



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Os contributos do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica no Cuidado à criança
e família: Estratégias não farmacológicas
no Controlo da Dor**

Ana Beatriz Guerreiro Marques

Orientação: Professora Maria Eduarda Correia

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Os contributos do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no
Cuidado à criança e família: Estratégias não
farmacológicas no Controlo da Dor**

Ana Beatriz Guerreiro Marques

Orientação: Professora Maria Eduarda Correia

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Professora Maria Alice Ruivo

Arguente: Professora Maria Dulce Cruz

Orientador: Professora Maria Eduarda Correia

Setúbal, 2023

If you can dream it, you can do it.

Walt Disney

(Pensador, 2023)

AGRADECIMENTOS

A ti, por todo o apoio, paciência, compreensão, incentivo, amor durante todo este percurso e por nunca me deixares desistir.

Aos meus pais, e à minha irmã por nunca duvidarem de mim e do que sou capaz e por serem a base de tudo.

À minha família, por todo o apoio dado agora e sempre.

Aos meus sogros por todo o apoio e por acreditarem sempre.

À professora Eduarda, por toda a disponibilidade, apoio, orientação, crítica e incentivo ao longo de todo o percurso. A todos os enfermeiros especialistas orientadores por todas as experiências partilhadas.

Aos meus amigos e colegas de equipa, que sempre me apoiaram e acreditaram em mim enquanto pessoa e profissional, reforçando sempre o “está quase”.

A todos, o meu muito obrigada!

RESUMO

O presente relatório tem como objetivo maior descrever o percurso académico realizado e expor a reflexão sobre as práticas atuais, a nível teórico e prático. Quanto aos cuidados prestados no âmbito da temática escolhida, estratégias não farmacológicas da dor, procurando a melhoria contínua dos mesmos, com base na evidência científica. Esta necessidade surge de procurar diminuir ou eliminar o desconforto e a dor na população pediátrica, através de intervenções autónomas de enfermagem, uma vez que na prática clínica diária estes são ainda uma realidade inerente. Fundamentando esta abordagem na teoria do conforto de Kolcaba, no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e ainda no modelo dos cuidados atraumáticos, procurei privilegiar a avaliação da dor e a utilização de estratégias não farmacológicas, apresentando a análise descritiva das atividades desenvolvidas ao longo dos vários contextos de estágio, definidas com a metodologia de projeto, expondo, desta forma, a resposta dada aos objetivos iniciais. As aprendizagens descritas, não só a nível académico, como também a nível profissional e pessoal, permitiram o desenvolvimento das competências comuns ao enfermeiro especialista, bem como as específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica e ainda as competências de mestre em enfermagem nesta mesma área.

Palavras-chave: enfermagem; criança; conforto; dor; estratégias não-farmacológicas;

ABSTRACT

The main objective of this report is to describe the academic path carried out and to expose the reflection on current practices, at a theoretical and practical level. Regarding the care provided within the chosen theme, non-pharmacological pain strategies, seeking their continuous improvement, based on scientific evidence. This need arises from seeking to reduce or eliminate discomfort and pain in the pediatric population, through autonomous nursing interventions, since in daily clinical practice these are still an inherent reality. Basing this approach on Kolcaba's theory of comfort, on Anne Casey's care partnership model and on the atraumatic care model, I tried to privilege pain assessment and the use of non-pharmacological strategies, presenting a descriptive analysis of the activities developed throughout of the various internship contexts, defined with the project methodology, exposing, in this way, the response given to the initial objectives. The learning described, not only at an academic level, but also at a professional and personal level, allowed the development of skills common to specialist nurses, as well as those specific to specialist nurses in child and pediatric health, as well as the skills of a master's degree in nursing in this same field.

Key-words: nursing; child; comfort; pain; non-pharmacological strategies.

ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – American Psychological Association

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPP – Cuidados Paliativos Pediátricos

DGS – Direção Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

ECMO – Oxigenação por Membrana Extra-Corporal

EEESIP – Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESS – Escola Superior de Saúde

HD – Hospital de Dia

HDP – Hospital de Dia Pediátrico

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

MESIP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCCESIP – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIPED – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1.ENQUADRAMENTO	13
TEÓRICO	13
1.1. TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA	13
1.2. MODELOS DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA.....	14
1.2.1. Cuidados Atraumáticos	14
1.2.2. Parceria de Cuidados de Anne Casey	17
1.3. A DOR EM PEDIATRIA.....	18
1.4. ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR	21
2.ANÁLISE DO PERCURSO DE APRENDIZAGENS	24
2.1. CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA.....	24
2.2. HOSPITAL DE DIA PEDIÁTRICO	31
2.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIPED)	38
2.4. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS (UCIN).....	41
3.O PROJETO	46
4.ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	48
4.1. COMPETÊNCIA COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	48
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA	51
4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	52
CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS	57

ÍNDICE REMISSIVO

APÊNDICES

APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO	63
APÊNDICE II – MANUAL: ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR – GUIA RÁPIDO PARA CONSULTA	65
APÊNDICE III – APRESENTAÇÃO: ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR – GUIA RÁPIDO PARA CONSULTA	117
APÊNDICE IV – DECLARAÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO	137
APÊNDICE V – ESTUDO CASO	139
APÊNDICE VI – APRESENTAÇÃO “BRINQUEDO TERAPÊUTICO”	174
APÊNDICE VII – O BRINQUEDO TERAPÊUTICO	181
APÊNDICE VIII – APRESENTAÇÃO “INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DA DOR - LUMINOSIDADE”	184
APÊNDICE IX – AS PROTEÇÕES DA LUMINOSIDADE	192
APÊNDICE X – APRESENTAÇÃO “CONTROLO DO RUÍDO NA UCIN E PROMOÇÃO DO CONFORTO E ALÍVIO DA DOR”	194
APÊNDICE XI – ARTIGO CIENTÍFICO “A EFETIVIDADE DO POSICIONAMENTO NA PROMOÇÃO DO CONFORTO E ALÍVIO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO - SCOPING REVIEW”	206

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular (UC) de Relatório, a qual está inserida no terceiro semestre do 6.º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP). Este mestrado tem sede no ano letivo de 2022/2023 na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), mas colabora com a Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Este relatório tem como objetivo descrever o percurso formativo realizado, tendo o mesmo permitido o desenvolvimento de competências comuns (Regulamento nº140/2019) e específicas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) (Regulamento nº422/2018), bem como as competências de Mestre (Decreto-Lei nº65/2018).

É objetivo da UC que os estudantes desenvolvam “(...) conhecimentos, aptidões e competências que possibilitem comunicar o desenvolvimento e conclusões do seu projeto de intervenção profissional no âmbito da enfermagem de saúde infantil e pediátrica.” (Ramos, et al., 2022, p. 1). Assim, é esperado que o estudante, na presente UC, tenha capacidade de reflexão crítica sobre a sua prática clínica, que fundamente as escolhas realizadas com base em teoria e evidência científica, que crie um projeto com integre as competências de um enfermeiro especialista e de mestre, que descreva e avalie o seu desempenho com a implementação do projeto e que, além da realização do relatório escrito, apresente e discuta o mesmo em contexto de prova pública (Ramos et al., 2022).

O relatório é considerado um trabalho académico que traduz a “(...) análise/ auto-avaliação do(s) desempenho(s) e a avaliação do acompanhamento da(s) atividade(s), desenvolvida(s) num determinado contexto/ instituição, propondo sugestões para melhoria das capacidades e/ou competências, para além de ajustamentos relativamente aos objetivos a alcançar. (...)” (Arco et al., 2018, p.8). A realização de um relatório permite que, a quem o lê, fique esclarecido quanto às tarefas realizadas, onde foram realizadas, as aprendizagens executadas e as dificuldades que foram encontradas ao longo do tempo (Arco et al., 2018).

Com a criação do projeto, sendo um dos objetivos da UC, é necessário a concretização de um plano de trabalho, que concebe a resolução, ou o estudo de um problema importante que suscita preocupação aos intervenientes (Ruivo & Ferrito, 2010).

Este projeto tem como problemática as Estratégias não farmacológicas no controlo da dor e na promoção do conforto na população pediátrica, sendo uma necessidade e uma inquietude individual e coletiva na minha prática e realidade profissional, sendo o objetivo geral:

- Contribuir para a promoção de estratégias não farmacológicas no controlo da dor e na promoção do conforto da criança e família;

Seguindo-se os objetivos específicos:

- Sensibilizar as equipas de Enfermagem quanto à importância do controlo da dor e promoção do conforto, com recurso a estratégias não farmacológicas;
- Reforçar a importância da presença dos pais na promoção do conforto da criança;
- Incentivar a participação dos pais com estratégias não farmacológicas no controlo da dor;
- Incentivar a implementação de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor e promoção do conforto;
- Incentivar a avaliação da dor.

Tendo em conta a problemática identificada, é primordial definir dois conceitos base do alvo dos cuidados prestados ao longo do percurso académico em âmbito dos estágios.

O conceito de família foi sendo alterado ao longo dos anos, não existindo uma definição universal (Hockenberry & Wilson, 2014), sendo descrita, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), como “(...) Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes. (...)” (ICN, 2023).

O conceito de criança foi igualmente alterado ao longo dos séculos, sendo definido como “(...) todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo. (...)” (UNICEF, 2019, p.8) e vista como “(...) uma pessoa, sujeito de direitos (...)” (Ramos & Barbieri- Figueiredo, 2020, p. 8).

O cuidado de enfermagem a uma criança/ jovem está diretamente relacionado ao cuidado à sua respetiva família, sendo importante para quem cuida perceber a estrutura e dinâmica familiar e compreender se pode, ou não, influenciar a criança. O enfermeiro deve ser detentor de fundamentos teóricos que sustentem os seus cuidados de enfermagem,

integrando as famílias nos cuidados aos seus filhos (Hockenberry & Wilson, 2014), tais como os escolhidos para base teórica do presente relatório, a teoria de conforto de Kolcaba, modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e o modelo dos cuidados atraumáticos.

O enfermeiro, segundo a deontologia profissional, artigo 102º, alínea b) deve “(...) salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso. (...)” (Lei 156/2015, p. 8079).

A criança, não apresentando capacidade de tomar decisões sobre si, no que respeita ao seu bem-estar de uma forma independente, por não apresentar maturidade, são os seus pais ou os seus representantes legais que o devem fazer por eles. Neste sentido, o papel do enfermeiro passa também por zelar pela saúde, respeitar a dignidade e salvaguardar os direitos das crianças, tendo como preocupação a proteção da criança com base na “(...) consciência da fragilidade, vulnerabilidade e dependência da criança (...)” (Seabra, 2009, p.24).

A criança é vista como um ser vulnerável, uma vez que os “(...) princípios da autonomia, da dignidade ou da integridade e, correm maior risco de serem ameaçados pela sociedade em que está inserido (...)” (Seabra, 2009, p. 48). Deve-se respeitar a dignidade humana, sendo um princípio orientador da enfermagem “(...) o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados (...)” (Artigo 99º, número 3, alínea b) da lei 156/2015, p.8078).

Em todos os contextos de estágio por onde passei, sempre me apresentei, e fui apresentada, como enfermeira a realizar um estágio da especialidade e do mestrado. No decorrer dos estágios, consegui garantir a permissão das crianças e dos pais para a prestação de cuidados e o anonimato dos dados recolhidos, salvaguardando a privacidade.

O presente relatório inicia-se coma a introdução, na qual é identificada e fundamentada a temática escolhida, bem como explanadas os principais objetivos do trabalho. O primeiro capítulo é referente ao enquadramento teórico, sendo que são abordadas as teorias que sustentam a temática abordada, a teoria de conforto de Kolcaba, os cuidados atraumáticos e o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. Neste capítulo, é ainda abordada a DOR e, por último, as estratégias não farmacológicas no controlo da dor e promoção do conforto. Em seguida, no segundo capítulo, é realizada a análise do percurso, descrevendo brevemente os serviços por onde passei e ainda o seu contributo para o desenvolvimento de competências. O terceiro capítulo é dedicado à reflexão sobre as competências comuns e específicas ao ESIP e ainda as competências como mestre. Por fim, termina com a conclusão, em que é apresentado um breve resumo do relatório, analisando os objetivos traçados inicialmente, a ponderação dos aspetos facilitadores e dificultadores ao longo de todo o

percurso, e ainda uma reflexão sobre o impacto que o mestrado apresentou a nível pessoal, académico e profissional.

O presente relatório encontra-se redigido de acordo com a norma bibliográfica *American Psychological Association* (APA), 7ª edição, e foi elaborado segundo as Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre (Arco et al., 2018).

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No presente capítulo irei apresentar a fundamentação teórica da temática escolhida, a qual espelha o meu percurso na prática clínica.

1.1. TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA

O proporcionar conforto a uma pessoa, ao longo do seu ciclo vital, é uma das funções da enfermagem, sendo algo basilar para a melhoria contínua dos cuidados que são prestados. Tendo de ser estes cuidados personalizados a cada pessoa, demonstra-se, assim, o reconhecimento de cada pessoa como um ser único e que vivencia uma situação particular, tendo em vista o seu bem-estar (Kolcaba, 2021).

Segundo a CIPE, conforto é definido como uma “(...) sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.” (ICN, 2023). De acordo com Vendlisnki e Kolcaba (1997), o mesmo termo é definido como “(...) uma experiência imediata de ser fortalecido por ter tido as necessidades de alívio, calma e transcendência (...) satisfeitas nos quatro contextos da experiência humana – físico, psicoespiritual, ambiental e social (...)” (Vendlinski & Kolcaba, 1997, p.272).

Na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), o conforto é uma experiência que tem por necessidades o alívio, isto é, “(...) uma necessidade específica de conforto satisfeita (...)” (Kolcaba, 2003, p. 15), a calma, sendo descrita como “(...) calma ou contentamento (...)” (Kolcaba, 2003, p. 15) e a transcendência, definida como “(...) um estado em que alguém se eleva acima dos problemas ou dor (...)” (Kolcaba, 2003, p.15), que devem ser respondidas nos contextos físicos, psicoespirituais, sociais e ambientais, sendo algo mais do que apenas a ausência de dor (Kolcaba, 2003).

De entre os contextos do conforto, o contexto físico está diretamente relacionado com as sensações corporais, o contexto psicoespiritual, que permite dar um significado à vida, o contexto ambiental, diretamente relacionado com o ambiente externo, as suas condições e as suas influências, estando o contexto social relacionado com as relações interpessoais familiares e sociais (Kolcaba, 2003).

Esta teoria é baseada numa visão holística em que as pessoas “(...) consistem numa vida mental/ espiritual/ emocional que está intimamente conectada com a dimensão física. (...)” (Kolcaba, 2003, p. 60). Os corpos físicos das pessoas têm os seus próprios limites, conseguindo adaptar a sua resposta comportamental, física e mental, de forma única face ao que o rodeia exteriormente, possibilitando o conhecimento sobre o mundo e sobre si próprio (Kolcaba, 2003).

Na Estrutura Taxonómica do Conforto estão representadas 12 células, que relacionam os três tipos de conforto com os quatro contextos de experiência humana, tendo em consideração que estas revelam o conforto de uma pessoa numa perspetiva global, mas dando mais realce às necessidades que precisam de ser satisfeitas (Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003)

As intervenções usadas para promover o conforto são intervenções que objetivam a manutenção e a recuperação das funções fisiológicas, a prevenção de complicações, o alívio da ansiedade, a escuta ativa e intervenção no sentido de um planeamento realístico de uma possível recuperação, adaptação ou morte (Kolcaba, 2003). Sempre que o “(...) alívio de um desconforto específico é alcançado, a pessoa estará num estado de calma. (...)” (Kolcaba, 2003, p. 42).

No que diz respeito à área da pediatria, o alívio é definido como

“(...) um desconforto mitigado. A calma como a ausência de desconfortos específicos. Para experienciar a calma a criança ou família não devem ter desconfortos prévios (...) a transcendência é a capacidade de ultrapassar desconfortos que não podem ser supridos ou evitados (...)” (Kolcaba & DiMarco, 2005, p. 188).

Neste sentido, é necessário olhar para o conforto como algo positivo, tornando-se assim importante avaliar as necessidades de conforto das crianças e suas famílias, conceber medidas para o conforto, atendendo as necessidades identificadas, avaliar a eficácia das estratégias adotadas pelos profissionais de saúde na promoção do conforto e reavaliar novamente, comparando com a avaliação anterior de forma a adequar e personalizar as estratégias necessárias (Kolcaba & DiMarco, 2005; Kolcaba, 2021).

1.2. MODELOS DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA

No presente subcapítulo irei apresentar os modelos de enfermagem que considero que são a base da fundamentação do meu projeto, sendo os mesmos os cuidados atraumáticos e o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

1.2.1. Cuidados Atraumáticos

Uma hospitalização de uma criança é um momento traumático para a mesma e para a sua família. De entre todo o stress e medo que este evento traz à criança, é importante para as mesmas a presença e acompanhamento por parte dos pais. Para além disso, é

fundamental que a criança tenha conhecimento de todo o procedimento que irá ser realizado, que conheça o nome próprio do médico/enfermeiro responsável pela criança/jovem, que possa questionar, ser ouvido e não ter medo, que tenha brinquedos, o brincar, que existam, nas paredes, imagens alusivas a algo positivo, sendo estas as premissas que aliviam o stress e tornam menos traumática a hospitalização (Hockenberry & Wilson, 2014; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Os cuidados atraumáticos incluem seis dimensões:

“(…) – Evitar a hospitalização e reduzir a sua duração; - Informar e preparar as crianças e os pais; - Encorajar a presença e participação dos pais nos cuidados; - Proporcionar a manutenção dos hábitos de vida; - Adequar o ambiente aos gostos e necessidades das crianças e famílias; - Interagir adequadamente com a criança e com os pais; - Minimizar o stress, o desconforto e a dor.”
(Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020, p.43).

Com o objetivo de minimizar o número de hospitalizações, é necessário existir recursos na comunidade que possam dar apoio às crianças/ jovens e às família que necessitam de cuidados de saúde, tal como uma Unidade de Internamento de curta duração, cujos internamentos são de 24-48h; os Hospitais de Dia, que permitem que as famílias se desloquem ao hospital apenas para realizar o tratamento e para ser feita uma vigilância, por vezes diária, do seu estado de saúde; a hospitalização domiciliária, em que é possível realizar o tratamento em casa sob a alçada de um profissional de saúde; as cirurgias de ambulatório, nas quais apenas se fica internado o tempo estritamente necessário para o recobro, caso não existam complicações (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Desta forma, a hospitalização, como todos a conhecemos, é apenas reservada a casos de extrema necessidade, em que o tratamento necessário não pode ser realizado em casa. No entanto, o objetivo é conseguir criar mais equipas de apoio domiciliário, como por exemplo, as equipas de cuidados paliativos, que fazem visitas recorrentes e que dispõem de um telefone 24 horas para qualquer dúvida, ou emergência (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

O informar e preparar as crianças é a base de todos os cuidados de enfermagem, sendo que a falta de informação sobre os procedimentos aumenta o stress, ansiedade e medo, dificultando a participação das crianças nos cuidados. No processo de partilha de informação, deve-se olhar à idade e ao desenvolvimento cognitivo das crianças que temos diante de nós, sendo que, até aos dois-três anos de idade, as crianças não irão compreender o que lhe seja dito, devendo a informação ser dirigida aos pais. A partir dessa idade e dependendo uma vez mais do desenvolvimento cognitivo das crianças, devemos questionar sobre o que querem

saber, sobre cada procedimento e de cada vez que nos dirigimos à criança/ jovem e sua família (Hockenberry & Wilson, 2014; Ramos & Barbieri- Figueiredo, 2020).

Quanto ao encorajamento da presença e participação dos pais nos cuidados, além de estar em lei o direito a este acompanhamento, este deve de ser durante 24 horas, sendo, na maioria dos serviços, não são disponibilizadas condições físicas para a estadia partilhada entre a criança e a sua família, dificultando muitas vezes a permanência dos pais nas unidades junto dos seus filhos. Quanto aos adolescentes, estes podem decidir, juntamente com os seus pais, se querem ou não, o acompanhamento dos seus familiares, podendo optar por ficarem sozinhos, existindo uma necessidade de uma maior vigilância por parte dos profissionais de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014; Ramos & Barbieri- Figueiredo, 2020).

Sobre a manutenção dos hábitos de vida já adquiridos antes da hospitalização, é importante tentar mantê-los durante a mesma, salientando a importância do acompanhamento da família, uma vez que são estes que conhecem melhor os hábitos da criança/ jovem, sejam os de sono, banho, alimentação, eliminação, entre outros (Hockenberry & Wilson, 2014; Ramos & Barbieri- Figueiredo, 2020).

Adequar o ambiente num serviço pediátrico depende, não só de um espaço físico e do ambiente mais adequado às várias etapas de desenvolvimento, mas também da necessidade de existirem profissionais com uma formação especializada para o desempenho das suas funções profissionais para com crianças/ jovens e com as suas famílias (Hockenberry & Wilson, 2014; Ramos & Barbieri- Figueiredo, 2020).

O interagir com as crianças e com os seus pais vai determinar se a experiência da hospitalização é vista como positiva ou negativa, no que diz respeito à interação entre a tríade e os profissionais de saúde. Neste sentido, o trabalho é por parte dos profissionais, existindo estratégias para que a comunicação seja eficaz, como o falar ao nível dos olhos da criança, questionar sobre as dúvidas que possam existir, questionar sobre os interesses pessoais da criança, utilizar um tom de voz adequado, e, muitas vezes, adaptar o vocabulário ao desenvolvimento da criança, sem nunca a infantilizar. Para além disto, é crucial adotar uma postura calma, não desvalorizar os medos e as perguntas da criança e praticar a escuta ativa (Hockenberry & Wilson, 2014; Ramos & Barbieri- Figueiredo, 2020).

No que diz respeito à minimização do stress, do desconforto e da dor da criança, esta deve-se sentir o mais seguro e confortável possível, fazendo parte ativa do seu processo terapêutico e devendo os profissionais de saúde intervir de forma ativa no que diz respeito à diminuição destes sentimentos negativos, tendo estes profissionais que ser competentes (Hockenberry & Wilson, 2014; Ramos & Barbieri- Figueiredo, 2020).

1.2.2. Parceria de Cuidados de Anne Casey

A parceria de cuidados existe tendo por base o respeito e o valor que existe na experiência que os pais têm no que diz respeito aos cuidados aos seus filhos. Esta participação, baseada em crenças e valores, defende que os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos são os pais, sendo o papel do enfermeiro prestar apenas cuidados relacionados com as necessidades de saúde das crianças (Casey, 1993; Casey, 1995; Ramos & Barbieri- Figueiredo, 2020).

O papel dos pais, na prestação de cuidados no âmbito de necessidades de saúde, representa a garantia do afeto, do sentimento de segurança e do apoio, que favorecem a minimização dos efeitos negativos de um internamento/hospitalização (Casey, 1995; Ramos & Barbieri- Figueiredo, 2020).

A hospitalização de uma criança tem sempre associado o *stress*, tanto nos pais como na criança, o qual é aumentado quando os pais não podem permanecer com os seus filhos durante a duração da mesma. Assim sendo, e tendo por base este modelo de cuidados, a equipa de enfermagem deve capacitar os pais/ família no desenvolvimento/ manutenção de competências já inerentes aos mesmos, criando oportunidades e munindo-os de meios para satisfazerem tanto as necessidades da criança, como as próprias (Casey, 1993; Ramos & Barbieri- Figueiredo, 2020).

O objetivo deste empoderamento dos pais faz com que estes tenham um papel ativo durante a hospitalização do seu filho, podendo e devendo, caso possam e queiram, participar e envolver-se de forma ativa nos cuidados a serem prestados. Existem valores subjacentes a este objetivo, sendo os mesmos “(...) respeito, comunicação, informação partilhada, empatia, abordagem holística e negociação (...)” (Ramos & Barbieri- Figueiredo, 2020, p. 34).

O Modelo de Parceria de Anne Casey possui cinco conceitos essenciais: o primeiro é a **Criança**, tendo em consideração que esta é um ser com necessidades e que está dependente de outros desde o seu nascimento, sendo um processo, ao longo do seu crescimento, de ganho de autonomia, no que diz respeito à satisfação das suas necessidades; a **Família** é uma “(...) unidade de indivíduos que prestam cuidados à criança e influenciam o seu desenvolvimento (...)” (Ramos & Barbieri- Figueiredo, 2020, p. 35); os **Enfermeiros**, tendo estes a responsabilidade acrescida, não só da prestação de cuidados à criança, como à sua família, devem ter em consideração as competências da família, uma vez que são estes os detentores das necessidades da criança, e, por isso, devem ser supervisionados, aconselhados, orientados e apoiados física e psicologicamente para que exista um empoderamento por parte dos pais e para que se sintam envolvidos nas decisões tomadas

no que diz respeito ao seu filho; a **Saúde** “(...) é o estado de ótimo bem-estar físico e mental que deve estar sempre presente, permitindo à criança desenvolver as duas potencialidades. (...)” (Ramos & Barbieri- Figueiredo, 2020, p.35), pretendendo-se que o estado de saúde seja permanente, sabendo que qualquer alteração neste estado poderá influenciar o crescimento físico e o desenvolvimento psicológico, social e espiritual; e, por último, o **Ambiente**, que se refere aos estímulos externos à criança e que influenciam o seu crescimento e desenvolvimento, e, assim sendo, este modelo refere que os estímulos devem ser de amor para que as crianças se possam sentir seguras e confiantes (Casey & Mobbs, 1988; Casey, 1995; Ramos & Barbieri- Figueiredo, 2020).

Este modelo distingue de forma clara o papel dos vários intervenientes na prestação de cuidados à criança, sendo que os **Pais** prestam os cuidados referentes à satisfação das necessidades das crianças, podendo estes serem prestados pelo enfermeiro em momentos de ausência dos pais; os **Enfermeiros** prestam cuidados relacionados com as necessidades de saúde, podendo estes serem prestados pela própria criança e/ou sua família desde que com orientação, e a criança é ajudada, de forma a satisfazer as suas necessidades de funcionamento, crescimento e desenvolvimento (Casey, 1993; Ramos & Barbieri- Figueiredo, 2020).

A base deste modelo é a confiança entre os intervenientes, com aceitação e compreensão do papel e das capacidades de cada um, na prestação de cuidados, respeitando as limitações e as vontades de cada um a cada momento do processo (Casey, 1995; Ramos & Barbieri- Figueiredo, 2020).

1.3. A DOR EM PEDIATRIA

A dor é considerada uma “(...) experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial (...)”, sendo esta experiência algo individual, que é subjetiva e multidimensional. A subjetividade da dor depende de fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.3; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Em crianças, a dor resulta da interação complexa entre a maturação biológica, experiências anteriores e aprendizagem de comportamentos socialmente aprendidos (Batalha et al., 2005; Barbieri-Figueiredo, 2020).

A dor pode surgir em sequência de traumatismos, acompanhando uma doença de forma contínua e/ou recorrente, ou ser provocada em procedimentos (Barbieri-Figueiredo, 2020).

A dor pode ser caracterizada como dor aguda, ou seja, de início súbito, sendo a sua etiologia identificável, a sua duração previsível e a mais frequente ao longo da infância, ou dor crónica, uma dor repetida, com uma duração superior a 3 meses e experienciada como um componente de um diagnóstico (Barbieri-Figueiredo, 2020).

O controlo da dor é fundamental para assegurar o conforto do neonato e reduzir o stress parental (Batalha et al., 2005; Vilela, 2020).

O tratamento da dor tem por objetivo primordial o alívio do sofrimento e não acelerar a morte, constituindo um imperativo de ordem ética e legal (Batalha et al., 2005; Oliveira & Albuquerque, 2022).

A dor que é sentida pela população infantil é percebida e desencadeia reações fisiológicas, emocionais e motoras, desde o momento do nascimento até ao final de vida. A experiência da dor, nesta faixa etária, é influenciada pela idade, nível de desenvolvimento, causa da dor, natureza da dor e capacidade da criança para a expressar (Batalha et al., 2005; Ordem dos Enfermeiros, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014).

Existe um compromisso por parte da equipa de enfermagem no que diz respeito à abordagem da dor, sendo fundamental avaliar, diagnosticar, prevenir e tratar, em que todos os envolvidos devem ser ativos nesta abordagem. A utilização de escalas de avaliação da dor deve ser colocada em prática de uma forma transversal e rotineira (Batalha et al., 2005; Ordem dos Enfermeiros, 2008; Vilela, 2020).

Em idade pediátrica, após os 6 anos de idade, as perguntas a serem realizadas devem ser feitas à própria criança/adolescente e aos pais, sendo que, com menos do que essa idade, os pais devem ser os únicos questionados. As questões devem recair sobre as características da dor (localização, intensidade, duração, frequência e sintomas associados), fatores de alívio e de agravamento, uso e efeito das medidas, tanto farmacológicas, como não farmacológicas adotadas, as formas de comunicação/expressão da dor, o comportamento da criança no ambiente familiar, os efeitos da dor nas atividades de vida diárias e o impacto emocional e socioeconómico que a dor acarreta (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Durante a avaliação da dor, esta deve ser sustentada pela observação e interpretação das alterações comportamentais e expressões fisiológicas a um estímulo doloroso. Destacam-se como expressões comportamentais a agitação, o choro, a expressão facial, a resposta motora e as alterações do padrão de sono/vigia, e como expressões fisiológicas o aumento da frequência cardíaca, respiratória e tensão arterial, a sudorese, a cianose, a apneia, tremores e a diminuição da saturação periférica de oxigénio (Batalha et al., 2005; Castro, 2019).

Segundo diversos autores, tais como a Direção Geral da Saúde (DGS) (2010), Ordem dos Enfermeiros (2013) e Hockenberry & Wilson (2014), as manifestações de dor variam consoante as várias idades que integram a idade pediátrica:

- Os recém-nascidos e lactentes expressam a dor com choro intenso, protegem a área dolorosa, com movimentos corporais generalizados, tremor do queixo e expressões faciais, irritabilidade e inquietação;
- Nos *toddlers* não existe uma compreensão da dor. Criam memórias da dor, choro forte e gritos, não conseguem caracterizar a dor e protegem a área dolorosa;
- Os pré-escolares já conseguem exprimir a dor, identificam o local e a intensidade, receiam as lesões corporais, apresentam uma resistência física ativa, pedem apoio emocional, tentam a fuga, não cooperam;
- Na idade escolar, estes já compreendem a dor e a necessidade da mesma na realização de alguns tratamentos, localizam e quantificam a dor, descrevendo as suas características, apresentam rigidez muscular/corporal, olhos fechados, dentes cerrados, tentam adiar o procedimento, reagem com agressividade física e verbal;
- Os adolescentes compreendem as causas da dor, apresentam tensão muscular, tentam comportar-se como adultos e conseguem adquirir estratégias de controlo da dor;
- As crianças com défice cognitivo e da comunicação manifestam a dor com “(...) gemido, padrões inconsistentes de brincadeira e de sono, mudanças na expressão facial (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.201);

As escalas de avaliação da dor são realizadas tendo em conta a medida de variabilidade das respostas, podendo ser verbais e não verbais, à dor (Batalha et al., 2005; Batalha, 2016).

Existem escalas validadas e com utilidade para todas as idades e situações clínicas, devendo ter-se em conta o tipo de dor (aguda ou persistente), idade/desenvolvimento, facilidade de uso e tempo para aplicação da escala, critérios de interpretação da escala, quantificação da dor comparável com a maioria das outras escalas (0-10), validação e fiabilidade e uso da escala em outros locais e as razões para tal (Batalha, 2016).

Segundo Batalha (2016), a dor é categorizada da seguinte forma:

- 0-1: sem dor; 1-3: dor ligeira; 3-7: dor moderada; 7-10: dor intensa;
- 0-1: sem dor; 1-3: dor ligeira; 3-6: dor moderada; 6-9: dor intensa; 9-10: dor muito intensa.

Quando avaliada a dor, a obtenção do score igual ou superior a três (dor moderada) indica a necessidade de intervenção farmacológica (Ordem dos Enfermeiros, 2008; Batalha, 2016).

As escalas de avaliação da dor em idade pediátrica devem refletir as diversas capacidades cognitivas, emocionais e físicas (Hockenberry & Wilson, 2014). As diferentes escalas podem-se dividir em escalas de autoavaliação e de heteroavaliação (Batalha, 2016, p.19). As escalas de autoavaliação dependem que a avaliação da dor seja feita por quem a experiencia, tendo o profissional de saúde que adequar a escala à idade, às capacidades cognitivas e preferências das crianças (Batalha et al., 2005; Ordem dos Enfermeiros, 2008; DGS, 2010).

A autoavaliação deve ser privilegiada dentro da idade pediátrica desde os 3/4 anos. Assim sendo, sempre que o desenvolvimento da criança e a sua condição permitir, deverá ser-lhe dada a oportunidade de se expressar e de identificar a sua dor, fazendo recurso das escalas de autoavaliação adequadas às suas idades (DGS, 2010).

As escalas de heteroavaliação podem ser comportamentais e compostas. O primeiro tipo baseia-se apenas em indicadores comportamentais e o segundo tipo utiliza indicadores comportamentais e fisiológicos (Batalha, 2016). Este tipo de escala tem relevado uma boa correlação entre a avaliação realizada pelo profissional e a descrição feita pela criança (Batalha, 2016). Estas escalas pressupõem a observação de uma pessoa durante dois a quatro minutos e são, maioritariamente, utilizadas para a avaliação da dor aguda, podendo, no entanto, algumas serem utilizadas em casos de dor crónica (Batalha, 2016).

1.4. ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR

As estratégias não farmacológicas baseiam-se em formas de conseguir lidar com a dor, reduzindo a sua perceção, que, conseqüentemente, é mais tolerável e diminui a ansiedade (Gil, 2011). São procedimentos autónomos da enfermagem, seguros, não invasivos e económicos aplicáveis no controlo da dor, aliviando-a (Batalha, 2010).

Para a Ordem dos Enfermeiros (2013), o tratamento e controlo da dor pressupõem que, por parte dos profissionais, exista atenção:

- à idade e ao desenvolvimento cognitivo da criança;
- à negociação da presença de uma pessoa significativa à criança;

- para facilitar a segurança e a proteção por parte dos pais;
- para permitir que os pais colaborem nas intervenções;
- para assegurar que a intervenção seja realizada pelo enfermeiro de referência da família;
- de dar informação à criança de uma forma simples e clara;
- de ser honesto;
- para permitir e ajudar a criança a fazer questões e a exprimir os sentimentos;
- para não dar falsas expectativas em relação ao procedimento doloroso;
- de ajudar a criança a participar no controlo da própria dor;
- de atribuir à criança controlo sobre o tratamento;
- de dar feedback positivo;
- de ficar perto da criança depois do procedimento doloroso;
- de planear os cuidados para incomodar o menor número de vezes possível;
- de agrupar os procedimentos.

A utilização de medidas não-farmacológicas demonstram a sua importância, modificando o significado da dor, pois, através da sua aplicação, reestrutura-se a parte cognitiva, ou seja, as expectativas, a avaliação e a construção da vivência da dor, ao invés da demonstração de medo, ansiedade e depressão (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A implementação de estratégias não farmacológicas depende dos recursos que cada serviço e contexto dispõe, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências, das habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de *coping*, do tipo de dor, contexto e características (Batalha, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Os fatores de dor e desconforto das crianças e a necessidade de diminuição devem ser valorizadas. A presença dos pais é um fator indispensável, planeando, em conjunto, as intervenções mais adequadas a cada criança. Os pais conseguem tornar perceptíveis, aos profissionais, as queixas das crianças, podendo, também, ajudar a integrar a experiência de dor, sendo promotores na orientação e aplicação de estratégias não farmacológicas no controlo da dor (Batalha, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Como tratamento da dor e como medidas não farmacológicas, podemos aplicar medidas comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, de suporte emocional e ambientais (Ordem dos Enfermeiros, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Na população pediátrica é fundamental a utilização de intervenções não farmacológicas, podendo ser utilizadas tanto de forma isolada, como em conjunto com as intervenções farmacológicas.

- **Comportamentais:** em que deve ser realizado o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor;
- **Cognitivas:** utilizam-se métodos mentais para se conseguir lidar com a dor, tais como o reforço positivo, a preparação, a imaginação guiada, o relaxamento muscular e exercícios respiratórios;
- **Cognitivo-Comportamentais:** fazem usos de estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, modificando, assim, a perceção da dor e melhorando a capacidade de enfrentá-la; são exemplos a distração, tanto com brinquedos interativos, como a realidade virtual, distração auditiva e audiovisual;
- **Físicos ou periféricos:** diminuem a intensidade do estímulo doloroso, reduzindo a reação inflamatória e a tensão muscular (ex. aplicação de calor e/ou frio, toque terapêutico, massagem, posicionamento, estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS));
- **Suporte Emocional:** necessita da presença de alguém que seja significativo e que proporcione o conforto;
- **Ambientais:** melhora as condições ambientais, por exemplo luz, ruído, temperatura e decoração;

(Ordem dos Enfermeiros, 2013; Castro, 2019).

Relativamente à adequação das diversas intervenções pelas diferentes fases de desenvolvimento, no recém-nascido e lactentes pode-se intervir mantendo a presença dos pais, o embalo e as carícias, a sucção não nutritiva, a redução do ruído, as canções de embalar e a massagem terapêutica; nos *toddlers* e idade pré-escolar, deve-se optar por contar histórias, utilizar brinquedos, ouvir música e implementar estratégias de relaxamento; na idade escolar, devem-se utilizar técnicas de relaxamento, sugerir uma respiração lenta e profunda, realizar massagem, ouvir música ou ler; nos adolescentes, deve-se optar por técnicas de relaxamento, sugerir uma respiração lenta, ouvir música, ver fotos e permitir a utilização do telemóvel, escrever e desenhar (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

2. ANÁLISE DO PERCURSO DE APRENDIZAGENS

Todo o percurso formativo foi desenvolvido entre o Estágio I, que inclui apenas um contexto, e o Estágio final, que incluiu três contextos (Apêndice I). O Estágio I foi realizado num Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) de um hospital distrital na região de Lisboa e Vale do Tejo. O Estágio final compreendeu um contexto num Hospital de Dia Pediátrico (HDP) da grande Lisboa, uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), de um Hospital Central da grande Lisboa e, por fim, uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de um outro Hospital Central, também da grande Lisboa. Cada estágio teve a duração de um tempo de ensino clínico de seis semanas, com a supervisão de um EESIP.

O presente capítulo é composto por quatro subcapítulos, sendo que cada um representa, individualmente, os locais de EC realizados. Os subcapítulos integram uma breve caracterização do serviço, a descrição das atividades desenvolvidas e a reflexão quanto ao desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em SIP.

2.1. CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Este contexto de EC decorreu durante seis semanas, com início a 16 de maio e término a 24 de junho de 2022.

O primeiro local de EC decorreu num CDC de um hospital distrital, que tem como população alvo crianças com patologias neurológicas e do desenvolvimento. A identificação de cada vez mais e de maior complexidade de casos de perturbações do desenvolvimento exige, por parte dos cuidados de saúde, serviços organizados que consigam dar resposta às necessidades deste tipo de perturbações (Oliveira, et al., 2021).

A pediatria, quanto ao neurodesenvolvimento, teve necessidade de se diferenciar e promover modelos de trabalho multiprofissional, trabalhando numa rede que dá suporte à criança e à sua família, envolvendo técnicos de saúde, psicólogos, terapeutas da fala e ocupacionais, fisioterapeutas, técnicos de psicomotricidade, docentes e técnicos de serviço social, tudo áreas de avaliação e intervenção terapêutica (Oliveira, et al., 2021).

A equipa é constituída por quatro enfermeiras, três delas ESIP, médicos de diversas especialidades, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, uma assistente social, psicólogas, assistentes operacionais.

O CDC é estruturado por uma sala de espera, diversas salas de consultas, que são distribuídas pela equipa multidisciplinar, e pelas várias especialidades, tendo em conta o foco

de consultas de cada dia da semana. Os dias da semana são divididos pelas patologias que pertencem ao centro.

Às segundas-feiras, o dia é direcionado para colheita de sangue para análises e o envio das mesmas para os laboratórios direcionados para a especificidade das colheitas. As terças-feiras são reservadas a crianças com patologia neurológica, como epilepsias, por exemplo; as quartas-feiras são dias de reunião de equipa, sendo que a terceira quarta-feira de cada mês é dedicado ao núcleo de *spina bífida*, em que, durante todo o dia, quatro a cinco crianças se deslocam com as suas famílias ao CDC e têm consultas nas diversas valências, consulta médica de várias especialidades, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, assistente social e psicologia. No final deste dia, a equipa reúne-se para uma reunião multidisciplinar e discute o caso de cada criança e respetivas famílias, cria um plano para o futuro, referencia novas especialidades médicas, caso necessário, e marca um novo dia para voltar ao núcleo. As quintas e sextas-feiras são dias reservados a consultas de neonatologia, nas quais cada criança e família é, em semelhança ao núcleo de *spina bífida*, direcionada para as várias especialidades necessárias a cada caso específico.

No que diz respeito às competências comuns do EE, neste local de EC destaco:

- “Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:
 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Competências do domínio da gestão dos cuidados:
 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;
- Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:
 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica;”

(Regulamento nº140/2019, p.4745).

No que respeita às competências específicas do EESIP, destaco como desenvolvidas:

- “Assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde:
 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;
- Cuida da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade;
 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;
 - Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados;
 - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
 - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;

- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;”

(Regulamento nº422/2018, p. 19192-19194).

De forma a desenvolver as competências referidas, foram delineadas atividades como:

- Assistir e participar em consultas de enfermagem nas diversas especialidades do CDC;
- Assistir na gestão de recursos humanos, materiais e gestão de salas do CDC;
- Elaborar um manual sobre revisão das escalas de dor (Apêndice II);
- Apresentar os resultados da revisão numa formação em serviço (Apêndice III);
- Elaborar um estudo caso sobre uma criança e sua família do CDC (Apêndice V);

Assistir e participar em consultas de enfermagem nas diversas especialidades do CDC

A doença crónica tem um impacto não só a nível da vida da criança portadora desta doença, como também a toda a sua família. A doença crónica e a incapacidade inerente a este tipo de doenças afetam o funcionamento de uma família, havendo um acréscimo de tarefas, responsabilidades e preocupações, estando estas preocupações diretamente relacionadas com as necessidades de cuidados acrescidos à criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

As consultas no CDC iniciavam-se com a chamada na sala de espera da criança e dos pais/ famílias que a acompanhavam, podendo todos entrar para o gabinete, podendo desta forma entender as necessidades de todas as partes.

Durante o período de estágio, em todas as consultas de enfermagem que foram realizadas no CDC, foi pedida a autorização da minha presença para assistir à mesma e participar no que diz respeito à interação com a criança e na avaliação dos dados antropométricos de cada uma.

Sendo que estas crianças e famílias são seguidas regularmente e têm como enfermeiro de referência uma das quatro enfermeiras do CDC, existe uma relação de confiança com as crianças/ famílias, sendo que, nestes casos, não seria possível a minha total intervenção, no que diz respeito a assumir uma consulta. No entanto, em todos os momentos em que era possível a minha intervenção, todas as enfermeiras deram essa oportunidade, tendo adotado uma postura ativa.

Durante as consultas, era notório o nível de confiança que existia entre as várias enfermeiras e as crianças/ famílias, tendo sido importante, para mim, observar a relação de segurança ali construída e mantida ao longo do tempo. A comunicação era direcionada a cada estágio de desenvolvimento da criança, incluindo-a na conversa, sendo a criança a primeira questionada e, posteriormente, os pais. Era sempre perguntado sobre as necessidades previamente identificadas, em consultas anteriores, com o intuito de entender a sua resolução, ou novas necessidades de resolução, bem como novas necessidades identificadas pelas crianças e pelos seus pais, tendo sempre em objetivo a adoção de comportamentos potenciadores de saúde mesmo com uma doença crónica.

Além dos cuidados de saúde, acresce, às preocupações dos pais/ família da criança portadora de doença crónica, a necessidade de serviços médicos e educacionais específicos às necessidades da mesma, o pagamento de terapias necessárias para o desenvolvimento, o luto emocional e, ainda, as reações aos estigmas da sociedade (Hockenberry & Wilson, 2014).

No que diz respeito às consultas, tendo em conta as especificidades de cada especialidade, a base das consultas era a mesma em todas elas, uma vez que era a única oportunidade para orientar os pais a compreender o desenvolvimento dos filhos e as suas necessidades ao longo do seu desenvolvimento com as suas condicionantes quanto à patologia diagnosticada e à idade (DGS, 2013)

Nos momentos de avaliação antropométrica da criança, foram-me dadas diversas oportunidades de ser eu a realizá-las, sempre com o apoio dos pais, sendo crianças com necessidades major e sendo os pais os que as conhecem melhor, sabendo as necessidades dos mesmos. Nestes momentos de consulta, eram avaliados o peso, altura, perímetro cefálico e sinais vitais.

Em caso de crianças com deficiência ou cuidados especiais, ou seja, o público-alvo do CDC, é importante, segundo indicações, o estabelecimento de um programa de atuação individualizado, incluindo a família, tendo por base as necessidades de cada criança, mantendo uma vigilância contínua e articulando com todos os profissionais necessários para proporcionar uma melhor qualidade de vida, não só à criança, como também à sua família (DGS, 2013).

A relação entre toda a equipa multidisciplinar era de interajuda, pois todos trabalham para o mesmo fim e todos se reúnem para definirem um plano de ação específico e personalizado a cada criança e respetiva família, nunca negligenciando as necessidades identificadas em cada área.

Neste mesmo sentido, todas as terças-feiras existem momentos de partilha, em formato de formação em serviço, os quais tive oportunidade de assistir. Nestes encontros, vários profissionais, das diversas valências do CDC, apresentam estudos, ou artigos analisados sobre temáticas com importância para o desenvolvimento das crianças no centro, consoante a sua especialidade.

Todas as crianças referenciadas ao CDC por perturbações do desenvolvimento, deficiência ou doença crónica, devem sempre ter cuidados acrescidos e personalizados, sendo que, nestes casos, deve-se ter sempre um médico e um enfermeiro de referência, devendo ser, preferencialmente, um ESIP. Este é um fator facilitador, no que diz respeito à articulação com a saúde escolar, psicologia, centro de saúde a que pertence cada criança, podendo existir uma rede de apoio ampla com o mesmo fim (DGS, 2013).

A avaliação do desenvolvimento das crianças, sendo elas com necessidades especiais ou não, deve considerar os fatores de risco, tanto biológicos como ambientais, que podem afetar negativamente o desenvolvimento da criança. Assim, o objetivo das consultas periódicas do CDC é a intervenção precoce nas alterações identificadas e nas necessidades a cada nível de desenvolvimento (Brazelton, 2002).

Ao longo das consultas assistidas no CDC, tive oportunidade de verificar os diversos níveis de desenvolvimento das crianças, no que diz respeito a competências, mas também à faixa etária, sendo que as crianças referenciadas vão desde recém-nascidos até aos 18 anos e 364 dias de vida.

O impacto de uma doença crónica numa criança difere consoante a idade da mesma, por isso é importante que os enfermeiros, nas consultas realizadas, implementem cuidados que promovam a progressão da criança bem-sucedida de um estágio de desenvolvimento para o outro (Hockenberry & Wilson, 2014).

Nas diversas consultas foi-me possível verificar o real impacto da doença crónica nas várias faixas etárias, tendo compreendido que o impacto mais notório é nos adolescentes. Sendo a adolescência um período de transição entre a infância e a idade adulta, esta é uma fase de desenvolvimento cheia de alterações “(...) a nível intelectual, físico, social e psicológico (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 908). A adolescência é uma etapa difícil no que diz respeito à verificação da diferença em relação aos seus pares, podendo resultar na evicção de relações sociais e atividades de desenvolvimento psicossocial saudável (Hockenberry & Wilson, 2014).

A consulta realizada aos adolescentes do CDC teve duas fases: a primeira apenas com o/a adolescente e, a segunda, com os pais/ família, o que me proporcionou conhecer a

perceção das duas partes, e ajudou a tentar chegar a algum consenso entre as opiniões e decisões tomadas. É importante dar autonomia aos adolescentes, fazer deles parte integrante do processo de decisão, permitindo que estes participem de forma ativa no seu processo de saúde-doença (Hockenberry & Wilson, 2014).

Além de se identificar as novas necessidades de saúde dos adolescentes, foi também importante perceber a sua perceção, a sua negação face à doença que têm, o seu parecer quanto à escola e aos seus pares. A doença crónica afeta diretamente a vida de uma criança, mas, na fase da adolescência, foi notória o seu impacto e a dificuldade existente na colaboração por parte do adolescente no seu autocuidado, sendo difícil não continuar a integrar os pais no processo de doença.

Relacionando o CDC com a teoria de conforto de Kolcaba e a parceria de cuidados de Anne Casey, realço a capacitação realizada aos pais e às próprias crianças quando demonstradas capacidades de desenvolvimento para o reconhecimento de necessidades dos próprios/dos seus filhos no domicílio relativamente ao conforto, fornecendo estratégias personalizadas a cada família, de forma a conseguir atingir o conforto máximo, dentro da condição especial da criança/ jovem.

Assistir na gestão de recursos humanos, materiais e gestão de salas do CDC

Segundo as competências do enfermeiro especialista, este deve gerir os recursos às situações, coordenando a equipa de prestação de cuidados, promovendo e garantindo a qualidade dos cuidados (Regulamento nº140/2019).

A enfermeira ESIP que me orientou no contexto do CDC, além da prestação de cuidados, era também corresponsável pela gestão de recursos humanos e de materiais do centro, a gestão e distribuição dos gabinetes para a realização das consultas, bem como a gestão de novas marcações de consultas periódicas das crianças seguidas pelo centro.

Neste contexto, foi-me possível observar toda a dinâmica inerente a esta gestão, observando ativamente no que diz respeito à gestão de material necessário e disponível no CDC, não só para uso no centro, mas também para disponibilização para as famílias que lá recorrem. Quanto à gestão de gabinetes e consequentemente de recursos humanos, além das diversas especialidades e das várias categorias profissionais, eram necessários gabinetes com computadores operacionais para os registos e para acesso a exames complementares de diagnóstico necessários para as consultas, tendo observado diretamente

a necessidade de adequação dos gabinetes, às necessidades, não só das crianças/ famílias, como dos profissionais do centro.

Elaborar um manual sobre revisão das escalas de dor

Apresentar os resultados da revisão numa formação em serviço

Em momento de entrevista informal com a enfermeira orientadora, também corresponsável pelo CDC, tendo em conta a minha temática e as necessidades do mesmo, foi-me sugerido realizar uma revisão sobre as escalas de avaliação da dor.

O enfermeiro especialista deve fazer uso de evidência científica, elaborando guias orientadores de boas práticas e promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Regulamento nº140/2019).

Com o objetivo pessoal de fazer uma revisão sobre todas as escalas da dor utilizadas no programa *SCLINIC*, para a avaliação da dor em idade pediátrica e respondendo, também, a uma necessidade do CDC, elaborei um manual intitulado de “Escala de Avaliação da Dor”, o qual não só integra a revisão das escalas, como também disponibiliza informação sobre as diferentes manifestações da dor, bem como estratégias não farmacológicas para controlo da dor indicadas para cada faixa etária dentro da pediatria.

Após a revisão, além de realizar uma formação em serviço, com a declaração em apêndice (Apêndice IV), que contou não só com a equipa de enfermagem do CDC, como de enfermeiras da consulta de pediatria, ficou também disponibilizado o manual no CDC e consulta de pediatria, com informação mais completa.

Elaborar um estudo caso sobre uma criança e sua família do CDC

O estudo caso define-se como uma abordagem metodológica que procura a compreensão, a exploração e a descrição de diversos acontecimentos complexos, dependente de vários fatores. Esta abordagem é utilizada aquando da confrontação com situações complexas, tendo por base os dados recolhidos e a análise dos mesmos (Galdeano et al., 2003).

Os estudos caso preveem a recolha de dados através de diversos meios, por exemplo a observação, entrevista e questionários, sendo que poderá ser realizada apenas a uma pessoa ou mais pessoas, aumentando, assim, a complexidade do estudo (Galdeano et al., 2003).

A realização de um estudo caso permite que o profissional que o realiza “(...) “observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações (...)” (Galdeano et al., 2003, p.373).

Neste primeiro contexto de EC foi pedido, no âmbito da UC do Estágio I, a realização de um estudo caso, tendo optado por uma criança e família do núcleo de *spina bífida*.

A necessidade de realização deste estudo caso foi, desde o início, referido à enfermeira orientadora, de forma que a mesma, conhecendo melhor as crianças e famílias das quais era enfermeira de referência, pudesse ser uma boa opção para o meu crescimento enquanto futura EESIP. Assim, foi-me proposto um menino, na altura com um ano de idade, e a respetiva família, os quais faziam parte do núcleo de *spina bífida*, núcleo pelo qual a orientadora era responsável.

A realização do estudo caso permitiu-me consolidar conhecimentos sobre a *spina bífida* e as suas diversas manifestações, as implicações no dia a dia e as implicações no futuro, sendo importante antecipar sempre o próximo estágio de desenvolvimento. Possibilitou-me refletir e integrar conhecimentos sobre a promoção do crescimento e do desenvolvimento destas crianças com uma doença crónica, sempre com a finalidade da maximização da saúde da criança, indo aqui ao encontro da competência do EESIP. Identificar diagnósticos de enfermagem inerentes a uma criança e família portadora de doença crónica, fazendo uso dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento da criança integrados no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e também usando as ferramentas para avaliação familiar, privilegiando sempre o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

2.2. HOSPITAL DE DIA PEDIÁTRICO

O segundo local de EC, já no primeiro semestre do segundo ano do mestrado, ocorreu num Hospital de Dia Pediátrico (HDP) de um hospital da grande Lisboa e decorreu entre 19 de setembro e 28 de outubro de 2022.

Um hospital de dia é uma unidade orgânico-funcional inserida num estabelecimento de saúde, “(...) onde o doente recebe cuidados de saúde de diagnóstico ou terapêutica de forma programada e permanece sob vigilância médica ou de enfermagem, por um período inferior a 24 horas. (...)” (Artigo 3º, número 1, alínea q), Portaria nº207/ 2017).

A equipa do HDP é constituída por sete enfermeiros, sendo um deles ESIP; por uma equipa médica que roda mensalmente pelo internamento e pelo hospital dia (HD); por duas auxiliares de ação médica; por uma professora e por voluntários. A equipa de enfermagem divide-se entre as 8h e as 20h durante a semana e das 8h às 16h ao fim de semana, dando assim resposta a todas as crianças com doença oncológica a realizar tratamento no HD.

O HDP apresenta nove postos de tratamento, sendo três deles macas e seis cadeirões, dispondo ainda de uma sala de isolamento, uma sala de exames e dois gabinetes médicos para consulta prévia ao tratamento.

Existe um enfermeiro responsável pela gestão do HDP, sendo este externo aos cuidados diretos à criança e sua família e estando encarregue de gerir a ocupação da sala. Uma vez que este enfermeiro conhece as razões pelas quais as crianças recorrem ao HDP, através de uma lista que contém o nome de todas, fica encarregue de gerir a chamada à sala de tratamento, tendo em consideração o tempo e os procedimentos necessários para responder às necessidades dessa criança.

No que respeita às competências específicas do EESIP, destaco como desenvolvidas:

- “Cuida da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade;
 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;
 - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;”

(Regulamento nº422/2018, p. 19192-19194).

De forma a desenvolver as competências referidas, foram delineadas atividades como:

- Assistir e participar de forma ativa ao tratamento das crianças com doença oncológica que recorrem ao HDP;
- Elaborar uma formação em serviço sobre o “Brinquedo Terapêutico” (Apêndice VI);
- Disponibilizar no serviço um “Brinquedo Terapêutico” (Apêndice VII).

Assistir e participar de forma ativa ao tratamento das crianças com doença oncológica que recorrem ao HDP

Os vários tipos de cancro que incidem na idade pediátrica variam de acordo com a idade, sexo e/ou raça (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 1556). Ao acréscimo do mencionado, pode referir-se a “(...) exposição a radiação, fármacos carcinogénicos, terapêutica imunossupressora, infeções (...) e condições genéticas. (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.1557).

A necessidade de uma deteção precoce é fundamental para um bom prognóstico de cura do cancro. No caso das crianças, os sintomas são de difícil reconhecimento, realçando, assim, a importância de estar alerta a sinais e sintomas, tais como a dor persistente, febre recorrente, equimoses e petéquias frequentes, coloração pálida, perda de peso e mal-estar geral (Hockenberry & Wilson, 2014).

Além de todos os focos da família e profissionais de saúde estarem direcionados para o diagnóstico de cancro, é importante lembrar que aquela criança com aquele diagnóstico é igual a qualquer outra criança, relativamente ao desenvolvimento, sendo, por isso, importante a vigilância da saúde quanto às necessidades básicas no que respeita aos cuidados de saúde. As áreas de atuação devem contemplar o que consta no PNSIJ, “(...) o crescimento, desenvolvimento físico e cognitivo e o estado neurológico (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 1574; DGS, 2013).

No que respeita aos pais das crianças com diagnóstico de cancro, os enfermeiros devem ter um papel ativo no que concerne ao apoio e ajuda que a família necessita e ao tratamento a ser realizado. Os possíveis efeitos secundários e ainda os cuidados acrescidos a este seu filho, que mesmo igual aos possíveis irmãos, necessitam de uma vigilância apertada quanto à sintomatologia como a febre, por exemplo (Hockenberry & Wilson, 2014).

É importante integrar os pais no processo de tratamento do cancro dos seus filhos, comunicando com eles de forma direta, encorajando as famílias a exporem abertamente as suas preocupações relativamente ao seu filho e ao tratamento a ser realizado (Hockenberry & Wilson, 2014).

Todas as crianças que recorrem aos HDP são acompanhadas pelos seus pais/familiares, sendo que apenas uma pessoa pode permanecer junto à criança durante a sua permanência para realizar análises e/ou tratamento.

Os pais são os principais cuidadores destas crianças com diagnóstico de cancro, pelo que são fundamentais no que respeita aos cuidados prestados no HDP. Estes cuidados, inicialmente, são dolorosos no momento da colocação da agulha na câmara subcutânea para realização de análises, e, em algumas crianças, a seguir ao tratamento de quimioterapia. Nestes momentos, é necessário ter todas as estratégias possíveis para podermos chegar às

crianças e às suas famílias. Tive, durante o EC, oportunidade de prestar cuidados diretos a crianças de diferentes estádios de desenvolvimento e de várias faixas etárias, tendo sido notória a diferença da perceção e colaboração nos cuidados.

As crianças, algumas conformadas com o que os leva ao HDP, acabam por colaborar, outras entram em estado de choro compulsivo, e, em alguns casos, o nervosismo é tanto que muitos acabam por vomitar. Nestes casos de agitação e de fuga ao procedimento, é necessário, não só compreensão por parte dos profissionais, como, em alguns casos, torna-se necessário ser direto e assertivo para a necessidade da colocação da agulha. Nestes casos, os pais, sendo mais racionais, conseguem colaborar na imobilização das crianças, e, assim, permitir que os profissionais possam prestar cuidados de forma rápida. Quando colocada a agulha, as crianças acabam por acalmar e conformam-se com o processo seguinte, sendo as análises e/ou tratamento de quimioterapia, mantendo sempre os pais por perto, e vendo neles o seu conforto.

A filosofia dos cuidados paliativos define-se como

“(...) cuidados ativos e continuados, praticados por uma equipa interdisciplinar, em instituição ou domicílio, com o objetivo de aliviar a dor ou qualquer outro desconforto físico, de acalmar o sofrimento psíquico, de salvaguardar a dignidade da pessoa e de acompanhar os seus próximos do ponto de vista médico-psico-social e espiritual. (...)” (Oliveira & Albuquerque, 2022, p. 18).

Estes cuidados integram o contexto de doença complexa crónica, incluindo todo o ciclo vital. Devem ser iniciados desde o diagnóstico, passando pela fase de prolongamento da vida até aos cuidados em fim de vida e ao luto (Oliveira & Albuquerque, 2022).

Os cuidados paliativos abrangem todas as pessoas envolvidas, desde a pessoa, a família próxima e a afastada, amigos e grupos sociais (Oliveira & Albuquerque, 2022).

Os cuidados paliativos centram-se no conforto e na qualidade de vida da pessoa em paliativos, sendo a morte aceite como um processo normal, não a antecipando. A atitude paliativa é compatível com as práticas médicas curativas e intensivas, desde que estas sejam razoáveis, proporcionais e ajustadas a cada pessoa (Oliveira & Albuquerque, 2022).

Ainda durante o EC, tive oportunidade de ter conhecimento de crianças que, mesmo com todos os tratamentos disponíveis e realizados, não foi possível uma remissão total da doença, e, quando se chega a essa conclusão e à finitude da alternativa dos tratamentos,

existe um momento de suspensão de qualquer tratamento, mantendo obviamente o tratamento sintomatológico, tentando manter o conforto até ao último dia de vida.

Normalmente, nestes casos, quando os sintomas estão exacerbados, as crianças são internadas no piso do internamento e são acompanhadas com uma vigilância mais apertada até ao fim. Outros mantêm-se em casa, em contacto frequente com a equipa dos cuidados paliativos, acabando por falecer no seu lar, mas assegurando-se, sempre, a necessidade máxima do conforto.

Os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) são cuidados fundamentais durante a prestação de cuidados de saúde, dirigidos ao grupo etário da pediatria (0-18 anos), com doenças crónicas complexas, sendo estas limitantes e que ameaçam a vida (Oliveira & Albuquerque, 2022).

Quando a duração da vida é limitada, ou o prognóstico é incerto, é necessário e essencial que as necessidades básicas sejam asseguradas, contribuindo, assim, para o conforto. Os cuidados de conforto são cuidados minimamente invasivos que privilegiam o contacto e o vínculo com os pais, manutenção da alimentação e avaliação precoce, objetiva e sistémica de sintomas (Vilela, 2020).

Com base nos cuidados paliativos, existem reuniões semanais sobre as crianças referenciadas, tanto as que já estão incluídas como as que irão ser incluídas, de forma a dar a conhecer o diagnóstico, prognóstico, plano de cuidados e definir o médico e enfermeiro de referência, sendo estes os que mais irão seguir aquela criança e família.

Além dos cuidados prestados no HDP, existe uma articulação com as escolas e um contacto próximo com as famílias, sendo, muitas vezes, contactadas para saber como a criança se está a adaptar aos novos tratamentos, saber as necessidades e dar resposta às mesmas.

O método de enfermeiro de referência utilizado no HDP é notório e feito com sucesso, tanto para as crianças, como para as suas famílias, sendo muitas vezes pedido que aquele enfermeiro específico seja o que presta os cuidados. Verifiquei este acontecimento recorrentemente e sempre foi bem aceite por todos os que trabalham no HDP, pois o objetivo de todos é proporcionar o maior conforto possível a todas as crianças e, se ser cuidado por outra pessoa traz mais tranquilidade, isto é aceite e encarado de uma forma positiva por todos.

Quando descoberto um diagnóstico de cancro, o papel e reação dos pais é proteger a criança do impacto que o diagnóstico poderá ter na sua vida. Contudo, é reconhecido que as

crianças desenvolvem uma consciência da gravidade da sua situação mesmo quando protegidas. Por isso, o evitar conversar sobre o assunto com a criança pode ter como consequência o medo e ao sentimento de culpa. Desta forma, é crucial passar a informação às crianças de forma clara e simples, explicando-lhe a sua situação gradualmente e integrando os pais e os profissionais de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).

A minha ideia, quando ouvia falar de uma criança com um diagnóstico de cancro, era sempre de uma criança triste, com um semblante pesado. No entanto, fui completamente surpreendida com o que encontrei no HDP. Toda a felicidade e conformidade com a sua doença foi algo que me surpreendeu pela positiva.

O HDP dispõe de uma sala de espera com brinquedos para as crianças, cujas paredes apresentam pinturas alusivas a desenhos animados e ainda dois peixes em aquários, que também são foco de atenção e distração por parte das crianças.

As crianças que recorrem ao HDP são crianças obviamente doentes, mas que vão com força para continuar o seu caminho. A rotina de ir ao HD é encarada como uma normalidade, possuindo, muitos deles, aulas online e mantendo a sua vida dentro de uma normalidade: a sua normalidade. São crianças que brincam, que gostam de interação com os outros, que estão bem com a sua situação e que, muitas vezes, são elas que transmitem força aos seus pais.

Elaborar uma formação em serviço sobre o “Brinquedo Terapêutico”

Disponibilizar no serviço um “Brinquedo Terapêutico

O brincar é uma linguagem característica da criança e é, também, entendida como uma estratégia não farmacológica para o alívio da dor no âmbito da distração e auxílio da compreensão de uma experiência mais difícil para a mesma. É através da brincadeira que a criança é capaz de relevar “(...) as suas perceções sobre as relações interpessoais estabelecidas com a sua família ou pessoal hospitalar (...)” (Gomes & Pinheiro, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014, p.130).

O brinquedo terapêutico permite que a criança alivie a ansiedade, consiga compreender o que foi supramencionado. Para os profissionais de saúde, este brinquedo é uma ferramenta fundamental, pois, a partir dele, conseguem preparar as crianças para procedimentos invasivos e/ou dolorosos, conseguindo, assim, uma cooperação facilitada por parte das crianças. Existem vários tipos de brinquedos terapêuticos, podendo ser os mesmos

dramáticos, instrucionais e capacitadores de funções fisiológicas (Gomes & Pinheiro, 2013; Sossela & Sager, 2017).

Para este contexto, criei um brinquedo instrucional, sendo este indicado para informar e preparar a criança para procedimentos terapêuticos, aos quais irá ser submetido, envolvendo-o e facilitando a compreensão e cooperação (Gomes & Pinheiro, 2013; Sossela & Sager, 2017).

O brinquedo terapêutico tem vantagens para o enfermeiro, na medida em que possibilita o estabelecimento de um vínculo entre a família-criança-profissional, permite quebrar barreiras entre a criança e o profissional e favorece a melhoria da prestação de cuidados; à criança, possibilita a descarga emocional, ajuda a aceitação da necessidade de um determinado procedimento e diminui a sensação de medo; por fim, aos pais/família ajuda na diminuição do medo dos procedimentos dolorosos ao seu filho, aumenta a confiança e possibilita o estabelecimento de um vínculo com o profissional de saúde (Jasen et al., 2010).

Com o EC realizado no HDP, compreendi as diversas reações das crianças aos procedimentos habitualmente realizados no serviço, sendo que cada criança é uma criança e que os cuidados devem ser individualizados. Para além disso, compreendi a importância de a necessidade da criança perceber o que irá acontecer, principalmente as crianças que chegam ao serviço e as que estiveram sem lá ir durante muito tempo, indo apenas pontualmente para realizar análises de rotina. Numa entrevista informal com o enfermeiro orientador e com a responsável do HDP, decidimos que seria importante a implementação de um brinquedo terapêutico que pudesse dar resposta às necessidades das crianças na compreensão do procedimento diário do serviço e que as levasse também para o mundo da brincadeira.

Assim sendo, e compreendendo o medo do desconhecido, não só das crianças, como dos novos pais que acompanham os seus filhos, decidi levar e deixar, no serviço, um brinquedo terapêutico, um urso, em foi implantado uma “câmara subcutânea” idêntica à que as crianças do HD têm, com uma cicatriz também igual. Assim, o tratamento pode personalizar-se com o urso e o enfermeiro pode realizar o procedimento no mesmo, fazendo com que a criança perceba o que irá ser realizado nela, permitindo, desta forma, cuidar da criança numa situação de especial complexidade.

Relacionando com a teoria de conforto de Kolcaba, com o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e, também, com o brinquedo terapêutico deixado no serviço, saliento o objetivo máximo do mesmo, tendo sido colocado no serviço e apresentado não apenas às crianças, como também aos seus pais, demonstrando a utilidade e a finalidade do brinquedo.

Após a conclusão do EC, tive conhecimento de que, alguns pais, procuram saber como podem arranjar um brinquedo idêntico ao que foi deixado no serviço, de forma a prepararem, atempadamente, os seus filhos para os procedimentos aos quais serão submetidos no HDP, promovendo, assim, o conforto e preparação dos mesmos.

2.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIPED)

O segundo contexto de EC decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPED) de um hospital central da grande Lisboa, tendo ocorrido entre 31 de outubro e nove de dezembro de 2022.

Nas UCIPED apenas ficam internadas as crianças que se encontram gravemente doentes, que necessitam de cuidados médicos e de enfermagem frequentes e com uma maior vigilância, com uma intervenção terapêutica, por vezes, com recurso a máquinas, como por exemplo os ventiladores. São internados na UCIPED crianças com situações de risco de vida (SPP, 2023).

A UCIPED conta com a colaboração de uma equipa de enfermagem alargada, encontrando-se dividida por equipas, composta por oito enfermeiros ESIP, em que todos os enfermeiros dão resposta a cuidados diferenciados de especial complexidade em que existe risco de falência das funções vitais, sendo, por exemplo, crianças pós cirúrgicas, transplantes de órgãos, bronquiolites, pneumonias, politraumatizados, sepsis e Oxigenação por Membrana Extracorporal (ECMO).

Esta unidade conta com nove vagas, encontrando-se dividida em três salas, sendo uma delas composta por três vagas: uma vaga no quarto de isolamento e as restantes numa sala comum. A sala de trabalho de enfermagem encontra-se entre todas as salas, tendo vidros a separar os quartos e a sala de trabalho, de forma a manter uma vigilância de todas as crianças internadas na UCIPED. Além destas componentes do serviço, o mesmo ainda dispõe de duas salas de armazenamento de material necessário para os cuidados diários, entre outros gabinetes de chefia de serviço e sala de médicos.

Durante a permanência das crianças/ jovens na UCIPED, os pais podem permanecer junto da criança, sendo que, durante o período da noite, apenas pode ficar um dos pais, exceto casos excecionais de risco iminente de vida, podendo a equipa autorizar a permanência dos dois pais junto da criança durante 24 horas. A unidade conta, ainda, em termos estruturais, com uma sala dos pais, que dispõe de sofás, micro-ondas, frigorífico, máquina de café e chá

e de uma casa de banho com chuveiro, para que os pais que ficam a acompanhar a criança internada possam ver as suas necessidades básicas asseguradas.

No que respeita às competências específicas do EESIP, destaco como desenvolvidas:

- “Cuida da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade;
 - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados;
 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;
 - Promove a vinculação de forma sistémica, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais”

(Regulamento nº422/2018, p. 19192-19194).

De forma a desenvolver as competências referidas foram delineadas atividades como:

- Assistir e participar de forma ativa nos cuidados às crianças em risco de vida internadas na UCIPED;
- Disponibilizar no serviço uma apresentação sobre “Intervenções não farmacológicas dador –Luminosidade” (Apêndice VIII);
- Disponibilizar no serviço cobertas protetoras da luz (Apêndice IX).

Assistir e participar de forma ativa nos cuidados às crianças em risco de vida internadas na UCIPED

A hospitalização de uma criança é uma das fontes de maior stress causado à sua família. O medo, a ansiedade e a frustração são dos sentimentos mais expressados pelos pais. A ansiedade sentida está muitas vezes relacionada com a dor causada às crianças, fazendo com que os pais questionem muitas vezes o porquê da necessidade de determinados cuidados que causam dor e sofrimento (Hockenberry & Wilson, 2014).

A manutenção de hábitos das crianças/ jovens é essencial para evitar a perda destes rituais, como por exemplo um banho diário (Hockenberry & Wilson, 2014), sendo que as presenças dos pais nas unidades são fundamentais para a prestação destes cuidados, ou pelo menos para a sua participação, promovendo assim o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

A prestação de cuidados intensivos a uma criança não foi uma novidade para mim, tendo em conta a minha experiência profissional. No entanto, sair da minha área de conforto para encontrar qualquer faixa etária até aos 18 anos menos um dia, foi uma surpresa no que diz respeito à variedade de patologias que podem ocorrer ao longo do desenvolvimento de uma criança. Não obstante, tendo em conta a altura do ano em que realizei o meu EC, o período de inverno, a população alvo dos cuidados da UCIP eram recém-nascidos e lactentes, o que foi uma semelhança relativamente aos cuidados a prestar em contexto crítico, podendo, desta forma, refletir sobre a prática a esta população-alvo.

Na minha perspetiva, foi bastante desafiante a prestação de cuidados a adolescentes com a necessidade de comunicação adaptada a esta faixa etária, obtendo o consentimento informado por parte das crianças/jovens e seus pais e tendo sempre como base as necessidades humanas identificadas pelos mesmos, podendo estes comunicar como se sentem e o que os incomoda, o que com certeza facilita na diminuição da dor e promoção do conforto, ao invés dos recém-nascidos/ lactentes que não identificam o seu desconforto, tendo que ser nós, juntamente com os pais, a ir excluindo hipóteses.

Foi também, para mim, uma oportunidade de aprendizagem os registos a serem realizados no momento, com a disponibilidade de computadores individuais em cada unidade com a transmissão direta entre os monitores e ventiladores para o sistema informático *PICIS*, que incorpora não só os cuidados de enfermagem, como a terapêutica a ser administrada com as horas programadas, fazendo automaticamente balanços hídricos, e que disponibiliza não só os registos escritos de enfermagem como da parte dos registos médicos. A UCIPED, disponibiliza, ainda, um programa de dispensa de medicação robotizada, o *Pyxis*, com o intuito de uma dispensa de medicação segura e eficiente, com os pacientes certos, segundo a prescrição médica da terapêutica e com necessidade de identificação do profissional que solicita o medicamento a ser dispensado pelo sistema.

Disponibilizar no serviço uma apresentação sobre “Intervenções não farmacológicas da dor – Luminosidade”

Disponibilizar no serviço cobertas protetoras da luz

Relativamente às estratégias não farmacológicas da dor, e em entrevista informal com a enfermeira orientadora e enfermeira chefe, chegou-se a conclusão de que a necessidade de proteção da luz direta dos recém-nascidos/ lactentes internados na UCIPED, quando não estavam a ser alvo de cuidados diretos, era uma necessidade.

Tendo em conta a disposição das unidades nas salas amplas, com a inserção dos focos de luz do teto, quando a luz era acesa, todas as crianças que se encontravam a dormir, demonstravam desconforto. Assim sendo, e como demonstração de desconforto e muitas vezes de dor, uma das estratégias não farmacológicas no âmbito dos fatores ambientais possíveis de gerir que tentei implementar na UCIPED foi o levar duas cobertas possíveis de pendurar nos candeeiros individuais da unidade e cobrir o rosto do bebé da luz direta, não influenciando a observação direta do recém-nascido/ lactente.

É de salientar que os enfermeiros do serviço tentavam cobrir o rosto do bebé durante a prestação de cuidados com necessidade de luz direta, o que não conseguiam realizar com sucesso quando havia uma real necessidade de acender as luzes do teto, por exemplo, na admissão de outra criança na UCIPED.

Além de deixar na UCIPED as cobertas protetoras de luz, disponibilizei também uma apresentação no serviço sobre a temática das estratégias não farmacológicas da dor, direcionando as mesmas para a luminosidade, não tendo sido possível apresentar em serviço, pela dinâmica do mesmo e pela afluência diária do qual é característica a estação do ano em que nos encontrávamos.

Relacionando com a teoria de conforto de Kolcaba e com o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, realço a importância de incluir os pais com um papel ativo nos cuidados aos seus filhos durante a hospitalização, no simples gesto de poderem cobrir os olhos dos seus filhos num momento de necessidade de luz intensa direta, como por exemplo para uma punção, promovendo assim o conforto, a diminuição da dor recorrendo a uma estratégia não farmacológica, e quando não utilizado num procedimento, apenas reduzir a luminosidade de forma a promover um sono profundo para um neurodesenvolvimento saudável mesmo num contexto atípico.

2.4. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS (UCIN)

O terceiro e último contexto de EC, decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de um hospital central da grande Lisboa, tendo sido realizado entre 12 de dezembro de 2022 e 3 de fevereiro de 2023.

Uma UCIN é caracterizada pela permanência, por vezes prolongada, de recém-nascidos prematuros ou de termo gravemente doentes, que necessitam de uma vigilância apertada, com suporte tecnológico para a manutenção das funções vitais, neste contexto em específico, com uma vertente cirúrgica associada a cada situação clínica. Esta unidade dispõe

de duas salas destinadas ao internamento de recém-nascidos, com uma das salas destinada aos cuidados intensivos, tendo seis vagas, e a segunda sala com quatro vagas, sendo aí cuidados intermédios. A UCIN dispõe, ainda, de uma unidade de isolamento, que se encontrava desativada durante o meu EC, uma sala de médicos, uma sala de armazenamento de material e terapêutica e o gabinete da enfermeira chefe.

A permanência dos pais é possível para ambos os progenitores durante o período do dia, restringindo, durante a noite, a apenas um dos pais, sendo que as condições de alojamento é a permanência num cadeirão. Tendo em consideração este fator, neste contexto, durante a minha permanência, não se verificou a permanência dos pais durante o período noturno. O serviço dispõe de uma pequena sala dos pais, onde encontram sofás para poderem permanecer para momentos de descanso.

A equipa da UCIN é constituída por médicos, enfermeiros e auxiliares de ação médica, sendo que os enfermeiros se encontram divididos em equipas. De toda a equipa de enfermagem, 11 enfermeiras eram ESIP.

As duas salas de internamento dispõem-se em *open space*, encontrando-se o balcão de enfermagem no centro das salas, com computadores para realização de registos num programa de computador, o qual eu desconhecia e que se encontrava ainda em fase de testes no serviço, o *BSimple*. Este sistema, além de se encontrar em teste, agrupa todos os cuidados de enfermagem a realizar diariamente, dispondo de uma régua cronológica, com as horas dos dias e com sinalética para os cuidados a serem realizados. Para além dos cuidados de enfermagem, apresenta também a terapêutica prescrita pela parte médica e mostra, em tempo real, as alterações nas prescrições, dando um alerta ao enfermeiro que acede ao sistema.

No que diz respeito às competências comuns do EE, neste local de EC destaco:

- “Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:
 - Garante um ambiente terapêutico e seguro;
- Competências do domínio da gestão dos cuidados:
 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;”

(Regulamento nº140/2019, p.4745).

No que respeita às competências específicas do EESIP, destaco como desenvolvidas:

- “Assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde:

- Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;
- Cuida da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade;
 - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados;
 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
 - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;
 - Promove a vinculação de forma sistémica, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais
 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;"

(Regulamento nº422/2018, p. 19192-19194).

De forma a desenvolver as competências referidas foram delineadas atividades como:

- Assistir e participar nos cuidados de enfermagem aos recém-nascidos internados na UCIN;
- Assistir na gestão de recursos humanos, materiais e terapêutica da UCIN;
- Realizar formação em serviço intitulado como "Controlo do Ruído na UCIN e promoção do conforto e alívio da Dor" (Apêndice X).

Assistir e participar nos cuidados de enfermagem aos recém-nascidos internados na UCIN

O nascimento prematuro de um recém-nascido (RN), ou de termo com necessidade de internamento é munido de sentimentos, comportamentos e atitudes na vida familiar tendo por base aspetos emocionais, socioeconómicos e culturais (Rossman, et al., 2016).

Além de toda a ansiedade inerente ao nascimento e ao assumir um novo papel no decurso da vida, é acrescida mais uma dificuldade quando este recém-nascido fica internado por uma situação de doença, com necessidades especiais, sendo necessário reformular todos os planos que já estariam idealizados uma família perfeita, havendo aqui necessidade de perceber a nova realidade (Rossman, et al., 2016).

A participação dos pais na prestação de cuidados permite que o vínculo seja fortalecido como também permite que a ansiedade, o medo e o stress diminua, proporcionando, assim, uma preparação na prestação de cuidados quando o RN tiver alta hospitalar. Além disto, a prestação de cuidados aos seus filhos é fundamental no que diz respeito à promoção das competências parentais (Rossman, et al., 2016).

Durante a permanência em contexto de EC na UCIN, consegui verificar, tal como no serviço onde exerço funções, a prestação de cuidados ao recém-nascido prematuro e de termo com necessidades especiais, tendo sido positivo no meu percurso, no que diz respeito à reflexão sobre a prática, a comparação positiva entre os cuidados com o mesmo fim, e ainda a vertente de cuidados à ferida cirúrgica que foi algo que nunca tinha tido contacto até então.

A base dos cuidados em neonatologia mantém-se. O fim é a melhoria dos cuidados e a participação ativa dos pais no que diz respeito à satisfação das necessidades do seu filho, dentro do que a situação clínica do mesmo permite. Os pais estão todos os dias junto a uma incubadora, apenas a poder observar e, ocasionalmente, tocar no seu bebé, com receio que o possam magoar, ou que possam piorar a situação clínica do seu filho, participando apenas quando incentivados pelo enfermeiro, nem que seja apenas a pegar, momentaneamente, para a muda do lençol da cama.

A abordagem ao RN submetido a uma cirurgia mantém os princípios do desenvolvimento dos neonatos, com o acréscimo de atenção para todas as possíveis consequências de uma cirurgia, seja qual for o seu enfoque. Para os pais, além do nascimento de um RN com necessidade de internamento, acresce ainda a ansiedade e o medo de uma cirurgia e, após isso, da sua recuperação.

Assistir na gestão de recursos humanos, materiais e terapêutica da UCIN

Foi-me possível acompanhar o segundo elemento da equipa da UCIN, responsável pela gestão das trocas no horário, consumo de material utilizado diariamente na unidade e ainda consumo de terapêutica.

A UCIN funciona com monodoses de medicação, sendo que a farmácia envia para o serviço a medicação prescrita para cada RN internado no serviço. No entanto, a unidade dispõe de um *stock* de toda a medicação caso exista necessidade de utilização em horário fora do funcionamento da farmácia e em casos de urgência. Esta gestão dos fármacos é feita duas vezes por semana, sendo que, anteriormente era realizada por uma farmacêutica, mas, atualmente, é realizada pelo segundo elemento do serviço.

O mesmo diz respeito à gestão do consumo de material disponível no serviço. Além de uma sala de arrumos de material utilizado diariamente, a UCIN dispõe ainda de outra sala onde armazena de forma organizada todo o material necessário para o funcionamento da unidade, sendo que, cada vez que falta no serviço, está naquele armazém guardado. Em

relação ao material de consumo, tive a possibilidade de conhecer o programa utilizada para o pedido de consumo, o arranjo de materiais e à gestão de *stock* do serviço.

No que respeita à gestão de horário, este é feito pela chefe do serviço, sendo também responsabilidade do segundo elemento realizar a atualização dos horários, contemplando as trocas realizadas pelas enfermeiras do serviço e tendo a responsabilidade de verificar a constituição das equipas após as trocas, podendo não autorizar algumas delas.

Com esta gestão, foi-me possível verificar a necessidade de gestão diária dos enfermeiros e material inerente ao bom funcionamento da UCIN, garantindo uma prestação de cuidados segura (Regulamento nº140/2019, p.4745).

Realizar formação em serviço intitulado como “Controlo do Ruído na UCIN e promoção do conforto e alívio da Dor”

Através de entrevistas informais com a enfermeira orientadora e com a chefe de serviço, e tendo em conta a temática que me encontro a trabalhar, fazendo um levantamento de necessidades no que respeita as estratégias não farmacológicas da dor, o ruído foi o destaque no que concerne à necessidade de sensibilização e lembrança dos cuidados a ter numa UCIN.

O ruído causa desconforto e, por vezes, dor ao RN pelo estímulo excessivo que causa no mesmo. A interrupção do sono faz com que os RN fiquem mais irritáveis, mais difíceis de consolar e, consequentemente, mais desconfortáveis.

O ruído entra nas estratégias não farmacológicas da dor no contexto ambiental e, neste sentido, realizei uma formação em serviço, com o objetivo de sensibilizar para a diminuição do ruído nas suas diversas vertentes: comportamentais, estruturais e dos equipamentos médicos.

Relacionando a teoria de conforto de Kolcaba e o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, é de salientar a importância, não só de lembrar os membros da equipa multidisciplinar de que o barulho é prejudicial para o neurodesenvolvimento dos recém-nascidos internados numa UCIN, como também os pais dos pequenos gestos que podem fazer toda a diferença durante os cuidados prestados. Estes pequenos gestos passam por falar/ cantar e ler em voz baixa; não falar alto junto dos bebés e, quando estiverem em canguru, devem ter ainda mais em atenção a este aspeto do ruído; e capacitar os pais para o alerta dos profissionais de saúde do ruído existente na unidade, promovendo o conforto dos RN não só na diminuição da dor, como também na manutenção de um sono profundo essencial para o RN.

3.0 PROJETO

A metodologia de projeto concebe a resolução, ou o estudo de um problema importante que suscita preocupação aos intervenientes. Incorpora 5 etapas no seu desenvolvimento: 1. Elaboração do Diagnóstico de Situação; 2. Planificação das atividades; 3. Execução das atividades planeadas; 4. Avaliação; 5. Divulgação dos resultados (Ruivo & Ferrito, 2010).

Os planos são processos flexíveis e dinâmicos, sendo os mesmos readaptados e ajustados a cada contexto em que se verifique a sua necessidade de implementação (Ruivo & Ferrito, 2010).

O plano de ação pretende dar uma resposta à problemática identificada, de forma a melhorar a realidade de uma população/comunidade, ou de um contexto onde existe a mesma (Ruivo & Ferrito, 2010).

Este projeto tem como diagnóstico de situação as Estratégias não farmacológicas no controlo da dor e a promoção do conforto na população pediátrica, sendo uma necessidade e uma inquietude individual e coletiva na minha prática e realidade profissional, sendo objetivo principal:

- Contribuir para a promoção de estratégias não farmacológicas no controlo da dor e na promoção do conforto da criança e família;

Seguindo-se os objetivos secundários e transversais a todos os contextos:

- Sensibilizar as equipas de Enfermagem quanto à importância do controlo da dor e promoção do conforto, com recurso a estratégias não farmacológicas;
- Reforçar a importância da presença dos pais na promoção do conforto da criança;
- Incentivar a participação dos pais com estratégias não farmacológicas no controlo da dor;
- Incentivar a implementação de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor e promoção do conforto;
- Incentivar a avaliação da dor.

Em todos os contextos anteriormente referidos, foram realizadas entrevistas não estruturadas com os enfermeiros orientadores e enfermeiros chefes, dando a conhecer o meu projeto e chegar a uma decisão quanto ao que aplicar em cada contexto, consoante as

necessidades de cada um, resultando num planeamento das atividades, anteriormente referidas e explicadas no respetivo capítulo de cada contexto de estágio.

Como avaliação, além das reuniões realizadas de forma a avaliar as estratégias adotadas e executadas, realço o feedback positivo da parte das equipas de enfermagem a quem foram realizadas as formações em serviço, e a efetiva aplicabilidade das atividades implementadas em cada contexto.

Como divulgação dos resultados, resulta este presente relatório como método de partilha.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Para que um enfermeiro seja competente é necessário “(...) 1- competência cognitiva; 2) a competência técnica e 3) competência comunicacional. (...)” (Alcarão & Rua, 2005, p.375). É crucial, para se adquirir uma competência, que se mobilize os saberes e que saiba agir em cada situação, nunca sendo possível ser competente, sem se ter os saberes (Alcarão & Rua, 2005).

A competência é a manifestação de uma atuação que seja adaptada a uma determinada situação, “(...) ser competente implica saber o que fazer em cada situação concreta. (...)” (Alcarão & Rua, 2005, p.375).

A competência é algo que se desenvolve ao longo de todo o percurso profissional, nos diversos contextos de trabalho. Para se ser competente é necessário que exista um julgamento clínico e reflexão crítica constante, sendo que um enfermeiro competente sente que sabe e que consegue dar resposta às diversas situações, mostrando-se capaz, mesmo com imprevistos, de responder às necessidades de enfermagem inerentes à sua prática (Benner, 2001).

O enfermeiro especialista é capacitado de tomar decisões eficazes e comunicá-las, é responsável e possui um espírito crítico, é detentor de conduta ética e deontológica (Benner, 2001).

No presente capítulo irei abordar, de uma forma sucinta, o percurso realizado, explicitando as competências de enfermeiro especialista desenvolvidas em cada contexto de ensino clínico.

4.1. COMPETÊNCIA COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Definem-se competências comuns todas as competências que são

“(...) partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (Regulamento nº140/2019, p. 4745)

São competências comuns ao Enfermeiro Especialista:

- A. “Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;
- B. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade;
- C. Domínio da gestão dos cuidados;
- D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;”

(Regulamento nº140/2019, p.4745).

Todo o meu percurso formativo teve por base valores éticos e deontológicos, honrando sempre o respeito pelos direitos humanos.

Segundo o código deontológico, os cuidados de enfermagem devem ser exercidos demonstrando, em todas as suas intervenções, a defesa pela liberdade e dignidade da pessoa humana e também do profissional de enfermagem, tendo por base valores tais como “(...) igualdade; liberdade (...); verdade e justiça; altruísmo e solidariedade; competência e aperfeiçoamento profissional. (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 40) demonstrando sempre a excelência do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Demonstrei sempre, na minha prestação de cuidados, uma prática segura e profissional, tendo cumprido os pressupostos éticos e mantendo sempre o anonimato das instituições, profissionais e crianças/ famílias de quem cuidei. Respeitei sempre o direito das crianças/ famílias na prestação de cuidados, tendo em conta a minha responsabilidade profissional em todas as intervenções realizadas.

No que respeita ao domínio da melhoria contínua da qualidade, o projeto que fui desenvolvendo ao longo dos estágios realizados, foi visto como uma possibilidade de mudança nas práticas diárias, promovendo os cuidados atraumáticos e mantendo a participação dos pais nos cuidados, segundo o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

Neste âmbito, realizei, em todos os contextos, uma formação em serviço que permitiu uma partilha de conhecimentos com base em evidência científica, justificando a mudança de práticas no que diz respeito à diminuição da dor e à promoção do conforto das crianças, ao longo do seu ciclo de desenvolvimento.

Baseei os meus cuidados nos conhecimentos anteriormente adquiridos durante o meu processo formativo, mobilizando-os e adaptando-os aos diferentes contextos e faixas etárias, exercendo, assim, a profissão de Enfermagem e adotando medidas de melhoria contínua, proporcionando sempre um ambiente seguro.

O foco do meu projeto foi a minimização da dor com recursos a estratégias não-farmacológicas da dor, promovendo intervenções autónomas de Enfermagem que promovam o conforto e que consigam, efetivamente, diminuir a dor sentida pelas crianças, ao longo das diversas faixas etárias e durante o seu desenvolvimento.

Quanto ao domínio da gestão de cuidados, além da experiência profissionais que levei para cada contexto, o reconhecimento dos vários tipos de práticas, todas elas com o mesmo fim, adaptando-me a cada contexto, foi de uma importância extrema no que respeita ao meu desenvolvimento enquanto futura ESSIP. Como experiência nova para a minha prática, posso realçar as funções de chefia e de gestão dos serviços, tanto a nível dos recursos humanos, no que concerne à distribuição e à atenção que tem que existir numa distribuição diária em turnos, tendo em conta as situações complexas com que os profissionais de enfermagem se deparam diariamente, como toda a gestão de consumo de materiais e terapêutica inerentes a um serviço hospitalar com necessidades diárias de material disponível.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, os enfermeiros especialistas deve basear a sua prática em conhecimentos atualizados, facilitando os processos de aprendizagens e sendo ativos no campo da investigação (Regulamento nº140/2019, p.4749).

De forma a justificar o desenvolvimento deste domínio e de competências inerentes ao EESIP e a mestre, é de realçar a proposta por parte dos docentes, como elemento de avaliação do estágio final, a elaboração de um artigo científico. Este artigo tem por título “*A efetividade do posicionamento na promoção do conforto e alívio da dor no recém-nascido - Scoping Review*” (Apêndice XI), no qual foi utilizada a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*, com o objetivo de mapear a evidência científica relativa à temática. É, ainda, de salientar que o artigo realizado se encontra em processo de publicação, pelo que não se coloca em apêndice o artigo na íntegra.

Para a elaboração da Revisão *Scoping*, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *MEDLINE* via *EBSCOhost*, *CINAHL*, *Cochrane*, *Scielo*, *Scopus*, *Lilacse* e o Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) de literatura cinzenta, tendo a pesquisa identificado um número total de 121 artigos, obtendo uma amostra final de cinco estudos publicados entre 2004 e 2019, isto depois de aplicados os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Todos os participantes dos 5 artigos selecionados são recém-nascidos prematuros internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de um hospital, entre as 25 e as 35 semanas de gestação.

Foram utilizadas diferentes escalas de avaliação da dor nos diferentes estudos selecionados. Como resultados dos estudos, 4 dos 5 artigos relacionam e confirmam o posicionamento dos recém-nascidos prematuros com o alívio da dor em procedimentos dolorosos e consequente promoção do conforto, salientando o decúbito ventral e a contenção como os procedimentos que mais aliviam a dor e promovem o conforto.

Os resultados da revisão *scoping* demonstram a relação direta entre o posicionamento e o alívio da dor durante procedimentos dolorosos, promovendo, desta forma, o conforto dos RN hospitalizados em UCIN.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

O EESIP tem por base dos seus cuidados um modelo centrado na criança e na sua família, sendo esta díade quem usufrui dos cuidados. A sua atuação dá-se no período desde o nascimento até aos 18 anos de idade menos um dia, e mantém-se, em casos específicos de portadores de doença crónica, incapacidade e/ou deficiência, alongando-se a sua atuação até aos 21 ou 25 anos (Regulamento nº422/2018).

O ESSIP cria uma parceria com a criança e a sua família, em qualquer contexto de atuação onde se encontre, com o objetivo da promoção do mais alto estado de saúde, prestando cuidados às crianças saudáveis e doentes, facultando educação para a saúde, mobilizando e identificando recursos de suporte à sua família (Regulamento nº422/2018).

A atuação do ESSIP presta “(...) cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança (...)” (Regulamento nº422/2018, p. 19192)

São competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica:

- A. “Assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- B. Cuida da Criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade;
- C. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”

(Regulamento nº422/2018, p. 19192)

O desenvolvimento infantil saudável está intimamente relacionado com a família que o rodeia, uma vez que, desde que nasce até que se torna adulto, está dependente de terceiros, sendo necessário o apoio destes para se tornar cada vez mais independente. Assim sendo, as bases de todos os cuidados na área da pediatria estão relacionados com a criança e

família, regendo-se num modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, permitindo, assim, que os pais das crianças com necessidades de saúde continuem a ser os principais cuidadores da mesma, no que respeita às necessidades básicas e diárias das crianças.

Assim, tornando a realizar um caminho ao longo dos estágios que realizei, o primeiro contexto, CDC, permitiu-me não só consolidar conhecimentos na área do desenvolvimento infantil, como também entender as variações existentes nesse desenvolvimento quando, em alguns casos, existem crianças com necessidades especiais, ou com doença crónica.

Mesmo neste contexto, houve a possibilidade de compreender a importância da maximização da criança e da sua família, partilhando estratégias de promoção da saúde e de adaptação a cada nova descoberta.

Em contexto hospitalar a maximização da saúde mantém-se como uma das prioridades do ESIP, tendo de notar a importância das necessidades de saúde em situações complexas ou de doença que podem ocorrer ao longo de todo o ciclo de vida de desenvolvimento, desde recém-nascido até ao adolescente. É importante ir, também, ao encontro das necessidades dos pais que acompanham o internamento do seu filho, e, neste campo, pela experiência profissional que tenho em situações complexas, ajudou-me na gestão dos sentimentos por parte dos pais, trabalhando com eles estratégias de *coping* para uma melhor aceitação do estado de saúde do seu filho.

Assim sendo, fui ao longo dos contextos identificando as necessidades das crianças e das famílias que as acompanham durante o processo de saúde e doença, promovendo a adoção de estratégias facilitadoras da diminuição da dor das crianças com recursos a estratégias não farmacológicas e consequente diminuição da ansiedade por parte dos pais.

De notas que de agora em diante, além da parte técnica, que é bastante importante na prática da enfermagem, a especialidade ensinou-me a olhar para as especificidades de cada fase de desenvolvimento da idade pediátrica, adaptando as minhas estratégias às diferentes faixas etárias, ouvindo os pais e promovendo, cada vez mais, a participação ativa dos mesmos nos cuidados aos seus filhos, a maximização da saúde e a adaptação da tríade às novas situações de saúde e doença inerentes a todo o ciclo de vida.

4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

São considerados mestres todos os que tiverem sido aprovados nas unidades curriculares específicas, descritas no plano de estudo, e da aprovação na defesa pública do relatório de estágio (Decreto-Lei nº 65/2018).

São competências de mestre:

- A. “Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - a. Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - b. Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- B. Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- C. Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízo sem situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- D. Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- E. Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

(Decreto-Lei nº 65/2018, p.4162).

De ressaltar que o papel de mestre passa pela intervenção especializada, com conhecimentos científicos e clínicos que sustentam a tomada de decisão. O mestrado confere, ao profissional de saúde, uma especialização profissional, dando responsabilidade de exercício da profissão com um grau de diferenciação, promovendo a melhoria dos cuidados de saúde de forma contínua e tendo sempre por base a investigação.

As bases teóricas e práticas que já carrego comigo, da licenciatura e da minha experiência, fazem de mim uma profissional com consciência de mim própria, dos meus limites e de ser crítica na minha prestação de cuidados, modificando os mesmos, quando necessário. Com o realizar dos estágios e com o meu autoconhecimento, tornou-se possível ter uma ação adaptativa às especificidades de cada contexto e de cada público-alvo. Desta forma, consegui adaptar-me e desenvolver conhecimentos, práticas e competências no sentido da excelência da prática de enfermagem.

No que respeita aos cuidados de enfermagem prestados e da implícita relação com as crianças/ jovens e suas famílias, mantive sempre por base os direitos e os deveres inerentes à profissão, humanizando os cuidados prestados e tendo em conta as especificidades de cada criança, respeitando a dignidade da tríade e dando informações de enfermagem quando questionado por parte dos pais, e, por vezes, da própria criança, prevendo algumas situações potencialmente complexas com o intuito de prevenir problemas associados à prática clínica.

Tendo por base toda a parte teórica inerente ao mestrado e à especialização, foi possível mobilizar os conhecimentos necessários para o contexto clínico, aprofundando questões de saúde, questões de gestão e de formação.

De salientar a importância que a reflexão sobre as minhas práticas traduziu na introdução de alterações na minha conduta em contexto de trabalho e na equipa que integro.

É o crescimento pessoal e profissional que permite o desenvolvimento do sentido crítico. Este, por sua vez, faz-nos questionar práticas instituídas e é dever do enfermeiro com atribuição do grau de mestre procurar ativamente o conhecimento mais atual, através da investigação, por exemplo, no sentido de promover uma melhoria contínua dos cuidados.

Com a finalidade da partilha de conhecimento científico que promovam a reflexão das práticas de enfermagem, fui, ao longo dos contextos de estágio e segundo a metodologia de projeto, analisar as necessidades dos diversos serviços e identificar oportunidades de melhoria das práticas com o planeamento e execução de atividades, formações em serviço, partilhando conhecimento baseado na evidência e promovendo a excelência dos cuidados prestados.

Foi uma mais-valia e um privilégio poder trabalhar em equipa com colegas, já especialistas, durante a prestação de cuidados, com diferentes comportamentos assumidos nos cuidados, na interação com as crianças/ jovens e suas famílias e em situações de elevada complexidade, tendo por base as competências inerentes a um ESIP.

O desenvolvimento e a consolidação dos conhecimentos sobre a prática de estratégias não farmacológicas da dor foi possível a partir da realização dos diversos trabalhos e formações em serviço, promovendo a prestação de cuidados de qualidade, num ambiente terapêutico seguro, com base na individualidade e promovendo sempre o conforto da criança/ jovem e sua família.

CONCLUSÃO

O presente relatório retrata todo o meu percurso formativo durante a especialidade com mestrado integrado, bem como as atividades e as aprendizagens realizadas ao longo do caminho percorrido. Pude consolidar e refletir as práticas especializadas na área da pediatria, desenvolvendo, ao longo do tempo, competências inerentes ao enfermeiro especialista, ao ESIP e ao mestre, podendo, assim, desempenhar no meu dia-a-dia profissional, enquanto enfermeira numa prestação de cuidados de excelência que dignifiquem a profissão. Além da componente académica, saliento este percurso como uma oportunidade de aprendizagem e de desenvolvimento enquanto pessoa e enquanto profissional.

Ao longo do meu percurso, adotei uma atitude proativa com o objetivo de concretizar todas as oportunidades de aprendizagens e de desenvolvimento, demonstrando empatia pelas situações, personalizando os meus cuidados à criança/ jovem e sua família. É facilmente compreensível que uma exposição à dor causa alterações a nível do desenvolvimento das crianças/ jovens e, por isso, por onde passei, promovi uma prestação de cuidados atraumáticos e com base no conforto, partilhando conhecimentos científicos e proporcionando estratégias não farmacológicas para a diminuição da dor durante procedimentos dolorosos, ou potencialmente dolorosos ao longo das várias fases de desenvolvimento. Além da prestação dos cuidados de enfermagem à criança e sua família, pude também desenvolver as competências de gestão nos diferentes contextos onde desenvolvi o estágio, algo também inerente às competências do ESIP, tanto de recursos humanos como de recursos materiais necessários aos diversos serviços por onde passei.

Considero que ao longo dos locais de estágio e perante os meus objetivos previamente descritos, consegui de forma positiva alcançá-los, tendo de adaptar as estratégias utilizadas a cada contexto, tendo em conta a sua especificidade. No entanto, encarei estas situações como um desafio e não como um entrave à aplicação do meu projeto. Consegui em todos os contextos sensibilizar para esta temática da dor, da importância da sua avaliação e das estratégias não farmacológicas, sendo estas intervenções autónomas da profissão de enfermagem, que permitem fazer a diferença na perceção da dor por parte das crianças, conseguindo integrar os pais nestes procedimentos, fazendo-os sentir parte integrante dos cuidados, mesmo quando os filhos estão hospitalizados e “entregues” aos profissionais de saúde.

De salientar a importância da teoria do conforto de Kolcaba, base de toda a prática realizadas nos diversos contextos, utilizando a evidência científica pesquisada para cada criança/ jovem e sua família nos diversos contextos e situações de saúde/ doença.

Com a realização do artigo, pretendo, também, partilhar o conhecimento adquirido, mais concretamente os posicionamentos promotores do conforto e da diminuição da dor em recém-nascidos em momentos de comunicação oral em encontros científicos e até mesmo entre membros da equipa que integro no meu local de trabalho, promovendo uma uniformização e melhoria dos cuidados em procedimentos dolorosos.

Como aspetos facilitadores ao meu percurso académico, posso salientar todo o apoio e ajuda por parte da professora orientadora e o apoio e compreensão dos enfermeiros orientadores e colegas. Salientar, ainda como aspeto facilitador, o gosto pelo cuidar dos outros e toda a vontade de aprender e melhorar a minha prestação de cuidados, tendo sempre em vista os cuidados holísticos e personalizados.

Como aspetos dificultadores do meu percurso, realço o esforço imenso que se faz, a nível de tempo, para se conseguir dar resposta às necessidades de uma especialidade, com mais enfoque na fase dos estágios, tendo de conciliar de forma saudável o trabalho, o estudo e a vida pessoal.

Concluindo o percurso académico neste relatório, ressalvo a importância da especialização na área de saúde infantil e pediatria, podendo referir, desde já, uma mudança na minha forma de prestar e de ver os cuidados a serem prestados, sendo detentora de conhecimentos atualizados na área da dor e das estratégias não farmacológicas da dor nas diversas fases de desenvolvimento, procurando ter cada vez mais uma prestação de cuidados personalizados a cada criança/ jovem e família, sendo estes cuidados de excelência.

REFERÊNCIAS

- Alcarão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 14(3), 373-82.
<https://www.scielo.br/j/tce/a/DYhM34cLHw3zSjvQTR63nj/?format=pdf&lang=pt>
- American Psychological Association [APA]. (2020). *Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas (7ª edição)*. Universidade de Aveiro.
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiQhOba2-AhXpVqQEhdbiA-MQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ua.pt%2Ffile%2F62230&usg=AOvVaw1FFHRk2RlyJ5iSjdhTdokW>
- Arco, A. R., Arco, H. R., Lucindo, I. M. L., Martins, M. O. (2018). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. (2ª versão). Instituto Politécnico de Portalegre. Escola Superior de Saúde.
https://ess.ipportalegre.pt/media/filer_public/2a/e9/2ae9fe53-2bc0-41df-83b1-bbda19ab3f94/normas_de_elaboracao_de_trabalhos_escritos_v2.pdf
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L., Santos, L.A., Guimarães, H. (2005). Avaliação da Dor no Período Neonatal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36(4), 201-207.
http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/42/20130124172423_temas_de_atualizacao_201.pdf;
- Batalha, L.M.C. (2016). *Avaliação da dor – Manual de estudo*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
<https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&code=fd5f4159798001777d637a7194e68c721a1609f9>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Brazelton, T. (2002). *Dar atenção à criança: Para compreender os problemas normais do crescimento*. Mem Martins, Portugal: Terramar.

- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. Glasper & A. Tucker, *Advances in child health nursing* (pp. 183-193). London: Scutari Press.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058-1062. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>
- Casey, A., & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*, 84 (4), 67-68.
- Castro, A.I.R. (2019). *Cuidar sem Dor – Intervenções de Alívio e Controlo da Dor Aguda em Crianças dos 0 aos 6 anos*. Relatório de Estágio. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29257/3/Relatorio_Mestrado_Enfermagem170_531055.pdf
- Decreto-Lei nº 65/2018. (2018). Diário da República: I série, nº 157. <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. 014/2010. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2013). Norma 010/2013. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A. & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548>
- Gil, M.L.O (2011). *Estratégias não farmacológicas no controlo de dor – um novo caminho...* (Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria. Lisboa). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9462>
- Gomes, C.L., Pinheiro, M.F. (2013). *A importância do Brinquedo Terapêutico no Cuidar da Criança Hospitalizada*. <http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/2576/1/Gomes%20>

[e%20Pinheiro%202013.%20A%20import%C3%A2ncia%20do%20brinquedo%20terap%C3%AAutico..pdf](#)

Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). *Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª Edição. Lusociência.

International Council of Nurses (ICN). (2023). *ICNP Browser 2019*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Jansen, M. F., Santos, R.M., Favero, L. (2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado a criança hospitalizada. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 247-53. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000200007>

Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *The Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237–240. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research*. 1a edition. New York: Springer Publishing Company;

Kolcaba, K. (2021). *The confort line*. <https://www.thecomfortline.com>

Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187–194;

Lei nº 156/2015 da Assembleia da República. (2015). *Diário da República Eletrónico: 1ª série, nº 181*. <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Oliveira, G., Albuquerque, M. E. (2022). *Cuidados Paliativos Perineonatais: o essencial*. Letras e Conceitos. Rei dos Livros.

Oliveira, G., Vicente, I.N., Guardiano, M., Aguiar, L., Loureiro, S., Gouveia, R., Silva, F.G. (2021). Pediatria do Neurodesenvolvimento em Portugal: Movimento Hospitalar Assistencial, Recursos e Necessidades – Evolução em Dez Anos. *Acta Médica Portuguesa*, 34(3), 185-193. <https://doi.org/10.20344/amp.13316>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

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

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolo dorcrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Parecer do Conselho de Enfermagem nº114/ 2021*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23617/parecer-n%C2%BA-114_avalia%C3%A7%C3%A3o-sistem%C3%A1tica-da-dor.pdf
- Pensador. (2023). *Walt Disney*. <https://www.pensador.com/frase/NTczNzQy/>
- Portaria nº 207/2017. (2017). *Diário da República: 1ª série, nº 132*. <https://files.dre.pt/1s/2017/07/13200/0355003708.pdf>
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lousã: Lidel.
- Ramos, A. L., Chora, A., Cruz, D., Calado, G., Malcata, M., Correia, M. E., Catarino, M. (2022). *Relatório. Mestrado em Enfermagem em Associação*. https://moodle.ips.pt/2223/pluginfile.php/56862/mod_resource/content/0/Ficha%20UC%20 MESIP-RELATÓRIO.pdf
- Regulamento nº140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República. 2ª série, nº6. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento nº422/2018. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da República. 2ª série, nº133. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Rossman, B., Greene, M. M., Kratovil, A. L., & Meier, P. P. (2017). Resilience in Mothers of Very-Low-Birth-Weight Infants Hospitalized in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(3), 434–445. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.11.016>
- Ruivo, A., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, (15), 1-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Seabra, S. R. (2009). *Fim de vida em pediatria: desafios éticos*. [Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto] Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22136/3/Dissertao.pdf>

Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP). (2023). *Cuidados Intensivos Pediátricos*. <https://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=126>

Sossela, C. R., Sager, F. (2017). *A criança e o brinquedo no contexto hospitalar*. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v20n1/v20n1a03.pdf>

UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

Vendlinski, S., & Kolcaba, K. Y. (1997). Comfort care: A framework for hospice nursing. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 14(6), 271– 276. <https://doi.org/10.1177/104990919701400602>

Vilela, B.M.F. (2020). *Cuidados Paliativos Peri e Neonatais – a propósito de um caso clínico*. Faculdade de Medicina de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/46528/1/BeatrizMVilela.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

	2022							2023	
	Maio	Ju- nho	(...)	Se- tem- bro	Outu- bro	No- vem- bro	De- zem- bro	Ja- neiro	Feve- reiro
Centro de De- senvol- vimento da Cri- ança	16	24							
Hospital de Dia Pediá- trico				19	28				
Unidade de Cui- dados Intensi- vos Pe- diátricos					31		9		
Unidade de Cui- dados Intensi- vos Neo- natais							12		3

APÊNDICE II – MANUAL: ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR – GUIA RÁPIDO PARA CONSULTA

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ANA BEATRIZ MARQUES

**ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR
– GUIA RÁPIDO PARA CONSULTA**

6º Curso de Mestrado em Enfermagem

2º Semestre | 1º Ano

Unidade Curricular: Estágio I

DOCENTE ORIENTADORA:

Professora Maria Eduarda Correia

2022

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Ana Beatriz Guerreiro Marques
Nº 210531134

**ESCALAS DA DOR
– GUIA RÁPIDO PARA CONSULTA**

6º Curso de Mestrado em Enfermagem

2º Semestre | 1º Ano

Unidade Curricular: Estágio I

DOCENTE ORIENTADORA:

Professora Maria Eduarda Correia

Setúbal, 20 de junho de 2022

ÍNDICE

DOR	7
1. ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR	9
1.1. ESCALAS DE AUTOAVALIAÇÃO	9
1.1.1. Escala Visual Analógica (EVA)	10
1.1.2. Escala Numérica (EN)	10
1.1.3. Faces Pain Scale – Revised (FPS-R)	11
1.1.3.1. Escala De Faces Wong-Baker	12
1.1.4. Escala Qualitativa	12
1.2. ESCALAS DE HETEROAVALIAÇÃO	12
1.2.1. Échelle De Douleur Et D'inconfort Du Nouveau-Né (EDIN)	13
1.2.2. Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)	14
1.2.3. Premature Infant Pain Profile (PIPP)	15
1.2.4. Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale (N-PASS)	16
1.2.5. Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)	18
1.2.5.1. Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC-R)	19
1.2.6. Escala Doloplus	20
2. ALGORITMO DE APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR	22
3. TRATAMENTO DA DOR	23
3.1. INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS	23
3.2. INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS	24
REFERÊNCIAS	26
 ANEXOS	
ANEXO I – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR ANALÓGICA	31
ANEXO II – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR NUMÉRICA	33
ANEXO III – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR FACES PAIS SCALE – REVISED (FPS-R)	35
ANEXO IV – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR DE FACES WONG-BAKER	37
ANEXO V – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR QUALITATIVA	39
ANEXO VI – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR ÉCHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU-NÉ (EDIN)	41
ANEXO VII – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR NEONATAL INFANT PAIN SCALE (NIPS)	43

ANEXO VIII – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR PREMATURE INFANT PAIN PROFILE (PIPP).....	45
ANEXO IX – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR NEONATAL PAIN, AGITATION & SEDATION SCALE (N-PASS).....	47
ANEXO X – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY (FLACC).....	49
ANEXO XI – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY (FLACC-R).....	51
ANEXO XII – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR DOLOPLUS.....	53

DOR

A dor é considerada uma “(...) experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial (...)”, sendo esta experiência algo individual que é subjetiva e multidimensional. A subjetividade da dor depende de fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.3; Ordem dos Enfermeiros, 2021; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Em crianças, a dor resulta da interação complexa entre a maturação biológica, experiências anteriores e aprendizagem de comportamentos socialmente aprendidos (Barbieri-Figueiredo, 2020).

A dor pode surgir em sequência de traumatismos, acompanhando uma doença de forma contínua e/ou recorrente, ou ser provocada em procedimentos (Barbieri-Figueiredo, 2020).

A dor pode ser caracterizada como dor aguda, ou seja, de início súbito, sendo a sua etiologia identificável, a sua duração previsível e a mais frequente ao longo da infância, ou dor crónica, uma dor repetida, com uma duração superior a 3 meses e experienciada como um componente de um diagnóstico (Barbieri-Figueiredo, 2020).

O controlo da dor é fundamental para assegurar o conforto do neonato e reduzir o stress parental (Vilela, 2020).

O tratamento da dor tem por objetivo primordial o alívio do sofrimento e não acelerar a morte, constituindo um imperativo de ordem ética e legal (Oliveira & Albuquerque, 2022).

A dor que é sentida pela população infantil é percebida e desencadeia reações fisiológicas, emocionais e motoras, desde o momento do nascimento até ao final de vida. A experiência da dor, na população pediátrica, é influenciada pela idade, nível de desenvolvimento, causa da dor, natureza da dor e capacidade da criança para a expressar (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014).

Existe um compromisso por parte da equipa de enfermagem no que diz respeito à abordagem da dor, sendo fundamental avaliar, diagnosticar, prevenir e tratar, em que todos os envolvidos devem ser ativos nesta abordagem. A utilização de escalas de avaliação da dor deve ser colocada em prática de uma forma transversal e rotineira (Vilela, 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Em idade pediátrica, após os 6 anos de idade, as perguntas a serem realizadas devem ser feitas à própria criança/adolescente e aos pais, sendo que, com menos do que essa idade, deve ser apenas questionado aos pais. As questões devem recair sobre as características da dor (localização, intensidade, duração, frequência e sintomas associados), fatores de alívio e de

agravamento, uso e efeito das medidas tanto farmacológicas como não farmacológicas adotadas, as formas de comunicação/expressão da dor, o comportamento da criança no ambiente familiar, os efeitos da dor nas atividades de vida diárias e o impacto emocional e socioeconómico que a dor acarreta (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Durante a avaliação da dor, esta deve ser sustentada pela observação e interpretação das alterações comportamentais e expressões fisiológicas a um estímulo doloroso. Destacam-se como expressões comportamentais a agitação, choro, expressão facial, resposta motora e alterações do padrão de sono/vigia, e como expressões fisiológicas o aumento da frequência cardíaca, respiratória e tensão arterial, sudorese, cianose, apneia, tremores e diminuição da saturação periférica de oxigénio (Castro, 2019).

As manifestações de dor variam consoante as várias idades que integram a idade pediátrica:

- nos **recém-nascidos e lactentes** expressam a dor com choro intenso, protegem a área dolorosa, com movimentos corporais generalizados, tremor do queixo e expressões faciais, irritabilidade e inquietação;
- nos **toddlers** não existe uma compreensão da dor, já criam memórias da dor, choro forte e gritos, não conseguem caracterizar a dor e protegem a área dolorosa;
- os **pré-escolares** já conseguem exprimir a dor, identificam o local e a intensidade, receiam as lesões corporais, apresentam uma resistência física ativa, pedem apoio emocional, tentam a fuga, não cooperam;
- na **idade escolar**, estes já compreendem a dor e a necessidade da mesma na realização de alguns tratamentos, localizam e quantificam a dor, descrevendo as suas características, apresentam rigidez muscular/corporal, olhos fechados, dentes cerrados, tentam adiar o procedimento, reagem com agressividade física e verbal;
- os **adolescentes** compreendem as causas da dor, apresentam tensão muscular, tentam comportar-se como adultos e conseguem adquirir estratégias de controlo da dor;
- as **crianças com défice cognitivo e da comunicação** manifestam a dor com “(...) gemido, padrões inconsistentes de brincadeira e de sono, mudanças na expressão facial (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.201);

(DGS, 2010a; Ordem dos Enfermeiros, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014, p.201).

1. ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR

As escalas de avaliação da dor são realizadas tendo em conta a medida de variabilidade das respostas, podendo ser verbais e não verbais, à dor (Batalha, 2016).

Existem escalas validadas e com utilidade para todas as idades e situações clínicas, devendo ter-se em conta o tipo de dor (aguda ou persistente), idade/desenvolvimento, facilidade de uso e tempo para aplicação da escala, critérios de interpretação da escala, quantificação da dor comparável com a maioria das outras escalas (0-10), validação e fiabilidade e uso da escala em outros locais e as razões para tal (Batalha, 2016).

A dor é categorizada da seguinte forma:

- 0-1: sem dor; 1-3: dor ligeira; 3-7: dor moderada; 7-10: dor intensa;
 - 0-1: sem dor; 1-3: dor ligeira; 3-6: dor moderada; 6-9: dor intensa; 9-10: dor muito intensa;
- (Batalha, 2016).

Quando avaliada a dor, a obtenção do score igual ou superior a 3 (dor moderada) indica a necessidade de intervenção farmacológica (Batalha, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2008).

As escalas de avaliação da dor em idade pediátrica devem refletir as diversas capacidades cognitivas, emocionais e físicas (Hockenberry & Wilson, 2014).

As diferentes escalas podem-se dividir em escalas de autoavaliação e de heteroavaliação (Batalha, 2016, p.19).

1.1. ESCALAS DE AUTOAVALIAÇÃO

As escalas de autoavaliação dependem que a avaliação da dor seja feita por quem a experiencia, tendo o profissional de saúde que adequar a escala à idade, às capacidades cognitivas e preferências das crianças (Ordem dos Enfermeiros, 2008, DGS, 2010a).

A autoavaliação deve ser privilegiada dentro da idade pediátrica desde os 3/4 anos. Assim sendo, sempre que o desenvolvimento da criança e a sua condição permitir, deverá ser-lhe dada a oportunidade de se expressar e de identificar a sua dor fazendo recurso das escalas de autoavaliação adequadas às suas idades (DGS, 2010a).

1.1.1. Escala Visual Analógica (EVA)

- **Escala –**

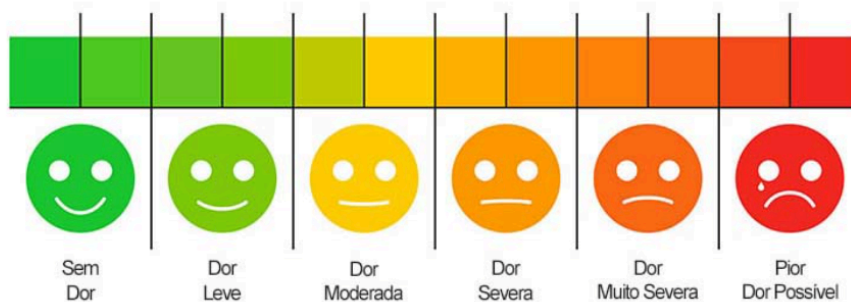


Imagem 1 - Escala de Avaliação da Dor Visual Analógica

- **População Alvo** – crianças entre os 3 e os 7 anos, sendo aconselhada a utilização a partir dos 6 anos;
 - **O que avalia** – dor aguda e crónica;
 - **Como aplicar** – Consiste numa régua numerada com início no 0 e o fim nos 10 cm. Deve ser respeitada a apresentação da régua na vertical nos adultos e na horizontal nas crianças, definir as extremidades, deslocando o cursor durante a explicação, utilizando termos neutros. Deve ser assegurada a compreensão e perguntar qual a dor sentida no momento exato da avaliação;
- (Batalha, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2008).

1.1.2. Escala Numérica (EN)

- **Escala –**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma	Pouca			Razoável			Média			Excessiva

Imagem 2 - Escala de Avaliação da Dor Numérica

- **População Alvo** – a partir dos 6/8 anos de idade, podendo ser na mesma utilizada mais cedo desde que exista uma compreensão e interpretação dos números;
 - **O que avalia** – dor aguda ou crónica;
 - **Como aplicar** – pode ser aplicada apenas oralmente, ou com o instrumento físico. É uma escala com 10 números, do 0 ao 10;
- (Batalha, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2008).

1.1.3. Faces Pain Scale – Revised (FPS-R)

- **Escala –**

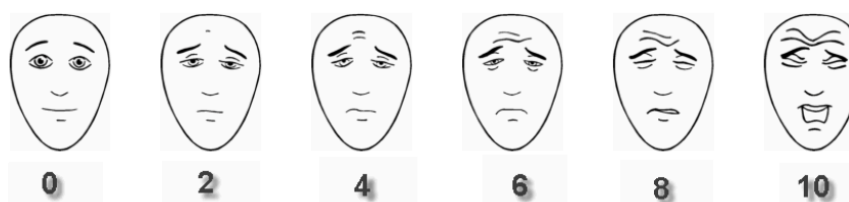


Imagem 3 - Escala de Avaliação da Dor Faces Pain Scale - Revised

- **População Alvo** – crianças entre os 4 e os 7 anos;
- **O que avalia** – dor aguda e crónica;
- **Como aplicar** – por ser uma escala concreta, é mais fácil compreensão e preferida pela população alvo, existindo várias versões. Pressupõe-se que, para a aplicação desta escala, a criança demonstre capacidade desde os 3 anos para distinguir várias expressões faciais, sendo que apenas se encontra totalmente adquirida aos 9-10 anos de idade. Necessita, também, da existência de uma expressão facial universal da dor para ser utilizada na avaliação e que seja reconhecida por uma criança com 6 anos.

Deve-se ter em atenção que uma criança antes dos 5 anos pode ter dificuldade em escolher mais do que 5 opções; que as escalas de faces sorridentes ou com lágrimas confunde a criança para referir pontuação equivalente ao seu estado emocional do que o sensorial; a utilização de face sorridente, como sem dor, uma face neutra, com dor, e uma face com lágrimas, com muita dor, confunde a criança levando-a a referir pontuações elevadas por preferir a face neutra para referir não ter dor.

Apresenta 6 faces sem expressões felizes, tristes ou com lágrimas, e usa a face neutra para indicar a ausência de dor. A pontuação varia entre o 0 e os 10 pontos (0, 2, 4, 6, 8, 10) e a categorização é: face 1 (pontuação 0) – sem dor; face 2 (pontuação 2) – dor ligeira; face 4 (pontuação 4) – dor moderada; face 4 (pontuação 6) – dor intensa; face 5 ou 6 (pontuação 8 ou 10) – dor muito intensa.

Deve definir-se, claramente, as extremidades, que cada face vai aumentando da esquerda para a direita, não utilizar expressões como triste ou contente, assegurar a compreensão e pedir para que aponte a face correspondente à dor naquele preciso momento.

(Batalha, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2008).

1.1.3.1. Escala De Faces Wong-Baker

- Escala –



Imagem 4 - Escala de Avaliação da Dor de Faces Wong-Baker

1.1.4. Escala Qualitativa

- Escala –

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Imagem 5 - Escala de Avaliação da Dor Qualitativa

- **População Alvo** – pode ser utilizada em crianças a partir dos 4 anos, mas é mais utilizada entre a população idosa;
- **O que avalia** – esta escala de avaliação da dor, qualifica a dor não a quantificando, sendo esta uma desvantagem no que diz respeito à memória da classificação. Avalia a dor aguda e crónica;
- **Como aplicar** – pode ser aplicada com o instrumento de avaliação físico ou oralmente, tendo sempre em atenção a necessidade de utilização dos mesmos termos para qualificar a dor;
(Batalha, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2008).

1.2. ESCALAS DE HETEROAVALIAÇÃO

As escalas de heteroavaliação podem ser comportamentais e compostas. O primeiro tipo baseia-se apenas em indicadores comportamentais e o segundo tipo utiliza indicadores comportamentais e fisiológicos (Batalha, 2016).

Este tipo de escala tem relevado uma boa correlação entre a avaliação realizada pelo profissional e a descrição feita pela criança (Batalha, 2016).

Estas escalas pressupõem a observação de uma pessoa durante 2 a 4 minutos e são, maioritariamente, utilizadas para a avaliação da dor aguda, podendo, no entanto, algumas serem utilizadas em casos de dor crónica (Batalha, 2016).

1.2.1. Échelle De Douleur Et D'inconfort Du Nouveau-Né (EDIN)

- **Escala –**

Item	Proposta
Face	0. Face relaxada; 1. Caretas passageiras: sobrelhas franzidas/ lábios contraídos/ queixo franzido/ queixo trémulo; 2. Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas; 3. Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada;
Corpo	0. Corpo calmo; 1. Agitação transitória, geralmente calmo; 2. Agitação frequente, mas acalma-se; 3. Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel;
Sono	0. Adormece facilmente, sono prolongado, calmo; 1. Adormece dificilmente; 2. Acorda espontaneamente e frequentemente, sono agitado; 3. Não adormece;
Interação	0. Atento; 1. Apreensão passageira no momento do contacto; 2. Contacto difícil, grito à menor estimulação; 3. Recusa o contacto, nenhuma relação possível, sem a menor estimulação;
Reconforto	0. Sem necessidade de reconforto; 1. Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta; 2. Acalma-se dificilmente; 3. Inconsolável. Sucção desesperada;

(DGS, 2010a).

- **População Alvo** – recém-nascidos, prematuros (com idade gestacional igual ou superior a 25 semanas) e de termo, ventilados ou não ventilados em unidades de cuidados intensivos neonatais, podendo ser utilizada até aos 3 meses de idade e em alguns países utiliza-se até aos 2 anos de idade;

- **O que avalia** – dor crónica e a dor aguda de duração breve e persistente. Prevê o contacto com o recém-nascido de 4 a 8 horas;

- **Como aplicar** – é uma escala unidimensional comportamental com cinco indicadores, rosto, corpo, sono, interação e reconforto. Cada indicador é medido de 0 a 3, podendo ter classificação mínima de 0 e máxima de 15 pontos.

A categorização da dor é: 0 – sem dor; 1-4 – dor ligeira; 5-8 – dor moderada; 9-12 – dor intensa; 13-15 – dor muito intensa.

Quando dor classificada com 5 pontos ou mais é recomendada uma intervenção terapêutica farmacológica;

(Batalha, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2008; DGS, 2010a).

1.2.2. Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

- **Escala –**

Descrição	
Expressão Facial	
• 0 – Relaxada	Face serena, expressão neutra;
• 1 – Careta	Músculos faciais tensos, sobrancelhas, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa – nariz, boca e sobrancelhas);
Choro	
• 0 – Ausente	Sereno, não chora;
• 1 – Choramigo	Choramingou brando, intermitente;
• 2 – Choro vigoroso	Gritos altos, agudos, contínuos, que vão aumentando de intensidade (O choro silencioso pode ser detetado se o RN estiver entubado e é evidenciado por um movimento óbvio facial e local);
Respiração	
• 0 – Relaxada	Padrão normal para o RN;
• 1 – Mudança na respiração	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração;
Braços	
• 0 – Relaxado/Controlados	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços;
• 1 – Flexionados/Estendidos	Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida;
Pernas	

• 0 – Relaxadas/Controladas	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas;
• 1 – Flexionadas/Estendidas	Pernas tensas, esticadas e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida;
Estado de Vigília	
• 0 – Dorme/Calmo	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável;
• 1 – Agitado	Alerta, inquieto e agitado;

(DGS, 2010a).

• **População Alvo** – recém-nascidos com idade gestacional igual ou superior a 24 semanas, não podendo ser utilizada em recém-nascidos entubados;

• **O que avalia** – dor aguda, especificamente em procedimentos;

• **Como aplicar** – escala composta por seis indicadores de dor, cinco comportamentais e um fisiológico. Tem como parâmetros avaliar a expressão facial, o choro, os movimentos respiratórios, os movimentos das pernas e braços e o estado de vigília. A pontuação em cada parâmetro é de 0 a 1, com a exceção do choro que é de 0 a 2. O valor total da avaliação pode ser entre 0 e 7, e o critério de intervenção farmacológica é com a pontuação entre 2 e 4;

(Batalha, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2008; DGS, 2010a).

1.2.3. Premature Infant Pain Profile (PIPP)

• **Escala –**

Processo	Indicadores	0	1	2	3
	Idade Gestacional (semanas)	≥ 36	32-35 e 6 dias	28 – 31 e 6 dias	<28
Observar RN 15 segundos e anotar FC e Saturação de Oxigénio basal	Estado de Alerta	Ativo/ acordado Olhos abertos Movimentos faciais	Quieto/ acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Ativo/ dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto/ dorme Olhos fechados Sem mímica facial
	FC máxima	↑ 0-4 bpm	↑ 5-14 bpm	↑ 15-24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
Observar RN 30 segundos	SO2 mínimo	↓ 0-2,4%	↓ 2,5-4,9%	↓ 5,0-7,4%	↓ ≥ 7,5%
	Testa franzida	Ausente (0 a 9% tempo)	Mínimo (10 a 39% do tempo)	Moderado (49 a 69% do tempo)	Máximo (≥ 70% tempo)

	Olhos espremidos	Ausente (0 a 9% tempo)	Mínimo (10 a 39% do tempo)	Moderado (49 a 69% do tempo)	Máximo ($\geq 70\%$ tempo)
	Sulco naso-labial	Ausente (0 a 9% tempo)	Mínimo (10 a 39% do tempo)	Moderado (49 a 69% do tempo)	Máximo ($\geq 70\%$ tempo)

(DGS, 2010a).

- **População Alvo** – recém-nascidos;
- **O que avalia** – dor aguda em recém-nascidos;
- **Como aplicar** – esta escala inclui indicadores fisiológicos, comportamentais e contextuais, como a frequência cardíaca, saturação periférica de oxigénio, tempo de permanência de testa franzida, olhos fechados e com o sulco naso labial, estado de alerta e idade gestacional no momento de avaliação. Cada indicador é pontuado de 0 a 3 pontos, sendo a pontuação total dependente da idade gestacional do recém-nascido, sendo a pontuação máxima de 21 pontos.

Uma pontuação menor ou igual a 6 indica ausência de dor, ou dor mínima, e uma pontuação superior a 12 corresponde a uma dor moderada a intensa.

A aplicabilidade desta escala, bem como a sua validade e concordância do observador, está estabelecida, no entanto, existe a necessidade de mais estudos para perceber a utilidade desta escala em prematuros gravemente doentes, submetidos a procedimentos dolorosos de repetição, em ventilação mecânica e sob efeito de medicação que altere a perceção da dor.

É uma escala demorada na sua aplicação devido aos muitos indicadores existentes e com uma interpretação pouco prática para ser utilizada por rotina.

(Batalha, 2016; DGS, 2010a).

1.2.4. Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale (N-PASS)

- Escala –

	Sedação		Sedação/Dor	Dor/Agitação	
	-2	-1	0/0	1	2
Choro/Irritabilidade	Não chora com estímulo doloroso	Resmunga/ Chora com estímulo doloroso	Choro apropriado; sem irritação	Irritável ou chorando a intervalos; consolável	Choro estridente ou, choro contínuo; inconsolável
Comportamento	Não acorda com nenhum estímulo, sem	Desperta com estímulo mínimo;	Apropriado para a idade gestacional	Inquieto, retorcendo-se;	Arqueando-se, chutando; acordado

	movimentos espontâneos	pouco movimentos espontâneos		desperta com frequência	constantemente ou despertar mínimo/ sem estar sedado
Expressão Facial	Boca relaxada, sem expressão	Expressão mínima com estímulo	Relaxada, apropriada	Qualquer expressão de dor intermitente	Qualquer expressão de dor continuamente
Tónus de extremidade	Sem reflexo de agarrar; tônus flácido	Reflexo de agarrar fraco, diminuição do tônus muscular	Mãos e pés relaxados; tônus normal	Cerrar os dedos intermitentemente, ou dedos abertos (sinal de parar); corpo não está tenso	Cerrar os dedos continuamente ou dedos abertos; corpo tenso
Sinais Vitais: FC, FR e SatpO2	Sem variação com estímulo; Hipo ventilação ou apneia	<10% variação de base com estímulo	Entre os valores de base normal para a idade gestacional	Aumento de 10 a 20% da base, SatO2 entre 76 e 85% com estimulação; aumento rápido	Aumento >20% do valor da base, SatO2 ≤75% com estimulação; aumenta lentamente sem sincronia com ventilação

(Tamez, 2017).

- **População Alvo** – recém-nascidos pré-termo e termo internados em ambiente hospitalar;
- **O que avalia** – avalia a dor, agitação e a sedação dos recém-nascidos pré-termo e termo;
- **Como aplicar** – a pontuação de cada critério de avaliação comportamental (choro, irritabilidade; comportamento; expressão facial; tônus e extremidades) e fisiológico (sinais vitais, frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial e saturação periférica de oxigénio) da dor é de 0 a +2, somando-se no final as pontuações para determinar a necessidade de intervir. O total de avaliação da dor varia entre os 0 e +10, havendo, posteriormente, o acréscimo relativo à idade gestacional. Quando uma avaliação tem uma pontuação superior a 3, é necessária uma intervenção para o controlo da dor.

À pontuação obtida na avaliação, devem ser acrescentados 3 pontos a recém-nascidos com idade gestacional entre as 23 e as 27 semanas, 2 pontos a recém-nascidos com idade gestacional

entre as 28 e as 31 semanas e 1 ponto a recém-nascidos com idade gestacional entre as 32 e as 35 semanas.

A pontuação de cada critério de avaliação da sedação é de 0 a -2, podendo a pontuação variar entre os 0 e -10, sendo a sedação leve entre -2 a -5 e a sedação profunda entre -5 a -10.

(Tamez, 2017).

1.2.5. Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)

- **Escala –**

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

(DGS, 2010a).

- **População Alvo** – desde recém-nascidos até aos 19 anos de idade;
- **O que avalia** – dor aguda;
- **Como aplicar** – a escala apresenta indicadores como a expressão facial, movimentos das pernas, atividade, choro e consolabilidade, sendo cada um destes medido de 0 a 2 pontos, podendo atingir a pontuação máxima de 10 pontos.

É uma escala comportamental e de uso prático, sendo a comparação entre outras escalas de autoavaliação e esta de pontuação de 0 a 10 facilitada.

Esta escala permite a melhoria da qualidade de vida das crianças e das suas famílias, podendo ser usada diariamente por profissionais de saúde na avaliação da dor em crianças cujo desenvolvimento psicomotor ou a situação clínica impeçam a verbalização da dor;

(Batalha, 2016; DGS, 2010a).

1.2.5.1. Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised (FLACC-R)

• Escala –

Face	0 – Nenhuma expressão facial em especial ou sorriso
	1 – Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada
	2 – Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico
	Comportamento individualizado
Pernas	0 – Posição normal ou relaxadas; tonificação normal & movimentação dos membros inferiores e superiores
	1 – Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais
	2 – Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos
	Comportamento individualizado
Atividade	0 – Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica
	1 – Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes
	2 – Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); sustar a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contração muscular
	Comportamento individualizado
Choro	0 – Sem choro/ verbalização
	1 – Gemido ou choramingo, queixa ocasional; explosão verbal ou "grunhidos" ocasionais
	2 – Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, "grunhidos" constantes
	Comportamento individualizado
Consolabilidade	0 – Satisfeita e relaxada
	1 – Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída
	2 – Dificil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto
	Comportamento individualizado

(DGS, 2010a).

- **População Alvo** – desde recém-nascidos até aos 19 anos de idade, com multideficiência, sendo mais fiável aplicada a crianças entre os 4 e os 18 anos;

- **Como aplicar** – é uma adaptação da FLACC, com uma descrição mais pormenorizada dos descritos que incorpora, por exemplo, comportamentos específicos de dor de crianças com multideficiência e défice cognitivo.

Foi adicionado a cada indicador da escala um descritor em aberto, para descrição de comportamentos de dor específicos de cada criança descritos pelos pais.

Implica uma observação da criança entre 2-3 minutos e a sua pontuação varia de 0 a 10 pontos.

(Batalha, 2016; DGS, 2010a).

1.2.6. Escala Doloplus

- **Escala –**

ESCALA DOLOPLUS									
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA									
APELIDO	NOME PRÓPRIO	DATAS							
SERVIÇO	Observação comportamental								
REPERCUSSÃO SOMÁTICA									
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0	0	0					
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1					
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2					
	. queixas espontâneas contínuas	3	3	3					
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0	0	0					
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1					
	. posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2					
	. posição antálgica permanente e ineficaz	3	3	3					
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção	0	0	0					
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1					
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2					
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3					
4. Expressão facial	. mímica habitual	0	0	0					
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1					
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2					
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)	3	3	3					
5. Sono	. sono habitual	0	0	0					
	. dificuldade em adormecer	1	1	1					
	. despertar frequente (agitação motora)	2	2	2					
	. insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3					
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA									
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas	0	0	0					
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1					
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2					
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3					
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0	0	0					
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1					
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2					
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3					
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL									
8. Comunicação	. sem alteração	0	0	0					
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1					
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2					
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3					
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos,...)	0	0	0					
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1					
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2					
	. Recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3					
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual	0	0	0					
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1					
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2					
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3					
COPYRIGHT Faculdade de Medicina de Lisboa, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos - Fevereiro 2006 - Hironidina Guarda									
PONTUAÇÃO									

Imagem 6 - Escala de Avaliação da Dor Doloplus

- **População Alvo** – pessoas com idade igual ou superior a 65 anos com alterações cognitivas e perturbações na comunicação verbal;

- **O que avalia** – dor crónica;

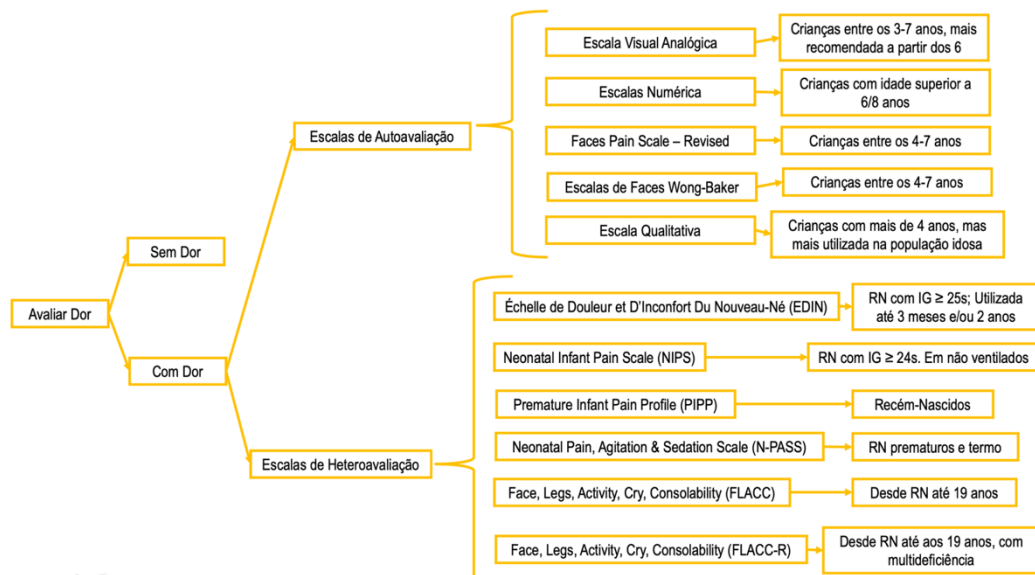
- **Como aplicar** – é um formulário de observação com 10 itens, que se encontram divididos em 3 subgrupos: repercussão somática (queixas somáticas, posições antálgicas em repouso, proteção de zonas dolorosas, expressão facial e sono), repercussão psicomotora (higiene e/ou vestir e movimento) e repercussão psicossocial (comunicação, vida social e alterações do comportamento);

Cada item é pontuado de 0 a 3, com uma possibilidade de pontuação máxima de 30. O resultado significa dor quando a pontuação é igual, ou superior, a 5;

Não é necessária a resposta a todos os itens, sendo os itens somáticos os mais importantes, pois são os mais sugestivos de dor;

(Rocha, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2008; DGS, 2010b).

2. ALGORITMO DE APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR



3. TRATAMENTO DA DOR

O tratamento e controlo da dor pressupõe que, por parte dos profissionais, exista atenção:

- à idade e ao desenvolvimento cognitivo da criança;
- à negociação da presença de uma pessoa significativa à criança;
- para facilitar a segurança e a proteção por parte dos pais;
- para permitir que os pais colaborem nas intervenções;
- para assegurar que a intervenção seja realizada pelo enfermeiro de referência da família;
- de dar informação à criança de uma forma simples e clara;
- de ser honesto;
- para permitir e ajudar a criança a fazer questões e a exprimir os sentimentos;
- para não dar falsas expectativas em relação ao procedimento doloroso;
- de ajudar a criança a participar no controlo da própria dor;
- de atribuir à criança controlo sobre o tratamento;
- de dar *feedback* positivo;
- de ficar perto da criança depois do procedimento doloroso;
- de planear os cuidados para incomodar o menor número de vezes possível;
- de agrupar os procedimentos;

(Ordem dos Enfermeiros, 2013).

3.1. INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

As intervenções farmacológicas dependem da utilização de terapêutica analgésica não opioides, por exemplo, o paracetamol e o ibuprofeno, quando a dor é ligeira e o uso de opioides, como a morfina e o fentanil quando a dor é caracterizada como moderada a severa (Castro, 2019; Hockenberry & Wilson, 2014).

Como terapêutica anestésica destaca-se a utilização de lidocaína e prilocaína (EMLA), a nível tópico, que proporcionam uma anestesia tópica que diminui a dor associada a procedimentos, e a nível respiratório, a mistura de oxigénio com o protóxido de azoto, sendo o seu efeito analgésico a nível da redução da sensação de dor e o aumento do limiar de dor, tendo um efeito calmante e relaxante (Castro, 2019; Hockenberry & Wilson, 2014).

3.2. INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS

A utilização de medidas não-farmacológicas demonstram a sua importância, modificando o significado da dor, pois, através da sua aplicação, reestrutura-se a parte cognitiva, ou seja, as expectativas, avaliação e construção da vivência da dor, ao invés da demonstração de medo, ansiedade e depressão (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A implementação de estratégias não farmacológicas depende dos recursos que cada serviço e contexto dispõe, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências, das habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de coping, do tipo de dor, contexto e características (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Os fatores de dor e desconforto das crianças e a necessidade de diminuição devem ser valorizadas. A presença dos pais é um fator indispensável, planeando, em conjunto, as intervenções mais adequadas a cada criança. Os pais conseguem tornar perceptíveis, para os profissionais, as queixas das crianças, podendo, também, ajudar a integrar a experiência de dor, sendo promotores na orientação e aplicação de estratégias não farmacológicas no controlo da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Como tratamento da dor e como medidas não farmacológicas, podemos aplicar medidas comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, de suporte emocional e ambientais (Ordem dos Enfermeiros, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Na população pediátrica é fundamental a utilização de intervenções não farmacológicas, podendo ser utilizadas de forma isolada, como em conjunto com as intervenções farmacológicas.

- **Comportamentais:** em que deve ser realizada o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor;
- **Cognitivas:** utilizam-se métodos mentais para se conseguir lidar com a dor, tais como o reforço positivo, a preparação, a imaginação guiada, o relaxamento muscular e exercícios respiratórios;
- **Cognitivo-Comportamentais:** fazem usos de estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, modificando assim a percepção da dor e melhorando a capacidade de enfrentá-la, são exemplos a distração, tanto com brinquedos interativos, realidade virtual, distração auditiva e audiovisual;
- **Físicos ou periféricos:** diminuem a intensidade do estímulo doloroso, diminuindo a reação inflamatória e a tensão muscular (ex. aplicação de calor e/ou frio, toque

terapêutico, massagem, posicionamento, estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS));

- **Suporte Emocional:** necessita da presença de alguém que seja significativo que proporcione o conforto;
- **Ambientais:** melhora as condições ambientais, por exemplo luz, ruído, temperatura e decoração;

(Ordem dos Enfermeiros, 2013; Castro, 2019).

Relativamente à adequação das diversas intervenções pelas diferentes fases de desenvolvimento, no **recém-nascido e lactentes** pode intervir mantendo a presença dos pais, o embalo e as carícias, a sucção não nutritiva, a redução do ruído, as canções de embalar e a massagem terapêutica; nos **toddlers e idade pré-escolar** deve-se optar por contar histórias, utilizar brinquedos, ouvir música e implementar estratégias de relaxamento; na **idade escolar** devem-se utilizar técnicas de relaxamento, sugerir uma respiração lenta e profunda, realizar massagem, ouvir música ou ler; nos **adolescentes** deve-se optar por técnicas de relaxamento, sugerir uma respiração lenta, ouvir música, ver fotos e permitir a utilização do telemóvel, escrever e desenhar (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

REFERÊNCIAS

IMAGENS

Imagem 1 - Escala de Avaliação da Dor Visual Analógica - <https://cafisio.com.br/wp-content/uploads/2020/03/escala-visual-de-dor.jpg>;

Imagem 2 - Escala de Avaliação de Dor Numérica - <https://www.researchgate.net/profile/Claudio-Cerdeira/publication/322016214/figure/fig1/AS:574580083642368@1514001975613/Figura-1-Escala-visual-numerica-EVN-utilizada-para-avaliacao-da-intensidade-da.png>;

Imagem 3 - Escala de Avaliação de Faces Revista - <https://dfzljdn9uc3pi.cloudfront.net/2013/37/1/fig-1-full.png>;

Imagem 4 - Escala de Avaliação da Dor de Faces Wong-Baker - <https://boneandspine.com/wp-content/uploads/2013/08/faces-pain-scale-revised.png>;

Imagem 5 - Escala de Avaliação da Dor Qualitativa - https://static.wixstatic.com/media/7c8300_8e00eaca53b34480acf9925e89d2c2a5~mv2.png/v1/fill/w_600,h_79,al_c/7c8300_8e00eaca53b34480acf9925e89d2c2a5~mv2.png;

Imagem 6 - Escala de Avaliação da Dor Dolopus - <https://image.slidesharecdn.com/controlodornapessoaidosa-110324065723-phpapp02/95/controlo-dor-na-pessoa-idosa-12-728.jpg?cb=1300949877>;

Imagem de Capa: https://www.ipbeja.pt/cursos/Mestrados/ess-m_enfermagem/PublishingImages/imagem_Mestrado_Enfemagem.png;

BIBLIOGRÁFICAS

Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). *Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª Edição. Lusociência;

Oliveira, G., Albuquerque, M. E. (2022). *Cuidados Paliativos Perineonatais: o essencial*. Letras e Conceitos. Rei dos Livros;

Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lousã: Lidel;

Tamez, R.N. (2017). *Enfermagem na UTI Neonatal – assistência ao recém-nascido de alto risco*. 6ª edição. Guanabara Koogan;

ELETRÓNICAS

Batalha, L.M.C. (2016). *Avaliação da dor – Manual de estudo*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

<https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&code=fd5f4159798001777d637a7194e68c721a1609f9>;

Castro, A.I.R. (2019). *Cuidar sem Dor – Intervenções de Alívio e Controlo da Dor Aguda em Crianças dos 0 aos 6 anos*. Relatório de Estágio. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29257/3/Relatorio_Mestrado_Enfermagem170531055.pdf;

Direção Geral da Saúde. (2010a). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. 014/2010. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf;

Direção Geral de Saúde. (2010b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. 015/2010. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010-pdf.aspx>;

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

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolo-dorcrianca.pdf;

Rocha, T. (2016). *Tomar a Dor visível: Aplicação da escala de avaliação de Dor Dolopus 2*. Relatório de Trabalho de Projeto. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17639/1/Tomar%20a%20Dor%20V%C3%ADvel%2c%20Aplicação%20da%20escala%20Dolopus%202.pdf>;

Vilela, B.M.F. (2020). Cuidados Paliativos Peri e Neonatais – a propósito de um caso clínico. Faculdade de Medicina de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/46528/1/BeatrizMVilela.pdf>;

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR ANALÓGICA

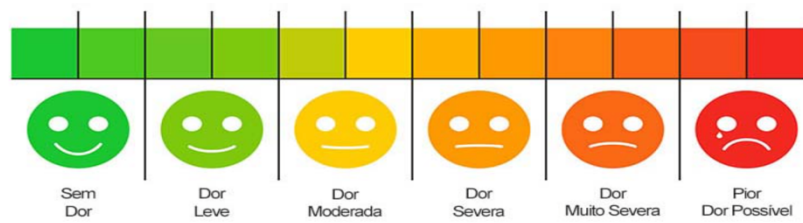


Imagem 1 - Escala de Avaliação da Dor Visual Analógica

ANEXO II – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR NUMÉRICA



Imagem 2 - Escala de Avaliação da Dor Numérica

**ANEXO III – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR FACES PAIS SCALE –
REVISED (FPS-R)**

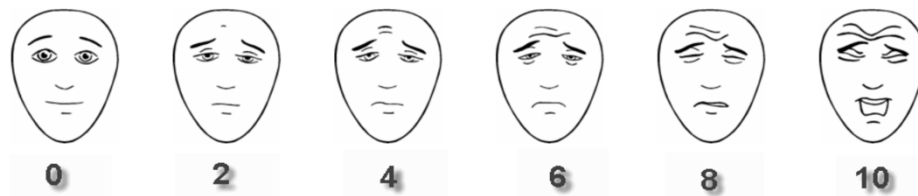


Imagem 3 - Escala de Avaliação da Dor Faces Pain Scale - Revised

ANEXO IV – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR DE FACES WONG-BAKER



ANEXO V – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR QUALITATIVA

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
----------------	--------------------	---------------------	--------------------	-------------------

Imagem 5 - Escala de Avaliação da Dor Qualitativa

**ANEXO VI – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR ÉCHELLE DE DOULEUR ET
D'INCONFORT DU NOUVEAU-NÉ (EDIN)**

Item	Proposta
Face	4. Face relaxada; 5. Caretas passageiras: sobranceiras franzidas/ lábios contraídos/ queixo franzido/ queixo trémulo; 6. Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas; 7. Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada;
Corpo	4. Corpo calmo; 5. Agitação transitória, geralmente calmo; 6. Agitação frequente, mas acalma-se; 7. Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel;
Sono	4. Adormece facilmente, sono prolongado, calmo; 5. Adormece dificilmente; 6. Acorda espontaneamente e frequentemente, sono agitado; 7. Não adormece;
Interação	4. Atento; 5. Apreensão passageira no momento do contacto; 6. Contacto difícil, grito à menor estimulação; 7. Recusa o contacto, nenhuma relação possível, sem a menor estimulação;
Reconforto	4. Sem necessidade de reconforto; 5. Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta; 6. Acalma-se dificilmente; 7. Inconsolável. Sucção desesperada;

(DGS, 2010a).

**ANEXO VII – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR NEONATAL INFANT PAIN
SCALE (NIPS)**

Descrição	
Expressão Facial	
• 0 – Relaxada	Face serena, expressão neutra;
• 1 – Careta	Músculos faciais tensos, sobrancelhas, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa – nariz, boca e sobrancelhas);
Choro	
• 0 – Ausente	Sereno, não chora;
• 1 - Choramingo	Choramingou brando, intermitente;
• 2 – Choro vigoroso	Gritos altos, agudos, contínuos, que vão aumentando de intensidade (O choro silencioso pode ser detetado se o RN estiver entubado e é evidenciado por um movimento óbvio facial e local);
Respiração	
• 0 – Relaxada	Padrão normal para o RN;
• 1 – Mudança na respiração	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração;
Braços	
• 0 – Relaxado/Controlados	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços;
• 1 – Flexionados/Estendidos	Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida;
Pernas	
• 0 – Relaxadas/Controladas	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas;
• 1 – Flexionadas/Estendidas	Pernas tensas, esticadas e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida;
Estado de Vigília	
• 0 – Dorme/Calmo	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável;
• 1 – Agitado	Alerta, inquieto e agitado;

(DGS, 2010a).

**ANEXO VIII – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR PREMATURE INFANT PAIN
PROFILE (PIPP)**

Os contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Cuidado à criança e família: Estratégias não farmacológicas no Controlo da Dor

Processo	Indicadores	0	1	2	3
	Idade Gestacional (semanas)	≥ 36	32-35 e 6 dias	28 – 31 e 6 dias	<28
Observar RN 15 segundos e anotar FC e Saturação de Oxigénio basal	Estado de Alerta	Ativo/ acordado Olhos abertos Movimentos faciais	Quieto/ acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Ativo/ dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto/ dorme Olhos fechados Sem mímica facial
Observar RN 30 segundos	FC máxima	↑ 0-4 bpm	↑ 5-14 bpm	↑ 15-24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	SO2 mínimo	↓ 0-2,4%	↓ 2,5-4,9%	↓ 5,0-7,4%	↓ ≥ 7,5%
	Testa franzida	Ausente (0 a 9% tempo)	Mínimo (10 a 39% do tempo)	Moderado (49 a 69% do tempo)	Máximo (≥ 70% tempo)
	Olhos espremidos	Ausente (0 a 9% tempo)	Mínimo (10 a 39% do tempo)	Moderado (49 a 69% do tempo)	Máximo (≥ 70% tempo)
	Sulco naso-labial	Ausente (0 a 9% tempo)	Mínimo (10 a 39% do tempo)	Moderado (49 a 69% do tempo)	Máximo (≥ 70% tempo)

(DGS, 2010a).

**ANEXO IX – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR NEONATAL PAIN, AGITATION
& SEDATION SCALE (N-PASS)**

	Sedação		Sedação/Dor	Dor/Agitação	
	-2	-1	0/0	1	2
Choro/Irritabilidade	Não chora com estímulo doloroso	Resmunga/ Chora com estímulo doloroso	Choro apropriado; sem irritação	Irritável ou chorando a intervalos; consolável	Choro estridente ou, choro contínuo; inconsolável
Comportamento	Não acorda com nenhum estímulo, sem movimentos espontâneos	Desperta com estímulo mínimo; pouco movimentos espontâneos	Apropriado para a idade gestacional	Inquieto, retorcendo-se; desperta com frequência	Arqueando-se, chutando; acordado constantemente ou despertar mínimo/ sem estar sedado
Expressão Facial	Boca relaxada, sem expressão	Expressão mínima com estímulo	Relaxada, apropriada	Qualquer expressão de dor intermitente	Qualquer expressão de dor continuamente
Tónus de extremidade	Sem reflexo de agarrar; tônus flácido	Reflexo de agarrar fraco, diminuição do tônus muscular	Mãos e pés relaxados; tônus normal	Cerrar os dedos intermitentemente, ou dedos abertos (sinal de parar); corpo não está tenso	Cerrar os dedos continuamente ou dedos abertos; corpo tenso
Sinais Vitais: FC, FR e SatpO2	Sem variação com estímulo; Hipo ventilação ou apneia	<10% variação de base com estímulo	Entre os valores de base normal para a idade gestacional	Aumento de 10 a 20% da base, SatO2 entre 76 e 85% com estimulação; aumento rápido	Aumento >20% do valor da base, SatO2 ≤75% com estimulação; aumenta lentamente sem sincronia com ventilação

(Tamez, 2017).

**ANEXO X – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY,
CONSOLABILITY (FLACC)**

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

(DGS, 2010a).

**ANEXO XI – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY,
CONSOLABILITY (FLACC-R)**

Face	0 – Nenhuma expressão facial em especial ou sorriso
	1 – Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada
	2 – Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico
	Comportamento individualizado
Pernas	0 – Posição normal ou relaxadas; tonificação normal & movimentação dos membros inferiores e superiores
	1 – Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais
	2 – Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos
	Comportamento individualizado
Atividade	0 – Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica
	1 – Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes
	2 – Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); suster a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contração muscular
	Comportamento individualizado
Choro	0 – Sem choro/ verbalização
	1 – Gemido ou choramingo, queixa ocasional; explosão verbal ou “grunhidos” ocasionais
	2 – Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, “grunhidos” constantes
	Comportamento individualizado
Consolabilidade	0 – Satisfeita e relaxada
	1 – Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída
	2 – Difícil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto
	Comportamento individualizado

(DGS, 2010a).

ANEXO XII – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR DOLOPLUS

Os contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Cuidado à criança e família: Estratégias não farmacológicas no Controlo da Dor

ESCALA DOLOPLUS					
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA					
APELIDO..... NOME PRÓPRIO		DATAS			
SERVIÇO.....		Observação comportamental			
REPERCUSSÃO SOMÁTICA					
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas	3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2
	. posição antálgica permanente e ineficaz	3	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção	0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3	3
4. Expressão facial	. mímica habitual	0	0	0	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)	3	3	3	3
5. Sono	. sono habitual	0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer	1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)	2	2	2	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA					
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL					
8. Comunicação	. sem alteração	0	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos,...)	0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2
	. Recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual	0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3
COPYRIGHT Faculdade de Medicina de Lisboa, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos - Fevereiro 2006 - Híronidina Guarda		PONTUAÇÃO			

Imagem 6 - Escala de Avaliação da Dor Doloplus

APÊNDICE III – APRESENTAÇÃO: ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR – GUIA RÁPIDO PARA CONSULTA

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR

Guia Rápido para Consulta

6º Mestrado em Enfermagem em Associação
Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques



ÍNDICE

- 1 Dor
- 2 Escalas de avaliação de dor
- 3 Tratamento da Dor

DOR

- ★ Experiência individual
- ★ Subjetiva
- ★ Multidimensional
- ★ Depende de fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais
- ★ **Dor Aguda:** início súbito, sendo a sua etiologia identificável, a sua duração previsível
- ★ **Dor Crónica:** dor repetitiva, com uma duração igual ou superior a 3 meses, sendo uma componente de diagnóstico

"(...) experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial (...)"

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

DOR

- ★ A experiência da dor na população pediátrica é influenciada pela **idade, nível de desenvolvimento, causa da dor, natureza da dor, capacidade para a criança se expressar**
- ★ Após os 6 anos de idade, as questões devem ser realizadas à própria criança, sendo confirmadas com os pais

Deve-se questionar:

- Localização da dor;
- Intensidade da dor;
- Duração;
- Frequência;
- Sintomas associados;
- Fatores de alívio e agravamento;
- Uso e efeito de medidas;
- Forma de expressão da dor;
- Comportamento da criança
- Efeitos da dor nas AVD's;
- Impacto emocional e socioeconómico.

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

RECÉM NASCIDOS E LACTENTES

Dor intensa; Proteção da área dolorosa; Movimentos corporais generalizados; Expressões faciais; Irritabilidade; Inquietação;



TODDLERS

Compreendem a dor; Criam memórias da dor; Choro intenso; Gritos; Não caracterizam a dor; Protegem a área dolorosa;

PRÉ-ESCOLAR

Exprimem a dor; Identificam o local e a intensidade; Receiam as lesões corporais; Resistem fisicamente; Pedem apoio emocional; Tentam fugir; Não cooperam;

ESCOLAR

Compreendem a dor e a necessidade da mesma na realização de alguns tratamentos; Localizam e Quantificam a dor; Descrevem as suas características; Rigidez muscular/corporal; Olhos fechados; Dentes cerrados; Tentam adiar o procedimento; Reagem com agressividade física e verbal;



ADOLESCENTES



Compreendem as causas da dor; Apresentam tensão muscular; Tentam comportar-se como adultos; Adquirem estratégias de coping;

CRIANÇAS COM DÉFICE COGNITIVO E COMUNICAÇÃO

Gemido; Padrões inconsistentes de brincadeira e de sono; Mudanças na expressão facial;

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR

— Existem escalas validadas e com utilidade para todas as **idades e situações clínicas**, devendo ter-se em conta o **tipo de dor**, a **idade e desenvolvimento**, facilidade de **utilização**, **tempo de aplicação** da escala, **critérios de interpretação** da escala, **quantificação da dor comparável** com a maioria das outras escalas



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

ESCALAS DE AUTOAVALIAÇÃO

- ♥ Dependem da avaliação da dor que é feita por quem a experiencia, tendo o profissional que adequar a escala à idade, capacidades cognitivas e preferências da criança;
- ♥ Utilizadas desde os 3/4 anos de idade ou quando o desenvolvimento e condição da criança permitir;
- ♥ Deve ser dada a oportunidade de a criança se expressar, identificando a sua dor com escalas adequadas;



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

ESCALA VISUAL ANALÓGICA



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

POPULAÇÃO ALVO

Crianças entre os 3 e os 7 anos, sendo aconselhada a utilização a partir dos 6 anos

O QUE AVALIA

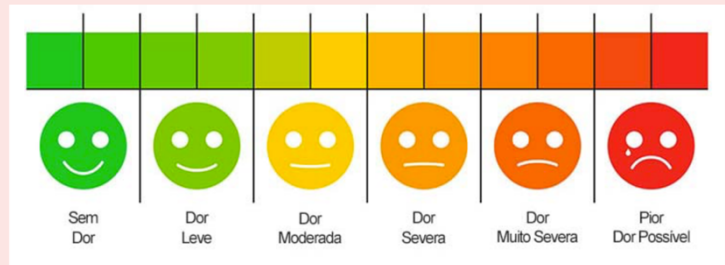
Dor aguda e crónica

COMO APLICAR

Consiste numa régua numerada com início no 0 e o fim nos 10 cm.

Deve ser respeitada a apresentação da régua na vertical nos adultos e na horizontal nas crianças, definir as extremidades, deslocando o cursor durante a explicação, utilizando termos neutros.

Deve ser assegurada a compreensão e perguntar qual a dor sentida no momento exato da avaliação;



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

ESCALA NUMÉRICA



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma	Pouca		Razoável			Média			Excessiva	

POPULAÇÃO ALVO

A partir dos 6/8 anos de idade, podendo ser utilizada mais cedo desde que exista uma compreensão e interpretação dos números

O QUE AVALIA

Dor aguda e crónica

COMO APLICAR

Pode ser aplicada apenas oralmente, ou com o instrumento físico. É uma escala com 11 números, do 0 ao 10

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

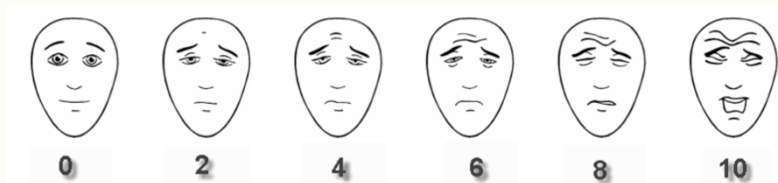
Ana Beatriz Marques

FACES PAIN SCALE - REVISED (FPS-R)



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques



POPULAÇÃO ALVO

Crianças entre os 4 e os 7 anos

O QUE AVALIA

Dor aguda e crónica

COMO APLICAR

- Pressupõe que a criança demonstre capacidade para distinguir várias expressões faciais, sendo que normalmente só se encontra adquirida aos 9-10 anos;
 - Precisa da existência de uma expressão facial universal da dor;
 - Crianças com menos de 5 anos, pode ter dificuldade em escolher mais do que 5 opções;
 - Escalas de faces sorridentes ou com lágrimas confundem a criança que pode referir a pontuação equivalente ao seu estado emocional e não ao estado sensorial;
- Apresenta **6 faces** sem expressões felizes, tristes ou com lágrimas, e usa a face neutra para indicar a ausência de dor.
 - A pontuação varia entre o 0 e os 10 pontos (0, 2, 4, 6, 8, 10) e a categorização é: face 1 (pontuação 0) – sem dor; face 2 (pontuação 2) – dor ligeira; face 3 (pontuação 4) – dor moderada; face 4 (pontuação 6) – dor intensa; face 5 ou 6 (pontuação 8 ou 10) – dor muito intensa.

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

ESCALA DE FACES WONG-BAKER



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

ESCALA QUALITATIVA



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

POPULAÇÃO ALVO

Utilizada a partir dos 4 anos, mas mais utilizada entre a população idosa

O QUE AVALIA

Dor aguda e crónica

Esta escala qualifica mas não quantifica

COMO APLICAR

- Pode ser aplicada com o instrumento de avaliação físico ou oralmente, tendo sempre em atenção a necessidade de utilização dos mesmos termos para qualificar a dor

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

ESCALAS DE HETEROAVALIAÇÃO

- ♥ Podem ser comportamentais e compostas;
- ♥ As comportamentais baseiam-se nos comportamentos;
- ♥ As compostas além dos comportamentos baseiam-se em indicadores fisiológicos;
- ♥ Pressupõem uma observação da criança entre 2-4 minutos, e são utilizadas maioritariamente na dor aguda;



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

ÉCHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU-NÉ (EDIN)



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Item	Proposta
Face	0. Face relaxada; 1. Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas/ lábios contraídos/ queixo franzido/ queixo trémulo; 2. Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas; 3. Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada;
Corpo	0. Corpo calmo; 1. Agitação transitória, geralmente calmo; 2. Agitação frequente, mas acalma-se; 3. Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel;
Sono	0. Adormece facilmente, sono prolongado, calmo; 1. Adormece dificilmente; 2. Acorda espontaneamente e frequentemente, sono agitado; 3. Não adormece;
Interação	0. Atento; 1. Apreensão passageira no momento do contacto; 2. Contacto difícil, grito à menor estimulação; 3. Recusa o contacto, nenhuma relação possível, sem a menor estimulação;
Reconforto	0. Sem necessidade de reconforto; 1. Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta; 2. Acalma-se dificilmente; 3. Inconsolável. Sucção desesperada;

POPULAÇÃO ALVO

Recém-nascidos e prematuros com IG>25 semanas, ventilados ou não;

Pode ser utilizada até aos 3 meses, sendo que em alguns países utilizam até aos 2 anos

O QUE AVALIA

Dor aguda e crónica

Prevê o contacto com o RN 4 a 8 horas

COMO APLICAR

- É uma escala unidimensional comportamental com cinco indicadores, rosto, corpo, sono, interação e reconforto.
- Cada indicador é medido de 0 a 3, podendo ter classificação mínima de 0 e máxima de 15 pontos

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

NEONATAL INFANT PAIN SCALE (NIPS)



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

POPULAÇÃO ALVO

Recém-nascidos com IG>24 semanas, não podendo ser utilizada em RN entubados

O QUE AVALIA

Dor aguda

Específica para procedimentos

COMO APLICAR

- Escala composta por seis indicadores de dor, cinco comportamentais e um fisiológico;
- A pontuação em cada parâmetro é de 0 a 1, com a exceção do choro que é de 0 a 2;
- Valor total de avaliação pode ser entre 0 e 7;

Descrição	
Expressão Facial	
• 0 – Relaxada	Face serena, expressão neutra;
• 1 – Careta	Músculos faciais tensos, sobrancelhas, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa – nariz, boca e sobrancelhas);
Choro	
• 0 – Ausente	Sereno, não chora;
• 1 – Choramingo	Choramingou brando, intermitente;
• 2 – Choro vigoroso	Gritos altos, agudos, contínuos, que vão aumentando de intensidade (O choro silencioso pode ser detetado se o RN estiver entubado e é evidenciado por um movimento óbvio facial e local);
Respiração	
• 0 – Relaxada	Padrão normal para o RN;
• 1 – Mudança na respiração	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração;
Braços	
• 0 – Relaxados/Controlados	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços;
• 1 – Flexionados/Estendidos	Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida;
Pernas	
• 0 – Relaxadas/Controladas	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas;
• 1 – Flexionadas/Estendidas	Pernas tensas, esticadas e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida;
Estado de Vigília	
• 0 – Dorme/Calmo	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável;
• 1 – Agitado	Alerta, inquieto e agitado;

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

PREMATURE INFANT PAIN PROFILE (PIPP)



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

POPULAÇÃO ALVO

Recém-nascidos

O QUE AVALIA

Dor aguda

COMO APLICAR

- Esta escala inclui indicadores fisiológicos, comportamentais e contextuais;
- Cada indicador é pontuado de 0 a 3 pontos, sendo a pontuação total dependente da idade gestacional do recém-nascido, sendo a pontuação máxima de 21 pontos;
- Uma pontuação menor ou igual a 6 indica ausência de dor, ou dor mínima, e uma pontuação superior a 12 corresponde a uma dor moderada a intensa;
- Necessidade de mais estudos para verificar a utilidade da escala em prematuros gravemente doentes;
- Escala demorada na sua aplicação e com interpretação pouco prática;

Processo	Indicadores	0	1	2	3
	Idade Gestacional (semanas)	≥ 36	32-35 e 6 dias	28 – 31 e 6 dias	<28
Observar RN 15 segundos e anotar FC e Saturação de Oxigénio basal	Estado de Alerta	Ativo/ acordado Olhos abertos Movimentos faciais	Quieto/ acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Ativo/ dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto/ dorme Olhos fechados Sem mímica facial
Observar RN 30 segundos	FC máxima	↑ 0-4 bpm	↑ 5-14 bpm	↑ 15-24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	SO2 mínimo	↓ 0-2,4%	↓ 2,5-4,9%	↓ 5,0-7,4%	↓ ≥ 7,5%
	Testa franzida	Ausente (0 a 9% tempo)	Mínimo (10 a 39% do tempo)	Moderado (49 a 69% do tempo)	Máximo (≥ 70% tempo)
	Olhos espremidos	Ausente (0 a 9% tempo)	Mínimo (10 a 39% do tempo)	Moderado (49 a 69% do tempo)	Máximo (≥ 70% tempo)
	Sulco naso-labial	Ausente (0 a 9% tempo)	Mínimo (10 a 39% do tempo)	Moderado (49 a 69% do tempo)	Máximo (≥ 70% tempo)

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

NEONATAL PAIN, AGITATION & SEDATION SCALE (N-PASS)



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Os contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Cuidado à criança e família: Estratégias não farmacológicas no Controlo da Dor

	Sedação		Sedação/Dor		Dor/Agitação	
	-2	-1	0/0	1	2	
Choro/Irritabilidade	Não chora com estímulo doloroso	Resmunga/ Chora com estímulo doloroso	Choro apropriado; sem irritação	Irritável ou chorando a intervalos; consolável	Choro estridente ou, choro contínuo; inconsolável	
Comportamento	Não acorda com nenhum estímulo, sem movimentos espontâneos	Desperta com estímulo mínimo; pouco movimentos espontâneos	Apropriado para a idade gestacional	Inquieto, retorcendo-se; desperta com frequência	Arqueando-se, chutando; acordado constantemente ou despertar mínimo/ sem estar sedado	
Expressão Facial	Boca relaxada, sem expressão	Expressão mínima com estímulo	Relaxada, apropriada	Qualquer expressão de dor intermitente	Qualquer expressão de dor continuamente	
Tônus de extremidade	Sem reflexo de agarrar; tônus flácido	Reflexo de agarrar fraco; diminuição do tônus muscular	Mãos e pés relaxados; tônus normal	Cerrar os dedos intermitentemente, ou dedos abertos (sinal de parar); corpo não está tenso	Cerrar os dedos continuamente ou dedos abertos; corpo tenso	
Sinais Vitais: FC, FR e SatpO2	Sem variação com estímulo; Hipo ventilação ou apneia	<10% variação de base com estímulo	Entre os valores de base normal para a idade gestacional	Aumento de 10 a 20% da base, SatO2 entre 76 e 85% com estimulação; aumento rápido	Aumento >20% do valor da base, SatO2 ≤75% com estimulação; aumenta lentamente sem sincronia com ventilação	

POPULAÇÃO ALVO

Recém-nascidos termo e pré-termo

O QUE AVALIA

Dor, agitação e sedação

COMO APLICAR

- Pontuação de cada critério de avaliação comportamental e fisiológico da dor é de 0 a +2, somando-se no final as pontuações;
- O total de avaliação da dor varia entre os 0 e +10;
- Devem ser acrescentados 3 pontos a recém-nascidos com idade gestacional entre as 23 e as 27 semanas, 2 pontos a recém-nascidos com idade gestacional entre as 28 e as 31 semanas e 1 ponto a recém-nascidos com idade gestacional entre as 32 e as 35 semanas;
- A pontuação de cada critério de avaliação da sedação é de 0 a -2, podendo a pontuação variar entre os 0 e -10.

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY (FLACC)



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Os contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Cuidado à criança e família: Estratégias não farmacológicas no Controlo da Dor

POPULAÇÃO ALVO

Desde recém-nascidos até 19 anos

O QUE AVALIA

Dor aguda

COMO APLICAR

- Escala apresenta indicadores como a expressão facial, movimentos das pernas, atividade, choro e consolabilidade, sendo cada um destes medido de 0 a 2 pontos, podendo atingir a pontuação máxima de 10 pontos.
- É uma escala comportamental e de uso prático;
- Comparada com escalas de autoavaliação a pontuação ser de 0 a 10 facilita a quantificação da dor;

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

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Face	0 – Nenhuma expressão facial em especial ou sorriso 1 – Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada 2 – Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico Comportamento individualizado
Pernas	0 – Posição normal ou relaxadas; tonificação normal & movimentação dos membros inferiores e superiores 1 – Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais 2 – Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos Comportamento individualizado
Atividade	0 – Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica 1 – Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes 2 – Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); sustar a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contração muscular Comportamento individualizado
Choro	0 – Sem choro/ verbalização 1 – Gemido ou choramingo, queixa ocasional; explosão verbal ou "grunhidos" ocasionais 2 – Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, "grunhidos" constantes Comportamento individualizado
Consolabilidade	0 – Satisfeita e relaxada 1 – Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída 2 – Difícil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto Comportamento individualizado

FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY - REVISED (FLACC-R)

- Desde recém-nascidos até aos 19 anos de idade, com multideficiência;
- Apresenta uma descrição mais promenorizada, tendo sido acrescentado um indicador para descrição de comportamentos específicos de dor;
- Implica a observação da criança entre 2-3 minutos;

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

ESCALA DOLOPLUS



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

ESCALA DOLOPLUS			
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA			
APELIDO.....	NOME PRÓPRIO.....	DATAS	
SERVIÇO.....	Observação comportamental		
REPERCUSSÃO SOMÁTICA			
1. Queixas somáticas			
- ausência de queixas			
0 0 0 0			
- queixas apenas quando há solicitação			
1 1 1 1			
- queixas esporádicas ocasionais			
2 2 2 2			
- queixas esporádicas frequentes			
3 3 3 3			
2. Posturas antálgicas em repouso			
- ausência de postura antálgica			
0 0 0 0			
- o indivíduo evita certas posturas de forma ocasional			
1 1 1 1			
- postura antálgica permanente e eficaz			
2 2 2 2			
- postura antálgica permanente e ineficaz			
3 3 3 3			
3. Proteção de zonas dolorosas			
- proteção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados			
1 1 1 1			
- proteção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados			
2 2 2 2			
- proteção em repouso, na ausência de qualquer solicitação			
3 3 3 3			
4. Expressão facial			
- mímica que parece exprimir dor quando há solicitação			
1 1 1 1			
- mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação			
2 2 2 2			
- mímica inespressiva em permanência e de forma não habitual (áltera, rígida, olhar vazio)			
3 3 3 3			
5. Sono			
- sono habitual			
0 0 0 0			
- dificuldade em adormecer			
1 1 1 1			
- despertar frequente (agitação motora)			
2 2 2 2			
- insónia com repercussão nas fases de despertar			
3 3 3 3			
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA			
6. Higiene e/ou vestir			
- capacidades habituais preservadas			
0 0 0 0			
- capacidades habituais pouco diminuídas (sem precaução mas completas)			
1 1 1 1			
- capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais			
2 2 2 2			
- higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa			
3 3 3 3			
7. Movimento			
- capacidades habituais preservadas			
0 0 0 0			
- capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)			
1 1 1 1			
- capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui as suas movimentações)			
2 2 2 2			
- movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição			
3 3 3 3			
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL			
8. Comunicação			
- sem alteração			
0 0 0 0			
- intermitente (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)			
1 1 1 1			
- diminuída (o indivíduo não reage)			
2 2 2 2			
- ausência ou recusa de qualquer comunicação			
3 3 3 3			
9. Vida social			
- participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos,...)			
0 0 0 0			
- participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação			
1 1 1 1			
- recusa parcial de participação nas diferentes actividades			
2 2 2 2			
- recusa de qualquer tipo de vida social			
3 3 3 3			
10. Alterações do comportamento			
- comportamento habitual			
0 0 0 0			
- alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas			
1 1 1 1			
- alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes			
2 2 2 2			
- alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)			
3 3 3 3			
COPYRIGHT Faculdade de Medicina de Lisboa, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos - Fevereiro 2006 - Helder da Costa		PONTUAÇÃO	

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

POPULAÇÃO ALVO

Idade igual ou superior a 65 anos com alterações cognitivas e perturbações na comunicação verbal

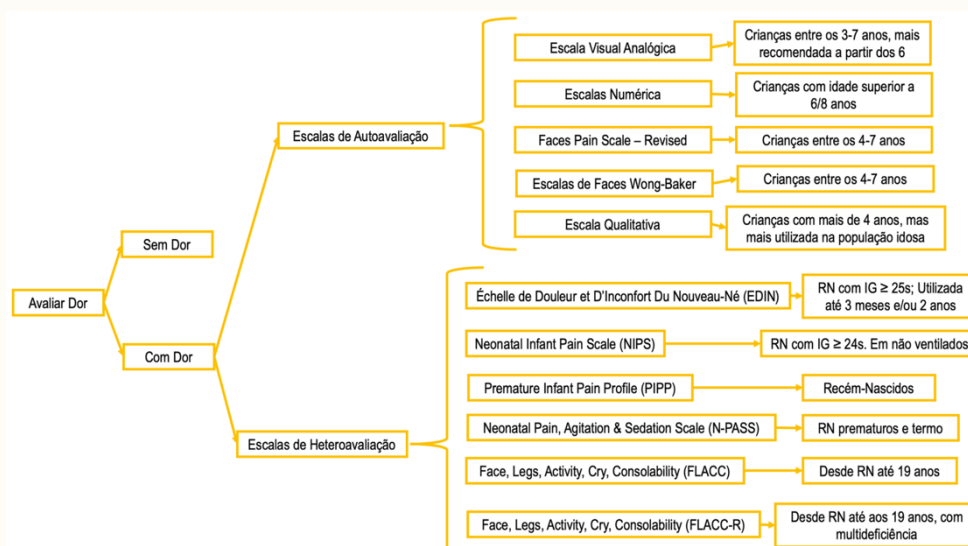
O QUE AVALIA

Dor crónica

COMO APLICAR

- É um formulário de observação com 10 itens, que se encontram divididos em 3 subgrupos: repercussão somática, repercussão psicomotora e repercussão psicossocial;
- Cada item é pontuado de 0 a 3, com uma possibilidade de pontuação máxima de 30. O resultado de 5 ou mais significa dor;
- Não é necessária a resposta a todos os itens, sendo os itens somáticos os mais importantes, pois são os mais sugestivos de dor;

ALGORITMO DE APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

TRATAMENTO DA DOR

- Idade e ao desenvolvimento cognitivo da criança;
- Negociação da presença de uma pessoa significativa à criança;
- Facilitar a segurança e a proteção por parte dos pais;
- Permitir que os pais colaborem nas intervenções;
- Assegurar que a intervenção seja realizada pelo enfermeiro de referência da família;
- Dar informação à criança de uma forma simples e clara;
- Ser honesto;
- Permitir e ajudar a criança a fazer questões e a exprimir os sentimentos;
- Não dar falsas expectativas em relação ao procedimento doloroso;
- Ajudar a criança a participar no controlo da própria dor;
- Atribuir à criança controlo sobre o tratamento;
- Dar feedback positivo;
- Ficar perto da criança depois do procedimento doloroso;
- Planear os cuidados para incomodar o menor número de vezes possível;
- Agrupar os procedimentos;

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS



Utilização analgesia não opióide, como paracetamol e ibuprofeno, quando a dor é **ligeira**;



Utilização de opióides como a morfina e o fentanil, quando a dor é **moderada a severa**;



Como terapêutica anestésica tópica, destaca-se a lidocaína e prilocaína (EMLA), que proporcionam uma anestesia tópica que diminui a dor;



A mistura de oxigénio com o protóxido de azoto, tendo um efeito analgésico a nível da redução da sensação de dor e o aumento do limiar da dor, sendo também calmante e relaxante;



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques



INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS



- A aplicação de estratégias não farmacológicas depende dos recursos que cada serviço e contexto dispõe, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências, das habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de coping, do tipo de dor, contexto e características da dor;



- COMO TRATAMENTO DA DOR E COMO MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS, PODEMOS APLICAR MEDIDAS COMPORTAMENTAIS, COGNITIVAS, COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS, FÍSICAS, DE SUPORTE EMOCIONAL E AMBIENTAIS

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

COMPORTAMENTAIS

Deve-se ensinar comportamentos que promovam o alívio da dor;



COGNITIVAS

Utilizam-se métodos mentais para se conseguir lidar com a dor, tais como o reforço positivo, a preparação, a imaginação guiada, o relaxamento muscular e exercícios respiratórios;

COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

Fazem usos de estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, modificando assim a perceção da dor e melhorando a capacidade de enfrentá-la, são exemplos a distração, tanto com brinquedos interativos, realidade virtual, distração auditiva e audiovisual;

FÍSICO OU PERIFÉRICOS

Diminuem a intensidade do estímulo doloroso, diminuindo a reação inflamatória e a tensão muscular (ex. aplicação de calor e/ou frio, toque terapêutico, massagem, posicionamento, estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS));



SUORTE EMOCIONAL

Necessita da presença de alguém que seja significativo que proporcione o conforto;



AMBIENTAIS

Melhora as condições ambientais, por exemplo luz, ruído, temperatura e decoração;

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques



RECÉM NASCIDOS E LACTENTES

Manter a presença dos pais, o embalo e as carícias, a sucção não nutritiva, a redução do ruído, as canções de embalar e a massagem terapêutica, sacarose;

TODDLERS E PRÉ-ESCOLAR

Contar histórias, utilizar brinquedos, ouvir música e implementar estratégias de relaxamento;

ESCOLAR

Técnicas de relaxamento, sugerir uma respiração lenta e profunda, realizar massagem, ouvir música ou ler;



ADOLESCENTES

técnicas de relaxamento, sugerir uma respiração lenta, ouvir música, ver fotos e permitir a utilização do telemóvel, escrever e desenhar;



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

REFERÊNCIAS

- Imagem da Escala de Avaliação da Dor Visual Analógica - <https://cafisio.com.br/wp-content/uploads/2020/03/escala-visual-de-dor.jpg>
Imagem da Escala de Avaliação de Dor Numérica - <https://www.researchgate.net/profile/Claudio-Cerdeira/publication/322016214/figure/figt1/AS:574580083642368@1514001975613/Figura-1-Escala-visual-numerica-EVN-utilizada-para-avaliacao-da-intensidade-da.png>
Imagem da Escala de Avaliação de Faces Revista - <https://dfzljdn9uc3pl.cloudfront.net/2013/37/1/fig-1-full.png>
Imagem da Escala de Avaliação da Dor de Faces Wong-Baker - <https://boneandspine.com/wp-content/uploads/2013/08/faces-pain-scale-revised.png>
Imagem da Escala de Avaliação da Dor Qualitativa - https://static.wixstatic.com/media/7c8300_8e00eaca53b34480acf9925e89d2c2a5-mv2.png/v1/fill/w_600,h_79,ai_c/7c8300_8e00eaca53b34480acf9925e89d2c2a5-mv2.png
Imagem da Escala de Avaliação da Dor Dolopus - <https://image.slidesharecdn.com/controlodornapessoaidosa-110324065723-phpapp02/95/controlo-dor-na-pessoa-idosa-12-728.jpg?cb=1300949877>
Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª Edição. Lusociência.
Oliveira, G., Albuquerque, M. E. (2022). Cuidados Paliativos Perineonatais: o essencial. Letras e Conceitos. Rei dos Livros;
Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lousã: Lidel;
Tamez, R.N. (2017). Enfermagem na UTI Neonatal – assistência ao recém-nascido de alto risco. 6ª edição. Guanabara Koogan;
Batalha, L.M.C. (2016). Avaliação da dor – Manual de estudo. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&code=fd5f4159798001777d637a7194e68c721a1609f9>
Castro, A.I.R. (2019). Cuidar sem Dor – Intervenções de Alívio e Controlo da Dor Aguda em Crianças dos 0 aos 6 anos. Relatório de Estágio. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29257/3/Relatorio_Mestrado_Enfemagem170531055.pdf
Direção Geral da Saúde. (2010a). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. 014/2010.
https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
Direção Geral de Saúde. (2010b). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. 015/2010. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010-pdf.aspx>
Ordem dos Enfermeiros. (2008). Guia Orientador de Boa Prática – Dor. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodordocrianca.pdf
Rocha, T. (2016). Tomar a Dor visível: Aplicação da escala de avaliação de Dor Dolopus 2. Relatório de Trabalho de Projeto. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17639/1/Tornar%20a%20Dor%20V%20C3%ADsivel%20c%20Aplicacao%20da%20escala%20Dolopus%202.pdf>
Vilela, B.M.F. (2020). Cuidados Paliativos Peri e Neonatais – a propósito de um caso clínico. Faculdade de Medicina de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/46528/1/BeatrizMVilela.pdf>

APÊNDICE IV – DECLARAÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CERTIFICADO

Declara-se que

Ana Beatriz Gouveia Marques

participou como Formador/a na Formação em Serviço
subordinada ao tema

"Escala de Avaliação da Dor - Pediátrica"

que se realizou em 20 / 06 / 2022,

com uma carga horária de 1 horas, e 30'

sendo a participação do formador, de 1 horas, e 30'.

H.G.O. Mod. 76/013

O SERVIÇO



Hospit

da

E.P.E.

da Criança

APÊNDICE V – ESTUDO CASO

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



ANA BEATRIZ MARQUES

ESTUDO CASO

6º Curso de Mestrado em Enfermagem

2º Semestre | 1º Ano

Unidade Curricular: Estágio I

DOCENTE ORIENTADORA:

Professora Maria Eduarda Correia

2022

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Ana Beatriz Guerreiro Marques
Nº 210531134

ESTUDO CASO

6º Curso de Mestrado em Enfermagem

2º Semestre | 1º Ano

Unidade Curricular: Estágio I

DOCENTE ORIENTADORA:

Professora Maria Eduarda Correia

Setúbal, 24 de junho de 2022

Siglas

APA – *American Psychological Association*

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ESS – Escola Superior de Saúde

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

PNV – Programa Nacional de Vacinação

UC – Unidade Curricular

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1. HISTÓRICA CLÍNICA	9
2. REVISÃO DA LITERATURA	10
2.1. MIELOMENINGOCELO	10
2.2. HIDROCEFALIA	11
3. AVALIAÇÃO INICIAL	12
3.1. SITUAÇÃO CLÍNICA	12
3.2. EXAME FÍSICO	12
3.3. CURVAS DE CRESCIMENTO	14
3.3.1. Peso	14
3.3.2. Comprimento	15
3.3.3. Perímetro Cefálico	15
3.4. ESCALA DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DE MARY SHERIDAN MODIFICADA	16
3.5. AVALIAÇÃO FAMILIAR	17
3.5.1. Genograma	18
3.5.2. Ecomapa	19
4. PLANO DE CUIDADOS	20
5. O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	29
CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	34

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de índole académica surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio I, inserida no 2º semestre do 1º ano do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, a decorrer na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) durante o ano letivo 2021/2022.

Segundo o perfil de competências do Enfermeiro Especialista (EE), este deve ter práticas contínuas de qualidade, gerir da melhor forma os cuidados prestados e desenvolver aprendizagens a nível profissional. Enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), este deve assistir a “(...) criança/ jovem com a família na maximização da sua saúde; (...)” e “(...) cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192).

Enquanto futura mestre em Enfermagem, é esperado que os conhecimentos sejam sustentados teoricamente, é uma parte integrante da base de desenvolvimentos no contexto de investigação, sendo necessário adaptar os conhecimentos a cada situação e ser capaz de lidar com questões mais complexas e desenvolver soluções para as mesmas (Diário da República, 2018).

O presente trabalho tem por objetivo primordial a realização de um estudo caso de uma criança e sua família, delineando a história clínica da criança escolhida, a caracterização da sua família, a construção de diagnósticos e intervenções de enfermagem, de acordo com as necessidades identificadas, priorizando-os, e, por último, uma reflexão sobre as competências desenvolvidas como Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Deve-se optar por uma metodologia reflexiva e com recurso a evidência científica, através da investigação.

O estudo caso define-se como uma abordagem metodológica que procura a compreensão, a exploração e a descrição de diversos acontecimentos complexos, dependente de vários fatores. Esta abordagem é utilizada aquando da confrontação com situações complexas, tendo por base os dados recolhidos e a análise dos mesmos (Galdeano et al, 2003).

Os estudos caso preveem a recolha de dados através de diversos meios, por exemplo a observação, entrevista e questionários, sendo que poderá ser realizada apenas a uma pessoa ou mais pessoas, aumentando, assim, a complexidade do estudo (Galdeano et al, 2003).

A realização de um estudo caso permite que o profissional que o realiza “(...)” observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e

experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações (...)” (Galdeano et al, 2003, p.373).

O presente estudo caso encontra-se dividido em 5 capítulos principais, abordando, o primeiro capítulo, a história clínica da criança e sua família, seguindo-se o segundo capítulo com a revisão da literatura relativa às patologias diagnosticadas. O terceiro capítulo trata a avaliação inicial da criança, incluindo a situação clínica, o exame físico e as curvas de crescimento, a escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada preenchida segundo a avaliação realizada em consulta e a avaliação familiar (genograma e ecomapa). No quarto capítulo encontra-se o plano de cuidados individualizado e personalizado para a criança e sua família, contemplando diagnósticos de enfermagem, respetivas intervenções, e os resultados esperados e os obtidos, associando em cada diagnóstico as competências de EESIP. O quinto, e último capítulo, reflete o papel do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

De salientar que a confidencialidade dos dados será assegurada em todo o trabalho escrito, encontrando-se todos os nomes e locais identificados apenas por letras.

Este documento encontra-se redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico e referenciado segundo a Norma American Psychological Association (APA), 7a edição.

1. HISTÓRICA CLÍNICA

O F. nasceu no dia 15/5/2021 às 00h03, com peso ao nascer de 3590gr, perímetro cefálico de 37,30cm e comprimento de 50 cm.

A mãe do F, com 25 anos, saudável, Gesta II, Para II, com gravidez vigiada nos cuidados de saúde primários, serologias negativas, imune à rubéola e não imune à toxoplasmose, com Strepto B desconhecido, ecografias fetais às 13 semanas, 25+1, 30+5 e 34 semanas sem alterações. No dia 14/4/2021 recorreu ao serviço de urgência obstétrica do hospital X e, na admissão, foi realizada uma ecografia fetal que demonstrou feto em posição pélvica com uma formação quística com cerca 11x90cm com 2 septos na região sagrada, não coberta por pele. Sistema Nervoso Central com dilatação ventricular laterais e cerebelo aparentemente em banana, sendo esta uma malformação fetal sugestiva de espinha bífida – mielomeningocele lombo-sagrado com alteração do sistema nervoso central.

O F. foi submetido a cirurgia no dia 16/5, tendo sido ventilado apenas por 24 horas, realizou antibioterapia profilática que suspendeu, posteriormente, por análises e hemocultura sem alterações. No dia 17/5 foi extubado e ficou em ar ambiente, sem complicações da ferida cirúrgica, privilegiando o decúbito ventral com trendlemburg até dia 4/6.

Ainda no internamento, foi referenciado para o Núcleo de Spina Bífida, no dia 11/6/2021, onde é seguido desde então.

Teve alta no dia 28 de vida, com um perímetro cefálico de 38,8cm, com alguma mobilidade dos membros inferiores a nível da anca e dos joelhos, sem reflexos plantares. Apresentava uma postura anómala dos membros inferiores, com extensão da coxa, limitação da abdução da anca bilateralmente e com limitação da rotação externa do pé direito.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. MIELOMENINGOCELO

O Mielomeningocelo consiste numa malformação embrionária, no primeiro trimestre da gravidez, do sistema nervoso central que acontece, normalmente, nas primeiras quatro semanas de gestação, sendo considerado um complexo defeito do encerramento do tubo neuronal, resultando numa abertura vertebral com exposição da medula espinhal. Desta exposição, resultam alterações funcionais em diferentes graus, dependendo do local onde se encontra. Está associado a graves consequências neurológicas (Collange, et al, 2008; Bizzi & Machado, 2012; Tamez, 2017).

Os defeitos de encerramento do tubo neuronal podem ser a nível craniano, resultando em malformações como anencefalia e encefalocele, ou a nível toracolombar, lombar e lombossacra, sendo aí as malformações conhecidas como espinha bífida, podendo esta ser dividida em dois tipos, oculta ou fechada, quando está coberta por pele ou aberta quando o tecido neuronal se encontra exposto sem cobertura de pele (Bizzi & Machado, 2012; Tamez, 2017).

Na espinha bífida fechada ocorrem alterações como meningocelo, lipomas lombossacros, seio dérmico, diastematomelia e mielocistocelo, enquanto na espinha bífida aberta, esta é caracterizada por mielomeningocelos (Bizzi & Machado, 2012).

Os problemas físicos associados ao mielomeningocelo incluem variados défices neurológicos, sensoriais e motores, com disfunção urogenital e intestinal e, ainda, malformações esqueléticas. Ainda de salientar complicações como a hidrocefalia com hipertensão intracraniana e dilatação ventricular progressiva (Collange, et al, 2008; Bizzi & Machado, 2012).

A causa do aparecimento do mielomeningocelo não está esclarecida, sendo provavelmente multifatorial, incluindo fatores genéticos e ambientais, défice de vitaminas e ácido fólico e consumo de álcool durante a gravidez. Também pode ser relacionado com outros fatores, tais como o baixo nível socioeconómico, a idade materna inferior a 19 anos e superior a 40, hipertermia no início da gravidez, diabetes e obesidade (Cipriano & Queiroz, 2008; Bizzi & Machado, 2012).

O tratamento depende da rapidez com que se procede à cirurgia e às condições cirúrgicas, sendo estes aspetos determinantes para uma boa evolução da doença. Defende-se que esta correção deve ser ainda realizada *in útero* se se encontrar entre as vertebrae T12 e L5, quando diagnosticada precocemente. A correção cirúrgica pode encerrar o saco, mas não reverte as complicações neurológicas já estabelecidas (Cipriano & Queiroz, 2008; Tamez, 2017).

2.2. HIDROCEFALIA

A hidrocefalia resulta na acumulação ou “(...) excesso de líquido cefalorraquidiano nos ventrículos ou nos espaços subaracnóides (...)”, que decorre do aumento da produção ou da diminuição da absorção do líquido, sendo uma consequência intrínseca ou extrínseca existindo o compromisso da circulação do líquido cerebral resultado num aumento dos ventrículos e hipertensão intracraniana (Tamez, 2017, p.227).

Clinicamente pode ser observado um aumento rápido do perímetro cefálico, uma fontanela anterior cheia ou tensa, uma distensão venosa do couro cabeludo, divergência ou afastamento de suturas cranianas, aumento da tensão das fontanelas, olhar em “sol poente”, ou desvio do olhar para baixo. Com a hipertensão intracraniana podem ocorrer vômitos, irritabilidade, letargia, apneias e bradicardias, existir um desenvolvimento neuro psicomotor retardado e convulsões.

O diagnóstico da hidrocefalia faz-se a partir de medida do perímetro cefálico, avaliação clínica, ecografia transfontanelar e ressonância magnética (Tamez, 2017).

Como tratamento, este, normalmente, é cirúrgico, sendo necessária uma colocação de um shunt ventrículo-peritoneal, permitindo assim a circulação do líquido. Dependendo da quantidade de líquido acumulado, também se pode proceder a sistemáticas punções lombares para se retirar o excesso deste, reduzindo assim, a sua acumulação e o valor do perímetro cefálico (Tamez, 2017).

3. AVALIAÇÃO INICIAL

A avaliação inicial permite decidir sobre o que é importante e prioritário de incluir na avaliação a ser realizada. Para a realização desta avaliação inicial existem várias fontes a recorrer: fonte primária, ou seja, a própria pessoa, e fontes secundárias, família e profissionais de saúde, por exemplo. Com base nos dados recolhidos na avaliação inicial é possível elaborar diagnósticos de enfermagem personalizados (Potter & Perry, 2006).

3.1. SITUAÇÃO CLÍNICA

O F. foi diagnosticado com mielomeningocele e hidrocefalia.

O F. periodicamente vem às consultas do Núcleo da Spina Bífida, acompanhado pelos pais, sendo seguido nas consultas de Enfermagem, Reabilitação Pediátrica, Neuropediatria, Terapia Ocupacional, Nefrologia Pediátrica, Neurocirurgia Pediátrica, Serviço Social e Educação Especial. No dia 18/5/2022, com 1 ano de idade, não apresentava zonas de pressão ou feridas nos membros inferiores, não tendo indicação de produtos de apoio à postura, e o esquema vacinal estava completo.

3.2. EXAME FÍSICO

O exame físico é realizado pelos enfermeiros e inclui técnicas básicas, tais como a inspeção, palpação, percussão e auscultação, sendo caracterizada por uma capacidade de identificar uma anomalia orgânica e identificar o grau e a natureza da mesma (Bretas et al, 2009).

O exame físico permite um levantamento de dados que possibilita enriquecer a informação recolhida, fundamentar, formular diagnósticos e implementar intervenções de enfermagem personalizadas (Bretas et al, 2009).

A sequência do exame físico é realizada de acordo com uma orientação céfalo-caudal. A extensão do exame está intimamente dependente do estado e respostas do utente. Por sua vez, o rigor da avaliação vai influenciar as futuras intervenções, bem como a avaliação das intervenções já implementadas (Potter & Perry, 2006).

Cabeça, Cabelo e Rosto	Fáceis simétrica. Couro cabeludo íntegro e ausente de lesões. Fontanela Normotensa. O F. apresenta uma macrocefalia, com uma medição do perímetro cefálico de 49,5cm;
Olhos	Simétricos, pupilas simétricas e reativas à luz;

Nariz	Simétrico, tamanho adequado;
Pavilhões auriculares	Simétricos, corretamente posicionados;
Cavidade Oral e Lábios	Mucosas rosadas e hidratadas. Sem alterações;
Pescoço	Sem lesões aparentes. Pele hidratada;
Membros Superiores	Sem alterações funcionais e estruturais. Simétricos, tamanho proporcional ao corpo. Mãos de dimensões normais e simétricas, proporcionais ao corpo. 5 dedos em cada mão. Boa mobilidade dos membros superiores;
Tórax	Simétrico relativamente à região mamária, sem lesões e ausência de tiragem. Mamilos simétricos e sem alterações;
Abdómen	Mole e depressível;
Região Genital, Anal	Sem alterações estruturais. Apresenta rubor perianal;
Membros Inferiores	Simétricos, tamanho proporcional ao corpo. pés de dimensões normais e simétricos, proporcionais ao corpo. 5 dedos em cada pé. Boa mobilidade dos membros inferiores. Apresenta lesões secundárias a fungos nos espaços interdigitais;
Sistema Tegumentar/ Integridade Cutânea	Rosado. Hidratado. Apresenta uma cicatriz na região lombo sagrada resultante da cirurgia de encerramento do mielomeningocelo, sem quaisquer sinais inflamatórios;
Sistema Gastrointestinal/ Eliminação	Tem dejeções espontâneas. Sem controle de esfíncteres, com perdas;
Sistema Geniturinário/ Eliminação	Urina espontaneamente. Sem controle de esfíncteres, com perdas;
Sistema Musculosquelético/ Exercício e Atividade	Sem alterações da atividade. Rabeja e utiliza o <i>standing frame</i> para se colocar em pé;
Respiração	Sem alterações do padrão respiratório. Respiração espontânea em ar ambiente;
Alimentação	Alimentação fornecida pelos pais. Leva alguns alimentos à boca. Bebe água sozinho do seu copo com "asas". Introdução alimentar de acordo com a idade;

Sono e Repouso

Dorme a noite toda na sua cama. Hábitos de sono regulares;

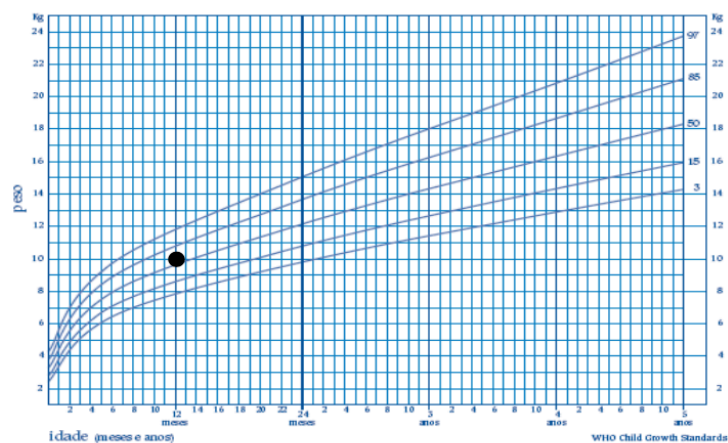
3.3. CURVAS DE CRESCIMENTO

As curvas de crescimento baseiam-se num instrumento para monitorizar o estado de nutrição e desenvolvimento de crianças e adolescentes (DGS, 2013).

São avaliados, nas curvas, o comprimento (0-5 anos e 5-19anos), o peso (0-5 anos e 5-19anos), o índice de massa corporal (0-5 anos e 5-19anos) e o perímetro cefálico (0-2anos) (DGS, 2013).

3.3.1. Peso

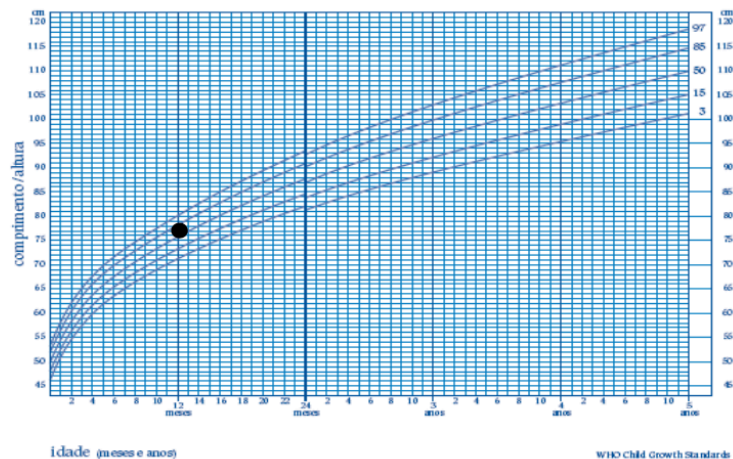
O F. tem 1 ano de idade e na avaliação do peso no dia da consulta pesava 10kg, correspondendo nas curvas de crescimento ao percentil 50-85.



(DGS, 2013, p.49).

3.3.2. Comprimento

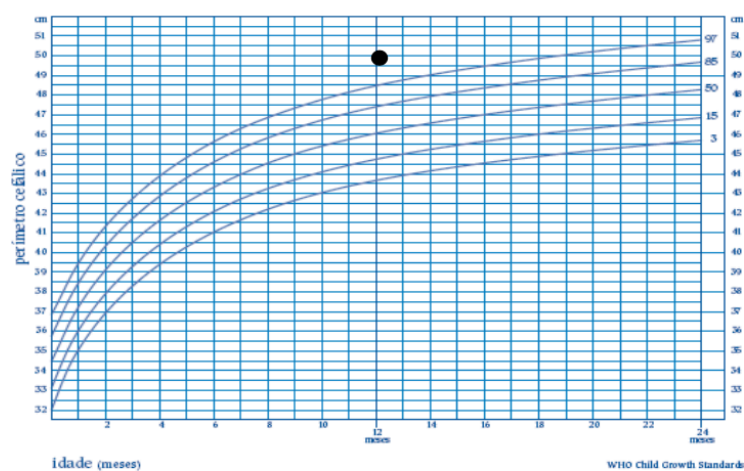
O F. tem 1 ano de idade e na avaliação do comprimento no dia da consulta media 75cm, correspondendo nas curvas de crescimento ao percentil 50-85.



(DGS, 2013, p.49).

3.3.3. Perímetro Cefálico

O F. tem 1 ano de idade e na avaliação do perímetro cefálico no dia da consulta apresentava como perímetro cefálico 49,5cm, correspondendo, nas curvas de crescimento, a um percentil superior a 97.



(DGS, 2013, p.52).

3.4. ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE MARY SHERIDAN MODIFICADA

O desenvolvimento psicomotor, é um processo dinâmico e contínuo, que conta com o constante aparecimento de diferentes funções, sendo variável e individual de criança para criança a passagem para cada estágio, bem como o aparecimento de novas aquisições. A identificação precoce de perturbações psicomotoras é necessário e essencial para adequar as intervenções (DGS, 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

De forma a avaliar o desenvolvimento, é necessário adequar a avaliação a cada idade, realizando um exame global de saúde apliquei a escala de Mary Sheridan Modificada aquando da realização da consulta de Enfermagem (DGS, 2013).

A escala de avaliação engloba um conjunto de testes que servem como padrão de referência para a avaliação. Estes testes abrangem as ideias-chave das modificações e aquisições, sendo necessário ter em conta as variações existentes na velocidade de obtenção de novas competências e o cumprimento das diferentes etapas de desenvolvimento (DGS, 2013).

Quadro 1. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada – 1 – 12 Meses

Nome	Data de nascimento	Processo n.º	4 – 6 Semanas	3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses
Postura e Motricidade Global (PMG)			☐ Decúbito ventral - levanta a cabeça. ☐ Decúbito dorsal - a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. ☐ Tração pelas mãos - a cabeça cai. ☐ Sentado - dorso em arco e mãos fechadas. ☐ Suspensão vertical - cabeça ereta membros semi-fletidos.	☐ Decúbito ventral - apoio nos antebraços. ☐ Decúbito dorsal - postura simétrica, membros com movimentos ritmados. ☐ Tração pelas mãos - cabeça ereta e coluna dorsal direita. ☐ De pé - flete os joelhos, não faz apoio.	☐ Decúbito ventral - apoia-se nas mãos. ☐ Decúbito dorsal - levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos. ☐ Tração pelas mãos - faz força para se sentar. ☐ Mantém-se sentado sem apoio. ☐ De pé faz apoio.	☐ Senta-se sozinho e fica sentado 10 a 15min. ☐ Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se.	☒ Passa de decúbito dorsal a sentado. ☒ Tem equilíbrio sentado. ☒ Gatinha. ☐ Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos.
Visão e Motricidade Fina (VMF)			☐ Segue uma bola pendente a 20-25cm em % de círculo (do lado até à linha média).	☐ Mãos abertas - junta-as na linha média e brinca com elas. ☐ Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. ☐ Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal. ☐ Convergência. ☐ Pestanejo de defesa.	☐ Tem preensão palmar. ☐ Leva os objetos à boca. ☐ Transfere objetos. ☐ Se o objeto cai esquece-o imediatamente. ☐ Boa convergência (estrabismo anormal).	☐ Tem preensão e manipulação. ☐ Leva tudo à boca. ☐ Aponta com o indicador. ☐ Faz pinça. ☐ Atira os objetos ao chão deliberadamente. ☐ Procura o objecto que caiu ao chão.	☒ Explora com energia os objectos e atira-os sistematicamente ao chão. ☒ Procura um objeto escondido. ☒ Interesse visual para perto e longe.

	4 – 6 Semanas	3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses
Audição e Linguagem	☐ Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15cm do ouvido.	☐ Atende e volta-se geralmente aos sons.	☐ Segue os sons a 45cm do ouvido. ☐ Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. ☐ Dá gargalhadas.	☐ Atenção rápida para os sons perto e longe. ☐ Localização de sons suaves a 90cm abaixo ou acima do nível do ouvido. ☐ Repete várias sílabas ou sons do adulto.	☒ Resposta rápida aos sons suaves mas habituando-se depressa. ☒ Dá pelo nome e volta-se. ☒ Jargon (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível). ☒ Compreende ordens simples "dá, cá e adeus".
Comportamento e Adaptação Social	☐ Fixa a face da mãe quando o alimenta. ☐ Sorriso presente às 6 semanas. ☐ Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.	☐ Sorri. ☐ Boa resposta social à aproximação de uma face familiar.	☐ Muito ativo, atento e curioso.	☐ Leva uma bolacha à boca. ☐ Mastiga. ☐ Distingue os familiares dos estranhos.	☒ Bebe pelo copo com ajuda. ☒ Segura a colher mas não usa. ☒ Colabora no vestir levantando os braços. ☒ Muito dependente do adulto. ☒ Demonstra afeto.

(DGS, 2013, p.62, 63)

Com a avaliação de desenvolvimento realizada com base na escala de Mary Sheridan, é possível compreender que o F., com 12 meses de idade, apresenta quase todas as competências que é suposto. É um menino com controlo cefálico e de tronco, alternando decúbitos espontaneamente, fazendo pinça grosseira e fina. Não gatinha, mas rabeja, deslocando-se arrastando a perna esquerda, posteriormente, sendo a direita a proporcionar o impulso. Utiliza o Standing Frame para se colocar de pé, não conseguindo, no entanto, segurar-se ao mesmo e impulsionar o movimento de se levantar nem o de tornar a sentar-se.

Procura objetos e explora-os com energia, mandando-os para o chão e procurando por eles quando escondidos. É muito atento ao que se encontra à sua volta. Reconhece o seu nome e dirige o olhar para quem o chama, faz jorgan, e compreende e responde a ordens simples.

O F. consegue segurar e beber por um copo, pega na colher, mas não a usa para se alimentar autonomamente, colabora no vestir e despir, continuando muito dependente dos pais.

Interage socialmente, batendo palmas e demonstrando afeto pelos que o rodeiam.

3.5. AVALIAÇÃO FAMILIAR

A família é definida como "(...) um conjunto de pessoas consideradas como unidade social, como um todo sistémico onde se estabelecem relações entre os seus membros e o meio exterior (...)" (Rodrigues, 2013, pág. 28).

A família está na base de todo o desenvolvimento pessoal e é onde se experienciam um conjunto de acontecimentos que são fundamentais para a formação da personalidade da pessoa (Rodrigues, 2013).

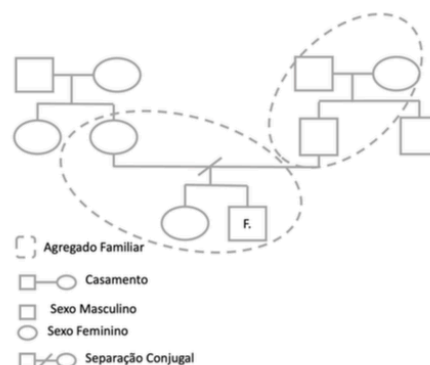
- **Modelo de Avaliação da Família de Calgary**
O Modelo de Avaliação da Família de Calgary refere que uma família faz parte de um suprasistema que é composto por vários subsistemas, sendo que a mesma possui a capacidade de se autorregular (Hanson, 2005).

3.5.1. Genograma

Para a representação de um genograma, os gêneros são indicados por figuras geométricas, tendo as pessoas conectadas através de linhas, o que representa as suas relações. No genograma, é relevante destacar a pessoa que ocupa o papel principal e sobre o qual é realizado o mesmo (Diana, 2014).

O F. vive com a mãe e com a sua irmã de 5 anos, saudável, filha do mesmo casal.

O pai tem 30 anos, tem o 3º ciclo de escolaridade, é mecânico, saudável. Coabita com os seus pais, sustentando monetariamente a namorada e os seus filhos, tendo a mãe uma licença de assistência ao filho com deficiência ou doença crónica.



Todos os familiares representados no genograma, avós e tios do F., encontram-se vivos, não existindo antecedentes familiares relevantes.

3.5.2. Ecomapa

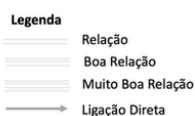
O Ecomapa tem como finalidade representar a presença ou ausência de recursos culturais, económicos, sociais e familiares. Dentro do círculo principal está o membro da família sobre o qual se realiza o estudo e, nos círculos externos, toda a rede social do mesmo (Diana, 2014).

Os tipos de ligações estabelecidas entre o círculo principal e os círculos externos são expressas por linhas que podem ser: contínuas, o que representa uma ligação forte; ou tortuosas, que representam relações conflituosas. São ainda estabelecidas ligações através de setas, que simbolizam os fluxos de energia (Diana, 2014).

O F. tem uma relação muito próxima com a mãe e o pai, sendo a mãe a sua cuidadora principal, e que coabita com o mesmo, existindo uma ligação direta entre eles. A sua irmã estabelece com ele uma ótima relação.

Relativamente aos restantes membros da família, todos eles são parte integrante da vida do F., fazendo parte das tomadas de decisão sobre o mesmo, tendo uma boa relação com todos eles.

Relativamente ao Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), existe uma boa relação com o F., sendo o Núcleo de Spina Bífida que estabelece uma ligação direta com o mesmo. As ligações mais fortes do F., relativamente ao CDC, são estabelecidas com a terapeuta ocupacional e com a enfermeira de referência, que para além de terem uma ligação direta com o seu seguimento, também têm uma relação muito boa com o F. e a sua família.



4. PLANO DE CUIDADOS

O plano de cuidados inclui os diagnósticos, os objetivos, os resultados esperados e as intervenções realizadas para cada caso específico. É considerado uma diretiva que serve de orientação para todos os elementos de uma equipa de enfermagem que prestam cuidados à pessoa. O plano de cuidados coordena os cuidados realizados, promovendo a sua continuidade e priorizando os cuidados de enfermagem (Potter & Perry, 2006).

Além dos diagnósticos, intervenções e resultados, apresento, também, neste capítulo, as competências demonstradas com a realização da consulta e com a realização do presente estudo caso.

Diagnóstico de Enfermagem Crescimento Normal	Fundamentação Segundo a CIPE "Crescimento" é definido como "Processo corporal: desenvolvimento físico normal e progressivo com alterações físicas distintas desde a infância até à idade adulta, em consequência do processo gradual e normal de desenvolvimento orgânico e maturação, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, tais como o período pré-natal, de recém-nascido, a 1ª infância, a idade pré-escolar, a idade escolar e a adolescência, com dois períodos de crescimento acelerado, sendo o primeiro nos primeiros 12 meses de vida e o segundo por volta da puberdade." (ICN, 2022), sendo o juízo "Normal" definido como "Estado de normalidade: de acordo com a norma; típico; padrão; o estado habitual ou esperado." (ICN, 2022). As curvas de crescimento são o instrumento para a correta monitorização do estado de nutrição e de crescimento da população pediátrica (DGS, 2013).
Resultados Esperados Crescimento em Nível Esperado	
Intervenções de enfermagem 1. Monitorizar peso corporal; 2. Monitorizar comprimento; 3. Monitorizar perímetro cefálico; 4. Vigiar percentis; (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) (DGS, 2013)	
Resultados 18/5/2022 - O F. na consulta da Spina Bífida, após avaliação dos parâmetros antropométricos, apresenta como peso 10kg, correspondendo ao percentil 50-85, media 75cm, correspondendo ao percentil 50-85, e apresentava como perímetro cefálico 49,5cm, o que corresponde nas curvas de desenvolvimento a um percentil superior a 97. Os percentis referentes ao peso e ao comprimento encontram-se no mesmo intervalo, o que demonstra uma evolução consistente dos parâmetros antropométricos. Relativamente	

ao perímetro cefálico, este encontra-se num percentil muito superior ao esperado, mas advém do diagnóstico médico de hidrocefalia.

Crescimento Comprometido

Competências EESIP

E1 – Assiste a criança/ jovem e família, na maximização da sua saúde

E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime de reinserção social da criança/ jovem.

E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.

E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.

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

E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.

E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.

E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.

E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.

E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

E3.3.2. Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.

(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193 - 19194)

Diagnóstico de Enfermagem Crescimento [Perímetro Cefálico] Comprometido	Fundamentação Segundo a CIPE “Crescimento” é descrito por Processo corporal: desenvolvimento físico normal e progressivo com alterações físicas distintas desde a infância até à idade adulta, em consequência do processo gradual e normal de desenvolvimento orgânico e maturação, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, tais como o período pré-natal, de recém-nascido, a 1ª infância, a idade pré-escolar, a idade escolar e a adolescência, com dois períodos de crescimento acelerado, sendo o primeiro nos primeiros 12 meses de vida e o segundo por volta da puberdade.” (ICN, 2022), sendo o juízo “Comprometido” definido como “(...)Juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz (...)” (ICN, 2022). Segundo o diagnóstico médico de Hidrocefalia pode ser observado um aumento rápido do perímetro cefálico. Este diagnóstico faz-se a partir da monitorização do perímetro cefálico, avaliação clínica, ecografia transfontanelar e ressonância magnética (Tamez, 2017).
Resultados Esperados Crescimento [Perímetro Cefálico] em Nível Esperado	
Intervenções de enfermagem 1. Monitorizar perímetro cefálico; 2. Vigiar percentil; 3. Monitorizar com maior frequência o perímetro cefálico; 4. Articulação com outros profissionais do Núcleo de Spina Bífida para monitorização com maior frequência do perímetro cefálico; 5. Articulação com outros profissionais do Núcleo de Spina Bífida para vigilância de sinais de alarme (hidrocefalia); 6. Vigiar sinais de alarme (hidrocefalia); (Hockenberry & Wilson, 2014) (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)	
Resultados 18/5/2022 - O F. na consulta da Spina Bífida, após avaliação dos parâmetros antropométricos, apresenta como perímetro cefálico 49,5cm, o que corresponde nas curvas de desenvolvimento a um percentil superior a 97. Na reunião de núcleo, no próprio dia, foi combinado entre todos os profissionais uma avaliação mais frequente do perímetro cefálico do F., em todos os momentos de contacto que existissem com o mesmo, para uma avaliação mais rigorosa e para corroborar a avaliação de cada profissional. Foi também decidido em reunião que se teria de ter em atenção aos possíveis sinais de alarme relativos à hidrocefalia, alertar os pais para os mesmos e instruir sobre a necessidade de recorrer à urgência. Foi ainda pedido à mãe para levar num próximo contacto, os valores dos perímetros cefálicos dos pais e da irmã do F. com 12 meses, para se conseguir uma comparação dos valores. Crescimento [Perímetro Cefálico] Comprometido	
Competências EESIP E1 – Assiste a criança/ jovem e família, na maximização da sua saúde E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime de reinserção social da criança/ jovem. E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.	

E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados.

E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.

E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.

E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.

E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.

E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.

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

E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.

E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas.

E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.

E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência

E2.4.2. Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem.

E2.4.3. Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.

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

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

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

E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário.

(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193 - 19194)

Diagnóstico de Enfermagem Desenvolvimento Infantil Comprometido	Fundamentação Segundo a CIPE “Desenvolvimento Infantil Comprometido” é descrito por “(...) Desenvolvimento Infantil (...)” (ICN, 2022), sendo o juízo definido como “(...) Juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz (...)” (ICN, 2022). O desenvolvimento psicomotor sendo um processo dinâmico e contínuo, conta com o constante aparecimento de diferentes funções, sendo variável e individual de criança para criança a passagem para cada estágio bem como o aparecimento de novas aquisições. A identificação precoce de perturbações psicomotoras é necessário e essencial para adequar as intervenções (DGS, 2013).
Resultados Esperados Desenvolvimento Infantil em Nível Esperado	
Intervenções de enfermagem 1. Avaliar o desenvolvimento infantil através da aplicação da escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada; 2. Observar existência de sinais de alarme; 3. Avaliar conhecimento da mãe/pai sobre o desenvolvimento infantil; 4. Ensinar a mãe/pai sobre desenvolvimento infantil; 5. Ensinar a mãe/pai sobre estratégias de promoção do desenvolvimento infantil; 6. Instruir a mãe/pai sobre estratégias de promoção do desenvolvimento infantil; (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) (Hockenberry & Wilson, 2014)	
Resultados	
18/5/2022 - O F. na consulta da Spina Bífida, e após avaliação segundo a aplicação da escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, verificou-se que o mesmo tinha adquirido tudo o que é expectável de demonstrar com 12 meses, com exceção da motricidade grossa no que diz respeito a levantar-se agarrado a algum apoio e a tornar-se a sentar. Não se considera como sinal de alarme, tendo ficado anotada indicação de verificar novamente este componente do desenvolvimento em próximas consultas. Foi dado reforço positivo aos pais pela estimulação dada ao F., e reforçada necessidade de continuidade da mesma daqui para a frente, principalmente no que diz respeito à deslocação.	
Desenvolvimento Infantil em Nível Esperado	
Competências EESIP E1 – Assiste a criança/ jovem e família, na maximização da sua saúde E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime de reinserção social da criança/ jovem. E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados. E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem	

E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.

E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.

E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.

E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.

E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

E3.3.2. Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.

(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193 - 19194)

Diagnóstico de Enfermagem Adesão ao regime de imunização Comprometido	Fundamentação Segundo a CIPE "Adesão ao regime de imunização" é descrito por "Adesão ao regime de imunização" (ICN, 2022), sendo o juízo definido como "(...) Juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz (...)" (ICN, 2022). O Programa Nacional de Vacinação (PNV) é universal, gratuito e acessível a todas as pessoas. Objetiva-se com o plano a proteção dos indivíduos e da população contra as doenças com potencial para serem consideradas como ameaças à saúde pública e individual (DGS, 2020). O esquema a ser cumprido tem por objetivo a proteção, na idade adequada e o mais precoce possível (DGS, 2020). A imunização confere à criança uma proteção imunológica, promovendo a sua integridade física e psicológica, contribuindo para um processo de desenvolvimento saudável (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).
Resultados Esperados Adesão ao regime de imunização Efetivo	
Intervenções de enfermagem 1. Avaliar adesão à vacinação; 2. Monitorizar cumprimento do esquema vacinal; 3. Ensinar sobre vacinação; (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) (DGS, 2020) (Hockenberry & Wilson, 2014)	
Resultados 18/5/2022 - O F. na consulta da Spina Bífida, após verificado o boletim de saúde infantil e questionado à mãe relativamente ao PNV, confirmou-se que tinha em falta as vacinas dos 12 meses. A mãe referiu que teria consulta marcada nos Cuidados de Saúde Primários na semana seguinte, sendo nessa ida que iria ser inoculado. Feito o reforço da importância da vacinação e do cumprimento do plano nacional de vacinação. Posteriormente à consulta, foi confirmado com a mãe o cumprimento das inoculações, que a mesma confirmou.	
Adesão ao regime de imunização Efetivo Competências EESIP E1 – Assiste a criança/ jovem e família, na maximização da sua saúde E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime de reinserção social da criança/ jovem. E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/ jovem e família com necessidades de cuidados. E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde. E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193 - 19194)	

Diagnóstico de Enfermagem Potencial para melhorar o Papel Parental	Fundamentação Segundo a CIPE "Papel Parental" é descrito por "(...)Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento óptimos de um filho dependente. (...) (ICN, 2022), sendo o juízo "Potencialidade" definido como "(...) Estado (...) (ICN, 2022). "(...) A parentalidade desenvolve-se ao longo do ciclo vital e vai mudando de acordo com as fases de crescimento e desenvolvimento da criança. (...) (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.16). Uma criança é diretamente influenciada pela sua unidade familiar, sendo reconhecido que a criança apenas funciona no seu máximo potencial quando inserido num relacionamento familiar estável (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Para se realizar uma avaliação da parentalidade deve-se conseguir identificar informações, validar capacidades, implementar processos de cuidados por parte dos pais, com o objetivo de facilitar a organização familiar e a adaptação aos processos de vida e doença que enfrentam (Ordem dos Enfermeiros, 2015).
Resultados Esperados Papel Parental Efetivo	
Intervenções de enfermagem 1. Avaliar a capacidade da mãe e/ou pai para tomar conta; 2. Avaliar papel parental; 3. Escutar a mãe e/ou pai sobre as suas expectativas; 4. Ensinar a mãe e/ou pai sobre higiene; 5. Ensinar a mãe e/ou pai sobre alimentação; 6. Ensinar a mãe e/ou pai sobre padrões de sono; 7. Ensinar a mãe e/ou pai sobre eliminação urinária; 8. Ensinar a mãe e/ou pai sobre eliminação intestinal; 9. Ensinar a mãe e /ou pai sobre eritema na região peri anal; 10. Ensinar sobre sinais e sintomas de alarme (hidrocefalia); (Ordem dos Enfermeiros, 2010a) (Hockenberry & Wilson, 2014) (DGS, 2013)	
Resultados 18/5/2022 - O F. na consulta da Spina Bífida, veio acompanhado pelos pais, vinha num carrinho, tendo sido posteriormente colocado ao colo. Com bom relacionamento com ambos os progenitores. Atento ao que o rodeava e brincava com os brinquedos fornecidos. Os pais foram questionados sobre possíveis dúvidas que tivessem. À observação, o F. apresentava nos espaços interdigitais dos pés sugestivas lesões fúngicas. Foram realizados e reforçados ensinamentos acerca da importância de uma correta limpeza e secagem dos mesmos bem como sobre a aplicação de um antifúngico ao nível dos pés. Relativamente ao rubor peri-anal, foi também reforçada a necessidade de colocação de uma pomada barreira, tendo sido devolvido pela mãe a colocação da mesma em todas as mudas da fralda. Relativamente à alimentação, foi confirmado com os pais que estará a cumprir a introdução alimentar	

de acordo com a sua idade e que dorme a noite toda na sua própria cama. Relativamente aos padrões intestinais, o F. não apresenta controlo de esfíncteres, sendo isto esperado tendo em conta a idade do mesmo, não havendo sinais de retenção ou obstipação. Relativamente ao diagnóstico de hidrocefalia, os pais foram novamente alertados para os sinais e sintomas de alarme e de recurso à urgência.

Potencial para melhorar o Papel Parental

Competências EESIP

E1 – Assiste a criança/ jovem e família, na maximização da sua saúde

E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime de reinserção social da criança/ jovem.

E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.

E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.

E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.

E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.

E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.

E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.

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

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

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

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

E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário.

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

E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.

E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.

E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.

E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

E3.3.2. Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.

(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193 - 19194)

5. O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

No que diz respeito à saúde infantil, os enfermeiros devem atuar na educação e no aconselhamento aos pais. É da sua competência "(...) avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de Enfermagem (...)" (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p. 69).

A promoção do desenvolvimento infantil faz-se com a ajuda à criança, em parceria com a sua família, nas circunstâncias de vida e no seu tempo, para que se desenvolva dentro dos padrões esperados para cada idade, tendo sempre como ideal o respeito pelo ritmo de cada criança, sendo o seu desenvolvimento multidimensional influenciado por fatores biológicos, psicológicos, ambientais, hereditários e sociais (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

Para que a promoção do desenvolvimento infantil seja assertiva é necessário que o enfermeiro utilize instrumentos de avaliação do desenvolvimento psicomotor, que sejam fiáveis, seguros e fáceis de utilizar e aplicar. As crianças devem ser submetidas a rastreios para identificação precoce de atrasos do ritmo ou incapacidades de desenvolvimento, podendo, desta forma, proceder-se a tratamentos rápidos e adequados para que se minimize as consequências para a criança e sua família, favorecendo, assim, a qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

A prestação de cuidados por parte do enfermeiro é centrada na pessoa que recorre aos cuidados de saúde, bem como da sua família/prestador de cuidados, devendo o enfermeiro agir com "(...) empatia, respeito, disponibilidade, confiança, carinho, conhecimento, conforto e familiaridade (...)" (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.78).

O papel do EESIP deve recair, durante a prática dos seus cuidados, com um nível de competência avançado, atender a princípios como a proximidade, a parceria, a capacitação, deve ter em conta os direitos humanos e da criança, deve ter uma abordagem holística, ética e sensível, promover a saúde, prevenir a doença, tratar e facilitar o processo de recuperação da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

Num contexto de uma doença crónica, esta abrange doenças não transmissíveis, doenças transmissíveis persistentes, perturbações mentais a longo prazo e incapacidades físicas/estruturais continuadas. Nestes casos, os enfermeiros, seja qual for a sua etiologia, devem compreender a dimensão do problema e o desafio que é. Devem garantir que a sua atuação se baseia na promoção da saúde, na prevenção da doença e na prestação de cuidados/tratamento apropriados e em tempo útil (Ordem dos Enfermeiros 2010b).

Quando a doença crónica está ligada à idade pediátrica, esta é definida como “(...) uma condição física ou mental com uma influência limitativa nas atividades diárias da criança/adolescente por um intervalo de tempo igual ou superior a três meses, que leva a hospitalizações frequentes, cuidados domiciliários e/ou cuidados médicos específicos (...)” (Teixeira, 2021, p.19). As doenças crónicas são caracterizadas por uma duração prolongada, uma incapacidade de resolução espontânea e o facto de não ser possível atingir uma cura total (Teixeira, 2021).

Deve-se intervir e compreender o impacto que a doença crónica tem na vida da criança tendo por base a etapa de desenvolvimento em que se encontra, sendo por isso importante compreender as características de cada etapa de desenvolvimento para se conseguir relacionar com os potenciais efeitos ou incapacidades progressivas da doença crónica (Teixeira, 2021).

O primeiro ano de vida de uma criança com doença crónica ou incapacidade consequente da doença poderá comprometer a criança no ambiente familiar e influenciar de forma negativa o desenvolvimento, como por exemplo, a mobilidade, o sono, a alimentação e as funções sensoriais (Teixeira, 2021).

Quanto à família/prestador de cuidados da criança com doença crónica, também esta apresenta necessidades especiais que estão intimamente relacionadas com a gestão do problema e a reorganização familiar, a nível estrutural e funcional. O diagnóstico de uma doença crónica determina, não só a vida da criança, mas também da sua família. Quando a prestação de cuidados recai sobre uma criança em risco de um desenvolvimento atípico, este potencia um stress a nível parental, sendo necessária uma adaptação e organização familiar diferente, com necessidade de integração dos cuidados específicos àquela criança nas dinâmicas diárias e desencadeando respostas psicológicas e afetivas no bem estar e na qualidade de vida de todo o núcleo familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2010a; Teixeira, 2021).

“(...) O foco da intervenção na doença crónica centra-se na criança/adolescente doente, mais concretamente na gestão dos sintomas e na prevenção de complicações a vários níveis. (...)” (Teixeira, 2021, p.33). Além do cuidado à criança é necessário intervir, também, a nível familiar de forma a integrar a doença crónica, sendo um impacto efetivo na saúde da criança e da família. O recorrer frequentemente aos serviços de saúde por parte das crianças e famílias, seja em consultas, tratamentos ou hospitalizações, permite aos profissionais de saúde terem oportunidades de identificação de necessidades e intervir nas mesmas (Teixeira, 2021).

O enfermeiro, em contexto de doença crónica, deve ser capaz de avaliar a estrutura familiar, o seu desenvolvimento e funcionamento, reconhecendo fatores que influenciem o processo de integração da doença, como as perceções, os significados e as crenças (Teixeira, 2021).

Os cuidados centrados na família pressupõem que as famílias e os profissionais de saúde sejam parceiros na prestação de cuidados à criança. Este modelo assenta em valores como "(...) parceria, dignidade e respeito, com partilha de informação e colaboração com pacientes e famílias (...)" (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020, p. 29).

Assim sendo, os profissionais de saúde devem ter como base dos seus cuidados o respeito, a colaboração e apoio, e demonstrar habilidades de comunicação e negociação (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

O conceito de cuidados centrados na família tem por crenças "(...) – a família tem uma grande influência sobre a saúde e bem-estar da criança; - a criança e a sua família necessitam de ser respeitadas na sua singularidade; - a parceria entre a equipa dos profissionais de saúde e a família/ criança é uma condição fundamental. (...)" (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020, p. 29).

É fundamental, para implementar os cuidados centrados na família, formar profissionais, dotando-os de competências avançadas de forma a poderem intervir na família, fortalecendo as suas crenças e as suas competências relacionais (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

CONCLUSÃO

Com a realização do Estágio I, num contexto de consulta de desenvolvimento, foi-me permitido ter uma nova visão sobre os cuidados de enfermagem a serem prestados em regime de ambulatório, bem como compreender as diversas atuações do EESIP de acordo com as especificidades de cada criança e família. Deste modo, consegui compreender, ainda melhor, a singularidade de cada criança que, mesmo com o mesmo diagnóstico, apresentam comorbilidades completamente distintas, e que a estimulação e aceitação, por parte dos pais/prestadores de cuidados, da doença crónica beneficia em grande escala o desenvolvimento de cada criança.

A realização do presente estudo caso e do estágio I pressupôs a aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de capacidades/habilidades e demonstração de competências, apresentando como objetivo a junção entre a teoria e a prática. É ou foi necessário preparar a consulta, ouvir as preocupações dos pais, estabelecer objetivos e prioridades, refletir, adequar as intervenções e avaliar os resultados obtidos.

O EESIP deve ser detentor de conhecimentos teóricos e práticos, mobilizando esses conhecimentos nos momentos certos na sua atuação, promovendo a saúde, prevenindo a doença e agindo precocemente quando detetado um sinal de alarme (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Conseguir perceber quando é o momento certo para introduzir novos assuntos da doença crónica, tem de ter em conta a disponibilidade e a preparação das diferentes famílias. Além disso, consegui compreender que a gestão de expectativas deve ser realizada em cada momento crucial do desenvolvimento, festejando as pequenas vitórias no momento das vitórias e deixando a necessidade de chamada para a realidade nos momentos em que é implícito a falta de desenvolvimento de alguma competência numa certa idade.

Com a realização do presente estudo caso considero ter atingido os objetivos inicialmente traçados, tendo conseguido escolher uma criança e uma família, realizando um estudo caso sobre os mesmos, conseguindo refletir sobre as competências demonstradas no momento da consulta e na realização do presente trabalho.

Considero como aspetos dificultadores para a realização do presente estudo caso, a gestão de tempo, entre as horas necessárias de contacto em contexto clínico, o horário laboral e ainda a necessidade de mais tempo para realizar um estudo caso completo, abordando todos os pontos que a mim me parecem fundamentais.

Como aspetos facilitadores, o recurso da história clínica em Sclínico, o acompanhamento prolongado da criança e família por parte da enfermeira orientadora e ainda a presença semanal

do F. e família ao centro de desenvolvimento, o que permitiu o esclarecimento de dúvidas que existissem.

A realização do presente estudo caso permitiu-me entender a importância de um EESIP nos diversos contextos de saúde, tendo sempre por base a necessidade de um planeamento de cuidados, mantendo sempre a flexibilidade para uma alteração nesse planeamento, para responder às necessidades expressas pelas famílias, existindo, em contexto de doença crónica, outros momentos propícios para abordar todos os tópicos inicialmente planeados.

REFERÊNCIAS

IMAGEM DE CAPA

Imagem de Capa: https://www.ipbeja.pt/cursos/Mestrados/ess-m_enfermagem/PublishingImages/imagem_Mestrado_Enfermagem.png;

BIBLIOGRÁFICAS

Bretas, J. R. S., Quirino, M. D., Silva, C. V., Sabatés, A. L., Ribeiro, C. A., Borba, R. I. H., Almeida, F. A., Saporoli, E. C. L. (2009). *Manual de Exame Físico para a Prática da Enfermagem em Pediatria*. São Paulo: Iátria.

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teoria, Prática e Investigação*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.

Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). *Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª Edição. Lusociência;

Potter, P.A., & Perry, A.G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos*. Loures: Lusociência.

Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lousã: Lidel;

Tamez, R.N. (2017). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 6ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

ELETRÓNICAS

Bizzi, J.W.J. & Machado, A. (2012). *Mielomeningocele: conceitos básicos e avanços recentes*. *Jornal Brasileiro de Neurocirurgia*. Volume 23. Número 2. Página 138-151. <https://jbnc.emnuvens.com.br/jbnc/article/view/1161/1045>;

Cipriano, M.A.B. & Queiroz, M.V.O. (2008). *Cuidado com a criança portadora de mielomeningocele: vicência da família*. *Ver Rene*, Fortaleza. Volume 9. Número 4. Página 72-81. https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/13512/1/2008_art_mabcipriano.pdf;

- Collange, L.A., Franco, R.C., Esteves, R.N., Zanon-Collange, N. (2008). *Desempenho funcional de crianças com mielomeningocele*. Fisioterapia e Pesquisa. Volume 15. Número 1. Páginas 58-63. <https://www.scielo.br/jfp/a/v4QtQSkLJFZDrcHmfWwLYph/?format=pdf&lang=pt>;
- Decreto-Lei no65/2018. (2018). *Diário da República: 1a série, no157*. <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>;
- Diana, P. M. C., (2014). *Uso do Genograma e Ecomapa como Instrumentos de Abordagem Familiar: Relato de Experiências em Cidade da Região Metropolitana de Belo Horizonte*. Universidade Federal de Minas Geras. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4592.pdf>;
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>;
- Direção Geral de Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>;
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A. & Zago, M. M. F. (2003). *Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 11 (3), 371-375. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548>;
- International Council of Nurses [ICN]. (2022). Browser CIPE. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série 1. Número 3. Volume 1. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf;

- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Conselho Internacional de Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série 1. Número 8. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República. No133. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República. No6. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>;
- Rodrigues, L. M. de O., (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro. Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Escola Superior de Saúde de Coimbra Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=270%2078&code=74%203>;
- Teixeira, V.M.M. (2021). *Integração da Doença Crónica Pediátrica na Vida Familiar: Estudo Preliminar da Versão Portuguesa do Instrumento “Family Adaptation to Chronic Illness Questionnaire”*. Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39346/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Vera%20Teixeira.pdf;

APÊNDICE VI – APRESENTAÇÃO “BRINQUEDO TERAPÊUTICO”

BRINQUEDO TERAPÊUTICO

6º Mestrado em Enfermagem em Associação
Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques



ÍNDICE

- 1 Brincar
- 2 Brinquedo Terapêutico
- 3 Tipos de Brinquedos Terapêuticos
- 4 Vantagens dos Brinquedos Terapêuticos

BRINCAR

Quando uma criança brinca, consegue distanciar-se da vida quotidiana e envolve-se num mundo mágico e fantástico.

É por meio de muitas atividades lúdicas que uma criança tem oportunidade de raciocinar, descobrir, persistir e perseverar.

Brincar permite o aprender e é fundamental na sua formação em todas as fases de desenvolvimento.

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

BRINQUEDO TERAPÊUTICO

Brinquedo estruturado que permite que a criança alivie a ansiedade que é gerada pelas experiências atípicas à sua idade.

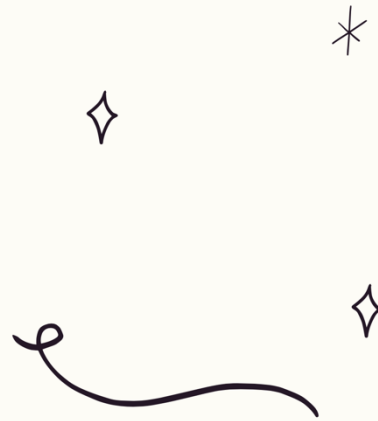
O brinquedo terapêutico deve ser utilizado sempre que a criança tenha dificuldade em compreender ou lidar com uma experiência difícil.

Ferramenta fundamental aos profissionais de saúde pois permite preparar as crianças para procedimentos invasivos e/ou dolorosos e proporcionar uma aceitação e cooperação facilitada.

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

TIPO DE BRINQUEDOS TERAPÊUTICOS



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

★ DRÁMATICO

INSTRUCIONAL ♡

✧ CAPACITADOR DE FUNÇÕES FISIOLÓGICAS

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

DRAMÁTICO

- Permite exteriorizar as experiências que tem dificuldade de verbalizar, aliviando a sua tensão e expressando os sentimentos, necessidades e medos da criança;



Indicação

Crianças acima dos 24 meses;

Ambiente

Ambulatório;

Materiais

Figuras representativas da família e profissionais de saúde, figuras de animais domésticos, pintura e material de desenho;



Observações

Utilizar material diversificado para permitir que a criança expresse livremente sentimentos e situações, em que a família pode participar se a criança o quiser;

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

INSTRUCIONAL

- Indicado para informar e preparar a criança para procedimentos terapêuticos ao qual irá ser submetido, envolvendo-o assim, facilitando a sua compreensão e cooperação;



Indicação

Crianças acima dos 2 anos;

Materiais

Bonecos de borracha ou pano, material referente ao procedimento que será realizado;



Observações

Em lactentes e crianças em idade pré-escolar a preparação deve ser realizada imediatamente antes do procedimento;

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

CAPACITADOR DE FUNÇÕES FISIOLÓGICAS

- Permite capacitar a criança para o seu autocuidado, de acordo com o seu desenvolvimento, condições físicas e preparar a aceitação de uma nova condição de vida;

Indicação

Crianças e adolescentes;

Materiais

Bonecos de borracha ou pano com tinta lavável, materiais referentes ao exercício que deve ser realizado com a criança;

Observações

Em lactentes e crianças em idade pré-escolar a preparação deve ser realizada imediatamente antes do procedimento;

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

VANTAGENS DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO



Enfermeiro

- Estabelece vínculo entre família-profissional e criança-profissional;
- Sentimentos de gratidão e satisfação por conseguir quebrar as barreiras com a criança;
- Possibilita melhorias no atendimento à criança;



Criança

- Possibilita descarga emocional;
- Aumenta a aceitação da criança no procedimento;
- Diminui a sensação de medo;



Família

- Diminui o medo perante os procedimentos invasivos;
- Aumenta a confiança no profissional de saúde;
- Estabelece vínculo de confiança;



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

REFERÊNCIAS

- <https://www.ipolisboa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/02/Logo-IPO-1024x650.jpg>;
Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lousã: Lidel;
Jansen, M. F., Santos, R.M., Favero, L. (2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado a criança hospitalizada. Revista Gaúcha de Enfermagem. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000200007> ;
Gomes, C.L., Pinheiro, M.F. (2013). A importância do Brinquedo Terapêutico no Cuidar da Criança Hospitalizada. <http://www.portaldocohecimento.gov.br/bitstream/10961/2576/1/Gomes%20e%20Pinheiro%202013.%20A%20import%C3%A2ncia%20do%20brinquedo%20terap%C3%AAutico.pdf> ;
Sossela, C.R., Sager, F. (2017). A criança e o brinquedo no contexto hospitalar. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v20n1/v20n1a03.pdf>;
Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª Edição. Lusociência;

APÊNDICE VII – O BRINQUEDO TERAPÊTICO





APÊNDICE VIII – APRESENTAÇÃO “INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DA DOR - LUMINOSIDADE”

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DA DOR - LUMINOSIDADE

6º Mestrado em Enfermagem em Associação
Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

Ana Beatriz Marques



ÍNDICE

1

Dor

2

Intervenções
Não
Farmacológicas

3

Luminosidade

1 DOR

"(...) experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial (...)"

Experiência individual, subjetiva e multidimensional

Depende de fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais

A experiência da dor na população pediátrica é influenciada pela idade, nível de desenvolvimento, causa da dor, natureza da dor, capacidade para a criança se expressar

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

MANIFESTAÇÕES DA DOR EM IDADE PEDIÁTRICA

Recém Nascidos e lactentes

Dor intensa; Proteção da área dolorosa; Movimentos corporais generalizados; Expressões faciais; Irritabilidade; Inquietação;

Toddlers

Compreendem a dor; Criam memórias da dor; Choro intenso; Gritos; Não caracterizam a dor; Protegem a área dolorosa;

Pré-Escolar

Exprimem a dor; Identificam o local e a intensidade; Receiam as lesões corporais; Resistem fisicamente; Pedem apoio emocional; Tentam fugir; Não cooperam;

Escolar

Compreendem a dor e a necessidade da mesma na realização de alguns tratamentos; Localizam e Quantificam a dor; Descrevem as suas características; Rigidez muscular/corporal; Olhos fechados; Dentes cerrados; Tentam adiar o procedimento; Reagem com agressividade física e verbal;

Adolescentes

Compreendem as causas da dor; Apresentam tensão muscular; Tentam comportar-se como adultos; Adquirem estratégias de coping;

Crianças com Défice cognitivo e comunicação

Gemido; Padrões inconsistentes de brincadeira e de sono; Mudanças na expressão facial;

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

TRATAMENTO DA DOR

- Depende da idade e do desenvolvimento cognitivo da criança;
- Negociar a presença de uma pessoa significativa à criança;
 - Facilitar a segurança e a proteção por parte dos pais;
 - Permitir que os pais colaborem nas intervenções;
- Assegurar que a intervenção seja realizada pelo enfermeiro de referência da família;
 - Dar informação à criança de uma forma simples e clara;
 - Ser honesto;
- Permitir e ajudar a criança a fazer questões e a exprimir os sentimentos;
- Não dar falsas expectativas em relação ao procedimento doloroso;
 - Ajudar a criança a participar no controlo da própria dor;
 - Atribuir à criança controlo sobre o tratamento;
 - Dar feedback positivo;
 - Ficar perto da criança depois do procedimento doloroso;
- Planear os cuidados para incomodar o menor número de vezes possível;
 - Agrupar os procedimentos;

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

2

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS



A aplicação de estratégias não farmacológicas depende dos recursos que cada serviço e contexto dispõe, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências, das habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de coping, do tipo de dor, contexto e características da dor;



Como tratamento da dor e como medidas não farmacológicas, podemos aplicar medidas comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, de suporte emocional e ambientais

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Comportamentais

Deve-se ensinar comportamentos que promovam o alívio da dor;



Cognitivas



Utilizam-se métodos mentais para se conseguir lidar com a dor, tais como o reforço positivo, a preparação, a imaginação guiada, o relaxamento muscular e exercícios respiratórios;

Cognitivo-Comportamentais

Fazem usos de estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, modificando assim a percepção da dor e melhorando a capacidade de enfrentá-la, são exemplos a distração, tanto com brinquedos interativos, realidade virtual, distração auditiva e audiovisual;



Físico ou Periféricos



Diminuem a intensidade do estímulo doloroso, diminuindo a reação inflamatória e a tensão muscular (ex. aplicação de calor e/ou frio, toque terapêutico, massagem, posicionamento, estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS));

Suporte Emocional

Necessita da presença de alguém que seja significativo que proporcione o conforto;



Ambientais



Melhora as condições ambientais, por exemplo luz, ruído, temperatura e decoração;

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques



Recém Nascidos e lactentes

Manter a presença dos pais, o embalo e as carícias, a sucção não nutritiva, a redução do ruído e luz, as canções de embalar e a massagem terapêutica, sacarose;



Toddlers e pré-escolar

Contar histórias, utilizar brinquedos, ouvir música e implementar estratégias de relaxamento;

Escolar



Técnicas de relaxamento, sugerir uma respiração lenta e profunda, realizar massagem, ouvir música ou ler;



Adolescentes

técnicas de relaxamento, sugerir uma respiração lenta, ouvir música, ver fotos e permitir a utilização do telemóvel, escrever e desenhar;

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques



Para Kolcaba o conforto é o resultado holístico, desejável e natural dos cuidados e advém da satisfação das necessidades básicas decorrentes das intervenções de Enfermagem, que originam estados de alívio, tranquilidade e transcendência nas pessoas.

3

LUMINOSIDADE



A teoria é composta por 4 contextos de realização:

- Físico
- Psicoespiritual
- Sociocultural
- Ambiental – suporte externo da experiência humana (temperatura, luz, som, ruídos, etc)

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques



Não é consensual a ótima intensidade da luz para o recém-nascido gravemente doente.



Preconiza-se que não se deve **exceder** os 10-600 lux no período diurno (conforme o RN esteja acordado ou a dormir) e os 5 lux durante a noite.



Os estímulos intensos, como luzes brilhantes diretas e repentinas são fatores de stress para o RN.



O ambiente luminoso deve ser adequado ao RN, bem como às práticas de cuidados, recomendando-se a proteção ocular quando necessária a utilização de luz intensa direta.

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

LUMINOSIDADE



O ambiente é um dos fatores que mais influencia a humanização dos cuidados.



É caracterizado por dois aspetos: infraestruturas e ambiente envolvente.



Sendo o aspeto das infra-estruturas algo difícil de alterar pela equipa de Enfermagem, o ambiente envolvente é algo que depende diretamente da prestação de cuidados.



A redução da luminosidade pode ser realizada através da regulação da intensidade da luz sobre a criança e apagar as luzes quando os cuidados estão terminados.



A colocação de uma compressa nos olhos, o cobrir o rosto e o lateralizar o rosto do recém-nascido são exemplos de intervenções para redução da luminosidade, do stress e da dor durante procedimentos de Enfermagem.

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Deve-se ter especial atenção aos estímulos ambientais nos momentos prévios a procedimentos dolorosos.



Observa-se que durante os procedimentos, as luzes são acesas e ao mesmo tempo os recém-nascidos são manipulados e retirados do seu estado de conforto, potenciando a estimulação dolorosa.



A diminuição e o controlo dos estímulos ambientais (controlo da luz).

É fundamental para a minimização do stress do recém-nascido, uma vez que proporciona o conforto, o repouso e o sono.

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Referências Bibliográficas

- <https://efcis.pt/wp-content/uploads/2020/12/000000009866.png>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Guia Orientador de Boa Prática – Dor. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontroladorcrianca.pdf;
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª Edição. Lusociência.
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lousã: Lidel;
- Castro, A.I.R. (2019). Cuidar sem Dor – Intervenções de Alívio e Controlo da Dor Aguda em Crianças dos 0 aos 6 anos. Relatório de Estágio. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29257/3/Relatorio_Mestrado_Enfermagem170531055.pdf;
- Direção Geral da Saúde. (2010a). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. 014/2010. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf;
- Direção Geral da Saúde. (2010b). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. 015/2010. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010-pdf.aspx>;
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. The Journal of Nursing Scholarship, 23(4), 237–240. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>
- Kolcaba, K. (2003). Comfort Theory and Practice – a vision for holistic health care and research. Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. Pediatric Nursing, 31(3), 187–194.
- Kolcaba, K., & Fisher, E. M. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. Critical Care Nursing Quarterly, 18(4), 66–76. <https://doi.org/10.1097/00002727-199602000-00009>.
- Bosco, E. B. D., Barancelli, M. D. C., Gobatto, M. & Shimdt, C. L. Humanização hospitalar na pediatria: projeto “enfermeiros da alegria”, 2019. Revista de Enfermagem UFPE, 13, 4, 1173–1178. doi:10.5205/1981-8963-v13i04a238189p1173-1178-2018
- Costa, J. V. S., Sanfelice, C. F. O & Carmona, E. V.. Humanização da assistência neonatal na ótica dos profissionais da enfermagem. 2019. Journal of Nursing UFPE on line, 13, 1–9. Retirado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/242642/33479>
- Fialho, F. A., Dias, I. M. A. V., Santos, R. S., Silva, L. R. & Salvador, M. Humanização permeando o cuidado de enfermagem neonatal. 2016. Revista de Enfermagem UFPE on line, 10, 7, 2412–2419. doi: 10.5205/revol.9106-80230-1- SMI007201615
- Roseiro, C. P. & Paula, K. M. P. Concepções de humanização de profissionais em unidades de terapia intensiva neonatal. 2015. Estudos de Psicologia, 32, 1, 109–119. doi:10.1590/0103-166X2015000100010
- Ferreira, J. H. P., Amaral, J. J. F. & Lopes, M. M. C. O. Equipe de enfermagem e promoção do cuidado humanizado em unidade neonatal. 2016. Revista Rene, 17, 6, 741– 749. DOI:10.15253/2175-6783.2016000600003
- Ferreira, J. H. P. Percepção da equipa de enfermagem sobre o cuidado humanizado em unidade de terapia neonatal. 2016. Universidade federal do ceará – curso de mestrado académico em saúde pública. http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15790/1/2016_dis_jhpferreira.pdf
- Coughlin, M. (2014). Transformative nursing in the NICU: Trauma-informed age-appropriate care. New York, United States of America: Springer Publishing Company.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP] (2008). Consenso clínico “Luz na unidade de cuidados intensivos neonatais”. Viseu, Portugal: Sociedade Portuguesa de Neonatologia.

APÊNDICE IX – AS PROTEÇÕES DA LUMINOSIDADE



APÊNDICE X – APRESENTAÇÃO “CONTROLO DO RUÍDO NA UCIN E PROMOÇÃO DO CONFORTO E ALÍVIO DA DOR”

Mestrado em Enfermagem em Associação	
Controlo do Ruído na UCIN e promoção do conforto e alívio da Dor 6º Mestrado em Enfermagem em Associação Área de Especialidade: Saúde Infantil e Pediátrica Ana Beatriz Marques	
Índice	1 Dor
	2 Intervenções Não Farmacológicas da Dor
	3 Ruído
	4 Referências Bibliográficas
6º Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Ana Beatriz Marques	

Dor

"(...) experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial (...)"

- ♥ Experiência individual, subjetiva e multidimensional
- ♥ Depende de fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais
- ♥ A experiência da dor na população pediátrica é influenciada pela idade, nível de desenvolvimento, causa da dor, natureza da dor, capacidade para a criança se expressar

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Manifestações da Dor em Recém-Nascidos e Lactentes

Dor intensa; Proteção da área dolorosa;
Movimentos corporais generalizados;
Expressões faciais; Irritabilidade;
Inquietação; Alteração dos Sinais Vitais;



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Intervenções Não - Farmacológicas



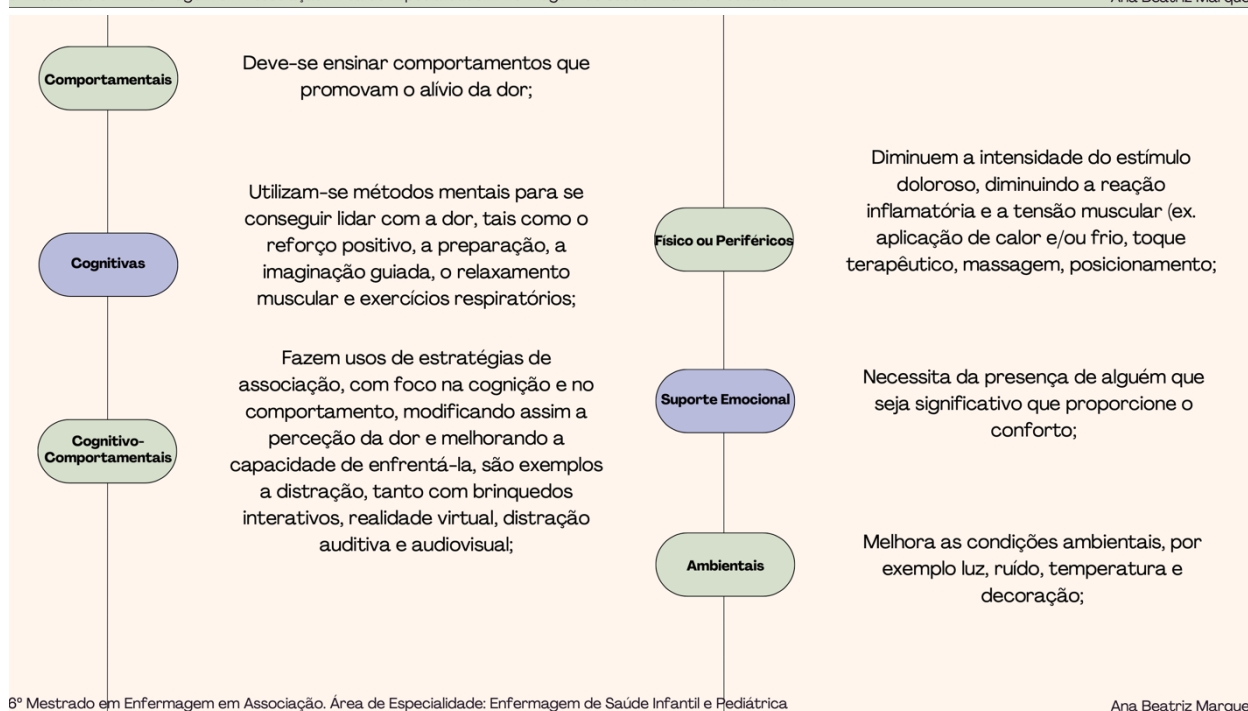
A aplicação de estratégias não farmacológicas depende dos recursos que cada serviço e contexto dispõe, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências, das habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de coping, do tipo de dor, contexto e características da dor



Como tratamento da dor e como medidas não farmacológicas, podemos aplicar medidas comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, de suporte emocional e ambientais

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques



Recém-Nascidos e Lactentes

Manter a presença dos pais, o embalo e as carícias, a sucção não nutritiva, a redução do ruído e luz, as canções de embalar e a massagem terapêutica, sacarose;

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Ruído



Para Kolcaba o conforto é o resultado holístico, desejável e natural dos cuidados e advém da satisfação das necessidades básicas decorrentes das intervenções de Enfermagem, que originam estados de alívio, tranquilidade e transcendência nas pessoas.



A teoria é composta por 4 contextos de realização

- Físico
- Psicoespiritual
- Sociocultural
- **Ambiental** - suporte externo da experiência humana (temperatura, luz, som, ruídos, etc)

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

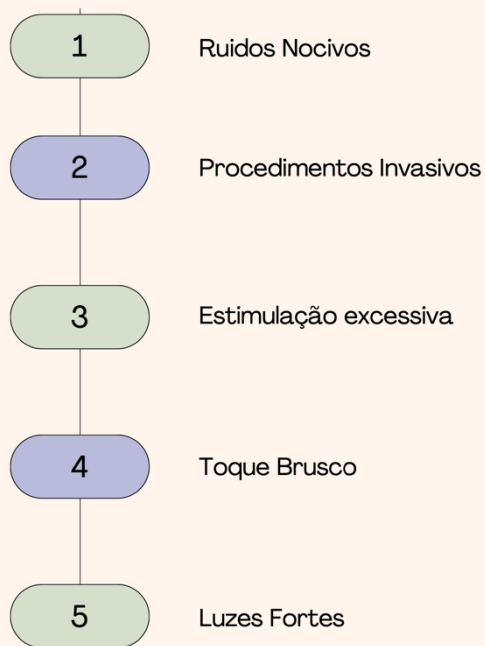
Sistema Auditivo



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Ambiente da UCIN



6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Ruido Nocivo

♥ 132 a 234 interrupções de sono em 24h, com períodos de descanso consecutivos de 4,6 a 9,2 minutos.

★ Necessidade de diminuir o ruído para mitigar a sua influência negativa no internamento do RN.

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

RUÍDO

RUÍDO
<45dB



RUÍDO
<35dB

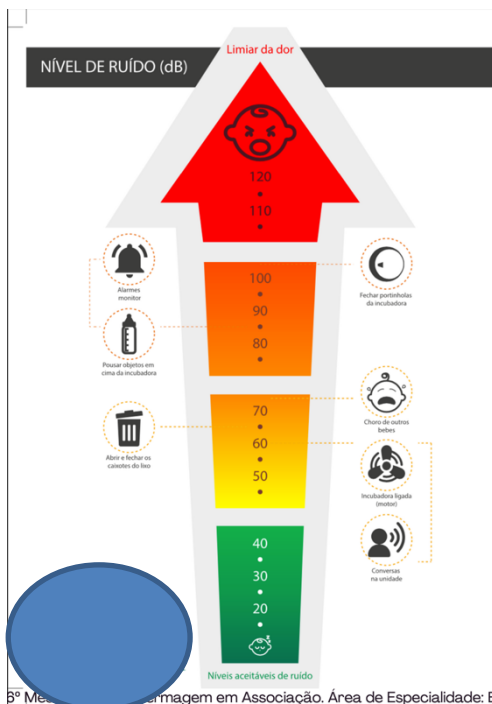


Escala Logarítmica do Ruído

Efeito	Pressão Sonora (Pa)	Nível Sonoro (dB)	Origem
		140	Avião a jacto
		130	Máquina Rebitadora
Altamente Lesivo	100	120	Avião a Hélice
	10	110	Moto-serra
Lesivo	1	100	Oficina metalo-mecânica
		90	Camião pesado
Risco	10^{-1}	80	Rua com muito trânsito
Interfere na conversação		70	Carro de passageiros
Incomodativo	10^{-2}	60	Conversa normal
		50	Conversa em tom baixo
	10^{-3}	40	Música suave
		30	Murmúrio
	10^{-4}	20	Apartamento urbano silencioso
		10	Folhas de árvore a cair
	$2 \cdot 10^{-5}$	0	
			Limiar da audição

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques



Sobre o ruído na UCIN

- ★ Média de ruído da incubadora a funcional - 55 a 67 dB;
- ★ Pousar um biberão em cima da incubadora - 72,5 a 98,4 dB;
- ★ Redução de ruído do exterior para o interior da incubadora - 10,8 dB;
- ★ Bater na incubadora - 140 dB;

6º Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Sons Perturbadores na UCIN

Profissionais de Saúde

- Conversas;
- Atividades do dia-a-dia;
- Mudanças de turno;

Fontes Estruturais

- Ar condicionado;
- Características do espaço;
- Abertura de armários e arrumação de lixos;

Equipamentos Médicos

- Monitores;
- Bombas Infusoras;
- Alarmes;
- Incubadoras;
- Ventiladores;
- Rampas de O2 e ar comprimido;

Pais/ Familiares

- Conversas;
- Interações com o RN, profissionais e outros pais.

Comportamento do RN

- Choro;

6º Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Ruído

Pode Causar

Apneia, hipoxémia, oscilações da SatpO₂, aumento da frequência cardíaca e respiratória, diminuindo as calorias disponíveis para o crescimento, aumento da pressão intracraniana e alterações comportamentais

Respostas à dor e stress

Aumentar o risco de crescimento deficitário, padrões anormais do sono, défice auditivo, displasia broncopulmonar, retinopatia da prematuridade, hemorragia peri-intraventricular, leucomalácia periventricular e atraso de desenvolvimento

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Estratégias

 **Profissionais de Saúde**



Sensibilizar para a redução do volume das conversas entre os membros de equipa;



Definir períodos silenciosos e luzes diminuídas;



Evitar procedimentos de rotina durante os períodos definidos como silenciosos;



Implementar programas centrados no neurodesenvolvimento;



Agrupar os RN por patologia e IG no caso de se tratar uma unidade Open Space

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Estratégias

 **Profissionais de Saúde**



Evitar usar o topo da incubadora como uma superfície e fechar as portas cuidadosamente;



Silenciar alarmes logo que possível;



Realizar reuniões e passagens de turno longe das unidades;



Agrupar os cuidados ao RN e limitar a permanência dos profissionais junto das incubadoras;

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Estratégias

 **Fontes Estruturais**



Conceber uma UCIN com salas individuais sempre que possível



Melhorar a acústica ambiental



Colocar cartazes e sinalização para adequação do ruído

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Estratégias

Equipamentos Médicos

-  Colocar os RN o mais longe possível de equipamentos ou máquinas;
-  Utilizar tampões/ protetores auriculares/ auditivos;
-  Implementar na UCIN a utilização de dispositivos de medição de ruído e alarmes luminosos
-  Diminuir o volume dos alarmes: monitores, ventiladores, humidificadores, bombas infusoras
-  Desligar os alarmes dos ventiladores durante os cuidados

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Estratégias

Pais/ Familiares

-  Estimular sons positivos, como a voz materna e o canto;
-  Sensibilizar e empoderar os pais para a importância de reduzir o ruído na UCIN;
-  Sensibilizar os pais para diminuir os níveis de ruído quando o RN está em canguru;

6º Mestrado em Enfermagem em Associação. Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Estratégias



Comportamentos do RN



Manter os RN confortáveis para diminuir os episódios de choro

6º Mestrado em Enfermagem em Associação, Área de Especialidade: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ana Beatriz Marques

Referências Bibliográficas

- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Guia Orientador de Boa Prática – Dor. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontroladorcrianca.pdf;
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª Edição. Lusociência.
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lousã: Lidel;
- Castro, A.I.R. (2019). Cuidar sem Dor – Intervenções de Alívio e Controlo da Dor Aguda em Crianças dos 0 aos 6 anos. Relatório de Estágio. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29257/3/Relatorio_Mestrado_Enfermagem170531055.pdf;
- Direção Geral da Saúde. (2010a). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. 014/2010. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf;
- Direção Geral da Saúde. (2010b). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. 015/2010. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010-pdf.aspx>;
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. The Journal of Nursing Scholarship, 23(4), 237–240. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>
- Kolcaba, K. (2003). Comfort Theory and Practice – a vision for holistic health care and research. Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. Pediatric Nursing, 31(3), 187–194.
- Kolcaba, K., & Fisher, E. M. (1996). A holistic perspective on comfort care as an advance directive. Critical Care Nursing Quarterly, 18(4), 66–76. <https://doi.org/10.1097/00002727-199602000-00009>.
- Bosco, E. B. D., Barancelli, M. D. C., Gobatto, M., & Shimdt, C. L. Humanização hospitalar na pediatria: projeto “enfermeiros da alegria”. 2019. Revista de Enfermagem UFPE, 13, 4, 1173–1178. doi:10.5205/1981-8963-v13i04a238189p1173-1178-2018
- Costa, J. V. S., Sanfelice, C. F. O & Carmona, E. V.. Humanização da assistência neonatal na ótica dos profissionais da enfermagem. 2019. Journal of Nursing UFPE on line, 13, 1–9. Retirado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/242642/33479>
- Fialho, F. A., Dias, I. M. A. V., Santos, R. S., Silva, L. R. & Salvador, M. Humanização permeando o cuidado de enfermagem neonatal. 2016. Revista de Enfermagem UFPE on line, 10, 7, 2412–2419. doi: 10.5205/revol.9106-80230-1- SM1007201615
- Roseira, C. P. & Paula, K. M. P. Concepções de humanização de profissionais em unidades de terapia intensiva neonatal. 2015. Estudos de Psicologia, 32, 1, 109–119. doi:10.1590/0103-166X2015000100010
- Ferreira, J. H. P., Amaral, J. J. F. & Lopes, M. M. C. O. Equipe de enfermagem e promoção do cuidado humanizado em unidade neonatal. 2016. Revista Rene, 17, 6, 741– 749. DOI:10.15253/2175-6783.2016000600003
- Ferreira, J. H. P. Percepção da equipa de enfermagem sobre o cuidado humanizado em unidade de terapia neonatal. 2016. Universidade federal do ceará – curso de mestrado académico em saúde pública. http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15790/1/2016_dis_jhpferreira.pdf
- Coughlin, M. (2014). Transformative nursing in the NICU: Trauma-informed age-appropriate care. New York, United States of America: Springer Publishing Company.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP] (2018). Consenso Clínico “O Som na Unidade de Neonatologia”. Portugal: Sociedade Portuguesa de Neonatologia.

APÊNDICE XI – ARTIGO CIÊNTÍFICO “A EFETIVIDADE DO POSICIONAMENTO NA PROMOÇÃO DO CONFORTO E ALÍVIO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO - SCOPING REVIEW”

**A efetividade do posicionamento na promoção do conforto e
alívio da dor no recém-nascido - *Scoping Review***

**The effectiveness of positioning in promoting comfort and pain relief in newborns -
Scoping Review**

**La efectividad del posicionamiento para promover la comodidad y el alivio del
dolor en los recién nacidos - Revisión de alcance**

Ana Beatriz Guerreiro Marques¹, Maria Eduarda Correia²³⁴

¹ Enfermeira, Estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

² Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre, 7300-555 Portalegre, Portugal

³ Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), 1990- 096 Lisboa, Portugal

⁴ VALORIZA - Research Centre for Endogenous Resource Valorization, Polytechnic Institute of Portalegre, 7300-555 Portalegre, Portugal