



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Cuidados Não Traumáticos à Criança e Família: Intervenção de
Enfermagem baseada no Modelo dos Cuidados Sensíveis ao
Trauma**

Atraumatic Child and Family Care: Nursing Intervention based on the Trauma
Informed Care Model

Apêndices e Anexos

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

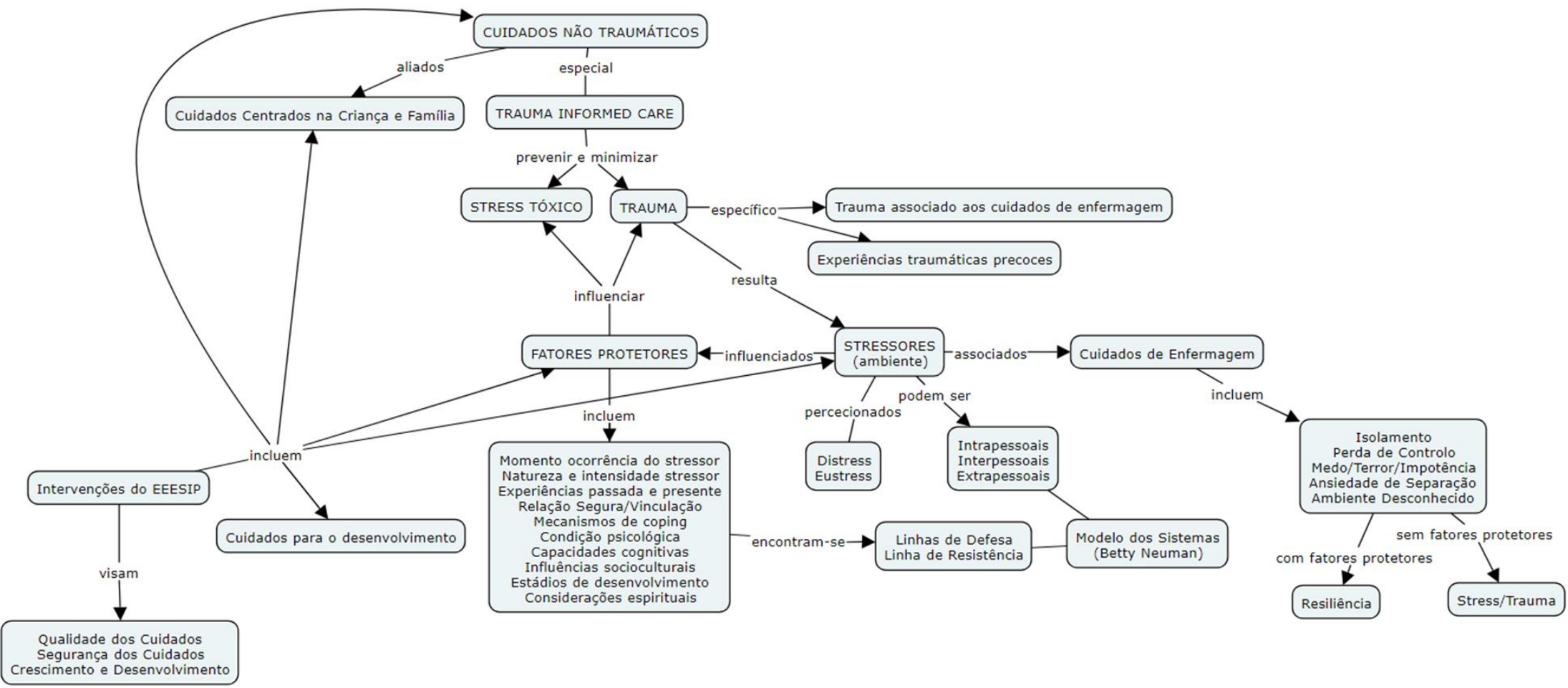
Lisboa

2024

APÊNDICES

Apêndice I

Mapa Conceptual



Apêndice II

Cronograma de Estágio

Local	Datas	Ano	2023																								2024									
		Junho				Julho				Agosto	Setembro				Outubro				novembro				Dezembro				janeiro				Fevereiro					
		5	12	19	26	3	10	17	24		4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	5	12	19	26
		11	18	25	2	9	16	23	30		10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	28	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25	29
ACES Lisboa Norte - USF	5 jun a 9 jul																																			
Consulta de Desenvolvimento	10 jul a 23 jul																																			
Serviço de Urgência	2 out a 3 nov																																			
Serviço de Pediatria	13 nov a 15 dez																																			
Neonatologia	8 jan a 9 fev																																			

Início do ano letivo* 11 de setembro de 2023

Fim do ano letivo* 31 de julho de 2024

Férias de natal 18 de dezembro de 2023 a 02 de janeiro de 2024
(reinício das atividades letivas a 3 de janeiro de 2024)

Férias do carnaval 12 a 14 de fevereiro de 2024
(reinício das atividades letivas a 15 de fevereiro de 2024)

Férias da páscoa 25 de março a 1 de abril de 2024
(reinício das atividades letivas a 2 de abril de 2024)

Dia da escola 5 de dezembro de 2023

Apêndice III

Guia Orientador das Atividades de Estágio

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

**Lisboa
Junho 2023**

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio

Guia Orientador das Atividades de Estágio

**Joana Isabel Cordeiro e Carvalho
6511**

Regente:
Professora Doutora Sónia Rodrigues

Orientadora:
Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques

**Lisboa
Junho 2023**

ÍNDICE

1. Nota Introdutória	5
2. Contextualização da Problemática de Enfermagem	6
3. Quadro de Objetivos, atividades e competências a desenvolver	9
4. Referências Bibliográficas	16

1. NOTA INTRODUTÓRIA

O presente Guia Orientador das Atividades de Estágio insere-se na Unidade Curricular Estágio do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Decorre no seguimento da elaboração do Projeto “Prevenção do Trauma Associado aos Cuidados de Saúde na Criança e Família: Intervenção do Enfermeiro Especialista”, cujo intuito é desenvolver competências científicas, humanas e técnicas para a prestação, gestão e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança e família. Ademais, pretende-se contribuir para a Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados à criança, jovem e família, com foco na prevenção do *stress* tóxico e trauma associados aos cuidados de enfermagem.

A problemática que sustenta o Projeto deriva do impacto negativo que os *stressors* associados aos cuidados de enfermagem podem ter na saúde, crescimento e desenvolvimento das crianças e famílias, e na forma como os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, intervêm para prevenir e minimizar esse impacto.

A abordagem segundo o modelo dos Cuidados Sensíveis ao Trauma integra os princípios dos cuidados centrados na família e dos cuidados não traumáticos, acrescentando estratégias para a redução do impacto dos *stressores* associados aos cuidados de saúde, prevenindo e minimizando experiências potencialmente traumáticas. Assim, é essencial consciencializar os enfermeiros de que a sua intervenção na prestação de cuidados tem impacto na experiência da criança e família, e, integrando a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, os profissionais de saúde devem basear as suas intervenções num cuidado holístico, optando por estratégias que minimizem os fatores de *stress* do ambiente, promovendo o equilíbrio e bem-estar das crianças e famílias (Neuman, 2011).

O estágio será desenvolvido em diferentes contextos de cuidados (unidade de saúde familiar, consulta de desenvolvimento, internamento de pediatria, urgência pediátrica e unidade de neonatologia), contactando com crianças e famílias na prestação de cuidados de enfermagem e procurando minimizar o impacto negativo dos *stressores* identificados.

O presente Guia Orientador conta com uma nota introdutória, contextualização da problemática e apresentação das atividades adaptadas a cada contexto de estágio, de acordo com os objetivos gerais e específicos definidos. De referir que o Guia foi alvo de adaptações ao longo dos estágios de forma a adequar e adaptar as atividades aos diferentes contextos.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE ENFERMAGEM

As crianças estão sujeitas a inúmeras experiências, positivas ou negativas, durante a sua infância que influenciam significativamente a sua saúde, crescimento e desenvolvimento. Destas, emerge o contacto com os cuidados de saúde, que pode ser encarado como uma fonte de *stress*, desencadeando sentimentos, emoções e comportamentos desagradáveis para algumas crianças e suas famílias. As lesões físicas, tratamentos invasivos e dolorosos e os procedimentos médicos (Forkey et al., 2021), bem como os *stressors* associados aos cuidados de saúde, como a ansiedade de separação, o ambiente desconhecido, a perda de controlo, o medo da lesão corporal, da intrusão, da dor e da morte, os sentimentos de medo, terror, impotência e isolamento (Coughlin, 2021), podem ser traumáticas para algumas crianças, mas também para os pais.

Segundo a *National Child Traumatic Stress Network* (NCTSN, 2023a) cerca de 80% das crianças e famílias exposta a uma doença, lesão ou procedimento médico doloroso experienciaram alguma reação traumática ao *stress*. Acrescentam ainda que entre 20-30% dos pais e 15-25% das crianças e irmãos sofrem reações traumáticas persistentes ao *stress*, que vão, por sua vez, prejudicar a adesão ao tratamento e a recuperação (NCTSN, 2023a).

As crianças e famílias reagem de forma diferente ao vivenciarem experiências geradoras de *stress*. Esta diferença de comportamento encontra-se relacionada com a idade e o nível de desenvolvimento da criança (NCTSN, 2014) e com os mecanismos de adaptação e estratégias de *coping* das crianças. O mais importante é o estabelecimento de uma relação segura, estável e fomentada com um adulto/cuidador que a acompanha ao longo da vida, sendo que este a protege do perigo, medeia a interação com o ambiente e a ajuda a desenvolver competências adaptativas de resiliência para gerir o *stress* associado às experiências negativas (Forkey et al., 2021).

Quando a criança permanece exposta a experiências geradoras de *stress*, de forma contínua, sem ter estabelecido uma relação estável com o cuidador, encontra-se numa situação de *stress* tóxico (Dowdell & Speck, 2022). Isto é, uma exposição contínua a uma experiência traumática que provoca a ativação frequente ou prolongada dos mecanismos de resposta ao *stress* internos da criança, resultando em eventos adversos prolongados, intensos ou frequentes, nos quais o suporte do cuidador é insuficiente para as desligar, induzindo um

desequilíbrio entre os *stressors* e os fatores protetores (Forkey et al., 2021; Garner & Yogman, 2021).

Uma das intervenções dos profissionais de saúde deve incidir no reconhecimento das necessidades das crianças e famílias e no desenvolvimento de cuidados consistentes e adequados, com o objetivo de avaliar e diminuir o seu *stress*, promovendo o bem-estar da criança, o equilíbrio familiar e, concomitantemente, uma experiência o menos traumática possível. Adicionalmente, os enfermeiros em geral e, em particular, os EEESIP devem procurar estar atentos, saber reconhecer e enquadrar as respostas e comportamentos da criança/jovem e família como possivelmente resultantes de uma experiência traumática e intervir de forma correspondente às situações. Devem ter consciência do trauma, reconhecer os seus sinais/sintomas e o seu impacto, respondendo de forma adequada, evitando uma nova traumatização, seguindo uma abordagem de cuidados sensíveis ao trauma (CST).

Na mesma linha, as filosofias dos Cuidados Centrados na Família (CCF) e a dos Cuidados Não Traumáticos (CNT) são os fundamentos para esta intervenção individualizada e potenciadora do crescimento e desenvolvimento positivo da criança. Os CNT procuram minimizar o efeito das situações traumáticas na criança e família, remetendo para o conceito de CIT, enquanto os CCF são influenciados pela experiência/transição que a criança e família está a vivenciar, ao mesmo tempo que estimulam o seu crescimento e desenvolvimento (Hockenberry, 2024; IPFCC, 2021).

Uma abordagem sensível ao trauma tem como premissa base que relações nutridas, seguras e significativas são essenciais para a reconstituição do bem-estar e da saúde (*healing*). Como abordagem compassiva requer o envolvimento de todos os profissionais, na qual se compreende a experiência vivida, promove a resiliência e evita a retraumatização, reconhecendo o valor de todos na relação terapêutica (Guest, 2021). Esta abordagem inclui ainda um protocolo de atuação – protocolo DEF – que permite identificar, prevenir e tratar respostas traumáticas aos *stressors*. Tem como objetivos reduzir o *Distress* (D), promover o suporte *Emotional* (E) e relembrar a *Family* (F) (NCTSN, 2014).

Adicionalmente, surgem os direitos da criança, explanados pela Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (Comité Português para a UNICEF, 2019) e espelhados na Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 1998) e da Criança nos Cuidados de Saúde Primários (IAC, 2021). Destacam-se o direito à liberdade de expressão e autodeterminação, bem como o respeito de opinião, o direito à saúde e educação, que devem ser valorizados e integrados na prestação de cuidados e projeto de saúde.

Concomitantemente, a integração dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem na prestação de cuidados à criança e família é fundamental (Regulamento nº 351/2015). A satisfação da criança, promoção da saúde, prevenção de complicações, promoção do bem-estar e autocuidado, adaptação à condição de saúde e organização dos cuidados de saúde são indicadores de qualidade dos cuidados prestados que não só os direitos das crianças apresentados, mas também as filosofias de cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Uma vez que o foco é a prevenção do trauma associado aos cuidados de enfermagem na criança e família, e numa lógica de prevenção e minimização dos fatores de *stress* associados aos cuidados de enfermagem, o ambiente dos cuidados ganha especial relevância. É no ambiente no qual a criança se encontra que se identificam uma infinidade de estímulos, humanos, físicos, políticos, culturais e organizacionais, e também de fatores *stressores* e fatores de proteção. A gestão adequada do ambiente, com minimização dos fatores de *stress* e promoção dos fatores protetores da criança e família, emerge como intervenção do EEESIP potenciadora de um crescimento e desenvolvimento saudáveis, com foco na saúde e independência da Pessoa de quem cuidam (Regulamento nº351/2015).

Como enquadramento teórico de suporte para esta intervenção, surge o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, que traduz a interação entre o indivíduo e o ambiente, os fatores protetores e os fatores de *stress*, constituindo-se como um modelo único, aberto e dinâmico (Neuman, 2011). Neste, a responsabilidade do enfermeiro passa por manter o sistema do indivíduo estável, através da avaliação dos possíveis efeitos dos *stressors* ambientais, da identificação dos fatores protetores e da construção de estratégias de *coping* que visem um nível ideal de bem-estar, com reforço das linhas de defesa e resistência do indivíduo (Neuman, 2011).

Em suma, o Projeto e o Estágio serão transversais ao desenvolvimento de competências específicas do EEESIP: assistir a criança e o jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança e jovem assim como à sua família em situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta as necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento n.º 422/2018), assim como as competências comuns de enfermeiros especialista serão desenvolvidas: mobilização de conhecimentos e habilidades com o propósito à melhoria dos cuidados e o desenvolvimento de práticas de qualidade (Regulamento n.º 140/2019). Da mesma forma serão adquiridos contributos para desenvolver as competências de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018).

3. QUADRO DE OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

Objetivo 1: Desenvolver competências comuns e específicas do EEESIP no que respeita à prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família, nos seus processos de saúde e doença, nos diferentes contextos em que se encontram e nas diferentes etapas do desenvolvimento.			
Unidades de Competência a desenvolver: E1.1; E1.2; E2.1; E2.2; E2.3; E2.5; E3.1; E3.2; E3.3; E3.4 (Regulamento n.º 422/2018) A 1.1; A2.1; A2.2; B1.1; B1.2; B3.1; C1.1; C1.2; C2.1; C2.2; D1.1; D1.2; D2.2 (Regulamento n.º 140/2019)			
Objetivo Específico	Atividades e Intervenções	Local	Recursos
1.1. Identificar as intervenções do EEESIP na dinâmica organizacional, gestão dos cuidados e melhoria contínua da qualidade, recorrendo aos princípios ético-legais e evidência científica	- Entrevista ao Enfermeiro Orientador para conhecer o serviço, missão, objetivos, área de abrangência, caracterização da população e a articulação com outros serviços e/ou instituições; - Conhecimento e consulta de projetos, protocolos e normas; - Observação dos modelos e filosofias de cuidados do serviço, bem como a dinâmica organizacional, funcional e dos cuidados diferenciados do EEESIP; - Identificação de oportunidades de melhoria, considerando as necessidades de cada contexto; - Prestação de cuidados à criança e família de acordo com os princípios, valores e normas deontológicas;	- Unidade de Saúde Familiar - Consulta de Desenvolvimento - Urgência de Pediatria - Internamento de Pediatria - Unidade de Neonatologia	<u>Físicos:</u> locais de estágio <u>Materiais:</u> documentação da instituição, bibliografia de referência, documentos de enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde <u>Humanos:</u> equipa multidisciplinar, docente orientador, crianças e família

	- Apresentação e discussão do Projeto de Estágio com o Enfermeiro Orientador e avaliar a exequibilidade e necessidade de ajuste das atividades a desenvolver.		
1.2. Gerir problemas de saúde agudos e crónicos das crianças e famílias, em diferentes contextos, mobilizando os princípios para uma tomada de decisão clínica baseada na evidência, em colaboração com a equipa multidisciplinar, para oferecer cuidados de enfermagem de qualidade	- Pesquisa bibliográfica de acordo com as especificidades de cada local de estágio; - Mobilização de conhecimentos e competências sobre doenças raras na infância, terapias complementares de enfermagem e protocolos de suporte avançado de vida pediátrico e neonatal; - Observação participante da intervenção do EEESIP; - Colaboração com a equipa na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família; - Identificação de situações que coloquem em risco a vida e a qualidade de vida da criança e família; - Aprofundamento e mobilização de conhecimentos sobre o Sistema de Triagem de Manchester; - Observação participante e a reflexão com a enfermeira orientadora sobre situações de maior complexidade clínica e tomada de decisão; - Promoção da adaptação da criança e família à doença crónica e deficiência/incapacidade; - Realização do diagnóstico de necessidades especiais e capacitação da criança e família;	- Urgência de Pediatria - Internamento de Pediatria - Unidade de Neonatologia	<u>Físicos</u>: locais de estágio <u>Materiais</u>: documentação da instituição, bibliografia de referência. <u>Humanos</u>: equipa multidisciplinar, docente orientador, crianças e família

	- Mobilização de conhecimentos sobre o Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal.		
1.3. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre o desenvolvimento infantil, incluindo as dimensões físicas, cognitivas, emocionais e sociais, e mobilizar esse conhecimento na prestação de cuidados de enfermagem que sejam adequados e sensíveis à idade, estágio de desenvolvimento e cultura da criança e família;	- Consolidação de conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e as suas características, bem como das diretrizes para organizar a consulta de saúde infantil (PNSIJ, BF); - Pesquisa bibliográfica e aprofundamento de conhecimento sobre as diferentes perturbações do desenvolvimento e recomendações associadas; - Acompanhamento e participação ativa nas consultas de saúde infantil e juvenil (com realização autónoma supervisionada de pelo menos 6 consultas); - Acompanhamento e participação ativa nas consultas de desenvolvimento; - Realização da avaliação antropométrica e do desenvolvimento infantil das crianças, nas suas diferentes etapas, com recurso a instrumentos validados; - Identificação de sinais de alarme e necessidades específicas, com intervenção individualizada e referenciação se necessário.	- Unidade de Saúde Familiar - Consulta de Desenvolvimento	<u>Físicos</u>: locais de estágio <u>Materiais</u>: documentação da instituição, bibliografia de referência. <u>Humanos</u>: equipa multidisciplinar, docente orientador, crianças e família
1.4. Implementar estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças em crianças e jovens, incluindo educação para a saúde, orientação sobre hábitos de	- Apreciação das necessidades de informação e planeamento da intervenção com base na literacia em saúde e necessidades das crianças e famílias, tendo em vista a adoção de comportamentos potenciadores da saúde;	- Unidade de Saúde Familiar - Consulta de Desenvolvimento	<u>Físicos</u>: locais de estágio <u>Materiais</u>: documentação da instituição, bibliografia de referência.

vida saudáveis, imunizações e identificação precoce de fatores de risco, visando a maximização da saúde e bem-estar da criança e família	- Consolidação e atualização de conhecimentos sobre o Plano Nacional de Vacinação; - Fornecimento de orientações antecipatórias enquadradas no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (alimentação, sono, vacinação, vinculação, sinais de alarme...); - Colaboração na identificação de situações de risco que afetem negativamente a qualidade de vida das crianças e famílias (<i>stress</i>, experiências traumáticas passadas, condições sociais e económicas...); - Identificação e mobilização dos recursos disponíveis na comunidade e compreender o processo de referenciação das crianças e famílias.	- Internamento de Pediatria - Unidade de Neonatologia	<u>Humanos</u>: equipa multidisciplinar, docente orientador, crianças e família
1.5. Desenvolver habilidades de comunicação terapêutica com crianças e famílias, adaptando a linguagem e a abordagem de acordo com a idade, nível de compreensão, cultura e situação clínica, visando estabelecer uma relação de confiança e fornecer informações claras, adequadas e compassivas.	- Mobilização e aprofundamento de conhecimentos sobre técnicas e estratégias de comunicação adequadas à idade, estágio de desenvolvimento e cultura da criança na interação; - Aprofundamento de conhecimentos sobre técnicas de comunicação adequadas às crianças com perturbação da relação e comunicação (verbais e não verbais); - Comunicação com a criança e família de forma adequada à idade, nível de desenvolvimento, compreensão e cultura; - Promover um ambiente terapêutico facilitador da comunicação;	- Unidade de Saúde Familiar - Consulta de Desenvolvimento - Urgência de Pediatria - Internamento de Pediatria - Unidade de Neonatologia	<u>Físicos</u>: locais de estágio <u>Materiais</u>: documentação da instituição, bibliografia de referência. <u>Humanos</u>: equipa multidisciplinar, docente orientador, crianças e família

	- Observação e entrevista ao Enfermeiro Orientador sobre as estratégias de comunicação utilizadas pela equipa de enfermagem e as barreiras à comunicação; - Análise de documentos informativos (folhetos e outros) usados na unidade para compreender e otimizar a comunicação com as crianças e famílias.		
Indicadores de Resultado: Documentos elaborados ao longo dos estágios. Análise crítica e reflexiva sobre o contributo das aprendizagens para a aquisição de competências do EEESIP.			

Objetivo 2: Desenvolver processos de cuidados potenciadores da diminuição do impacto dos <i>stressors</i> associados aos cuidados de enfermagem na criança e família, em situações de saúde e/ou doença, nas diferentes etapas do desenvolvimento e nos diferentes contextos de saúde.			
Unidade de competência a desenvolver: E1.1; E2.5; E3.1; E3.3 (Regulamento n.º 422/2018) B2.2; D2.1; D2.2 (Regulamento n.º 140/2019)			
Objetivo Específico	Atividades e Intervenções	Local	Recursos
2.1. Mobilizar conhecimentos aprofundados sobre o <i>stress</i> tóxico/ <i>stressors</i> associados aos cuidados de enfermagem na criança e família, bem como estratégias para reduzir o seu	- Identificação de momentos potencialmente traumáticos e fatores de <i>stress</i> nos diferentes contextos de cuidados; - Observação da dinâmica organizacional, funcional e os cuidados diferenciados do EEESIP, bem como intervenções dos enfermeiros para reduzir os <i>stressors</i> e <i>stress</i> da criança e família nos diferentes contextos;	- Unidade de Saúde Familiar - Consulta de Desenvolvimento	<u>Físicos:</u> locais de estágio <u>Materiais:</u> documentação da instituição, bibliografia de referência. <u>Humanos:</u> equipa multidisciplinar, docente

impacto, nos diferentes contextos de saúde	- Diagnóstico das necessidades formativas sobre a prevenção do <i>stress</i> e trauma associados aos cuidados de enfermagem e modelo dos cuidados sensíveis ao trauma; - Realização de uma sessão de formação para os profissionais em resposta às necessidades identificadas.	- Urgência de Pediatria - Internamento de Pediatria - Unidade de Neonatologia	orientador, crianças e família
2.2. Promover a prestação de cuidados sensíveis ao trauma à criança e família, em situações de saúde e/ou doença, nos diferentes contextos, com vista ao desenvolvimento e crescimentos saudáveis;	- Avaliação da dor com recurso a instrumentos adequados ao nível de desenvolvimento da criança; - Promoção e realização da gestão diferenciada da dor e desconforto na criança e família; - Identificação de estratégias não farmacológicas para alívio da dor associada a procedimentos dolorosos; - Fornecimento de orientações antecipatórias e partilha com os pais de informação sobre as estratégias não farmacológicas para alívio da dor; - Integração do protocolo DEF na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família; - Prestação de cuidados sensíveis ao trauma, complementados pelos referenciais teóricos de enfermagem pediátrica; - Realização de formação de pares sobre cuidados sensíveis ao trauma em contexto de prestação de cuidados de enfermagem.	- Unidade de Saúde Familiar - Consulta de Desenvolvimento - Urgência de Pediatria - Internamento de Pediatria - Unidade de Neonatologia	<u>Físicos</u>: locais de estágio <u>Materiais</u>: documentação da instituição, bibliografia de referência. <u>Humanos</u>: equipa multidisciplinar, docente orientador, crianças e família

Indicadores de Resultado: Documentos elaborados ao longo dos estágios com foco na divulgação e exposição da problemática à equipa multidisciplinar.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comité Português para a UNICEF (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. 0-80. <https://www.unicef.pt/actualidade/publicacoes/0-a-convencao-sobre-os-direitos-da-crianca/>
- Coughlin, M. (2021). *Transformative Nursing in the NICU: Trauma-Informed, Age Appropriate Care*. (2nd ed). Springer Publishing.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, n.º 157/2018, Série I (18-08-2018), 4147-4182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Dowdell, E. & Speck, P. (2022). Trauma Informed Care in Nursing Practice. *American Journal of Nursing*, 122(4), 30-38. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000827328.25341.1f
- Forkey, H.; Szilagyi, M.; Kelly, E.; Duffee, J. (2021). Trauma Informed Care. *Pediatrics*, 148(2), e2021052580. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052580>
- Garner, A. & Yogman, M. (2021). Preventing Childhood Toxic Stress: Partnering With Families and Communities to Promote Relational Health. *Pediatrics*, 148(2), e2021052582. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052582>
- Guest, H. (2021). A concept analysis of trauma-informed care. *Nursing Forum*, 56(4), 1000-1007. <https://doi.org/10.1111/nuf.12626>
- Hockenberry, M. (2024). Perspectives of Pediatric Nursing. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.1-13).
- Instituto de Apoio à Criança (1998). Carta da Criança Hospitalizada, 0–40. <https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta-crianca-hospitalizada.pdf>
- Instituto de Apoio à Criança (2021). Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários. <https://iacrianca.pt/2021/05/carta-da-crianca-nos-cuidados-de-saude-primarios/>

- Institute for Patient and Family Centered Care (2021). *Patient and Family Centered Care*.
<https://ipfcc.org/about/pfcc.html>
- National Child Traumatic Stress Network. (2014). *Pediatric Medical Traumatic Stress: A Comprehensive Guide*.
[https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//pediatric toolkit for health care providers.pdf](https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//pediatric_toolkit_for_health_care_providers.pdf)
- National Child Traumatic Stress Network (NCTSN). (2023a). *About Child Trauma*.
<https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/about-child-trauma>
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In Neuman, B. & Fawcett, J., *The Neuman Systems Model* 5th Ed (pp 3-33)
- Regulamento nº 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, nº119, Série II (22-06-2015), 16660-16665. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/351-2015-67552235>
- Regulamento nº422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, nº133, Série II (12-07-2018), 19192–19194. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, nº26, Série II (06-02-2019), 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 613/2022 (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário da República*, nº131, Série II (08-07-2022),179-182. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>
- Verberk, F. & Fawcett, J. (2017). Thoughts About Created Environment: A Neuman Systems Model Concept. *Nursing Science Quarterly*, 30(2), 179-181.
<https://doi.org/10.1177/0894318417693316>

APÊNDICE IV
Descrição dos Locais de Estágio

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Descrição dos Locais de Estágio

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

Lisboa

Maio, 2024

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Descrição dos Locais de Estágio

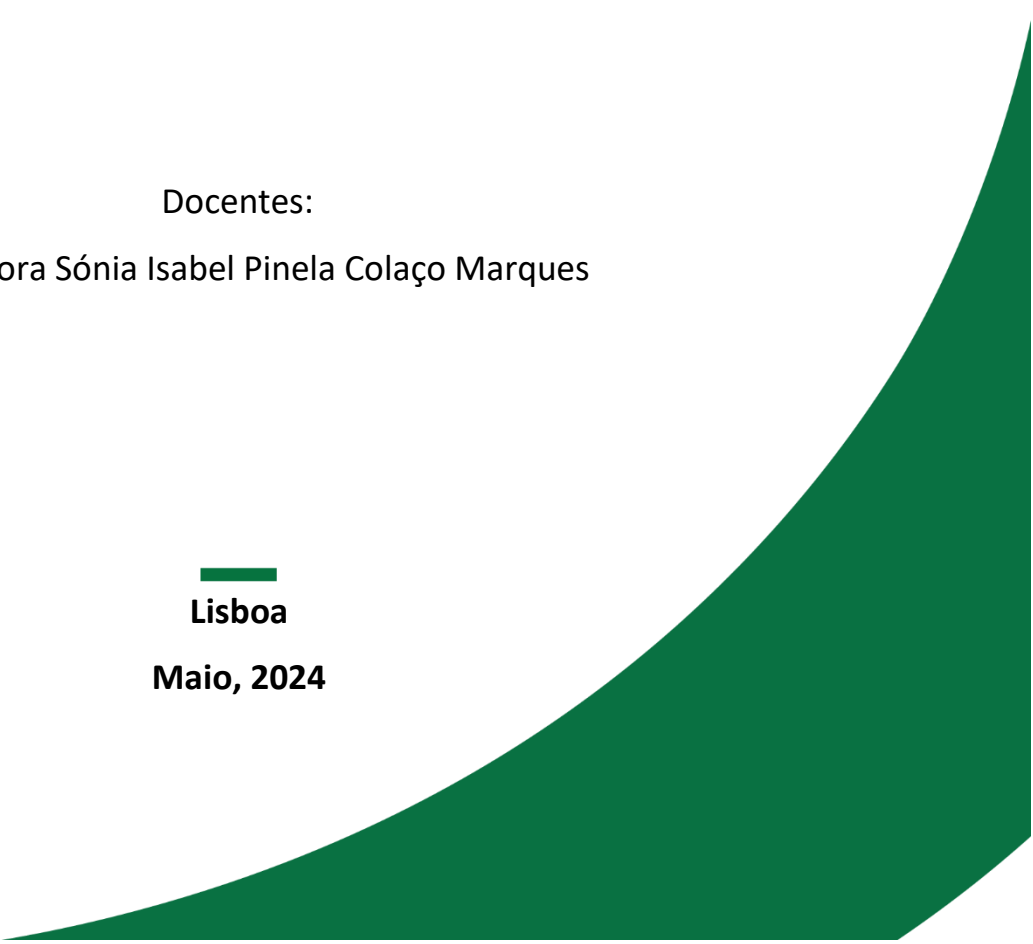
Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

Docentes:

Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques


Lisboa

Maio, 2024



UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

O percurso desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar (USF) teve a duração de 115h, numa USF pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, integrando o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Norte.

A USF é composta por 5 médicos, 6 enfermeiras, das quais uma EEESIP e 4 secretários clínicos. A unidade tem como metodologia de trabalho o enfermeiro de família, sendo que a cada uma está atribuído um médico, um enfermeiro e um secretário clínico de referência, permitindo a continuidade de cuidados e favorecendo a construção de uma relação de confiança mais estável.

Fisicamente a USF funciona num edifício de um piso, composto por gabinetes médicos e de enfermagem, onde decorrem consultas de medicina geral e familiar, diabetes e hipertensão arterial, saúde infantil, saúde materna e planeamento familiar, dispondo também de duas salas de tratamentos e uma sala de vacinação. As salas destinadas ao atendimento e permanência de crianças estão decoradas com painéis coloridos e desenhos, possuem brinquedos, livros e alguns jogos que podem ser utilizados por crianças de todas as idades.

Relativamente ao Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, são realizadas as consultas de vigilância nas idades recomendadas, com marcação de consultas extra sempre que considerado necessário.

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O percurso formativo desenvolvido no serviço de urgência pediátrica teve a duração de 120h e decorreu num hospital central da área de Lisboa. Por ser hospital de referência para especialidades como neurocirurgia, ortopedia, doenças metabólicas e trauma pediátrico, recebem crianças transferidas de vários hospitais distritais. A área de atuação compreende a região entre Santarém e o Algarve, sendo admitidas crianças encaminhadas de hospitais e centros de saúde dessa região, assim como pela saúde 24,

desde o nascimento até aos 17 anos+364 dias, ou até aos 21 anos em caso de doença crónica.

É composto fisicamente por uma sala de reanimação, sala de observação/triagem, sala de tratamentos, dois gabinetes médicos, sala de pequena cirurgia, sala de observação e sala de vigilância, Após o covid passou a contar com mais uma sala de tratamentos e 2 postos de observação, alocados para crianças com patologia respiratória.

A sala de observação é composta por 6 vagas (5 camas e 1 berço) nas quais são internadas crianças que necessitem de tratamento de curta duração ou um maior acompanhamento por se encontrarem em situação de instabilidade, enquanto aguardam vaga noutros serviços. Na sala de pequena cirurgia são realizados procedimentos cirúrgicos como suturas, pensos e redução de fraturas, sendo utilizada sedação com midazolam e fentanil, ou em casos específicos protóxido de azoto medicinal.

A equipa é composta por 36 enfermeiros, dos quais 10 exercem funções como EEESIP. Têm implementados projetos como a utilização da técnica ISBAR, a segurança na administração de terapêutica, utilização de realidade virtual e protóxido de azoto aquando da realização de procedimentos dolorosos. O método de trabalho difere de acordo com o posto atribuído. Nos postos de triagem, sala de tratamentos e sala de vigilância é utilizado o método à tarefa, e na sala de observação prefere-se o método de enfermeiro de referência, sendo este responsável pela prestação de cuidados à criança assegurando um rácio de 1 enfermeiro para 3 crianças.

SERVIÇO DE INTERNAMENTO

O percurso formativo desenvolveu-se num serviço de internamento de um hospital central na área de Lisboa e teve a duração de 120h. O serviço integra as especialidades de infeciologia, gastroenterologia e nefrologia pediátrica, dispõe de 17 vagas, das quais 4 são de isolamento com 2 quartos com pressão negativa.

O serviço possui 2 salas alocadas a sessões de hospital de dia durante as quais se acompanham crianças com condições crónicas complexas, na sua maioria com doença

inflamatória intestinal, e também doenças raras como síndrome de Griscelli, são realizados tratamentos e procedimentos como administração de terapêutica como infliximab e ferro endovenoso, decorre a consulta de obstipação e realização de consultas de seguimento após a alta. Estas consultas têm como finalidade reforçar ensinamentos sobre alimentação e medicação, consoante as necessidades identificadas, facilitando a continuidade de cuidados no domicílio, apoiando as crianças e os pais no esclarecimento de dúvidas e encaminhamento para os recursos da comunidade.

A equipa é composta por 20 elementos, dos quais 4 exercem funções como EEESIP. O método de trabalho implementado é o de enfermeiro de referência, sendo preconizado que sejam sempre os mesmos enfermeiros a prestar cuidados à criança e família durante o internamento, estabelecendo desse modo uma prestação de cuidados de proximidade e centrados na família.

As filosofias centrais do serviço são então os cuidados centrados na família e não traumáticos, estando os pais sempre presentes ao longo do internamento. Nesta linha, a equipa conta ainda com uma nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta da fala, psicóloga, educadora de infância, professora e outros como colaboradores como os doutores palhaço e voluntários do projeto nuvem vitória. Em conjunto, e com o objetivo de tornar a experiência de hospitalização menos traumática e o ambiente mais familiar, o serviço é decorado celebrando cada festividade (São Martinho, Natal, Primavera ou Halloween) e são desenvolvidas atividades lúdicas com as crianças internadas, o que acontece na sala de atividades, onde as paredes estão decoradas com motivos infantis e existem diversos jogos e livros para os diferentes grupos etários e estádios de desenvolvimento. Em internamentos prolongados e sempre que possível, o acompanhamento escolar é feito pela professora que articula com as escolas e desenvolve atividades em parceria.

UNIDADE DE NEONATOLOGIA

O percurso de estágio desenvolvido na unidade de neonatologia teve a duração de 120h e decorreu numa unidade situada na região de Lisboa composta por duas valências. Nesta unidade são prestados cuidados a RN até aos 28 dias de vida, sendo os

principais motivos de internamento relacionados com a prematuridade, sinais de dificuldade respiratória, malformações congénitas, intolerância alimentar, hiperbilirrubinémia e patologias como a sépsis e encefalopatia hipóxico-isquémica.

A primeira valência consiste na unidade de cuidados intensivos neonatais, onde existe capacidade para cuidar de 11 recém-nascidos (RN), que se encontrem em estado crítico com instabilidade hemodinâmica ou respiratória, no entanto verificou-se o encerramento de 2 vagas por falta de recursos humanos. Especialistas na área da prematuridade, apresentam como intervenções diferenciadas a realização de hipotermia induzida, monitorização da função cerebral e terapêutica com óxido nítrico.

A segunda valência é a unidade de cuidados intermédios, com capacidade para receber 21 recém-nascidos, sendo um deles em sala de isolamento. Entre eles encontram-se RN com necessidade de ventilação não invasiva, que se encontrem em processo de aquisição de autonomia alimentar, onde se desenvolve a capacitação e autonomia dos pais para cuidarem do RN e a preparação para a alta.

A equipa é composta por 62 enfermeiras, das quais 18 exercem funções como EEESIP, estando divididas pelas diferentes valências. O método de trabalho é o individual com a atribuição de RN por enfermeira de modo a cumprir os rácios para uma prestação de cuidados segura, ficando 1 enfermeira para 2 RN na unidade de cuidados intensivos, 1 enfermeira para 4 RN em cuidados intermédios. A equipa presta ainda apoio ao banco de leite humano contribuindo para ajudar os RN prematuros a usufruir dos benefícios do leite materno quando a amamentação não é possível. Desta forma, os RN prematuros internados nesta unidade são alimentados com leite humano materno ou de dadora sempre que possível. A equipa multidisciplinar da unidade colabora dando resposta a situações complexas relacionadas com patologias e complicações decorrentes da prematuridade ou outras patologias.

A unidade tem como filosofia a prestação de cuidados centrados na família e cuidados não traumáticos, incentivando a permanência dos pais conforme preconizado na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 1998). No entanto, a permanência no período noturno não é possível pois não se reúnem as condições necessárias à pernoita dos pais na unidade, situação que motivou reflexão. Procura-se minimizar o stress do RN e dos pais, assim como tornar o ambiente mais alegre e positivo, pelo que são celebradas todas as conquistas dos RN, como a comemoração dos meses, primeiro canguru ou passagem

para berço. Esta atividade tem também como objetivo promover a vinculação entre os pais e o RN e facilitar o processo de transição para a parentalidade.

CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O percurso formativo desenvolvido na consulta de desenvolvimento infantil teve a duração de 45h e decorreu num hospital da área de Lisboa. A população alvo da consulta de desenvolvimento infantil era composta por crianças e jovens que apresentam condições crónicas/necessidades especiais, em situação de especial complexidade, nomeadamente alterações do desenvolvimento, alterações da fala, alterações da aprendizagem, perturbações da relação e comunicação, perturbação do autismo, défice de atenção e hiperatividade e prematuridade. A consulta conta ainda com outras valências, nomeadamente consulta de neonatologia, obesidade, diabetes e hipertensão, pelo que tive oportunidade de participar em todas elas.

A equipa é composta por 2 enfermeiras EEESIP e médicos de diferentes especialidades, com o espaço físico da consulta a contar com 2 gabinetes de enfermagem e 5 salas de observação médica.

As crianças e famílias são admitidos sobretudo através de referenciação do centro de saúde ou do médico assistente, trazendo uma primeira avaliação do crescimento e desenvolvimento com sinais de alerta. Posteriormente são realizadas novas avaliações e encaminhamentos para outras especialidades para despiste de alterações físicas que possam estar a originar atrasos no desenvolvimento. São também ativados recursos como terapia da fala, apoio escolar, terapia ocupacional e referenciação para outros hospitais quando necessário.

As intervenções de enfermagem visam a promoção do desenvolvimento infantil, maximização da saúde e adaptação da criança e família à condição crónica, com foco na maximização do potencial da criança.

Apêndice V

Jornal de Aprendizagem "Intervenção de Enfermagem na Criança
com condição crónica"

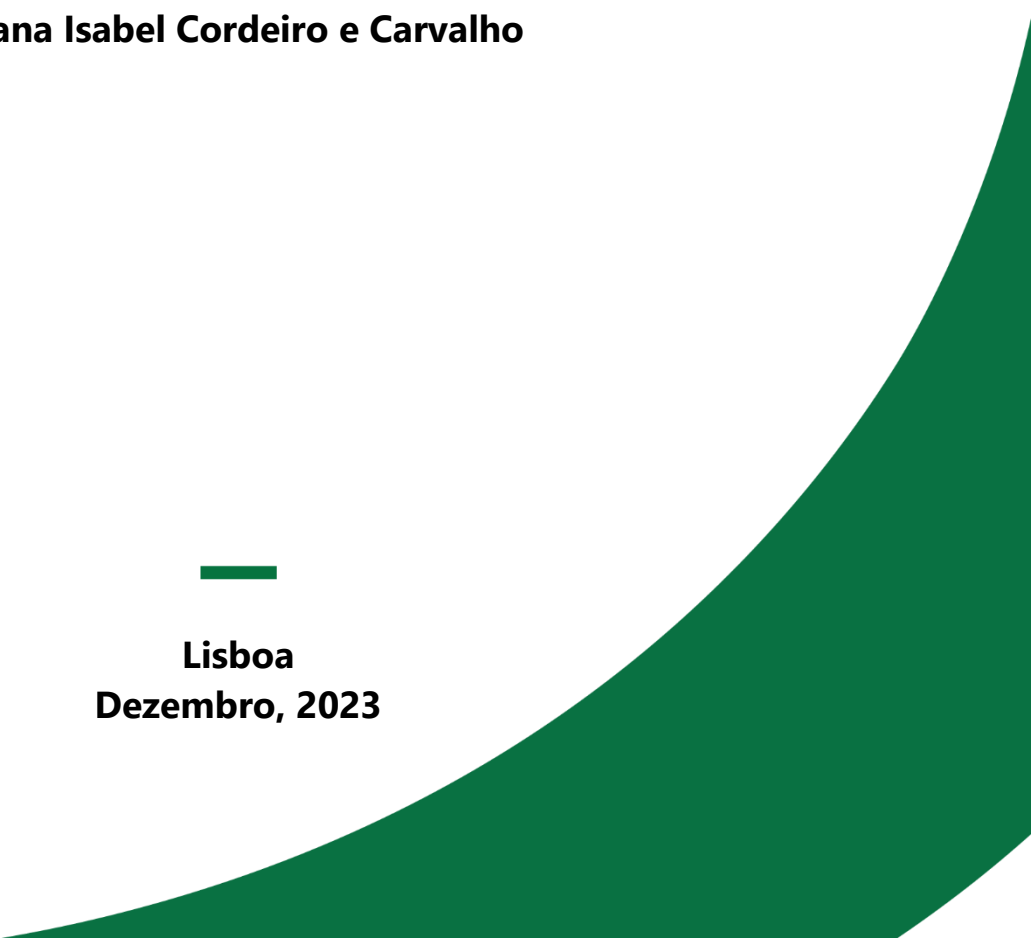
1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Intervenção de Enfermagem na Criança com Condição Crónica: Jornal de Aprendizagem

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

**Lisboa
Dezembro, 2023**

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

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Intervenção de Enfermagem na Criança com Condição Crónica: Jornal de Aprendizagem

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

Docentes:

Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques

**Lisboa
Dezembro, 2023**

INTRODUÇÃO

O presente jornal de aprendizagem é apresentado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, em particular no contexto de estágio Internamento de Pediatria, inserida no I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A hospitalização de uma criança, embora se realize com vista à melhoria da sua saúde e bem-estar, pode resultar numa experiência negativa para todos os envolvidos. Verifica-se uma disrupção da dinâmica e rotinas familiares, com impacto em todos os elementos da família, não só a nível pessoal, mas também social, profissional e escolar. Para além dos desafios com que se deparam durante o internamento, com necessidade de participação ativa dos pais, implementação de estratégias de *coping* e intervenções direcionadas e baseadas nos cuidados sensíveis ao trauma. Reconhece-se que o envolvimento parental durante a hospitalização das crianças e jovens apresenta resultados muito positivos com impacto na melhoria da condição clínica, mas também a nível de suporte emocional e acompanhamento. Desta forma, a parceria de cuidados e a tomada de decisão partilhada são essenciais para o sucesso da intervenção de enfermagem. Muitas vezes, estes internamentos são acompanhados do diagnóstico de condições crónicas, que acrescem ao impacto acima referido. Por sua vez, o regresso a casa requer alguma readaptação familiar, sendo necessário que os pais detenham o conhecimento, competência e habilidade necessárias para ajudar o seu filho nesta transição e nova etapa do seu crescimento e desenvolvimento.

Neste sentido, a necessidade de prestar cuidados sensíveis ao trauma, com foco no bem-estar da criança e família, em parceria com os pais, com vista à prevenção e minimização do *stress* e trauma associados à hospitalização, bem como na gestão da condição crónica, motivaram a reflexão sobre o assunto. Concomitantemente, o interesse e empenho em prestar cuidados de enfermagem de qualidade, baseados na melhor evidência científica disponível, fundamentam também a presente reflexão e análise das práticas de cuidados.

A reflexão sobre e na ação surge como promotor do processo de aprendizagem individual, contínuo e dinâmico durante o qual o profissional analisa a sua ação e utiliza o raciocínio e o julgamento clínico (Driscoll, 2007), transformando a experiência e construindo o saber (Kolb, 1984). Da mesma forma, Benner (2001) reforça a importância da análise reflexiva para esta aquisição e desenvolvimento de competências que, em conjunto com a fundamentação teórica e aquisição de conhecimentos, nos fazem evoluir de iniciados a peritos,

de enfermeiros a enfermeiros especialistas. Desta forma, constitui “um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos saberes e das suas práticas” (Santos & Fernandes, 2004, pp.59).

A aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista e de mestre pressupõe também o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que implicam um saber agir responsável, isto é, o saber mobilizar, integrar e transferir esse conhecimento, habilidades, atitudes e recursos, que seja reconhecido pelos outros e que permita a aprendizagem ao longo da vida (Regulamento n.º 422/2018). Assim, a realização do presente Jornal de Aprendizagem visa promover o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, com base numa situação vivenciada em contexto de estágio, bem como a prestação de cuidados de qualidade e sensíveis ao trauma.

DESCRIÇÃO

O P é uma criança de 8 anos que se dirigiu ao hospital de dia, acompanhado pelos pais, para realizar uma avaliação analítica de controlo da sua situação clínica. Os pais descrevem-no como uma criança saudável, com um crescimento e desenvolvimento “normal”, que teve “uma intercorrência” e necessita de vigilância durante “um tempo”. Comecei por me apresentar, explicar o motivo da minha presença e perceber se poderia acompanhar a consulta. Os pais consentiram que participasse e referiram de imediato “ainda bem que está aqui para ver se desta vez é mais fácil”. O P estava visivelmente desconfortável, agitado e relutante a entrar na sala, com verbalizações repetidas “não quero, não quero tirar sangue”. Os pais respondiam “tem que ser, já sabes que tem que ser, não sejas bebé” enquanto o empurravam para dentro da sala. Perante este cenário, e sem conhecer previamente a família, optei por observar qual a intervenção da enfermeira de forma a compreender como melhor poderia ajudar.

Enquanto a enfermeira falava com o P para lhe explicar o procedimento, dar opções de escolha e o tranquilizar, observei que os pais estavam desconfortáveis e impacientes. Dirigi-me a eles e pedi para me partilharem um pouco sobre as experiências anteriores, o internamento e o comportamento diário de P. Os pais descreveram-no novamente como uma criança normal, saudável e com um comportamento adequado à idade, com um internamento recente por retorragia associada a doença inflamatória intestinal e com necessidade de controlo analítico mensal. Referiram estar “cansados” destas deslocações ao hospital, embora

reconhecessem a sua necessidade, principalmente pelo comportamento de P. que eles referiram não entender ("é só tirar sangue não percebo o problema, fica sempre aos gritos, torna tudo mais difícil"). Partilharam que na última consulta foi necessário restringir fisicamente P. para que fosse possível colher sangue. "Estava eu a segurar o tronco e as pernas e a mãe a cabeça, a enfermeira coitada bem falava com ele, mas ele não ouvia só gritava" (sic). Nesse momento ficou claro que P. tinha vivido uma experiência traumática associada aos cuidados de saúde e estava a exibir um comportamento defensivo. Perguntei aos pais o que costumava ajudar, que estratégias utilizavam para o tranquilizar, tendo o pai referido "nada enfermeira, nós agarramos nele e vocês tiram o sangue".

Dirigi-me a P. que estava em pé, agitado, a tentar passar pela mãe em direção à porta. Perguntei-lhe se podia vir comigo e sentar-se na maca para conversarmos um pouco. Expliquei novamente a necessidade de fazer as análises, qual era o procedimento e perguntei se queria ficar sentado ou deitado. P. escolheu ficar sentado e ser puncionado no braço. Parecia mais tranquilo e colaborante, no entanto quando viu o material ficou novamente agitado e a gritar. O pai mostrou-se pouco compreensivo e optou por lhe restringir os movimentos e pedir à enfermeira que fizesse o procedimento. Percebi que não havia muita abertura para aplicar outras técnicas e tentei que o P. se focasse em mim e na sua respiração. Utilizei a inspiração e expiração profundas ao longo de todo o procedimento, acompanhada de reforço positivo, e consegui que P. ficasse mais tranquilo. Tentei redirecionar o foco de atenção para situações mais agradáveis, pelo que conversei com P. sobre os seus irmãos, os amigos na escola, os seus interesses e passatempos. No entanto, sempre que P. se mexia ou verbalizava dor o pai fazia ameaças e não valorizava o que ele estava a sentir "não sejas bebé, se continuas assim picam-te outra vez, olha que ainda levas uma vacina". Por seu lado, a mãe tentava tranquilizar e dar mimos, que se mostravam infrutíferos perante os comentários do pai. Optei por partilhar com os pais que devíamos focar-nos em estratégias que ajudassem o P. a acalmar-se como a imaginação guiada, técnicas de respiração e reforço positivo, e tentar não emitir comentários que acrescentassem mais fatores de *stress* para P., pois este ia ficar mais nervoso e agitado. A mãe apenas sorriu e o pai de P. olhou para mim com alguma descrença.

No final do procedimento disse a P. que já tínhamos terminado e ele pediu-me um penso, referindo "só acabou quando pões um penso". Reforcei novamente que tinha sido muito importante ele ter mantido o braço quieto e respirado profundamente, que tinha colaborado muito bem. Dei-lhe um autocolante como recompensa pela sua participação e agradei o esforço. Reforcei que não havia problema em ter medo, mas que ficávamos mais

fortes quando conseguíamos ultrapassá-lo. P mostrou um sorriso envergonhado e disse-me que os pais lhe iam oferecer uma consola se ele passasse de ano com boas notas. Despediu-se com um “mais cinco” e foi embora na companhia dos pais.

ANÁLISE E REFLEXÃO

A hospitalização, principalmente em crianças nos primeiros anos de vida, pode traduzir-se numa experiência negativa e possivelmente traumática, por alteração das suas rotinas diárias e ambiente de conforto e segurança, agravando com a reduzida capacidade de resiliência e gestão de fatores de *stress* como a separação dos pais, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor (Diogo, 2015; Fox, 2024; Hockenberry, 2024).

Embora o momento de admissão e o decorrer do internamento sejam consideradas as situações de maior *stress* e ansiedade, com a criança e família a reagir à disrupção da dinâmica familiar e aos *stressors* do internamento (Hockenberry, 2024; Fox, 2024), também a transição para o domicílio após alta hospitalar pode transformar-se numa dessas situações (National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), 2014). A situação ganha maior relevância quando se cuida de uma criança com uma condição crónica, em que os internamentos são recorrentes e necessários para garantir a sua saúde e bem-estar. Embora estas crianças apresentem maior resiliência quando expostas a situações geradoras de *stress* ou potencialmente traumáticas, com fortes fatores de proteção e estratégias de *coping* bem definidas, mantém a sua vulnerabilidade.

O P é uma criança de 8 anos que foi diagnosticado com doença inflamatória intestinal. Trata-se de uma condição crónica, de etiologia multifatorial e que agrega duas patologias: a colite ulcerosa e a doença de crohn. Ambas resultam de processos inflamatórios a nível intestinal, podendo afetar o colón distal e reto (colite ulcerosa) ou todo o trato gastrointestinal no seu todo (doença de crohn), podendo também ser caracterizadas por respostas extraintestinais e respostas inflamatórias sistémicas (Triggs & Gilbert, 2024). A história natural da doença continua a ser imprevisível e caracterizada por surtos/crises que podem afetar seriamente o funcionamento físico e social das crianças (Triggs & Gilbert, 2024), sendo considerada uma condição crónica. Desta forma, a gestão terapêutica passa por controlar o processo inflamatório e minimizar sintomas, com o intuito de obter uma remissão a longo prazo, promover o crescimento e desenvolvimento saudáveis e permitir um estilo de vida o

mais normal possível (Triggs & Gilbert, 2024). O suporte emocional à criança e família ganha especial relevância, uma vez que se trata de uma condição com impacto a nível físico, psicossocial, emocional e escolar. Para além de ser necessário estar atento a sinais de *distress*, o enfermeiro deve ajudar a criança/jovem a gerir problemas associados, como o atraso no crescimento, atraso na maturação sexual, restrições alimentares, sentirem-se “diferentes”, dificuldade em competir/relacionar-se com os pares ou a ausência da escola em períodos de agudização da doença (Triggs & Gilbert, 2024).

O acompanhamento de P em hospital de dia permite não só realizar controlo sintomático e analítico, compreender a evolução da patologia e adequar a gestão terapêutica, mas também avaliar de que forma toda a família se está a adaptar a esta transição. Para além dos cuidados direccionados à gestão da patologia, os cuidados de enfermagem passam por compreender de que forma a família está a lidar com os fatores que aumentam o *stress* e instabilidade emocional e a adaptar-se a uma condição que apresenta períodos de crise e remissão (Triggs & Gilbert, 2024). Na situação descrita, o pai de P refere que está cansado das deslocações ao hospital, em parte pelo comportamento de P sempre que necessita de colher sangue, mas também pela alteração da dinâmica familiar, nomeadamente a nível da alimentação. Neste contacto não foi possível explorar com maior pormenor as preocupações referidas pelos pais de P, derivada à reduzida disponibilidade e abertura para falarem sobre o assunto, motivo pelo qual a minha intervenção sido direccionada à experiência que P estava a vivenciar.

A descrição da situação permite compreender que P experienciou vários momentos de *stress* não só ao longo do internamento, mas também posteriormente em hospital de dia. Perante o comportamento de P procurei fundamentar a minha intervenção nos cuidados sensíveis ao trauma, em especial no protocolo DEF, apresentado pela *National Child Traumatic Stress Network* (2014). Este baseia-se na avaliação do *distress* da criança, na necessidade de suporte emocional e na presença parental, bem como em intervenções de apoio à família (NCTSN, 2014). Desta forma, procurei, em conjunto com a enfermeira orientadora, implementar intervenções antes, durante e após o procedimento, de acordo com os cuidados sensíveis ao trauma e centrados na família.

Antes do procedimento, foi possível conhecer as experiências anteriores de P e da família relativas ao contacto com os cuidados de saúde. Com os relatos dos pais de P e pelo seu comportamento compreendi que se trataram de experiências traumáticas, com impacto no desenvolvimento de P e na sua confiança junto dos profissionais de saúde. Os pais referiam

que estavam cansados das deslocações ao hospital, em especial pelo *stress* que sabiam ter para P. e que se repercutia em si, sendo descritos como momentos de tensão e grande ansiedade.

No sentido de ajudar a família a encontrar estratégias de *coping* para gerir este *stressor*, procurei saber junto de P porque ficava ansioso, no entanto não foi possível obter resposta, uma vez que a agitação psicomotora predominava. O pai referiu que não havia nada que tranquilizasse P nestes momentos e era mesmo necessário restringir os movimentos para realizar o procedimento. Foi clarificado que a restrição física tem consequências negativas para a criança, devendo ser realizada por um profissional e não pelos pais, e que se devia encontrar outras alternativas. Sabe-se que a contenção terapêutica e restrição física são intervenções com propósitos e consequências distintas. Enquanto a contenção terapêutica visa otimizar a segurança da criança, manter o seu conforto e dignidade, a restrição física é considerada uma intervenção invasiva e potencialmente traumática, pelo que, se necessário, deve ser realizada por um profissional de saúde, ficando os pais envolvidos no apoio emocional à criança (DGS, 2012a; International Association for the study of Pain (IASP), 2021).

Numa lógica de cuidados não traumáticos e com o intuito de promover uma sensação de controlo e autonomia, explicou-se o procedimento e de que forma P poderia colaborar. Foi P. que decidiu que queria estar sentado e ser puncionado no braço, tendo sido respeitada a sua vontade. A promoção da autonomia e determinação das crianças, com o seu envolvimento e participação ativa nos cuidados, adequando-a à sua idade e nível de desenvolvimento, respeitando a sua vontade, é fundamental para o sucesso da intervenção de enfermagem, contribuindo para minimizar a experiência traumática (Hellsten, 2024; Hockenberry, 2024). Ademais, são direitos consagrados na Convenção sobre os Direitos das Crianças (Comité Português para a UNICEF, 2019) o respeito pela sua opinião e à liberdade de expressão relativamente a situações que lhe digam respeito, devendo essa opinião e liberdade ser tida em consideração na tomada de decisão.

A forma como o profissional de saúde se dirige à criança, o seu diálogo e linguagem são fundamentais para a prestação de cuidados sensíveis ao trauma. Recomenda-se que o profissional se coloque ao nível da criança, explique o procedimento antes de o realizar, fornecendo orientações antecipatórias, se adequado à idade e nível de desenvolvimento, comunique com a criança num tom de voz neutro, através de linguagem positiva (Associação

Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), 2021; Diogo, 2015; DGS, 2012; Hellsten, 2024; Hockenberry, 2024).

Embora P estivesse mais tranquilo e colaborante, no momento em que viu o material para o procedimento a ser preparado ficou novamente agitado e ansioso, verbalizando que não queria ser punccionado. Perante este comportamento, o pai de P mostrou-se impaciente e pouco compreensivo e optou por lhe restringir os movimentos e pedir à enfermeira que fizesse o procedimento. A enfermeira assentiu ao pedido do pai, uma vez que havia outras crianças a necessitar de cuidados.

Compreendi que o procedimento ia avançar e foquei a minha intervenção em P, através de estratégias não farmacológicas para controlo da dor e ansiedade. Comecei por pedir que respirasse profundamente, exemplificando como o fazer. A mãe juntou-se a nós e foi possível observar mudanças no comportamento de P. Este ficou mais tranquilo, com menor agitação psicomotora e sem necessidade de manter a restrição física que o pai realizava. Redirecionei a sua atenção para situações e momentos agradáveis para si através da distração, ao falar com P sobre os seus irmãos, a escola, os seus interesses e passatempos. Concomitantemente, fui reforçando positivamente o seu comportamento e colaboração ao longo de todo o procedimento, tendo oferecido um autocolante como recompensa.

A distração pode ser definida como uma estratégia comportamental ou cognitiva que visa desviar a atenção da criança dos estímulos desagradáveis e dor associados ao procedimento doloroso e direcioná-la para estímulos agradáveis e positivos, com o intuito de minimizar o impacto que essas experiências têm sobre o *stress*, medo e a resposta afetiva da criança à dor (Figueiredo, 2016). É uma estratégia a ser utilizada em todas as idades, desde que adequada ao nível de desenvolvimento, idade e sensibilidade da criança, devendo iniciar-se antes do procedimento e manter-se durante e após o mesmo (APED, 2021; Figueiredo, 2016; Hellsten, 2024). Outras técnicas como a imaginação guiada, relaxamento/exercícios de respiração, reforço positivo ou com recurso a tecnologias podem ser utilizadas em crianças em idade escolar ou adolescentes (APED, 2018; DGS, 2012; IASP, 2021; OE, 2013).

Por seu lado, o reforço positivo consiste no elogio ou no recompensar a criança após um procedimento doloroso, sendo utilizado como estratégia para o alívio do *stress* e ansiedade (Figueiredo, 2016). Tem como objetivo modificar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, transformando-o num desafio (OE, 2013). O elogio verbal "obrigada por teres ficado quieto e colaborado" ou com entrega de recompensas, como autocolantes,

parece ter um impacto positivo nas crianças em fase pré-escolar ou escolar (APED, 2018; DGS, 2012; OE, 2013).

Embora se tenha verificado um esforço da mãe no sentido de tranquilizar e suportar emocionalmente P, o mesmo não se pôde considerar sobre o seu pai. Quando P se mexia ou verbalizava dor, o seu pai fazia ameaças e não valorizava o que ele estava a sentir “não sejas bebé, se continuas assim picam-te outra vez, olha que ainda levas uma vacina”. Sabe-se que a utilização de ameaças e expressões falsas “não dói nada”, nem a repetição de expressões “já vai acabar” ou “está tudo bem” acrescentam valor à experiência vivenciada, podendo quebrar a confiança que a criança tem no profissional ou nos pais (APED, 2021; DGS, 2012).

Uma vez que os pais desempenham um papel essencial e indissociável na prática de cuidados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, é fundamental que detenham o conhecimento e competência necessários para participar ativamente nos cuidados aos seus filhos (Fox, 2024; Hockenberry, 2024; Instituto de Apoio à Criança, 1998). Assim, numa lógica de parceria de cuidados e partilha de informação para uma participação ativa na tomada de decisão, procurou-se capacitar P e os seus pais para o desenvolvimento de estratégias que ajudassem a minimizar o *stress* e a ansiedade associada a este procedimento. Pela sua condição crónica, P necessita de um acompanhamento mais próximo, no qual se incluem o contacto com os cuidados de saúde e o controlo analítico, tornando-se ainda mais importante a prestação de cuidados sensíveis ao trauma. Ao intervir no sentido de tornar a experiência atual o menos traumática possível, o enfermeiro contribui para a reconstrução positiva da experiência vivida, minimizando o impacto negativo em situações futuras.

As experiências anteriores relatadas e o comportamento de P sugerem a necessidade de um apoio especializado, com foco no suporte emocional à criança e família no processo de transição que se encontram a vivenciar, identificação de *stressors* no ambiente familiar e de estratégias de *coping* para a sua gestão, assim como de recursos disponíveis na comunidade. Após reflexão com a enfermeira orientadora, o caso de P foi partilhado com a psicóloga do serviço para que, numa consulta futura, se possa iniciar e dar continuidade a este acompanhamento.

Concomitantemente, a gestão e o alívio da dor, física e emocional, a promoção do bem-estar da criança e família, e o aumento da sensação de controlo e promoção de autonomia, deve ser uma intervenção diferenciada do enfermeiro especialista, enquadrada na prestação de cuidados não traumáticos (Fox, 2024; Hockenberry, 2024; Regulamento n.º 422/2018). Ademais, a redução das agressões físicas ou emocionais e da dor são um direito da criança

hospitalizada, devendo os profissionais agir para a sua prevenção e minimização (Instituto de Apoio à Criança, 1998). A escolha da estratégia que melhor se adapta à criança e família requer uma correta avaliação da dor, através de escalas adequadas à idade e nível de desenvolvimento da criança, a identificação de necessidades, expressão de sentimentos, medos, dúvidas e preocupações, e, fundamentalmente, conhecimento e experiência do enfermeiro (Hellsten, 2024; Hockenberry, 2024).

No caso apresentado tornou-se claro que as necessidades dos pais se diferenciavam das necessidades de P. As experiências passadas levaram os pais a acreditar que P não se iria acalmar e que o mais eficaz seria realizar a colheita da forma como ocorreu. No entanto, se se considerar o modelo ecológico de Bronfenbrenner, cuidados centrados na criança, seria P a deter um papel mais central e ativo na tomada de decisão e nos cuidados prestados, sendo as suas necessidades físicas e emocionais o foco de intervenção (Coyne, Holmström & Söderbäck, 2018). Embora seja uma criança, P é um membro ativo da sociedade, com direito à vida, a crescer e a desenvolver-se da forma mais positiva e saudável possível, com direito a tomar decisões sobre a sua saúde, devendo os pais e profissionais agir como agentes potenciadores desse desenvolvimento saudável e positivo (Ordem dos Enfermeiros, 2017; United Nations General Assembly, 1989).

Neste sentido, questiono se teria sido possível capacitar os pais para uma interação mais positiva e potenciadora da adesão de P ao procedimento a realizar. Certa que num primeiro contacto existem barreiras que precisam de tempo para serem ultrapassadas e tempo é o que nem sempre existe quando temos agendados várias crianças para um período de tempo limitado. Contudo, considero que na gestão de situações idênticas poderá ser dado um tempo à família para que possa refletir estratégias que lhes permitam colaborar de forma mais efetiva na gestão do *stress* da criança perante o procedimento a realizar.

CONCLUSÃO

A realização de um jornal de aprendizagem permite revisitar situações vivenciadas, analisar a intervenção no seu todo, numa perspetiva externa, crítica e de análise, e refletir sobre essas experiências, tornando-as aprendizagens.

O caso apresentado aborda uma criança com uma condição crónica, que regularmente é exposta a situações de contacto com os cuidados de saúde, com necessidade de colheita de sangue para análises. As experiências anteriores foram traumáticas, o que tem um grande peso no momento vivenciado, com expressão de sentimentos de medo, ansiedade e *stress* por parte de P, e de cansaço e ansiedade por parte dos seus pais. Embora se tenham verificado tentativas no sentido de tranquilizar e capacitar P para a colheita de análises, numa lógica de cuidados sensíveis ao trauma, o contexto vivido levou à realização de uma intervenção contra a vontade de P, embora reconhecendo a sua necessidade. A intervenção ao longo do procedimento, com técnicas de respiração e relaxamento, reforço positivo e recompensa, ajudou P a recuperar o controlo da situação, tornando elemento ativo no processo. Reconhece-se a necessidade de capacitar os pais para a gestão de situações semelhantes no futuro, com desenvolvimento de estratégias individualizadas para a gestão da ansiedade e *stress* de P, mas também para a gestão da ansiedade e cansaço referidos pela família.

Desta forma, considera-se que a reflexão sobre a experiência vivida, bem como a realização do presente jornal de aprendizagem, permitiu desenvolver competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, nomeadamente a gestão de práticas de cuidados que fomentem a segurança, privacidade e dignidade da criança (A2.2), desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade (D1), baseando a prática clínica em evidência científica (D2), a negociação da participação da crianças/jovem e família no seu processo de cuidar (E1.1.1), a utilização de estratégias que motivem a criança a assumir um papel na sua saúde (E1.1.3), o proporcionar conhecimento e habilidades para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (E1.1.4), facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança da criança/jovem e família (E.1.2.8) e a capacitação de crianças e famílias para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação (E2.5.2) (Regulamento n.º 422/2018; Regulamento n.º 140/2019). Em adição, reforça-se a promoção da prestação de cuidados de qualidade, centrados na criança e na família, sensíveis ao trauma e promotores de um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2018). *Desenhos da minha Dor*.
https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2021). *Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor para o controlo da dor na vacinação pediátrica: linhas orientadoras para a prática clínica*. https://aped-dor.org/documentos/vac_young/recomendacoes_aped.pdf
- Comité Português para a UNICEF (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. 0-80. <https://www.unicef.pt/actualidade/publicacoes/0-a-convencao-sobre-os-direitos-da-crianca/>
- Coyne, I., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in healthcare: a concept synthesis of family-centered care, person-centered care and child-centered care. *Jornal of Pediatric Nursing*, 42, 45-56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001>
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. (2nd ed). Lusodidacta.
- Direção Geral da Saúde (2012). *Orientação nº 022/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Felliti, V.; Anda, R.; Nordenberg, D.; Williamson, D.; Spitz, A; Edwards, V.; Koss, M. & Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Figueiredo, C. (2016). *Estratégias Não Farmacológicas ao Cuidar da Criança com Dor*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda]. Repositório do

- Flaherty, E.; Thompson, R.; Litrownik, A.; Zolotor, A.; Dubowitz, H.; Runyan, D.; English, D. & Everson, M. (2009). Adverse Childhood Exposures and Reported Child Health at Age 12. *Academic Pediatrics*, 9(3), 150-156. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2008.11.003>
- Fox, J. (2024). Family Centered Care of the Child during Illness and Hospitalization. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.648-667).
- Garrido, C. & Boavida, J. (2003). Fatores de risco em desenvolvimento. *Revista Saúde Infantil*, 25(2), 47-55. <https://www.saudeinfantil.asic.pt/index.php/arquivo>
- Giotakos, O. (2020). Neurobiology of emotional trauma. *Psychiatriki*, 31(2), 162-171. doi: 10.22365/jpsych.2020.312.162.
- Goddard, A.; Janicek, E. & Etcher, L. (2022). Trauma Informed Care for the Pediatric Nurse. *Journal of Pediatric Nursing*, 62, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.003>
- Hellsten, M. (2024). Pain Assessment in Children. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.131-143).
- Hockenberry, M. (2024). Perspectives of Pediatric Nursing. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.1-13).
- Instituto de Apoio à Criança (1998). Carta da Criança Hospitalizada, 0–40. https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- International Association for the Study of Pain (2021). Pain in Children: management fact sheet. <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/pain-in-children-management/>
- Koball, A.; Domoff, S.; Klevan, J.; Olson-Dorff, Borgert, A. & Rasmussen, C. (2021). The impact of adverse childhood experiences on healthcare utilization in children. *Child Abuse and Neglect*, 111:104797. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104797>

- National Child Traumatic Stress Network. (2014). *Pediatric Medical Traumatic Stress: A Comprehensive Guide*.
https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//pediatric_toolkit_for_health_care_providers.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas para controlo da dor na criança. *Cadernos OE*, 1(6).
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Regulamento nº422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, nº133, Série II (12-07-2018), 19192–19194. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, nº26, Série II (06-02-2019), 4744-4750.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Triggs, N. & Gilbert, C. (2024). The Child with Gastrointestinal Dysfunction. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.812-870).
- United Nations General Assembly. (1989). *Adoption of a convention on the rights of the child*. New York: United Nations. Disponível em: <https://www.unicef.org/child-rights-convention>

Apêndice VI

Reflexão "Desafios em Urgência Pediátrica"

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Desafios em Urgência Pediátrica: Reflexão

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

**Lisboa
Outubro, 2023**

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

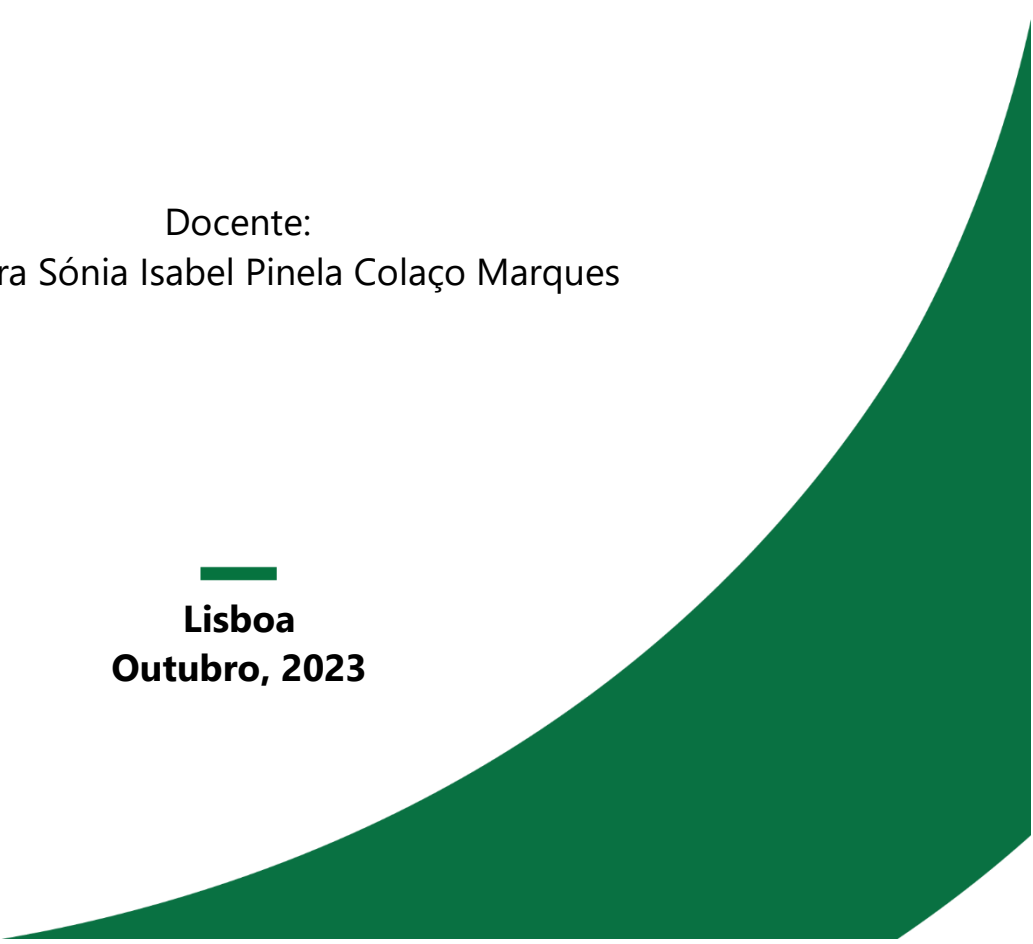
Desafios em Urgência Pediátrica: Reflexão

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

Docente:

Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques

**Lisboa
Outubro, 2023**

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

INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, consistindo numa síntese crítica e reflexiva sobre os desafios na prestação de cuidados à criança e família, em contexto de urgência pediátrica.

A reflexão sobre as experiências vivenciadas em contexto de estágio permitem, com especial relevância para os futuros enfermeiros especialistas, reconstituir o saber e transformar a experiência (Kolb, 1984; Tanner, 2006), desenvolvendo o conhecimento e raciocínio clínico e incrementando o crescimento pessoal e profissional. Concomitantemente ao aumento do conhecimento, competência e capacitação profissional, contribui positivamente para a qualidade dos cuidados prestados, traduzindo-se em cuidados humanizados e holísticos.

O serviço de urgência de pediatria exige que, para além da perícia e da prática baseada na evidência, se desenvolvam intervenções culturalmente competentes, sensíveis ao trauma e centradas nas necessidades da criança, do jovem e suas famílias, podendo ser considerada um dos contextos de saúde com maior *stress* e ansiedade para as crianças e seus pais (Diogo et al., 2016). Sendo um serviço caracterizado por constantes desafios, pela triagem, priorização de necessidades e procedimentos, um serviço ao qual recorrem quando a situação clínica da criança inspira cuidados, verifica-se a possibilidade de realização de procedimentos invasivos e dolorosos (Berté et al., 2017). Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem a seu cargo a função de suporte da criança e família, promovendo a parceria e o envolvimento da família nos cuidados, através da negociação dos cuidados.

Nestas circunstâncias, o estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança com a criança e família torna-se fundamental para a prestação de cuidados de qualidade. Essa relação permite ao enfermeiro compreender quais os medos e preocupações da criança e família, as suas necessidades e os recursos existentes, respondendo-lhes de forma adequada, numa lógica de parceria de cuidados, com maior autonomia da criança e família (Hockenberry, 2024; National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), 2014; Fox, 2024).

Os pais das crianças que passam pela urgência pediátrica e serviço de observação (internamento de curta duração), enfrentam uma enorme variedade de *stressors* e experiências potencialmente traumáticas, devido não só à situação de doença súbita do filho, com necessidade de cuidados diferenciados e complexos, mas também devido à incerteza no que

respeita ao diagnóstico, tratamento e prognóstico (Malin & Johnson, 2019; McCormick, 2002), à percepção que desenvolvem em relação à sua (in)capacidade de cuidar do filho (Ionio et al., 2016) e ao ambiente agressivo da urgência.

Desta forma, considerou-se pertinente refletir sobre as experiências vivenciadas e os desafios encontrados neste contexto de estágio, com o intuito de desenvolver competências de pensamento crítico e reflexivo e melhorar os processos de tomada de decisão e a gestão dos cuidados.

REFLEXÃO

A urgência pediátrica onde foi realizado o estágio integra um hospital central da área de Lisboa, abrangendo uma população de 310.000 utentes da área e outros que a ela se dirigem. Composta por uma equipa de enfermagem e médica que se encontra disponível 24h por dia no atendimento e cuidado às crianças e famílias, conta com 5 enfermeiros por turno que se distribuem pelos diferentes postos: sala de triagem, sala de tratamentos, serviço de observação (SO) e sala de tratamentos alocada a patologia respiratória. Quando possível, um sexto enfermeiro fica na gestão dos cuidados e organização do serviço, em articulação direta com a equipa médica, sendo este o chefe de equipa.

O panorama atual na área da saúde levou ao encerramento de vários serviços de urgência pediátrica no período noturno e aos fins-de-semana. Assim, com a maioria das urgências pediátricas encerradas, este acaba por ser o serviço de referência ao qual recorrem crianças e famílias de todo o distrito de Lisboa. Para além destes, recebe ainda crianças referenciadas de outras instituições de saúde que precisam de cuidados especializados em valências específicas disponíveis neste hospital. De referir que a época outono/inverno apresenta maior afluência, com necessidade de reforço das equipas multidisciplinares, situação agravada pelos motivos acima descritos, com impacto significativo a nível de gestão e organização de cuidados. Ao acompanhar a enfermeira especialista, também a assumir funções de chefe de equipa, foi possível observar os processos de tomada de decisão e de gestão dos cuidados em equipa multidisciplinar, com contributos importantes a nível do desenvolvimento destas competências, essenciais à intervenção como futura enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019).

Neste cenário, considerando a sobrecarga funcional e horária de todos os profissionais da urgência pediátrica, verificou-se a necessidade de mobilização e gestão de recursos humanos e materiais turno a turno, de forma a garantir dotações que permitissem garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados. Foi possível observar a preocupação dos profissionais neste âmbito, não só pelo reforço das equipas multidisciplinares, competências de trabalho em equipa e organização do serviço, mas também pela implementação de protocolos e orientações para os cuidados. Enquanto futura enfermeira especialista reconhece-se o esforço da equipa multidisciplinar na prestação dos melhores cuidados, com qualidade e segurança, reforçando o benefício que esta experiência de estágio proporcionou, sem dúvida essencial para o desenvolvimento de competências a nível de melhoria da qualidade, tomada de decisão clínica e gestão de cuidados.

O ambiente físico e emocional da urgência pediátrica apresenta inúmeros *stressors* para a criança e família que, se não forem mediados com recurso a intervenções que os previnam ou minimizem, podem ter um impacto negativo significativo na experiência da criança (Neuman, 2011). No entanto, sabe-se que a doença ou a lesão corporal constituem em si um *stressor*, tornando-se necessário responder às necessidades físicas da criança, mas também às suas necessidades psicossociais e emocionais, contribuindo para minimizar o impacto que estes *stressors* têm e restaurar a saúde e bem-estar (Neuman, 2011). Desta forma, o enfermeiro deve atuar nos diferentes níveis de prevenção, gerindo os *stressors*, minimizando o seu impacto e restaurando o equilíbrio do sistema (Neuman, 2011). Para tal, pode complementar a sua prática, baseando-a no modelo dos cuidados sensíveis ao trauma.

Ao longo do estágio foi possível identificar vários *stressors* e características presentes na urgência pediátrica que contribuem para que este seja um ambiente promotor de elevados níveis de *stress* e ansiedade para as crianças e famílias (Diogo et al., 2016; Fox, 2024; Neuman, 2011). Desta forma, a postura e abordagem dos profissionais, a linguagem e comunicação, o ambiente físico e também emocional são fundamentais para a minimização dos *stressors* associados aos cuidados de saúde (Diogo, 2015). Esta ideia remete para a prestação de cuidados individualizados e holísticos, centrados nas necessidades da criança e família, culturalmente competentes e sensíveis ao trauma (Forkey et al, 2021; Goddard, Janicek & Etcher, 2022; Guest, 2021; Hockenberry, 2024).

O início abrupto de uma doença ou a ocorrência de uma lesão física, que motivam a deslocação ao serviço de urgência, podem não permitir a preparação das crianças para o que vai acontecer, potenciando o medo e ansiedade sentidos (Diogo et al., 2016). A triagem,

momento de contacto inicial com a criança e família, constitui a oportunidade para iniciar a construção da relação terapêutica e de confiança (Diogo et al., 2016). O acolhimento pela equipa de enfermagem, explicando a dinâmica do serviço e os passos seguintes, tranquilizando e esclarecendo dúvidas, com uma abordagem positiva, com um sorriso e disponibilidade, facilitam essa relação. No que concerne ao ambiente físico, para além da entrada recentemente pintada com imagens coloridas, o serviço de urgência pediátrica encontra-se decorado com figuras e imagens alusivas ao tema “universo”. É possível identificar pequenos detalhes que transpõem o tema para outros serviços, como por exemplo a preparação para ida ao bloco operatório, na qual as crianças são preparadas por astronautas e transportadas numa cama especial. Estas analogias permitem desmistificar alguns medos e preocupações das crianças, tornar o ambiente físico mais acolhedor, seguro e afetuoso, contribuindo para a minimização do *stress* e ansiedade da criança (Diogo, 2015; Diogo et al., 2016; Hockenberry, 2024).

No entanto, a agitação inerente aos serviços de urgência leva a que a prestação de cuidados ocorra de forma acelerada, muitas vezes sem espaço para a construção adequada da relação terapêutica e participação da criança e da família (Diogo et al., 2016). Ao longo do estágio foi possível testemunhar e acompanhar algumas destas situações, verificando-se que a realização de procedimentos era mais morosa e indutora de *stress* quando a criança não participava na mesma. De salvaguardar que a participação pode passar por permitir que a criança faça algumas escolhas, como ficar ao colo da mãe, escolher o penso ou segurar no material, sendo que as opções devem ser adequadas à idade, capacidade e vontade da criança. Também a garantia da privacidade, explicar o procedimento, o que se vai fazer e o seu objetivo, esclarecer dúvidas, ouvir preocupações e aceitar as manifestações de medo e ansiedade da criança, adotando uma postura calma e responsável, é fundamental para o sucesso da intervenção (Diogo et al., 2016).

Investir algum tempo na preparação da criança para o procedimento facilita a sua realização, diminui a necessidade de a tranquilizar no final e promove uma sensação de controlo, minimizando o sofrimento físico e emocional (Diogo et al., 2016). A promoção da autoestima da criança, a sua capacitação e a aprendizagem de estratégias de *coping* no contacto presente com a equipa de saúde e o serviço de urgência, constrói uma experiência positiva no presente que vai moldar e repercutir-se nas experiências e contactos futuros, comprometendo ou promovendo o crescimento e desenvolvimento da criança e família (Damião, 2019; Forkey et al., 2021; Goddard, Janicek & Etcher, 2022; Guest, 2021).

Desta forma, um dos objetivos de estágio incluiu a prestação de cuidados à criança e família com base nos cuidados não traumáticos e sensíveis ao trauma. A preparação da criança e família para os procedimentos, a presença, colaboração e capacitação parental e a utilização de estratégias não farmacológicas para controlo da dor e ansiedade, foram intervenções realizadas e reforçadas junto da equipa multidisciplinar. Ao promover um ambiente seguro e afetuoso, nutrindo os cuidados com afeto e facilitando a expressão de emoções por parte da criança e família, o enfermeiro constrói e fortalece a relação de confiança estabelecida, enquanto transforma positivamente a experiência vivida (Diogo, 2015; Diogo et al., 2016). Ao fornecer cuidados terapêuticos, através do uso de intervenções que eliminem ou diminuam o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e família, obtive *feedback* positivo por parte dos pais e colegas, com benefícios observados a nível da redução do *stress*, ansiedade e medo expressos pelas crianças.

Quando a experiência no serviço de urgência é vivida pela criança de forma positiva, esta poderá sentir-se mais capaz por ter superado esta situação de crise, desenvolvendo a sua resiliência, e contribuindo para facilitar a reação aos *stressors* em situações futuras (Damião, 2019). Para tal, torna-se necessário identificar e compreender os *stressors* e preocupações das crianças e famílias quando recorrem ao serviço, assim como as estratégias e intervenções de enfermagem adequadas para a sua minimização. Concluiu-se se destacam como *stressors* a verbalização e manifestações de medo da dor e da lesão corporal; medo da realização de análises/punções venosas ou procedimentos invasivos e dolorosos; medo da separação dos pais e da aproximação de pessoas desconhecidas; medo da observação médica, de serem agarradas e imobilizadas; e medo de perderem o controlo. Estes comportamentos foram facilmente identificados nas crianças e famílias que recorreram à urgência, não só através da sua observação direta, como também pela verbalização e partilha de experiências anteriores. A evidência científica suporta os achados desta observação, estando estes e outros descritos como fatores de *stress* associados aos cuidados de saúde (Damião, 2019; Diogo et al., 2016; Fox, 2024; Hockenberry, 2024; NCTSN, 2014). Neste sentido, identificar as intervenções para minimizar estes *stressors* e responder de forma individual e holística às necessidades da criança e família tornou-se uma prioridade.

Após reflexão com a enfermeira orientadora concluiu-se que a equipa multidisciplinar se encontrava desperta para a prestação de cuidados centrados na família e sensíveis ao trauma, facilitando o acompanhamento e presença parental, esclarecendo dúvidas e preocupações, envolvendo a criança nos cuidados, e promovendo a sua autonomia e

capacitação ao longo do percurso. No entanto, identificaram-se oportunidades de melhoria, nomeadamente a nível da presença dos pais em situações de reanimação ou procedimentos invasivos complexos e na avaliação e gestão da dor.

A presença dos pais é um direito da criança, que se encontra explanado na Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 1998) e diretrizes do hospital em questão. Assim, a sua presença é incentivada por toda a equipa, acompanhando a criança ao longo de todo o processo, desde a admissão até à alta. Os pais surgem como fator protetor da criança/jovem, facilitador do desenvolvimento e implementação de estratégias de *coping*, sendo elementos essenciais para tranquilizar e apoiar emocionalmente os seus filhos, no restabelecimento da sua saúde e bem-estar (Hockenberry, 2024; Ordem dos Enfermeiros, 2017). A sua capacitação para a participação ativa nos procedimentos, quer como elementos de apoio emocional e de segurança para as crianças quer como intervenientes ativos sempre que possível, constitui uma preocupação e foco da intervenção de enfermagem.

Relativamente à presença parental em situações de reanimação ou procedimentos invasivos complexos, a evidência científica não é consensual. As diretrizes internacionais recomendam a presença parental nestes momentos, no entanto existem poucos estudos sobre a experiência dos pais (Ghavi, et al., 2022; Stewart, 2019). Alguns estudos apontam que a presença dos pais permite reduzir o *stress* e ansiedade sentidos por si e pelas crianças, no entanto foram reportados sentimentos de nervosismo, impotência, confiança na equipa de saúde, preocupação e medo (Parra et al., 2018). Quando oferecida a escolha de estar ou não presentes durante a reanimação, os pais desejavam estar presentes se estivessem na mesma situação, considerando o contacto físico com os filhos benéfico para si e para as crianças (Parra, et al., 2018). Alguns autores referem que a ausência e afastamento dos pais nas situações de reanimação parece ser mais prejudicial do que a sua presença, por aumentar a ansiedade e *distress*, assim como o sentimento de abandono por não conseguirem ajudar os filhos (Ghavi, et al., 2022; Maxton, 2008; Mark, 2021).

A decisão de permanecer ou não na sala de reanimação deve ser dos pais, devendo a equipa ter um profissional disponível somente para o acompanhamento destes pais ao longo do processo (Ghavi, et al., 2022; Maxton, 2008; Mark, 2021; Stewart, 2019). Este profissional fica responsável por descrever a situação, esclarecer dúvidas e ouvir preocupações, fornecer suporte emocional e responder às necessidades dos pais, promovendo a esperança realista e aplicando conhecimentos e capacidades facilitadoras do processo de luto, quando necessário (Ghavi, et al., 2022; Stewart, 2019). A postura e comportamento da equipa multidisciplinar no

decorrer da reanimação afeta a percepção dos pais relativa à qualidade e segurança dos cuidados prestados, pelo que comentários levianos e brincadeiras, por vezes resultado do *stress* experienciado pelos profissionais, devem ser evitados (Ghavi, et al., 2022).

O serviço onde se realizou o estágio não permite a presença dos pais de forma regular aquando de uma situação de reanimação. Embora reconheçam os seus benefícios, nem sempre dispõem de elementos da equipa suficientes para que um deles possa permanecer com os pais durante o decorrer da situação, no entanto existe a preocupação com a partilha de informação sobre a situação clínica da criança, permitindo aos pais tomar conhecimento sobre as tomadas de decisão.

Noutro ponto, as intervenções relacionadas com a avaliação e a gestão da dor foram identificadas como oportunidades de melhoria. A dor surge como um fenómeno individual e multidimensional, que envolve a dor física, mas também a emocional (Hellsten, 2024). Neste sentido, a presença parental em todas as idades deve estar aliada às intervenções farmacológicas e não farmacológicas. A distração no recém-nascido e latente pode trazer benefícios ao escutar a voz da mãe ou uma música suave, utilizar um brinquedo macio ou interativo, com cores vivas, movimento e sons para ajudar a captar a atenção. Para crianças de dois aos seis anos podem ser utilizados o jogo, a brincadeira, o desenho, a pintura, bolhas de sabão, cantar músicas, contar histórias e as atividades lúdicas ou didáticas. Para crianças em idade escolar e adolescentes podem utilizar-se outras técnicas como imaginação guiada, relaxamento/exercícios de respiração, reforço positivo, elementos do ambiente físico ou com recurso a tecnologias (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2018; Direção da Saúde, 2012a; Direção da Saúde, 2012b; International Association for the study of pain, 2021; Ordem dos Enfermeiros, 2013). Para além da sua eficácia comprovada, estas técnicas são de baixo custo, requerem pouco tempo para a sua aplicação, não sendo necessário a preparação prévia e são proveitosas no controlo da dor aguda e de curta duração (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A reflexão sobre as práticas com a enfermeira orientadora e algumas colegas permitiu concluir que as técnicas acima referidas constituíam uma mais valia na abordagem à criança na sala de tratamentos ou no serviço de observação aquando da realização de procedimentos invasivos e dolorosos. Desta forma, e seguindo os princípios dos cuidados não traumáticos, promoveu-se a adoção da sucção não nutritiva, administração de sacarose, atividades lúdicas, distração utilizando vários recursos adequados à idade e compreensão da criança, bem como o reforço positivo com recompensa (por exemplo autocolantes e luvas balão) no final de cada procedimento, entre outras. Ao mesmo nível encontra-se a inclusão dos pais nestes momentos,

fator essencial e foco da nossa intervenção. Neste sentido, procurou-se escutar e conhecer as experiências de hospitalização anteriores, estratégias de *coping* eficazes, adequando-as ao contexto e recursos disponíveis, bem como escutar sentimentos, medos, dúvidas e preocupações sobre a experiência presente, identificando os recursos disponíveis e, em alguns casos, promovendo o descanso/pausa do cuidador ficando com as crianças na sua ausência.

Estas intervenções foram fundamentadas na totalidade, tendo por base os princípios e recomendações do modelo dos cuidados sensíveis ao trauma. Em paralelo, a diversidade de aspetos em consideração tornou possível desenvolver competências ao nível da melhoria da qualidade dos cuidados, com intervenções baseadas em evidência científica, partilhadas com os colegas e pais das crianças hospitalizadas, com vista à promoção de um projeto que vise a maximização da sua saúde, numa situação e contexto de especial complexidade, e em resposta às suas necessidades de saúde e desenvolvimento, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Regulamento n.º 422/2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da autoestima da criança, a sua capacitação e a aprendizagem de estratégias de *coping*, no contacto presente com a equipa de saúde e o serviço de urgência, contribui para uma experiência positiva no presente que vai moldar e repercutir-se nas experiências e contactos futuros, comprometendo ou promovendo o crescimento e desenvolvimento da criança e família (Damião, 2019; Forkey et al., 2021; Goddard, Janicek & Etcher, 2022; Guest, 2021).

Uma abordagem sensível ao trauma, com reconhecimento das experiências anteriores da criança e família, disponibilidade para escutar os medos e preocupações, esclarecer dúvidas e explicar os procedimentos, reconhecer e construir estratégias de *coping* individualizadas, em parceria, com recurso a uma postura e comunicação empáticas, é fundamental para a valorização da experiência da criança e família.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica encontram-se numa posição ideal para a gestão destes aspetos, não só porque possuem conhecimento que lhes permite estar despertos e reconhecer as necessidades individuais das crianças e famílias, como também competências acrescidas para promover a maximização da saúde e prevenção de experiências que afetem negativamente a criança e família, como é recorrer à urgência pediátrica. A fundamentação da sua prática em evidência científica, como filosofias e modelos teóricos, aliados à sua experiência vivida, contribuem significativamente para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2018). *Desenhos da minha Dor*.
https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2021). Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor para o controlo da dor na vacinação pediátrica: linhas orientadoras para a prática clínica. https://aped-dor.org/documentos/vac_young/recomendacoes_aped.pdf
- Berté, C., Ogradowski, K., Zagonel, I., Tonin, L., Favero, L. & Junior, R. (2017) Brinquedo terapêutico no contexto da emergência pediátrica. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(3).
<https://doi.org/1018471/rbe.v31i3.2037>
- Damião, M. (2019). *Stress da Criança em Idade Pré-Escolar em Contexto de Urgência: Foco de Atenção do Enfermeiro Especialista* [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
<http://hdl.handle.net/10400.26/32091>
- Direção Geral da Saúde (2012a). Orientação nº 22: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos).
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2012b). Orientação nº 024/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nos recém-nascidos (0 a 28 dias).
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- Diogo, P. (2015). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar. (2ª ed.). Lusodidata

- Diogo, P.; Vilelas, J.; Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47. <http://hdl.handle.net/10400.26/23729>
- Forkey, H.; Szilagyi, M.; Kelly, E.; Duffee, J. (2021). Trauma Informed Care. *Pediatrics*, 148(2), e2021052580. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052580>
- Fox, J. (2024). Family Centered Care of the Child during Illness and Hospitalization. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.648-667).
- Ghavi, A.; Hassankhani, H.; Powers, K.; Arshadi-Bostanabad, M.; Nambar-Areshtanab, H. & Heidarzadeh, M. (2022). Parental support needs during pediatric resuscitation: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 63, 101173. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101173>
- Goddard, A.; Janicek, E. & Etcher, L. (2022). Trauma Informed Care for the Pediatric Nurse. *Journal of Pediatric Nursing*, 62, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.003>
- Guest, H. (2021). A concept analysis of trauma-informed care. *Nursing Forum*, 56(4), 1000-1007. <https://doi.org/10.1111/nuf.12626>
- Hellsten, M. (2024). Pain Assessment in Children. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.131-143).
- Hockenberry, M. (2024). Perspectives of Pediatric Nursing. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.1-13).
- International Association for the Study of Pain (2021). *Pain in Children: management fact sheet*. <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/pain-in-children-management/>
- Instituto de Apoio à Criança (1998). *Carta da Criança Hospitalizada*, 0–40. https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf

- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. *Europe's Journal of Psychology*, 12(4), 604–621. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093>
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Malin, K., & Johnson, T. (2019). A Concept Analysis of Parental Uncertainty in Illness of an Infant. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 44(4), 206–211. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000535>
- Mark, K. (2021). Family presence during paediatric resuscitation and invasive procedures: the parental experience: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 35(1), 20–36. <https://doi.org/10.1111/scs.12829>
- Maxton, F. (2008). Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience. Sharing and surviving the resuscitation: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 17(23), 3168–3176. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02525.x>
- McCormick, K. (2002). A concept analysis of uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(2), 127–131. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2002.00127.x>
- National Child Traumatic Stress Network. (2014). *Pediatric Medical Traumatic Stress: A Comprehensive Guide* [https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/pediatric toolkit for health care providers.pdf](https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/pediatric_toolkit_for_health_care_providers.pdf)
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In Neuman, B. & Fawcett, J., *The Neuman Systems Model* 5th Ed (pp 3–33)
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas para controlo da dor na criança. *Cadernos OE*, 1(6). [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Parra, C.; Mele, M.; Alonso, I.; Trenchs, V. & Luaces C. (2018). Parent experience in the resuscitation room: how do they feel? *European Journal of Pediatrics*, 177(12), 1859–62. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3236-5>
- Regulamento nº422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, nº133, Série II (12-07-2018), 19192–19194. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, nº26, Série II (06-02-2019), 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Stewart, S. (2019). Parents' Experience During a Child's Resuscitation: Getting Through It. *Journal of Pediatric Nursing*, 47, 58-67. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.04.019>
- Tanner, C. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

Apêndice VII

Reflexão e Sessão “Os Pais também cuidam em Neonatologia”

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Cuidados Sensíveis ao Trauma: Os pais também
cuidam em Neonatologia**

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

**Lisboa
Janeiro, 2024**

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Cuidados Sensíveis ao Trauma: Os pais também
cuidam em Neonatologia**

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

Docente:
Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques

Lisboa
Janeiro, 2024

INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Consiste numa síntese crítica e reflexiva sobre a prestação de cuidados sensíveis ao trauma ao recém-nascido prematuro e gravemente doente e sua família, com enfoque nas intervenções promotoras da vinculação e do processo de transição para a parentalidade.

Refletir sobre as experiências vivenciadas em contexto de estágio permitiu a construção de novo conhecimento e compreensão da prática, através da reconstrução do saber e transformação da experiência (Kolb, 1984; Tanner, 2006). Este exercício facilita o desenvolvimento profissional, competências e capacitação dos profissionais, com o intuito principal de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, focando-se numa prestação humanizada e holística.

As unidades de neonatologia são locais que despertam sentimentos e emoções contraditórias. Por um lado, é o local onde os recém-nascidos (RN) prematuros crescem e se desenvolvem, onde os pais se tornam pais, e tomam contacto com a experiência da parentalidade. Por outro lado, é também o local onde tomam consciência de que o bebé idealizado não corresponde ao bebé real, o que parece ter impacto na vinculação e na assunção do novo papel enquanto pais. São unidades onde a par da perícia, conhecimento e prática baseada na evidência, os enfermeiros prestam cuidados sensíveis ao trauma e centrados nas necessidades dos recém-nascidos e famílias (Coughlin, 2021), valorizando a proximidade, parceria e capacitação, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A parceria de cuidados, representada pela presença e envolvimento dos pais nos cuidados ao RN, deve ser o foco da prestação de cuidados sensíveis ao trauma ao RN e família. Capacitar os pais para que possam participar ativamente, não só na prestação, mas na tomada de decisão sobre os cuidados ao seu bebé, desenvolvendo e implementando um plano promotor da maximização da saúde e através de orientações antecipatórias inclui-se no escopo de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) (Regulamento n.º 422/2018). Neste sentido, a reflexão incidiu nas experiências relacionadas com a presença e envolvimento dos pais nos cuidados, parceria de cuidados e capacitação parental, com foco na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

REFLEXÃO

O nascimento de um bebé exprime o nascimento de um pai e uma mãe, constituindo-se como uma situação expectável no ciclo vital da família e das suas transições (Meleis, 2010). Inaugura-se uma nova etapa com enfoque na função parental (Relvas, 2004) com redefinição de papéis sociais, de identidade e funções (Cowan & Cowan, 1995). Ao tornar-se pai e mãe, a pessoa fica sujeita a fatores de *stress* que ativam as linhas de defesa do sistema família, *stressors* intrapessoais (nascimento do bebé), *stressors* interpessoais (transição para a parentalidade e vinculação) e *stressors* extrapessoais (pai como provedor da família) (Neuman & Fawcett, 2011). Os pais respondem a estes *stressors* de diversas formas e necessitam de suporte ao longo deste processo, pelo que os cuidados prestados devem ser holísticos, colaborativos e centrados nas necessidades da família.

Segundo Brazelton (2014) este processo inicia-se com a gravidez, o primeiro *touchpoint*, um momento de desorganização e vulnerabilidade durante a qual se constroem expectativas e se idealiza o bebé perfeito. Contudo, o sistema familiar pode sofrer alterações na sua natureza e funcionalidade quando as características iniciais do bebé não preencherem as expectativas parentais geradas durante a gravidez, se este nasce prematuro ou com uma patologia complexa que requer internamento numa unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN). O ambiente da UCIN é diferente do ambiente em que os pais esperavam estar a cuidar dos seus bebés, que seria um ambiente mais familiar e tranquilo, o que contribui para os sentimentos de separação dos pais (Treherne et al., 2017) e origina uma crise familiar (Mercer, 2004).

É fundamental que os enfermeiros tomem consciência de que “nenhum período de existência humana é mais crítico para o estabelecimento de bases de uma boa saúde, nem mais vulnerável a traumas e às ruturas, que os primeiros meses de vida.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, pp.79), com o internamento nas UCIN a contribuir para esta experiência potencialmente traumática.

Nesta lógica, torna-se importante relembrar que a separação da mãe e do bebé é a principal fonte de *stress* e trauma na UCIN (Coughlin, 2021; Treherne et al., 2017). Para o RN prematuro esta separação associada à negligência socio-emocional altera as estruturas cerebrais responsáveis pelo processamento do *stress* e das ameaças. Esta alteração provoca perda de flexibilidade na regulação emocional e resposta ao perigo, para além de estar

relacionada com perturbações neuropsiquiátricas na vida adulta, nomeadamente depressão e ansiedade (Coughlin, 2021). Do mesmo modo, a gestão inadequada da dor, o isolamento social, as respostas excessivas ao *stress*, a privação do sono e a privação nutricional constituem experiências traumáticas durante a hospitalização (APP, 2014; Coughlin, 2021; Goddard, Janicek & Etcher, 2022). Para os pais resulta em sofrimento, sentimentos de culpa, depressão, ansiedade e medo, sendo considerado uma fonte de *stress*, com impacto negativo no processo de vinculação e transição para a parentalidade (Brazelton, 1989; Ionio et al., 2016; Sousa & Curado, 2020). Jorge (2004) refere que “os pais sofrem no seu amor, mas também vivem a rutura do seu projeto, da sua ambição. A sua angústia ajusta-se muito a um sentimento de fracasso (...) sentem-se frustrados e culpabilizados.” (Jorge, 2004, pp. 20). Neste sentido, torna-se imperativo desenvolver intervenções centradas na família que visem a promoção de experiências positivas, otimizar o processo de transição para a parentalidade e contribuir para o crescimento e desenvolvimento harmonioso do RN e da família, diminuindo o impacto do internamento (Sousa & Curado, 2023).

Os enfermeiros, em especial os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), devem desenvolver intervenções que abarquem o respeito pela pessoa de forma holística valorizando as características biológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, que influenciam a sua resposta e a forma como ultrapassam as transições a que estão sujeitos (Regulamento n.º 422/2018). Para tal, e devido à intervenção decisiva que desempenham no neurodesenvolvimento e futuro do RN prematuro (Altimier, Kenner, & Damus, 2015; Kundakovic & Champagne, 2015), devem valorizar os cuidados antecipatórios, acompanhando os pais na compreensão do seu papel e responsabilidades (Rodrigo, 2010). A intervenção do EEESIP deve estar fundamentada e assente em referenciais teóricos e modelos, para que se traduza em cuidados de elevada qualidade (Regulamento n.º 140/2019). Por conseguinte, o cuidar na UCIN implica um conjunto de práticas e referenciais que promovam a vinculação e a transição para a parentalidade, reduzindo o impacto e o *stress* associados ao internamento.

Os Cuidados Centrados na Família (CCF) e no RN preconizam a dignidade e o respeito pelos mesmos, a partilha de informação necessária para a tomada de decisão partilhada e a colaboração, que permitem desenvolver habilidades e competências que se traduzem no nascimento de novos papéis e identidades (IPFCC, 2021). O enfermeiro que presta CCF atua reconhecendo o papel vital que as famílias desempenham na garantia da saúde e bem-estar dos RN, incluindo o suporte emocional, social e ao seu desenvolvimento, como componentes

integrais dos cuidados de saúde (Hockenberry, 2024). Nesta lógica, o EEESIP deve trabalhar “em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre” (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Os Cuidados Não Traumáticos (CNT) podem ser definidos como cuidados terapêuticos, prestados por profissionais de saúde, através de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experienciado pela criança/jovem e família. Baseiam-se em três princípios: prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, promover uma sensação de controlo, e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor (Hockenberry, 2024). Na mesma linha, surgem os cuidados sensíveis ao trauma, fundamentados numa abordagem que fomenta relações nutridas, seguras e significativas essenciais à reconstituição do bem-estar e da saúde (*healing*). Como abordagem compassiva requer o envolvimento de todos os profissionais, na qual se compreende a experiência vivida, promovendo a resiliência e evitando uma nova traumatização, reconhecendo o valor de todos na relação terapêutica (Guest, 2021; *National Child Traumatic Stress Network* (NCTSN), 2014).

Nesta lógica, Coughlin (2017) acrescenta que um ambiente seguro e sensível ao trauma, onde se desenvolvem os cuidados de enfermagem, resulta do estabelecimento de medidas apropriadas considerando o ambiente físico e outras dimensões especiais e estéticas. O ambiente da UCIN, com as suas características reconhecidas como hostis e agressivas para o RN prematuro, deve ser alvo destas medidas, que visam a proteção e promoção, bem como a prestação de cuidados promotores do neurodesenvolvimento (Altimier & Phillips, 2016).

Para responder às necessidades dos pais é essencial facilitar as condições de suporte emocional, tendo por base o Modelo do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2017). A promoção de um ambiente seguro e afetuoso, no qual os pais se sintam bem acolhidos, em que os cuidados são prestados com a atenção e a importância devida e com afeto, oferece a oportunidade para expressarem os seus receios, as suas dificuldades, exporem questões e partilharem histórias. Este ambiente contribui para a construção de uma relação terapêutica, alicerçada na confiança e partilha, onde pode ser possível encontrar algo positivo quando tudo à sua volta parece fugir ao seu controlo. A combinação destas intervenções demonstra o respeito pela dignidade humana e apoia o impacto socio-emocional da hospitalização, através da presença contínua da família, incentivando a vinculação e a transição para a parentalidade, no qual os pais encontram um sentido e tomam consciência da transição que estão a viver (Coughlin, 2021; Diogo, 2017; Terherne et al., 2017).

Recordo uma situação vivenciada aquando da chegada de um casal à unidade. Era o seu primeiro filho, A, prematuro de 32 semanas, que tinha nascido por parto eutócico por trabalho de parto espontâneo. Recebi-o apresentando-me pelo nome, categoria profissional e como estudante da especialidade, conforme a filosofia dos CCF, segundo a qual os indivíduos são merecedores de respeito e dignidade, o que inclui conhecer os elementos da equipa que cuida do seu filho. Aparentavam estar nervosos, expectantes, sem saber o que esperar. Referiram estar preocupados com A. Validei que o que estavam a sentir referindo que o internamento de um bebé numa unidade de neonatologia é uma situação difícil, que agrava quando é inesperado, sendo motivo de grande ansiedade, medo e *stress* (Ionio et al., 2017; Jorge, 2004). Em equipa com a enfermeira orientadora realizámos o acolhimento na unidade, acompanhando-os à incubadora onde se encontrava A, sob ventilação não invasiva e onde os fios e tubos pareciam sobrepor-se ao bebé. A mãe mostrou-se ainda mais ansiosa, com um olhar preocupado e assustado, de certa forma o seu filho estava sozinho, numa incubadora, rodeado de fios, alarmes, sons desconhecidos e luzes intensas. Partilhámos algumas informações sobre o estado do bebé, explicando a função dos tubos e respondendo às dúvidas e preocupações dos pais. Diogo (2019) refere que a informação fornecida deve ser sucinta, com frases curtas e claras, de forma a facilitar a compreensão pelos pais, num ambiente seguro e acolhedor.

O momento do acolhimento pode ditar o início da relação terapêutica com a equipa que cuida do RN, sendo nesse momento que se constroem os laços de confiança, se respeita o sentir do outro, se mostra disponibilidade e se escuta (Hesbeen, 2000). A forma como se procede ao acolhimento da família e a promoção de um ambiente afetuoso contribuem para a relação de confiança e segurança entre os pais e a equipa de saúde (Diogo, 2017). Com o propósito de tranquilizar os pais convidei-os a tocar no seu bebé. Mostraram-se apreensivos, com receio de o magoar. Dei-lhes tempo e disse que o poderiam fazer quando preparados, explicando os benefícios do toque e da contenção para o bebé. Shin & White-Traut (2007) referem que é essencial dar aos pais a opção de tocar no bebé e aceitar a sua resposta, pois, muitas vezes, o não querer tocar no bebé é uma estratégia para se protegerem do sofrimento que podem vir a sentir se o bebé falecer. Independentemente da situação, não deixa de ser fundamental que os pais tomem consciência do processo de transição que estão a iniciar, pelo que tocar no bebé permite viver a perceção de que ele é real e construir o processo de vinculação, facilitando as emoções e promovendo o desenvolver de uma relação que se quer estável e duradoura (Diogo, 2017). Brazelton (1992, pp. 10) afirma que "(...) a vinculação é

instintiva, mas não é instantânea nem automática. Deve ser encarada como um processo contínuo (...)"'. O nascimento prematuro e o internamento na neonatologia constituem experiências negativas para o RN e para os pais, podendo comprometer o desenvolvimento da vinculação e o processo de transição para a parentalidade (Coughlin, 2021).

Alguns fatores como a falta de privacidade, em especial durante a amamentação, o ambiente movimentado e barulhento, assim como a presença do RN numa incubadora, são descritos pelos pais como barreiras que dificultam a interação e o envolvimento com o bebé (Coughlin, 2021). Promover um ambiente acolhedor e de apoio que garanta um acesso consistente a informações fidedignas e recursos adequados podem ajudar a mitigar a angústia emocional dos pais (Coughlin, 2021; Diogo, 2019). Da mesma forma, incentivar desde cedo a proximidade dos pais ao bebé e minimizar a separação são a chave para a construção deste ambiente acolhedor e de apoio. Recordo o momento em que perguntei se a mãe queria pegar no P. Pareceu reticente, referiu ter receio de o magoar e que estava melhor dentro da incubadora. Expliquei em que consistia este método canguru, contacto pele-a-pele, e que benefícios trazia para ambos. Com o apoio do pai, a mãe de P acabou por superar o seu receio e ficou com P em canguru. O seu semblante mudou. Ficou embevecida e tudo à sua volta pareceu abrandar. Era o seu momento, o momento em que estavam os três reunidos, sem barreiras nem preocupações.

Greenspan (2007, pp. 21) refere que "as lições de relacionamento começam com a intimidade dos laços de um bebé com os pais", sendo necessário promover esta proximidade e vinculação o mais precocemente possível. Também Coughlin (2021) afirma que o contacto físico, contacto pele-a-pele, presença à cabeceira, o estarem juntos, a participação e envolvimento dos pais nos cuidados ao bebé podem ajudar a transcender a experiência traumática que é o internamento numa unidade de neonatologia. Desta forma, conclui-se que os bebés e crianças necessitam de cuidados sensíveis desde cedo, sendo que a troca de gestos afetivos e emocionais irá ajudá-las a compreender o mundo à sua volta, a formar as capacidades de segurança, confiança e empatia (Greenspan, 2007; Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Na mesma linha, Coughlin (2021) refere que o ambiente físico, psicossocial e clínico de uma UCIN são fontes de *stress* tóxico para o RN prematuro, nomeadamente a presença de luzes fortes, ruídos altos, a separação da mãe, a falta de apoio nas interações sociais, a prestação de cuidados por diversos profissionais, os procedimentos clínicos e as manipulações excessivas. A exposição ao *stress* tóxico nesta fase vulnerável e crítica do

neurodesenvolvimento tem implicações a longo prazo. A privação sensorial a estímulos positivos e o excesso de exposição a estímulos negativos parece induzir alterações sistémicas e fisiológicas, com consequências a curto e longo prazo para o bem-estar físico, emocional e social do bebé (Coughlin, 2021; Flaherty et al., 2019; Giotakos, 2020; Koball et al., 2021; Linnard-Palmer, 2019).

Desta forma, torna-se imperativo adequar o ambiente da UCIN às características e necessidades dos RN e família. Sabendo que a estrutura física, na maioria das vezes, não se adequa à presença de luz natural, natureza ou arte, essenciais ao efeito pretendido, temos que adaptar as intervenções à realidade. Assim, promover a utilização de luz natural sempre que possível, regular a luz artificial, minimizar a movimentação, o ruído e as manipulações, bem como promover o contacto físico, pele-a-pele dos pais com o bebé, e a sua participação e envolvimento nos cuidados, são intervenções que demonstraram ter impacto positivo no neurodesenvolvimento do RN a longo prazo (Pineda et al., 2018). A unidade onde foi realizado o estágio conta com luz natural em todas as salas de cuidados, privilegiando-se a sua utilização em detrimento da artificial, havendo uma preocupação em cobrir e proteger os olhos do RN aquando da utilização da luz artificial para a realização de procedimentos. A unidade conta ainda com pinturas simples e coloridas nas paredes tornando o ambiente mais acolhedor. Por vezes, as limitações de espaço e acomodação, as restrições às visitas e os alarmes contínuos, inibem as interações entre pais e bebés, contribuindo para sentimentos de separação, isolamento e medo (Coughlin, 2021; Treherne et al., 2017).

Promover a participação e envolvimento dos pais nos cuidados ao bebé permite minimizar o *stress* parental e os sentimentos atrás descritos, promovendo a vinculação e o processo de transição para a parentalidade (Sousa & Curado, 2023). Assim, torna-se necessário reunir condições para que os pais se sintam bem-vindos, confortáveis e integrados nos cuidados ao bebé. Na unidade de neonatologia em questão existe um cadeirão alocado a cada unidade do bebé de forma a promover o conforto dos pais e a presença dos pais ao longo do dia.

A prevenção da dor e *stress* do RN são essenciais na minimização da experiência traumática para os RN e para os pais (Coughlin, 2021; Fox, 2024). Para tal, foram identificadas intervenções que devem ser realizadas, em parceria com os pais, no sentido de minimizar a dor e o *stress* do RN. Destacam-se o contacto pele-a-pele, a contenção, *swaddle*, sucção não nutritiva, colostroterapia, a amamentação, utilização de sacarose, a música e a massagem (Coughlin, 2021; Perry et al., 2018; Riddell et al., 2023). Aquando da realização do rastreio

neonatal, pais de P estiveram presentes e colaboraram no procedimento. Embora inicialmente nervosos por intervenções que iriam provocar dor ao bebé, reconheceram a necessidade do procedimento, e foram partilhadas algumas estratégias para ajudar P naquele momento. A mãe colocou o bebé à mama, falou com voz suave, e o pai fez contenção, enquanto a enfermeira fazia a punção no calcâneo. P manteve-se tranquilo ao longo do procedimento e não manifestou sinais de *stress*. Os pais mostraram-se agradados com o comportamento de P e referiram ter ficado mais tranquilos.

Em paralelo, o *stress* parental deve ser um tema abordado. Sabe-se que o nascimento de um bebé prematuro e o seu internamento numa unidade de neonatologia são situações inesperadas, que não correspondem à expectativa construída durante a gravidez, e que, por esse motivo, resultam numa disrupção do processo de transição para a parentalidade e da vinculação (Brazelton, 1989; Brazelton, 2014; Coughlin, 2021; Diogo, 2017; Mercer, 2004; Terherne et al., 2017). O percurso dos pais ao longo do internamento é marcado por sentimentos ambivalentes, de tristeza, raiva, culpa, incerteza e *stress* (Ionio et al., 2016; Sousa & Curado, 2023). O *stress* parental interfere não só na forma como os pais se relacionam com o RN, mas também com as suas próprias relações e com a família, afetando o sistema familiar (Mercer, 2004). As experiências a longo do internamento podem impedi-los de se envolverem emocionalmente e, por menor que seja a duração da estadia, a separação da mãe à nascença interrompe as expectativas biológicas evolutivas de ligação e que são essenciais à co-regulação (Govindaswamy et al., 2019; Sousa & Curado, 2023). Desta forma, verifica-se a necessidade de minimizar os efeitos da separação causada pelo internamento em neonatologia, sendo o incentivo da presença parental e o seu envolvimento nos cuidados intervenções essenciais neste percurso (Coughlin, 2021; Riddell et al., 2023; Sousa & Curado, 2023). Brazelton (1992, p.13) refere que “a vinculação e a maternidade ou paternidade não são assuntos de simples cuidados, mas também processos de aprender a lidar com a raiva, a frustração, o desejo de se evadir deste papel e até o desejo de abandonar a criança” (p.13).

O EEESIP deve estar atento ao comportamento dos pais, saber lê-lo e interpretá-lo, perceber se necessitam de ajuda especializada, ouvir as suas preocupações e facilitar a expressão e gestão de emoções (Diogo, 2017; Regulamento n.º 422/2018). A prestação de cuidados fundamentada no modelo de cuidados sensíveis ao trauma torna-se uma mais valia, pois permite que os profissionais tomem consciência do impacto que as experiências traumáticas passadas e presentes podem ter na saúde, crescimento e desenvolvimento do RN, mas também fornece ferramentas para avaliar o *distress* parental, o suporte emocional e

familiar de que dispõem (NCTSN, 2014). Identificar que a tríade pode estar a passar por uma experiência traumática, reconhecer os sinais de que essa experiência está a ocorrer, através da avaliação do *distress*, responder a esses sinais e às necessidades da família, com recurso ao suporte emocional e aos recursos da família, e evitar uma nova traumatização são intervenções para as quais os EEESIP devem estar atentos e realizar (Forkey et al., 2021; Goddard, Janicek & Etcher, 2022; Guest, 2021).

Retomando o caso de A e o seu crescimento, verificou-se que os pais se sentiram mais competentes e capazes para cuidar dele. Um estudo refere que a autonomia foi considerada o elemento chave da perceção de proximidade pelos pais, uma vez que estes referiram sentir-se física e emocionalmente mais próximos quando podiam cuidar dos seus bebés e sentiam-se separados dos seus bebés quando a sua participação era restringida (Terherner et al., 2017). Os pais de A foram desde cedo envolvidos nos cuidados, procuraram estar e foram incentivados a estar sempre presentes, realizaram contacto pele-a-pele e deram colo, colaboraram efetuando contenção e promovendo a sucção não nutritiva com colostro e sacarose aquando da realização de procedimentos dolorosos, a mãe cantou músicas de embalar e o pai contou histórias. Assim, cresceram enquanto família, tornaram-se pais, adquiriram a mestria necessária para o cuidar e tornaram-se autónomos. No presente A evoluiu e encontra-se a desenvolver a aquisição de autonomia alimentar.

Ao longo do período de estágio foi notória a dificuldade de alguns pais em participarem nos cuidados ao RN. Em conversa informal com alguns deles foi possível apurar que não tinham compreendido de que modo poderiam colaborar e participar nos cuidados ao seu bebé. Referiram sentir que lhes era dada maior autonomia e incentivo por parte dos profissionais quando os bebés passavam para o berço e a alta se aproximava, contrariamente a quando os bebés ainda se encontravam em incubadora, sendo mais difícil participar. Deram como exemplo a mudança da fralda, dificultada pela presença de fios e tubos que não sabiam como manipular. Uma das mães referiu que as enfermeiras implementaram a chucha sem o seu consentimento, o que para si iria dificultar a amamentação, não tendo sido explicado o seu benefício para o RN. A prestação de cuidados centrados na criança e família, em parceria, valorizam a dignidade e o respeito pelo RN e família, traduzido pela partilha de informação necessária à tomada de decisão e a colaboração, que contribuem para o desenvolvimento de competências na aquisição de novos papéis e identidades (IPFCC, 2021).

Após reflexão com a enfermeira orientadora, foi identificada a necessidade de capacitar os pais dos RN internados e partilhar, de forma clara, informação e estratégias para poderem

participar ativamente nos cuidados ao bebé. Para tal, recorreu-se ao momento de partilha semanal denominado “À conversa com os Pais” para abordar a temática dos cuidados sensíveis ao trauma e promotores do neurodesenvolvimento do RN, e fornecer informação e estratégias para a sua participação nos cuidados ao seu filho. Esta sessão, intitulada “Os Pais também cuidam em Neonatologia” (Apêndice I), teve como objetivo principal capacitar os pais dos RN internados para a prestação de cuidados ao filho, e assim, contribuir para a promoção da vinculação e processo de transição para a parentalidade. Uma vez que a maioria dos pais dos RN internados atualmente são de origem estrangeira, falando predominantemente inglês, a sessão foi planeada em formato bilingue para que todos pudessem participar.

A divulgação foi realizada num quadro da unidade disponível para o efeito, com tema, data e hora da sessão, assim como convidados todos os pais presentes na unidade de forma individual. Demonstraram disponibilidade e compareceram na sessão quatro pais e uma estudante da licenciatura em enfermagem. A sessão foi realizada em português, por ser a língua predominante dos pais que participaram, tendo sido um momento de partilha de conhecimentos, saberes e experiências. Após a apresentação da parte expositiva houve lugar para partilha de experiências relativamente ao internamento dos RN na neonatologia, mas também de situações anteriores com outros filhos. Os pais consideraram a sessão importante, em especial a mãe de um dos RN em cuidados intensivos, referindo sentirem-se mais confiantes para participarem nos cuidados, nomeadamente aquando da realização de procedimentos dolorosos. A sessão foi posteriormente apresentada à equipa de enfermagem presente no dia em questão para que se mantenha a continuidade na transmissão de informação aos pais.

Esta atividade contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEESIP, nomeadamente facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (E1.2.8.), promover a adaptação da família à doença crónica, deficiência e incapacidade (E2.5.), promover a vinculação de forma sistemática com o RN doente (E3.2.), recorrendo a estratégias para promover o contacto físico com o RN, promovendo a amamentação e negociando o envolvimento dos pais nos cuidados, assim como contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (B) (Regulamento n.º 422/2018; Regulamento n.º 140/2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nascimento de um RNP e o seu internamento numa unidade de neonatologia resulta numa disrupção da expectativa contruída durante a gravidez, com impacto na transição para a parentalidade e função parental.

Um dos focos de intervenção do EEESIP assenta na prestação de cuidados segundo uma abordagem sensível ao trauma, com promoção de um ambiente acolhedor, seguro e afetuoso, minimizando os fatores de *stress* e prevenindo o trauma, de forma a proteger e promover o neurodesenvolvimento do RN, a vinculação e o processo de transição para a parentalidade.

A prática demonstrou que incentivar a presença parental e o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao bebé tem impacto positivo não só para o neurodesenvolvimento e saúde do RNP, mas também na vinculação e processo de transição para a parentalidade.

Cuidar de RN prematuros e suas famílias requer ajudá-los a viver como um todo, a ultrapassar a doença, a crise e o trauma, para que possam sobreviver, crescer e desenvolver-se em conjunto. Este cuidar requer uma conexão verdadeira com o RN e família, estar autenticamente presente. É um cuidar guiado pela presença, conhecimento e transformação da experiência do cuidado, passando do “fazer a” para o “ser com” (Coughlin, 2021; Watson, 2021).

Ter pais autónomos, competentes e confiantes nos cuidados aos seus filhos, detentores de mestria, com uma vinculação segura e um processo de transição positivo e enriquecedor para a parentalidade, deverá ser sempre o objetivo principal a prosseguir para a melhoria das práticas em neonatologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., Kenner, C., & Damus, K. (2015). The Wee Care Neuroprotective NICU Program (Wee Care): The Effect of a Comprehensive Developmental Care Training Program on Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care of Premature Neonates. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 15(1), 6–16. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.01.006>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Familycentered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Brazelton, T. B. (1989). *A Relação Mais Precoce*. Terramar.
- Brazelton, T. B. (1992). *Tornar-se família: o crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Terramar.
- Brazelton, T. B. (2014). Building Happiness Through Touchpoints. In *Valuing Baby and Family Passion Towards a Science of Happiness* (pp. 16–29). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian de Lisboa.
- Coughlin, M. (2017). Trauma Informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *Infant*, 13(5), 176–179. https://www.infantjournal.co.uk/journal_article.html?id=6972
- Coughlin, M. (2021). *Transformative Nursing in the NICU: Trauma-Informed, Age Appropriate Care*. (2nd ed). Springer Publishing.
- Cowan, C. & Cowan, P. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood: why they are needed and what they can do. *Family Relations*, 44, 412–423. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/275821417>

- Diogo, P. (2017). Relação terapêutica e emoções: envolvimento versus distanciamento emocional dos enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 21(1), 20-30. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v21i1.132>
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª ed revista). DOI:10.13140/RG.2.2.16091.31528
- Flaherty, E.; Thompson, R.; Litrownik, A.; Zolotor, A.; Dubowitz, H.; Runyan, D.; English, D. & Everson, M. (2009). Adverse Childhood Exposures and Reported Child Health at Age 12. *Academic Pediatrics*, 9(3), 150-156. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2008.11.003>
- Forkey, H.; Szilagyi, M.; Kelly, E.; Duffee, J. (2021). Trauma Informed Care. *Pediatrics*, 148(2), e2021052580. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052580>
- Fox, J. (2024). Family Centered Care of the Child during Illness and Hospitalization. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.648-667).
- Giotakos, O. (2020). Neurobiology of emotional trauma. *Psychiatriki*, 31(2), 162-171. doi: 10.22365/jpsych.2020.312.162.
- Goddard, A.; Janicek, E. & Etcher, L. (2022). Trauma Informed Care for the Pediatric Nurse. *Journal of Pediatric Nursing*, 62, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.003>
- Govindaswamy, P.; Laing, S.; Waters, D.; Walker, K.; Spence, K. & Badawi, N. (2019). Needs and stressors of parents of term and near-term infants in the NICU: A systematic review with best practice guidelines. *Early Human Development*, 139, 104839. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104839>
- Greenspan, S. (2007). *A criança e o seu desenvolvimento*. Editorial Presença.
- Guest, H. (2021). A concept analysis of trauma-informed care. *Nursing Forum*, 56(4), 1000-1007. <https://doi.org/10.1111/nuf.12626>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência – Ed. Técnicas e Científicas, Lda.

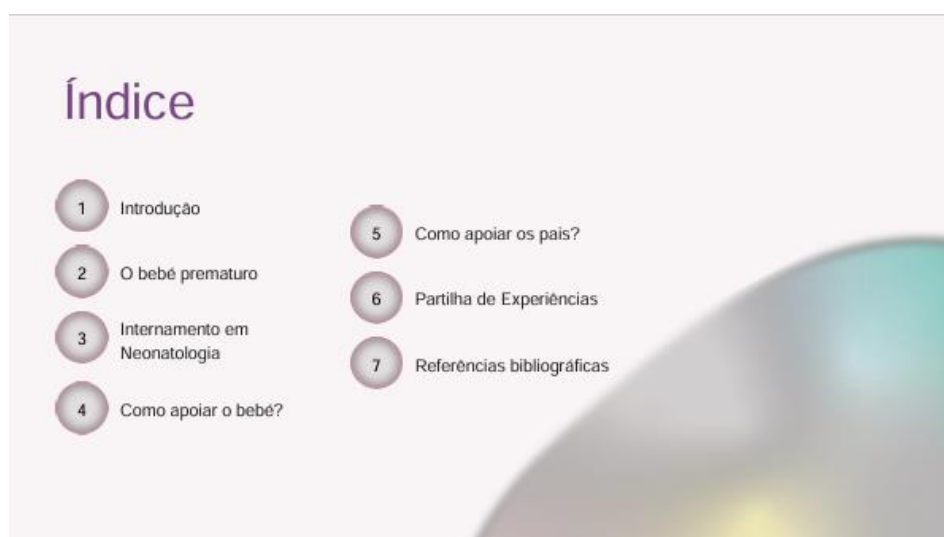
- Hockenberry, M. (2024). Perspectives of Pediatric Nursing. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.1-13).
- Institute for Patient and Family Centered Care (2021). *Patient and Family Centered Care*. <https://ipfcc.org/about/pfcc.html>
- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. *Europe's Journal of Psychology*, 12(4), 604–621. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093>
- Ionio, C., Lista, G., Mascheroni, E., Olivari, M. G., Confalonieri, E., Mastrangelo, M., ... Scelsa, B. (2017). Premature birth: complexities and difficulties in building the mother– child relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(5), 509–523. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1383977>
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança (Re)pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Koball, A.; Domoff, S.; Klevan, J.; Olson-Dorff; Borgert, A. & Rasmussen, C. (2021). The impact of adverse childhood experiences on healthcare utilization in children. *Child Abuse and Neglect*, 111:104797. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104797>
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Kundakovic, M., & Champagne, F. A. (2015). Early-life experience, Epigenetics, and the developing brain. *Neuropsychopharmacology*, <https://doi.org/10.1038/npp.2014.140>
- Linnard-Palmer, L. (2019). Caring for Families Under Stress. In Linnard-Palmer, L. *Pediatric Nursing Care: A concept-based approach* (pp.155-162). Jones & Bartlett Learning.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York. https://doi.org/10.1300/J018v25n03_05
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>

- National Child Traumatic Stress Network. (2014). *Pediatric Medical Traumatic Stress: A Comprehensive Guide*
https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//pediatric_toolkit_for_health_care_providers.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume 1. *Cadernos OE*, 1(3).
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Perry, M.; Tan, Z.; Chen, J.; Weidig, T.; Xu, W. & Cong, X. (2018). Neonatal Pain: Perceptions and Current Practice. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 30(4), 549-561.
<https://doi.org/10.1016/j.cnc.2018.07.013>
- Pineda, R.; Bender, J.; Hall, B.; Shabosky, L.; Annecca, A. & Smith, J. (2018). Parent participation in the neonatal intensive care unit: predictors and relationships to neurobehaviour and developmental outcomes. *Early Human Development*, 117, 32-38.
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.12.008>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, nº133, Série II (12-07-2018), 19192–19194. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, nº26, Série II (06-02-2019), 4744-4750.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Relvas, A. (2004). *O ciclo vital da Família: perspetiva sistémica* (3ªed). Porto: Edições Afrontamento.

- Rodrigo, M. (2010). Promoting positive parenting in Europe: New challenges for the European society for developmental psychology. *European Journal of Developmental Psychology*, 7(3), 281–294. <https://doi.org/10.1080/17405621003780200>
- Riddell, R.; Bucsea, O.; Shiff, I.; Chow, C.; Gennis, H.; Badovinac, S.; DiLorenzo-Klas, M.; Racine, N.; Kohut, S.; Lisi, D.; Turcotte, K.; Stevens, B. & Uman, L. (2023). Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD006275. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006275.pub4>
- Shin, H., & White-Traut, R. (2007). The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 58(1), 90–98. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04194.x>
- Sousa, F. & Curado, M. (2020). Avaliação do Stress Parental na Unidade de Neonatologia: Revisão Scoping. *Pensar Enfermagem*, 24(2), 65–86. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v24i2.174>
- Sousa, F. & Curado, M. (2023). Parental stress in the neonatology unit - The influence of hospital stay length and neonatal unit differentiation. *Journal of Neonatal Nursing*, 29(3), 506–510. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.08.009>
- Tanner, C. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Terherne, S.; Feeley, N.; Charbonneau, L; Axelin, A. (2017). Parents' Perspectives of Closeness and Separation With Their Preterm Infants in the NICU. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 46(5), 737–747. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.07.005>
- Watson, J. (2021). *Caring Science as Sacred Science Revised Edition*. Watson Caring Science Institute.

APÊNDICE I

Sessão “Os Pais também Cuidam em Neonatologia”



O bebê Prematuro



Frágil



Cuidados Especializados

Internamento em Neonatologia



- Situação de *Stress*
- Temporária mas prolongado
- Experiências positivas vs experiências negativas

Como ajudar o bebê?

Minimizar estímulos ambientais



Reduzir Luz

Tirar fotos sem flash;
Não colocar luz direta sobre os
olhos do bebê



Reduzir Som

Falar baixinho;
Reduzir o som do telemóvel;
Fechar as portas da
incubadora com cuidado



Olfato

Evitar perfumes com odor
forte; Evitar odor a tabaco;
Fornecer ao bebê "fraldas" com
cheiro da mãe

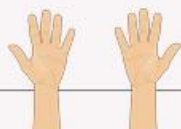
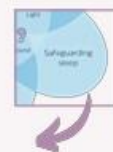


Paladar

Leite materno

Como ajudar o bebé?

Promoção do Sono



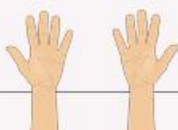
Manipulação Mínima
Respeitar os sinais do bebé
(se está desperto/dormir)



Contacto pele-a-pele
Método Canguru

Como ajudar o bebé?

Controlo da dor e desconforto



Manipulação/Contenção
Manipulações agrupadas
Contenção/Toque terapêutico



Sucção Não Nutritiva
Colostroterapia
Sacarose



Suporte Emocional
Conversar com voz suave
Cantar ou ler histórias

Como ajudar o bebé?

Otimizar a alimentação



Sucção não nutritiva
Colostroterapia
Sacarose



Alimentação
Amamentação
Dar o biberon

Como ajudar o bebé?

Parceria com a família



Suporte Emocional



Esclarecimento de dúvidas



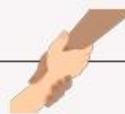
Participação e envolvimento
nos cuidados



E para os Pais?



Distress



Suporte Emocional



Família

Partilha de Experiências



Recursos disponíveis

<https://aped-dor.org/images/diversos/documentos/comfy.pdf>



https://aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf

Referências Bibliográficas

- Altier, L., Kenner, C., & Damus, K. (2015). The Wee Care Neuroprotective NICU Program (Wee Care): The Effect of a Comprehensive Developmental Care Training Program on Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care of Premature Neonates. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 15(1), 6–16. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.01.006>
- Altier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Familycentered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- American Academy of Pediatrics. (2014). The Medical Home Approach to Identifying and Responding to Exposure to Trauma. American Academy of Pediatrics. Disponível em: <https://www.aap.org/traumaguide>
- Coughlin, M. (2021). *Transformative Nursing in the NICU: Trauma-Informed, Age-Appropriate Care*. (2nd ed). Springer Publishing.
- Coughlin, M. (2017). Trauma Informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *Infant*, 13(5), 176–179.
- Forkey, H.; Szilagyi, M.; Kelly, E.; Duffee, J. (2021). Trauma Informed Care. *Pediatrics*, 148(2), e2021052580. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052580>
- Goddard, A.; Janicek, E. & Etcher, L. (2022). Trauma Informed Care for the Pediatric Nurse. *Journal of Pediatric Nursing*, 62, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.003>
- Hockenberry, M. J., Barrera, P., (2014). Perspectivas de enfermagem pediátrica. In M. J. Hockenberry & D. Wilson. Wong's, *Enfermagem da criança e do adolescente*, 9ª edição. Volume 1, (pp.1-20) Loures: Lusociência
- Institute for Patient and Family Centered Care (2020). Patient and Family Centered Care. <https://ipfcc.org/about/ipfcc.html>
- National Child Traumatic Stress Network. (2014). Pediatric Medical Traumatic Stress: A Comprehensive Guide. https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/pediatric_toolkit_for_health_care_providers.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA's-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884>
- World Health Organization (OMS). (2022). WHO recommendations for care of the preterm or low birth weight infant. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/item/9789240058262>

Apêndice VIII

Estudo de Caso "Cuidar de Criança com Doença Inflamatória
Intestinal"

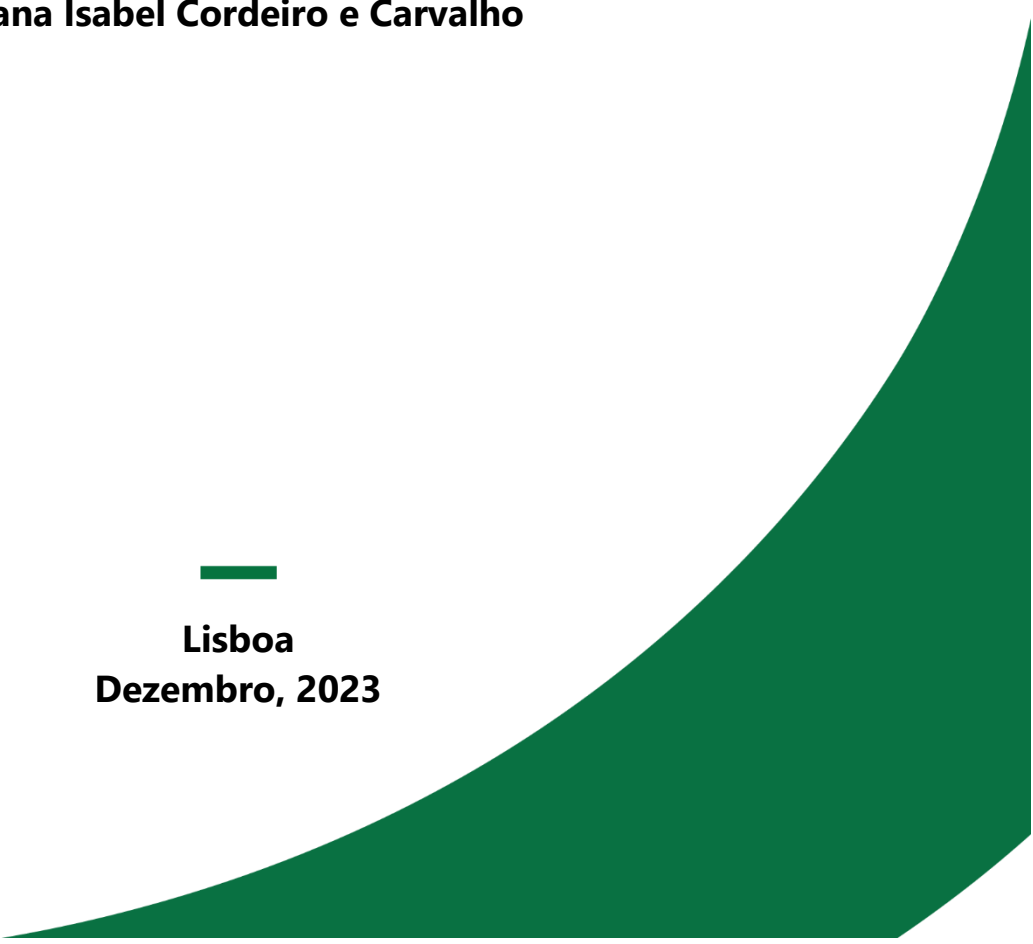
**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Estudo de Caso: Cuidar da Criança com Doença
Inflamatória Intestinal**

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

**Lisboa
Dezembro, 2023**

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

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estudo de Caso: Cuidar da Criança com Doença Inflamatória Intestinal

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

Docentes:

Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques

**Lisboa
Dezembro, 2023**

ÍNDICE

Índice	4
Introdução	5
Método	8
1. Identificação	9
2. Caracterização da etiologia e patologia.....	9
3. História de enfermagem	11
3.1. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL.....	11
3.2. APRECIÇÃO DO DESENVOLVIMENTO GLOBAL	11
3.3. ANTECEDENTES PESSOAIS	12
4. Avaliação da família.....	13
5. Avaliação inicial segundo necessidades humanas básicas e linguagem cipe®	13
6. Avaliação segundo modelo dos sistemas de betty neuman e protocolo def.....	16
7. Plano de Cuidados	19
Discussão	20
Conclusão	22
Referências Bibliográficas	23

INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso é apresentado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, em particular no contexto de estágio Internamento de Pediatria, inserida no I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A hospitalização, principalmente em crianças nos primeiros anos de vida, pode traduzir-se numa experiência negativa e possivelmente traumática por alteração das suas rotinas diárias e ambiente de conforto e segurança, agravando com a reduzida capacidade de resiliência e gestão de fatores de *stress* como a separação dos pais, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor (Diogo, 2015; Fox, 2024; Hockenberry, 2024).

Embora o momento de admissão e o decorrer do internamento sejam consideradas as situações de maior *stress* e ansiedade, com a criança e família a reagir à disrupção da dinâmica familiar e aos *stressors* do internamento (Fox, 2024; Hockenberry, 2024), também a transição para o domicílio após alta hospitalar pode transformar-se numa dessas situações (National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), 2014). A par das alterações fisiológicas, também o comportamento das crianças pode sofrer alterações quando expostas a situações de stress e potencialmente traumáticas. Destacam-se alterações a nível do padrão alimentar, vesical/intestinal e do sono, mas também do comportamento e relação como irritabilidade, choro inconsolável ou gritos, regressões do desenvolvimento, dificuldade de concentração, baixa frustração, dependência excessiva com aumento do contacto físico, sentimentos de desconfiança e descrença, absentismo, falta de interesse nas atividades, entre outros (Fox, 2024; Goddard, Janicek & Etcher, 2022). Assim, torna-se essencial capacitar os pais e cuidadores no sentido de melhor responder e gerir as necessidades das crianças e jovens, não só durante o internamento, mas também no domicílio.

A questão agrava-se quando se cuida de uma criança com uma condição crónica, em que os internamentos são recorrentes e necessários para garantir a sua saúde e bem-estar. Embora estas crianças apresentem maior resiliência quando expostas a situações geradoras de *stress* ou potencialmente traumáticas, com fortes fatores de proteção e estratégias de *coping* bem definidas, mantém a sua vulnerabilidade. A exposição contínua a situações geradoras de *stress* e experiências traumáticas na infância estão relacionadas com resultados negativos em saúde na adolescência e vida adulta (Felliti et al., 1998; Flaherty et al., 2009). A libertação excessiva e contínua de cortisol nas situações de *stress*, que quando em excesso, resulta em

alterações a nível emocional e cognitivo, nas funções executiva, afetiva e somatossensorial, atenção e memória, podem também resultar em alterações a nível genético (Flaherty et al., 2019; Giotakos, 2020; Koball et al., 2021).

É no ambiente onde vivem e com o qual contactam que a criança e família crescem e se desenvolvem. Logo, os fatores presentes neste ambiente vão influenciar positiva ou negativamente este crescimento e desenvolvimento, conforme nos dizem Garrido e Boavida (2003, pp. 48) “os fatores ambientais podem claramente influenciar a saúde da criança, quer de forma negativa (...) quer de forma positiva (...)”. Refletindo sobre a evolução e história de Enfermagem, relembro Florence Nightingale e a sua valorização do ambiente como fator promotor da saúde, e a sua gestão de modo a permitir as melhores condições para que a natureza exercesse a sua cura (Pokorny, 2018).

Mais recentemente, Neuman (2011) reforça a ideia de que o indivíduo se encontra em interação constante com o ambiente que o rodeia, idealmente em homeostasia, identificando fatores (*stressors*) que influenciam esta relação. Os *stressors* são de diferentes naturezas (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) e influenciam a homeostasia do sistema, isto é, têm o poder de penetrar as linhas de defesa e resistência do indivíduo, afetando a sua saúde e bem-estar (McDowel, 2011). Este impacto no sistema vai depender não só da intensidade do *stressor*, mas também da capacidade do indivíduo para o gerir (fatores protetores), da relação entre as suas variáveis fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual (Neuman, 2011).

Neste sentido, a principal preocupação do enfermeiro deve ser manter a estabilidade do sistema através da avaliação dos efeitos ou possíveis efeitos dos *stressors* e assistir o indivíduo para que este alcance o completo bem-estar. Para tal, as intervenções de enfermagem ocorrem em três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), no sentido de reter, atingir e manter um estado ótimo de bem-estar (Neuman, 2011). Em Enfermagem pediátrica, o enfermeiro deve assistir a criança e sua família na retenção, obtenção e manutenção da estabilidade do sistema, que se resume ao seu completo bem-estar, adotando a prestação de cuidados holísticos centrados na família, responsivos às suas necessidades individuais, reconhecendo o potencial traumático que acarretam, assim como o fornecimento de orientações e cuidados antecipatórios e culturalmente competentes (McDowel, 2011; Hockenberry, 2024; Ordem dos Enfermeiros, 2017). Para que esta intervenção especializada se traduza em cuidados de qualidade é fundamental que se compreenda o processo de saúde-

doença da criança e família de forma global e integrada, o que promove a análise da situação e das necessidades e favorece a tomada de decisão do enfermeiro.

A tomada de decisão do enfermeiro, com especial relevo a do enfermeiro especialista, deve assentar na evidência científica, na sua perícia e prática, e na relação terapêutica que estabelece com a pessoa de quem cuida (Lasater, 2011; Tanner, 2006). Ademais, deve orientar-se por princípios sustentados em investigação e seus resultados (Ordem dos Enfermeiros, 2017; Regulamento n.º 140/2019), uma vez que “...a pesquisa em enfermagem é sobre pessoas reais com problemas reais, e os estudos desses problemas oferecem oportunidades para solucioná-los ou tratá-los por meio de melhorias no cuidado de enfermagem” (Polit & Beck, 2019, pp.2), ou seja, os fenómenos devem ser analisados através de instrumentos que facilitem a avaliação das respostas e das necessidades das pessoas (Polit & Beck, 2019).

Desta forma, a elaboração do presente estudo de caso pretende constituir um instrumento de reflexão e análise das respostas e necessidades identificadas nas crianças e famílias, mobilizando conhecimentos específicos de enfermagem de saúde infantil e pediátrica relativas ao processo de planeamento de cuidados globais e personalizados. O mesmo incide numa criança de 11 anos com suspeita de diagnóstico de doença inflamatória intestinal, que se confirma, e no acompanhamento do diagnóstico e transição para a condição crónica.

MÉTODO

Os estudos de caso são estudos aplicados na prática de cuidados de enfermagem com o objetivo de “analisar ou descrever uma situação particular, identificar problemas em determinados campos, observar mudanças e explorar causas” (Galdeano, Rossi & Zago, 2003, pp.372), possibilitando um estudo aprofundado dos problemas e necessidades do indivíduo, de uma família ou comunidade, fornecendo dados que permitem ao enfermeiro identificar a intervenção que melhor soluciona ou reverte os problemas identificados (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

Assim, o objetivo do presente estudo de caso consiste em analisar, identificar e refletir sobre os *stressors* que afetam a criança e família durante o seu internamento no serviço de pediatria. Visa também a promover a aquisição e mobilização de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, com enfoque no cuidado à criança e família em situações de especial complexidade e à forma como responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.

Tornou-se necessário proceder a pesquisa bibliográfica sobre a patologia de R, realizar uma pequena entrevista exploratória à mãe de R. sobre os *stressors* que mais contribuíram para o desequilíbrio do sistema familiar e consulta do processo clínico de R. A estrutura do estudo de caso baseia-se no Modelo dos Sistemas de Betty Neuman e inclui a identificação da criança e família, caracterização da etiologia e patologia, a história de enfermagem, avaliação física, tratamentos realizados, plano de cuidados, discussão de resultados e conclusão. Foram utilizadas as normas da *American Psychological Association* 7th ed. e as indicações da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa para a elaboração de trabalhos científicos.

1. IDENTIFICAÇÃO

R é uma criança de 11 anos, caucasiana, do sexo masculino, estudante e filho único. O seu agregado familiar é composto pelo pai e pela mãe, residem em Abrantes. Os pais referem ser uma criança habitualmente saudável, e negam antecedentes pessoais ou familiares relevantes para a situação atual.

2. CARATERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOLOGIA

A doença inflamatória intestinal (DII) consiste numa condição crónica, de etiologia multifatorial que agrega duas patologias: a colite ulcerosa (CU) e a doença de crohn (DC), sendo comum surgir durante a adolescência ou em jovens adultos (Oliveira & Monteiro, 2017), com cerca de 20% a 30% dos diagnósticos ocorrem na infância ou adolescência (Fuller, 2019).

A DII é maioritariamente diagnosticada na população caucasiana e sua incidência varia com a localização geográfica e o desenvolvimento industrial, sendo mais comum na Europa, América do Norte, China, Coreia do Sul, Japão, Índia e Austrália (Jarmakiewicz-Czaja, et al., 2022). A incidência tem vindo a aumentar nos países desenvolvidos e em crianças (Kelsen, Russo & Sullivan, 2024).

A causa exata da DII é desconhecida, no entanto pensa-se que se desenvolve em indivíduos com predisposição genética e que experienciam determinados fatores ambientais que alteram o seu microbiota intestinal e a resposta imunológica (Singh & Bernstein, 2022). Por este motivo, um dos desafios mais importantes na investigação da DII é determinar a relação entre os fatores genéticos, imunitários e a microbiota intestinal, que por sua vez influenciada fatores ambientais específicos, e que em conjunto causam inflamação intestinal crónica (Jarmakiewicz-Czaja, et al., 2022).

Os fatores ambientais que parecem contribuir para o aumento da incidência de DII são o estilo de vida e a higiene, com aumento da utilização de antibióticos e diminuição da exposição a parasitas e outras infeções, alterações na dieta e hábitos alimentares, com aumento do consumo de alimentos ricos em emulsionantes e surfactantes que alteram a microbiota intestinal, a exposição a tabaco ou drogas e a realização de cirurgias (Kelsen, Russo & Sullivan, 2024; Singh & Bernstein, 2022).

A apresentação da DII é mais agressiva na infância, com 90% das crianças a apresentar pancolite comparativamente aos 37% em adultos, existindo o risco de 34% das crianças necessitar de cirurgia (Fuller, 2019). Os sinais e sintomas mais comuns incluem dor abdominal, diarreia, hematoquézia, anemia, mas também perda de peso, anorexia, atraso no crescimento e puberdade, dores nas articulações, alterações cutâneas, depressão e ansiedade (Fuller, 2019; Triggs & Gilbert, 2024).

Como referido anteriormente, a DII engloba a DC e CU, ambas resultantes de processos inflamatórios a nível intestinal. A DC resulta de uma inflamação pleomórfica transmural com formação de abscessos e fístulas que podem ocorrer ao longo de todo o trato intestinal, incluindo região perianal, enquanto a CU resulta de uma inflamação neutrófilica que se encontra circunscrita ao colón (Kelsen, Russo & Sullivan, 2024; Triggs & Gilbert, 2024). Também parece ser comum surgirem respostas extraintestinais e respostas inflamatórias sistémicas (Triggs & Gilbert, 2024).

O tratamento varia consoante a apresentação da doença. A gestão terapêutica da DII passa pela alimentação entérica exclusiva, terapêutica biológica, imunomoduladores e esteroides, dependendo da situação clínica e das especificidades de cada indivíduo (Fuller, 2019).

A história natural da doença continua a ser imprevisível e caracterizada por surtos/crises que podem afetar seriamente o funcionamento físico e social das crianças (Triggs & Gilbert, 2024), sendo considerada uma condição crónica. Desta forma, a gestão terapêutica passa por controlar o processo inflamatório e minimizar sintomas, com o intuito de obter uma remissão a longo prazo, promover o crescimento e desenvolvimento saudáveis e permitir um estilo de vida o mais normal possível (Triggs & Gilbert, 2024). Torna-se fundamental promover o equilíbrio dos fatores ambientais a que a criança se encontra exposta, nomeadamente a alimentação, exposição a antibióticos, drogas ou tabaco, assim como promover o exercício físico quando possível (Kelsen, Russo & Sullivan, 2024; Triggs & Gilbert, 2024).

O suporte emocional à criança e família ganha especial relevância, uma vez que se trata de uma condição com impacto a nível físico, psicossocial, emocional e escolar. Para além de ser necessário estar atento a sinais de *distress*, depressão ou ansiedade, o enfermeiro deve ajudar a criança a gerir problemas associados, como o atraso no crescimento, atraso na maturação sexual, restrições alimentares, sentirem-se "diferentes", dificuldade em competir/relacionar-se com os pares ou a ausência da escola em períodos de agudização da doença (Triggs & Gilbert, 2024).

3. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

3.1. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

Há cerca de 3 meses inicia um quadro de dor abdominal, tipo cólica, predominantemente localizada nos quadrantes inferiores, com alívio após dejeção e agravamento com ingesta alimentar, que cede parcialmente ao paracetamol, acompanhado de dejeções diarreicas intermitentes (máximo 1-3 por dia), assim como emagrecimento de 19kg no último ano. Recorreu inicialmente ao serviço de urgência do hospital da área de residência, onde ficou internado por suspeita de apendicite aguda, que não se confirmou. Por agravamento da dor abdominal com duração de 5 dias recorre novamente ao serviço de urgência do hospital da área de residência, tendo sido transferido para a unidade de gastroenterologia do hospital onde se realizou o estágio por suspeita de doença inflamatória intestinal.

Para confirmação do diagnóstico realizou várias avaliações analíticas e exames complementares de diagnóstico, nomeadamente endoscopia alta e baixa e colonoscopia, cujos resultados confirmaram a suspeita de doença inflamatória intestinal inespecífica.

O plano terapêutico passou pela adaptação da dieta, pobre em resíduos e sem lactose, suplementação entérica com fresubin® e fortimel®, bem como terapêutica de indução com corticoides.

3.2. APRECIÇÃO DO DESENVOLVIMENTO GLOBAL

As crianças e adolescentes com diagnóstico de doença inflamatória intestinal podem ter dificuldade na adaptação à condição crónica e na gestão dos sintomas, podendo apresentar sintomas depressivos, estigma em relação à doença e insegurança na imagem corporal, culminando na diminuição do sentimento de pertença e isolamento social (Roberts et al., 2022; Triggs & Gilbert, 2024).

Embora R se encontre numa fase inicial do diagnóstico, tornou-se claro o impacto que esta condição teve no seu quotidiano. Para além da dor abdominal, alterações gastrointestinais e do padrão alimentar, R deixou de conseguir realizar atividade física, nomeadamente jogar futebol que tanto gostava. A mãe refere que acabou por se isolar dos amigos e que sofreu de *bullying*.

Ao longo dos contactos que tive com R foi possível apreciar a sua condição cognitiva, psicológica e emocional. Embora estivesse maioritariamente calmo, mostrou-se pouco comunicativo e sem interesse na nossa abordagem, tendo sido possível identificar sentimentos de revolta relativamente à doença e ao internamento, sem interesse na nossa atuação, que se traduziam numa postura e comportamento agressivos, principalmente a nível verbal e direcionados aos pais.

R apresentou pouca disponibilidade para a interação pelo que a comunicação acabou por ocorrer maioritariamente com os pais. Por ser um diagnóstico que ocorreu neste internamento, os pais referiram não ter conhecimento sobre a doença, o seu tratamento e prognóstico, partilharam a sua experiência até ao momento, as suas dúvidas e preocupações, e aceitaram colaborar na colheita de dados para o presente estudo de caso. Foi possível esclarecer algumas das questões apresentadas, referir os recursos disponíveis e desenvolver, em parceria, algumas estratégias não farmacológicas e de *coping* para controlo da dor e ansiedade de R. Para além disso, com base no modelo dos cuidados sensíveis ao trauma foi possível capacitar a mãe de R com algumas estratégias e intervenções para ajudar o filho durante e após o internamento.

R frequenta o 7º ano de escolaridade e segundo os pais sempre foi “bom aluno”. Referiram que o último ano foi mais difícil devido aos episódios de dor abdominal e alterações gastrointestinais de R, que influenciaram não só a sua assiduidade, mas também interesse na escola e nos amigos. R referiu deixar de conseguir jogar futebol e participar nas atividades sociais com os amigos, ter dores constantes e não ter energia para os acompanhar, levando à sua retração e isolamento. A mãe acrescentou que a acentuada perda de peso contribuiu para esta situação. Alguns autores associam estes comportamentos a crianças/jovens com condições crónicas, referindo que os jovens que apresentam maior perceção de estigma da doença inflamatória intestinal têm maior probabilidade de sentir aumento da insatisfação com a imagem corporal, originando sentimentos de isolamento social e sintomas depressivos (Roberts et al., 2022).

3.3. ANTECEDENTES PESSOAIS

- Doenças prévias: rinite alérgica e dermatite atópica.
- Internamentos prévios: bronquiolite no 1º mês de vida, suspeita de apendicite em outubro

- Desenvolvimento estatura ponderal: adequado, no percentil 50-75 de peso e estatura, com cruzamento do percentil de peso nos últimos meses, atualmente no percentil 10 para a idade. Peso habitual 47kg, peso atual 27,9kg.
- Desenvolvimento Psicomotor: bom desenvolvimento, adequado à idade. Frequenta o 7º ano de escolaridade.
- Plano Nacional de Vacinação atualizado, sem vacinas extra-plano.
- Terapêutica habitual: montelucaste 10mg 1x/dia (sanzonal. durante a primavera).

4. APRECIÇÃO DA FAMÍLIA

O R é uma criança de 11 anos, filho único, que vive com os pais em Abrantes. A mãe encontra-se atualmente desempregada, tendo sido operária fabril, e o pai é motorista de pesados. Assim, ao longo do internamento R encontrou-se sempre na companhia da mãe, uma vez que o pai fica algum tempo ausente devido ao emprego.

Atualmente, no paradigma da transformação defende-se a premissa de um cuidado de enfermagem holístico, tendo em conta não só as necessidades da criança, mas também o enfoque na família. Neste caso, a mãe de R foi essencial no apoio ao filho durante o internamento, colaborando com a equipa no sentido de minimizar o sofrimento emocional associado ao diagnóstico e ao internamento.

Segundo o modelo dos cuidados sensíveis ao trauma, nomeadamente o protocolo DEF (NCTSN, 2014), a família surge como elemento essencial na prestação de cuidados de enfermagem. Avaliar o *distress* e as necessidades da família, reconhecer forças e estratégias de *coping* para a gestão da nova condição, identificar os recursos disponíveis no hospital e na comunidade, incentivar os pais a utilizarem esses recursos e a cuidarem das suas necessidades, assim como fornecer apoio psicológico quando necessário.

5. AVALIAÇÃO INICIAL SEGUNDO NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS E LINGUAGEM

CIPE®

Simões e Simões (2007) construíram um documento de Avaliação Inicial de Enfermagem baseado nas orientações teóricas do Modelo de Cuidados de Virginia Henderson (Pokorny, 2018), transformando as Necessidades Humanas Fundamentais em linguagem

CIPE® (Ordem dos Enfermeiros, 2011). O quadro apresentado abaixo representa esta conversão (Simões & Simões, 2007).

Necessidades Humanas Fundamentais	CIPE®
Respirar	Respiração e Circulação
Beber e Comer	Autocuidado: Comer e Beber
Eliminar	Eliminação
Mover e Manter a Postura	Autocuidado: Atividade física
Dormir e Repousar	Autocuidado: Comportamento sono-reposo
Vestir-se e Despir-se	Autocuidado: Vestuário
Temperatura do Corpo	Temperatura corporal
Estar Limpo e Cuidado	Autocuidado: higiene/proteger tegumentos
Evitar Perigos	Consciência, emoção e precaução
Comunicar com os seus semelhantes	Comunicação, emoção e interação social
Agir segundo as suas crenças e valores	Crença
Divertir	Autocuidado: atividades recreativas
Aprender	Aprendizagem

Quadro 1-Conversão das Necessidades Humanas Fundamentais em Linguagem CIPE

A linguagem CIPE® é a linguagem universal utilizada pelos enfermeiros no levantamento de diagnósticos e intervenções de enfermagem quando a criança se encontra hospitalizada, sendo a avaliação de R realizada de acordo com a mesma.

Respiração e Circulação: O R manteve-se eupneico em ar ambiente, sem sinais de dificuldade respiratória, apresentou saturações periféricas de oxigénio superiores a 95%. Movimentos respiratórios simétricos e ciclos respiratórios dentro do padrão para a faixa etária. Sem dor torácica à respiração. Normocardico e normotenso com pulsos periféricos mantidos.

Autocuidado Comer e Beber: Dieta adequada à condição, pobre em resíduos e sem lactose, realizando suplementação entérica com fresubin® e fortimel® conforme tolerância. Pesa 27,9kg, encontrando-se no percentil 10 para a idade. Para manter necessidades hídricas administra-se soro endovenoso.

Eliminação: À observação R apresenta o abdômen distendido, mas depressível, com ruídos hidroaéreos presentes, doloroso de forma difusa, mas sobretudo nos quadrantes inferiores. Não tem organomegalias palpáveis. Evacua várias vezes ao dia, fezes moles e diarreicas. Urina várias vezes por dia, urina clara e sem alterações.

Autocuidado Atividade Física: O R prefere permanecer no leito a jogar no tablet ou telemóvel, sem vontade de se deslocar à sala de atividades. Em casa jogava futebol, mas refere que a dor mantida e desconforto abdominal o impediram de o continuar a fazer.

Autocuidado Comportamento Sono-Repouso: O R dorme por períodos. Durante a noite acorda com o ruído da sala, dos monitores e das outras crianças.

Autocuidado Vestuário: O R refere necessitar ajuda da mãe para se vestir devido à dor abdominal, embora seja capaz de o fazer de forma autónoma.

Temperatura Corporal: O R manteve-se apirético ao longo do internamento.

Autocuidado Higiene/Proteger tegumentos: Os cuidados de higiene e conforto são prestados pela mãe no WC. Apresenta a pele e mucosas pálidas e descoradas, está hidratado, não se observando lesões cutâneas.

Consciência, Emoção e Precaução: O R tem conhecimento do seu estado de clínico, embora não o compreenda totalmente. É capaz de identificar algumas alterações necessárias para se adaptar à nova condição e do impacto que esta terá no seu quotidiano. Expressa revolta pela situação clínica e pelo internamento, necessitando de tempo para a transição.

Comunicação, Emoção e Interação Social: O P apresenta-se calmo, pouco comunicativo e sem interesse na abordagem dos profissionais. Por vezes questiona o motivo da nossa intervenção, tentando negociar a sua realização, demonstra alguma agressividade no comportamento mais dirigida à mãe. Foi possível compreender junto da mãe que o comportamento de R se alterou quando começou com sintomas, tendo sofrido de *bullying* e adotando uma postura defensiva/agressiva em casa.

Crença: A família do R é católica. A mãe tem esperança que o filho vai melhorar, contudo o internamento prolongado interfere com as rotinas familiares.

Autocuidado Atividades Recreativas: O R não demonstra interesse em atividades recreativas nem em deslocar-se à sala de atividades.

Aprendizagem: O R compreende as indicações que a equipa de saúde recomenda, assim como a sua mãe. Sempre que é considerado apropriado procede-se à realização de ensinamentos relacionados com a situação clínica atual e patologia de base, solicitando colaboração da R e da mãe nos cuidados, de forma a contribuir para a autonomia e autodeterminação de R promoção do papel parental. Foram desenvolvidas, em parceria, algumas estratégias não farmacológicas e de *coping* para controlo da dor e ansiedade de R, bem como de estratégias que a mãe de R pode utilizar para o ajudar durante e após o internamento.

6. AVALIAÇÃO SEGUNDO MODELO DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN E PROTOCOLO

DEF

Neuman (2011) refere que o ambiente onde a criança/jovem e família se inserem contém *stressors* que podem influenciar positiva ou negativamente a homeostasia do sistema criança-família. Identificar esses *stressors* permite ao enfermeiro atuar diretamente na minimização do seu impacto, identificando estratégias de *coping* e fatores protetores, adequando os recursos disponíveis, com o intuito de manter ou restaurar o equilíbrio do sistema (McDowel, 2011; Neuman, 2011). Neste sentido, foram identificados os seguintes *stressors* intrapessoais, interpessoais e extrapessoais em R e sua família.

Stressors Intrapessoais

➤ Fisiológico

A nível neurológico R apresentava dor constante, desconforto, fraqueza muscular e fadiga, o que o desmotivava e impossibilitava de participar nas atividades propostas.

A nível gastrointestinal verificou-se perda de apetite, perda de peso e alterações intestinais com encoprese.

A nível músculo-esquelético apresentava manutenção da força em todos os membros, no entanto referia sensação de fraqueza muscular.

➤ Psicológico

Ao longo do internamento R experienciou vários sentimentos e emoções. Mostrou-se pouco comunicativo e sem interesse em interagir com a equipa multidisciplinar, no entanto foi possível identificar sentimentos de revolta relativamente à doença e ao internamento, que se traduziam numa postura e comportamento agressivos, principalmente a nível verbal e direcionados aos pais. Segundo a mãe, R encontrava-se desmotivado por toda a situação, pelo que foi incluída a psicóloga e educadora no plano de cuidados.

A mãe acompanhou R ao longo de todo o internamento verbalizando preocupação com as alterações de humor e comportamento do filho. Referiu sentir falta de apoio do marido e família reconhecendo a sua importância no apoio a R. Foi reforçado que R poderia receber visitas dos familiares ao longo do internamento, tendo sido oferecido apoio pela assistente social nesse sentido.

➤ Desenvolvimento

Foram identificados *stressors* relacionados com o absentismo escolar e atraso na matéria lecionada, com alteração do seu papel enquanto estudante. A mãe de R encontra-se desempregada, não havendo alteração a nível profissional, no entanto verificou-se alteração do papel parental e da parentalidade.

➤ Sociocultural

Desde o início dos sintomas que R vivenciou alteração dos seus hábitos de vida. Para além de se ausentar da escola em período de crise, viu-se impossibilitado e com dificuldade em acompanhar as atividades dos amigos, deixando de jogar futebol. Foi possível compreender que esta foi a mudança com maior impacto na vida social de R, tendo levado ao afastamento e isolamento dos colegas. A mãe refere que o afastamento social, conjugado com as alterações físicas associadas à perda de peso e fraqueza muscular, levaram a situações de *bullying* por parte de colegas. Referiu ainda alterações na dinâmica familiar a nível de atividades de lazer e cultura.

➤ Espiritual

A família referiu ser católica e a mãe mantém a esperança de que R vai melhorar. Reconhece estar a vivenciar uma situação complicada com alteração da dinâmica familiar, nomeadamente nos seus hábitos religiosos. Foi informada de que o hospital em questão tem um serviço religioso e espiritual, agilizando-se o contacto com o mesmo.

Stressors Interpessoais

R encontra-se revoltado com a doença e necessidade de internamento, triste por ter deixado as atividades de lazer de que gostava e a sua vida social e escolar. Não demonstra interesse em interagir com a equipa multidisciplinar comunicando com frases curtas e diretas, sendo verbalmente agressivo para com os pais. A dependência temporária do hospital alterou os seus hábitos e rotinas, tendo sido identificada como um fator de *stress*.

Stressors Extrapessoais

O internamento prolongado interfere nas rotinas escolares de R e diárias da sua mãe. Quando sugeridas as visitas por parte de familiares, a mãe refere dificuldades socioeconómicas, tendo sido acionado o serviço social.

A prestação de cuidados sensíveis ao trauma esteve presente em todos os contactos com R e família. A orientação prática para uma avaliação sensível ao trauma, protocolo D-E-F, sugerida pela *National Child Traumatic Stress Network* (NCTSN, 2014) contribuiu como sustentação para a minha intervenção. Promoveu-se a avaliação do *distress*, através da avaliação e gestão da dor, transmissão de informação clara sobre a situação clínica, esclarecimento de dúvidas, medos e preocupações, e promoção de esperança realista, promovendo o máximo de controlo de R e sua família sobre a situação vivenciada. Promoveu-se o suporte emocional a R e sua família, com identificação das necessidades emocionais e psicológicas de ambos, desenvolvimento de estratégias de adaptação para ajudar R durante o internamento e após a alta, assim como identificadas barreiras ao envolvimento da família no processo de transição para a doença crónica. Por fim, foram apreciadas as necessidades da família, os seus *stressors* e fatores protetores, assim como os recursos necessários para uma transição do papel parental e à doença crónica saudáveis.

Ao longo do internamento procurou-se ainda promover uma relação dinâmica com crianças e famílias com adaptação adequada à condição crónica, no entanto R não se demonstrou motivado ou interessado em participar nas atividades propostas na sala de atividades. Por seu lado, a mãe de R estabeleceu relação com as mães de duas crianças com condições crónicas semelhantes, o que se considerou positivo pelo suporte fornecido pelos pares e pela partilha de experiências.

7. PLANO DE CUIDADOS

Os objetivos terapêuticos para o controlo da doença inflamatória intestinal passam pelo controlo de sintomas, com a sua remissão a longo prazo, promoção do crescimento e desenvolvimento normal, e contribuir para o bem-estar e um estilo de vida o mais saudável e normal possível (Triggs & Gilbert, 2024). Neste sentido, o plano de cuidados de R teve como objetivo o controlo sintomático a curto prazo, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlo da dor, terapêutica com corticóides e imunomoduladores, assim como adaptação do plano nutricional e alimentar.

De forma complementar, e por se tratar de uma condição crónica, a doença inflamatória intestinal requer uma abordagem multidisciplinar centrada nas necessidades específicas da criança e sua família. Assim, foi delineado um plano de cuidados multidisciplinar para R, com envolvimento de R e seus pais, enfermeiros, médicos, nutricionista, psicóloga, educadora e professora. Por se tratar de uma hospitalização prolongada, fora da área de residência, longe da família e dos amigos, sem o suporte familiar e da comunidade a que estavam habituados, acabou por se tornar uma experiência difícil. A equipa multidisciplinar procurou facilitar a transição para a condição crónica e hospitalização, através do respeito pelas rotinas e vontades da criança e família, inclusão nas atividades dinamizadas pela educadora, apoio escolar por parte da professora e apoio psicológico e emocional por parte da psicóloga. O EEESIP teve um papel fundamental nesta transição através da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, com otimização da resposta e recursos disponíveis, da capacitação da criança e família para a adaptação à doença crónica, adoção de estratégias de *coping* e de adaptação, da identificação e adequação dos recursos familiares e da comunidade, e facilitando a comunicação expressiva de emoções, com o intuito de promover o máximo estado de bem-estar e saúde possível (Ordem dos Enfermeiros, 2017; Regulamento n.º 422/2018).

DISCUSSÃO

Analisando os cuidados prestados a R e sua família, considera-se que a maioria das intervenções contribuíram para os resultados esperados, com respostas de enfermagem apropriadas e promoção de comportamentos potenciadores da saúde. No entanto, após reflexão foram identificadas oportunidades de melhoria.

A dor associada aos períodos de crise da doença inflamatória intestinal é um sintoma comum, com impacto significativo na qualidade de vida e dinâmica familiar das crianças/jovens com esta condição e suas famílias (Triggs & Gilbert, 2024). Posto isto, torna-se essencial que a equipa multidisciplinar, na qual se incluem os EEESIP, transmita orientações antecipatórias sobre os sinais e sintomas da patologia, atuação em período de crise e esclareça dúvidas e preocupações (Triggs & Gilbert, 2024). Ademais, deve sensibilizar a família e a sociedade no que concerne às limitações psicossociais, emocionais e físicas que a dor pode ter na criança/jovem (Hellsten, 2024).

R referia sentir dor e desconforto constantes. Embora a gestão farmacológica da dor se encontrasse otimizada, considera-se que as estratégias não farmacológicas poderiam ter sido potenciadas, em especial na realização de procedimentos invasivos e dolorosos, como a punção venosa para a administração de terapêutica e colheita de sangue. Ademais, a par da dor física temos a dor psicológica e emocional que, após reflexão, se considerou poderem estar a contribuir para o desconforto referido por R.

As necessidades de cuidados à criança e sua família não se extinguem no conforto físico, sendo essencial responder às dimensões psicológica, emocional, sociocultural e espiritual, o que torna a intervenção de enfermagem complexa e desafiante (Hellsten, 2024; Hockenberry, 2024). Assim, a avaliação das necessidades de forma individual e holística torna-se fundamental para um cuidado integral e não apenas em períodos de crise ou agudização da doença em crianças/jovens com doença inflamatória intestinal. Ademais, as alterações necessárias na dinâmica familiar de forma a otimizar o plano de cuidados requer uma abordagem multidimensional, na qual a resposta às necessidades emocionais e psicológicas se encontra bastante presente (Triggs & Gilbert, 2024).

Neste sentido, foram identificados inúmeros *stressors* presentes no ambiente de R e sua família, destacando-se as dimensões emocional e psicossocial. O envolvimento e capacitação da mãe nos cuidados, com partilha de informação e orientações antecipatórias sobre

estratégias de adaptação à condição crônica durante e após o internamento, foi fundamental para o sucesso da intervenção de enfermagem. No entanto, reconhece-se que poderia ter havido maior investimento neste sentido, assim como na minimização do impacto que a hospitalização teve na dinâmica familiar.

Após reflexão sobre esta experiência de estágio, considera-se fundamental expor algumas recomendações para situações futuras. Numa situação em que se verifique a interferência de vários *stressors*, nos seus diferentes níveis e dimensões, no sistema criança-família, é necessário saber reconhecê-los e atuar com base nos diferentes níveis de prevenção, prevenindo que atinjam o sistema, minimizando o seu impacto e restaurando o equilíbrio do sistema. O enfermeiro deve centrar a intervenção nas necessidades individuais e holísticas da criança e família, respeitando os seus valores e cultura, e atuar com base em evidência científica, não devendo ser descuradas em comparação com outras, sob risco de fragilizar as linhas de defesa e resistência do sistema criança-família.

A escolha de R para a realização deste estudo de caso prendeu-se com a complexidade de necessidades no cuidado à criança e família em adaptação a um diagnóstico inaugural de uma condição crônica, que se sabe requerer um internamento prolongado, com vigilância regular após a alta, com picos de dor moderada-intensa, com prognóstico ainda incerto, a ocorrer longe do seu contexto familiar e social. Desenvolveu-se um olhar mais abrangente e crítico na apreciação da criança em todas as suas dimensões e intervir de acordo com as necessidades identificadas. Tendo por base o modelo de Neuman (2011) e as orientações para uma prática de cuidados sensíveis ao trauma (NCTSN, 2014) foi possível intervir de forma holística e individualizada, centrada nas suas necessidades e com base nos seus recursos, fatores protetores e estratégias de *coping* e adaptação. O presente trabalho e a reflexão que dele adveio permitiram aprofundar conhecimentos e desenvolver competências relativas aos processos de cuidados numa situação de especial complexidade, fundamenando a intervenção de enfermagem em evidência científica, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados em situações semelhantes.

CONCLUSÃO

A hospitalização de uma criança, embora se realize com vista à melhoria da sua saúde e bem-estar, pode resultar numa experiência negativa para todos os envolvidos. Verifica-se uma disrupção da dinâmica e rotinas familiares, com impacto em todos os elementos da família, não só a nível pessoal, mas também social, profissional e escolar. Para além dos desafios com que se deparam durante o internamento, com necessidade de participação ativa dos pais, implementação de estratégias de *coping* e intervenções direcionadas e baseadas nos cuidados não traumáticos e sensíveis ao trauma. Reconhece-se que o envolvimento parental durante a hospitalização das crianças e jovens apresenta resultados muito positivos com impacto na melhoria da condição clínica, mas também a nível de suporte emocional e acompanhamento. Desta forma, a parceria de cuidados e a tomada de decisão partilhada são essenciais para o sucesso da intervenção de enfermagem. Também o regresso a casa requer alguma readaptação familiar, sendo necessário que os pais detenham o conhecimento, competência e habilidade necessárias para ajudar o seu filho nesta transição.

Ao acompanhar R e a sua família nesta fase inicial da transição para a condição crónica e ao longo do internamento pude acompanhar o impacto que esta situação teve para si e na dinâmica familiar. Por ter sintomatologia há um ano, R foi deixando de poder realizar algumas das atividades que gostava, nomeadamente o futebol, com impacto na sua vida física, emocional, social e escolar. Ao longo do internamento, pude colaborar com R e a sua mãe no estabelecimento de novas rotinas diárias, identificação de outras atividades lúdicas e sociais que poderiam ter interesse, de estratégias de *coping* e adaptação a esta nova realidade, de recursos disponíveis na comunidade e junto da zona de residência, assim como incentivei o convívio com os amigos mais próximos mesmo durante o internamento. A minimização da dor e do desconforto e o apoio emocional foram intervenções essenciais para que R tivesse disponível para a relação terapêutica e colaborasse nos cuidados.

Esta experiência, materializada no presente estudo de caso, contribuiu para o desenvolvimento de competências de EEESIP, nomeadamente as relacionadas com a implementação de plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir regime e da reinserção social da criança (E1.1.) e a promoção de adaptação da criança à doença crónica (E2.5.) (Regulamento n.º 422/2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. (2nd ed). Lusodidacta.
- Felliti, V.; Anda, R.; Nordenberg, D.; Williamson, D.; Spitz, A; Edwards, V.; Koss, M. & Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Flaherty, E.; Thompson, R.; Litrownik, A.; Zolotor, A.; Dubowitz, H.; Runyan, D.; English, D. & Everson, M. (2009). Adverse Childhood Exposures and Reported Child Health at Age 12. *Academic Pediatrics*, 9(3), 150-156. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2008.11.003>
- Fox, J. (2024). Family Centered Care of the Child during Illness and Hospitalization. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.648-667).
- Fuller, M. (2019). Pediatrics Inflammatory Bowel Disease: Special Considerations. *Surgical Clinics of North America*, 99(6), 1177-1183. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2019.08.008>
- Galdeano, L., Rossi, L., & Zago, M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692003000300016>
- Garrido, C. & Boavida, J. (2003). Fatores de risco em desenvolvimento. *Revista Saúde Infantil*, 25(2), 47-55. <https://www.saudeinfantil.asic.pt/index.php/arquivo>
- Giotakos, O. (2020). Neurobiology of emotional trauma. *Psychiatriki*, 31(2), 162-171. doi: 10.22365/jpsych.2020.312.162.
- Goddard, A.; Janicek, E. & Etcher, L. (2022). Trauma Informed Care for the Pediatric Nurse. *Journal of Pediatric Nursing*, 62, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.003>

- Hellsten, M. (2024). Pain Assessment in Children. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.131-143).
- Hockenberry, M. (2024). Perspectives of Pediatric Nursing. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.1-13).
- Jarmakiewicz-Czaja, S.; Zielińska, M.; Sokal, A. & Filip, R. (2022). Genetic and Epigenetic Etiology of Inflammatory Bowel Disease: An Update. *Genes*, 13(12), 2388. <https://doi.org/10.3390/genes13122388>
- Kelsen, J.; Russo, P. & Sullivan, K. (2024). Early-Onset Inflammatory Bowel Disease. *Immunology and Allergy clinics of North America*, 39(1), 63-79. <https://doi.org/10.1016/j.iac.2018.08.008>
- Koball, A.; Domoff, S.; Klevan, J.; Olson-Dorff; Borgert, A. & Rasmussen, C. (2021). The impact of adverse childhood experiences on healthcare utilization in children. *Child Abuse and Neglect*, 111:104797. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104797>
- Lasater, K. (2011). Clinical judgment: The last frontier for evaluation. *Nurse Education in Practice*, 11(2), 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.11.013>
- McDowel, B. (2011). Using the Neuman Systems Model to Guide Pediatric Nursing Practice. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.), *The Neuman Systhems Model* (5th, pp. 223–236). Pearson Education, Inc.
- National Child Traumatic Stress Network. (2014). *Pediatric Medical Traumatic Stress: A Comprehensive Guide*. [https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//pediatric toolkit for health care providers.pdf](https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//pediatric_toolkit_for_health_care_providers.pdf)
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In Neuman, B. & Fawcett, J., *The Neuman Systems Model* 5th, (pp 3-33). Pearson Education, Inc.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2*. Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Pokorny, M. (2018). Nursing Theorists of Historical Significance. In Alligood, M., *Nursing Theorists and their work*, 9thed., (pp14-15). Elsevier.
- Polit, D. & Beck, C. (2019). *Fundamentos de Pesquisa de Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (9^{ed}). Porto Alegre: Artmed.
- Regulamento nº422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, nº133, Série II (12-07-2018), 19192–19194. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, nº26, Série II (06-02-2019), 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Roberts, C.; Gamwell, K.; Baudino, M.; Edwards, C.; Jacobs, N.; Tung, J.; Grunow, J.; Mullins, L. & Chaney, J. (2022). Illness stigma, body image dissatisfaction, thwarted belongingness and depressive symptoms in youth with inflammatory bowel disease. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 34(9), 919-924. DOI: 10.1097/MEG.0000000000002420
- Simões, C., & Simões, J. A. (2007). Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE® segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Revista de Enfermagem Referência*, II(4), 9–23. Retrieved from <http://www.index-f.com/referencia/2007pdf/9-2007-jun.pdf>
- Singh, N. & Bernstein, C. (2022). Environmental risk factors for inflammatory bowel disease. *United European Gastroenterology Journal*, 10(10), 1047-1053. <https://doi.org/10.1002/ueg2.12319>
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

Triggs, N. & Gilbert, C. (2024). The Child with Gastrointestinal Dysfunction. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12th ed, pp.812-870).

Apêndice IX

Revisão da Literatura "Obstipação Crónica Funcional na Criança e Jovem"

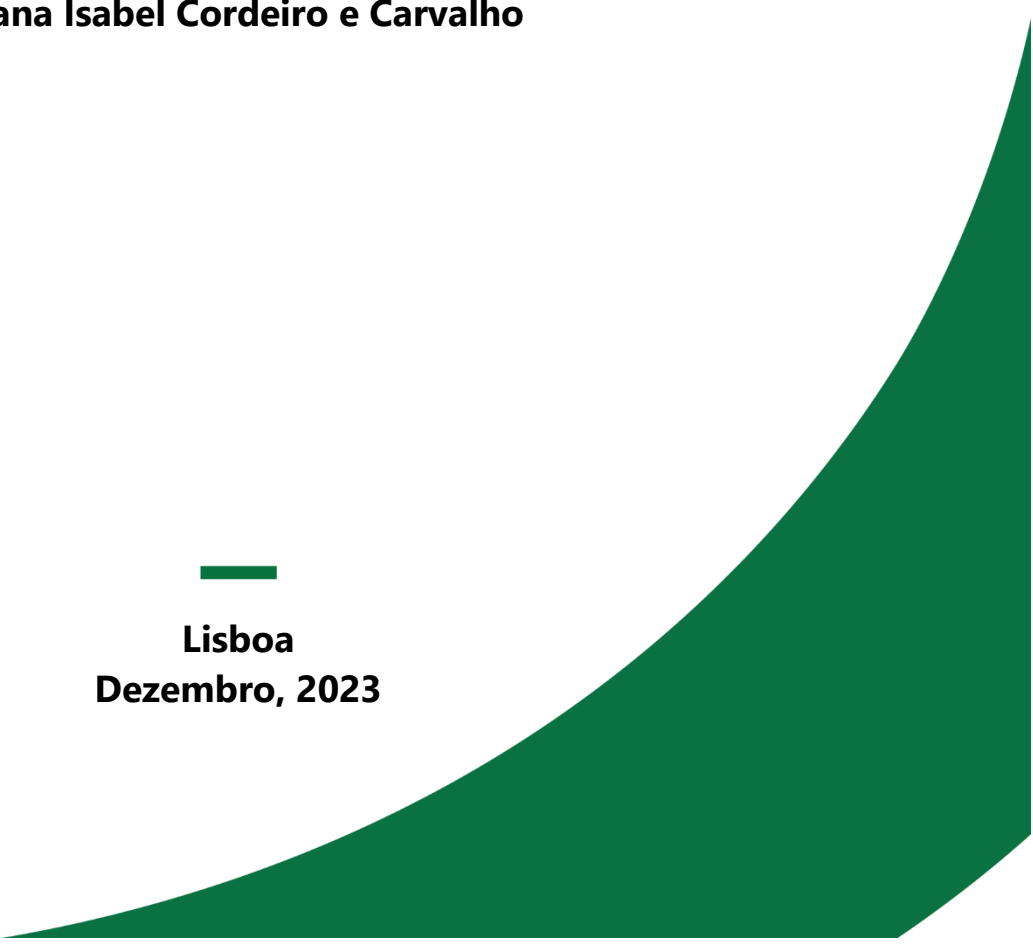
1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Obstipação Crónica Funcional na Criança e Jovem

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

**Lisboa
Dezembro, 2023**

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

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Obstipação Crónica Funcional na Criança e Jovem

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

Docentes:

Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques

**Lisboa
Dezembro, 2023**

INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, em particular no contexto de estágio Internamento de Pediatria, inserida no I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O serviço de internamento onde se realizou o estágio abrange crianças e jovens entre os 0 e os 18 anos com patologias inseridas em três especialidades médicas: Gastroenterologia, Infeciologia e Nefrologia. O serviço conta com 14 vagas distribuídas por 6 quartos individuais, sendo dois quartos com pressão positiva, e 4 salas com duas vagas cada uma. No mesmo espaço físico encontram-se duas salas alocadas ao Hospital de Dia das mesmas especialidades, onde se deslocam crianças e jovens até aos 18 anos para seguimento da sua condição de saúde e realização de tratamentos em regime de ambulatório. A equipa é constituída por 19 enfermeiros, sendo 2 especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, que dão apoio ao internamento e uma enfermeira de apoio ao Hospital de Dia.

Ao longo do estágio foi possível acompanhar estas duas vertentes, com prestação de cuidados às crianças e jovens internadas, mas também participar ativamente nas consultas e tratamentos, bem como referenciação para o hospital de dia/consultas de adultos, com capacitação dos jovens para serem autónomos na gestão da sua condição de saúde.

Este trabalho surge no contexto de Hospital de Dia, na consulta de obstipação crónica funcional, de uma necessidade identificada em conjunto com a enfermeira orientadora. Parece haver um aumento do número de crianças a famílias a necessitar de apoio nesta área, tornando-se essencial reforçar e reformular alguns dos recursos para a realização desta consulta. Para tal, tornou-se essencial aprofundar conhecimentos sobre a condição de saúde abordada, a obstipação crónica funcional em crianças, compreender o seu impacto no quotidiano das famílias e as estratégias podem ser implementadas, adaptando-as individualmente a cada família, sendo necessário conhecer os antecedentes pessoais e familiares, bem como a história de saúde atual relacionada com a eliminação intestinal.

Após assistir e participar nas consultas de obstipação foi identificada a necessidade de reformular o folheto "Tenho Obstipação e Agora?", fornecendo às crianças e famílias um apoio visual e informação complementar sistematizada da consulta. No sentido de uniformizar os cuidados e permitir que a consulta possa ser realizada por um maior número de profissionais, dando resposta ao aumento da necessidade que se tem vindo a verificar, foi elaborada uma

proposta de Guião de Entrevista para a primeira consulta, a ser utilizado pela equipa de enfermagem do serviço.

OBSTIPAÇÃO CRÓNICA FUNCIONAL NAS CRIANÇAS E JOVENS

A obstipação funcional é um problema comum na infância, estimando-se que a sua prevalência seja de 3% na população mundial. Em cerca de 17-40% das crianças a obstipação inicia-se no primeiro ano de vida, estando frequentemente associada a eliminação intestinal pouco frequente ou dolorosa, incontinência fecal e dor abdominal (Tabbers et al., 2014). A sua cronicidade torna-a uma condição que causa sofrimento acrescido para a criança, sendo um fator de *stress* e ansiedade, com impacto significativo na qualidade de vida a nível físico, emocional e social, com repercussões a nível da dinâmica familiar, relação com os pares, desempenho académico, resultando num aumento dos custos em saúde e retrocesso na aquisição de independência e no autocuidado pela criança e jovem (Santos et al., 2021; Tabbers et al., 2014).

A European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN, 2014) determinou os critérios para o diagnóstico de obstipação funcional em crianças com idade inferior e superior a 4 anos. Assim, este diagnóstico surge na ausência de patologia orgânica, sendo necessária a ocorrência de 2 dos seguintes critérios.

Crianças com menos de 4 anos:

1) menos de duas defeções por semana, 2) pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana após a aquisição das competências de higiene (treino do bacio), 3) história de retenção excessiva de fezes, 4) história de eliminações intestinais dolorosas ou difíceis, 5) presença de uma grande massa fecal no reto ou 6) antecedentes de fezes de grande diâmetro.

Estes critérios podem ser acompanhados de sintomas como irritabilidade, diminuição do apetite e/ou saciedade precoce que pode desaparecer imediatamente após a defeção de fezes volumosas.

Crianças com idade superior a 4 anos (sem critérios suficientes para o diagnóstico de síndrome do colón irritável):

1) menos de duas dejeções por semana, 2) pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana, 3) história de postura de retenção ou retenção voluntária excessiva de fezes, 4) história de eliminações intestinais dolorosas ou difíceis, 5) presença de uma grande massa fecal no reto ou 6) história de fezes de grande diâmetro.

O diagnóstico nem sempre é realizado na fase inicial da condição, sendo que o atraso no tratamento e no acompanhamento destas crianças e jovens tem impacto na progressão e gestão da condição (Amendola et al., 2003; Campbell et al., 2022). Isto ocorre, em parte, porque os pais associam o comportamento evitativo e de retração com preguiça e teimosia, desvalorizando inconscientemente os sentimentos vergonha, medo da dor e embaraço demonstrados pela criança (Campbell et al., 2022; Santos et al., 2021). Num outro ponto, também o estigma e a vergonha de falar sobre obstipação e dejeções resultam na demora na procura dos cuidados de saúde (Campbell et al., 2022). A dor abdominal e associada ao momento da dejeção leva a que as crianças se retraiam e evitem evacuar, escondendo a situação dos pais, levando ao agravamento do problema. Este ciclo vicioso de dor ao evacuar seguido de retenção fecal (consciente ou inconsciente) para evitar a dor, compromete e interrompe as respostas comportamentais necessárias durante o treino (Santos et al., 2021). Desta forma, uma das primeiras intervenções deve passar pela minimização ou eliminação da dor e desconforto (Amendola et al., 2003; Santos et al., 2021).

Uma das barreiras para a gestão adequada da obstipação funcional foi a fraca adesão ao tratamento, motivada pelas dificuldades na comunicação, falta de motivação das crianças e família, recusa da medicação pelo sabor, dose ou efeitos secundários (Campbell et al., 2022). No entanto, a utilização de estratégias que envolvam a criança e família, desmistifiquem a situação, promovam a autonomia e a gestão da condição por parte da criança, como o registo diário das eliminações, incentivos tangíveis e recompensas, são fundamentais para manter o foco e interesse da criança e família (Campbell et al., 2022). Neste sentido, refletiu-se sobre a necessidade de elaborar uma folha de registo de eliminações diárias, na qual a criança regista a hora do treino, as características da dejeção e a alimentação do dia, com o intuito de desenvolver competências na gestão da sua condição, mas também identificar o padrão de eliminação da criança. No entanto, constatou-se que a mesma já existia no serviço, não tendo sido revista.

Os enfermeiros e profissionais que contactam com crianças com esta patologia devem manter uma postura positiva perante o progresso da criança, incentivando-a a manter os treinos, e tornando-a a principal interveniente na ação (Campbell et al., 2022). O envolvimento e capacitação da criança e família para a gestão desta condição crónica é essencial para o seu sucesso, sendo necessário a partilha de informação relativa à etiologia da patologia, sinais e sintomas, e regime terapêutico nas suas diferentes dimensões (Hockenberry, 2024). De forma complementar à gestão da dimensão física da condição, o enfermeiro deve ter em consideração as dimensões psicossociais, culturais e relação com os pares, pelo impacto que esta patologia pode ter no quotidiano das crianças (Hockenberry, 2024). Acompanhar as famílias, implementar intervenções simples e flexíveis, adaptadas a cada criança e família individualmente, e com poucos efeitos secundários, facilitam o processo e promovem uma gestão adequada da condição crónica.

Para tal, torna-se necessário compreender como e quando se iniciaram os sinais e sintomas, a duração e outros dados relevantes que vão permitir formular o diagnóstico e desenvolver intervenções não farmacológicas e farmacológicas para gestão da obstipação crónica funcional. Desta forma, a recolha de dados para a história clínica e o exame físico são essenciais para o diagnóstico diferencial e exclusão de causas orgânicas de obstipação.

Os dados necessários para uma história clínica completa devem incluir: idade de início dos sintomas, sucesso ou insucesso do treino de higiene, frequência e consistência das fezes (de acordo com a escala de Bristol para crianças e jovens ou Escala de Amesterdão para recém-nascidos e latentes), dor e/ou hemorragia ao evacuar, acompanhada de dor abdominal ou incontinência fecal (se presente, mantém-se no período noturno), comportamento de retenção, história alimentar, alterações do apetite ou ingesta com náuseas e/ou vômitos, perda de peso (Bekkali et al., 2009; Lane et al., 2011; Tabbers et al., 2014). Também os antecedentes familiares devem ser abordados, pois contribuem para o diagnóstico diferencial, assim como o impacto que esta condição teve no comportamento e desenvolvimento da criança, na dinâmica familiar e social da criança. Por outro lado, recolher informação sobre o tratamento em vigor e experiências anteriores, medicação habitual incluindo laxantes orais, enemas e supositórios, bem como tratamentos alternativos, contribui para compreender que estratégias resultam e outras que possamos adequar à criança e família (Tabbers et al., 2014).

Os ensinamentos sobre a alimentação e higiene intestinal, bem como o treino do intestino são tópicos a abordar numa segunda fase. Compreender o padrão alimentar da família pode contribuir para identificar pequenas alterações com impacto significativo na melhoria do

quadro de obstipação. Alimentos como a batata, cenoura, arroz e banana devem ser evitados pois são obstipantes, no entanto alimentos ricos em fibra como legumes, leguminosas, fruta (maçã e pera com casca, ameixa, manga, papaia, kiwi), pão escuro e cereais devem ser incluídos na dieta (Rodrigues & Martins, 2022). Também a ingestão hídrica é fundamental, com evicção do consumo de sumos açucarados e laticínios (Rodrigues & Martins, 2022).

O treino intestinal consiste em treinar o intestino para que se estabeleça um padrão de eliminação regular (Rodrigues & Martins, 2022). Deve ser realizado 15 a 20 minutos após as refeições, 2 a 3 vezes por dia (pequeno almoço, almoço/lanche e jantar), durante 5 a 10 minutos. A criança deve sentar-se no bacio ou na sanita com os joelhos num ângulo de 35° em relação à anca e os pés bem assentes num banco/degrau. De seguida vai respirar fundo, sustentar a respiração e fazer força na parte inferior do abdómen. Numa fase inicial e de forma a facilitar o treino, a mãe ou cuidador pode ajudar a criança a localizar o local onde tem de fazer força colocando a sua mão no mesmo e pedindo à criança que a empurre. O objetivo não é que a criança tenha dejeção em todas as fases do treino, mas sim que estabeleça o seu padrão intestinal e adquira novos hábitos, pelo que o reforço positivo e sistema de recompensas podem ser motivadores (Rodrigues & Martins, 2022).

A identificação das características das fezes é uma das competências a desenvolver pela criança e família. Desta forma, a Escala de Bristol para crianças e jovens é um recurso a fornecer aos pais, bem como informação sobre outras características, nomeadamente as cores das dejeções, presença de sangue e/ou muco, retorragia ou fissuras e sintomas associados como náuseas, vômitos e perda de apetite (Bekkali et al., 2009; Lane et al., 2011; Tabbers et al., 2014).

A utilização de terapêutica farmacológica surge de forma complementar a todas as outras intervenções e deve ser adequada à situação de cada criança (Tabbers et al., 2014). Por ser uma condição com impacto no crescimento e desenvolvimento da criança, no seu comportamento e dinâmica social, que afetam também a família, necessita de um tratamento deve ser multidisciplinar. O envolvimento do gastroenterologista pediátrico, dietista, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogos e de enfermeiros com formação direcionada para esta condição, assim como dos educadores e familiares mais próximos, é essencial para o sucesso da intervenção (Hankinson et al., 2018; Tabbers et al., 2014).

O serviço onde se realizou o estágio conta com um Hospital de Dia onde se realizam consultas de obstipação. De momento é realizada apenas por uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e em cuidar de crianças com obstipação, no entanto, o aumento de crianças e famílias a necessitar de apoio especializado levou à necessidade de

formação da restante equipa de enfermagem. Desta forma, foi identificada a necessidade de realizar um guião de entrevista que direcionasse a equipa na abordagem à criança e família nas consultas de obstipação.

Embora seja um problema comum na infância, os pais e cuidadores não se encontram totalmente despertos para alguns dos comportamentos sugestivos desta condição (Tabbers et al., 2014). Segundo informação colhida junto dos profissionais que acompanham estas crianças, a maioria vem referenciada dos cuidados de saúde primários ou da urgência de pediatria, aos quais os pais recorrem com frequência pelas constantes queixas das crianças. Assim, aquando da participação nas primeiras consultas, foi possível identificar a necessidade de sistematizar e complementar a informação fornecida na consulta, facilitando a sua transmissão aos pais e cuidadores. Neste sentido, foi proposta a atualização do folheto previamente utilizado, numa lógica de capacitação das crianças e jovens, assim como dos pais e cuidadores, fornecendo orientações antecipatórias, estratégias e informação relativa à condição.

CONCLUSÃO

A obstipação crónica funcional é uma condição crónica comum em idade pediátrica que afeta as crianças, jovens e as suas famílias, com impacto a nível físico, emocional, psicossocial, escolar e familiar. No entanto, a vergonha, o embaraço, a cultura e o estigma relativo ao tema leva a que as famílias apenas recorram aos cuidados de saúde em situações avançadas. Os enfermeiros, cuja competência assenta na promoção do bem-estar e saúde da criança/jovem e família, deve estar atento a comportamentos e sintomas que sejam sugestivos desta condição, desmistificando o tema e partilhando informação para uma gestão eficaz da obstipação crónica funcional.

A adaptação do padrão alimentar, o treino do intestino e a terapêutica farmacológica devem ser individualizados a cada criança e família, para que sejam integrados na rotina diária, com capacitação e empoderamento da criança/jovem como agente ativo e principal neste processo de transição e adaptação. Para tal, é necessária uma abordagem multidisciplinar, não só com profissionais especializados na condição, mas também com o envolvimento da família e professores. A consistência dos treinos, a adesão à terapêutica e o reforço positivo, numa abordagem tranquila e adição de *stress* ou ansiedade, com valorização da expressão de sentimentos e preocupações, contribui para o sucesso da gestão da condição crónica.

A realização desta breve revisão da literatura, com síntese da informação num folheto atualizado para as crianças e famílias, a folha de registo de treino e padrão intestinal, assim como a proposta de guião de entrevista para a primeira consulta foram atividades que contribuíram para o desenvolvimento das competências de enfermeiros especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Para além das competências direcionadas à maximização da saúde da criança, através da implementação de um plano de saúde promotor da parentalidade e capacitação para gerir o regime terapêutico (E1.1) e da identificação de doenças comuns que podem afetar a qualidade de vida da criança/jovem (E1.2), foi possível promover a adaptação da criança e família a uma condição crónica (E2.5) e a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (E3.4) (Regulamento n.º 422/2018). Em adição, mobilizaram-se conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade (B1.1), colaborou-se na gestão e elaboração de um programa de melhoria contínua (B2) e baseou-se a prática clínica especializada em evidência científica (D2) (Regulamento n.º 140/2019).

GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião de Entrevista 1ª Consulta de Obstipação Crónica

Nome da Criança/Jovem:

Idade:

Nome da Mãe:

Contacto:

Início dos sintomas (data ou idade):

Antecedentes Pessoais/Familiares relevantes:

História Atual de Saúde:

1. Hábitos Alimentares

- a. História alimentar/padrão alimentar habitual
- b. Alterações do apetite/ingesta
- c. Náuseas/vómitos
- d. Perda de peso
- e. Ensinos
 - i. O que evitar?
 - ii. O que consumir?

2. Hidratação

- a. Quantidade de água por dia
- b. Ensinos
 - i. Reforço hídrico
 - ii. Redução do consumo de sumos açucarados e lacticínios

3. Padrão de Eliminação

- a. Sucesso/Insucesso do treino de higiene (bacio/sanita)
- b. Frequência das dejeções
- c. Consistência das fezes (Escala de Bristol pediátrica)
- d. Dor e/ou hemorragia ao evacuar/História de eliminações intestinais dolorosas ou difíceis
- e. Dor abdominal/Incontinência fecal
- f. História de retenção excessiva de fezes
- g. Presença de grande massa fecal no reto/*soiling*

4. Medicação habitual
 - a. Nome, dose, posologia
 - b. Efeito vs Efeitos secundários
5. Impacto da obstipação no quotidiano
 - a. Questões relacionadas com a dinâmica familiar, interação social, desempenho escolar, vida académica, amigos
 - b. Envolvimento da família – reforçar a sua importância

Treino do Intestino

1. Posicionamento adequado
 - a. Sentado na sanita/bacio com os joelhos ligeiramente acima da anca (ângulo 35°) e pés apoiados num degrau/banco
2. Indicações
 - a. Deve ser realizado 15 a 20 minutos após as refeições e cerca de 2 a 3 vezes por dia (pequeno almoço, almoço/lanche e jantar)
 - b. Duração de 5 a 10 minutos
 - c. Deve respirar fundo, sustentar a respiração e fazer força na parte inferior do abdómen. Colocar a nossa mão para avaliar e direcionar a força da criança
3. Reforço Positivo e Recompensa
 - a. Não vai evacuar a todos os passos do treino
 - b. Valorizar o esforço e o treino

Higiene Intestinal

1. Pode ser necessário realizar desimpactação fecal por via oral ou retal
2. Registo diário das dejeções com características, frequência e horário (para perceber o padrão intestinal da criança)

(Entregar o folheto e a folha de registo de dejeções)

FOLHETO “TENHO OBSTIPAÇÃO E AGORA?”

A obstipação resulta da retenção excessiva de fezes no intestino.

As fezes acumuladas no intestino vão secando, tornando-se mais difícil a sua eliminação pela criança.

Quando esta situação se verifica a criança pode ficar mais irritada, sentir dores de barriga, perda de apetite, náuseas, vômitos, sensação de barriga inchada e dores ao evacuar.

Por isso a criança inibe-se, não faz força para evacuar e encolhe-se fazendo com que mais fezes se acumulem e a situação se agrave.

A alimentação, atividade física e o treino intestinal podem ajudar a resolver esta situação, sendo fundamental fazê-lo todos os dias.

Este processo não ocorre de um dia para o outro, é preciso tempo e adquirir novos hábitos.

A ginástica da barriga vai ajudar-te a sentires-te melhor! É normal não teres sempre dejeção, o importante é não desistires!

Os teus pais, avós, professores e profissionais estão prontos para te ajudar!

Sempre que tiveres dúvidas ou precisares da nossa ajuda podes contactar-nos:

TENHO OBSTIPAÇÃO E AGORA?



A Obstipação é uma situação comum!

Este folheto contém informações que te podem ajudar a gerir a tua condição

Realizado por En^h Joana Carvalho, Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, sob orientação de En^h EESIP Professora Sónia Colaço

ALIMENTAÇÃO

A alimentação tem um papel fundamental na saúde do intestino.

EVITAR:

Cenoura, Batata, Arroz, Banana (podem causar prisão no intestino)

CONSUMIR:

Legumes, verduras e frutas com fibra: maçã, pera, ameixa (facilitam o funcionamento do intestino)

ÁGUA. A hidratação é essencial. Tentar beber pelos menos 1 l a 1,5 l de água por dia e evitar os sumos.



TREINO DO INTESTINO

Deves realizar treino diário de 15 a 20 minutos depois das refeições (pequeno almoço, almoço/lanche/jantar).

Deves sentar-te no bacio ou sanita com os pés apoiados e ir fazendo força durante 5 a 10 minutos.

Senta-te na sanita na posição correta:



Deves respirar fundo, sustar a respiração e fazer força na parte inferior da barriga. Lembra-te que a mãe vai colocar a sua mão na tua barriga para te ajudar!

Podes não ter vontade, mas é muito importante treinares!

HIGIENE INTESTINAL

É importante registares a tua atividade intestinal para te lembrares quando evacuaste (os dias e horas).

Utiliza um caderno especial de notas para não te esqueceres!

Lembra-te desta tabela:



O treino nem sempre é suficiente! É importante que cumpras o tratamento médico todos os dias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendola, S.; Angelis, P.; Dall'Oglio, L.; Abriola, G. & Lorenzo, M. (2003). Combined Approach to Functional Constipation in Children. *Journal of Pediatric Surgery*, 38, 819-823. <https://doi.org/10.1016/j.psu.2003.50174>
- Bekkali, N.; Hamers, S.; Reitsma, J.; Toledo, L. & Benninga, M. (2009). Infant stool form scale: development and results. *Journal of Pediatrics*, 154(4), 521-526. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2008.10.010>
- Campbell, P.; Cowie, J.; Jankulak, K.; Richardson, D. & Todhunter-Brown, A. (2022). Barriers and facilitators to managing childhood constipation. *Nursing Times* [online], 118(10).
- Hankinson, J.; Borden, L.; Allen, T.; Santo Domingo, L.; Oliva-Hemker, M.; Mathews, T.; Brock, K.; Perry-Parrish, C.; Reynolds, E.; Specht, M. & Ostrander, R. (2018). Outcomes of combined medical and behavioral treatments for constipation within a specialty outpatient clinic. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 6(1), 31–41. <https://doi.org/10.1037/cpp0000202>
- Hockenberry, M. (2024). Perspectives of Pediatric Nursing. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.1-13).
- Lane, M.; Czyzewski, D.; Chumpitazi, B. & Shulman, R. (2011). Reliability and validity of a modified Bristol Stool Form Scale for children. *Journal of Pediatrics*, 159(3), 437-441. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.03.002>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, nº133, Série II (12-07-2018), 19192–19194. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, nº26, Série II (06-02-2019), 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

- Rodrigues, L. & Martins, L. (2022). Obstipação. Portal Criança & Família. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Disponível em: <http://criancaefamilia.spp.pt/doencas-comuns-e-outros-problemas/obstipa%C3%A7%C3%A3o.aspx>
- Santos, I; Abreu, G.; Dourado, E.; Braga, A.; Lobo, V.; Carvalho, I.; Netto, J. & Barroso, U. (2021). Emotional and behavioural problems in children and adolescents: The role of constipation. *The Journal of Paediatrics and Child Health*, 57(7), 1003-1008. <https://doi.org/10.1111/jpc.15368>
- Tabbers, M.; DiLorenzo, C.; Berger, M.; Faure, C.; Langendam, M.; Nurko, S.; Staiano, A.; Vandenplas, Y. & Benninga, M. (2014). Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHA. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 58(2), 258-274. [https://naspghan.org/files/documents/pdfs/cme/jpgn/Evaluation and Treatment of Functional.24.pdf](https://naspghan.org/files/documents/pdfs/cme/jpgn/Evaluation%20and%20Treatment%20of%20Functional%20Constipation.pdf)

Apêndice X

Reflexão “Comunicação com a Criança em idade pré-escolar”

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**
Unidade Curricular: Estágio

Reflexão:
Comunicação com a Criança em idade Pré-escolar

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

Lisboa
Julho, 2023

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio

**Reflexão:
Comunicação com a Criança em idade Pré-escolar**

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

Docente:
Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques

**Lisboa
Julho, 2023**



INTRODUÇÃO

A presente reflexão surge no âmbito do estágio de cuidados de saúde primários, inserido na Unidade Curricular Estágio do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A análise reflexiva sobre a experiência prática contribui para o desenvolvimento do conhecimento e do raciocínio clínico (Tanner, 2006), permitindo transformar a experiência e reconstruir o saber (Kolb, 1984). É um processo pessoal, contínuo e dinâmico que se baseia na reflexão sobre e na ação, e que culmina em aprendizagem (Shön, 1987). Constitui um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais na aquisição de um conhecimento mais profundo dos seus saberes e práticas (Santos & Fernandes, 2004).

Baseada no ciclo de Gibbs (Jasper, 2003) visa o desenvolvimento de competências de reflexão e análise crítica da prática de cuidados em contexto de consulta de saúde infantil e juvenil, com foco na comunicação com uma criança em idade pré-escolar. Ao incidir sobre a comunicação com a criança e família responde aos princípios dos cuidados centrados na criança família e cuidados sensíveis ao trauma, fundamentais à prática de cuidados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, e contribui ativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O contacto com os cuidados de saúde pode ser considerado um momento de elevado *stress* e ansiedade, durante o qual a criança e a família podem experienciar sentimentos, emoções e comportamentos desagradáveis, nomeadamente a perda de controlo, medo da lesão corporal, da intrusão, da dor e da morte, que agrava com a possibilidade de realização de procedimentos invasivos e dolorosos (Diogo et al., 2016; Forkey et al., 2021; National Child Traumatic Stress Network [NCTSN], 2014; Fox, 2024). Adequar a comunicação à idade, nível de desenvolvimento, competência e cultura da criança e família, a gestão do ambiente, com redução dos estímulos visuais e sonoros, com as consultas a decorrerem num ambiente privado, acolhedor adequado à população pediátrica, a postura e comunicação dos profissionais são estratégias fundamentais para a redução do *stress* e ansiedade das crianças e famílias (Direção Geral da Saúde [DGS], 2012; Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], 2021).

MÉTODO

A reflexão sobre e na ação deve ser considerada um processo de aprendizagem individual, contínuo e dinâmico durante o qual o profissional analisa a sua ação e utiliza o raciocínio e o julgamento clínico (Driscoll, 2007). A aprendizagem ocorre quando o profissional reconhece a transformação da experiência e reconstrói o seu conhecimento (Kolb, 1984).

Permite reconhecer pontos fortes e pontos a melhorar, identificar sentimentos e emoções, compreender o sentido do que aconteceu e rever criticamente a atuação e intervenção do profissional, tendo em vista a aprendizagem pessoal e profissional, bem como a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Koshy, et al., 2017).

Adicionalmente, Driscoll (2007) refere que a exposição à reflexão e a prática reflexiva é crítica e fundamental não só durante a educação e treino dos estudantes, mas também para o desenvolvimento e aprendizagens contínuos dos profissionais.

Como referido anteriormente, a estrutura da presente reflexão baseia-se no ciclo reflexivo de Gibbs (Jasper, 2003), sendo realizado de forma corrida.

REFLEXÃO

O ambiente de cuidados, a relação terapêutica, a comunicação e postura dos profissionais parecem ter grande impacto no contacto com a criança e sua família. Assim, irei refletir sobre uma consulta de saúde infantil a uma menina de 5 anos, M., acompanhada pela mãe, com particular enfoque no momento da vacinação.

Dirigi-me à sala de espera e chamei a M. Recordo-me que olhou para mim com os olhos muito abertos e, de cabeça baixa, de mão dada à mãe, juntou-se a mim. Apresentei-me pelo nome e disse qual a minha função, demonstrando respeito pela dignidade da criança e da mãe e procurando iniciar a relação terapêutica, conforme preconizado pelos princípios dos cuidados centrados na família (Institute for Family and Patient Centered care [IPFCC], 2021).

Quando chegámos à sala de saúde infantil M varreu rapidamente a sala com o olhar parecendo procurar algum conforto no espaço. Sentou-se junto da mãe e manteve a cabeça baixa evitando contacto visual. A sua comunicação não verbal e postura deixavam transparecer o desconforto com a situação. A mãe referiu que M sabia que era dia de vacinas e que ela não

gostava nada disso. Coloquei-me ao lado de M, ao seu nível, e com uma postura tranquila e voz calma, tentei perceber o que M estava a pensar e a sentir, mas não obtive resposta.

O ambiente físico (luz, ruído, cheiro, cores e temperatura) surge antes do contacto com o ambiente humano (relação), pelo que deve ser adequado à população infantil com desenhos, cores apelativas, com redução dos sons considerados estranhos e da luz (Diogo, 2015). Deve promover-se um ambiente seguro e afetuoso que permita à criança e pais sentirem-se seguros num ambiente que não lhes é familiar.

As consultas são realizadas na sala de saúde infantil, num ambiente privado, tranquilo, acolhedor, com paredes decoradas com bonecos coloridos, cores vivas e brinquedos, o que permite, através de atividades lúdicas, reduzir o impacto do ambiente desconhecido para a criança e família.

Procurei dar tempo para que M se sentisse mais confortável e confiante para falar comigo e foquei a minha atenção na mãe. Fui realizando a consulta, em conjunto com a enfermeira especialista, mas apenas a mãe participava ativamente, estando M de cabeça baixa e olhos no chão. Embora M mantivesse um comportamento e linguagem não verbal de evitação procurei que participasse ativamente na consulta e perguntei se podíamos fazer alguns jogos para avaliar as medidas antropométricas, sinais vitais e exame oftalmológico. M olhou para mim e perguntou se ia doer. Respondi que não e expliquei cada procedimento antes de o realizar, fornecendo algumas indicações de como M poderia colaborar comigo. A avaliação da tensão arterial foi a mais desafiante. Disse a M que ia avaliar a sua força e ver se o coração estava a bater forte e que, para isso, a braçadeira ia apertar e quando atingisse a força máxima de M ia parar, adequando a minha linguagem à sua compreensão.

As crianças em idade pré-escolar na transição para a escolar possuem domínio da linguagem verbal, expressando os seus sentimentos, medos e preocupações, demonstram preocupação com a sua integridade física, evitando procedimentos que consideram dolorosos, e procuram compreender exatamente o que lhes vai acontecer. O enfermeiro deve conversar e explicar os procedimentos, envolvendo a criança e os pais, permitir que a criança veja e toque os materiais a utilizar, devendo evitar utilizar frases que possam ser interpretadas literalmente.

Com o decorrer da consulta chegou a altura da vacinação. O desconforto e *stress* de M eram visíveis, com consonância da comunicação verbal e não verbal e verbal. Automaticamente M parece entrar em pânico ao ver as caixas das vacinas. A agitação psicomotora, com tentativa de sair da sala, o choro e pânico, os gritos e as consecutivas verbalizações “não quero, não quero, não quero...” eram sinais claros de *stress* e trauma. Perguntei à mãe se este era um

comportamento comum ao que a mãe me respondeu que era costume reagir assim aos procedimentos dolorosos e que o comportamento tinha intensificado após um episódio de hospitalização.

As experiências passadas influenciam as experiências presentes e futuras de contacto com os cuidados de saúde. Fazendo uma breve avaliação utilizando o protocolo DEF do modelo dos cuidados sensíveis ao trauma verifica-se que M se encontra em *distress*, embora tenha a presença e apoio emocional da mãe. A experiência passada de trauma requer que sejam utilizadas estratégias do segundo nível de prevenção, isto é, intervenções especializadas para crianças e famílias com sinais e sintomas de trauma (NCTSN, 2014). Embora tenha existido um esforço da minha parte para abordar M com base no modelo DEF, as circunstâncias em que se realizou a consulta não o permitiram. Por esse motivo, foquei-me na apreciação e alívio da dor com recurso a técnicas não farmacológicas, intervenção realizada em parceria com M e a sua mãe.

Expliquei a M que as vacinas eram necessárias e tínhamos que as administrar, mas gostava de saber se podia fazer alguma coisa para a ajudar. A M pediu-nos tempo. Utilizei algumas técnicas de distração, nomeadamente os bonecos nas paredes e brinquedos presentes na sala, expliquei o procedimento da vacinação, mostrei-lhe os materiais e dei-lhe a escolher os pensos que queria colocar no final.

A postura do profissional quando se dirige à criança, o seu diálogo e linguagem, podem também ser considerados estratégias não farmacológicas para o controlo da dor. Recomenda-se que o profissional se coloque ao nível da criança, explique o procedimento, se adequado à idade e nível de desenvolvimento, comunique com a criança num tom de voz neutro, através de linguagem positiva, não sendo recomendado o uso de expressões falsas ("não dói nada") nem a repetição de expressões ("já vai acabar" ou "está tudo bem") (APED, 2021; DGS, 2012a).

Com calma e voz suave perguntei se a mãe queria dar colo a M de forma a facilitar o procedimento ou preferia ficar a distrair a M. A mãe escolheu dar um abraço com alguma contenção dos membros superiores e eu fiquei na distração. Rapidamente a situação escalou novamente e M. chora, grita e esperneia a tentar sair do colo da mãe. O abraço suave passou a restrição física e M perdeu totalmente o controlo.

A presença parental e a participação ativa dos pais ao longo do procedimento deve ser incentivada em todas as situações de contacto com os cuidados de saúde (APED, 2021; Instituto de Apoio à Criança, 2021). A criança deve estar ao colo dos pais, numa posição de conforto, que permita o embalo e o aconchego nos braços dos pais, com alguma contenção,

podendo estar em canguru ou sentados (APED, 2021; DGS, 2012a; DGS, 2012b). Na presente situação, o colo e abraço terapêutico não foram suficientes para conter M. e foi necessária restrição física executada pela mãe. No entanto, a restrição física é considerada uma intervenção invasiva e potencialmente traumática, pelo que se necessário, deve ser realizada por um profissional de saúde, ficando os pais envolvidos no apoio à criança (DGS, 2012a; *International Association for the study of Pain* [IASP], 2021).

Dado que a distração não sortia efeito foi necessário segurar M e pedir-lhe a sua atenção para tentar quebrar o ciclo de agitação. Demorou algum tempo mas M parou e olhou para mim. Pedi-lhe que fechasse os olhos, e optei por utilizar técnicas de relaxamento com inspirações profundas e reforço positivo. A vacinação decorreu e apenas no final M percebeu que já tinha terminado.

A distração pode ser utilizada em todas as idades, desde que adequada ao nível de desenvolvimento, idade e sensibilidade da criança, devendo ocorrer antes, durante e após o procedimento (APED, 2021). Pretende-se desviar a atenção da criança do estímulo doloroso, através de intervenções que captem a sua atenção como a voz da mãe, músicas e histórias, bolhas de sabão, imaginação guiada, técnicas de relaxamento/exercícios de respiração, reforço positivo, recompensas ou elementos do ambiente físico (DGS, 2012a; DGS, 2012b; IASP, 2021; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013). No caso de M utilizaram-se técnicas de relaxamento/exercícios de respiração, reforço positivo e recompensas.

M manteve-se no colo da mãe que repetia vários elogios, reforçando positivamente o seu comportamento durante a vacinação. Como recompensa ofereci-lhe autocolantes coloridos e tornou-se visível a redução da ansiedade. O reforço positivo, através do elogio verbal ("obrigada por ouvires a senhora enfermeira") ou com entrega de recompensas (autocolantes ou certificado) parece ter um impacto positivo nas crianças em fase pré-escolar ou escolar (DGS, 2012a; OE, 2013).

Garantir o bem-estar e a satisfação das crianças e famílias com os cuidados de enfermagem é competência do EEESIP. Para tal, identificar as situações que provocam desconforto físico, psíquico e/ou emocional e implementar intervenções para a sua prevenção e minimização, como a gestão da dor através de estratégias farmacológicas e não farmacológicas é fundamental (OE, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de M na consulta de saúde infantil e pediátrica é apenas um exemplo representativo das diferentes situações que presenciei. De forma transversal, o medo da lesão corporal e da dor, a ansiedade e a perda de controlo, que se intensificam aquando da realização de procedimentos percebidos como dolorosos, são alguns dos fatores de *stress* associados aos cuidados de enfermagem que identifiquei e que se encontram descritos na literatura (Diogo, et al., 2016; Fox, 2024).

No caso descrito, a ansiedade de M foi visível desde o início da consulta, tendo-se intensificado com a aproximação da vacinação. Ao identificar os sinais de *stress* e trauma, reconhecer experiências anteriores e possíveis estratégias de *coping*, desmistificar medos e preocupações e respeitar o tempo que M necessitava para se preparar para o procedimento, baseei a minha intervenção no protocolo DEF (NCTSN, 2014), promovendo a prestação de cuidados sensíveis ao trauma.

Preparar a criança para o procedimento e adequar as estratégias não farmacológicas para controlo da dor antes, durante e após o procedimento são intervenções fundamentais para o seu sucesso, culminando numa experiência positiva que influenciará os contactos futuros com os cuidados de enfermagem. Para tal, torna-se essencial comunicar com a criança e sua família de forma adequada à idade, nível de desenvolvimento, compreensão e cultura, adotando uma postura compreensiva e empática.

Nesta linha, considero que a minha intervenção e a experiência de M, assim como a presente reflexão, contribuíram para o desenvolvimento de competências de EEESIP, nomeadamente o diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (E1.2.), como são o *stress* e a ansiedade, e a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2) com recurso a estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Também foi possível promover o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1.) e comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3.) (Regulamento n.º 422/2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2021). Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor para o controlo da dor na vacinação pediátrica: linhas orientadoras para a prática clínica. https://aped-dor.org/documentos/vac_young/recomendacoes_aped.pdf
- Direção Geral da Saúde (2012a). Orientação nº 22: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Diogo, P. (2015). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar. (2ª ed.). Lusodidata
- Diogo, P.; Vilelas, J.; Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47. <http://hdl.handle.net/10400.26/23729>
- Driscoll, J. (2007). Supported reflective learning: the essence of clinical supervision?.
- Forkey, H.; Szilagyi, M.; Kelly, E.; Duffee, J. (2021). Trauma Informed Care. *Pediatrics*, 148(2), e2021052580. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052580>
- Fox, J. (2024). Family Centered Care of the Child during Illness and Hospitalization. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.648-667).
- Goddard, A.; Janicek, E. & Etcher, L. (2022). Trauma Informed Care for the Pediatric Nurse. *Journal of Pediatric Nursing*, 62, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.003>
- Guest, H. (2021). A concept analysis of trauma-informed care. *Nursing Forum*, 56(4), 1000-1007. <https://doi.org/10.1111/nuf.12626>
- Institute for Patient and Family Centered Care (2021). Patient and Family Centered Care. <https://ipfcc.org/about/pfcc.html>

- Jasper, M. (2003). *Foundations in Nursing and Health Care: Beginning Reflective Practice*. Nelson Thomes Ltd.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Koshy, K.; Limb, C.; Gundogan, B.; Whitehurst, K. & Jafree, D. (2017). Reflective practice in health care and how to reflect effectively. *International Journal of Surgery Oncology*, 2(6), e20. <http://doi.org/10.1097/IJ9.0000000000000020>
- National Child Traumatic Stress Network. (2014). *Pediatric Medical Traumatic Stress: A Comprehensive Guide* [https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//pediatric toolkit for health care providers.pdf](https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//pediatric_toolkit_for_health_care_providers.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Regulamento nº422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, nº133, Série II (12-07-2018), 19192–19194. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, 59-62. Available from: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10
- Shön, D. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the profession*. Jossey-Bass Limited.
- Tanner, C. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

Tomaz, T. & Castro-Vale, I. (2020). Trauma-Informed Care in Primary Health Settings—Which Is Even More Needed in Times of COVID-19. *Healthcare*, 8(3), 340.
<https://doi.org/10.3390/healthcare8030340>

Apêndice XI

Reflexão "Criança com Perturbação de Hiperatividade e Défice de
Atenção e sua Família"

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**
Unidade Curricular: Estágio

**Reflexão: Criança com Perturbação de
Hiperatividade e Défice de Atenção e sua
Família**

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

**Lisboa
Julho, 2023**

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio

**Reflexão: Criança com Perturbação de
Hiperatividade e Défice de Atenção e sua
Família**

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

Docente:
Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques

**Lisboa
Julho, 2023**

ÍNDICE

Índice	4
Introdução	5
1. Enquadramento Teórico.....	6
1.1. Definição e Epidemiologia.....	6
2. Análise Crítica e Reflexiva	9
2.1. Intervenção do EEESIP	9
Conclusão	15
Referências Bibliográficas	16

INTRODUÇÃO

A presente reflexão decorre no âmbito da Unidade Curricular Estágio, especificamente no estágio na Consulta de Desenvolvimento, inserida no I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Tem como objetivo desenvolver uma análise crítica e reflexiva sobre as aprendizagens obtidas através de uma intervenção experienciada em contexto de estágio e a forma como se articula com as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

A consulta de desenvolvimento da instituição onde se realiza o estágio assiste crianças, jovens e suas famílias com diferentes perturbações do desenvolvimento. Neste contexto, foi possível acompanhar a enfermeira orientadora na realização de consultas de enfermagem, nomeadamente a crianças com perturbações da relação e comunicação, perturbações do espectro do autismo, perturbações da fala e da linguagem e hiperatividade e défice de atenção (PHDA). Desde cedo que a comunicação com as crianças com PHDA se constituiu um desafio, em particular, pela necessidade de captar a sua atenção e participação ativa na consulta. O que suscitou várias questões e a necessidade de aprofundar conhecimentos através de pesquisa bibliográfica sobre a temática, nomeadamente sobre técnicas de comunicação com crianças com esta patologia.

A Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção é uma condição crónica que acompanha a criança ao longo da vida, sendo a perturbação do desenvolvimento mais prevalente na infância (Zhang, Díaz-Román & Cortese, 2018). Pode ser do domínio da desatenção, hiperatividade/impulsividade ou misto, consoante o foco dos comportamentos demonstrados pela criança, no entanto, independentemente destes, reconhece-se o seu impacto em diferentes áreas. Consiste numa condição que pode ser gerida com medidas farmacológicas e não farmacológicas, sendo estas últimas a primeira linha de atuação em crianças em idade pré-escolar (Wolraich, et al., 2019).

Ao ter oportunidade de realizar uma observação participante nestas consultas concretizei várias atividades e observei alguns comportamentos característicos, desenvolvi competências de comunicação adequadas e individualizadas a cada criança e colaborei com os pais na identificação de estratégias para gerir o impacto desta perturbação a nível pessoal, familiar, social e escolar.

A avaliação do desenvolvimento infantil, as orientações antecipatórias e as estratégias para adaptação à condição crônica são competências fundamentais do EEESIP no acompanhamento destas crianças e famílias. A presente reflexão tem como ponto de partida estas intervenções do EEESIP, em crianças com PHDA.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

A PHDA é a perturbação do desenvolvimento mais comum na infância, sendo caracterizada por um padrão generalizado, persistente e incapacitante de desatenção, hiperatividade/impulsividade ou ambos (Zhang, Díaz-Román & Cortese, 2018), com inúmeras causas e fatores de risco (Claussen, et al., 2022). A Associação Americana de Pediatria (2013) define a PHDA como a presença de seis ou mais sintomas nos domínios da desatenção, hiperatividade e impulsividade, ou ambos, acrescentando que os sintomas devem estar presentes até aos 12 anos e interferir no funcionamento de dois ou mais domínios, não sendo explicados por nenhuma outra condição.

Segundo alguns autores, as crianças diagnosticadas com PHDA podem também ter outras perturbações do neurodesenvolvimento associadas, nomeadamente perturbações da linguagem, dificuldades de aprendizagem e perturbação de oposição e desafio, que derivam das dificuldades geradas pela desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade, e acrescem ao compromisso do desenvolvimento psicomotor com impacto negativo a nível físico, emocional, social, familiar e escolar (Wolraich, et al., 2019). Também os sintomas emocionais associados a hiperatividade e impulsividade podem ser identificados, destacando-se a raiva, irritabilidade, baixa tolerância ao *stress* e à frustração, falta de controlo emocional e inflexibilidade, que podem prolongar-se para a vida adulta se não forem adereçados (Faraone, et al., 2019; Wolraich, et al., 2019).

As causas e os fatores de risco para a PHDA são inúmeros (Claussen, et al., 2022; Wolraich, et al., 2019), com a evidência científica a apontar os fatores genéticos e hereditariedade como os de maior peso, no entanto estudos recentes destacam a influência das experiências na infância e dos fatores ambientais (Claussen, et al., 2022).

As experiências da infância associadas ao período pré e pós-natal, nomeadamente recém-nascidos que experienciem hipoxia devido a pré-eclâmpsia, asfixia perinatal, doença respiratória neonatal, prematuridade, ou a obesidade materna com comorbilidades associadas

e a amamentação podem influenciar o comportamento das crianças e as perturbações do desenvolvimento (Bitsko, et al., 2022; Claussen, et al., 2022). As experiências referidas têm por base as respostas ao *stress* desencadeadas, como por exemplo a privação de oxigénio na hipoxia/asfixia e a ativação de citocinas inflamatórias associadas à pré-eclâmpsia, que impactam o desenvolvimento das estruturas cerebrais, a cognição e a memória, sendo consideradas fatores de risco para as várias perturbações do desenvolvimento, nomeadamente a perturbação do espectro do autismo, atrasos de desenvolvimento e perturbações do comportamento/emocionais (Bitsko, et al., 2022; Wolraich, et al., 2019).

Desta forma, é fundamental salvaguardar a saúde materna no pré-natal e os cuidados neonatais para que os alicerces da saúde física e mental da mãe e das crianças sejam estáveis e consistentes ao longo da vida (Brundage & Shearer, 2019). A colheita de dados para identificação de fatores de risco pré e pós-natais permite que se identifiquem precocemente situações potencialmente traumáticas que possam predizer perturbações do desenvolvimento, e assim, servir de base para a prevenção e melhoria dos resultados (Bitsko, et al., 2022).

Também os fatores ambientais parecem influenciar o crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens. O desenvolvimento do comportamento e das emoções das crianças é fortemente afetado pelas experiências da infância, pelos comportamentos parentais e o contexto familiar, que podem moldar o desenvolvimento e a expressão de sintomas comportamentais da PHDA (Claussen, et al., 2022).

É reconhecido que a relação da criança com os pais, a qualidade da vinculação, a sensibilidade dos pais aos sinais da criança e a sua capacidade de apoio têm impacto no desenvolvimento emocional a longo prazo, podendo influenciar perturbações do comportamento e neurodesenvolvimento (Coughlin, 2021; Claussen, et al., 2022; Garner & Yogman, 2021). Por um lado, uma resposta sensível apoia a criança na regulação das suas emoções/comportamento e no desenvolvimento de habilidades de função executiva, e por outro lado, a falta de sensibilidade parental resulta em falta de previsibilidade, o que afeta os processos de regulação da criança. Outros fatores parentais e contexto familiar como fraca qualidade de interação, maus-tratos, divórcio e monoparentalidade, uma maior exposição das crianças aos ecrãs foram associados a um aumento da probabilidade de sintomas e diagnósticos de PHDA, surgindo assim como potenciais fatores de risco adicionais. A separação dos pais, em caso de hospitalização, encarceramento parental ou abandono, desencadeia uma reação traumática na criança que afeta a função executiva, autorregulação e atenção (Claussen, et al., 2022).

Neste caso, intervenções centradas na família, com estratégias de promoção e apoio à parentalidade e vinculação, promoção da saúde mental dos pais e que abordem o *stress*, podem prevenir e reduzir o impacto das perturbações do desenvolvimento nos filhos, incluindo a PHDA (Classen, et al., 2022). Também uma abordagem direcionada aos determinantes sociais de risco, como a situação socioeconómica, conflitos e violência, com redução das disparidades em saúde, desvantagens sistémicas e falta de recursos parecem ter impacto na parentalidade e trauma parental (Bailey; Feldman & Bassett, 2021).

Os EEESIP devem identificar estas situações de risco para a criança e jovem, sensibilizando os pais para o impacto da violência, suas consequências e prevenção no desenvolvimento, e agindo na assistência à criança em situações de abuso, negligência e maus tratos (Regulamento nº422/2018). Adicionalmente, podem desenvolver estratégias de suporte aos pais, que promovam o seu conhecimento e competências na promoção da sua saúde e bem-estar, e consciencialização do impacto do seu comportamento no crescimento e desenvolvimento físico, emocional e social da criança, podem refletir resultados positivos nas crianças (Forkey, et al., 2021; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2019; Regulamento nº422/2018).

1.2. TRATAMENTO E ORIENTAÇÕES ANTECIPATÓRIAS

Como condição crónica prevalente, a PHDA está frequentemente associada a outras perturbações do desenvolvimento, com impacto substancial para o indivíduo, sua família e comunidade. Ao afetar não só o domínio funcional, mas também o bem-estar geral do indivíduo, a nível da saúde física e domínio social, ocupacional, académico e profissional (Posner, Polanczyk & Sonuga-Barke, 2020), deve ser alvo de intervenção a vários níveis.

Alguns autores referem que o tratamento da PHDA varia consoante a trajetória de desenvolvimento, estando identificadas quatro trajetórias: início precoce (pré-escolar 3-5anos), início na meia infância (6-14 anos) com curso persistente, início na meia infância com desvio na adolescência, e início na adolescência ou idade adulta (mais de 16 anos) (Posner, Polanczyk & Sonuga-Barke, 2020). Igualmente, parece ser consensual que a abordagem de primeira linha é não farmacológica para crianças em idade pré-escolar (Faraone, et al., 2019; Posner, Polanczyk & Sonuga-Barke, 2020; Wolraich, et al., 2019).

A psicoeducação, o apoio à aprendizagem e académico, as intervenções promotoras do desenvolvimento, gestão da condição crónica, as orientações para as práticas parentais e despiste de outras condições associadas são exemplos de intervenções não farmacológicas

para gestão da PHDA (Posner, Polanczyk & Sonuga-Barke, 2020; Wolraich, et al., 2019). É neste tipo de intervenções que o acompanhamento pelo EEESIP é fundamental, pela avaliação do desenvolvimento infantil e na partilha de estratégias individualizadas para cada criança e família.

A referenciação e encaminhamento integram este acompanhamento e podem passar por consultas da especialidade, utilização de recursos da comunidade, referenciação para o Sistema Nacional para a Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) ou equipa de Saúde Mental na Infância se necessário (Direção Geral da Saúde, 2013).

Em Portugal, a nível escolar e educativo observou-se uma crescente preocupação com a inclusão social e escolar de crianças com perturbações do desenvolvimento, com condições socioeconómicas mais baixas e em situações de risco (Filipe, 2011). Em 2018, foi aprovado o decreto-lei nº54/2018, que emana uma série de recomendações e medidas de suporte à aprendizagem e inclusão escolar e social, universais, seletivas e adicionais, que incluem acompanhamento pela psicóloga clínica e professores de ensino especial, sendo mobilizadas consoante as necessidades das crianças. As crianças com PHDA e perturbações do desenvolvimento encontram-se inseridas neste decreto-lei, tendo ainda como recursos adicionais a terapia da fala, terapia ocupacional e apoio psicológico, obtidos através da referenciação referida anteriormente.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

2.1. INTERVENÇÃO DO EEESIP

A avaliação do crescimento e desenvolvimento, a transmissão de orientações antecipatórias à família para maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil, a avaliação da parentalidade e competência parental, e a gestão do processo de resposta à criança com necessidade de intervenção precoce são competências do EEESIP que identifiquei e desenvolvi na consulta de desenvolvimento (Regulamento n.º 422/2018).

Ao participar ativamente na consulta de enfermagem e médica a crianças com PHDA, normalmente com outras condições associadas (atrasos na linguagem, na aprendizagem e no desenvolvimento), pude avaliar o seu desenvolvimento através de dois instrumentos complementares: Escala de Avaliação do Desenvolvimento *Mery-Sheridan* (consulta de enfermagem) e Escala de Avaliação de Competências do Desenvolvimento Infantil *Growing-Skills* (consulta médica). São ambas escalas de rastreio, não servindo para diagnóstico, que

visam determinar se a criança cumpre ou não os marcos de desenvolvimento associados à idade. No entanto, sabe-se que cada criança é única e pode não desenvolver as mesmas competências na idade pré-definida, no entanto, cabe aos EEESIP detetar atrasos major e sinais de alarme aquando da avaliação do desenvolvimento, para que a intervenção possa ser o mais precoce possível.

Na consulta médica pude também observar a utilização da Escala de Classificação de Comportamento Abrangente de Connors, que é preenchido pelos pais e pelos educadores, identificando comportamentos que a criança exhibe e que permitem o diagnóstico de PHDA. A recolha de dados para elaboração da história clínica e posterior diagnóstico teve frequentemente em consideração os dados dos relatórios de referenciação da saúde escolar e cuidados de saúde primários, já com avaliação da psicóloga educacional, terapia da fala e médico de medicina geral e familiar.

A comunicação com as crianças com PHDA pode ser um desafio, no sentido em que é necessário manter a sua atenção e foco na consulta para que a avaliação do desenvolvimento seja efetuada corretamente. Assim, promover um ambiente tranquilo, sem elementos de distração, a comunicação em voz calma e assertiva, com tarefas curtas, mantendo o contacto ocular, adequando o discurso à idade, compreensão e cultura da criança e família são estratégias facilitadoras (Filipe, 2011; Freire, 2012).

O gabinete das consultas de enfermagem era acolhedor e tranquilo, no entanto tinha bonecos nas paredes e brinquedos o que, nas crianças com esta condição, alterou o foco de atenção, dificultando a comunicação e a avaliação do desenvolvimento psicomotor. Nestes casos, as estratégias utilizadas para favorecer a comunicação passaram por aguardar o contacto ocular, dar tempo para a brincadeira acabar ou adaptá-la para avaliar as competências psicomotoras, fazer pedidos com tarefas curtas e de forma assertiva.

Incumbe ao EEESIP participar ativamente neste processo e compreender as dificuldades sentidas pelas crianças e pelos pais e, com os dados obtidos, identificar áreas específicas para intervenção, com necessidade de transmitir orientações e estratégias para promoção do desenvolvimento psicomotor, aprendizagem e gestão da condição. De salvaguardar que o EEESIP deve avaliar os conhecimentos que a criança e família detém antes de fornecer as orientações antecipatórias e estratégias de adaptação à condição crónica, de forma a facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à sua saúde e segurança (Regulamento n.º 422/2018).

Numa fase inicial, o enfermeiro deve proporcionar cuidados ao latente, isto é, prestar cuidados adequados para o desenvolvimento e centrados na família para a criança com menos

de um ano, através de orientações antecipatórias para utilização de brinquedos e atividades seguras e adequadas ao desenvolvimento psicomotor, com estimulação visual, auditiva, tátil e cinética adequadas, informações sobre educação infantil, marcos de desenvolvimento e possíveis regressões, bem como apoio emocional e espiritual aos pais/cuidadores (Butcher, et al., 2020). No caso dos recém-nascidos prematuros crescem intervenções como estabelecer um plano de desenvolvimento individualizado e reconhecer sinais de stress e de autorregulação do recém-nascido (Butcher, et al., 2020). Estas intervenções visam o crescimento e desenvolvimento infantil saudável e puderam ser identificadas nas consultas de desenvolvimento nas quais participei.

Preconiza-se sugerir aos pais/cuidadores a criação de um espaço seguro e bem-definido para a criança explorar e aprender, com brinquedos e materiais adequados à idade, brincadeiras baseadas no sonho e fantasia, mas também em atividades de vida diária (vestir e despir, escovar os dentes, lavar as mãos, alimentar-se...), ouvir músicas, cantar e conversar, ler histórias, oferecer materiais com diferentes fins e texturas, nomear objetos no ambiente, ensinar a reconhecer e manipular formas e o seu nome, ensinar a pular e dar cambalhotas são intervenções de enfermagem (Butcher, et al., 2020) que permitem trabalhar o desenvolvimento psicomotor de forma informal e divertida para a criança.

Em paralelo, a estimulação do latente e criança, ou seja, o ensino aos pais e cuidadores para que proporcionem atividades sensoriais adequadas ao desenvolvimento e idade, é também uma intervenção do enfermeiro. O EEESIP deve facilitar e ensinar os pais/cuidadores para um excelente desenvolvimento motor fino e grosso, desenvolvimento da linguagem, cognitivo, social e emocional das crianças em idade pré-escolar e escolar. Como atividades destacam-se o ensino sobre os marcos de desenvolvimento normal e comportamentos associados, identificar as necessidades especiais da criança e as adaptações necessárias, demonstrar atividades que promovam o desenvolvimento infantil, facilitar o contacto com os recursos da comunidade e grupos de apoio se necessário e facilitar a integração da criança com os colegas, encorajando-a a interagir com os outros por meio da imitação de papéis nas interações sociais (Butcher, et al., 2020). Estas intervenções vão ao encontro das competências específicas do EEESIP.

Num outro âmbito, a presença da educação para a saúde nas consultas de enfermagem não deve ser esquecida como um dos focos de intervenção do EEESIP (Butcher, et al., 2020; Regulamento n.º 422/2018). Desenvolver e fornecer instruções e experiências de aprendizagem facilitadoras da adaptação voluntária de comportamentos propícios à saúde em

indivíduos e famílias, através da identificação de fatores internos e externos que possam melhorar ou reduzir a motivação para o comportamento saudável, determinar o contexto pessoal e sociocultural das famílias, priorizar necessidades de aprendizagem com base no *feedback* do indivíduo e recursos disponíveis, bem como enfatizar os benefícios positivos imediatos a curto prazo na saúde ao invés dos a longo prazo ou os efeitos da não modificação de comportamento (Butcher, et al., 2020).

Nas crianças com PHDA, a modificação de comportamentos nem sempre é fácil, em parte devido à raiva, irritabilidade, baixa tolerância ao stress e à frustração, falta de controlo emocional e inflexibilidade, mas também pela presença de outras perturbações associadas, nomeadamente a perturbação de oposição e desafio (Faraone, et al., 2019; Wolraich, et al., 2019). Assim, ao longo das consultas com as crianças em que participei foi possível identificar comportamentos característicos de PHDA, as necessidades de aprendizagem e fornecer estratégias para adaptação à condição crónica em parceria com as crianças e famílias. Estas foram agrupadas em função do domínio afetado: desatenção ou hiperatividade/impulsividade.

Neste âmbito, as principais dificuldades apontadas pelos pais de crianças com PHDA com predomínio da desatenção são a dificuldade em iniciar ou manter o esforço em atividades que não lhes gerem interesse, dificuldade em reproduzir o que se acabou de explicar (memória a curto prazo) e de articular vários tipos de informação em simultâneo (memória de trabalho), dificuldade em refletir e planear antes de atuar (controlo executivo), planificar, organizar e tempo e antecipar consequências. Estão identificados como alunos que se distraem a olhar pela janela, não atentam aos pormenores e por isso não compreendem as perguntas nos trabalhos, têm dificuldade em tirar apontamentos ao mesmo tempo que ouvem o professor e que se esquecem ou perdem os materiais.

As estratégias recomendadas passam por isolar o espaço de trabalho, isto é, em casa criar um espaço tranquilo com secretária no quarto sem ecrãs ou elementos distrativos, e na escola sentar a criança mais perto do professor, numa mesa mais isolada para realizar os exercícios que exigem maior atenção e dar-lhe mais atenção e apoio (Filipe, 2011; Hospital Fernando Fonseca, 2018). A colaboração ativa em tarefas domésticas e escolares apropriadas para a idade e de complexidade ajustada, como arrumar os brinquedos, ajudar a pôr a mesa, regar as plantas, distribuir testes ou apagar o quadro, ajuda-os a integrar o sentido de responsabilidade e a manter o foco numa atividade do princípio ao fim (Filipe, 2011). O tom de voz deve ser tranquilo, mas firme, procurado manter o contacto ocular, dando tarefas curtas e promotoras do sucesso, autolimitadas no tempo e acompanhadas de feedback constante e

reforço positivo imediato. O estabelecer rotinas e hábitos regulares com horários específicos pode ajudar na antecipação do que é pretendido. Os pais devem procurar soluções colaborativas, ou seja, que incluam os irmãos e os pares, como por exemplo realizar trabalhos em grupo na escola, desenvolver atividades domésticas ou trabalhos de casa em conjunto com os pais e irmãos, e praticar desportos e atividades de lazer em grupo (Filipe, 2011).

No domínio da hiperatividade/impulsividade os pais referiram dificuldade no controlo inibitório, em adiar a gratificação e em gerir as emoções, pois são crianças que interrompem ou estão sempre a falar, que se ausentam sem permissão, não conseguem esperar a sua vez, perguntam frequentemente quando acaba a tarefa que está a decorrer, respondem antes da pergunta completa, têm mau perder e se sentem frequentemente injustiçados.

Nestes casos, aconselham-se estratégias que podem passar por estabelecer contacto ocular associado à atribuição de tarefas claras através de instruções curtas e específicas, podendo utilizar-se imagens ilustrativas, promover um ambiente que permita o movimento (elástico debaixo da secretária para despende energia), ignorar pequenos movimentos reguladores de atenção e dos impulsos, não repreendendo todos os períodos de ligeira inquietude, mas apenas quando desrespeitam as regras ou perturbam os outros (Filipe, 2011).

As crianças precisam de despende energia para manter o foco, pelo que é necessário permitir pequenos intervalos e pausas nas tarefas, sendo possível combinar sinais de alarme com a professora (p.e. “preciso de ir à casa de banho”), recorrer ao *time out* (pausa para correr, jogar à bola ou outro desporto 5 minutos) ou ao espaço calma (Filipe, 2011; Hospital Fernando Fonseca, 2018). O reforço positivo é fundamental, pensar pela positiva, retirar a crítica e aumentar a autoestima, identificar comportamentos a reforçar e reforçá-los de forma imediata e contínua ajuda a criança a ter sucesso e a mantê-lo (Brazelton, 2021). Pode recompensar-se um comportamento positivo com uma consequência positiva, algo que seja significativo para a criança e que o faça repetir frequentemente o bom comportamento, através de uma tabela de recompensas ou realização de uma atividade conjunta (Brazelton & Sparrow, 2013). Por outro lado, devem estabelecer-se consequências negativas para comportamentos desadequados. A consequência deve ser proporcional à gravidade da regra quebrada e à persistência do comportamento, não devendo ser utilizada a punição física, mas sim optar pela privação de um objeto significativo ou privilégios anteriormente adquiridos (Brazelton & Sparrow, 2013).

Os comportamentos identificados pelos pais, em ambos os domínios de desatenção e hiperatividade/impulsividade, são consistentes com a evidência científica (American Academy

of Pediatrics, 2019; Filipe, 2011; Hospital Fernando Fonseca, 2018), sendo a agitação, inquietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, dificuldades de aprendizagem, falta de persistência, preguiça, irresponsabilidade, baixa tolerância à frustração algumas das características atribuídas a estas crianças (Hospital Fernando Fonseca, 2018; Lopes, 2003). Ensinar a criança a seguir orientações, ser consistente e organizado com as estratégias de controlo do comportamento, com redireccionamento da atenção quando necessário, atribuindo recompensas positivas e feedback ajudam a criança a expressar-se e a adotar comportamentos adequados, ultrapassando as características atrás mencionadas (Butcher, et al., 2020). A referenciação para os recursos da comunidade, como psicologia, terapia ocupacional e terapia da fala, foram estratégias utilizadas quando necessário e após avaliação, sendo também competências do EEESIP que identifiquei e desenvolvi na consulta de desenvolvimento (Regulamento n.º 422/2018).

Alguns autores identificam estratégias alternativas para a gestão da PHDA destacando-se o estabelecer rotinas previsíveis, treino social e ensino de estratégias para regulação emocional e resolução de problemas às crianças (Faraone, et al., 2019). A terapia cognitivo-comportamental para gestão de sintomas emocionais e técnicas de *mindfulness* e meditação, parecem ter um impacto positivo em crianças e adultos com PHDA, em especial no controlo da atenção, autocontrolo e regulação emocional, no entanto são necessários mais estudos neste sentido (Faraone, et al., 2019; Zhang, Díaz-Román & Cortese, 2018). Também a atividade física e o desporto, incluindo o desporto e atividades escolares, têm impacto positivo na gestão da energia da criança com PHDA, em especial na redução dos níveis de ansiedade, na melhoria da atenção seletiva, velocidade processamento de informação, flexibilidade cognitiva, funções executivas, comportamento, desempenho escolar, relação com os pares e interação social (Chan, Jang & Ho, 2022; Montalva-Valenzuela, Andrades-Ramírez & Castillo-Paredes, 2022)

O desafio do EEESIP passa por ajudar os pais a reconhecer e identificar estes comportamentos nos seus filhos e delinear estratégias, em parceria e colaboração com as crianças, para promover a gestão adequada da condição, através de medidas não farmacológica, e que permitam o desenvolvimento saudável. Apenas quando estas estratégias não surtem efeito ou os comportamentos têm um impacto muito significativo no funcionamento geral das crianças e jovens se tornam enquadráveis as medidas farmacológicas.

CONCLUSÃO

O estágio em contexto de consulta de desenvolvimento constituiu-se como uma experiência muito positiva e desafiante, estimulante da reflexão sobre as práticas e com aprendizagens a nível pessoal e profissional, com contributos para o desenvolvimento das competências comuns e específicas.

Como futura enfermeira especialista foi possível identificar e desenvolver competências específicas do EEESIP a nível da identificação de situações de risco para a criança, sensibilizando os pais para o impacto da violência e trauma, as suas consequências e sua prevenção para o desenvolvimento infantil e juvenil, e assistir a criança em situações de abuso, negligência e maus tratos. Avaliar o crescimento e desenvolvimento, transmitir orientações antecipatórias à família para maximizar o seu potencial de desenvolvimento infantojuvenil, avaliar e promover a parentalidade e a competência parental, auxiliar na gestão do processo de resposta à criança com necessidade de intervenção precoce, avaliar os conhecimentos que a criança e família detém antes de fornecer as orientações antecipatórias e estratégias de adaptação à condição crónica, e facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à sua saúde e segurança. A partilha os recursos disponíveis com os pais, a articulação com os recursos da comunidade e referenciação quando necessário foram identificadas e desenvolvidas ao longo do estágio. A comunicação adequada com a criança e família, considerando o seu desenvolvimento, conhecimento e cultura foi a competência mais desenvolvida e mais desafiante.

O esforço e dedicação da equipa multidisciplinar para ultrapassar as condicionantes e as limitações, tentando responder e adequar as suas ações sempre no sentido e superior interesse de ajudar as crianças e famílias, foi um aspeto que me sensibilizou para a necessidade e importância de saber ouvir para melhor cuidar.

Os momentos de reflexão e partilha de conhecimento que a minha enfermeira orientadora me proporcionou foram parte integrante deste processo de desenvolvimento, refletindo sobre a prática, partilhando a sua experiência na procura constante da excelência dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics. (2019). Understanding ADHD: Information for Parents. <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/adhd/Pages/Understanding-ADHD.aspx>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bailey, D.; Feldman, M. & Bassett, T. (2021). How structural racism works: Racist policies as a root cause of U.S. racial health inequities. *New England Journal of Medicine*, 384(8), 768–773. DOI: 10.1056/NEJMms2025396
- Bitsko, R.; Holbrook, J.; O'Masta, B.; Maher, B.; Cerles, A.; Saadeh, K.; Mahmooth, Z.; MacMillan, L.; Rush, M. & Kaminski, J. (2022). A Systematic Review and Meta-analysis of Prenatal, Birth, and Postnatal Factors Associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. *Prevention Science*. DOI: 10.1007/s11121-022-01359-3
- Brazelton, T. (2021). *O Grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e comportamental dos 0 aos 3 anos*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. & Sparrow, J. (2013). *O Método Brazelton: a Criança e a Disciplina*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brundage, C., & Shearer, C. (2019). *Plan and Provider Opportunities to Move Toward Integrated Family Health Care*. United Hospital Fund, pp. 1–13. https://uhfnyc.org/media/filer_public/c1/0b/c10bfb65-dbf9-4d2c-9f97-ecd2a3928a9e/plan_and_provider_opportunities_uhf.pdf
- Butcher, H.; Bulechek, G.; Dochterman, J. & Wagner, C. (2020). *Classificação das Intervenções de Enfermagem 7ª ed* (tradução). Guanabara Koogan.

- Chang, Y.; Jang, J. & Ho, C. (2022). Effects of physical exercise on children with attention deficit hyperactivity disorder. *Biomedical Journal*, 45(2), 265-270.
<https://doi.org/10.1016/j.bj.2021.11.011>
- Coughlin, M. (2021). *Transformative Nursing in the NICU: Trauma-Informed, Age Appropriate Care*. (2nd ed). Springer Publishing.
- Claussen, A.; Holbrook, J.; Hutchins, H.; Robinson, L.; Bloomfield, J.; Meng, L.; Bistko, R.; O'Masta, B.; Cerles, A., Maher, B., Rush, M. & Kaminski, J. (2022). All in the Family? A Systematic Review and Meta-analysis of Parenting and Family Environment as Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. *Prevention Science*, 1-23.
<https://doi.org/10.1007/s11121-022-01358-4>
- Decreto-Lei nº54/2018. (2018). *Diário da República*, nº129, série I (06-07-2018), 2918-2928.
<http://dge.mec.pt/noticias/decreto-lei-no-542018-educacao-inclusiva>
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Norma nº10/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.
http://criancaefamilia.spp.pt/media/117132/Programa_Nacional_de_Saude_Infantil_Juvenil.pdf
- Faraone, S.; Rostain, A.; Blader, J.; Busch, B.; Childress, A.; Connor, D.; Newcorn, J. (2019). Practitioner Review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder – implications for clinical recognition and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(2), 133-150. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12899>
- Filipe, M. (2011). *Práticas/Estratégias Educativas na Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção*. (Obtenção do Grau de Mestre). Escola Superior de Educação Almeida Garrett.
<http://hdl.handle.net/10437/1494>
- Freire, C. (2012). *Comunicação e interação social da criança com perturbação do espectro do autismo*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação Almeida Garrett.
<http://hdl.handle.net/10437/3050>

- Garner, A. & Yogman, M. (2021). Preventing Childhood Toxic Stress: Partnering With Families and Communities to Promote Relational Health. *Pediatrics*, 148(2), e2021052582. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052582>
- Forkey, H.; Szilagyi, M.; Kelly, E.; Duffee, J. (2021). Trauma Informed Care. *Pediatrics*, 148(2), e2021052580. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052580>
- Hospital Fernando da Fonseca. (2018). *Como lidar com a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)?*. <https://hff.min-saude.pt/perturbacao-hiperatividade-defice-atencao/>
- Lopes, J. (2003). *A Hiperatividade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Montalva-Valenzuela, F.; Andrades-Ramírez, O.; Castillo-Paredes, A. (2022). Effects of Physical Activity, Exercise and Sport on Executive Function in Young People with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 12, 61–76. <https://doi.org/10.3390/ejihpe12010006>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2019). *Fostering healthy mental, emotional, and behavioral development in children and youth: A national agenda*. <https://www.nap.edu/resource/25201/MEB.pdf>
- Posner, J.; Polanczyk, G. & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-Deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 395(10222), 450-462. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)
- Regulamento nº422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, nº133, Série II (12-07-2018), 19192–19194. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Wolraich, M.; Hagan, F.; Allan, C.; Chan, E.; Davison, D.; Earls, M.; Evans, M.; Flinn, S.; Frohlich, T.; Frost, F.; Holbrook, J.; Lehmann, C.; Lessin, H.; Okechukwu, K.; Pierce, K.; Winner, J. & Zurhellen, W. (2019). Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 144(4):e20192528. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>

Zhang, Z; Díaz-Román, A. & Cortese, S. (2018). Meditation-based therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder in children, adolescents and adults: a systematic review and meta-analysis. *Evidence Based Mental Health*, 21(3), 87-94.
<http://dx.doi.org/10.1136/ebmental-2018-300015>

Apêndice XII

Revisão da Literatura "Intervenções Não Farmacológicas para o
alívio da Dor associada à Vacinação"

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**
Unidade Curricular: Estágio

**Intervenções Não Farmacológicas para o Alívio da
Dor associada à Vacinação: Revisão da Literatura**

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

Lisboa
Junho, 2023

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**
Unidade Curricular: Estágio

**Intervenções Não Farmacológicas para o Alívio da
Dor associada à Vacinação: Revisão da Literatura**

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

Docentes:
Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques

Lisboa
Junho, 2023

INTRODUÇÃO

A presente revisão narrativa da literatura é apresentada no âmbito da Unidade Curricular Estágio, em particular nos Cuidados de Saúde Primários, inserida no I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A necessidade de prestar cuidados não traumáticos e informados pelo trauma, com foco no bem-estar da criança e família, prevenção e minimização da dor e do *stress* associados a procedimentos dolorosos, como é a vacinação, motivaram o aprofundar de conhecimentos sobre as intervenções e estratégias não farmacológicas para o alívio da dor associado à vacinação nos latentes e crianças em idade pré-escolar escolar. Em paralelo, o interesse e empenho em prestar cuidados de enfermagem de qualidade, com base na melhor evidência científica disponível, bem como na reflexão e análise das práticas, esteve na base da presente revisão narrativa da literatura.

Os objetivos delineados para a presente revisão narrativa são a identificação de estratégias não farmacológicas para alívio da dor no latente e crianças em idade pré-escolar e escolar, e a aquisição de fundamentos para a prestação de cuidados não traumáticos e informados pelo trauma à criança e sua família, com foco na prevenção e minimização do *stress* e da dor associada à vacinação.

CONTEXTUALIZAÇÃO

Todos os recém-nascidos (RN), latentes e crianças submetidos a procedimentos dolorosos, como a punção do calcâneo ou a vacinação, experienciam dor e desconforto, tornando-se imperativo a sua prevenção e minimização.

A vacinação está frequentemente associada a ansiedade, evasão e *distress* quer para as crianças quer para as famílias, podendo ser entendida como uma experiência traumática, com possíveis consequências a longo prazo (Hellsten, 2024; Stevens & Marvicsin, 2016). Cerca de dois terços das crianças expostas a punções dolorosas têm medo de agulhas, conduzindo a uma pior capacidade de adaptação e resultados negativos em saúde (Hellsten, 2024). Este medo relacionado com o procedimento pode dever-se à falta de preparação para o mesmo e

gestão inadequada da dor, com evicção de procedimentos dolorosos, vacinação e vigilância da saúde (Hellsten, 2024).

Se considerarmos que segundo o Plano Nacional de Vacinação (2020), no seu cumprimento integral, as crianças até aos 10 anos terão de ser submetidas a 17 inoculações, com a sua maioria no primeiro ano de vida, podemos inferir os níveis de *stress* e ansiedade a que a criança e família são expostos.

A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED, 2021) concluiu que a dor associada à vacinação é a fonte de dor iatrogénica mais comum na infância, acrescentando que, por ser uma situação transitória e previsível, a prevenção e minimização da dor podem permitir tornar a experiência o menos traumática possível. Hellsten (2024) acrescenta que os procedimentos realizados com recurso à utilização de agulhas são dos mais dolorosos e indutores de medo para as crianças, sendo essencial que os enfermeiros atuem na prevenção, avaliação e gestão da dor das crianças/jovens. De forma complementar, a Ordem dos Enfermeiros (2008) reforça que o enfermeiro tem o dever de agir sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, através de cuidados que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e família, como são os cuidados não traumáticos (Hockenberry, 2024). Para tal, a Direção Geral da Saúde estabeleceu algumas normas e recomendações através do Programa Nacional para a Prevenção e Controle da Dor (DGS, 2017). Este determina metas que visam a garantia da gestão diferenciada da dor em vários contextos, reforçando que o seu controlo eficaz é um indicador da qualidade dos cuidados prestados a todos os indivíduos, com especial importância em idade pediátrica, pelo reconhecido impacto negativo da dor no crescimento e desenvolvimento (Felliti et al., 1998; Flaherty et al., 2019; Giotakos, 2020; Koball et al., 2021).

De salientar que a exposição contínua a situações geradoras de *stress* e experiências traumáticas na infância estão relacionadas com resultados negativos em saúde na adolescência e vida adulta (Felliti et al., 1998; Flaherty et al., 2009). Isto deve-se, em parte, à libertação excessiva e contínua de cortisol nas situações de *stress*, que quando em excesso, resulta em alterações a nível emocional e cognitivo, nas funções executiva, afetiva e somatossensorial, atenção e memória, podendo também resultar em alterações a nível genético (Flaherty et al., 2019; Giotakos, 2020; Koball et al., 2021).

No entanto, é conhecimento generalizado que a imunização confere proteção imunológica e promove a integridade física e psicológica da criança, contribuindo para que o processo de crescimento e desenvolvimento ocorra de forma saudável (Ordem dos

Enfermeiros (OE, 2010). A questão reside na abordagem que o profissional adota aquando desta intervenção, salvaguardando-se que a mesma deve visar a prestação de cuidados não traumáticos e sensíveis ao trauma. Neste sentido, Garrido e Boavida (2003, pp. 48) afirmam que “os fatores ambientais podem claramente influenciar a saúde da criança, quer de forma negativa (...) quer de forma positiva (...)”. Assim, o controlo dos *stressors* associados aos cuidados de saúde, nomeadamente o ambiente de cuidados, a abordagem à criança e a postura do profissional, a prevenção e minimização da dor e desconforto, contribui para a redução do *stress* e ansiedade, promovendo a homeostasia e equilíbrio dos sistemas da criança e da família, e, desta forma, para o seu bem-estar (Neuman, 2011).

De forma complementar, também a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015) defende que a satisfação e o bem-estar das crianças e jovens devem ser assegurados, reforçando a importância de identificar situações que provoquem desconforto físico, psíquico e/ou emocional, e a implementação de intervenções diferenciadas para a gestão da dor e desconforto (OE, 2017).

MÉTODO

A revisão narrativa da literatura parte de um conjunto de evidências sobre um determinado tema, que é resumido e sintetizado de forma a conferir uma base abrangente de conhecimento sobre esse mesmo tema (Cronin, Ryan & Coughlan, 2008). No presente caso, centra-se nas intervenções e estratégias não farmacológicas para alívio da dor associada à vacinação no latente e crianças em idade pré-escolar e escolar.

O processo de revisão inicia-se com a escolha do tema, segue-se a pesquisa bibliográfica, a leitura e análise dos artigos selecionados e a escrita da revisão (Cronin, Ryan & Coughlan, 2008).

O acesso à evidência científica foi feito com recurso à plataforma PUBMED e EBSCO com pesquisa na MEDLINE, CINAHL e literatura cinzenta, sendo utilizados os operadores boleados “and” e “or”, para integrar os descritores *pain*, *stress*, *newborn*, *infant*, *child* e *vaccination*.

Os achados da evidência científica permitiram aprofundar e sistematizar conhecimentos relativos às intervenções não farmacológicas para o controlo da dor associada à vacinação nos latentes e crianças e motivaram a reflexão sobre as práticas de cuidados para

a prevenção e minimização da dor associada à vacinação, envolvendo a discussão da temática entre estudantes e profissionais de saúde. Desta forma, contribuiu ativamente para uma prestação de cuidados não traumáticos e informados pelo trauma, com qualidade e foco nas necessidades individuais das crianças e famílias.

RESULTADOS

A primeira infância é a fase mais crítica e mais vulnerável no desenvolvimento de qualquer criança, sendo durante a mesma que se estabelecem as bases para o desenvolvimento intelectual, emocional e moral (Brazelton & Greenspan, 2002). Neste sentido, uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, com foco na saúde e no bem-estar da criança e família, torna-se essencial para a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis (OE, 2010). Para tal, surge a necessidade de prevenir e minimizar a dor associada a procedimentos dolorosos, como a punção do calcâneo e a vacinação, conforme enuncia a Ordem dos Enfermeiros quando refere que “o controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde” (OE, 2011a, pp.9).

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial (International Association for the Study of Pain (IASP), 2021), sendo caracterizada por uma “sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social (...) compromisso do processo de pensamento” (OE, 2011b, pp.50). Deve ser considerada um fenómeno individual, biopsicossocial, complexo e multidimensional que interfere negativamente na qualidade de vida da criança e família (Hellsten, 2024). Por tudo isto, a sua perceção e expressão são variáveis, dependendo de inúmeros fatores como o grau de desenvolvimento e idade da criança, da influência cultural e social, das experiências anteriores, do envolvimento da família e do contexto onde a criança se encontra e a dor ocorre (APED, 2021; Hellsten, 2024; OE, 2011).

No entanto, e embora exista evidência de que a criança percebe dor desde o nascimento (DGS, 2010), esta ainda é pouco valorizada em pediatria, em especial nos latentes (Chora & Alves, 2018). A inexistência de um marcador biológico da dor, a subjetividade da dor na criança e a dificuldade de verbalização adequada da dor pelo latente e crianças pequenas

dificulta a sua avaliação, levando à sua inadequada gestão (Chora & Alves, 2018). Por este motivo, a aplicação de escalas para avaliação da dor adequadas à idade e ao nível de desenvolvimento da criança é fundamental para que os profissionais de saúde possam adequar as suas intervenções para o seu controlo eficaz. Ademais, acreditar quando a criança refere ter dor, dar tempo à criança para expressar a sua dor, promover a autoavaliação a partir do 3 anos e reconhecer sinais e comportamentos sugestivos de dor são intervenções de enfermagem que respeitam a dignidade e a autonomia da criança, bem como a sua participação ativa no seu projeto de saúde (DGS, 2010; Hockenberry, 2024; IPFCC, 2021).

Assim, o controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada com envolvimento e colaboração do profissional, da criança e da família (APED, 2021; Hellsten, 2024; OE, 2011a). Este modo de atuação vai ao encontro dos cuidados centrados na família, perspetiva que valoriza a família como elemento essencial na vida da criança, promovendo o seu envolvimento no processo de tomada de decisão e participação ativa no projeto de saúde da criança (IPFCC, 2021).

O respeito pela individualidade da criança e família, pelas suas crenças, valores e vontades, partilha de informação, a tomada de decisão informada e a colaboração nas intervenções de enfermagem são pontos fundamentais para o sucesso dos cuidados à criança e família (Hockenberry, 2024). Neste sentido, podemos afirmar que as consultas de saúde infantil e juvenil, assim como os momentos de vacinação, são oportunidades essenciais para estabelecer e fortalecer a relação terapêutica com a criança e família, para identificar as suas necessidades, avaliar a dinâmica familiar e promover o crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis (OE, 2010).

De forma complementar, são também momentos chave para transmissão de informação respeitante à promoção da saúde e prevenção da doença, através das orientações antecipatórias adequadas à idade, nível de desenvolvimento e necessidades da criança e família, sendo a partilha de informação sobre a vacinação e as estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor uma temática a abordar. Nesta linha, a APED (2021) reforça que a preparação para a vacinação deve ocorrer previamente ao ato e ao dia da vacinação, devendo ser abordada nas consultas de saúde infantil e juvenil, permitindo uma atuação atempada, preventiva e ativa na gestão da dor. Também Hellsten (2024) reforça a importância da preparação da criança e da família para os procedimentos como estratégia para minimizar o *stress* e a ansiedade.

Os cuidados não traumáticos e os cuidados sensíveis ao trauma contribuem para esta abordagem centrada na prevenção e minimização do *stress*, ansiedade e dor associados ao contacto com os cuidados de saúde e à vacinação (Dowdell & Speck, 2022; Forkey et al., 2021; Goddard, Janick & Etcher, 2022; Hockenberry, 2024; National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), 2014; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). Nesta fase parece ser claro que cada momento de contacto com os cuidados de saúde tem o poder de influenciar o contacto seguinte (Stevens & Marvicsin, 2020). Assim, cabe ao profissional de saúde estar desperto para o *stress* e trauma associado às suas intervenções, em especial os procedimentos invasivos e dolorosos, reconhecer os seus sinais nas crianças e famílias de quem cuida, intervir para a sua minimização e evitar uma nova experiência traumática (Dowdell & Speck, 2022; Forkey et al., 2021; Goddard, Janicek & Etcher, 2022; NCTSN, 2014).

Como referido anteriormente, a dor associada à vacinação é a fonte de dor iatrogénica mais comum na infância, sendo impreterível a sua prevenção e minimização (APED, 2021). Sabe-se que o controlo da dor é mais eficaz quando envolve várias intervenções, farmacológicas e não farmacológicas (OE, 2013). Assim, as intervenções não farmacológicas devem ocorrer em simultâneo com o tratamento farmacológico, não o substituindo, mas complementando-o. A título de exemplo, a colocação de anestésico tópico (EMLA®) no local de punção cerca de uma hora antes do procedimento parece ter efeitos bastante positivos na minimização da dor associada à vacinação (APED, 2018; Hellsten, 2024).

As intervenções não farmacológicas para alívio da dor estão relacionadas não só com o conhecimento, mas também com a experiência dos profissionais de saúde que prestam cuidados à criança (Figueiredo, 2016). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013, pp.13) “as medidas não farmacológicas são geralmente intervenções de carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento dos analgésicos”. Estas medidas são inúmeras e a sua eficácia encontra-se relacionada com um aumento do sentimento de controlo da dor, promovendo uma maior autonomia da criança e da família (Figueiredo, 2016). Assim, as estratégias não farmacológicas para o controlo da dor associada à vacinação estão sustentadas em evidência científica e bem documentadas por diferentes organizações como a Organização Mundial de Saúde e Direção Geral de Saúde.

Neste contexto apresentam-se as estratégias não farmacológicas para controlo da dor associada à vacinação em consonância com a literatura consultada e analisada. Encontram-se divididas em medidas de suporte emocional (presença dos pais, conforto, brincar terapêutico, amamentação/sacarose, sucção não nutritiva, toque), ambientais (musicoterapia e

minimização estímulos do ambiente de cuidados), comportamentais (relaxamento muscular e distração), cognitivas (orientações antecipatórias e distração), cognitivo-comportamentais (imaginação guiada e brincar terapêutico) e físicas (aplicação de frio ou calor, massagem e posicionamento).

Os pais desempenham um papel essencial e indissociável na prática de cuidados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. A sua presença nos momentos de maior *stress* e ansiedade para a criança é um apoio indispensável, pois ajudam a criança a dominar o medo, a sentir-se mais segura e a suportar melhor a dor (OE, 2013).

Os pais devem ser informados sobre os tratamentos e procedimentos a realizar e envolvidos na tomada de decisão, sendo um princípio ético com repercussões em todo o processo de cuidados (OE, 2015; Instituto de Apoio à Criança, 2021; IPFCC, 2021). “Pais preparados para apoiarem os filhos quando estes são sujeitos a procedimentos dolorosos contribuem de forma eficaz para uma menor perceção da dor” (Batalha, 2010, pp.21). Deve ser respeitada a vontade da criança de permanecer ao colo dos pais, numa posição de conforto, que permita o embalo e o aconchego, com alguma contenção, transmitindo uma sensação de segurança e apoio emocional (APED, 2021; DGS, 2012a, 2012b; Schawb, 2024). No caso dos RN, o método canguru, com o bebé numa posição vertical em contacto com a pele da mãe, provou ter resultados positivos na minimização da dor durante procedimentos dolorosos (Hellsten, 2024). Já em crianças mais crescidas, o posicionamento pode passar por estar deitado ou sentado ao colo da mãe, conforme a vontade da criança e o procedimento a realizar (Hellsten, 2024).

Importa clarificar a diferença entre contenção terapêutica e restrição física. Enquanto a primeira se refere a uma “medida utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados de saúde, visando melhorar a condição de saúde e a prevenção de complicações” (DGS, 2011, pp.3), a segunda diz respeito a uma “situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco” (DGS, 2011).

A contenção terapêutica visa otimizar a segurança da criança, mantendo o seu conforto e dignidade, podendo ser realizada pelos pais/cuidadores, por serem a figura de referência e com quem a criança se sente segura. No entanto, a restrição física é considerada uma intervenção invasiva e potencialmente traumática, pelo que, se necessário, deve ser realizada

por um profissional de saúde, ficando os pais envolvidos no apoio emocional à criança (DGS, 2012a; IASP, 2021).

Enquadrada nas medidas de suporte emocional surge a amamentação ou aleitamento materno. Esta estratégia está recomendada até pelo menos até aos 2 anos de idade e deve ser utilizada antes, durante e após o procedimento doloroso (APED, 2021; IASP, 2021). Na base da sua eficácia encontra-se a contenção suave, o colo e contacto físico com a mãe, o prazer da sucção e da ingestão de leite e a distração do olhar e voz maternos, com comprovados contributos a nível nutritivo, imunológico e anti-infeccioso, bem como de apoio emocional e físico ao latente (APED, 2021; Chora & Alves, 2018; IASP, 2021; Hellsten, 2024; OE, 2010). Ademais, a sua eficácia demonstrou-se superior quando comparada com a massagem terapêutica e igualmente eficaz à administração de sacarose a 24% (Chora & Alves, 2018). Em alternativa, a utilização de sacarose a 24% ou soluções açucaradas pode ser considerada até 1 ano de idade, em crianças que não sejam amamentadas, pela sua ação junto dos opioides endógenos (APED, 2021; DGS, 2012b; Hellsten, 2024).

A sucção não nutritiva surge também como medida de suporte emocional (APED, 2018; Hellsten, 2024; Riddell et al., 2023; Vu-Ngoc et al., 2020). O movimento de sucção na chucha, através do mecanismo não opioide endógeno, ativa a sensibilidade tátil, os recetores mecânicos e a via analgésica endógena, resultando no alívio da dor aguda causada pela punção do calcâneo ou vacinação (Vu-Ngoc et al., 2020). Ao reduzir as respostas comportamentais, fisiológicas e hormonais durante procedimentos dolorosos, facilita a autorregulação do latente após o estímulo, inibindo a hiperatividade e modelando o seu comportamento (DGS, 2012b; Hellsten, 2024; OE, 2013).

Como referido anteriormente, os fatores ambientais podem influenciar a saúde da criança de forma negativa ou de forma positiva (Garrido & Boavida, 2003; Hellsten, 2024). O controlo dos *stressors* associados aos cuidados de saúde, em especial do ambiente de cuidados, pode também ser uma estratégia a mobilizar. Um ambiente privado, tranquilo e acolhedor, com reduzidos estímulos luminosos e sonoros podem contribuir para minimizar o stress do RN e latente (DGS, 2012b; Coughlin, 2017; Coughlin, 2021; Hellsten, 2024; OE, 2013; Wilson, 2014). Por sua vez, um ambiente acolhedor com bonecos nas paredes e brinquedos adequados permite, através das atividades lúdicas, reduzir o impacto do ambiente desconhecido para a criança, minimizando a experiência dolorosa (Instituto de Apoio à Criança, 2021; Hellsten, 2024).

De forma complementar, a musicoterapia, enquanto estratégia ambiental, permite reduzir o stress e a tensão, induzindo o relaxamento e ativando as endorfinas endógenas, sendo considerada uma terapia complementar de enfermagem (OE, 2013). Consoante a idade da criança pode ser utilizada a voz da mãe ou uma música tranquila. Ademais, contribui para uma outra estratégia não farmacológica para alívio da dor: a distração.

Por seu lado, a distração pode ser definida como uma estratégia comportamental ou cognitiva que visa desviar a atenção da criança dos estímulos desagradáveis e dor associados ao procedimento doloroso e direcioná-la para estímulos agradáveis e positivos, com o intuito de minimizar o impacto que essas experiências têm sobre o *stress*, medo e a resposta afetiva da criança à dor (Figueiredo, 2016). É uma estratégia a ser utilizada em todas as idades, desde que adequada ao nível de desenvolvimento, idade e sensibilidade da criança, devendo iniciar-se antes do procedimento e manter-se durante e após o mesmo (APED, 2021; Figueiredo, 2016; Hellsten, 2024).

A distração no RN e latente pode trazer benefícios escutar a voz da mãe ou uma música suave, utilizar um brinquedo macio ou interativo, com cores vivas, movimento e sons para ajudar a captar a atenção. Para crianças de dois aos seis anos podem ser utilizados o jogo, a brincadeira, o desenho, a pintura, bolhas de sabão, cantar músicas, contar histórias e as atividades lúdicas ou didáticas. Para crianças em idade escolar e adolescentes podem utilizar-se outras técnicas como imaginação guiada, relaxamento/exercícios de respiração, reforço positivo, elementos do ambiente físico ou com recurso a tecnologias (APED, 2018; DGS, 2012a; DGS, 2012b; IASP, 2021; OE, 2013). Para além da sua eficácia comprovada, estas técnicas são de baixo custo, requerem pouco tempo para a sua aplicação não sendo necessário preparação previa e são proveitosas no controlo da dor aguda e de curta duração (OE, 2013).

A imaginação guiada, incluída nas estratégias cognitivo-comportamentais, permite que a criança obtenha uma sensação de bem-estar e relaxamento através da indução de um estado de concentração relativamente a uma imagem ou uma ideia. Permite conduzir a imaginação para um lugar ou momento agradável, para uma atividade favorita ou pensamentos positivos, contribuindo para a redução do stress e ansiedade (Figueiredo, 2016; OE, 2013).

O brincar terapêutico também pode ser uma técnica eficaz para o alívio do *stress*, medo e ansiedade (OE, 2013). O brincar "é um dos aspetos mais importantes da vida de uma criança e uma das ferramentas mais eficazes para gerir o stress", sendo essencial para o bem-estar mental, emocional e social das crianças (Fox, 2024, pp.1041). Através deste, o enfermeiro interage com a criança num momento de trocas recíprocas, que lhe permite ganhar a sua

confiança e identificar os seus medos e dúvidas, permitindo a expressão de emoções, recuperar a sensação de controlo e atenuar o impacto das situações geradoras de stress (Figueiredo, 2016; OE, 2013; Fox, 2024). Desta forma, as características do brincar facilitam a comunicação, a participação, a aceitação dos procedimentos e a motivam a criança a colaborar, respeitando a sua individualidade, diminuindo o *stress* e promovendo um cuidado não traumático e sensível ao trauma à criança e família (Engenheiro, 2016). Nas crianças em idade escolar, o brinquedo pode ser o veículo de preparação para o procedimento invasivo ou doloroso, possibilitando o manusear dos materiais e equipamentos a utilizar e promovendo a expressão de sentimentos, dúvidas e medos pela criança (OE, 2013; Fox, 2024). Nos adolescentes questionar sobre as suas preferências ou o que as poderia ajudar, contribui para a construção de estratégias de *coping* específicas (Figueiredo, 2016).

A forma como o profissional se dirige à criança, o seu diálogo e linguagem, podem também ser considerados estratégias não farmacológicas para o controlo da dor. Recomenda-se que o profissional se coloque ao nível da criança, explique o procedimento antes de o realizar, fornecendo orientações antecipatórias, se adequado à idade e nível de desenvolvimento, comunique com a criança num tom de voz neutro, através de linguagem positiva, não sendo recomendado o uso de expressões falsas: “não dói nada” nem a repetição de expressões “já vai acabar” ou “está tudo bem” (APED, 2021; DGS, 2012a). A utilização do humor é outra estratégia de comunicação com a criança, proporcionando alívio da tensão, distração e estimulando expressões positivas e associadas ao prazer como o sorriso e o riso (APED, 2018; OE, 2013). É a aptidão para criar um clima de leveza e de prazer e relativizar certas situações com o intuito de ajudar a criança a experienciar a interação de maneira mais aceitável e tranquila, desdramatizando situações difíceis, transformando a tristeza em alegria, e fortalecendo a relação de confiança entre o profissional de saúde e a criança e família (OE, 2013).

O reforço positivo consiste no elogio ou no recompensar a criança após um procedimento doloroso, sendo utilizado como estratégia para o alívio do *stress* e ansiedade (Figueiredo, 2016). Tem como objetivo modificar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, transformando-o num desafio (OE, 2013). O elogio verbal “gostei que tivesses ficado quieto como pedi” ou com entrega de recompensas, como autocolantes ou certificados, parece ter um impacto positivo nas crianças em fase pré-escolar ou escolar (APED, 2018; DGS, 2012a; OE, 2013).

Num outro ponto, os métodos físicos como a aplicação de calor ou frio e a massagem cutânea podem ser eficazes (Figueiredo, 2016). A aplicação de calor na zona dolorosa promove a circulação sanguínea, o que produz um efeito analgésico pela ativação do mecanismo de supressão da dor e pelo relaxamento muscular. Por seu lado, a aplicação de frio em um efeito contrário do calor pela diminuição da circulação periférica o que favorece a redução do edema, tendo uma ação anti-inflamatória (Figueiredo, 2016; OE, 2013). A massagem terapêutica pode ser utilizada como técnica de estimulação cutânea positiva, associada a aromoterapia se utilizados óleos essenciais, devendo ser realizada noutro local do corpo e em simultâneo com a vacinação, para aliviar a dor através de relaxamento e distração o que irá ativar os mecanismos que inibem a dor.

Como referido anteriormente, o suporte emocional pode ser considerado uma estratégia para o alívio do *stress* e ansiedade, bem como da dor. Intervenções como o dar colo, conter suavemente, o toque, o embalar, acarinhar, o mimar, o segurar são formas de suportar emocionalmente o latente e a criança (Figueiredo, 2016; Hellsten, 2024; OE, 2013). A estas juntam-se também a amamentação, administração de sacarose a 24% e a sucção não nutritiva (Chora & Alves, 2018; IASP, 2021; Hellsten, 2024; Riddell et al., 2023). Esta intervenção deve ser realizada pelos pais ou figura de referência do latente ou criança, pois é com eles que este tem estabelecida uma relação de segurança da qual advém a sensação de conforto e controlo.

Todas estas intervenções e estratégias não farmacológicas permitem reduzir o *stress* e a ansiedade associadas aos cuidados de saúde, incluindo prevenir e minimizar a dor associada a procedimentos dolorosos como a vacinação. A escolha da estratégia que melhor se adapta à criança e família requer uma correta avaliação da dor, através de escalas adequadas à idade e nível de desenvolvimento da criança, a identificação de necessidades, expressão de sentimentos, medos e dúvidas, e, fundamentalmente, conhecimento e experiência do enfermeiro. O objetivo principal da intervenção de enfermagem para o alívio do *stress* e da dor passa pela promoção do bem-estar da criança e família, pelo aumento da sensação de controlo e promoção de autonomia, com recurso à prestação de cuidados não traumáticos e sensíveis ao trauma (Fox, 2024).

Uma vez que os pais desempenham um papel essencial e indissociável na prática de cuidados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, é fundamental que detenham o conhecimento e competência necessários para participar ativamente nos cuidados aos seus filhos (Hockenberry, 2024; Fox, 2024). Neste sentido, e numa lógica de parceria de cuidados, partilha de informação e tomada de decisão partilhada, a presente revisão narrativa teve como

resultado um póster. Intitulado “Estratégias Não Farmacológicas para Alívio da Dor nos Latentes (0-12 meses) durante a Vacinação”, o póster constitui um instrumento que sintetiza as estratégias aqui identificadas, servindo de suporte às orientações antecipatórias relativas à vacinação partilhadas durante a consulta de saúde infantil e juvenil, com vista à promoção da literacia em saúde.

De igual forma, o envolvimento das crianças na promoção da sua saúde é fundamental, devendo ocupar um papel ativo nos cuidados que lhes dizem respeito, de acordo com a sua idade, nível de desenvolvimento e vontade (Instituto de Apoio à Criança, 2021; United Nations General Assembly, 1989). Neste sentido, e com o intuito de promover uma prestação de cuidados não traumáticos e sensíveis ao trauma às crianças e famílias, foi construído um *kit* recompensa da vacinação para as crianças em idade pré-escolar e escolar. Composto por um certificado “Campeão da Vacinação”, uma medalha e autocolantes, teve como objetivo reforçar positivamente e recompensar o comportamento demonstrado durante a vacinação. Em algumas situações, o *kit*, em particular os autocolantes, foi utilizado como método de distração durante o procedimento.

Neste seguimento, considerou-se também fundamental refletir com a equipa sobre as práticas e estratégias não farmacológicas utilizadas para o alívio da dor associada à vacinação. Embora a equipa se mostre interessada e preocupada com a prestação de cuidados não traumáticos e com o alívio da dor, foram apontados, de forma informal, os seguintes motivos para a reduzida utilização das estratégias não farmacológicas para controlo da dor: o desconhecimento de algumas das apresentadas, a falta de tempo/tempo para consultas curto, a falta de experiência do profissional que procura sentir-se seguro e realizar o procedimento corretamente mesmo que isso signifique dor e desconforto momentâneos, a ideia de que a dor não é assim tão forte e passa rápido, e o comportamento dos pais “que nem sempre se preocupam com o controlo da dor” (sic). Algumas destas questões são descritas na literatura, nomeadamente as barreiras à implementação das estratégias para alívio da dor.

O tempo e o esforço necessário para aliviar a dor, falta de especialistas em dor, falta de conhecimento sobre as estratégias existentes (Shah & Siu, 2019; Vacek, Wiggins & Struwe, 2021), as crenças culturais e pessoais como atitudes negativas em relação ao tratamento da dor, a crença de que a dor fortalece o carácter, o medo dos efeitos secundários da terapêutica, bem como a conceção errada de que as crianças não sentem dor e a incapacidade de algumas crianças avaliarem objetivamente a sua dor são apontados como fatores contribuintes para uma gestão incorreta da dor e desconforto (Shah & Siu, 2019). Desta forma, podemos inferir

que é necessário promover os princípios dos cuidados não traumáticos e sensíveis ao trauma, sensibilizar a equipa para os sinais e comportamentos de *stress*, bem como para o impacto do trauma no crescimento e desenvolvimento da criança e família. Considerou-se que a partilha da evidência resultante desta revisão narrativa constituiu um elemento unificador entre a teoria e a prática, com benefícios para a qualidade dos cuidados prestados.

CONCLUSÃO

A prestação de cuidados de saúde primários proporcionam uma posição privilegiada para o contacto com as crianças e famílias, permitindo que todos os momentos sejam utilizados para implementar estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças em crianças e jovens. Ao incluir a educação para a saúde, orientação sobre hábitos de vida saudáveis, imunizações e identificação precoce de fatores de risco, visa uma maximização da saúde e bem-estar da criança/jovem e família.

Por ser um momento de *stress* e ansiedade, a vacinação requer uma abordagem conjunta, criança, família e profissional de saúde, para que a experiência seja o menos traumática possível. A implementação de estratégias e intervenções não farmacológicas para o controlo da dor associada à vacinação deve ser incluída nas orientações antecipatórias nas consultas de saúde infantil e juvenil, permitindo uma preparação para o momento de vacinação. Com a prestação de cuidados não traumáticos e sensíveis ao trauma, a parceria de cuidados, a partilha de informação e a tomada de decisão partilha, procura-se a capacitação da criança e família para o exercício da sua autonomia nas escolhas em saúde e minimização do *stress* e ansiedade da criança com recuperação da sensação de controlo.

A revisão narrativa da literatura, como processo contínuo, permitiu descortinar a melhor evidência científica de suporte à prevenção e minimização da dor associada à vacinação em latentes e crianças em idade escolar e pré-escolar com recurso a estratégias não farmacológicas. Por seu lado, a construção dos instrumentos descritos contribuiu para a capacitação dos pais/cuidadores, reforço dos conhecimentos da equipa, sendo possível tornar a experiência da vacinação menos traumática para os latentes, crianças e famílias. Ademais, os resultados da reflexão e discussão entre a equipa e os estudantes de enfermagem foram um contributo essencial para a consciencialização sobre o *stress* e trauma associado aos procedimentos dolorosos, com impacto no crescimento, desenvolvimento e contato com os

cuidados de saúde, reforçando a necessidade de prevenir e minimizar a dor em todos os momentos e, assim, promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Considera-se que a revisão narrativa contribuiu para uma prestação de cuidados não traumáticos e sensíveis ao trauma, aprofundou conhecimentos sobre a dor e as estratégias para a sua prevenção e minimização e desenvolveu o pensamento crítico e reflexivo, bem como as competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) e específicas (Regulamento n.º 422/2018) do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Ao participar ativamente nas consultas de saúde infantil e juvenil e fornecer orientações antecipatórias de acordo com as necessidades identificadas foi possível auxiliar a criança e família na assunção dos seus papéis em saúde (E1.1.3.), adotando comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5.), bem como facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (E1.2.8.) em linha com a adesão ao Plano Nacional de Saúde e comportamentos saudáveis. Ao reconhecer sinais e comportamentos de *stress*, mal-estar físico, psíquico e emocional na criança e família (E1.2.3) foi possível intervir na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem e família, otimizando as respostas (E.2.2), através da aplicação de conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual (E.2.2.1.), da gestão de medidas farmacológicas (E.2.2.2.) e conhecimentos sobre terapias não farmacológicas para alívio da dor (E.2.2.3). Por conseguinte, a utilização de comunicação apropriada com a criança e família, adequada à sua idade, estágio de desenvolvimento e cultura (E.1.1.2.), permitiram estabelecer e fortalecer a relação terapêutica necessária para a promoção do seu crescimento e desenvolvimento infantil (E.3.1.). Ademais, foi possível aprofundar o conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem (E.2.4.1.), nomeadamente aromoterapia, musicoterapia e acupuntura (Regulamento n.º 422/2018).

Como referido anteriormente, um dos objetivos da revisão foi a fundamentação teórica e reflexão sobre a prática para uma prestação de cuidados de qualidade. Neste sentido, foram mobilizados conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (B.1.1.), otimizado o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (C.1.1.), bem como o trabalho de equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados (C.2.1). Do mesmo modo, foi possível agir como elemento facilitador da aprendizagem (D.2.1.) e intervir de forma fundamentada em evidência científica (D.2.2). Ao procurar seguir os princípios dos cuidados não traumáticos e cuidados sensíveis ao trauma promovi um ambiente físico,

psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos (B.3.1.) durante a vacinação (Regulamento n.º 140/2019).

A revisão da literatura, efetuada antes, durante e após este período de estágio, constituiu-se como base atualizada de conhecimentos, ferramenta de análise e reforço de boas práticas que, ao serem vivenciadas no dia a dia, permitiram uma experiência pessoal e profissional enriquecedora com benefício para a qualidade dos cuidados prestados.

Estratégias Não Farmacológicas para o alívio da Dor no Latente (0-12 meses) durante a Vacinação

Amamentação (mais eficaz)

Sucção não nutritiva (chucha)

Sacarose/soluções açucaradas

Presença dos pais/Contacto físico

Colo e Embalo

Contenção física do tronco e membros superiores

Distração com brinquedos macios, cores vivas ou sons

Canções de embalar/Musicoterapia/Voz da mãe

Reduzir os estímulos do ambiente (luz, sons, pessoas)

Massagem terapêutica

Aplicação do calor/frio no local

A gestão inadequada da dor tem efeitos negativos a nível físico, psicológico, motor, cognitivo e sensorial a longo prazo

Referências Bibliográficas: Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas para controlo da dor na criança. Cadernos OE, 1(6). I. Stevens, K. & Marvisin, D. (2016). Evidence-based Recommendations for Reducing Pediatric Distress During Vaccination. Pediatric Nursing, 42(6), 267-299. I Coughlin, M. (2017). Trauma Informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. Infant, 13(5), 176-179. I Goddard, A.; Janicek, E. & Etcher, L. (2022). Trauma Informed Care for the Pediatric Nurse. Journal of Pediatric Nursing, 62, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.003>. I International Association in the Study of Pain (2021). Pain in children. <https://www.iasp-pain.org/recursos/fact-sheets/pain-in-children-management/>.

Trabalho realizado pela Enfermeira Joana Carvalho no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica sob orientação da Enfermeira Especialista

Kit Recompensa da Vacinação



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2018). *Desenhos da minha Dor*.
https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2021). *Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor para o controlo da dor na vacinação pediátrica: linhas orientadoras para a prática clínica*. https://aped-dor.org/documentos/vac_young/recomendacoes_aped.pdf
- Brazelton, B. & Greenspan, S. (2002). *A criança e o seu mundo*. Editorial Presença.
- Chora, M. & Alves, N. (2018). A amamentação como estratégia de alívio da dor no lactente: Revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(2), 1430-1441.
http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/245
- Coughlin, M. (2021). *Transformative Nursing in the NICU: Trauma-Informed, Age Appropriate Care*. (2nd ed). Springer Publishing.
- Coughlin, M. (2017). Trauma Informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *Infant*, 13(5), 176-179. www.infantjournal.co.uk/journal_article.html?id=6972
- Cronin, P.; Ryan, F. & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38-43.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059>
- Direção Geral da Saúde (2010). *Orientação nº014/2010: Orientações Técnicas sobre avaliação da dor nas crianças*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2011). *Orientação nº021/2011: Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212011-de-06062011-jpg.aspx>

- Direção Geral da Saúde (2012a). *Orientação nº 022/2012: Orientações técnicas sobre o controle da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2012b). *Orientação nº 024/2012: Orientações técnicas sobre o controle da dor em procedimentos invasivos nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*.
<https://aped-dor.org/images/documentos/controlo da dor/i024433.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2020). *Norma nº 018/2020: Programa Nacional de Vacinação 2020*.
<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- Dowdell, E. & Speck, P. (2022). Trauma Informed Care in Nursing Practice. *American Journal of Nursing*, 122(4), 30-38. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000827328.25341.1f
- Engenheiro, O.; Geadas, C.; Lobo, C.; Azougado, C.; Figueiredo, J. & Simpson, C. (2016). Benefícios do Brincar Terapêutico em Crianças Hospitalizadas: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(1), 488-501.
http://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/130
- Felliti, V.; Anda, R.; Nordenberg, D.; Williamson, D.; Spitz, A; Edwards, V.; Koss, M. & Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Figueiredo, C. (2016). *Estratégias Não Farmacológicas ao Cuidar da Criança com Dor*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda]. Repositório do Instituto Politécnico da Guarda.
<https://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3587/1/E%20SIP%20%20Cristina%20I%20P%20Figueiredo.pdf>

- Flaherty, E.; Thompson, R.; Litrownik, A.; Zolotor, A.; Dubowitz, H.; Runyan, D.; English, D. & Everson, M. (2009). Adverse Childhood Exposures and Reported Child Health at Age 12. *Academic Pediatrics*, 9(3), 150-156. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2008.11.003>
- Forkey, H.; Szilagyi, M.; Kelly, E.; Duffee, J. (2021). Trauma Informed Care. *Pediatrics*, 148(2), e2021052580. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052580>
- Fox, J. (2024). Family Centered Care of the Child during Illness and Hospitalization. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.648-667).
- Garrido, C. & Boavida, J. (2003). Fatores de risco em desenvolvimento. *Revista Saúde Infantil*, 25(2), 47-55. <https://www.saudeinfantil.asic.pt/index.php/arquivo>
- Giotakos, O. (2020). Neurobiology of emotional trauma. *Psychiatriki*, 31(2), 162-171. doi: 10.22365/jpsych.2020.312.162.
- Goddard, A.; Janicek, E. & Etcher, L. (2022). Trauma Informed Care for the Pediatric Nurse. *Journal of Pediatric Nursing*, 62, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.003>
- Hellsten, M. (2024). Pain Assessment in Children. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.131-143).
- Hockenberry, M. (2024). Perspectives of Pediatric Nursing. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.1-13).
- Institute for Patient and Family Centered Care (2021). *Patient and Family Centered Care*. <https://ipfcc.org/about/pfcc.html>
- Instituto de Apoio à Criança (2021). Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários. <https://iacrianca.pt/2021/05/carta-da-crianca-nos-cuidados-de-saude-primarios/>
- International Association for the Study of Pain (2021). Pain in Children: management fact sheet. <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/pain-in-children-management/>
- Koball, A.; Domoff, S.; Klevan, J.; Olson-Dorff; Borgert, A. & Rasmussen, C. (2021). The impact of adverse childhood experiences on healthcare utilization in children. *Child Abuse and Neglect*, 111:104797. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104797>

- National Child Traumatic Stress Network. (2014). *Pediatric Medical Traumatic Stress: A Comprehensive Guide*.
https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//pediatric_toolkit_for_health_care_providers.pdf
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In Neuman, B. & Fawcett, J., *The Neuman Systems Model* 5th Ed (pp 3-33)
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume 1. *Cadernos OE*, 1(3).
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). Dor – Guia Orientador de Boa Prática. *Cadernos OE*, 1(1).
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas para controlo da dor na criança. *Cadernos OE*, 1(6).
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização. *Cadernos OE*, 1(8).
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_ParentalidadePositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

- Regulamento nº422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, nº133, Série II (12-07-2018), 19192–19194. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, nº26, Série II (06-02-2019), 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Riddell, R.; Bucsea, O.; Shiff, I.; Chow, C.; Gennis, H.; Badovinac, S.; DiLorenzo-Klas, M.; Racine, N.; Kohut, S.; Lisi, D.; Turcotte, K.; Stevens, B. & Uman, L. (2023). Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6):CD006275. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006275.pub4>
- Schwab, K. (2024). Health Promotion of the Newborn and Family. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.196-337).
- Shah, P. & Siu, A. (2019). Considerations for neonatal and pediatric pain management. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 76(19), 1511-1520. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxz166>
- Stevens, K. & Marvicsin, D. (2016). Evidence-based Recommendations for Reducing Pediatric Distress During Vaccination. *Pediatric Nursing*, 42(6), 267-299.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884>
- United Nations General Assembly. (1989). *Adoption of a convention on the rights of the child*. New York: United Nations. Disponível em: <https://www.unicef.org/child-rights-convention>

Vacek, A.; Wiggins, S. & Struwe, L. (2021). Nurse and Provider Pain Management Education Priorities and Barriers. *Pain Management Nursing*, 22(5), 579-585.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.06.007>

Vu-Ngoc, H.; Uyen, N.; Thinh, O.; Don, L.; Danh, N.; Truc, N.; Vi, V.; Voun, N.; Huy, N. & Duong, P. (2020). Analgesic effect of non-nutritive sucking in term neonates: A randomized controlled trial. *Pediatrics & Neonatology*, 61(1), 106-113.
<https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2019.07.003>

Apêndice XIII

Sessão de Formação "Prevenção de Trauma associado aos
Cuidados de Enfermagem

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**
Unidade Curricular: Estágio

Sessão de Formação
**“Prevenção do Trauma Associado aos Cuidados de
Enfermagem: *Trauma Informed Care*”**

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

Lisboa
Junho, 2023

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**
Unidade Curricular: Estágio

Sessão de Formação
**“Prevenção do Trauma Associado aos Cuidados de
Saúde: *Trauma Informed Care*”**

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

Docente:
Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques

Lisboa
Junho, 2023

INTRODUÇÃO

A presente sessão de formação surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio, concretamente no Estágio nos Cuidados de Saúde Primários, do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários, em especial das unidades de saúde familiares, acompanham das famílias ao longo do seu ciclo vital, não só na prevenção da doença, mas principalmente na vigilância e promoção da saúde e comportamentos de vida saudáveis. O contacto direto e regular com as crianças e famílias permite-lhes acompanhar o seu crescimento e desenvolvimento, a dinâmica familiar e partilhar as experiências vividas, colocando-os numa posição de relevo para o diagnóstico precoce e intervenção especializada em situações de risco que possam afetar negativamente a qualidade de vida da criança e família, como o *stress* e o trauma associado aos cuidados de saúde (Tomaz & Castro-Vale, 2020).

Durante a sua infância as crianças vivenciam inúmeras experiências e acontecimentos que podem ser positivas ou negativas. Entre elas encontram-se situações geradoras de crise, como as situações de doença, com a consequente experiência de hospitalização (Diogo et al., 2016). Sendo este um momento de elevado *stress* e ansiedade para a criança e família, estes podem experienciar sentimentos e emoções desagradáveis, nomeadamente a ansiedade de separação, perda de controlo, medo da lesão corporal, da intrusão, da dor e da morte (Diogo et al., 2016; Forkey et al., 2021; National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), 2014; Fox, 2024). No entanto, e dependendo das experiências anteriores, o contacto com os cuidados de saúde primários pode também representar um momento de *stress* e ansiedade para as crianças, em especial o momento de vacinação, por se tratar de um procedimento invasivo e doloroso (Stevens & Marvicsin, 2016). Os *stressors* associados à hospitalização, como a perda de controlo, medo da intrusão e da dor e o ambiente desconhecido (Fox, 2024) podem surgir também nos cuidados de saúde primários. Assim, e numa lógica de prestação de cuidados não traumáticos e sensíveis ao trauma, torna-se fundamental consciencializar os profissionais de saúde para a prevenção e minimização do *stress* e trauma associados às suas intervenções.

Desta forma, foi proposta a elaboração de uma sessão de formação sob a temática "Prevenção do Trauma associado aos Cuidados de Saúde: *Trauma Informed Care*", cujos objetivos foram a transmissão de conhecimento com consciencialização da equipa para a

prevenção do trauma associado aos cuidados de saúde, salientando a importância da sua intervenção para a saúde, crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças e famílias, e promover a prestação de cuidados não traumáticos e sensíveis ao trauma, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O percurso realizado e o método utilizado para alcançar os objetivos apresenta-se no capítulo seguinte.

MÉTODO

Mão-de-Ferro (1999) define o método pedagógico como o modo consciente de proceder para alcançar um fim definido, sendo um meio de transmissão de saberes e conhecimento. Caracteriza-se como um conjunto coerente de ações do formador destinadas a desenvolver no outro a capacidade de aprender novas habilidades, obter novos conhecimentos ou modificar comportamentos e atitudes, permitindo assim atingir os diferentes níveis de saber: saber-saber, saber-fazer, saber-ser e o saber-evoluir (Mão-de-Ferro, 1999).

Neste sentido, tendo em vista o seu desenvolvimento pessoal e profissional e por uma prestação de cuidados de qualidade, centrada na criança e na família, assente nos princípios dos cuidados não traumáticos e sensíveis ao trauma, os enfermeiros devem investir na sua formação contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Ao longo do percurso de estágio foi possível participar ativamente nas consultas de saúde infantil e juvenil, bem como na vacinação, tendo testemunhado diferentes comportamentos das crianças e família e abordagens pelos profissionais, que suscitaram a reflexão posterior com a enfermeira orientadora. Num desses momentos refleti sobre a postura e comportamento das crianças quando entram na sala de saúde infantil. Cabeça baixa, retraídas, em silêncio, com dificuldade em manter contacto visual, sendo estes comportamentos mais frequentes nos dias de vacinação. Discutimos as diferentes intervenções das enfermeiras e debatemos algumas estratégias e abordagens para captar a atenção da criança no sentido de a deixar mais tranquila e confortável, tendo abordado alguns princípios do modelo dos cuidados sensíveis ao trauma. Constatei que este modelo não era conhecido pela equipa, surgindo, assim, a oportunidade de realizar uma sessão de formação alusiva ao tema.

Como ponto de partida foi efetuado o diagnóstico das necessidades formativas da equipa, o que permitiu compreender o conhecimento e ideias sobre a temática. Importa referir que apenas uma das enfermeiras era especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, pelo que o tema foi uma novidade para a restante equipa, o que se refletiu nos resultados obtidos. Concluiu-se que, embora estivessem despertas para a prevenção e minimização do *stress* e dor aquando das suas intervenções, já tivessem experienciado situações de *stress* e trauma em crianças e famílias e realizassem uma gestão diferenciada da dor, nenhum elemento da equipa conhecia o modelo dos Cuidados Sensíveis ao Trauma (*Trauma Informed Care*). De referir que, embora o diagnóstico de necessidades formativas tenha sido preenchido pelos elementos da equipa, foi possível contar com a presença de estudantes da licenciatura em enfermagem, de diferentes escolas, no momento da apresentação, tendo estes referido que também desconheciam o modelo apresentado.

A sessão de formação foi planeada em dois momentos: um primeiro expositivo, no qual se transmitiu informação geral sobre o *stress* e trauma associado aos cuidados de saúde, o seu impacto no crescimento e desenvolvimento da criança e família, e o modelo dos cuidados sensíveis ao trauma, e um segundo interrogativo, no qual se refletiu em conjunto sobre as práticas e estratégias para implementação do modelo nos cuidados. Mão-de-Ferro (1999) refere que o método expositivo consiste na transmissão de informação do formador para o formando de uma forma unilateral e descendente. Acrescenta que pode ser uma mais valia para a transmissão do saber que posteriormente é objeto de outro tratamento, transmitindo-se um amplo leque de conteúdos no domínio cognitivo, no entanto não favorece a transferência do que é aprendido para situações reais e práticas (Mão-de-Ferro, 1999). Por este motivo, complementou-se a sessão com o método interrogativo, visando a participação ativa dos formandos e consolidação da informação transmitida (Mão-de-Ferro, 1999), bem como a discussão e reflexão sobre as práticas e aplicação do modelo. O método ativo foi também utilizado, embora não de forma tão presente, uma vez que se utilizaram as experiências pessoais do formador e formando como contributos para a discussão e reflexão sobre as práticas.

Para finalizar a sessão e compreender se a informação tinha sido transmitida de forma eficaz foi elaborado um questionário de avaliação, abordando os aspetos gerais da formação assim como os relacionados com o formador e preenchido por todos os participantes. Os resultados deste questionário são apresentados na conclusão.

FUNDAMENTAÇÃO

Como referido anteriormente, as crianças e famílias experienciam inúmeras vivências ao longo do seu crescimento e desenvolvimento. Algumas destas constituem situações geradoras de *stress* e ansiedade, como a doença, a hospitalização e o contacto com os cuidados de saúde (Diogo et al., 2016; NCTSN, 2014), despoletando sentimentos e emoções como a ansiedade de separação, medo do ambiente desconhecido, a perda de controlo, o medo da lesão corporal, da intrusão, da dor e da morte, impotência e isolamento (Forkey et al., 2021; NCTSN, 2014; Fox, 2024). Se a criança passar por estas experiências de forma regular, sem apoio e sem que ocorra mediação dos *stressors*, verifica-se o aumento dos níveis de cortisol para valores excessivos, que resultam em alterações significativas a nível do desenvolvimento cerebral, processos cognitivos, saúde física, das emoções, relacionamentos e saúde mental, que se refletem em comportamentos por vezes desadequados (Flaherty et al., 2019; Giotakos, 2020; Goddard, Janicek & Etcher, 2022; Koball et al., 2021).

As consequências na vida adulta das experiências traumáticas durante a infância estão já documentadas (Felliti et al., 1998), com alguns autores a referir que a criança pode demonstrar níveis aumentados de ansiedade e irritabilidade, pesadelos sobre a experiência traumática, pensamentos repetidos ou comportamento de fuga, evicção a falar sobre a experiência ou da exposição a situações semelhantes, e regressões a nível da alimentação, eliminação e padrões de sono (Goddard, Janicek & Etcher, 2022; Goddard, 2021; Kuzma, Pardee & Morgan, 2020; NCTSN, 2014, 2018; Wilson & Shashank, 2018). Também algumas perturbações do desenvolvimento, como a perturbação do espectro do autismo, atrasos de desenvolvimento e perturbações do comportamento/emocionais, estão igualmente documentadas (Bitsko, et al., 2022; Claussen, et al., 2022; Wolraich, et al., 2019).

Neste sentido, parece ser fundamental que o profissional de saúde consiga identificar sinais e comportamentos de *stress* e ansiedade na criança e família, responder de forma adequada às suas necessidades, promovendo a expressão de medos e emoções, esclarecendo dúvidas, para evitar uma nova experiência traumática. De uma forma geral, que preste cuidados não traumáticos e sensíveis ao trauma, individualizados e de acordo com as necessidades das crianças e famílias, tendo consciência de que a sua intervenção atual tem o poder de moldar os contactos futuros.

O modelo dos cuidados sensíveis ao trauma, surge como uma ferramenta de suporte a estas intervenções especializadas do profissional de saúde (Guest, 2021; Goddard, Janicek & Etcher, 2022; Goddard, 2021). Tem como princípios base quatro conceitos: *realise*, *recognize*, *respond* e *resist retraumatization*, ou seja, tomar consciência do impacto do trauma, reconhecer de que forma o trauma afeta as crianças e famílias, responder com base nestes princípios e evitar uma nova traumatização (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2014). Para a sua concretização e transição para a prática, a *National Child Traumatic Stress Network* (NCTSN, 2014) desenvolveu um protocolo de atuação para uma abordagem prática e sistemática dos cuidados sensíveis ao trauma em cuidados de saúde, a ser aplicado após a avaliação primária ABC (via aérea, respiração e circulação), que enfoca as suas três dimensões: avaliação do *Distress* (D), avaliação do suporte Emocional (E) e avaliação das necessidades da Família (F). Este protocolo deve ser aplicado por todos os profissionais de saúde a todas as crianças e famílias, tornando a abordagem ao trauma, experiências traumáticas e sentimentos associados, permitindo uma intervenção precoce e a referenciação atempadas de situações de stress pós-traumático.

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica visa garantir o bem-estar e a saúde da criança e da família, promovendo a homeostasia do sistema criança-família (Neuman, 2011), promover a saúde e prevenir a doença, acompanhando o seu crescimento e desenvolvimento, respondendo de forma individualizada às suas necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2010, 2017). Envolver a família nos cuidados à criança/jovem, a partilha de informação adequada à sua compreensão de forma a facilitar a tomada de decisão, a colaboração, em parceria, e participação são princípios que devem guiar os cuidados de enfermagem (IFPCC, 2021; Hockenberry, 2024). Ademais, reconhecendo o impacto potencialmente traumático que o contacto com os cuidados de saúde pode ter no crescimento, desenvolvimento e saúde da criança/jovem e família (Fox, 2024; Goddard, Janicek & Etcher, 2022; Goddard, 2021; Kuzma, Pardee & Morgan, 2020; NCTSN, 2018; Wilson & Shashank, 2018), os enfermeiros devem procurar promover a sua minimização, fundamentando a sua prática no modelo dos cuidados sensíveis ao trauma (Hockenberry, 2024; NCTSN 2014).

Adicionalmente, o enfermeiro especialista deve procurar aprofundar e mobilizar os seus conhecimentos e habilidades, ser um elemento facilitador da aprendizagem e fundamentar a sua intervenção em evidência científica, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

CONCLUSÃO

A sessão de formação constituiu-se como um momento de aprendizagem partilhada, facilitadora da transmissão de conhecimentos e informação relevantes para a prática de cuidados em saúde infantil e pediátrica, nomeadamente relativos à prevenção do *stress* e trauma associados aos cuidados de saúde e seu impacto no crescimento e desenvolvimento da criança e família, e também recolher contributos pertinentes resultantes da reflexão e análise da prática. Permitiu alcançar os objetivos propostos com transmissão de conhecimento, consciencialização da equipa para a prevenção do trauma associado aos cuidados de saúde, reforçando a importância da sua intervenção para a saúde, crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças e famílias, e promoção da prestação de cuidados não traumáticos e sensíveis ao trauma.

O *feedback* obtido oralmente e através do questionário de avaliação da sessão de formação, foi bastante positivo, com os participantes a referir que iram integrar na sua prática os conhecimentos adquiridos e que os mesmos lhes permitirão melhorar o seu desempenho. Concluiu que os momentos de partilha e reflexão se constituíram como contributos essenciais para o desenvolvimento de competências gerais e específicas de futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Todo este percurso possibilitou o desenvolvimento de competências relacionadas com o diagnóstico precoce e intervenção em situações de risco que podem afetar de forma negativa a vida ou qualidade de vida da criança (E1.2) e a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (E.3.1.) (Regulamento n.º 422/2018), podendo também mobilizar conhecimentos e habilidades com o propósito à melhoria dos cuidados e o desenvolvimento de práticas de qualidade (B1.1), permitindo agir como facilitador da aprendizagem em contexto laboral (D2.1) (Regulamento n.º 140/2019).

De salientar a mensagem chave que se procurou transmitir com a sessão de formação: os profissionais de saúde devem tomar consciência da possibilidade de existirem experiências traumáticas no passado que modelam a experiência presente, pelo que é fundamental e indispensável que respeitem os princípios dos cuidados centrados na família, cuidados não traumáticos e sensíveis ao trauma, compreendam o poder que a sua intervenção no presente exerce nas experiências futuras e no crescimento e desenvolvimento saudáveis, garantindo assim que a intervenção de enfermagem alcance os padrões de qualidade que lhe são exigidos.

PLANO DE SESSÃO

Serviço	Cuidados de Saúde Primários – Unidade de Saúde Familiar
Designação da Formação	Prevenção do Trauma Associado aos Cuidados de Saúde: Trauma Informed Care
Objetivos	- Salientar o impacto do trauma no crescimento e desenvolvimento da criança - Reforçar a importância dos Cuidados Não Traumáticos nos cuidados de Enfermagem - Apresentar o Modelo <i>Trauma Informed Care</i> (Cuidado Informado no Trauma) - Analisar a aplicação do modelo em cuidados de saúde primários - Discutir o potencial do modelo na prevenção e minimização das experiências traumáticas em cuidados de saúde primários - Refletir sobre as práticas
Competências a adquirir	- Conhecer o conceito de trauma e tipos de trauma - Identificar os sinais de <i>stress</i> e trauma nas crianças - Conhecer a Filosofia dos Cuidados Não Traumáticos e o Modelo <i>Trauma Informed Care</i> - Identificar os conceitos centrais ao Modelo - Reconhecer situações potencialmente traumáticas na prática clínica - Integrar os princípios do Modelo na prática clínica
Conteúdo	- Definição de conceitos: Trauma, Trauma Associado aos Cuidados de Saúde, Experiências Adversas da Infância, <i>Stress</i>, - Cuidados Não Traumáticos e <i>Trauma Informed Care</i>: princípios, conceitos base, intervenções para prevenir e/ou minimizar experiências traumáticas em cuidados de saúde primários - Reflexão crítica
Destinatários	Enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar
Formador	Enf. ^a Joana Carvalho
Coordenação	Enf. ^a Especialista
Métodos/Metodologia	Expositivo e Interrogativo
Local	Sala de Reuniões
Tipo de Avaliação	Qualitativa
Nº Horas de Contacto	30 minutos
Data/Horário	29 Junho 2023

PREVENÇÃO DO TRAUMA ASSOCIADO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

CUIDADOS SENSÍVEIS AO TRAUMA

Junho de 2023

Enf.ª Joana Carvalho

PLANO DA SESSÃO

- Stress e Trauma
- Impacto do Trauma na criança/jovem e família
- Sinais de Stress e Trauma na criança/jovem e família
- Cuidados Não Traumáticos
- Trauma Informed Care/Cuidado Informado no Trauma
- Situações potencialmente traumáticas em Cuidados de Saúde Primários
- Reflexão sobre a prática



STRESSE E TRAUMA



(AAP, 2014; Coughlin, 2021; Coughlin, 2017; Goddard, Janicek & Elzher, 2022; Guest, 2021; Forkey et al, 2021; Montross & Provenzi, 2015; Pinto et al, 2019; WHO, 2022; NCTSN, 2023)

STRESSE E TRAUMA

TRAUMA

"Evento, série de eventos ou conjunto de circunstâncias, experienciados pelo indivíduo como **físico ou emocionalmente nocivo**, ameaçador da vida e que tem um **efeito adverso duradouro** no seu funcionamento e no seu bem-estar mental, físico, social, emocional espiritual"

(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014)

TRAUMA ASSOCIADO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

"Conjunto de **respostas físicas e psicológicas** das crianças/jovens e suas famílias à **dor, lesão, doenças graves, procedimentos médicos e experiências de tratamentos invasivos ou assustadores**, que podem ocorrer em resposta a um ou mais eventos"

(National Child Traumatic Stress Network, 2023)

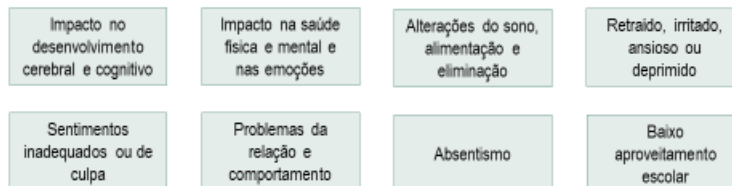
STRESS TÓXICO

Uma exposição contínua provoca a **ativação frequente** ou prolongada dos **mecanismos de resposta ao stress** internos da criança, resultando em **eventos adversos prolongados**, intensos ou frequentes, nos quais o suporte do cuidador é insuficiente para as desligar, induzindo um **desequilíbrio entre os stressors e os fatores protetores**

(Forkey et al., 2021)

IMPACTO DO TRAUMA

- 80% das crianças e famílias exposta a uma doença, lesão ou procedimento médico doloroso experienciaram alguma reação traumática ao stress.
- 20-30% dos pais e 15-25% dos irmãos sofrem reações traumáticas persistentes ao stress, que prejudicam a sua adesão ao tratamento e a recuperação.



(AAP, 2014; Coughlin, 2021; Coughlin, 2017; Forkey et al., 2021; Goddard, Janicek & Elcher, 2022; Guest, 2021; Pinto et al., 2019; WHO, 2022; NCTSN, 2023)

SINAIS DE STRESS E TRAUMA

PRÉ-ESCOLAR

- Comportamento extremamente passivo
- Retraído
- Inquietação/irritabilidade/birras
- Choro inconsolável/gritos
- Reencenação do trauma em jogo
- Regressão (sono, alimentação e eliminação)
- Problemas de relação (amigável, desinibido)
- Dificuldade de concentração
- Fraco desenvolvimento de competências

ESCOLAR

- Problemas de comportamento (roubo, lutas, mentira, explosões de raiva)
- Dificuldade em lidar com autoridade ou com críticas
- Preocupação ou ansiedade excessiva ("perigo")
- Problemas de concentração e assiduidade
- Alterações no desempenho académico
- Desconfiança e evitamento



(AAP, 2014; Goddard, Janicek & Elcher, 2022)

SINAIS DE STRESS E TRAUMA

PRÉ-ADOLESCÊNCIA

- Sentimentos de inadequação/culpa irrealista
- Problemas de comportamento (atividades ilegais, comportamentos de risco)
- Preocupação em discutir as situações com foco nos pormenores
- Pensamentos de vingança, irritabilidade excessiva
- Dificuldade em manter a concentração
- Baixo desempenho académico
- Assusta-se com facilidade

ADOLESCENTE

- Imaturidade no comportamento ou reações
- Desregulação emocional
- Preocupação ou ansiedade excessivas
- Desconfiança excessiva em relação aos outros
- Pensamentos repetidos sobre a morte/morrer
- Aumento do nível de atividade
- Diminuição da atenção
- Baixo desempenho académico

(AAP, 2014; Goddard, Janiosk & Elcher, 2022)



CUIDADOS NÃO TRAUMÁTICOS

CUIDADOS NÃO TRAUMÁTICOS

- (1) Prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família
- (2) Promover uma sensação de Controlo
- (3) Prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor

Fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou diminuam o desconforto psicológico e físico, experimentado pela criança e família

Intervenção do Enfermeiro



Diminuição stressors associados aos cuidados de saúde

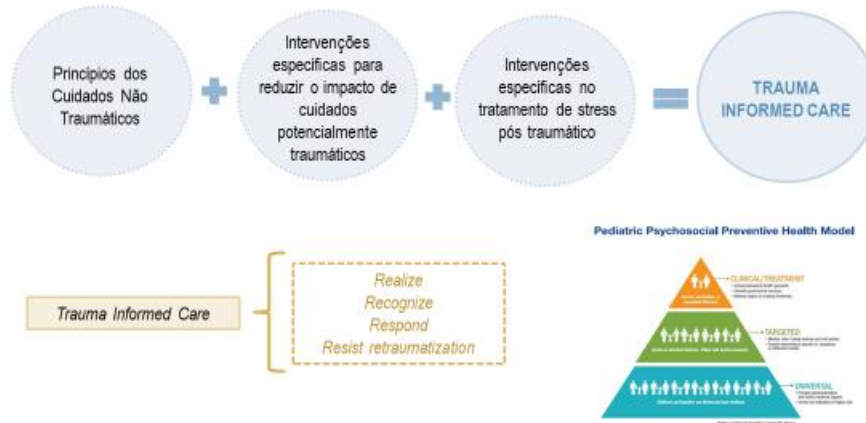


Experiências o menos traumáticas possível

GANHOS EM SAÚDE

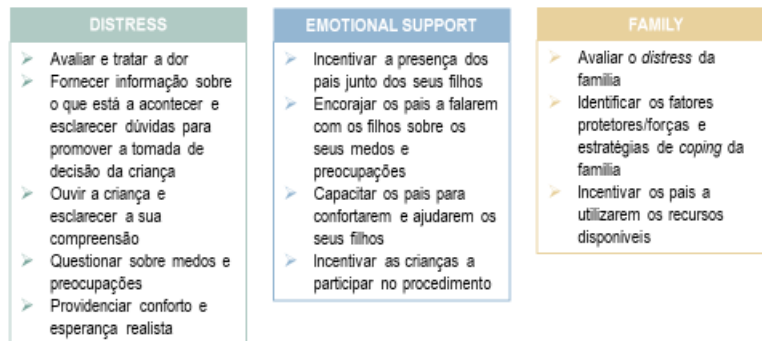
(Coughlin, 2021; Coughlin, 2017; Hockenberry & Barrera, 2014; IPFCC, 2020; NCTSN, 2014)

TRAUMA INFORMED CARE



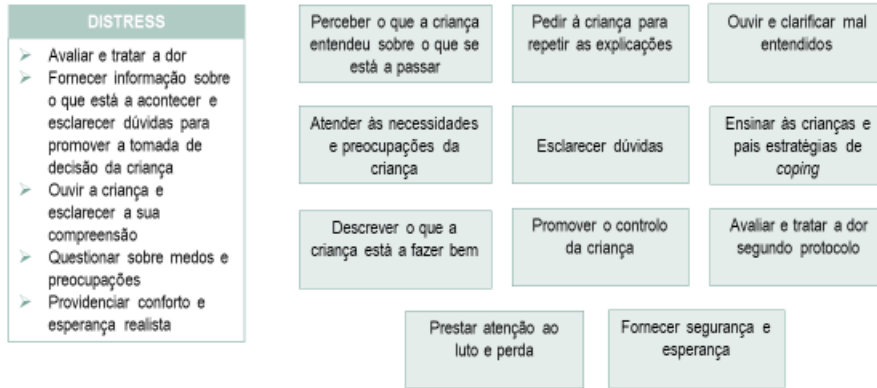
(Coughlin, 2021; Coughlin, 2017; Forkay et al, 2021; Goddard, Janicek & Elcher, 2022; Guest, 2021; Hookerberry & Barrera, 2014; IPFCC, 2020; NCTSN, 2014)

TRAUMA INFORMED CARE: PROTOCOLO D-E-F



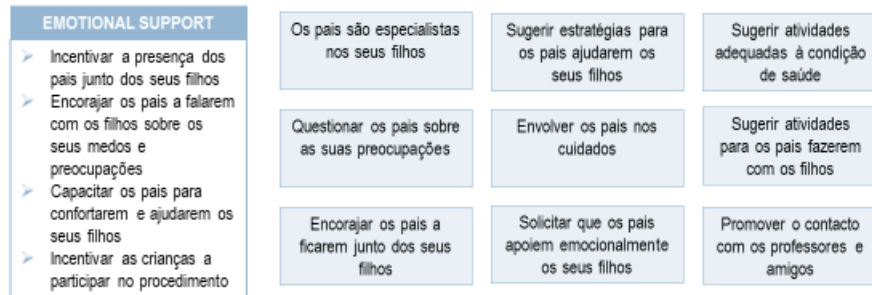
(Children's Hospital of Philadelphia, 2023; NCTSN, 2014)

PROTOCOLO D-E-F: *DISTRESS*



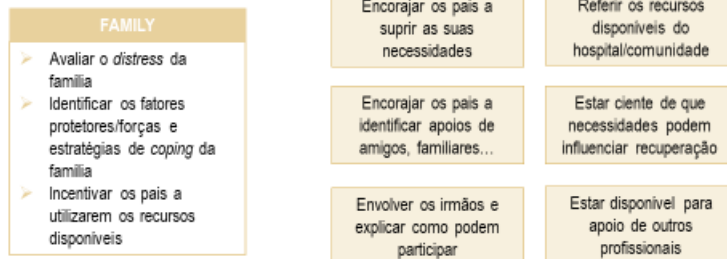
(Children's Hospital of Philadelphia, 2023; NCSTN, 2014)

PROTOCOLO D-E-F: *EMOTIONAL SUPPORT*



(Children's Hospital of Philadelphia, 2023; NCSTN, 2014)

PROTOCOLO D-E-F: *FAMILY*



(Children's Hospital of Philadelphia, 2023; NCSTN, 2014)

SITUAÇÕES POTENCIALMENTE TRAUMÁTICAS

- Ambiente Desconhecido – primeiras consultas
- Contacto com os profissionais de saúde
- Observação médica/enfermagem
- Procedimentos dolorosos – vacinação, teste do pezinho...



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Avaliação da Sessão de Formação

Tema: Prevenção do Trauma Associado aos Cuidados de Saúde: Trauma Informed Care

Nome do formador: Joana Carvalho

Local: [REDACTED]

Data: 29/06/23

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião.

Avaliação global da formação	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1 – Globalmente a formação agradou-lhe?				
2 – As suas expectativas foram atingidas?				
3 – Os objetivos da sessão foram atingidos?				
4 – A duração e horário da formação foi adequada?				
5 – Esta formação permitiu adquirir novos conhecimentos?				
6 – Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções?				
7 – Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o desempenho?				

Avaliação do formador	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
8 - Facilidade de transmissão de conhecimentos.				
9 - Interação com o grupo.				
10 - Domínio do tema.				
11 - Gestão do tempo e pontualidade.				

Comentários e sugestões de melhoria

Obrigada pela sua colaboração

RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Assistiram à sessão de formação 4 elementos da equipa de enfermagem e 4 estudantes de enfermagem da licenciatura, tendo o questionário de avaliação da sessão de formação sido preenchido por todos os presentes. Apresentam-se os resultados considerados pertinentes para a prática de enfermagem.

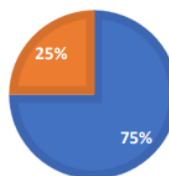
Globalmente agradou-lhe a formação?

■ concordo totalmente
■ concordo
■ discordo
■ discordo totalmente



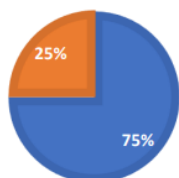
As suas expectativas foram atingidas?

■ concordo totalmente
■ concordo
■ discordo
■ discordo totalmente



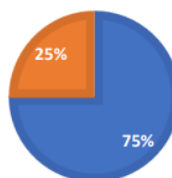
Os objetivos da sessão foram atingidos?

■ concordo totalmente
■ concordo
■ discordo
■ discordo totalmente



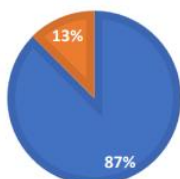
Esta formação permitiu adquirir novos conhecimentos?

■ concordo totalmente
■ concordo
■ discordo
■ discordo totalmente



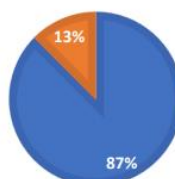
Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das suas funções?

■ concordo totalmente
■ concordo
■ discordo
■ discordo totalmente



Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o seu desempenho?

■ concordo totalmente
■ concordo
■ discordo
■ discordo totalmente



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bitsko, R.; Holbrook, J.; O'Masta, B.; Maher, B.; Cerles, A.; Saadeh, K.; Mahmooth, Z.; MacMillan, L.; Rush, M. & Kaminski, J. (2022). A Systematic Review and Meta-analysis of Prenatal, Birth, and Postnatal Factors Associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. *Prevention Science*. DOI: 10.1007/s11121-022-01359-3
- Claussen, A.; Holbrook, J.; Hutchins, H.; Robinson, L.; Bloomfield, J.; Meng, L.; Bistko, R.; O'Masta, B.; Cerles, A., Maher, B., Rush, M. & Kaminski, J. (2022). All in the Family? A Systematic Review and Meta-analysis of Parenting and Family Environment as Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. *Prevention Science*, 1-23. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01358-4>
- Diogo, P.; Vilelas, J.; Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47. <http://hdl.handle.net/10400.26/23729>
- Felliti, V.; Anda, R.; Nordenberg, D.; Williamson, D.; Spitz, A; Edwards, V.; Koss, M. & Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fox, J. (2024). Family Centered Care of the Child during Illness and Hospitalization. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.648-667).
- Forkey, H.; Szilagyi, M.; Kelly, E.; Duffee, J. (2021). Trauma Informed Care. *Pediatrics*, 148(2), e2021052580. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052580>
- Flaherty, E.; Thompson, R.; Litrownik, A.; Zolotor, A.; Dubowitz, H.; Runyan, D.; English, D. & Everson, M. (2009). Adverse Childhood Exposures and Reported Child Health at Age 12. *Academic Pediatrics*, 9(3), 150-156. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2008.11.003>

- Giotakos, O. (2020). Neurobiology of emotional trauma. *Psiquiatriki*, 31(2), 162-171. doi: 10.22365/jpsych.2020.312.162.
- Goddard, A.; Janicek, E. & Etcher, L. (2022). Trauma Informed Care for the Pediatric Nurse. *Journal of Pediatric Nursing*, 62, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.003>
- Goddard, A. (2021). Adverse childhood experiences and trauma-informed care. *Journal of Pediatric Health Care*, 35(2), 145–155. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2020.09.001>
- Guest, H. (2021). A concept analysis of trauma-informed care. *Nursing Forum*, 56(4), 1000-1007. <https://doi.org/10.1111/nuf.12626>
- Hockenberry, M. (2024). Perspectives of Pediatric Nursing. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.1-13).
- Institute for Patient and Family Centered Care (2020). Patient and Family Centered Care. <https://ipfcc.org/about/pfcc.html>
- Koball, A.; Domoff, S.; Klevan, J.; Olson-Dorff, A. & Rasmussen, C. (2021). The impact of adverse childhood experiences on healthcare utilization in children. *Child Abuse and Neglect*, 111:104797. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104797>
- Kuzma, E., Pardee, M., Morgan, A. (2020). Implementing patient-centered trauma-informed care for the perinatal nurse. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 34(4) 23-31. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000520>
- Mão-de-Ferro, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Edições Colibri.
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In Neuman, B. & Fawcett, J., *The Neuman Systems Model* 5th Ed (pp 3-33)
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume 1. *Cadernos OE*, 1(3). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa.
- Regulamento nº422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, nº133, Série II (12-07-2018), 19192–19194. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, nº26, Série II (06-02-2019), 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Stevens, K. & Marvicsin, D. (2016). Evidence-based Recommendations for Reducing Pediatric Distress During Vaccination. *Pediatric Nursing*, 42(6), 267-299.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884>
- The National Child Traumatic Stress Network (2018). *What is childhood trauma?* NCTSN. <https://www.nctsn.org/>
- The National Child Traumatic Stress Network (2014). *Pediatric medical traumatic stress: A comprehensive guide*. NCTSN.
- Tomaz, T. & Castro-Vale, I. (2020). Trauma-Informed Care in Primary Health Settings—Which Is Even More Needed in Times of COVID-19. *Healthcare*, 8(3), 340. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030340>
- Wilson, H., & Shashank, V. J. (2018). Recognizing and referring children with posttraumatic stress disorder: Guidelines for pediatric providers. *Pediatrics in Review*, 39(2), 68–77. <https://doi.org/10.1542/pir.2017-0036>
- Wolraich, M.; Hagan, F.; Allan, C.; Chan, E.; Davison, D.; Earls, M.; Evans, M.; Flinn, S.; Frohlich, T.; Frost, F.; Holbrook, J.; Lehmann, C.; Lessin, H.; Okechukwu, K.; Pierce, K.; Winner, J. &

Zurhellen, W. (2019). Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 144(4):e20192528. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>

Apêndice XIV

Reflexão "Cuidados Sensíveis ao Trauma em Urgência Pediátrica

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Cuidados sensíveis ao trauma em urgência
pediátrica: Reflexão**

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

**Lisboa
Outubro, 2023**

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Cuidados sensíveis ao trauma em urgência
pediátrica: Reflexão**

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

Docente:
Professora Sónia Isabel Pinela Colaço Marques

**Lisboa
Outubro, 2023**

INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e consiste numa síntese reflexiva sobre a prática de prestação de cuidados sensíveis ao trauma à criança e família em contexto de urgência pediátrica.

A reflexão resulta da observação da prestação de cuidados à criança e família, compreendendo a postura da equipa perante a criança e família, a preparação para o procedimento e as intervenções aquando e após os procedimentos de enfermagem, com recurso a uma grelha de observação adaptada de Damião (2019). Não se pretendeu a realização de um estudo científico, mas sim refletir sobre as intervenções de enfermagem com foco na minimização do *stress* da criança e família em contexto de urgência, através de uma observação participante e estruturada.

A técnica de observação consiste na recolha sistemática e intencional de impressões sobre eventos, ações ou experiências, tal como ocorrem sem qualquer construção por parte dos envolvidos (Dias & Gama, 2019). Tem como principal finalidade o registo de fenómenos sociais de forma direta, obtendo uma descrição da situação ou problemática em estudo (Creswell & Creswell, 2018), sendo a recolha de dados frequentemente efetuada através de um guião de observação, baseado em indicadores previamente definidos (Dias & Gama, 2019).

Para a reflexão em questão, procedeu-se a uma observação participante, direta e estruturada, uma vez que o observador intervém no contexto que pretende estudar, como é o exemplo de um estagiário num serviço de saúde (observação participante), observa o comportamento no momento e local em que ocorre, tal como ocorre (observação direta), com recurso a uma identificação antecipada dos comportamentos a observar e registar (observação estruturada) (Dias & Gama, 2019).

Posteriormente, foi efetuada a análise e interpretação dos dados. Este processo consiste na extração de significado dos dados e tem como objetivo apresentar e sumarizar os dados de modo a permitir a obtenção de respostas à questão de investigação (Creswell & Creswell, 2018). Neste caso, a questão de investigação que orientou a observação e a presente reflexão foi: que intervenções de enfermagem promotoras da minimização do *stress* da criança e família são realizadas em contexto de urgência pediátrica?

A reflexão sobre as práticas e a participação na prestação de cuidados à criança e família permitiram desenvolver o pensamento crítico e raciocínio clínico, assim como desenvolver o conhecimento, competência e capacitação profissional, contribuindo positivamente para a qualidade dos cuidados prestados, traduzindo-se em cuidados humanizados, holísticos e sensíveis ao trauma. Desta forma, reconstruiu-se o saber e transformou-se a experiência vivida em contexto de estágio (Kolb, 1984; Tanner, 2006), com a observação a permitir aprofundar o conhecimento sobre um determinado tópico, fornecer novas ideias e perspectivas sobre o que está a ser observado (Dias & Gama, 2019).

REFLEXÃO

Os profissionais que exercem funções na urgência pediátrica cuidam de crianças nas diferentes fases do seu crescimento e desenvolvimento, desde recém-nascidos a adolescentes com 17 anos + 364 dias, com uma diversidade de patologias e múltiplas situações de diferente complexidade e carga emocional. Por estes motivos, os enfermeiros prestam cuidados especializados e diferenciados, em situações de especial complexidade e vulnerabilidade acrescida, tornando-se fundamental a prevenção de momentos potencialmente traumáticos e a promoção de cuidados sensíveis ao trauma.

As situações de doença e a consequente experiência de hospitalização são considerados acontecimentos geradores de crise e interrupção, com elevados níveis de *stress* e ansiedade para a criança e família (Diogo, et al., 2016), durante os quais podem experienciar sentimentos, emoções e comportamentos desagradáveis, nomeadamente ansiedade de separação, perda de controlo, medo da lesão corporal, da intrusão, da dor e da morte, assim como medo da realização de procedimentos invasivos e dolorosos (Forkey et al., 2021; Fox, 2024; Linnard-Palmer, 2019; NCTSN, 2014).

Adicionalmente, a severidade da situação, a necessidade de realizar tratamentos e procedimentos invasivos, os recursos/suporte que têm disponível, as estratégias de *coping* que detêm, as crenças e valores culturais e religiosos, a comunicação com a equipa de saúde e entre familiares, a condição socioeconómica e a informação de que dispõem relativamente à situação clínica, são fatores que vão influenciar significativamente a resposta das crianças e dos pais à situação de doença e/ou hospitalização (Fox, 2024).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na prevenção das experiências traumáticas das crianças e família, e na promoção de uma experiência positiva, potenciadora do crescimento e resiliência. Quando a experiência no serviço de urgência é vivida pela criança de forma positiva, esta poderá sentir-se mais capaz por ter superado esta situação de crise, sabendo reagir aos *stressors* em situações futuras (Damião, 2019). A intervenção de enfermagem norteadora pelo modelo dos sistemas de Betty Neuman (Neuman, 2011) e fundamentada no modelo dos cuidados sensíveis ao trauma, com recurso aos princípios dos cuidados não traumáticos e no protocolo D-E-F (NCTSN, 2014) é essencial no cumprimento desse objetivo.

A urgência pediátrica, pelas características do ambiente, complexidade de situações e frequente sobrecarga funcional dos profissionais, pode ser considerada um contexto particularmente ansiogénico para as crianças e famílias, com inúmeros fatores de *stress* (Diogo, et al., 2016). A observação do comportamento das crianças e famílias que recorreram à urgência, assim como a verbalização de medos e preocupações e de experiências anteriores, permitiram identificar os principais momentos potencialmente traumáticos e os *stressors* associados a este contexto de cuidados. Enquanto para os pais o principal *stressor* foi a situação clínica dos filhos (dependendo da complexidade), o sentimento de impotência, a perda de controlo da situação e a dificuldade em saber como ajudar e em obter informação, para as crianças destaco as verbalizações e manifestações comportamentais de medo e ansiedade, medo da dor e da lesão corporal, da separação dos pais e da aproximação de pessoas desconhecidas, medo da observação médica, de serem agarradas ou imobilizadas, perda de controlo e autonomia, assim como medo da realização de procedimentos invasivos e dolorosos (punção venosa, colheita de análises, zaragatoas), da possibilidade de internamento e da realização de exames.

Todos *stressors* acima descritos podem ser enquadrados no modelo dos sistemas de Neuman (2011), classificando-se em *stressors* intrapessoais (medo, dor, separação dos pais, medo da realização de procedimentos invasivos...), interpessoais (pessoas desconhecidas, perda de controlo e autonomia, perceção dos procedimentos como punição, pouca informação disponível...) e extrapessoais (admissão hospitalar, possibilidade de internamento, ambiente desconhecido com cheiros, sons e rotinas diferentes, procedimentos de enfermagem dolorosos...). Ademais, estes sentimentos e comportamentos estão descritos na literatura como *stressors* associados aos cuidados de saúde (Damião, 2019; Diogo et al., 2016; Hockenberry, 2024; Fox, 2024; NCTSN, 2014), tornando-se uma prioridade a prestação de

cuidados sensíveis ao trauma à criança e família. Esta intervenção esteve presente ao longo do estágio, assim como a formação de pares em contexto de prática de cuidados de enfermagem, através da partilha do protocolo D-E-F, esclarecimento de dúvidas e parceria de cuidados, o que permitiu aumentar a consciência dos enfermeiros sobre a necessidade de prevenir o *stress* e trauma da criança e família neste contexto.

Neste sentido, e de forma a compreender que intervenções de enfermagem promotoras da minimização do *stress* da criança e família são realizadas em contexto de urgência pediátrica, procedeu-se à observação participante das práticas nesse contexto com recurso a uma grelha de observação adaptada de Damião (2019), apresentada no apêndice I.

Relativamente às intervenções de enfermagem para minimizar o *stress* da criança e família implementadas na urgência pediátrica conclui-se que, na sua maioria, a equipa de enfermagem presta cuidados não traumáticos, havendo espaço para incluir os cuidados sensíveis ao trauma, com a sua vertente focada no *distress*, suporte emocional e envolvimento da família.

Analisando os dados decorrentes das observações, relativamente à sua atitude perante a criança e os pais conclui-se que os enfermeiros incentivam a presença e envolvimento dos pais nos cuidados, escutam a família, demonstrando disponibilidade para esclarecer dúvidas e desmistificar medos e ansiedades, comunicam de forma apropriada à idade, estágio de desenvolvimento e cultura, não utilizam procedimentos de enfermagem como ameaça, orientando os pais para não o fazerem, e proporcionam um ambiente hospitalar divertido e seguro.

Relativamente à preparação para a realização de procedimentos, os enfermeiros adequam a sua intervenção à idade, estágio de desenvolvimento e cultura da criança, explicando previamente o procedimento através de linguagem neutra, simples e clara, apresentando os materiais e equipamentos a utilizar no procedimento, mantendo os objetos ameaçadores fora do seu campo de visão. No entanto, nem sempre se verifica uma preparação do espaço, com minimização dos estímulos ambientais e do fluxo de profissionais, nem a utilização de estratégias não farmacológicas como a distração, relaxamento ou imaginação guiada, nem farmacológicas nesta fase.

Estas intervenções encontram-se amplamente fundamentadas em evidência científica (Diogo, 2015; Diogo, et al., 2016; Fox, 2024; Hellsten, 2024; OE, 2013), e operacionalizam as filosofias de cuidados em enfermagem pediátrica, os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos (IPFCC, 2021; Hockenberry, 2024). Concomitantemente, respeitam a

criança enquanto um ser de direitos, com voz e vontade própria, e como um elemento ativo no envolvimento e participação nos cuidados que lhe dizem respeito, de acordo com a sua idade, estágio de desenvolvimento, nível de compreensão e vontade (Coyne et al., 2018; Ford et al., 2018), direitos espelhados na carta da criança hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 1998).

Aquando e após a realização de procedimentos as oportunidades de melhoria mantém-se, nomeadamente na identificação de *stressors* e comportamentos sugestivos de *stress* e estratégias de *coping* já desenvolvidas, partilha das experiências anteriores, no incentivo à expressão de medos, ansiedades, sentimentos e dúvidas, respondendo-lhes de forma adequada, assim como na utilização das estratégias não farmacológicas, como o reforço positivo ou a recompensa, mesmo quando a criança não coopera.

Ao participar ativamente na prestação de cuidados foi possível intervir no sentido de minimizar a experiência potencialmente traumática da criança e família, através da identificação e sinalização de comportamentos sugestivos de *stress* e trauma na criança, questionando sobre experiências anteriores, identificando estratégias de *coping* utilizadas, escutando e valorizando os sentimentos, preocupações e medos partilhados, assim como promover um ambiente tranquilo e seguro. Estas práticas permitiram consciencializar os enfermeiros para o impacto do stress e trauma no crescimento e desenvolvimento da criança e família, demonstrando que despende algum tempo nestas intervenções trazia benefícios a curto e longo prazo, com crianças e famílias mais colaborantes, envolvidas e participativas nos cuidados. Adicionalmente, contribuíram para o desenvolvimento de competências de EEESIP ao nível da implementação de um plano de saúde promotor da parentalidade e capacidade para gerir a situação (E1.1.), diagnosticar e intervir precocemente na doença e situações de risco que afetam a qualidade de vida da criança (E1.2.), promover a vinculação de forma sistemática em especial nos recém-nascidos (E3.2.), assim como na comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura (E3.3.) (Regulamento n.º 422/2018).

Para além da intervenção no momento da prestação de cuidados e após reflexão com a enfermeira orientadora, considerou-se pertinente a realizar uma sessão de formação alusiva à prevenção do *stress* e trauma no serviço de urgência pediátrica com intervenções baseadas no modelo dos cuidados sensíveis ao trauma. Estas atividades contribuíram para o desenvolvimento de competências de EE, nomeadamente no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados (B) e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D)

(Regulamento n.º 140/2019). Ao acompanhar a equipa de enfermagem, observar e participar ativamente nos cuidados prestados, tive oportunidade de realizar sugestões de melhoria, recorrendo ao modelo dos cuidados sensíveis ao trauma, através da gestão dos cuidados de enfermagem otimizando a resposta e articulação da equipa, e adaptando os recursos e liderança às situações vivenciadas, contribuindo para o desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados (C) (Regulamento n.º 140/2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação de momentos potencialmente traumáticos e *stressors* associados aos cuidados de enfermagem em contexto de urgência pediátrica contribuiu para a reflexão sobre as intervenções de enfermagem realizadas nesse contexto. Embora a equipa de enfermagem fundamente as suas intervenções nas filosofias de cuidados de enfermagem pediátrica, a preocupação com o *stress* e o trauma, assim como com o seu impacto no crescimento, desenvolvimento e saúde das crianças necessita de ser desenvolvida.

A observação participante, com recurso a uma grelha predefinida assente em evidência científica, permitiu um olhar objetivo sobre a questão em estudo e posterior reflexão, em equipa, articulando a prática com a teoria, reconstruindo o saber e transformando a experiência. Como resultado, contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às crianças e famílias, sustentando uma abordagem sensível ao trauma, individualizada, holística e culturalmente competente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (5th ed). Sage Publications, Inc.
- Damião, M. (2019). *Stress da Criança em Idade Pré-Escolar em Contexto de Urgência: Foco de Atenção do Enfermeiro Especialista* [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/32091>
- Dias, S. & Gama, A. (2019), Introdução à Investigação Qualitativa em Saúde Pública. Almedina.
- Diogo, P. (2015). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar. (2^a ed.). Lusodidata
- Diogo, P.; Vilelas, J.; Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47. <http://hdl.handle.net/10400.26/23729>
- Forkey, H.; Szilagyi, M.; Kelly, E.; Duffee, J. (2021). Trauma Informed Care. *Pediatrics*, 148(2), e2021052580. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052580>
- Fox, J. (2024). Family Centered Care of the Child during Illness and Hospitalization. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.648-667).
- Hellsten, M. (2024). Pain Assessment in Children. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.131-143).
- Hockenberry, M. (2024). Perspectives of Pediatric Nursing. In Hockenberry, M.; Duffy, E. & Gibbs, K. (Eds). (2024). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (12thed, pp.1-13).
- Institute for Patient and Family Centered Care (2021). *Patient and Family Centered Care*. <https://ipfcc.org/about/pfcc.html>

- Instituto de Apoio à Criança (1998). *Carta da Criança Hospitalizada*, 0–40.
https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Linnard-Palmer, L. (2019). Caring for Families Under Stress. In Linnard-Palmer, L. *Pediatric Nursing Care: A concept-based approach* (pp.155-162). Jones & Bartlett Learning.
- National Child Traumatic Stress Network. (2014). *Pediatric Medical Traumatic Stress: A Comprehensive Guide*
https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources//pediatric_toolkit_for_health_care_providers.pdf
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In Neuman, B. & Fawcett, J., *The Neuman Systems Model* 5th Ed (pp 3-33)
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas para controlo da dor na criança. *Cadernos OE*, 1(6).
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Regulamento nº422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, nº133, Série II (12-07-2018), 19192–19194. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, nº26, Série II (06-02-2019), 4744-4750.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Tanner, C. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.
<https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

APÊNDICE I – GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Intervenções de Enfermagem com foco na minimização do stress na criança em contexto de Urgência

Atitude da Equipa perante a criança e pais/cuidadores	Sim	Não	Observações
Permite a presença dos pais/cuidadores para que a criança se sinta segura e confiante;			
Escuta a família e demonstra disponibilidade para esclarecer dúvidas e desmistificar medos e ansiedades;			
Partilha com a criança e os pais informações necessárias sobre os medos da criança relacionados com o processo de hospitalização e medo de separação;			
Promove a participação ativa dos pais no processo de hospitalização da criança, sensibilizando-os para o processo de <i>coping</i> da criança;			
Incentiva e escuta a expressão de medos e ansiedades, sentimentos e dúvidas da criança;			
Comunica com a criança de forma apropriada à sua idade, estágio de desenvolvimento e cultura;			
Não utiliza procedimentos de enfermagem como ameaça;			
Transmite calma e tranquilidade à criança e aos pais/cuidadores;			
Identifica/Questiona sobre situações de contacto anteriores;			
Identifica <i>stressores</i> na criança;			
Identifica os principais comportamentos de <i>stress</i> na criança;			
Identifica estratégias de <i>coping</i> da criança e família perante uma situação de <i>stress</i> ;			
Proporciona um ambiente hospitalar divertido e seguro.			

Intervenção da Equipa de Enfermagem na preparação para os procedimentos	Sim	Não	Observações
Promove sensação de segurança e proteção, facilitando a colaboração dos pais/cuidadores;			
Escuta a família e demonstra disponibilidade para esclarecer dúvidas e desmistificar ansiedades;			
Transmite calma e tranquilidade à criança e pais/cuidadores;			
Comunica com a criança de forma apropriada à sua idade, estágio de desenvolvimento e cultura;			
Incentiva e escuta a expressão de medos e ansiedades, sentimentos e dúvidas da criança;			

Explica previamente o procedimento, através de linguagem neutra, simples e clara, não suscetível a interpretações erradas;			
Apresenta os materiais e equipamentos a utilizar à criança e pais/cuidadores (técnica de modelagem);			
Mantém os objetos ameaçadores fora do campo de visão da criança;			
Afirma diretamente que os procedimentos não são forma de punição, explicando a sua importância;			
É honesto com a criança e pais/cuidadores sem utilizar expressões falsas ("não dói nada" ou "já vai acabar");			
Incentiva a presença do objeto de conforto junto da criança;			
Identifica <i>stressors</i> na criança;			
Identifica os principais comportamentos de <i>stress</i> na criança;			
Identifica estratégias de <i>coping</i> da criança e família perante uma situação de <i>stress</i> ;			
Utiliza estratégias de relaxamento (relaxamento criativo, respiração abdominal...);			
Utiliza técnicas de distração e imaginação guiada;			
Reduz os estímulos ambientais e utiliza o ambiente a seu favor;			
Utiliza estratégias farmacológicas para controlo da dor quando necessário.			

Intervenção da Equipa de Enfermagem na aquando e após os procedimentos	Sim	Não	Observações
Promove sensação de segurança e proteção, facilitando a colaboração dos pais/cuidadores;			
Escuta a família e demonstra disponibilidade para esclarecer dúvidas e desmistificar ansiedades;			
Transmite calma e tranquilidade à criança e pais/cuidadores;			
Comunica com a criança de forma apropriada à sua idade, estágio de desenvolvimento e cultura;			
Incentiva e escuta a expressão de medos e ansiedades, sentimentos e dúvidas da criança;			
É honesto com a criança e pais/cuidadores sem utilizar expressões falsas ("não dói nada" ou "já vai acabar");			
Incentiva a presença do objeto de conforto junto da criança;			
Identifica <i>stressors</i> na criança;			
Identifica os principais comportamentos de <i>stress</i> na criança;			

Identifica estratégias de <i>coping</i> da criança e família perante uma situação de <i>stress</i> ;			
Utiliza estratégias de relaxamento (relaxamento criativo, respiração abdominal...);			
Utiliza técnicas de distração e imaginação guiada;			
Reduz os estímulos ambientais e utiliza o ambiente a seu favor;			
Utiliza reforço positivo e recompensas (diplomas, autocolantes), mesmo quando a criança não coopera com os procedimentos;			
Não utiliza expressões com as quais a criança se possa sentir humilhada ("pareces um bebé a chorar");			
Utiliza estratégias farmacológicas para controlo da dor quando necessário.			

Adaptado de: Damião, M. (2019). *Stress da Criança em Idade Pré-Escolar em Contexto de Urgência: Foco de Atenção do Enfermeiro Especialista*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/32091>

Apêndice XV

Poster "Cuidados Sensíveis ao Trauma: Intervenção de Enfermagem em
Neonatologia"

INTRODUÇÃO

O nascimento pré-termo é uma experiência adversa precoce geradora de stress, que influencia negativamente o neurodesenvolvimento do bebé e o processo de transição para a parentalidade.

As unidades de neonatologia, embora fundamentais para a sobrevivência do recém-nascido prematuro, proporcionam um espaço bastante diferente do útero materno. O ambiente altamente tecnológico, a complexidade e diferenciação dos cuidados prestados, com presença de ruído e luz constantes, manipulações frequentes e estímulos considerados dolorosos, constituem em si fontes de stress.

O stress tóxico surge da exposição e ativação frequente e contínua dos mecanismos de resposta interna ao stress do bebé que, por falta de fatores protetores e estratégias de coping, não se consegue autorregular, originando o trauma.

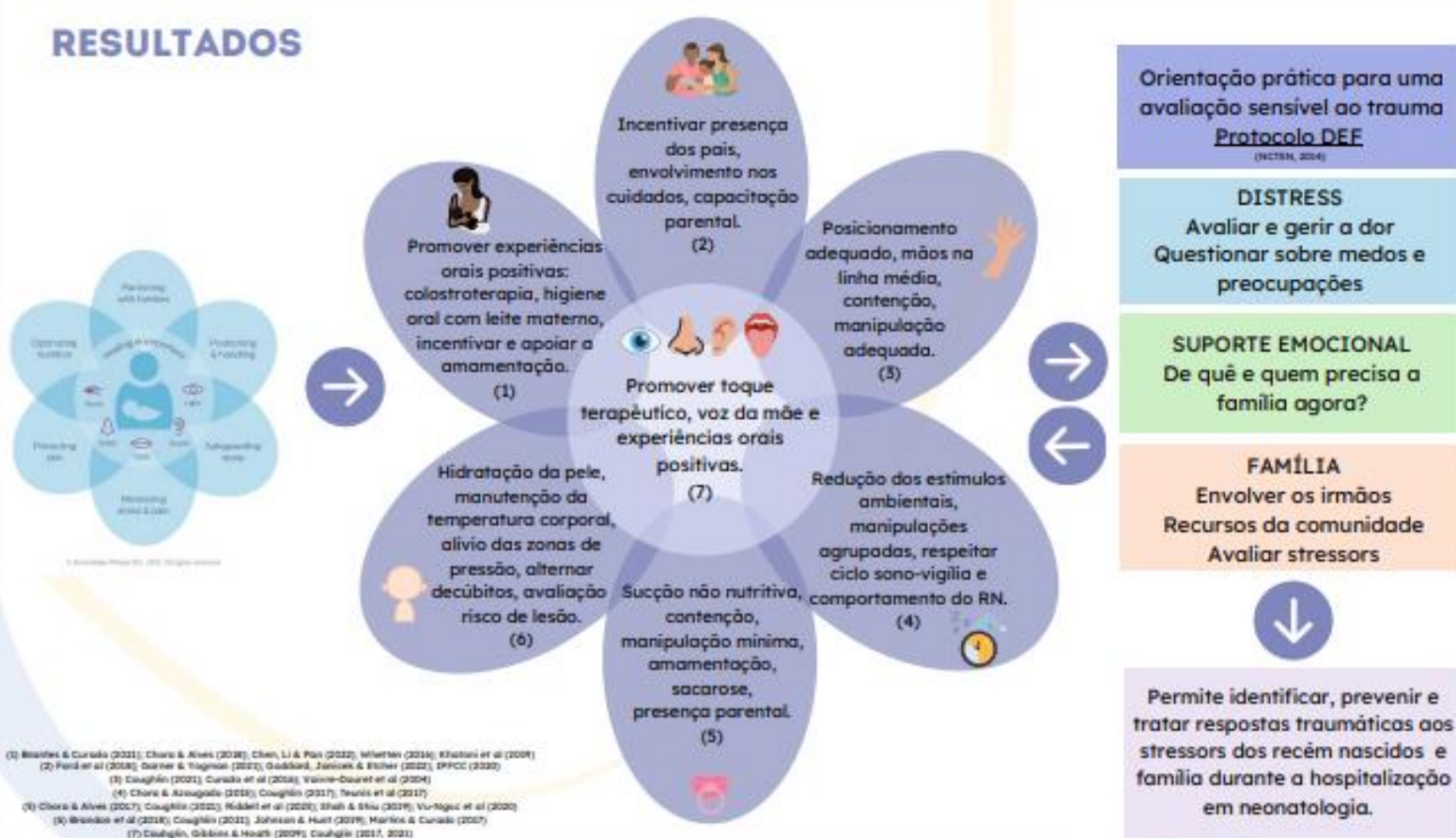
OBJETIVO

Identificar Intervenções de Enfermagem para a minimização do stress do recém-nascido prematuro e família durante o internamento nas unidades de neonatologia.

METODOLOGIA

Consiste numa revisão da literatura elaborada com base no referencial de Cronin, Ryan e Coughlan (2008), com pesquisa bibliográfica com recurso à plataforma EBSCO com pesquisa na MEDLINE, CINHAL e PUBMED, integrando os descritores nursing care, neonatology, stress e trauma.

RESULTADOS



CONCLUSÃO

O foco da intervenção de enfermagem passa por promover o neurodesenvolvimento saudável e a transição para a parentalidade de forma positiva, através da minimização das experiências traumáticas para o recém-nascido e família e promoção de experiências positivas durante a hospitalização. Uma vez que a mãe é o principal fator protetor do recém-nascido, a sua presença e envolvimento nos cuidados parece ser a intervenção com maior impacto na autorregulação do recém-nascido e redução do stress tóxico.

Compreender a essência dos cuidados sensíveis ao trauma permite a consciencialização de que as nossas intervenções, enquanto profissionais de saúde, têm impacto na experiência da criança e sua família, não só no presente, mas também na sua relação com os cuidados de saúde no futuro, no seu crescimento e desenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



ANEXOS

Anexo I

Certificado de Presença no Encontro Parceiros nos Cuidados



CENTRO DE FORMAÇÃO

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010
Entidade Certificada pela SGS cumprindo os requisitos da Norma NP ISO 21001:2020

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que, **Joana Isabel Cordeiro E Carvalho**, com o documento de identificação nº 15363050, participou no dia 29 de Novembro de 2023 com a duração total de 2 horas no Encontro

Parceiros nos Cuidados

Lisboa, em 18 de dezembro de 2023

O Responsável pela Entidade Formadora

Alexandra Costa
Diretora do Centro de Formação do CHULN

PLANO CURRICULAR – 2 HORAS

(Designação das unidades temáticas)

- Sessão de Abertura
- Pediatria, o filme das nossas vidas
- Workshop Operação Nariz Vermelho
- Sessão de Encerramento

Anexo II

Certificado de Participação no Pólo de Estudantes da Rede Portuguesa
da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a Senhora Enfermeira Joana Isabel Cordeiro e Carvalho integrou o Pólo de Estudantes da Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano, entre 1 de fevereiro de 2023 e 29 de fevereiro de 2024, colaborando nas diversas atividades desenvolvidas.

Lisboa, 13 de março de 2024

Assinado por: **Ana Inês Lourenço da Costa**
Num. de Identificação: 12311694
Data: 2024.03.13 22:43:12+00'00'

Professora Ana Inês Costa

Secretária da Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano
Representante da Watson Caring Science Institute Latino-Iberoamérica

Anexo III

Certificado de Participação na Comissão Organizadora do Evento
Científico Internacional Encontro com Dr.^a Jean Watson

CERTIFICADO

Certifica-se que Joana Carvalho integrou a Comissão Organizadora do Evento Científico Internacional **Encontro com Dra. Jean Watson**, que decorreu no dia 27 de junho de 2023, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A Coordenadora do Gabinete de
Formação e Desenvolvimento Profissional da ESEL

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

Anexo IV

Certificado de Apresentação do Poster "Cuidados Sensíveis ao Trauma:
Intervenção de Enfermagem em Neonatologia"



CERTIFICADO

Certifica-se que **Joana Carvalho; Sónia Colaço** participaram nas XXIX Jornadas de Pediatria do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, com a apresentação do Poster sem discussão CUIDADOS SENSÍVEIS AO TRAUMA: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA.

01/03/2024

Prof. Doutora Ana Isabel Lopes
Presidente das XXIX Jornadas de Pediatria
do Hospital de Santa Maria, ULSSM

Anexo V

Certificado de Presença na Reunião Científica "Stress Pós-traumático: a
parentalidade após a neonatologia"

CICLO DE WEBINARS
Reuniões Científicas

**PENSAR EM NEONATOLOGIA:
DA COMPLEXIDADE À ESSÊNCIA
DOS CUIDADOS**

**“STRESS PÓS-TRAUMÁTICO:
A PARENTALIDADE APÓS A NEONATOLOGIA”**

17 JANEIRO 2022



CERTIFICADO

Certifica-se que Joana Carvalho esteve presente na Reunião Científica “Pensar em Neonatologia: da Complexidade à Essência dos Cuidados” sob o tema “*Stress Pós-traumático: a parentalidade após a neonatologia*”, que decorreu no dia 17 de janeiro de 2022 em formato Webinar, a partir do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, entre as 17h e as 19h.

A Comissão Organizadora

Amadora, 17 de janeiro de 2022

Anexo VI

Certificado de Presença na Reunião Científica "Cuidados em Fim de Vida:
Os desafios em Neonatologia"

CICLO DE WEBINARS
Reuniões Científicas

**PENSAR EM NEONATOLOGIA:
DA COMPLEXIDADE À ESSÊNCIA
DOS CUIDADOS**

**“CUIDADOS EM FIM DE VIDA:
OS DESAFIOS NA NEONATOLOGIA”**

27 FEVEREIRO`23



CERTIFICADO

Certifica-se que **Joana Isabel Cordeiro e Carvalho**
esteve presente na Reunião Científica "Cuidados em Fim de
Vida: Os desafios na Neonatologia" do II Ciclo de Reuniões
Científicas "Pensar em Neonatologia: da complexidade à
essência dos cuidados", que decorreu no dia 27 de fevereiro
de 2023 em formato Webinar, a partir do Hospital Professor
Doutor Fernando Fonseca EPE, entre as 17h e as 19h.

A Comissão Organizadora

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Joana Isabel Cordeiro e Carvalho'.

Amadora, 27 de fevereiro de 2023

Anexo VII

Certificado de Presença na Reunião Científica "A transição da
Neonatologia para o domicílio: que capacitação parental?"

CICLO DE WEBINARS
Reuniões Científicas

**PENSAR EM NEONATOLOGIA:
DA COMPLEXIDADE À ESSÊNCIA
DOS CUIDADOS**

**"A TRANSIÇÃO DA NEONATOLOGIA PARA
O DOMICÍLIO: QUE CAPACITAÇÃO PARENTAL?"**

15 MAIO`23



CERTIFICADO

Certifica-se que Joana Carvalho esteve presente na Reunião Científica "A transição da Neonatologia para o domicílio: que capacitação parental?" do II Ciclo de Reuniões Científicas "Pensar em Neonatologia: da complexidade à essência dos cuidados", que decorreu no dia 15 de maio de 2023 em formato Webinar, a partir do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, entre as 17h e as 19h.

A Comissão Organizadora

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Joana Carvalho".

Amadora, 15 de maio de 2023