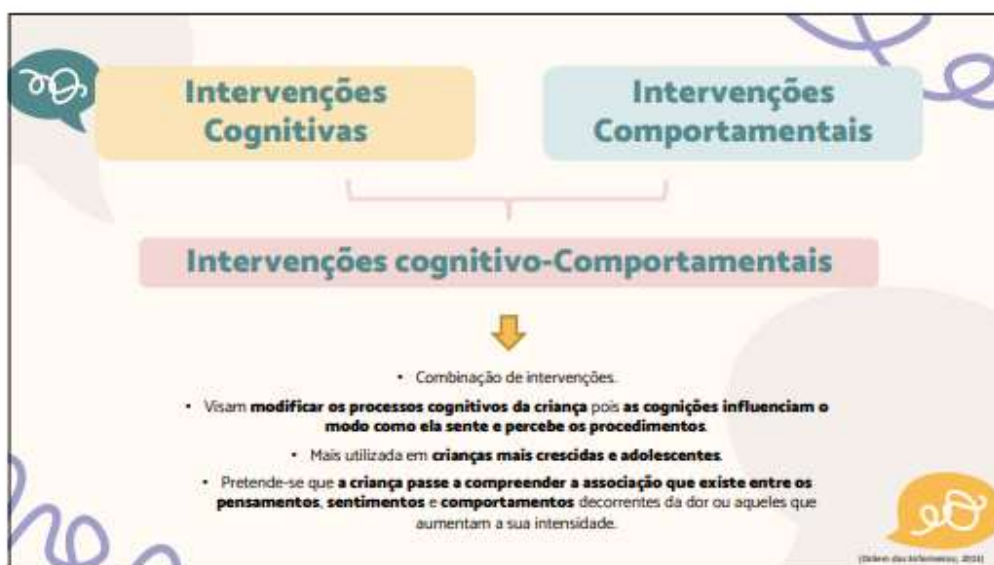
(Diário das Infâncias, 2021)

30

15



31



32

Estratégias Físicas

Medidas de conforto	Mensagem ou toque terapêutico	Sucção não nutritiva (sacacose <12 meses)	Posicionamentos de conforto
Aplicação de calor/frio			
Acupressão, reflexologia, aromaterapia	Contacto pele a pele nos RN e contenção (swaddling)	Aplicação de vibração (Buzzy)	Realidade Virtual
Acupuntura			
Kit-sem-Dói-dói			

(Oliveira das Infâncias, 2019)

33

Outras Estratégias

Musicoterapia – diminui o stress, através da produção de endorfinas, minimizando a dor.

Arteterapia - o teatro, a música, a arte, a poesia, as marionetas, a escrita e o desenho podem ajudar a criança a falar sobre a sua doença e a ganhar controlo sobre a dor.

Humor - proporciona alívio da tensão, estimula o sorriso e o riso associando assim prazer e sensação de bem-estar.

↓

O enfermeiro deve adaptar as atividades às necessidades da criança.

(Oliveira das Infâncias, 2019)

34



Buzzy®
« ALÍVIO DA DOR, NATURALMENTE »

Trata-se de uma estratégia **fácil, reutilizável e rápida** para a gestão da dor de crianças submetidas a procedimentos dolorosos relacionados com agulhas.

É um dispositivo constituído por dois componentes:

- Um o **corpo da abelha** (vibração)
- E as **asas de gelo removíveis** (frio)

→

O **objetivo** do frio e das vibrações é bloquear a transmissão de sinais de dor.



(Guzem V, Frindel M, Rasche P, Ferri P, Bonetti L.; 2018; Erdogan B, Aytekin Ozdemir A.; 2021; Ballard A, Rhadra C, Adler S, Dayan-Trosser S, Le Masson.; 2019)

35



BUZZY®
Taking the sting out of shots!

(Link: <https://www.buzzymed.com/>)

36

Realidade Virtual

Trata-se de um **método não farmacológico de distração** sendo este não **invasivo, rentável, prático, simples e eficaz** que pode ser utilizado para distrair a atenção das crianças da dor durante os procedimentos dolorosos associados a agulhas.



Reduz a dor e ansiedade



Material:
Óculos de realidade virtual e telemóvel
com acesso a internet.



(Gindogan B, Aydinli Ozdemir A.; 2021)

39



(Gindogan B, Aydinli Ozdemir A.; 2021)

40

Estratégias Farmacológicas

Utilização de analgesia

➔

permitem a **segurança e eficácia dos procedimentos** e o **conforto da criança**.

↓

A escolha dos fármacos e a via de administração dependem do grau de dor e ansiedade que os procedimentos provocam e da necessidade, ou não, de imobilidade da criança.

Podemos recorrer a:

- Anestesia local
- Sedação e analgesia por **via intranasal**
- Sedação e analgesia por **via inalatória**
- Sedação e analgesia por **via intravenosa**



(Silveira, A., Pedro, F., Fernandes, A., Matos, C., Madureira, C., Gouveia, D., Santos, R., Mendes, L., Almeida, R. (2018))

43

Estratégias Farmacológicas

Princípios Básicos Da Administração Dos Analgésicos:

- Escolher os fármacos de acordo com a intensidade da dor;
- Administrar os fármacos pela **via menos invasiva possível** - idealmente por via oral;
- Administrar os fármacos num **horário regular e não em SOS**;
- Adequar os fármacos de acordo com o **efeito pretendido**.

Fármacos Mais Utilizados:

DOR LIGEIRA

Paracetamol
AINEs

➔

DOR MODERADA
A INTENSA

Opioides
fortes



(Silveira, A., Pedro, F., Fernandes, A., Matos, C., Madureira, C., Gouveia, D., Santos, R., Mendes, L., Almeida, R. (2018))

44

Anestesia local

- **Sprays** (Ex: cloreto de etilo)
- **Creme ou adesivo com anestésico local** (Ex: lidocaína/prilocaina) – colocado na pele 1h antes; pode ser usado em qualquer idade
- **Injeção intradérmica/ subcutânea de lidocaína** – suturas, punções, procedimentos cirúrgicos ou dermatológicos superficiais
- **Gel e spray de lidocaína**



(Silveira, A., Pedro, F., Fernandes, R., Menezes, C., Madruga, C., Sousa, J., Santos, F., Martins, J., Pereira, R., 2018)

45

Sedação e Analgesia por Via Intranasal

Com a utilização de um atomizador nasal é possível administrar fármacos analgésicos e sedativos:

- Ex: fentanilo, cetamina, midazolam



Ex: sedação em pediatria para a realização de punção lombar.

(Silveira, A., Pedro, F., Fernandes, R., Menezes, C., Madruga, C., Sousa, J., Santos, F., Martins, J., Pereira, R., 2018)

46

Sedação e Analgesia por Via Inalatória

Mistura de dois gases: **oxigénio** e **protóxido de azoto**.

↓

Permite sedação ligeira e analgesia, para procedimentos geradores de **grande ansiedade** em **dor ligeira a moderada**.

Ex: colocação de cateteres, análises, sutura de feridas, pensos, punção lombar, etc.

A criança fica **relaxada, tem menos dor e fica menos ansiosa**. É eficaz e **pode ser potenciada por intervenções não farmacológicas** como a **imaginação guiada**.

Como se usa? → A criança tem de respirar através de uma máscara. + eficaz a partir dos 3 anos.

(Oliveira, A., Pedro, F., Fernandes, S., Miranda, C., Madaleno, C., Lourenço, J., Santos, J., Martins, J., Ribeiro, P., 2018)

47



AP-HM

(link: <https://www.ap-hm.pt/>)

48

Sedação e Analgesia por Via Intravenosa

Fármacos mais utilizados

↓

Opióides: alfentanil, fentanilo, morfina
Outros fármacos: cetamina, midazolam, propofol

A sedação e analgesia obtida com estes fármacos, nas condições de eficácia e segurança preconizadas, **não é uma anestesia geral.**



Glávnick, A., Pedro, F., Henriques, R., Almeida, C., Almeida, C., Lima, A., Martins, M., Silva, R., 2018

49

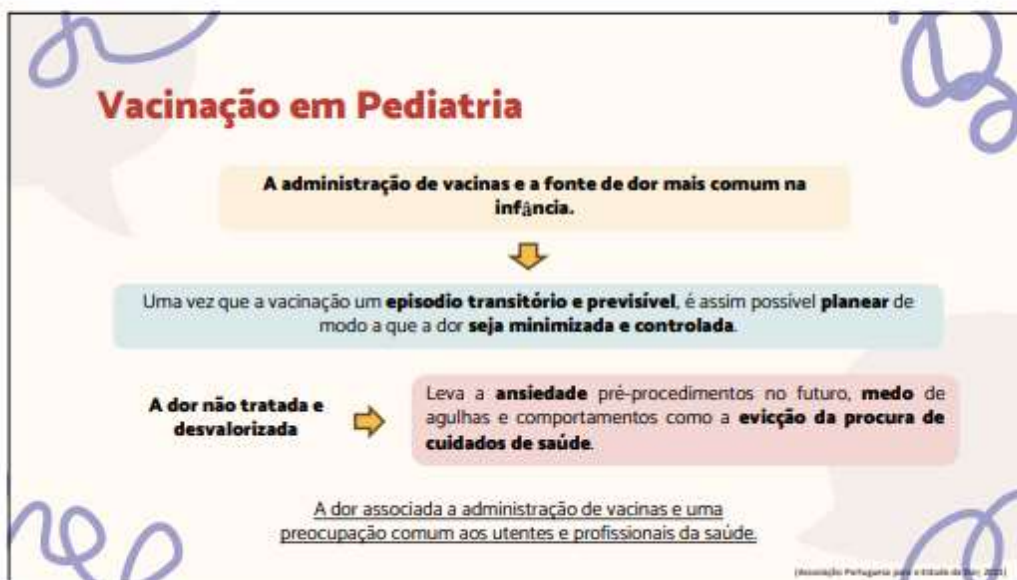
Vacinação em Pediatria

Recomendações da:




50

25



51



52

Vacinação em Pediatria

Segundo um estudo, observou-se os aspetos que as crianças consideram mais importantes quando são sujeitas a procedimentos dolorosos como a vacinação.

- 48,6% identificaram o **estar com os pais/ família**,
- 44,1% **ser explicado o procedimento**,
- 19,6% **saber o nome do profissional de saúde** (medico/ enfermeiro),
- 49,1% **perceber o que o profissional de saúde diz**,
- 44% **poder questionar**,
- 47,3% **poder ser ouvido**,
- 48,7% **não ter medo**,
- 60,1% **não ter dor**.



(Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021)

53

Linhas Orientadoras para o Alívio da dor na Vacinação em Pediatria

Baseiam-se em **5 domínios de intervenção**:

1. Orientações relativas ao **Procedimento**
2. Orientações relativas a **Intervenções Físicas** (posicionamento do corpo e atividade)
3. Orientações relativas a **Intervenções Psicológicas**
4. Orientações relativas a **Intervenções Farmacológicas**
5. Orientações relativas às **Intervenções de Processo - Educação e Implementação**.



(Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021)

54

1. Orientações Relativas ao Procedimento

➔ **Recomenda-se não aspirar o conteúdo da seringa durante a administração da vacina intramuscular**, em todas as idades (Recomendação com grau elevado de evidência).

Em contexto de vacinação agrava a dor pelo maior tempo de permanência da agulha nos tecidos. Nos locais de administração das vacinas não se encontram vasos de grande calibre, pelo que não existe evidência negativa associada à não aspiração.

➔ **Recomenda-se a administração da vacina mais dolorosa em último lugar**, em todas as idades (Recomendação com grau elevado de evidência).

A dor pode escalar com cada nova administração. Ex: vacinas mais dolorosas: vacina antipneumocócica (**PREVENAR**), vacina anti sarampo, papera e rubéola (**VASPR**) e vacina contra o Vírus do Papiloma Humano (**HPV**).

(Associação Portuguesa para a Educação do Paciente, 2021)

55

2. Orientações relativas a Intervenções Físicas (posicionamento do corpo e atividade)

➔ **Recomenda-se a amamentação antes, durante e após o procedimento**, em crianças até aos 2 anos de idade (Recomendação com grau elevado de evidência).

A amamentação **reduz o stress e a ansiedade** através de múltiplos mecanismos, nomeadamente, por **conforto físico, sucção, distração, ingestão de algo doce**. Caso haja algum impeditivo ou recusa por parte da mãe em amamentar, poderá ser **administrado leite materno ou leite adaptado através de biberão**. O aleitamento materno é uma intervenção de custo-neutro e muito eficaz.

(Associação Portuguesa para a Educação do Paciente, 2021)

56

➡ **Recomenda-se o posicionamento da criança ao colo dos pais/ cuidadores** (em vez de deitar) até aos 3 anos de idade. **(Recomendação com grau elevado de evidência).**

A **posição deve ser confortável**. Os recém-nascidos que não estejam a ser amamentados, poderão ser vacinados em **utilizando o método canguru**. Após a vacinação, o posicionamento deve **incluir o embalo ou o aconchego**.

➡ **Recomenda-se a posição sentada para as crianças** acima dos 3 anos de idade. **(Recomendação com grau elevado de evidência).**

Esta posição **promove a sensação de conforto/ controlo por parte da criança**, com impacto positivo. **Deve ser evitada, a imobilização forçada da criança**, não revelando ser uma boa prática de cuidados.

(Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021)

57

3. Orientações relativas a Intervenções Psicológicas

➡ **Recomenda-se o uso de técnicas de distração durante a vacinação**, em crianças de todas as idades.

A distração pretende desviar a atenção do estímulo doloroso, através de intervenções que motivem a criança e **captem a sua atenção**.

A distração pode reduzir a dor ao envolver mecanismos neurais que facilitam a modulação endógena da dor, bem como desviar a atenção, que de outra forma, estaria alocada para o processamento da dor.

A distração através de brinquedos, vídeos interativos, música, livros, bolas de sabão, bem como o reforço positivo, imaginação guiada ou técnicas de relaxamento, são alguns dos exemplos.

As **técnicas de distração são iniciadas antes do início do procedimento e continuam durante e após - reduz a ansiedade, a dor e melhora a recuperação**.

(Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021)

58

Recomendações associadas à linguagem:

- ➔ **Recomenda-se a interação através do diálogo**, com um tom de voz neutro, utilizando palavras simples e claras para explicar o procedimento e linguagem positiva.
- ➔ **Não se recomenda o uso de afirmações falsas** sobre a dor (ex: "é só uma pica", "não dói nada"), pois pode-se perder a confiança por parte da criança.
- ➔ **Não se recomenda o uso repetido de expressões** tranquilizadoras (ex: "já vai acabar", "Esta tudo bem").

Estas expressões demonstraram estar associadas a uma maior ansiedade nas crianças. Há evidência de que as crianças percebem que os adultos estão preocupados quando as tranquilizam (linguagem verbal e corporal), podendo ser entendido por elas como um sinal de ameaça. Não se devem usar palavras que focam sentimentos e atitudes menos positivas.

59

4. Orientações relativas a Intervenções Farmacológicas

- ➔ **Recomenda-se a aplicação de anestésicos tópicos** em crianças até aos 12 anos de idade (Recomendação com grau elevado de evidência).

A aplicação de anestésico tópico em forma de gel, creme ou adesivo, bloqueia a transmissão de estímulos dolorosos para a pele.

- ➔ **Recomenda-se a administração de solução de sacarose antes da administração da vacina** em crianças até aos 2 anos de idade. (Recomendação com grau elevado de evidência).

A sacarose pode ser oferecida a crianças que não estejam sob aleitamento materno. Recomenda-se a administração de 2 ml de uma solução de sacarose a 24%, 2 minutos antes do procedimento. A glicose a 30% pode ser usada caso não exista sacarose. No caso da vacina oral contra o rotavírus, administrar esta em primeiro lugar, pois já contém e substitui a sacarose.

(Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021)

60

5. Orientações relativas às Intervenções de Processo - Educação e Implementação

➔ **Recomenda-se a educação sobre estratégias de alívio da dor de todos os profissionais de saúde que administram vacinas.** (Recomendação com grau elevado de evidência).

➔ **Recomenda-se a presença dos pais ou cuidadores durante a vacinação de crianças até aos 10 anos de idade** (Recomendação com grau elevado de evidência).

Promover a presença dos pais/cuidador, sempre que possível.

Como o **comportamento dos pais influencia o nível de ansiedade das crianças**, a sua educação e orientação facilita o alívio da dor, do medo e da ansiedade. Existem **panfletos e instruções específicas sobre o controlo da dor, que podem ser fornecidas aos pais**. A **dor e a ansiedade** da criança durante os procedimentos dolorosos **diminuem quando os adultos estão mais calmos** e promovem conversas não centradas no procedimento.

(Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021)

61

➔ **Recomenda-se a educação dos pais/cuidadores sobre as estratégias de alívio da dor, a serem implementadas, dias antes da vacinação dos filhos.** (Recomendação com grau elevado de evidência).

A **educação antecipada dos pais aumenta o uso de intervenções** para a redução da dor durante a vacinação.

➔ **Recomenda-se a educação de pais/cuidadores sobre as estratégias de alívio da dor, a serem implementadas no dia da vacinação.** (Recomendação com grau elevado de evidência).

➔ **Recomenda-se o esclarecimento das crianças, com mais de 3 anos de idade e adultos sobre as estratégias que podem utilizar para o alívio da dor.** (Recomendação com grau elevado de evidência).

Devem ser **informados e esclarecidos sobre o procedimento**, sobre o que **irão sentir e o que podem fazer**. Devem ser **treinadas técnicas de alívio de dor e medo**. A informação **deve ser dada antes do procedimento**.

(Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021)

62

Aspetos a reter:

- **Não aspirar** antes da administração;
- Administrar sempre a **vacina mais dolorosa no final**;
- Priorizar que a **criança se sente ao colo dos pais durante a administração**;
- Priorizar a **amamentação antes, durante e após a administração**;
- Utilizar **anestésicos tópicos** (Ex: EMLA);
- Utilizar **solução açucarada em lactentes** (Ex: sacarose);
- Utilizar a **distração**;
- **Formar/ educar os profissionais sobre dor e gestão de medo e ansiedade** associados à vacinação;
- **Educar os pais/ cuidadores e crianças sobre gestão de dor e medo** associado à vacinação.

(Associação Portuguesa para a Educação, 2021)

63

- A evidência científica mostra que os **anestésicos tópicos** são eficazes, mas a **decisão da sua utilização** devesse ficar a cargo dos pais.
- Pela falta de evidência científica a **OMS não recomenda o aquecimento da vacina antes da sua administração**; a **administração de analgésico oral antes ou durante o procedimento**; a **estimulação manual do local de administração**.
- Os **analgésicos orais** podem ser **administrados se ocorrer dor ou febre** após a vacinação.
- Uma única intervenção não farmacológica pode não prevenir a totalidade da dor, neste sentido as **intervenções devem ser combinadas**.
- A **prevenção ou redução da dor na vacinação é evidenciada pela OMS como uma boa prática**.

(Associação Portuguesa para a Educação, 2021)

64



65



66



Para uma vacinação sem medo e sem dor!

Como reduzir o medo das injeções e a dor durante a vacinação.

Guia para pais de crianças até aos 3 anos

Para uma vacinação sem medo e sem dor!

Como ajudar a reduzir a dor durante a vacinação, nas crianças até 3 anos.

- 1. Sacacore e sucção (chupeta)**
 - Entre os bebés até aos 2 anos, há dois métodos de fazer calmamente a vacinação, desde que não haja nenhuma das sacacore para reduzir a dor.
 - Sacacore sucção: com sacacore, chupeta ou sucção, pode ajudar a reduzir a dor durante a vacinação.
 - A sucção é mais para crianças, até aos 2 anos, mas também pode ajudar a reduzir a dor durante a vacinação.
 - Calmar a dor com a sucção da boca, com a sucção da mão ou sucção da pele, com a sucção da pele ou sucção da pele.
- 2. Linguagem positiva**
 - Entre bebés, até aos 2 anos, há dois métodos de fazer calmamente a vacinação, desde que não haja nenhuma das sacacore para reduzir a dor.
 - Entre bebés, até aos 2 anos, há dois métodos de fazer calmamente a vacinação, desde que não haja nenhuma das sacacore para reduzir a dor.
 - Entre bebés, até aos 2 anos, há dois métodos de fazer calmamente a vacinação, desde que não haja nenhuma das sacacore para reduzir a dor.
- 3. Crença anestésica natural**
 - Entre bebés, até aos 2 anos, há dois métodos de fazer calmamente a vacinação, desde que não haja nenhuma das sacacore para reduzir a dor.
 - Entre bebés, até aos 2 anos, há dois métodos de fazer calmamente a vacinação, desde que não haja nenhuma das sacacore para reduzir a dor.
 - Entre bebés, até aos 2 anos, há dois métodos de fazer calmamente a vacinação, desde que não haja nenhuma das sacacore para reduzir a dor.
- 4. Posições de conforto**
 - Entre bebés, até aos 2 anos, há dois métodos de fazer calmamente a vacinação, desde que não haja nenhuma das sacacore para reduzir a dor.
 - Entre bebés, até aos 2 anos, há dois métodos de fazer calmamente a vacinação, desde que não haja nenhuma das sacacore para reduzir a dor.
 - Entre bebés, até aos 2 anos, há dois métodos de fazer calmamente a vacinação, desde que não haja nenhuma das sacacore para reduzir a dor.
- 5. Ucar distração**
 - Entre bebés, até aos 2 anos, há dois métodos de fazer calmamente a vacinação, desde que não haja nenhuma das sacacore para reduzir a dor.
 - Entre bebés, até aos 2 anos, há dois métodos de fazer calmamente a vacinação, desde que não haja nenhuma das sacacore para reduzir a dor.
 - Entre bebés, até aos 2 anos, há dois métodos de fazer calmamente a vacinação, desde que não haja nenhuma das sacacore para reduzir a dor.
- 6. Apoio a vacinação**
 - Entre bebés, até aos 2 anos, há dois métodos de fazer calmamente a vacinação, desde que não haja nenhuma das sacacore para reduzir a dor.
 - Entre bebés, até aos 2 anos, há dois métodos de fazer calmamente a vacinação, desde que não haja nenhuma das sacacore para reduzir a dor.
 - Entre bebés, até aos 2 anos, há dois métodos de fazer calmamente a vacinação, desde que não haja nenhuma das sacacore para reduzir a dor.

[illegible]

Barreiras para a Utilização de Estratégias para a Minimização da Dor por parte dos Enfermeiros

- Falta do tempo - 22,4%
- Disponibilidade - 17,5%
- Falta de conhecimento - 17%
- Falta de suporte da equipa - 14,1%
- Custo - 12,1%
- Falta de Recursos - 7,4%
- Preocupações com Segurança - 4,7%
- Fator Ambiental - 3,4%
- Entre Outros - 1,4%

Journal of Pediatric Health Care
 Official Journal of the American Pediatric Nurses Association

Barriers to the Use of Pain Prevention Techniques During Immunization

Barbara L. Kohn, PhD, RN, FAAN, FAAPRN, FAAP, FAHA, FAHA-PA, FAHA-PA
 Department of Nursing, University of Illinois at Chicago, Chicago, IL 60607

Abstract

Background: The purpose of this study was to identify barriers to the use of pain prevention techniques during immunization.

Method: A descriptive study was conducted in a pediatric clinic. Nurses were surveyed about their use of pain prevention techniques during immunization.

Results: The most common barriers to the use of pain prevention techniques were lack of time (22.4%), availability (17.5%), knowledge (17%), and support from the team (14.1%).

(Kaplan, C., Cairns, C., Allen, L., Vancura, M., & Lee, N., 2021)

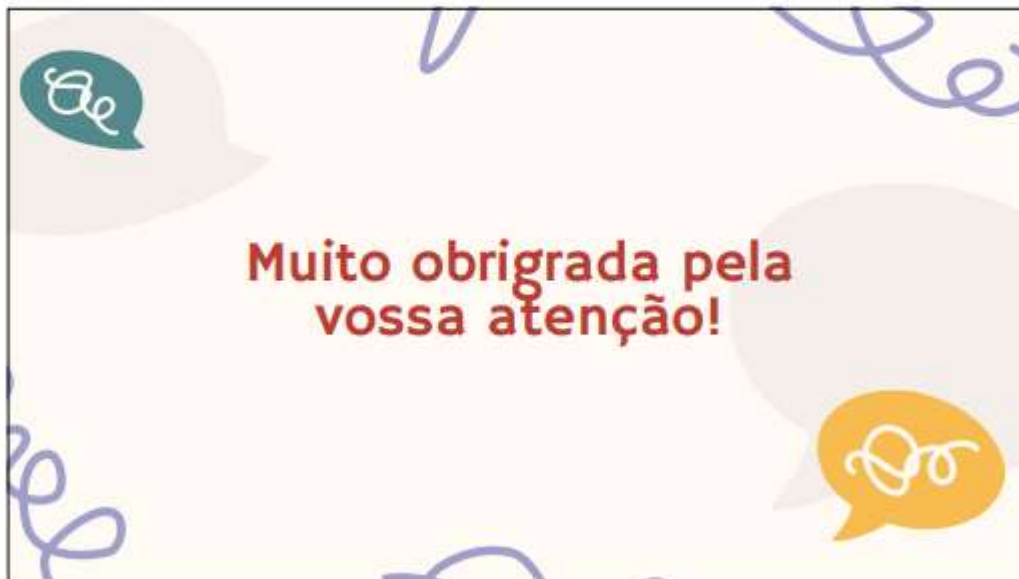
69



As crianças têm direito aos melhores cuidados!

É fundamental reconhecer, avaliar, prevenir e tratar A DOR DA CRIANÇA.

70



71

Referências Bibliográficas

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Dor o 5º sinal vital. Concurso Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Disponível em: https://www.odem.pt/arquivo/projectos/Documentos/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/POListboa_NormaClinicaEnfermagem_DorQuintoSinalVital.pdf
- Oliveira, A., Pedro, F., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lianzas, D., Santos, E., Marote, L., Amorim R., 2018. Desenhos da minha dor. APED. Disponível em: https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf
- Ballard A, Khadra C, Adler S, Doyon-Trotter E, Le May S. Efficacy of the Buzzy® device for pain management of children during needle-related procedures: a systematic review protocol. Syst Rev. [Internet]. 2018 May [cited 2023 Jan 26];7(1):78. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5964860/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013) Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança, Cadernos Ordem dos Enfermeiros
- Silva, Y. P., Gomez, R. S., Máximo, T. A., & Silva, A. C. (2007). Avaliação da dor em neonatologia [Pain evaluation in neonatology]. Revista brasileira de anestesiologia, 57(5), 565-574
- Bussotti, E. A., Guinzburg, R., & Pedreira, M.d.L. (2015). Cultural adaptation to Brazilian Portuguese of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised (FLACC) scale of pain assessment. Revista latino-americana de enfermagem, 23(4), 651-659. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0001.2500>
- Retrato do Site da Wong-Baker Faces Foundation: <https://wongbakerfaces.org/>
- Silva, F. C., & Thuler, L. C. (2008). Cross-cultural adaptation and translation of two pain assessment tools in children and adolescents. Jornal de pediatria, 84(4), 344-349. <https://doi.org/10.2223/JPGP.1802>
- Jacob, E., Mack, A. K., Sandoza, M., Van Cleve, L., & Wilkie, D. J. (2014). Adolescent pediatric pain tool for multidimensional measurement of pain in children and adolescents. Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses, 15(3), 694-705. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.03.002>
- Susan V. Friedel M; Baile P; Fanni P; Bonetti L. Efficacy of the Buzzy System for pain relief during venipuncture in children: a randomized controlled trial. Acta Biomed. 2018;89(6-5):6-16. Published 2018 Jul 16. doi:10.23750/abm.v89i6-5.7378
- Erdogan B, Aytekin Ozdemir A. The Effect of Three Different Methods on Venipuncture Pain and Anxiety in Children: Distraction Cards, Virtual Reality, and Buzzy (Randomized Controlled Trial). J Pediatr Nurs. 2021;58:e54-e62. doi:10.1016/j.pedn.2021.01.001
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2021). Recomendações Da Associação Portuguesa Para O Estado Da Dor Para O Controlo Da Dor Na Vacinação Pediátrica: Linhas Orientadoras Para A Prática Clínica. Disponível em: https://www.aped-dor.org/documentos/vac_young/recomendacoes_aped.pdf

Vídeos Link:

- <https://youtu.be/wn11OUFa5Q>
- https://www.youtube.com/watch?v=U_p8Ea2ag
- <https://youtu.be/FK6WJ8m8DDM>
- <https://youtu.be/RL1JFz8Q>

72

Apêndice W – Poster de divulgação da formação do Contexto de Cuidados de Saúde Primários

Apresentação do Sistema:



Buzzy®

« ALÍVIO DA DOR, NATURALMENTE »

Local:

Sala de Reuniões – USF

Dia 21/07/2023
Às 13h

Formador:

Delegado da empresa Goonliving



Formação:

Gestão da dor Em Pediatria

Local:

Sala de Reuniões – USF

Dia: 21/07/2023
Às 13h30

Formador:
Enf. Inês Santos
Sob orientação:



Apêndice X – Plano de sessão da formação do Contexto de Cuidados de Saúde Primários

Plano de Sessão: Formação para Profissionais

Tema: Formação sobre a Gestão da Dor em Pediatria

Data: 21 julho 2023 **Hora:** 13h30

Local: Sala Reuniões – USF

População alvo: Enfermeiros da USF

Objetivo geral: Explorar as principais estratégias e recomendações sobre a gestão da dor em pediatria.

Objetivos Específicos	Conteúdos Programáticos	Duração	Metodologia	Recursos	Avaliação
Explicitar os conceitos referentes à temática; Perceber as consequências da gestão ineficaz da dor a curto e longo prazo; Especificar os Fatores que influenciam a dor; Conhecer os documentos que abordam os direitos da criança face ao tratamento da dor; Especificar os princípios gerais; Conhecer as formas de como as crianças expressam dor; Perceber como avaliar a dor em pediatria; Conhecer os medos mais frequentes consoante a idade; Especificar as estratégias para a minimização da dor, não farmacológicas e farmacológicas;	Apresentação Introdução - A dor - Consequências da gestão ineficaz da dor a curto e longo prazo - Fatores que influenciam a dor - Direitos das crianças ao tratamento da dor - Princípios Gerais - Como as crianças expressam dor? • Recém-nascidos • Crianças De 1-3 Anos • Crianças De Idade Pré-escolar (3-6 Anos) • Crianças Em Idade Escolar • Adolescentes - Como avaliar a dor em pediatria? - Medos mais frequentes consoante a idade - Estratégias para a Minimização da Dor	1 hora	Método Expositivo com recurso a apresentação em powerpoint.	PC com acesso à Internet; Ecrã transmissor.	A avaliação da sessão com recurso a questionário de satisfação.

Explicar o conceito de brincar terapêutico;	- Estratégias Não Farmacológicas				
Perceber as Intervenções Farmacológicas em Recém-Nascidos;	- Brincar Terapêutico				
Conhecer as Intervenções Farmacológicas em Crianças/Adolescentes;	- Intervenções Não Farmacológicas em Recém-Nascidos				
Especificar as Estratégias Físicas e Outras Estratégias;	- Intervenções Não Farmacológicas em Crianças/Adolescentes				
Explicar o que é o Buzzy e os Óculos de Realidade Virtual;	• Intervenções cognitivas • Intervenções comportamentais • Intervenções cognitivo-comportamentais				
Perceber as estratégias farmacológicas;	- Estratégias Físicas				
Conhecer os diversos aspetos da vacinação em pediatria;	- Outras Estratégias				
Perceber as linhas orientadoras para o alívio da dor na vacinação em pediatria;	- Buzzy				
Mostrar folhetos informativos da APED;	- Óculos de Realidade Virtual				
Conhecer as Barreiras para a Utilização de Estratégias para a Minimização da Dor por parte dos Enfermeiros.	- Estratégias Farmacológicas				
	• Anestesia local • Sedação e analgesia por via intranasal • Sedação e analgesia por via inalatória • Sedação e analgesia por via intravenosa				
	- Vacinação em Pediatria – recomendações da APED				
	- Linhas Orientadoras para o Alívio da dor na Vacinação em Pediatria				
	1. Orientações relativas ao Procedimento				
	2. Orientações relativas a Intervenções Físicas				

	(posicionamento do corpo e atividade) 3. Orientações relativas a Intervenções Psicológicas 4. Orientações relativas a Intervenções Farmacológicas 5. Orientações relativas às Intervenções de Processo - Educação e Implementação. - Aspectos a Reter face à Vacinação - Folhetos Informativos da APED - Barreiras para a Utilização de Estratégias para a Minimização da Dor por parte dos Enfermeiros Referências Bibliográficas				
--	--	--	--	--	--

Apêndice Y – E-mail enviado com pedido de aquisição Buzzy do Contexto de Cuidados de Saúde Primários

Pedido de aquisição de Buzzy

1 mensagem

Ines Santos <inessantos8072@esscvp.eu>

27 de junho de 2023 às 17:47

Para:

Exmo. Sr. Diretor Executivo do ACES

Eu, Inês Santos, enfermeira no serviço de Urgência Pediátrica do HDS e aluna do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, encontro-me a desenvolver o estágio na instituição USF sob-orientação da Sra. Enfermeira

Deste modo, a temática do meu projeto é o Conforto da Criança em Cuidados de Saúde e tem como objetivo minimizar o stress e o desconforto que as crianças sentem associado à procura de cuidados de saúde.

Os procedimentos dolorosos são considerados como as principais fontes de dor e angústia para as crianças. A gestão da dor durante estes procedimentos é de extrema importância, uma vez que a dor pode resultar em consequências fisiológicas, psicológicas e emocionais graves.

Uma consequência grave da gestão incorreta da dor em crianças, é a fobia a agulhas, que pode ser desenvolvido entre os 5 e 10 anos de idade após uma má experiência. Esta fobia pode ter consequências a curto e longo prazo. A curto prazo o medo pode gerar sintomas fisiológicos graves, pode ainda ser desenvolvido medo do profissional de saúde, locais como hospital e centro de saúde, aumentando deste modo, o nível de dor e medo para os procedimentos subsequentes.

As consequências a longo prazo incluem a falta de prevenção face à saúde, pois, adultos que outrora foram crianças, negam efetuar procedimentos de rotina como por exemplo a colheita de sangue para análises, outra consequência é o incumprimento do esquema de vacinação.

No entanto, com vista à minimização dos fatores descritos anteriormente podem ser utilizados diversos métodos não farmacológicos, fáceis, práticos, não invasivos, rentáveis e reutilizáveis de usar, tais como o Buzzy, especialmente em cenários agudos.

O Buzzy é um dispositivo fácil, reutilizável e rápido de usar, concebido para reduzir a dor associada a procedimentos dolorosos que envolvam agulhas. É um dispositivo em forma de abelha constituído por um corpo e asas. A parte do corpo vibra e as asas aplicam frio concentrado no local acima da punção. A evidência científica relata que é eficaz na gestão da dor e da ansiedade em crianças.

A gestão adequada da dor pode reduzir a ansiedade das crianças e dos pais e aumentar a confiança e a colaboração, uma vez que o medo da dor é um problema. Neste sentido e de forma a minimizar a dor, venho então solicitar a aquisição do dispositivo Buzzy para a USF Terras de Cira, uma vez que, tendo em conta a mais recente evidência científica este provou ser uma estratégia útil, indispensável, com imensos benefícios para as crianças que frequentam a instituição, a utilização do dispositivo aumenta exponencialmente a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos utentes pediátricos e famílias.

Deixo aqui o link para o site onde se encontram mais informações face ao dispositivo: <https://www.goonliving.pt/buzzy>.

Em anexo envio a instrução de trabalho que tive a oportunidade de desenvolver.

Encontro-me à disposição de Vossa Excelência para qualquer contacto ou esclarecimento.

Agradecendo desde já a atenção dispensada e aguardando a resposta de Vossa Excelência.

Com os melhores cumprimentos,

Enf. Inês Santos

Apêndice Z – Instrução de Trabalho do Contexto de Cuidados de Saúde Primários
“Utilização do Dispositivo Buzzy”

	Área da Pediatria
	Utilização do Dispositivo Buzzy
	Instrução de Trabalho

1.DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

Objetivo: Promover a utilização do sistema Buzzy na gestão da dor em pediatria.

2.ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Enfermeiros do serviço/ unidade responsáveis pela realização de procedimentos dolorosos que envolvam o uso de agulhas, como a vacinação, administração de injetáveis intramusculares, colheitas sanguíneas e cateterização periférica.

3.INSTRUÇÃO DE TRABALHO

O Buzzy trata-se de uma estratégia fácil, reutilizável e rápida de usar para a gestão da dor de crianças submetidas a procedimentos dolorosos relacionados com agulhas.

É um dispositivo em forma de abelha que consiste em dois componentes: o corpo da abelha (vibração) e as asas de gelo removíveis (frio).

O objetivo do frio e das vibrações é bloquear a transmissão de sinais de dor.

O corpo do dispositivo em forma de abelha é constituído por um motor vibratório alimentado por duas pilhas alcalinas AAA.

O componente vibratório pode ser ativado por um interruptor localizado na parte superior do dispositivo.

As asas de gelo, contém 18 g de gelo e podem ser removidas e mantidas no congelador entre os procedimentos. Cada par de asas pode permanecer congelado durante cerca de 10 min à temperatura ambiente e pode ser utilizado até 100 vezes.

Antes do procedimento, as asas são retiradas diretamente do congelador da unidade, uma vez que devem ser congeladas de forma sólida para obter melhores resultados. Depois são então inseridas através de bandas elásticas fixas na parte de trás do corpo da abelha.

3.2. Quem pode realizar o procedimento:

-Enfermeiros

3.2. Material

EDIÇÃO	APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAG
A			Enf. Inês Santos		1/3

	Área da Pediatria
	Utilização do Dispositivo Buzzy
	Instrução de Trabalho

- Buzzy com asas



3.3. Técnica

3.3.1. Explique o procedimento à criança e elemento cuidador e obtém consentimento verbal.

3.3.2. Coloque o Buzzy (com ou sem as asas) cerca de 5cm acima do local onde irá efetuar a punção. Ativa a vibração e aguarda entre 30 a 60 segundos antes da punção. O dispositivo tem de ser mantido no lugar durante todo o procedimento.



3.3.3. Efetue o procedimento.



EDIÇÃO	APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAG
A			Enf. Inês Santos		2/3

	Área da Pediatria
	Utilização do Dispositivo Buzzy
	Instrução de Trabalho

3.3.4. Após o procedimento, retire o Buzzy e proceda à sua desinfecção. Este dispositivo deve ser desinfetado com compressa com álcool conforme o protocolo de controlo de infeção para os equipamentos não críticos em vigor nesta instituição de saúde.

4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ballard A, Khadra C, Adler S, Doyon-Trottier E, Le May S. Efficacy of the Buzzy® device for pain management of children during needle-related procedures: a systematic review protocol. Syst Rev. 2018;7(1):78. Published 2018 May 22. doi:10.1186/s13643-018-0738-1
- Susam V, Friedel M, Basile P, Ferri P, Bonetti L. Efficacy of the Buzzy System for pain relief during venipuncture in children: a randomized controlled trial. Acta Biomed. 2018;89(6-S):6-16. Published 2018 Jul 18. doi:10.23750/abm.v89i6-S.7378
- Erdogan B, Aytekin Ozdemir A. The Effect of Three Different Methods on Venipuncture Pain and Anxiety in Children: Distraction Cards, Virtual Reality, and Buzzy (Randomized Controlled Trial). J Pediatr Nurs. 2021;58:e54-e62. doi:10.1016/j.pedn.2021.01.001

EDIÇÃO	APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAG
A			Enf. Inês Santos		3/3

Apêndice AA – Instrução de Trabalho do Contexto de Cuidados de Saúde Primários
“Utilização de Óculos de Realidade Virtual”

	Área da Pediatria
	Utilização de Óculos de Realidade Virtual
	Instrução de Trabalho

1.DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJETIVO

Objetivo: Promover a utilização de óculos de realidade virtual na gestão da dor em pediatria.

2.ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Enfermeiros do serviço/ unidade responsáveis pela realização de procedimentos dolorosos que envolvam o uso de agulhas, como a vacinação, administração de injetáveis intramusculares, colheitas sanguíneas e cateterização periférica.

3.INSTRUÇÃO DE TRABALHO

A realidade virtual (VR), trata-se de um método não farmacológico de distração sendo este não invasivo, rentável, prático, simples e eficaz que pode ser utilizado para distrair a atenção das crianças da dor durante os procedimentos dolorosos associados a agulhas.

A VR diz respeito a um ambiente virtual 3D baseado em computador.

Os sistemas VR convencionais incluem um dispositivo montado na cabeça com Óculos 3D.

Apela a diferentes grupos etários e pode ser adaptado a telemóveis, portanto, pode ser facilmente utilizado em unidades de cuidados pediátricos.

Reduz a dor e ansiedade durante procedimentos dolorosos em crianças, assegurando assim uma melhor adaptação e adesão ao tratamento.

3.2. Quem pode realizar o procedimento:

-Enfermeiros

3.2. Material

- Óculos de realidade virtual e telemóvel com acesso a internet.



3.3. Técnica

EDIÇÃO	APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAG
A			Enf. Inês Santos		1/3

	Área da Pediatria
	Utilização de Óculos de Realidade Virtual
	Instrução de Trabalho

3.3.1. Explique o procedimento à criança e elemento cuidador e obtém consentimento verbal.

3.3.2. Escolha um vídeo 3D com a criança, coloque o telemóvel em encaixe próprio nos óculos de realidade virtual.



3.3.3. Explique o que irá fazer e o que a criança irá sentir à medida que efetue o procedimento.



3.3.4. Após o procedimento, retire os óculos de realidade virtual e o telemóvel, proceda à sua desinfeção. Este dispositivo deve ser desinfectado com compressa com álcool conforme o protocolo de controlo de infeção para os equipamentos não críticos em vigor nesta instituição de saúde.

EDIÇÃO	APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAG
A			Enf. Inês Santos		2/3

	Área da Pediatria
	Utilização de Óculos de Realidade Virtual
	Instrução de Trabalho

4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Erdogan B, Aytekin Ozdemir A. The Effect of Three Different Methods on Venipuncture Pain and Anxiety in Children: Distraction Cards, Virtual Reality, and Buzzy (Randomized Controlled Trial). J Pediatr Nurs. 2021;58:e54-e62. doi:10.1016/j.pedn.2021.01.001

EDIÇÃO	APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAG
A			Enf. Inês Santos		3/3

Anexos

Anexo I – Questionário de Avaliação da Instituição

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO - FORMANDOS

Designação da Ação: _____

Foi com grande prazer que a nossa equipa o acolheu neste curso/ação. Gostaríamos que esta experiência se tivesse revelado não apenas útil como também agradável.

Porque a sua opinião é de grande importância para nós, agradecemos que preencha este breve questionário.

Ao longo do questionário, utilize a seguinte escala de resposta:

1- Discordo plenamente

3- Concordo com reserva

5- Concordo plenamente

2- Discordo moderadamente

4- Concordo moderadamente

O FORMADOR

Apresentou a informação de forma clara

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Respondeu satisfatoriamente às questões que lhe foram colocadas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Criou boas oportunidades para a participação ao longo da formação

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Demonstrou um sólido conhecimento das matérias lecionadas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Revelou verdadeiro interesse e entusiasmo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Atingiu os objetivos da formação

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

OS MATERIAIS PEDAGÓGICOS FORNECIDOS

Terão utilidade como futura referência

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Permitiram acompanhar eficazmente as sessões de formação

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Têm um aspecto atrativo e profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

O CONTEÚDO DA FORMAÇÃO

O nível de detalhe foi o mais correto

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Permitirá aumentar a minha produtividade no trabalho

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

O aprofundamento da matéria foi adequado à minha experiência

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Contém exemplos apropriados

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Tem aplicação direta no meu trabalho

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Foi de encontro às minhas expectativas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

O RITMO DA FORMAÇÃO

☐ Lento ☐ Correto

☐ Rápido

A ORGANIZAÇÃO

Recebe e encaminha correctamente os formandos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Disponibiliza equipamento adequado às exigências da formação

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Disponibiliza instalações e condições ambientais adequadas à formação

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

APRECIÇÃO GERAL

Adquiri conhecimentos práticos que utilizarei no meu trabalho

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

O tempo que dediquei à formação foi bem investido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Gostei de frequentar esta acção de formação

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Recomendarei esta formação a outros

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

GRAU DE SATISFAÇÃO GLOBAL

☐ Muito Mau

☐ Fraco

☐ Satisfatório

☐ Bom

☐ Muito Bom

Caso considere pertinente, comente outros aspectos desta formação (sugestões, observações ou recomendações).

Anexo II – Flyers da APED utilizados no Contexto de Cuidados de Saúde Primários

Para uma vacinação sem medo e sem dor!

Abordagem da dor
durante a vacinação.



Guia para profissionais de saúde

Porque é que a dor na vacinação pode ser um problema?

As vacinas podem causar alguma dor e ansiedade em crianças de todas as idades (e mesmo nos pais!).

A dor pode fazer com que a criança desenvolva memórias negativas e traumáticas, condicionando no futuro medo e ansiedade antecipatória a agulhas, enfermeiros e médicos.

Ao aplicar os 5 tipos de estratégias para reduzir a dor e ansiedade da vacinação podemos realmente fazer a diferença!

1

ESTRATÉGIAS DE PROCESSO

EDUCAÇÃO

Os pais devem receber informação e material educacional sobre como ajudar a reduzir a dor, a ansiedade e o stress durante a vacinação.

PREPARAÇÃO

- Ajudar os pais a criar um plano de conforto.
- Incentivar a aplicação de creme anestésico em casa ou no centro de vacinação. Pode ser comprado numa farmácia sem receita médica.
- Se não estiver disponível no centro de vacinação sacarose comercializada, o profissional de saúde pode fazer uma solução de sacarose (misturando 1 colher de chá de açúcar com 2 colheres de chá de água destilada ou fervida).



Evidência resumida por: Grupo de Dor Pediátrica da APED 2021

Adaptado de: 1. Taddio A, McMurtry CM, Shah V, et al. Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline. CMAJ 2015;187:975-982; 2. Help Eliminate Pain in Kids&Adults; 3. It Doesn't Have to Hurt; 4. Immunize Canada.

Para uma vacinação sem medo e sem dor!

2 ESTRATÉGIAS FÍSICAS

AMAMENTAR

- Incentive as mães a amamentar os seus filhos começando antes da vacinação e continuando durante e após a vacinação.
- Expor os membros que serão usados para a administração das vacinas.

POSIÇÃO DE CONFORTO

- Bebês e crianças: ao colo dos pais; privilegiar a posição sentada, dar opção de escolha nas crianças mais velhas.
- Peça aos pais que segurem a criança ao colo ou a abracem durante a vacinação. Isso ajuda a criança a ficar quieta e a sentir-se segura.

3 ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS

ANESTÉSICOS TÓPICOS

- Produtos disponíveis: lidocaína lipossomal (Lambdalina™), lidocaína-prilocaina (EMLA™).
- Aplicar no local da injeção entre 30 e 60 minutos antes da vacinação, de acordo com as instruções do fabricante.
- Duas doses podem ser necessárias (uma para cada braço ou perna) se duas ou mais vacinas forem administradas.
- Após retirar o creme a pele pode estar branca ou vermelha, isso é normal e temporário. Se aparecer uma erupção na pele, pode ser uma reação alérgica, nesse caso deve-se usar outro creme da vez seguinte.
- Instrua os pais a evitar paracetamol ou ibuprofeno antes da vacinação – não foi comprovado que eles reduzem a dor da injeção. Após a vacinação, paracetamol ou ibuprofeno podem ser usados para aliviar a febre ou desconforto.

SOLUÇÃO DE SACAROSE

- Se a criança (0-2 anos) não estiver a amamentar durante a vacinação, pode ser administrada uma solução de sacarose. A solução de sacarose é segura para crianças, mesmo recém-nascidos.
- Dê à criança um pouco de solução de sacarose 1 a 2 minutos antes da vacinação, usando um conta-gotas (ou seringa) e colocando a solução de sacarose na parte lateral da boca da criança (2ml).
- Se a criança usar chupeta, esta pode ser mergulhada na solução de sacarose e dada à criança durante a vacinação. Combinar solução de sacarose com uma chupeta e segurar a criança aproxima-se dos estímulos positivos da amamentação.
- Se a criança receber a vacina oral contra o rotavírus, administre-a antes das vacinas injetáveis, pois uma vez que contém açúcar substitui a função da solução de sacarose.

4 ESTRATÉGIAS PSICOLÓGICAS

COMUNICAÇÃO

- Use uma linguagem neutra em vez de chamar a atenção para a injeção:
 - Informe as crianças/adolescentes quando começar, dizendo: "Estás pronto?" ou "Lá vamos nós!".
 - Evite usar expressões do tipo: "Desculpa", "É muito rápido", "Já vai acabar", "Não tenhas medo", "Não chores", "É só uma picada" ou "Não dói nada", pois podem aumentar a ansiedade e a dor da criança.
- Seja honesto e preciso sobre as intervenções e não exagere na sua eficácia.
- Oriente os pais a manterem a calma e usarem uma voz normal. Isso ajudará a criança a ficar calma. Se estiverem nervosos, instrua os pais a respirar lenta e profundamente antes e durante a vacinação, enquanto seguram a criança. Eles devem respirar para que o abdômen expanda, e não o tórax.

DISTRAIR

- As distrações serão selecionadas de acordo com a idade da criança.
- Algumas distrações eficazes que podem ser usadas: vídeos, dispositivos móveis, brinquedos, música, contar de trás para a frente, perguntas flash (nomear 4 países/ cidades/ frutos/ desportos, etc), bolas de sabão, etc. Pode usar dispositivos para aplicação de frio local e vibração.
- Comece a distrair a criança antes da vacinação, mas distraia apenas quando a criança estiver calma o suficiente para fazê-lo, caso contrário, a ansiedade pode aumentar.

RELAXAR

- Em crianças mais velhas e adolescentes podem usar-se técnicas de relaxamento como: Respiração abdominal ou Viagem ao Lugar Favorito.
- Também pode pedir à criança para relaxar o braço, como se fosse um fio de esparguete cozido!

5 ESTRATÉGIAS NO PROCEDIMENTO

NÃO ASPIRAR

Realize todas as injeções intramusculares sem aspiração prévia. A aspiração é desnecessária porque os locais usados para a vacinação não têm vasos sanguíneos de grande calibre.

MÚLTIPLAS INJEÇÕES

- Se forem administradas várias injeções sequencialmente, injete a mais dolorosa por último.
- Posicione os bebês para ter acesso ao local da injeção (coxa) sem interferir com outras intervenções de controlo da dor.

Para uma vacinação sem medo e sem dor!

Como reduzir
o medo das injeções
e a dor durante
a vacinação.

Guia para pais de crianças até aos 3 anos

Porque é que a dor na vacinação pode ser um problema?

As vacinas podem causar alguma dor e ansiedade nas crianças (e mesmo nos pais). E a dor pode fazer com que desenvolvam memórias negativas e traumáticas, condicionando no futuro medo e ansiedade antecipatória a agulhas, enfermeiros e médicos.

Mas os pais podem fazer a diferença!

Ao ler este folheto vai encontrar estratégias de reduzir a dor do seu filho durante as vacinações. Estes métodos são comprovadamente seguros e eficazes. Pode combinar diferentes estratégias para obter melhores resultados.



1 Plano de conforto

- Criar um plano de conforto antes da vacinação (informe-se com um profissional de saúde).

Algumas estratégias requerem preparação:

- Leve o brinquedo favorito do seu filho para o distrair.
- Os anestésicos tópicos podem ser adquiridos numa farmácia sem receita médica.

2 Aleitamento materno

Se o bebé faz leite materno, amamentar antes, durante e após a vacinação é um dos melhores meios para reduzir a dor e proporcionar conforto, porque combina o colo, o sabor doce e a sucção. Amamentar durante as vacinas é seguro para os bebés, mesmo recém-nascidos.

Para uma vacinação sem medo e sem dor!

Como ajudar a reduzir a dor durante a vacinação, nas crianças até 3 anos.

3 Linguagem positiva

- Esteja calmo, use a sua voz normal antes, durante e depois da vacina. Isso ajudará o seu filho a ficar calmo e a sentir-se seguro. Os filhos vêem e sentem o que os pais estão a fazer e muitas vezes fazem o mesmo.
- Se estiver nervoso, experimente respirar lenta e profundamente algumas vezes para se acalmar (antes, durante e depois). Respire de forma que a sua barriga se expanda, não o seu peito. Pode fazer isso enquanto segura o seu filho.
- Use linguagem positiva e elogie o seu filho. Evite usar expressões do tipo: "Desculpa", "Já vai acabar", "Não tenhas medo", "Não chores", "É só uma pica" ou "Não dói nada". Embora seja instintivo, pode realmente aumentar a dor e ansiedade, pois chamam a atenção para o procedimento.

4 Posições de conforto

- Os bebés e as crianças devem ficar ao colo dos pais. Sente-se numa cadeira e segure o seu filho ao colo ou abrace-o durante a vacinação. Isso ajuda o seu filho a ficar quieto e a sentir-se seguro.
- Dispa o bebé para deixar livre a perna ou braço onde a vacina será dada.
- Não segure o seu filho com muita força porque isso pode aumentar a ansiedade. Depois da vacinação pode embalar o seu filho.

5 Usar distração

- Desvie a atenção da dor antes e durante a injeção, com algo divertido, envolvente e interativo: brinquedo, vídeo (telemóvel ou tablet), livro, música, converse tranquilamente criando foco nessa distração.
- A maneira como distrai o seu filho uma vez, pode não funcionar da próxima vez. Esteja preparado para mudar a estratégia que está a usar para mantê-lo distraído.

6 Sacarose e sucção (chupeta)

Para os bebés até aos 2 anos que não estejam a fazer aleitamento materno, pode-se usar uma solução de sacarose para reduzir a dor.

- Existem soluções de sacarose, inclusive comercializadas, que poderão ser administradas, pelo profissional de saúde, no momento da vacinação.
- A sacarose é segura para crianças, até mesmo nos recém-nascidos, na redução da dor em procedimentos.
- Coloca-se na parte lateral da boca, entre as bochechas e as gengivas, se o bebé gostar de chupeta, usar em simultâneo.

7 Creme anestésico (opcional)

- O creme anestésico é aplicado na pele para ajudar a diminuir a dor de uma agulha. É seguro usá-lo em bebés, mesmo recém-nascidos. Aplique o creme anestésico, 30-60 minutos antes da vacinação, no local onde serão dadas as vacinas. Confirme a localização, informe-se com um profissional de saúde.
- Para bebés com menos de 1 ano de idade, aplique na parte externa superior da coxa ou das duas coxas. Para crianças com mais de 1 ano, aplique na parte superior do braço ou nos dois braços.
- Quando se remove o creme, a pele pode estar mais branca ou vermelha e isso é normal e desaparece.

8 Após a vacinação

Após a vacinação do seu bebé, avalie como ele se sentiu.

Observe no seu filho:

- Movimentos corporais (calmos ou agitados?)
- Rosto (neutro ou careta?)
- Sons (choro silencioso ou agudo?)

Use o que observar para planear o que fará da próxima vez para reduzir a dor do seu filho.

Para uma vacinação sem medo e sem dor!

Como reduzir
o medo das injeções
e a dor durante a vacinação.



Guia para pais de crianças e adolescentes

Porque é que a dor na vacinação pode ser um problema?

- As vacinas podem causar alguma dor e ansiedade em crianças de todas as idades (e mesmo nos pais!).
- A dor pode fazer com que a criança desenvolva medo a agulhas, enfermeiros e médicos, criando ansiedade antecipatória em momentos posteriores.

Mas os pais podem fazer a diferença!

Ao combinarem as estratégias descritas abaixo podem reduzir a dor, o medo e a ansiedade.



Para uma vacinação sem medo e sem dor!

Como reduzir o medo das injeções e a dor durante a vacinação, nas crianças e adolescentes.

Após a vacinação, não esquecer de elogiar e oferecer uma recompensa.

1 Plano de conforto

- Informe as crianças sobre a vacinação com alguns dias de antecedência e combine com elas estratégias que possam usar para controlar a preocupação e a dor.

Com crianças de 4 anos ou mais, converse com antecedência sobre:

- O que vai acontecer: "Vais fazer uma vacina para te manteres saudável e protegido; a vacina é administrada no braço".
- Qual será a sensação: "Podes sentir um beliscão ou uma pressão por poucos segundos", "também podes achar que está tudo bem". Seja honesto: não diga que não vai doer, se ele perguntar.
- O que fazer para controlar o desconforto: "Vamos fazer um plano do que podemos fazer para te sentires confortável e com super-poderes. E assim pode acontecer que a vacina não te incomode nada como a muitas crianças".
- Ajude o seu filho a escolher um brinquedo para levar ou uma estratégia de distração ou relaxamento.
- Vista uma camisola cuja manga enrole facilmente pelo braço acima ou de manga curta.

2 Posições de conforto

- É melhor a criança ficar numa posição sentada, confortável, relaxada e apoiada durante a vacinação.
- As crianças podem sentar-se no colo dos pais e ser abraçadas de frente para os pais ou de lado. Isso ajuda o seu filho a sentir-se seguro e ficar quieto.
- Não segure com muita força, porque isso pode aumentar a ansiedade do seu filho.
- Dar opção de escolha nas crianças mais velhas.

3 Creme anestésico (opcional)

- O creme anestésico é aplicado na pele (para ajudar a diminuir a dor da agulha), 30-60 minutos antes da vacinação no local indicado.
- O creme anestésico pode não ser adequado para todas as pessoas. Informe-se com um profissional de saúde.

4 Usar distração ou técnicas de relaxamento

- Desvie a atenção da dor antes e durante a injeção, concentrando-se em algo divertido, envolvente e interativo: brinquedo, jogo ou vídeos (no telemóvel ou tablet), música, soprar bolinhas de sabão ou simplesmente conversar sobre qualquer coisa divertida.
- Pode usar técnicas de relaxamento, como:
 - incentivar respiração abdominal profunda e lenta: inspirar pelo nariz, expirar pela boca, contar até 3 de cada vez.
 - Levar a criança a viajar para o seu lugar favorito.
- Mantenha a atenção do seu filho na distração. Esteja preparado para mudar a estratégia que está a usar para manter o seu filho distraído.
- Existem algumas crianças que lidam melhor se olharem para a agulha, por isso, se seu filho disser que quer ver, está tudo bem!

5 Usar linguagem positiva

- Esteja calmo, use a sua voz normal antes, durante e depois da vacinação. Se estiver nervoso, experimente respirar lenta e profundamente algumas vezes para se acalmar (antes, durante e depois). Respire de forma que sua barriga se expanda, não o seu peito.
- Use linguagem positiva, elogie o seu filho. Evite usar expressões do tipo "Desculpa", "Já vai acabar", "Não chores", "É só uma pica" ou "Não dói nada". Embora seja instintivo, pode realmente aumentar a dor e ansiedade, pois chamam a atenção para o procedimento.
- Quando a vacinação terminar, falar sobre o que correu bem - mesmo que não tenha sido perfeito, ajuda a tornar menos stressante a próxima vez. Planeie algo divertido para comemorar e lembrar o bom desempenho durante a vacinação!

Anexo III – Poster da APED utilizado no Contexto de Cuidados de Saúde Primários

Para uma vacinação sem medo e sem dor!

Como reduzir
o medo das injeções
e a dor durante a vacinação.



BEBÉS até 3 anos

1 Aleitamento materno

Se o bebé faz leite materno, amamentar o bebé antes, durante e após a vacinação é um dos melhores meios para reduzir a dor e proporcionar conforto.

2 Creme anestésico tópico (opcional)

Colocar o creme anestésico nos locais onde vão ser dadas as injeções, uma hora antes. Este creme anestesia um pouco a pele e reduz a dor da vacina.

3 Posicionamento de conforto

Manter o bebé ao colo da mãe em posição vertical. O contacto seguro e reconfortante ajuda a reduzir a dor e mantém o bebé mais calmo.

4 Distrair

A distração pode ser feita com um vídeo, uma canção, com brinquedos (som, luz, vibração), bonecos, bolas de sabão, etc. Manter uma postura calma, falar com voz normal e positiva vai ajudar o bebé a sentir-se calmo.

5 Sacarose e sucção (chupeta)

A bebés até aos 2 anos que não estejam a fazer aleitamento materno. O profissional de saúde pode oferecer uma solução de sacarose. Junto com a chupeta ajuda a reduzir a dor.



CRIANÇAS e ADOLESCENTES

1 Preparar a criança

Dar explicação honesta sobre o procedimento e criar um plano de conforto.

2 Creme anestésico tópico (opcional)

Colocar o creme anestésico nos locais onde vão ser dadas as injeções, uma hora antes. Este creme anestesia um pouco a pele e reduz a dor da vacina.

3 Posicionamento de conforto

Ao colo dos pais com um abraço reconfortante ou sentado na marquesa em posição vertical, dando a opção de escolha às crianças mais velhas.

4 Distrair

Usar distração adequada à idade, desviar a atenção da criança para longe da dor, com um jogo, um vídeo, música, uma conversa divertida, bolas de sabão, moinho de vento, etc.

5 Usar técnicas de relaxamento

Incentivar respiração profunda e lenta, levar a criança a viajar para o seu lugar favorito através da imaginação.

Quanto mais envolvida estiver a criança na distração, melhor funcionará. Não esquecer que elogiar e oferecer uma recompensa após a vacinação pode ajudar crianças e adolescentes de todas as idades!



Anexo IV– Certificado de Apresentação nas XXVIII Jornadas de Pediatria de Leiria e Caldas da Rainha do poster: “Estratégias Promotoras do Sono para a Criança Hospitalizada”



Certificado

Certificamos que

Inês Filipa Casimiro dos Santos

participou nas XXVII Jornadas de Pediatria de Leiria e Caldas da Rainha, que decorreram nos dias 24 e 25 de novembro de 2022, em formato online, e apresentou a(o) **Poster**, com o título:

Estratégias Promotoras do Sono para a Criança Hospitalizada.

Autores: Inês Filipa Casimiro dos Santos; Mónica Alexandra Duarte Rebelo Vicente Patrício; Joana De Turck Nunes.

P'la Presidente das Jornadas,

P'la Comissão Organizadora,



Anexo V – Certificado de Apresentação nas XXVIII Jornadas de Pediatria de Leiria e Caldas da Rainha do poster: “Estratégias Protetoras Do Sono Do Recém-Nascido Para A Minimização Do Ruído: Scoping Review”



Certificado

Certificamos que

Inês Filipa Casimiro dos Santos

participou nas XXVII Jornadas de Pediatria de Leiria e Caldas da Rainha, que decorreram nos dias 24 e 25 de novembro de 2022, em formato online, e apresentou a(o) **Poster**, com o título:

ESTRATÉGIAS PROTETORAS DO SONO DO RECÉM-NASCIDO PARA A MINIMIZAÇÃO DO RUÍDO: SCOPING REVIEW.

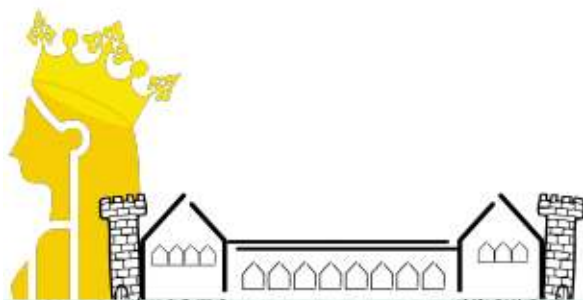
Autores: **Ana Filipa Nunes Bernardo; Ana Rita Lobato Rocha Vasconcelos; Inês Filipa Casimiro dos Santos; Mónica Alexandra Duarte Rebelo Vicente Patrício.**

P^{la} Presidente das Jornadas,

P^{la} Comissão Organizadora,



Anexo VI – Certificado de Apresentação nas XXVIII Jornadas de Pediatria de Leiria e Caldas da Rainha do poster: “O Papel Do Enfermeiro Especialista No Envolvimento Dos Irmãos Perante O Internamento Do Recém-Nascido”



Certificado

Certificamos que

Inês Filipa Casimiro dos Santos

participou nas XXVII Jornadas de Pediatria de Leiria e Caldas da Rainha, que decorreram nos dias 24 e 25 de novembro de 2022, em formato online, e apresentou a(o) **Poster**, com o título:

**O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO ENVOLVIMENTO DOS IRMÃOS
PERANTE O INTERNAMENTO DO RECÉM-NASCIDO.**

**Autores: Mónica Alexandra Duarte Rebelo Vicente Patrício; Ana Filipa Nunes Bernardo;
Inês Filipa Casimiro dos Santos; Ana Rita Lobato Rocha Vasconcelos.**

P'la Presidente das Jornadas,

P'la Comissão Organizadora,



Anexo VII – Certificado de Apresentação no 7th International Conference on Childhood and Adolescence de comunicação oral: “Estratégias Promotoras Do Sono Para a Criança Hospitalizada”



25th - 26th - 27th | January | 2023

Certificate

We certify that **Inês Casimiro dos Santos** has participated in the **7th International Conference Childhood and Adolescence** and 10th Annual Meeting of the Social Paediatric Subcommittee (SPS-SPP) of the Portuguese Society of Paediatrics from 25th to 27th January, 2023, promoted by eventQualia, Social Paediatrics Section of the Portuguese Society of Paediatrics (SPS-SPP) and Portuguese Society for the Study of Abused and Neglected Children (SpeCan), and presented a(n) **Oral Communication**, named: **ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DO SONO PARA A CRIANÇA HOSPITALIZADA.**

Authors: **Inês Filipa Casimiro dos Santos; Mónica Alexandra Duarte Rebelo Vicente; Joana Nunes.**

Para a Comissão Organizadora,
By the organising Committee,

Ivone Jacob
eventQualia
Carlos Escobar
SPS-SPP

Organising Entities



Scientific Support



Sponsored by



Supported by



Media Partners



Anexo VIII – Certificado de Apresentação no 7th International Conference on Childhood and Adolescence de comunicação oral: Estratégias Protetoras do Sono do Recém-nascido para a minimização do Ruído: Scoping Review



25th - 26th - 27th | January | 2023

Certificate

We certify that **Inês Casimiro dos Santos** has participated in the **7th International Conference on Childhood and Adolescence** and 10th Annual Meeting of the Social Paediatric Subcommittee (SPS-SPP) of the Portuguese Society of Paediatrics from 25th to 27th January, 2023, promoted by eventQualia, Social Paediatrics Section of the Portuguese Society of Paediatrics (SPS-SPP) and Portuguese Society for the Study of Abused and Neglected Children (SpeCan), and presented a(n) **Oral Communication**, named: **Estratégias Protetoras do Sono do Recém-nascido para a minimização do Ruído: Scoping Review.**

Authors: **Ana Filipa Nunes Bernardo; AnaRita Lobato Rocha Vasconcelos; Inês Filipa Casimiro dos Santos; Mónica Alexandra Duarte Rebelo Vicente Patrício.**

P^{ra} Comissão Organizadora,
By the organising Committee,

Ivone Jacob
eventQualia
Carlos Escobar
SPS-SPP

Organising Entities

Scientific Support

Sponsored by

Supported by

Media Partners



Anexo IX – Certificado de Apresentação no 7th International Conference on Childhood and Adolescence de comunicação oral: “O Toque dos Pais no Recém-Nascido Pré-Termo: Técnicas e Benefícios”



25th - 26th - 27th | January | 2023

Certificate

We certify that **Inês Casimiro dos Santos** has participated in the **7th International Conference on Childhood and Adolescence** and 10th Annual Meeting of the Social Paediatric Subcommittee (SPS-SPP) of the Portuguese Society of Paediatrics from 25th to 27th January, 2023, promoted by eventQualia, Social Paediatrics Section of the Portuguese Society of Paediatrics (SPS-SPP) and Portuguese Society for the Study of Abused and Neglected Children (SpeCan), and presented a(n) **Oral Communication**, named: **O Toque dos Pais no Recém-Nascido Pré-Termo: Técnicas e Benefícios.**

Authors: **Inês Casimiro dos Santos; Inês Nunes de Azevedo.**

P^{ra} Comissão Organizadora,
By the organising Committee,

Ivone Jacob
eventQualia
Carlos Escobar
SPS-SPP

Organising Entities Scientific Support Sponsored by Supported by Media Partners



Anexo X – Certificado de Apresentação no 7th International Conference on Childhood and Adolescence de comunicação oral: “O papel do enfermeiro especialista no envolvimento dos irmãos perante o internamento do recém-nascido”



25th - 26th - 27th | January | 2023

Certificate

We certify that **Inês Casimiro dos Santos** has participated in the **7th International Conference Childhood and Adolescence** and 10th Annual Meeting of the Social Paediatric Subcommittee (SPS-SPP) of the Portuguese Society of Paediatrics from 25th to 27th January, 2023, promoted by eventQualia, Social Paediatrics Section of the Portuguese Society of Paediatrics (SPS-SPP) and Portuguese Society for the Study of Abused and Neglected Children (SpeCan), and presented a(n) **Oral Communication**, named: **O papel do enfermeiro especialista no envolvimento dos irmãos perante o internamento do recém-nascido.**

Authors: **Mónica Alexandra Duarte Rebelo Vicente Patrício; Ana Filipa Nunes Bernardo; Ana Rita Lobato Rocha Vasconcelos; Inês Filipa Casimiro dos Santos.**

P'la Comissão Organizadora,
By the organising Committee,

Ivone Jacob
eventQualia
Carlos Escobar
SPS-SPP

Organising Entities



Scientific Support



Sponsored by



Supported by



Media Partners



Anexo XI – Certificado de Apresentação no IX Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem de comunicação oral: “O toque dos pais no recém-nascido pré-termo: técnicas e benefícios”

CERTIFICADO

Certifica-se que Inês Filipa Casimiro dos Santos apresentou a comunicação livre **“O toque dos pais no recém-nascido pré-termo: técnicas e benefícios”**, em coautoria com Inês Azevedo, no IX Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem, com a temática "Enfermagem com Todos, Ultrapassando Barreiras", realizado nos dias 20 e 21 de Abril de 2023, na Escola Superior de Saúde de Santarém em colaboração com a Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud da Ciudad de Oviedo.



Hélia Dias
Diretora da Escola Superior
de Saúde de Santarém



Ana Rita Silva
Presidente da Comissão
Organizadora do
IX Congresso Luso-Espanhol

Anexo XII – Certificado de Apresentação no IX Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem de comunicação oral: “Estratégias promotoras do sono para a criança hospitalizada”

CERTIFICADO

Certifica-se que Inês Filipa Casimiro dos Santos, apresentou a comunicação livre **“Estratégias promotoras do sono para a criança hospitalizada”**, em coautoria com Mónica Patrício e Joana Nunes, no IX Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem, com a temática "Enfermagem com Todos, Ultrapassando Barreiras", realizado nos dias 20 e 21 de Abril de 2023, na Escola Superior de Saúde de Santarém em colaboração com a Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud da Ciudad de Oviedo.



Hélia Dias
Diretora da Escola Superior
de Saúde de Santarém



Ana Rita Silva
Presidente da Comissão
Organizadora do
IX Congresso Luso-Espanhol

Anexo XIII – Certificado de Comunicação Oral Premiada no IX Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem

CERTIFICADO

Certifica-se que a comunicação livre “**O toque dos pais no recém-nascido pré-termo: técnicas e benefícios**”, apresentada por Inês Santos e Inês Azevedo foi **premiada** no IX Congresso Luso-Espanhol de Estudantes de Enfermagem, com a temática "Enfermagem com Todos, Ultrapassando Barreiras", realizado nos dias 20 e 21 de Abril de 2023, na Escola Superior de Saúde de Santarém em colaboração com a Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud da Ciudad de Oviedo.



Hélia Dias
Diretora da Escola Superior
de Saúde de Santarém



Ana Rita Silva
Presidente da Comissão
Organizadora do
IX Congresso Luso-Espanhol

**Anexo XIV – Certificado de Apresentação nas 5º Jornadas da Associação Pediátrica
Santarém Médio-Tejo do poster: “O Toque dos Pais no Recém-Nascido Pré-Termo:
Técnicas e Benefícios”**



Certifica-se que **Inês Santos** apresentou o Poster ***O Toque dos Pais no Recém-Nascido Pré-Termo: Técnicas e Benefícios***

nas 5^{as} Jornadas da Associação Pediátrica Santarém Médio-Tejo,
realizadas em Santarém, nos dias 25 e 26 de maio de 2023

1º autor: Inês Santos; **Co-autores:** Inês Azevedo

Agavino

Dr^a Alexandra Gavino
COMISSÃO ORGANIZADORA

Anexo XV – Certificado de Apresentação nas 5º Jornadas da Associação Pediátrica Santarém Médio-Tejo do poster: “Estratégias Promotoras do Sono para a Criança Hospitalizada”



Certifica-se que **Inês Santos** apresentou o Poster ***Estratégias Promotoras do Sono para a Criança Hospitalizada***

nas 5^{as} Jornadas da Associação Pediátrica Santarém Médio-Tejo,
realizadas em Santarém, nos dias 25 e 26 de maio de 2023

1º autor: Inês Santos; **Co-autores:** Mónica Patrício, Joana Nunes

Agavino

Drª Alexandra Gavino
COMISSÃO ORGANIZADORA

Anexo XVI – Submissão de artigo na Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem

São Paulo, 02 de janeiro de 2023

Carta de Submissão e Aceite

Sob autoria de

Ana Filipa Nunes Bernardo, Ana Rita Lobato Rocha Vasconcelos, Inês Filipa Casimiro dos Santos, Mônica Alexandre Duarte Vicente Patrício e Graça Moraes Rocha,

Informamos que o manuscrito **O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO ENVOLVIMENTO DOS IRMÃOS PERANTE O INTERNAMENTO DO RECÉM-NASCIDO**, sob o número 00773-2022, submetido em 16/12/2022, foi **ACEITO** no processo de submissão da **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**.

Em caso de dúvidas, contate-nos via e-mail: revistarecien@gmail.com

Gratidão por considerar a Revista Recien como meio de compartilhar sua produção científica.

Atenciosamente,


Prof. Luiz Faustino Maia
Editor Científico

Anexo XVII – Submissão de artigo na Revista Salutis Scientia



Inês Santos <ines.casimiro.santos@gmail.com>

Submissão de artigo

1 mensagem

Inês Santos <ines.casimiro.santos@gmail.com>
Para: salutisscientia@esscvp.eu

11 de janeiro de 2023 às 15:45

Boa tarde Exmo. Responsável pela Revista Salutis Scientia,

Envio em anexo, tal como instruído no site da revista, os documentos necessários para proceder à submissão de um artigo na vossa revista.

Com os melhores cumprimentos,
Inês Casimiro Santos

2 anexos

 **Declaração de autores.pdf**
479K

 **Artigo_Estratégias Promotoras do Sono para a Criança Hospitalizada.docx**
114K

Anexo XVIII – Submissão de artigo na Revista Latino-Americana de Enfermagem



Inês Santos <ines.casimiro.santos@gmail.com>

Revista Latino-Americana de Enfermagem - Manuscript ID RLAE-2023-6857

2 mensagens

Revista Latino-Americana de Enfermagem RLAE <onbehalfof@manuscriptcentral.com>

24 de abril de 2023 às
18:54

Responder a: rlae@eerp.usp.br

Para: ines.casimiro.santos@gmail.com

Cc: ines.casimiro.santos@gmail.com, anabernas@hotmail.com, monica.vicente92@gmail.com,
rita.lobato.rocha@gmail.com, jmarques@esscvp.eu

24-Apr-2023

Dear Ms. Santos:

Your manuscript entitled "Estratégias Protetoras do Sono do Recém-nascido para a minimização do Ruído: Scoping Review" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Your manuscript ID is RLAE-2023-6857.

Title: Estratégias Protetoras do Sono do Recém-nascido para a minimização do Ruído: Scoping Review

Authors: Santos, Inês Filipa; Bernardo, Ana Filipa; Patrício, Mónica; Rocha Vasconcelos, Ana ; Marques, Joana

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Sincerely,

Revista Latino-Americana de Enfermagem Editorial Office