



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

**Gestão da dor e stress do recém-nascido: contributos
do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e
Pediátrica**

Rita Calado Mendes Gordo

**Lisboa
2023**



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

**Gestão da dor e stress do recém-nascido: contributos
do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e
Pediátrica**

Rita Calado Mendes Gordo



Orientador: Sónia Isabel Pinela Colaço Marques



**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Avaliar a dor apenas pela sua intensidade é como
descrever a música unicamente pelo seu volume.”

Dr. Carl van Bayer

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido,
pelo apoio incondicional, pelo reforço positivo, por me ajudar a crescer e por
me ajudar a simplificar a vida.

Aos meus avós, pais e irmão,
por me apoiarem sempre e me incentivarem a ser melhor a cada dia.

À professora Sónia,
pela orientação, disponibilidade, incentivo e paciência.

À Inês,
minha companheira durante esta aventura, que mutuamente nos
incentivámos e acreditámos que iríamos conseguir. Fica a amizade.

A todos os que se cruzaram comigo, me ajudaram, me motivaram e me
presentearam com um sorriso de incentivo.

E a todas as crianças e famílias, que tornaram este percurso maravilhoso e
fascinante e me permitiram tanto aprender.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CCF – Cuidados Centrados na Família

CNT – Cuidados Não Traumáticos

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

IASP - (do inglês) *International Association for the Study of Pain*

N-PASS - (do inglês) *Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-nascido

RPQCEESCJ – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados
Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de Urgência

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

De acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, a dor é um fenômeno multidimensional influenciado por fatores biopsicossociais, ambientais e cognitivos. Como um *stressor*, possui o potencial de alterar a estabilidade do sistema e o bem-estar da criança, o que justifica a necessidade de intervenção. A gestão inadequada da dor é um problema reconhecido a nível mundial, sendo o seu alívio considerado um indicador de qualidade nos cuidados de saúde. O RN, especialmente aquele que necessita de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), é submetido a vários procedimentos dolorosos que podem afetar o seu crescimento, desenvolvimento e percepção de dor ao longo da vida. A abordagem diferenciada da gestão da dor na criança é fundamental no contexto dos cuidados de enfermagem em saúde infantil. Esta gestão implica a mobilização de intervenções com diferentes componentes, com potencial de interação entre si, e que, quando aplicadas a uma situação concreta, produzem uma gama de resultados possíveis e variados.

Este relatório teve como objetivo descrever e refletir sobre o percurso formativo para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e de Mestre, com enfoque na gestão da dor em recém-nascidos (RN). Baseou-se numa metodologia crítica e reflexiva sobre as práticas de cuidados em contexto de estágio e na aquisição sistemática de conhecimentos, bem como na mobilização da evidência científica para fundamentar a tomada de decisão clínica.

Através do desenvolvimento de conhecimento teórico e prático na área dos cuidados à criança e família, assim como na gestão da dor em RN, procurei adquirir e aprimorar as competências profissionais necessárias para atuar como EEESIP. Estas competências revelaram-se fundamentais para apoiar a minha prática profissional, permitindo-me justificar as minhas ações com base em evidências científicas e promover uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados. Além disso, destaco a relevância da partilha de conhecimento entre profissionais ao longo de todo o percurso, a qual contribuiu para a disseminação de boas práticas e para o desenvolvimento coletivo de competências na área da enfermagem pediátrica.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica; família; gestão da dor; recém-nascido; competências.

ABSTRACT

According to Betty Neuman's Systems Model, pain is a multidimensional phenomenon influenced by biopsychosocial, environmental and cognitive factors. As a *stressor*, it has the potential to change the stability of the system and the well-being of the child, which justifies the need for intervention. Inadequate pain management is a problem recognized worldwide, and its relief is considered an indicator of quality in health care. Newborns, especially those who need hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit, are subjected to several painful procedures that can affect their growth, development and perception of pain throughout life. A differentiated approach to pain management in children is fundamental in the context of child health nursing care. This management implies the mobilization of interventions with different components, with the potential to interact with each other, and which, when applied to a concrete situation, produce a range of possible and varied results.

This report aimed to describe and reflect on the training path for the development of Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing and Master skills, with a focus on pain management in newborns. It was based on a critical and reflective methodology on care practices in the internship context and on the systematic acquisition of knowledge, as well as on the mobilization of scientific evidence to support clinical decision-making.

Through the development of theoretical and practical knowledge in the area of child and family care, as well as pain management in newborns, I sought to acquire and improve the professional skills necessary to act as an Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing. These skills proved to be fundamental to support my professional practice, allowing me to justify my actions based on scientific evidence and promote continuous improvement in the quality of care provided. In addition, I highlight the importance of sharing knowledge between professionals throughout the course, which contributed to the dissemination of good practices and to the collective development of skills in the field of pediatric nursing.

Keywords: pediatric nursing; family; pain management; newborn; competences.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	11
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA EM ESTUDO	17
2.1. A dor e o <i>stress</i> do recém-nascido.....	17
2.2. Justificação da problemática	21
3. PERCURSO PARA ENFERMEIRO ESPECIALISTA	23
3.1. Descrição do percurso formativo e da metodologia de aprendizagem	23
3.2. Descrição e análise das atividades desenvolvidas	25
4. SÍNTESE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	45
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	58
Apêndice I – Guia orientador das atividades de estágio.....	59
Apêndice II – Descrição sumária dos locais de estágio.....	81
Apêndice III – Jornais de aprendizagem	83
Apêndice IV – Contributo para preparação de sessão de formação para os pais sobre a PEA	109
Apêndice V – Estudo de caso: Y.	114
Apêndice VI – Documento síntese acerca da comunicação em pediatria .	129
Apêndice VII – Sessão de formação: A dor em pediatria	136

INTRODUÇÃO

Este relatório constitui um elemento de avaliação na Unidade Curricular “Estágio com Relatório”, do 3.º semestre do 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e um requisito para a obtenção de grau de Mestre, como enunciado no artigo 20.º do Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior (Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março).

O objetivo deste trabalho é descrever e refletir sobre o percurso formativo para o desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), com enfoque na gestão da dor em recém-nascidos (RN). Este percurso, centrado no aprimoramento de competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem na área de saúde infantil e pediatria, baseou-se no aprofundamento sistemático de conhecimento na mobilização de evidências científicas e na prática reflexiva de cuidados. A construção desse caminho foi realizada de forma organizada e ponderada, através da formulação de um projeto de estágio baseado nas necessidades formativas individuais, visando maximizar a aprendizagem durante os estágios.

Os cuidados de enfermagem em pediatria e saúde infantil assentam na filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF) e nos Cuidados Não Traumáticos (CNT). Os CCF reconhecem a família como entidade indissociável da criança, prevendo uma parceria de cuidados com o enfermeiro (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho). O enfermeiro promove a capacitação e o empoderamento da criança e família para satisfazer as necessidades e a tomada de decisão relativamente à saúde da criança (Hockenberry & Barrera, 2014). O EEESIP facilita e incentiva a negociação de cuidados com vista à autonomia da criança e da família, através de comunicação eficaz promotora da partilha de conhecimentos (Regulamento n.º 351/2015, de 22 de junho). Os CNT visam a minimização da dor e do *stress* na prestação de cuidados à criança (Hockenberry & Barrera, 2014).

Como referencial teórico orientador dos cuidados de enfermagem, recorri ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 2011). Considerei os conceitos centrais do modelo e os *stressores* que interferem no bem-estar do sistema, criança e família, para a apreciação, planeamento e avaliação dos cuidados de enfermagem

prestados com a finalidade de contribuir para o restabelecimento da homeostasia do sistema, maximizando o seu bem-estar.

Os RN, principalmente os internados em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), são submetidos a inúmeros procedimentos dolorosos com impacto a curto e longo prazo, nomeadamente na estabilidade hemodinâmica, no seu crescimento, desenvolvimento e percepção de dor ao longo da vida (Mangat et al., 2018). A gestão diferenciada da dor é uma unidade de competência do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho), estando também em evidência no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (RPQCEESCJ) sendo considerada um indicador da qualidade dos cuidados de saúde (Regulamento n.º 351/2015, de 22 de junho).

O relatório inicia com um enquadramento teórico-conceitual, que procura esclarecer conceitos, filosofias e teorias norteadoras dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria, incluindo os CCF, os CNT e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 2011). Dentro desse enquadramento, é apresentada a revisão da literatura sobre a temática da dor em pediatria, com foco na dor no RN. Na sequência, é descrita a metodologia usada e analisado o percurso formativo para enfermeiro especialista, abordando o desenvolvimento de competências do EEESIP, assim como a descrição dos objetivos e das atividades desenvolvidas, com reflexão sobre a sua contribuição para o desenvolvimento de competências de EEESIP e para a melhoria da qualidade dos cuidados. Por fim, é realizada uma síntese reflexiva sobre os contributos das atividades para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESIP e de Mestre, seguida de um conjunto de considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Este capítulo tem como objetivo esclarecer os conceitos teóricos relacionados com os cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria. Início explicando os referenciais teóricos que nortearam o percurso formativo e a redação do relatório, incluindo os direitos das crianças, os princípios para os CNT, a filosofia de CCF e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Cuidados de enfermagem em pediatria

Os cuidados de enfermagem dizem respeito à relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa (ou grupo de pessoas, como família ou comunidades). A relação terapêutica na prática de enfermagem, implica uma parceria com o cliente, respeitando as suas capacidades e levando em consideração que, tanto o cliente como o enfermeiro têm quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual (Regulamento n.º190/2015, de 23 de abril).

Os cuidados de enfermagem na área da saúde infantil e pediátrica assumem dimensões específicas em função do estágio de desenvolvimento de cada criança. Neste contexto, é essencial considerar uma abordagem holística que promova o bem-estar através do equilíbrio de vários sistemas como o biológico, sociocultural, psicológico, espiritual, emocional e desenvolvimental. Além disso, as crianças destacam a importância do afeto, do carinho e respeito nos cuidados de enfermagem que lhes são prestados (Diogo et al., 2021). A comunicação também é relevante e assume particularidades, uma vez que deve ser adaptada adequadamente a cada faixa etária e ao nível de literacia, domínio do idioma e da cultura da criança e dos pais. O conceito de enfermagem em pediatria descrito no Regulamento de competências específicas do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho) é coerente com a definição de enfermagem presente no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), como sendo a profissão que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem às pessoas ou grupos sociais, ao longo do ciclo vital, de forma a manterem, melhorarem ou recuperarem a saúde e atingirem a máxima capacidade funcional (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro).

O conceito de pessoa na área de especialidade da enfermagem de saúde infantil e pediátrica assume-se pelo binómio criança e família, devido à impossibilidade de dissociar a criança da sua família (Regulamento n.º 351/2015, de

22 de junho). Esta impossibilidade de dissociação advém das características individuais do ser criança, bem como da sua vulnerabilidade e dependência inerente. Desta forma, ao longo do relatório, irei usar a palavra “criança” para referir-me ao sistema criança e família, sendo que criança é toda a pessoa com idade inferior a 18 anos, e no caso de ser portadora de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 ou 25 anos ou até uma transição apropriada para a vida adulta (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho).

Os cuidados de enfermagem em pediatria assentam em duas filosofias fundamentais, os CCF e os CNT. A filosofia dos CCF assegura que os cuidados são planeados tendo em conta a criança e a sua família, ou seja, são consideradas as necessidades da família em relação aos cuidados com a criança (Hockenberry & Barrera, 2014). Esta filosofia tem como base o reconhecimento de que a família é a principal fonte de suporte e força da criança, e a importância das informações fornecidas pelos membros da família para melhorar a prestação de cuidados. Para implementar esta filosofia, é necessário que os programas, políticas, planeamento dos edifícios e as interações entre profissionais de saúde e criança sejam adaptados (American Academy of Pediatrics, 2012). Foram definidos como princípios centrais dos CCF: a) o respeito pela individualidade de cada criança e família, a sua cultura e experiências, incorporando-a no planeamento e prestação de cuidados de saúde, b) a flexibilidade de políticas e protocolos para levar em linha de conta as necessidades individuais da criança e c) o empoderamento da criança e família para que possam ter controlo nas tomadas de decisão promovendo a descoberta das suas próprias forças (American Academy of Pediatrics, 2012). O empoderamento é considerado um conceito básico dos CCF, bem como a capacitação. O empoderamento consiste na aquisição ou manutenção do sentido de controlo das famílias e da criança sobre as suas vidas para a tomada de decisão em saúde (Hockenberry & Barrera, 2014). A capacitação refere-se à criação de oportunidades para atender às necessidades da criança por meio das competências já adquiridas pela família ou pela aquisição de novas competências (Hockenberry & Barrera, 2014).

Segundo Kokorelias et al (2019), existem fatores que influenciam o planeamento e a implementação dos CCF. A comunicação e a colaboração entre os profissionais de saúde, família e criança são essenciais para a prestação de cuidados e para promover a autonomia da criança e família na tomada de decisão. A educação sobre a doença e os cuidados é essencial nos CCF, reduzindo a ansiedade ao

aumentar o controlo, sendo que também é fundamental para apoiar as necessidades da família reconhecendo as dificuldades de *coping* e o *stress* psicológico associado ao processo de doença da criança. O contexto da família deve ser considerado, incluindo os seus valores culturais, e os cuidados devem ser adaptados, exigindo que os profissionais tenham conhecimento das crenças e costumes da criança e da família. Por fim, para implementar plenamente os CCF, é necessário ter políticas e procedimentos que apoiem essa filosofia (Kokorelias et al., 2019).

A filosofia dos CCF é considerada interdisciplinar, reconhecendo e respeitando a individualidade de cada binómio criança/família, os seus valores, perspetivas e escolhas, no plano de cuidados. É privilegiada a partilha de informação entre a criança, a família e os profissionais de saúde, assim como a colaboração e o desenvolvimento de uma verdadeira parceria de cuidados (Smith, 2018).

Segundo Coyne (2015) foram identificadas algumas barreiras para a implementação dos CCF, como a perceção de falta de competência por parte dos enfermeiros e a falta de conhecimentos em relação à filosofia, bem como a falta de condições adequadas providas pelas organizações de saúde (Coyne, 2015).

Os CCF são uma das filosofias centrais nos cuidados de enfermagem em pediatria, exigindo, no entanto, adaptações de todo o sistema de saúde para a sua implementação completa.

Outra filosofia importante nos cuidados pediátricos é a dos CNT. Os CNT visam minimizar a dor e *stress* na prestação de cuidados à criança, sejam eles preventivos, diagnósticos, curativos ou paliativos, com foco na eliminação ou minimização do desconforto, físico e psicológico (Hockenberry & Barrera, 2014).

A hospitalização é considerada uma situação de crise na vida da criança, exigindo adaptações a vários níveis, principalmente pelo facto de estar separada da sua família e num ambiente diferente (Handayani & Daulima, 2020). Face ao seu desenvolvimento, a criança tem mecanismos limitados de *coping* para lidar com os *stressores* presentes na hospitalização. O desconforto físico está relacionado com os procedimentos, estímulos dolorosos, ruídos ou alteração do estado de consciência, enquanto o desconforto psicológico se relaciona com as emoções como o medo, a raiva ou a ansiedade (Hockenberry & Barrera, 2014). O enfermeiro tem um papel crucial na minimização ou eliminação destes *stressores*, através da implementação de intervenções adequadas.

A filosofia dos CNT sustenta-se em três princípios: a) a prevenção ou minimização da separação da criança e da sua família, b) a promoção de uma sensação de controlo, e c) a prevenção ou minimização da lesão corporal e, conseqüentemente, da dor (Hockenberry & Barrera, 2014). Estes princípios estão explícitos em vários documentos que norteiam o cuidar em pediatria, como por exemplo na Convenção dos Direitos da Criança e a Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 1996). Neste último documento destaca-se como direito fundamental a presença dos pais, encorajando a sua participação nos cuidados e o empoderamento da família, explicitando ainda que as crianças devem ficar reunidas por grupos etários e receber informação adaptada à sua faixa etária e desenvolvimento. Faz ainda parte destes direitos que a criança seja cuidada por uma equipa de saúde especialmente formada para responder às suas necessidades, a todos os níveis (Instituto de Apoio à Criança, 1996).

O EEESIP assume um papel preponderante na implementação destas filosofias na sua prática, uma vez que detém as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para a prestação de cuidados nesta área. O RPQCEESCJ constitui-se como referencial norteador da prática dos enfermeiros na direção da qualidade e melhoria contínua dos cuidados prestados, nomeadamente nos especializados em saúde infantil e pediátrica, indo também ao encontro de princípios enunciados nos CCF e nos CNT, na medida em que evidencia o potencial da família como responsável pelo desenvolvimento, crescimento e bem-estar da criança. O enfermeiro assume uma relação de parceria, através da comunicação, intervenção, capacitação e empoderamento, para que haja a maximização da saúde da criança e a promoção do seu crescimento e desenvolvimento (Regulamento n.º 351/2015, de 22 de junho).

Modelo de Sistemas de Betty Neuman

O modelo de sistemas de Betty Neuman enquadra-se no paradigma da integração, que é composto por quatro escolas de pensamento, sendo que o modelo de sistemas se inclui na escola dos efeitos desejados ou dos resultados (Ribeiro et al., 2018). Este modelo é baseado na teoria geral dos sistemas que pressupõe a interação dos elementos de uma organização complexa. Deriva também da teoria de Gestalt que descreve homeostase como a manutenção do equilíbrio da saúde em diferentes condições (Freese, 2004).

O modelo de sistemas de Neuman identifica e discute quatro conceitos principais no metaparadigma de enfermagem: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem (Neuman, 2011).

No modelo de sistemas, a **pessoa** é vista como um sistema aberto que interage com forças e *stressores* ambientais, internos e externos. O sistema está em constante mudança, procurando um estado dinâmico de estabilidade ou enfrentando diferentes graus de desequilíbrio que se traduz em doença. A pessoa poderá ser um indivíduo, um grupo, uma comunidade ou mesmo um problema social. O sistema é composto por cinco variáveis, que interagem entre si, e que são as seguintes: a fisiológica, a psicológica, a sociocultural, a de desenvolvimento e a espiritual, possuindo ainda um núcleo central e linhas de defesa protetoras. A autora criou um diagrama com vários anéis concêntricos para a estrutura básica, onde interagem as cinco variáveis. Os vários anéis são linhas de defesa e de resistência que protegem o sistema dos *stressores* ambientais e as variáveis ajustam-se de forma a manter a estabilidade e o bem-estar (Neuman, 2011).

O **ambiente** é definido como todos os fatores internos e externos em torno do sistema. Este modelo identifica três ambientes: o interno, que é intrapessoal; o externo, que é interpessoal e extrapessoal; e o criado, que é um sistema aberto que troca energia com os anteriores, sendo intra, inter e extrapessoal. O ambiente criado é baseado em crenças, autoestima, trocas de energia, variáveis, entre outros e é um conceito baseado num processo em constante ajuste que afeta o bem-estar (Neuman, 2011). A tendência de um sistema é manter o equilíbrio apesar das forças disruptivas, sejam estas intra, inter ou extrapessoais. A essas forças, Neuman (2011) designou como *stressores*.

A **saúde** ou bem-estar é vista como um contínuo e corresponde à estabilidade ótima do sistema, sendo uma manifestação de energia disponível para preservar e melhorar a integridade do sistema (Neuman, 2011).

A **enfermagem** tem como principal objetivo manter a estabilidade do sistema por meio da avaliação dos efeitos e possíveis efeitos dos *stressores* ambientais. Os cuidados de enfermagem têm como objetivo reter, atingir e manter o ótimo bem-estar do cliente, através dos três tipos de prevenção, primária, secundária e terciária. Neuman enfatiza a importância da prevenção primária, através da promoção da saúde (Neuman, 2011).

Sintetizando, a pessoa ou grupo de pessoas é considerado um sistema aberto com interações dinâmicas. Este sistema possui fatores de proteção que lhe permitem a manutenção da homeostasia e estabilidade, mas está sujeito a estímulos, chamados *stressores*, que podem ser intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais, e que produzem tensão no sistema. O tempo em que o *stressor* ocorre, bem como a sua intensidade e a necessidade de energia necessária para o sistema se adaptar, influenciam a interação com o sistema (Neuman, 2011).

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman pode ser aplicado e servir de sustentação aos cuidados de enfermagem prestados para a gestão da dor em RN, razão pela qual o selecionamos enquanto modelo teórico orientador. O RN e a sua família constituem um sistema aberto, tal como descrito por Betty Neuman, e estão sujeitos às forças de diversos *stressores*, sendo que neste relatório nos centraremos sobretudo na dor e reação do sistema à mesma. A dor influencia a homeostasia e a estabilidade do sistema, influenciando a saúde do RN, o seu neurodesenvolvimento, e também a percepção da família sobre esta alteração. Os cuidados de enfermagem são essenciais para alcançar o máximo bem-estar, atuando em diferentes níveis de prevenção, com foco na prevenção da dor como prioridade, por meio da aplicação da filosofia de CNT. Quando a dor não pode ser evitada, é gerida de forma diferenciada. É importante destacar que os cuidados de enfermagem, como fator de proteção, não se limitam apenas à filosofia dos CNT e à gestão da dor, mas também englobam todos os CCF, que visam promover o bem-estar do sistema.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA EM ESTUDO

Este capítulo pretende clarificar os conceitos teóricos relacionados com a dor e o *stress* no RN e a sua gestão, bem como justificar a pertinência do estudo desta problemática.

2.1. A dor e o *stress* do recém-nascido

O *stress* é uma resposta humana natural a desafios e ameaças à vida que, quando ocorre em excesso, pode causar problemas de saúde físicos e psicológicos (World Health Organization, 2023). O *stress* tóxico, que é a ativação contínua dos mecanismos de resposta ao *stress*, pode contribuir para alterações cerebrais que afetam o desenvolvimento, a saúde e o bem-estar (Coughlin, 2017).

Os RN, principalmente os RN de risco, devido à sua imaturidade cerebral e neuroplasticidade, são muito suscetíveis aos estímulos potencialmente causadores de *stress*, o que requer a adoção de medidas neuroprotetoras para promover um desenvolvimento normal e prevenir doenças (Altimier & Phillips, 2013). O RN de alto risco é um bebé com uma maior probabilidade de morrer ou adoecer, comparando com a média dos RN, independentemente do seu peso ao nascer e da sua idade gestacional, geralmente devido a acontecimentos associados ao nascimento e adaptação à vida fora do útero (Askin & Wilson, 2014).

De acordo com Altimier e Phillips (2013) a exposição desses RN a vários cuidadores e a estímulos sensoriais diversos, como temperatura, som, luz, toque, entre outros, pode levar a alterações cognitivas, comportamentais e funcionais. Os autores propuseram medidas essenciais de cuidados neuroprotetores na neonatologia, que incluem parceria com a família, ambiente promotor de saúde, posicionamento, sono, minimização da dor e do *stress*, proteção da pele e otimização da nutrição, como forma de minimizar os estímulos nocivos e proporcionar cuidados adequados ao neurodesenvolvimento de cada RN, promovendo a sua recuperação e crescimento e desenvolvimento adequados (Altimier & Phillips, 2013).

A minimização da dor e do *stress* é uma das medidas neuroprotetoras essenciais, destacadas no presente relatório. É importante salientar que nos RN, especialmente nos RN prematuros, é difícil distinguir dor de *stress*, sendo conceitos frequentemente associados (Olsson et al., 2021).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como uma "experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou assemelhando-se àquela associada a dano real ou potencial ao tecido" (Raja et al., 2020, p. 1977). A dor é considerada uma experiência pessoal influenciada por diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais, não devendo ser apenas conceptualizada com base nos neurónios sensoriais, distinguindo-se da nocicepção. É uma experiência que pode ser descrita verbalmente, mas a incapacidade de verbalizar a dor não significa que o indivíduo não a sinta (Raja et al., 2020).

Compreender a fisiopatologia da dor é importante para interpretar, e consequentemente, prestar os melhores cuidados à pessoa com dor. A nociceção é um processo que envolve a transdução e a transmissão de estímulos nocivos da periferia até ao cérebro, sendo a dor, a interpretação e o processamento cerebral influenciados por diversos fatores. Os nociceptores são fibras nervosas presentes na pele, músculo, ossos, vísceras e articulações, responsáveis pela deteção de estímulos nocivos (Chen et al., 2022). Cada tipo de nociceptor é sensível a estímulos específicos e nem todos estão presentes em todos os tecidos, existindo vários recetores sensitivos. Para a condução da dor existem dois tipos de nociceptores, os mecanorreceptores de alto limiar, especializados em estímulos mecânicos, e os polimodais que respondem não apenas a estímulos mecânicos, mas também a estímulos químicos e térmicos intensos. As fibras de alto limiar podem ser mielinizadas ou não mielinizadas, sendo as responsáveis por transportar as sensações dolorosas até à medula. As fibras mielinizadas conduzem sensações de dor térmica e de pressão bem localizadas, enquanto as não mielinizadas apresentam localização menos precisa e são conduzidas de forma mais lenta e prolongada no tempo (Batalha, 2010).

A transmissão da dor entre a medula e o cérebro pode ocorrer por duas vias, através do sistema lateral ou mediano. O sistema lateral é responsável por uma transmissão rápida e está associada à resposta de proteção. Por outro lado, o sistema mediano apresenta uma transmissão mais lenta e influencia a resposta hormonal, afetiva e autonómica à dor e *stress* (Batalha, 2010).

A nível supramedular, o processo da dor não é tão claro, mas sabe-se que não há um centro de dor específico e várias partes do cérebro estão envolvidas na resposta à dor em todas as suas dimensões (Batalha, 2010).

O desenvolvimento da nociceção tem início durante o desenvolvimento fetal. Os nociceptores periféricos estabelecem conexões medulares entre a 6.^a e a 20.^a semana de gestação, no entanto, as respostas à dor controladas pelo cérebro só são observadas, em média, a partir da 26.^o semana de gestação (Batalha, 2010; Chen et al., 2022). Portanto, mesmo os RN pré-termo têm capacidade neurológica para a percepção da dor, uma vez que os principais eixos da dor já se encontram desenvolvidos. No entanto, o sistema medular inibidor da nociceção só se desenvolve aos três meses de vida e os neurotransmissores desse sistema são em menor quantidade e mais imaturos, sugerindo que os RN percebem a dor com maior intensidade (Batalha, 2010).

A dor desempenha um papel de alerta para uma lesão, no entanto, pode desencadear reações comportamentais e fisiológicas nocivas. As crianças e, em particular, os RN, quando submetidos a procedimentos dolorosos, libertam hormonas em grande quantidade que levam a alterações metabólicas importantes com consequente consumo de fontes proteicas e energéticas. Os RN são especialmente afetados por essas alterações devido às suas baixas reservas nutricionais (Batalha, 2010).

Ao longo do seu crescimento e desenvolvimento, as crianças são submetidas a procedimentos, mais ou menos invasivos, que provocam dor (Blount et al., 2008). No caso específico de um RN de risco, numa UCIN, ele pode ser submetido, em média, a 134 procedimentos dolorosos nas duas primeiras semanas de vida. Esta problemática é de extrema importância uma vez que a exposição a procedimentos dolorosos no RN pode influenciar o seu crescimento e desenvolvimento e a sua percepção de dor ao longo da vida (Mangat et al., 2018).

O enfermeiro, em especial o EEESIP, tem um papel fundamental na minimização da exposição à dor e na sua gestão adequada.

No que diz respeito à avaliação da dor do RN, a maioria das escalas identifica a expressão facial como uma das características mais consistentes para a manifestação da dor. No caso do RN, esta pode ser identificada através do encerramento dos olhos, do franzir das sobrancelhas, da boca aberta e da língua esticada. Alguns RN de risco, como sendo os RN pré-termo, podem ter expressões faciais mais discretas ou até impercetíveis, o que pode levar a erros na avaliação da sua experiência de dor (Jacob, 2014). Existem várias escalas validadas para a avaliação da dor em RN, no entanto é importante aplicar a escala correta dependendo

da situação do RN e/ou do procedimento. Uma revisão sistemática da literatura realizada em 2020 concluiu que, apesar de serem usadas escalas de avaliação da dor em RN, nem sempre são escalas validadas para a população e tipo de dor avaliados. Um dos exemplos disso é a *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), uma escala validada apenas para dor aguda, mas que é aplicada em diversos tipos de dor (Olsson et al., 2021). Olsson et al. (2021) consideram que a avaliação da dor de forma objetiva e confiável é essencial para a correta gestão da mesma, sendo necessário investir em estudos e na aplicação de escalas, levando em consideração a população e o tipo de dor que se pretende avaliar. Relativamente ao RN de risco, existem escalas que avaliam dor em diversas situações, como o RN sob ventilação mecânica invasiva, pós-cirurgia, dor aguda, dor associada a procedimentos, entre outras, que devem ser utilizadas de forma individualizada para cada RN (Olsson et al., 2021).

A gestão da dor no RN pode ser realizada por meio de diferentes abordagens, que se dividem em dois grandes grupos: as estratégias farmacológicas e as estratégias não farmacológicas. Em Portugal, a gestão da dor através de estratégias farmacológicas é uma intervenção interdependente, ou seja, depende da prescrição de fármacos por um profissional médico. No entanto, os enfermeiros têm competências para identificar o risco e a presença de dor, avaliar sistematicamente e administrar corretamente os fármacos prescritos. Os fármacos utilizados no tratamento da dor são analgésicos que poderão ser opióides ou não opióides. Para as crianças, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe uma estratégia em dois passos, dependendo da intensidade da dor. Para a dor ligeira é recomendado o uso de fármacos não opióides, como o ibuprofeno e o paracetamol. Na dor moderada e severa é recomendado o uso de fármacos opióides, como a morfina (World Health Organization, 2012).

A gestão da dor em RN através de estratégias não farmacológicas é uma intervenção autónoma de enfermagem importante para todos os RN, mas especialmente para aqueles que estão em risco, pois estes são os mais suscetíveis a serem submetidos a inúmeros procedimentos dolorosos. Como intervenções não farmacológicas na gestão da dor do RN, estão descritas a sucção não nutritiva, a administração de sacarose ou glucose, a amamentação, o método canguru com contacto pele a pele e a contenção física com posicionamento à linha média (Mangat et al., 2018). Estudos também descrevem que a eficácia analgésica pode ser aumentada com a realização de várias estratégias não farmacológicas em

simultâneo, por exemplo, combinar a sucção não nutritiva com a administração de sacarose (Mangat et al., 2018). Além disso há evidências de que a sacarose é eficaz na redução da dor do RN durante a realização de procedimentos como a punção do calcanhar, venosa e intramuscular, e que a sua eficácia é aumentada quando combinada com a sucção não nutritiva (Stevens et al., 2016). No entanto, a evidência sobre a eficácia e segurança do uso repetido de sacarose em procedimentos dolorosos é limitada e requer mais estudos para ser uma recomendação segura (Gao et al., 2016).

2.2. Justificação da problemática

A escolha deste tema baseou-se no interesse pessoal pela gestão da dor em neonatos, bem como na sua importância a curto e a longo prazo. Tal como destacam Aziznejadroshan et al. (2017), a gestão inadequada da dor continua a ser um problema global. O alívio da dor é considerado um indicador de qualidade dos cuidados de saúde, no entanto, os estudos revelam que muitas crianças ainda sofrem com dor devido a avaliação e gestão inadequadas da dor (Aziznejadroshan et al., 2017). A gestão diferenciada da dor constitui uma competência do EEESIP que inclui a aplicação de conhecimentos sobre a saúde e o bem-estar, as terapias não farmacológicas, e a gestão da dor por meio de medidas farmacológicas. A tomada de decisão do EEESIP é, presumivelmente, baseada na melhor e mais recente evidência (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho).

A dor é uma experiência complexa e multidimensional que tem efeitos negativos na saúde. Está presente na maior parte das situações de doença e é da responsabilidade dos profissionais de saúde não só tratar, mas também prevenir a dor. A investigação sobre a gestão da dor ganhou destaque a partir dos anos 40 do século XX, mas somente em 1977, se tornou notório o subtratamento da dor em pediatria (Batalha, 2010). Ainda não se compreende completamente o mecanismo fisiopatológico da dor, não existindo um marcador biológico específico de dor e considerando a subjetividade da sua identificação, inerente às crianças, o que dificulta a sua gestão. Além disso, as repercussões da dor são frequentemente subvalorizadas (Batalha, 2010).

A avaliação da dor é um dos primeiros passos fundamentais para a sua gestão adequada, no entanto, na prática clínica, nem sempre é realizada de forma adequada.

Conforme destacado por Olsson et al. (2021), através de uma revisão sistemática da literatura, 16% das escalas de dor utilizadas em estudos analisados não foram validadas para a população neonatal em estudo ou para o tipo de dor em questão. Além disso, os autores também concluíram que, apesar de existirem inúmeras escalas de dor neonatal disponíveis, 90% dos estudos utilizaram apenas seis, mas nem sempre adequadas à população em questão ou tipo de dor. Os autores enfatizam, assim, a importância do uso correto de escalas nos estudos para garantir conclusões confiáveis (Olsson et al., 2021). Sendo também crucial a formação e sensibilização dos profissionais de saúde para a avaliação e tratamento da dor (Batalha, 2010).

A literatura identifica várias barreiras para a gestão adequada da dor, como a necessidade de aquisição ou aprofundamento do conhecimento dos enfermeiros em relação à avaliação e gestão da dor, a relutância dos pais em relatarem a dor dos filhos quando a percebem e, a prescrição inadequada de analgésicos pelos médicos (Alotaibi et al., 2018).

Os enfermeiros detêm o papel nuclear na avaliação da dor, mas continuam a basear-se em sinais vitais, crenças ou avaliações subjetivas, em vez de utilizarem instrumentos validados para o efeito, havendo também poucos registos quanto à avaliação e utilização de estratégias não farmacológicas (Alotaibi et al., 2018). As organizações ainda dão baixa visibilidade à gestão da dor, sendo que a sobrecarga de trabalho, as relações interprofissionais e as práticas correntes parecem influenciar a forma de lidar com a dor nas diversas instituições (Batalha, 2010).

Como mencionado previamente, é importante destacar que na faixa etária do RN, especialmente em RN de risco, são realizados diversos procedimentos dolorosos, cujas consequências negativas a curto e longo prazo são bem conhecidas (Mangat et al., 2018). Portanto é essencial que a avaliação e gestão da dor sejam abordadas com rigor.

A gestão diferenciada da dor constitui uma competência do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho) pelo que pretendo aprofundar o conhecimento e capacidades nesta área temática, para alcançar não só o desenvolvimento de competências a nível pessoal, mas também contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem e bem-estar das crianças e famílias.

3. PERCURSO PARA ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O presente capítulo pretende descrever e analisar criticamente as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, com vista ao desenvolvimento de competências específicas e comuns de EEESIP. Inicia-se pela descrição do método e das estratégias de aprendizagem mobilizadas, seguidamente, enuncia os objetivos de estágio, as atividades realizadas e os seus contributos para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP, preconizadas nos regulamentos n.º 422/2018 de 12 de julho e n.º 140/2019 de 6 de fevereiro.

3.1. Descrição do percurso formativo e da metodologia de aprendizagem

O percurso formativo foi orientado a partir do projeto elaborado no 2.º semestre do Curso de Mestrado, seguindo a metodologia de projeto. Esta metodologia é definida como “um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real, isto é, permite prever uma mudança” (Nunes et al., 2010, p. 3). O projeto foi traçado a partir de três eixos orientadores: a área temática selecionada, o regulamento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e o autodiagnóstico relativo às competências específicas do enfermeiro especialista.

Os contextos de estágio foram a Unidade de Saúde Familiar (USF), o Centro de Desenvolvimento, a Urgência Pediátrica, o Internamento de Pediatria e a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, tal como requerido pela OE (Aviso n.º 3918/2021, de 3 de março).

Para estes estágios foi elaborado um Guia orientador das atividades de estágio (Apêndice I). O Guia orientador está dividido pelos contextos de estágio e organizado por objetivos gerais e específicos contendo as atividades delineadas para cada estágio.

Apesar de terem sido planeadas antecipadamente as atividades para cada local de estágio, estas foram revistas e reformuladas sempre que se considerou pertinente, face às especificidades, necessidades e oportunidades de aprendizagem encontradas nos contextos. Assim, o projeto previamente elaborado, foi evoluindo ao longo do percurso clínico permitindo a sua otimização de acordo com as minhas necessidades pessoais e profissionais, bem como das circunstâncias de cada

contexto. O Guia orientador (Apêndice I), contendo os objetivos, as atividades planeadas e as competências a desenvolver, foi entregue na primeira semana de estágio, aos enfermeiros e docente orientadores para ser discutido.

A redação do relatório constituiu-se parte do processo de aprendizagem, mobilizando a capacidade de síntese e a análise reflexiva sobre a prática fundamentada em evidências. A prática reflexiva facilita o processo de aprendizagem de enfermagem através da problematização da prática conduzindo a novos conhecimentos, habilidades e atitudes (Peixoto & Peixoto, 2016). Consiste na exploração de experiências para adquirir uma nova compreensão. Ao invés de uma forma passiva de aquisição de conhecimento, a prática reflexiva exige a mobilização ativa de capacidades intelectuais e afetivas para questionar e compreender situações. É considerada indispensável para o desenvolvimento de profissionais de enfermagem autónomos e críticos (Peixoto & Peixoto, 2016).

Objetivos de estágio

O percurso formativo para o desenvolvimento de competências para enfermeiro especialista, foi desenhado a partir do regulamento e do perfil de competências comuns e específicas do EEESIP. Foram traçados dois objetivos gerais e objetivos específicos para cada um deles, procurando-se a transversalidade a todos os contextos de estágio e que passo a descrever:

Objetivo geral

1. Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, no cuidado à criança e família a viver processos de saúde e doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento.

Objetivos específicos

- Prestar cuidados de forma a assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.
- Prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.
- Prestar cuidados dando resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança/jovem.

- Comunicar com a criança/jovem e família, tendo em conta o ciclo de vida e o desenvolvimento.

Objetivo geral

2. Desenvolver competências na gestão diferenciada da dor do RN.

Objetivos específicos

- Gerir a dor do RN.
- Promover a capacitação dos pais na gestão da dor do RN.
- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados na gestão da dor do RN.

3.2. Descrição e análise das atividades desenvolvidas

As atividades a seguir descritas estão enquadradas pelos objetivos que delineei, pretendendo clarificar as aprendizagens realizadas e as tomadas de decisão no percurso formativo, relacionando-as com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Da totalidade das atividades desenvolvidas, salienta-se que algumas foram transversais a todos os contextos de estágio. Ao iniciar cada contexto de estágio, realizei uma entrevista inicial com a senhora enfermeira chefe na qual foram apresentados e discutidos os objetivos de estágio, me foi disponibilizada informação essencial sobre o contexto de estágio e exploradas algumas oportunidades de aprendizagem. Em seguida, foi realizada também uma entrevista ao enfermeiro orientador, na qual foi feita a apresentação e discussão do guia orientador das atividades programadas. Posteriormente, foi realizada uma pesquisa sobre o contexto, visando a integração na equipa e a prestação de cuidados de enfermagem. Esta pesquisa incluiu a caracterização da população, perfil de saúde dos clientes, organização dos cuidados de enfermagem, normas e protocolos em uso, recursos e articulação de cuidados (Apêndice II). Concomitantemente à prática clínica, foi realizada pesquisa bibliográfica relacionada com temas da prática de cuidados de enfermagem, para aprofundar conhecimentos, compreender melhor as tomadas de decisão e fundamentar as intervenções.

Na prossecução do primeiro objetivo geral:

Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, no cuidado à criança e família a viver processos de saúde e doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento,

foram desenvolvidas atividades em três dimensões específicas que passo a descrever:

a) Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde,

neste âmbito foram desenvolvidas atividades no domínio da promoção da parentalidade, da inserção social, da prestação de cuidados culturalmente sensíveis e da intervenção em doenças comuns e situações de risco.

Durante as consultas na USF, foi avaliada a adequação da parentalidade e transmitida orientação antecipatória no sentido de capacitar os pais, tendo em conta as necessidades individuais das crianças e dos seus pais. Neste contexto, foi possível compreender a importância de oferecer, aos pais, espaços onde pudessem expor as suas dúvidas, receios e dificuldades, a fim de intervir fornecendo informações adequadas e sugestões para a adoção de comportamentos que potencializassem o desenvolvimento e a saúde dos filhos, ao mesmo tempo que se motivava e elogiava os comportamentos já existentes. A orientação antecipatória é uma abordagem proativa, baseada na educação para a saúde, que visa fornecer informações, orientações e suporte aos pais promotores da saúde e do desenvolvimento das crianças (Lopes et al., 2010). De acordo com Lopes et al. (2010), esta abordagem capacita os pais para a parentalidade e contribui para o desenvolvimento das crianças. No mesmo artigo, os autores destacam também a importância de os profissionais promoverem intervenções que fomentem o afeto dos pais, as respostas adequadas às solicitações da criança, a criação de um ambiente seguro em casa e o atendimento positivo das necessidades físicas e emocionais (Lopes et al., 2010). Ainda no âmbito das orientações antecipatórias, foram também realizadas intervenções no Serviço de Urgência (SU), em parceria com as famílias visando a adoção de comportamentos promotores da saúde e minimizadores de risco. Um exemplo disso, foi observado na forma como os pais transportavam as crianças ao chegarem à triagem, sendo que alguns traziam os bebés com muitos casacos e mantas nas cadeiras de transporte, colocando-os por baixo das retenções e comprometendo a sua segurança. Este foi um momento em que se aproveitou para

ensinar a forma correta e mais segura para reter os bebês nos dispositivos de transporte, transmitindo a informação relevante e oportuna para minimizar os riscos de segurança. Aumentar a literacia em saúde por meio da transmissão de conhecimento é possível em todos os contextos e traz benefícios para a saúde e segurança das crianças. Apesar do contato breve com as crianças na urgência, é importante que os enfermeiros identifiquem momentos oportunos para promover a parentalidade, especialmente no que diz respeito à gestão de problemas comuns de saúde e à promoção da saúde.

Com o objetivo de adequar os cuidados de enfermagem a diferentes perspectivas culturais, foram realizadas pesquisas e entrevistas direcionadas aos pais das crianças, a fim de aumentar o conhecimento acerca da cultura familiar. Durante uma consulta agendada para um bebê de 6 meses, natural do Bangladesh, os pais foram questionados sobre a introdução alimentar e oferecidas sugestões, complementadas com um folheto existente na USF. Os pais mencionaram que as indicações do folheto não eram adequadas aos hábitos alimentares da sua cultura, como por exemplo o facto de não consumirem sopa. Compreendeu-se a importância de adquirir conhecimento sobre as diferentes culturas e adaptar as sugestões à cultura em questão, mantendo os princípios de uma alimentação saudável. Segundo Flowers (2004), a prática de cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis e apropriados, resulta numa melhoria da qualidade dos cuidados. Portanto, é responsabilidade do enfermeiro obter o conhecimento acerca da cultura das famílias a quem presta cuidados (Flowers, 2004).

Durante o meu estágio no centro de desenvolvimento, participei principalmente em consultas a crianças diagnosticadas com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). A minha atuação focou-se na capacitação dos pais e na sua reintegração social, através da articulação com os serviços de saúde escolar. Tive a oportunidade de participar em chamadas telefónicas com o enfermeiro da saúde escolar, em que se discutiram e se planearam cuidados para promover o desenvolvimento, tendo em conta as necessidades individuais de cada criança. Através desta articulação, promovemos a inclusão de crianças com necessidades de saúde especiais. De acordo com DuPaul et al. (2011), existem várias estratégias que facilitam a aprendizagem de crianças com PHDA, tais como, a definição de regras simples e expostas próximas da criança, ou a utilização de elogios/recompensas da preferência da criança sempre que esta termine uma

tarefa (DuPaul et al., 2011). Estas estratégias são discutidas entre o enfermeiro do centro de desenvolvimento e o enfermeiro da saúde escolar. O enfermeiro da consulta de desenvolvimento, tal como o enfermeiro de família, acompanha as famílias de forma holística intervindo nas áreas de maior necessidade e fornecendo formação aos profissionais em ambiente escolar.

No contexto de internamento, tive a oportunidade de acompanhar crianças em isolamento protetor devido a aplasia medular e realizei intervenções que tiveram como objetivo estimular o brincar. Na maioria das vezes, as crianças que acompanhei eram adolescentes, sendo que para esta faixa etária se optou por proporcionar atividades lúdicas adequadas à sua idade, escutar as suas preocupações e procurar soluções criativas na resolução dos problemas que foram colocando. Devido aos baixos rácios de enfermeiro/doente, muitas vezes não era possível dedicar o tempo necessário para brincar com as crianças, embora esta seja uma competência essencial destes profissionais e que deveria ser realizada sempre que possível. O brincar é uma necessidade básica da infância e contribui para o desenvolvimento saudável da criança. No entanto, numa situação de internamento, essa necessidade pode ser comprometida devido ao afastamento da realidade e da rotina diária da criança (Sousa et al., 2021). Segundo Maia et al. (2019), o brinquedo/brincar terapêutico é desenvolvido pelos enfermeiros e tem como objetivo facilitar a comunicação entre o profissional e a criança, além de facilitar o estabelecimento de vínculos e o bem-estar da criança. Também pode ser usado como um recurso para explicar procedimentos às crianças (Maia et al., 2019). É uma intervenção intencional que promove os cuidados humanizados e holísticos, reduzindo o trauma associado ao internamento (Sousa et al., 2021). A realização destas intervenções permitiu-me desenvolver competências de comunicação e negociação envolvendo as crianças e pais em todo o processo de cuidados, visando o bem-estar físico e, principalmente, psicológico.

Na UCIN, um dos focos dos meus cuidados foi a promoção da parentalidade. Durante este estágio pude prestar cuidados a RN prematuros, especialmente aqueles com internamentos prolongados, o que me permitiu construir uma relação terapêutica com os pais. Ao prestar os cuidados, promovi a parentalidade incentivando os pais a participarem ativamente nos cuidados ao filho. Muitos pais expressaram medo de tocar no seu bebé porque tinha muitos “fios e tubos” e tinham medo de lhe “fazer mal”. Essa preocupação foi desconstruída, através de demonstrações e explicações,

resultando em maior segurança para os pais, que passaram a prestar alguns cuidados de forma praticamente autônoma, apenas com supervisão. Os pais relataram satisfação e redução dos níveis de ansiedade após “sentirem que conseguiam cuidar do seu filho”. Além disso, foi também promovida a amamentação sempre que possível e o método canguru, ambos com benefícios comprovados para mãe, pai e RN (Lopes et al., 2019).

É importante ressaltar que o internamento numa UCIN não faz parte do percurso normativo da parentalidade. Contudo, o enfermeiro deverá prestar cuidados que promovam a parentalidade tendo em conta a situação em que se encontram os pais. As necessidades dos pais na UCIN estão relacionadas com a informação, cuidados a prestar ao RN e capacidade para tomar decisões quanto à saúde do RN. A informação fornecida pelos profissionais de saúde acerca do estado de saúde do RN e os procedimentos realizados é valorizada pelos pais e é de extrema importância, assim como a sua inclusão nos cuidados ao RN (Amorim et al., 2016).

Na USF, nas consultas de doença aguda e nas consultas de vigilância e promoção da saúde Infantil, conforme estabelecido no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (Direção Geral da Saúde, 2013), foi possível detetar precocemente doenças comuns que necessitavam de intervenção e situações de risco para as crianças. Entre outras, destaco a minha participação numa consulta a um menino de 10 anos, acompanhado pela mãe. Durante a consulta, quando inquirimos sobre a escola e os amigos, percebemos que estava a acontecer algo e após uma exploração mais detalhada, identificámos uma situação de bullying. Esta experiência foi enriquecedora, pois exigiu da minha parte uma escolha cuidadosa e adequada das palavras para abordar esta situação. A mãe foi envolvida nas estratégias propostas, o que se revela importante para a alterar ou cessar tais comportamentos. Realizei um Jornal de aprendizagem (Apêndice III) sobre o sucedido, visando analisar a minha prática e melhorar intervenções futuras. Considero que, após ter aprofundado o meu conhecimento sobre o *bullying*, a minha intervenção futura pode ser melhorada. Compreendi os diferentes tipos de *bullying* que podem ocorrer nas relações entre pares, o que é fundamental para identificar tais situações e intervir adequadamente.

No contexto do estágio de internamento em Pediatria, tive a oportunidade de ampliar o meu conhecimento relativo às características das patologias das crianças internadas e às oportunidades de aprendizagem em situações novas, como o cuidado

de crianças em isolamento protetor devido à imunodepressão. Este aprofundamento de conhecimentos foi realizado com recurso à pesquisa e através da discussão de situações com a enfermeira orientadora. O internamento hospitalar é um momento *stressante* para a criança, devido ao afastamento do seu ambiente familiar. Quando uma criança é isolada, seja por proteção ou prevenção de doenças transmissíveis, o *stress* sentido pode ser ainda mais intenso. O isolamento cria uma barreira física que limita o contacto com as outras crianças internadas, reduzindo também a frequência das brincadeiras. Por isso, é fundamental que a equipa de enfermagem ofereça não só uma escuta ativa, mas também aumente os recursos disponíveis no quarto para minimizar o impacto negativo desta experiência (Silva et al., 2019).

b) Prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, é a segunda competência específica do EEESIP, que foi desenvolvida transversalmente em todos os contextos de estágio, com ênfase especial no SU e UCIN, devido às características das crianças e RN com instabilidade das funções vitais, assim como no internamento de pediatria e no centro de desenvolvimento, onde são prestados cuidados a crianças com doenças crónicas, raras e que podem resultar em incapacidade.

No SU, participei na triagem de crianças, adquirindo e desenvolvendo conhecimento sobre as doenças comuns e/ou sazonais, como fator importante para uma resposta de enfermagem adequada. É importante que o enfermeiro seja capaz de distinguir entre as situações comuns e de fácil gestão, daquelas que implicam risco de vida. Devido à grande afluência de crianças ao SU, a triagem é uma das intervenções de enfermagem mais importantes. O enfermeiro, com base no seu conhecimento e com o recurso a fluxogramas, decide o tempo de espera da criança, o que pode ter implicações diretas na sua saúde. Através da observação e da participação neste processo, bem como da pesquisa bibliográfica, consegui aprofundar o conhecimento e desenvolver competências nesta área. Ao participar na triagem, desenvolvi a capacidade de identificar sinais de gravidade, situações de instabilidade das funções vitais e priorizar as crianças quanto ao atendimento médico no serviço. O enfermeiro é o primeiro profissional de saúde com o qual a criança e família têm contacto. A triagem é um setor fundamental pois permite a identificação precoce de situações de instabilidade de funções vitais e risco de morte. O objetivo da triagem é priorizar as crianças para receber cuidados e contribuir para a sua

segurança (Ebrahimi et al., 2020). Neste SU é utilizada a escala de triagem canadiana (*Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*), uma escala de triagem pediátrica usada em hospitais do Canadá para determinar a urgência do atendimento médico a ser prestado a crianças que chegam à emergência. A escala classifica as crianças tendo por base a gravidade da sua doença, levando em consideração fatores como a idade, o motivo da visita, os sintomas apresentados e os sinais vitais, entre outros. Cada criança recebe uma pontuação, que é usada para determinar a ordem de prioridade de atendimento (Warren et al., 2008). Conhecer e realizar a classificação de crianças através deste sistema é de extrema importância, uma vez que é o enfermeiro que decide, com base no seu conhecimento, no fluxograma e na sua experiência profissional, o tempo que a criança pode esperar, em segurança, para ser avaliada pelo médico.

Durante o período em que permaneci neste contexto, também aprofundi os meus conhecimentos em Suporte Avançado de Vida (SAV), através da leitura e análise das diretrizes validadas, uma vez que não tive a oportunidade de participar na prática na sala de reanimação. Portanto, apesar de possuir o curso de Suporte Avançado de Vida (SAV), fui rever conteúdos para poder prestar cuidados a crianças em risco de morte. Embora não tenha presenciado uma situação de reanimação, questionei-me sobre a presença dos pais e considerei pertinente obter informação na literatura acerca do assunto. A presença dos pais em situações de reanimação é controversa e objeto de investigação. Segundo Stewart (2019), numa revisão integrativa da literatura, os pais consideram importante poderem estar presentes durante os cuidados de reanimação dos seus filhos, independentemente da situação ser *stressante*. Os pais compreendem o trabalho dos profissionais de saúde e não interferem, mas valorizam a oportunidade de estar presentes num momento crucial da vida dos seus filhos. Além disso, foi também identificado como importante ter um membro da equipa multidisciplinar a acompanhar os pais e a oferecer explicações sobre o que está a acontecer. É relevante destacar que a presença dos pais durante a reanimação pode ter um impacto psicológico nos mesmos, e o autor sugere a necessidade de mais estudos acerca desta questão (Stewart, 2019).

Durante o estágio, desenvolvi competências na avaliação do estado de saúde da criança, por meio da prática e da pesquisa realizada, a fim de as encaminhar adequadamente de acordo com o nível de complexidade dos cuidados necessários e das especialidades médicas envolvidas.

Na UCIN, pude presenciar situações de reanimação e refletir acerca da atuação da equipa multidisciplinar, com ênfase na atuação do enfermeiro. Embora já tenha vivenciado situações semelhantes numa outra unidade, a sua observação como estudante, permitiu-me uma aquisição mais aprofundada de competências e uma análise mais imparcial. Após essa experiência, discuti com a enfermeira orientadora EEESIP os cuidados prestados e possíveis melhorias. Os RN têm uma alta probabilidade de apresentar instabilidade dos sinais vitais, o que exige uma atuação rápida do enfermeiro para a estabilização precoce. Nesta unidade, há RN com extrema prematuridade, o que os torna muito vulneráveis e dependentes dos cuidados diferenciados do enfermeiro.

Durante o estágio neste contexto, tive ainda a oportunidade de cuidar de bebés em fim de vida, o que me levou a questionar sobre as intervenções de enfermagem aos pais, para facilitar o seu processo de luto. Desta forma, procurei adquirir conhecimentos científicos que me ajudassem a fundamentar intervenções futuras neste âmbito. De acordo com Silva (2010), o enfermeiro deve saber atuar com sensibilidade ao falar com os pais, e ouvi-los para facilitar o alívio e os mecanismos de *coping* perante a perda. É fundamental informar os pais de forma empática, uma vez que a ansiedade que decorre da falta de informação pode ser mais dolorosa. Além dos cuidados de conforto de fim de vida ao RN, o enfermeiro também deve estar atento às necessidades dos pais no processo de luto e aceitação da perda (Silva L. J., 2010).

Transversalmente a todos os estágios, a gestão da dor foi uma das competências que desenvolvi, tendo procurado evidência científica acerca das intervenções de enfermagem, bem como partilhado essa informação com os colegas. Participei na vacinação de crianças em contexto de cuidados de saúde primários, em que a minha prioridade de intervenção foi a gestão da dor relacionada com este procedimento. Para além da intervenção direta nos cuidados, atuei como formadora dos colegas de forma oportuna e contextualizada, mobilizando estratégias não farmacológicas. Utilizei técnicas como a sacarose juntamente com a sucção não nutritiva, identificadas na literatura como eficazes na minimização da dor, principalmente até ao 1.º ano de idade. A utilização destas técnicas permitiu não só que a criança manifestasse menos sinais associados à dor (choro, franzir das sobrancelhas), mas também que o procedimento fosse realizado de forma mais eficaz e segura devido ao facto de a criança se encontrar mais calma.

No contexto de USF, a dor está associada, maioritariamente, a procedimentos invasivos como a administração de vacinas, e o meu foco foi gerir a dor aguda associada a procedimentos, mobilizando as recomendações preconizadas pelas Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças, da Direção Geral da Saúde (DGS) (Direção Geral da Saúde, 2012). A importância do planeamento é destacada nesta orientação, abrangendo a preparação dos pais para fornecerem apoio à criança, assim como a preparação das próprias crianças, com uma comunicação adequada ao seu estágio de desenvolvimento, em relação ao procedimento em questão (Direção Geral da Saúde, 2012). A informação preparatória à criança, bem como o suporte emocional dos pais contribui para o alívio da dor na criança (Batalha, 2010).

Após o planeamento, devem ser selecionadas as intervenções não farmacológicas mais apropriadas (Direção Geral da Saúde, 2012), tomando em consideração o estágio de desenvolvimento da criança e os recursos disponíveis. Após aumentar o meu conhecimento acerca destas estratégias, optei por adotar estratégias ambientais, como diminuir o ruído e a luz da sala, estratégias cognitivo-comportamentais, como a distração por se adequar ao tempo de consulta e aos recursos existentes e estratégias comportamentais, como o reforço positivo (Batalha, 2010). A técnica de distração pode ser usada em todas as idades, mas com intervenções diferentes. Nas crianças até aos 2 anos, fazer pequenos jogos ajuda a desviar a atenção da dor, enquanto em adolescentes falar sobre um filme que tivessem visto ou utilizar técnicas respiratórias é mais adequado na distração da dor (Batalha, 2010). Segundo o Plano Nacional de Vacinação (PNV), até aos 12 meses são administradas a maior parte das vacinas. Nos RN e lactentes as estratégias farmacológicas mais eficazes para procedimentos dolorosos como a vacinação são a contenção, a amamentação e a sacarose com sucção não nutritiva (Direção Geral da Saúde, 2012a, 2012b). Durante os estágios, procurei desenvolver estratégias na gestão diferenciada da dor intervindo através destas estratégias descritas na literatura. Nas consultas, estas estratégias eram explicadas aos pais que participavam e ajudavam na promoção do bem-estar do seu filho.

No centro de desenvolvimento participei parcialmente num projeto desenvolvido pelas EEESIP para a capacitação dos pais de crianças com PEA. Este projeto baseia-se na mobilização do conteúdo do livro “Autismo: Compreender e agir em família” de Dawson, Vismara e Rogers (2015), criadoras de um revolucionário

programa de intervenção precoce em crianças com autismo (Modelo Denver), como suporte para um conjunto de sessões formativas dirigidas aos pais na consulta (Dawson et al., 2015). A minha participação focou-se no tema da aprendizagem destas crianças, através da elaboração de parte de uma apresentação, a ser realizada aos pais, pelos enfermeiros do serviço (Apêndice IV). Apesar de não ter participado na ação formativa, a realização deste trabalho permitiu-me adquirir conhecimento acerca da PEA através da leitura do livro em questão. O objetivo final deste projeto são várias sessões de formação a pais de crianças com diagnóstico de PEA para fornecer informação acerca da patologia e capacitá-los nos cuidados parentais a estas crianças. A capacitação dos pais, um dos pilares da filosofia dos CCF, permite-lhes compreender melhor o seu filho e ajudá-lo a adaptar-se. Ter participado nesta sessão fez-me também compreender a necessidade da intervenção precoce na PEA, uma das doenças crónicas mais comuns nas crianças que são seguidas no contexto em que estagiei. A aquisição de conhecimento foi para além da leitura desse livro, uma vez que procurei aprofundar os meus conhecimentos sobre as PEA, nomeadamente quais as orientações relativas a este diagnóstico e como poderia intervir para promover a intervenção precoce. A PEA é uma perturbação do neurodesenvolvimento que se caracteriza por um comprometimento da comunicação e da interação social, por um conjunto restrito de interesses e padrões de comportamento repetitivos (Halpern et al., 2021). A intervenção precoce tem implicações na evolução da PEA e pode melhorar os resultados, no entanto, as orientações efetivas para o diagnóstico e intervenção da PEA são recentes e apenas em 2019 foi emanada uma Norma de Orientação Clínica (NOC) pela DGS (Halpern et al., 2021), que define os critérios para o rastreio da PEA. Realça a importância de valorizar as preocupações dos pais, a existência de antecedentes familiares com PEA, as regressões no desenvolvimento e a avaliação de sinais precoces para as diferentes faixas etárias (Direção Geral da Saúde, 2019). Muitas vezes a identificação de alterações no neurodesenvolvimento acontece nos cuidados de saúde primários e as crianças são, posteriormente, encaminhadas para centros de referência, como os centros de desenvolvimento. Na USF onde estagiei pude acompanhar este processo sempre que identificámos alterações do desenvolvimento, como a ausência de contacto visual ou de sorriso social. Nestas circunstâncias as alterações foram referenciadas ao médico de família, que as validou através da aplicação instrumento de avaliação M-CHAT (do inglês Modified Checklist for Autism in Toddlers), e

encaminhando, de acordo com esta avaliação, para o acompanhamento por médico especialista em neurodesenvolvimento. A identificação destas alterações é suportada na literatura através da validação do M-CHAT, cuja utilização, segundo Robins et al. (2014), permite a deteção de muitos casos de PEA em *toddlers* levando à diminuição da idade de deteção, e consequentemente, à possibilidade de intervenção mais precoce (Robins et al., 2014).

No contexto do internamento pediátrico, foram mobilizadas intervenções de preparação para os procedimentos e brincadeiras terapêuticas, com o objetivo de fornecer CNT e reduzir o medo e o *stress* associado à hospitalização e ao desconhecido. Foram utilizadas técnicas de distração, brincadeiras e técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento de cada criança, com o intuito de reduzir o desconhecido e, consequentemente, o medo. O medo do desconhecido é um *stressor* que exacerba a percepção da realidade, por isso é importante que o enfermeiro promova a adaptação da criança (Oliveira et al., 2004). Além disso, é fundamental tentar manter as rotinas da criança dentro do possível para que o afastamento do seu ambiente não seja tão doloroso do ponto de vista emocional. O enfermeiro deve compreender o mundo do ponto de vista da criança e reduzir os estímulos negativos (Oliveira et al., 2004).

Durante este estágio, desenvolvi um estudo de caso sobre uma criança hospitalizada, com doença crónica de origem nefrológica, com necessidade de diálise peritoneal (Apêndice V). A realização do estudo de caso permitiu-me identificar as intervenções de enfermagem que facilitam a promoção da adaptação da criança e família à doença crónica, tendo como orientação o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 2011). Esta criança com 20 meses já esteve várias vezes hospitalizada por períodos prolongados, necessitando de realizar múltiplas técnicas invasivas o que potenciou o medo em relação ao ambiente hospitalar. Além disso, a situação social da família é precária. Foi realizada uma adaptação gradual da criança e da mãe à doença crónica, bem como a promoção da independência para os cuidados no domicílio. Após algumas semanas, teve alta com a garantia de que os cuidados à criança e que as necessidades decorrentes da sua doença seriam atendidas, o que exigiu dos enfermeiros do serviço, mas em especial da enfermeira responsável com título de EEESIP, o acompanhamento e capacitação da mãe.

c) Prestar cuidados dando resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança/jovem.

Ao longo do estágio pude acompanhar um EEESIP nas consultas previstas no PNSIJ (Direção Geral da Saúde, 2013), conseguindo ter oportunidades de desenvolvimento de competências relacionadas com todas as faixas etárias. Este programa visa melhorar os indicadores de saúde infantil e juvenil sendo uma orientação na calendarização de consultas para cada faixa etária e de cumprimento do PNV, incentivando, quando possível, os exames de saúde oportunistas e minimizando as deslocações às instituições de saúde. Valoriza também os cuidados antecipatórios com objetivo de promover a saúde, prevenir a doença e promover a deteção precoce de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança. É definido como “um instrumento de apoio à saúde integral infantil e juvenil que concorra para a igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e comunidades” (Direção Geral da Saúde, 2013, p. 8). Nas consultas, para além do PNSIJ, baseei-me também nas *Guidelines Bright Futures* publicadas e divulgadas pela Academia Americana de Pediatria, documento que contém orientações para planear e estruturar as consultas de promoção e vigilância da Saúde Infantil. Além disso, o mesmo documento auxilia na orientação da consulta, tendo em conta o seu contexto, proporcionando espaço intra consulta para as preocupações dos pais e outros temas pertinentes a serem discutidos e esclarecidos, como o histórico familiar e social, a vigilância do desenvolvimento, a observação da interação entre pais e criança, a avaliação física, a imunização e os cuidados antecipatórios (Hagan et al., 2017). Estas orientações mostraram-se como um referencial organizador do pensamento, o que me permitiu participar ativamente nas consultas. A participação nas consultas ajudou-me a desenvolver competências de comunicação e negociação com crianças de diferentes faixas etárias, adotando estratégias específicas para cada estágio de desenvolvimento, assim como capacitar as famílias, transmitindo conhecimentos e cuidados antecipatórios, visando facilitar o desenvolvimento e a gestão dos processos de saúde e/ou doença. O contexto de USF é um contexto bastante diferente do meu contexto de trabalho em hospital, o que me permitiu conhecer uma prática de cuidados mais centrada nos cuidados preventivos e de promoção da saúde. A missão de uma USF está definida legalmente como sendo “a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma

determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.” (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, p. 5589). A maior parte das crianças não se encontram doentes e as intervenções de enfermagem centram-se na promoção da saúde, da parentalidade e da capacitação e empoderamento dos pais. Funcionam com o regime de enfermeiro de família que, em 2014, foi decretado como sendo “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto, p. 4070).

Durante este estágio participei na avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças de diversas faixas etárias e aprofundei o conhecimento acerca dos instrumentos utilizados, como os gráficos de crescimento presentes no PNSIJ e a aplicação da escala de desenvolvimento de Mary Sheridan (Direção Geral da Saúde, 2013). O crescimento e desenvolvimento infantil são um pilar do desenvolvimento humano, pois nos primeiros anos o cérebro é moldado de acordo com a herança genética e a interação com o meio onde a criança vive. É considerado um processo ativo e único de cada criança (Souza & Veríssimo, 2015). O EEESIP, como cuidador direto da criança e família, deverá ter conhecimento para avaliar o crescimento da criança, através de aspetos quantitativos como o peso, o perímetro cefálico, a altura e o índice de massa corporal, e para avaliar o desenvolvimento. A importância da utilização de instrumentos validados é suportada pelo PNSIJ, que cita estudos que indicam que a avaliação do desenvolvimento é feita pelos profissionais de forma informal, no entanto, esta avaliação deteta menos de 30% das crianças com alterações do desenvolvimento, enquanto a utilização de instrumentos de rastreio *standardizados* têm especificidade e sensibilidade entre os 70 e os 90% (Direção Geral da Saúde, 2013). A escala de Mary Sheridan é de fácil aplicação pelos profissionais pelo que está em vigor nos cuidados de saúde primários. É importante ter em conta que o desenvolvimento de uma criança não acontece de forma igual para crianças da mesma idade, o que não significa uma alteração do desenvolvimento (Direção Geral da Saúde, 2013).

Durante as consultas em USF, fiz uma recolha de dados da criança através de anamnese, história clínica, observação da criança e identificação de fatores de risco, de modo a promover o crescimento e desenvolvimento da criança. Os cuidados antecipatórios são um fator de promoção de saúde e prevenção de doença e também

deverão estar presentes nas consultas, bem como em qualquer contacto do enfermeiro com os pais, para que estes consigam ter os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no exercício da parentalidade. O PNSIJ apresenta tabelas com os principais cuidados antecipatórios para cada idade chave e é um apoio imprescindível aos cuidados de enfermagem, por exemplo, em cuidados de saúde primários (Direção Geral da Saúde, 2013).

Na UCIN participei nos cuidados a diversos RN de risco, principalmente prematuros, e foquei as intervenções no sentido da promoção da vinculação. Preocupe-me em incentivar o toque, que tem efeitos positivos para o RN e pais, e em promover o contacto pele a pele, também com benefício para ambos, sempre que a estabilidade do RN o permitia. Também promovi a participação nos cuidados de rotina, como a mudança da fralda ou a alternância de decúbito. Estes cuidados estão descritos como sendo promotores da vinculação, segundo Querido et. al (2022), sendo que, os pais, por vezes, têm medo de os realizar por falta de conhecimento ou por pensarem que poderão fazer mal ao RN (Querido et al., 2022). É importante que o enfermeiro esclareça e esteja presente para incentivar e motivar os pais a fazê-los. Relativamente à promoção da amamentação, esta não foi possível durante o estágio uma vez que os RN tinham ventilação mecânica invasiva, no entanto, as mães foram incentivadas a retirar leite com recurso a bombas extratoras de leite e foram-lhes explicados os benefícios.

Os cuidados ao RN consistem não só em procedimentos para melhorar a saúde do bebé, mas também na promoção da vinculação, uma vez que num RN internado, o processo de vinculação sofre uma disrupção, seja pela situação de doença do RN, seja pelas barreiras físicas existentes nas UCIN. Para promover a vinculação, os pais necessitam de conhecimento sobre as necessidades fisiológicas do RN e de como lhe prestar os cuidados e o enfermeiro é o profissional de saúde que deverá ajudar a restabelecer este vínculo (Querido et al., 2022).

Transversalmente a todos os contextos, e por forma a desenvolver o meu conhecimento e prática da comunicação com as crianças e pais, desenvolvi um documento que me permitiu aprofundar conhecimentos acerca da comunicação em pediatria (apêndice VI) e me possibilitou evoluir ao nível desta unidade de competência, bem como obter estratégias de comunicação eficazes com os pais com vista ao bem-estar da criança. Este documento foi produzido após pesquisa na literatura acerca das estratégias de comunicação com os pais e as crianças das

diversas faixas etárias. Através da sua realização, desenvolvi competências comunicacionais para a preparação da criança, transmissão de informação e negociação eficazes para cada estágio de desenvolvimento, através da pesquisa e observação de EEESIPs. Contribuiu para uma comunicação de forma mais eficaz com as crianças nas diversas faixas etárias, sabendo agora as diferenças na interpretação de cada criança, dependendo do seu estágio de desenvolvimento. Por exemplo, as crianças em idade pré-escolar veem o mundo do seu ponto de vista, com algum egocentrismo, pelo que utilizar estratégias de comunicação em que haja comparação com experiências de outras crianças pode ser infrutífero (Hockenberry, 2014).

A comunicação é um dos instrumentos básicos de enfermagem. Em 1977, Horta et al. definiram instrumentos básicos como “o conjunto de conhecimentos e habilidades fundamentais para o exercício de todas as atividades profissionais” (Horta et al., 1970, p. 6). Segundo Tarko e Helewka (2011), no livro “O modelo de sistemas de Betty Neuman”, cada indivíduo é considerado um sistema aberto composto por cinco variáveis que se relacionam e interagem entre si para manter a estabilidade do sistema quando exposto a *stressores* internos ou externos. A comunicação está incluída na variável sociocultural e interfere, positiva ou negativamente, no bem-estar do sistema e na sua resposta a *stressores* (Tarko & Helewka, 2011). A comunicação em contexto de cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica assume duas dimensões: a comunicação com a criança e a comunicação com os pais. Segundo a filosofia dos CCF, a família é uma constante na vida da criança (Hockenberry & Barrera, 2014).

No SU, uma das dificuldades com que me deparei foi a comunicação com as crianças. Neste contexto de estágio, o tempo de permanência das crianças e dos pais é curto, dificultando o estabelecimento de uma relação terapêutica. Compreendi e desenvolvi a utilização de estratégias de comunicação e distração adequadas à idade, com o objetivo que estas fossem eficazes e contribuíssem para a promoção do bem-estar e do sucesso dos cuidados prestados. Por exemplo, antes da punção venosa a uma criança, havia toda uma preparação para o procedimento iniciando a distração antes do procedimento. Muitas vezes, e dependente do estágio de desenvolvimento, perguntava aos pais a música que a criança gostava e cantávamos com gestos e danças. Esta foi uma estratégia que resultou inúmeras vezes e permitiu diminuir o medo e o *stress* do procedimento.

A comunicação com os pais também detém importância, uma vez que é através desta que se podem obter informações sobre a saúde da criança, assim como das suas preocupações relativamente à criança. Encorajei os pais a falar, através de perguntas abertas, direcionando o foco sempre que necessário e praticando escuta ativa (Hockenberry, 2014). Inerente à dinâmica do SU, existem muitos fatores distratores e interrupções, pelo que adotei estratégias como fechar a porta, sempre que possível, e tentar que só estivesse a criança e os pais na sala onde estava a decorrer a anamnese. Para a realização de procedimentos dolorosos, informávamos toda a equipa para que não houvesse interrupções aquando das intervenções de gestão da dor, como a distração, e de forma a garantir a privacidade da criança e da família.

No internamento de pediatria cuidei de crianças com diferentes estádios de desenvolvimento pelo que adaptei a comunicação de forma a facilitar este processo. A hospitalização de uma criança constitui uma situação de crise na sua vida (Handayani & Daulima, 2020). Reportando-me ao Modelo de sistemas de Betty Neuman, é possível identificar *stressores* que contribuem para o desequilíbrio do sistema durante o internamento. Tal como referido anteriormente, os *stressores* podem ser intrapessoais como o medo dos procedimentos, o medo da lesão corporal ou a dor, interpessoais como a relação com os profissionais de saúde ou a ausência de relação com alguns familiares e, extrapessoais como estar num ambiente desconhecido, afastado de casa e da escola. Estes *stressores* podem ultrapassar as linhas de defesa do sistema e, ao contribuir para o seu desequilíbrio, prejudicar o processo de comunicação (Neuman, 2011). Assim, a utilização de estratégias que facilitem a comunicação, como a adaptação ao estágio de desenvolvimento, contribuem para atingir o bem-estar da criança.

Durante o estágio em USF participei numa consulta a uma adolescente. Foi uma consulta em que se privilegiou a autodeterminação e a privacidade da pessoa, questionando-a se pretendia a presença dos pais. Inicialmente, a adolescente quis que a mãe estivesse presente, mas posteriormente pediu que esta saísse para abordar questões mais relacionadas com a sexualidade. Foram esclarecidas dúvidas relativamente à toma correta de contraceptivo, bem como às infeções sexualmente transmissíveis. A leitura prévia do PNSIJ foi crucial para o desenvolvimento de competências nesta área. Segundo a OMS, o adolescente é a pessoa com idade compreendida entre 10 e 19 anos. Esta é uma fase com inúmeras transformações

físicas e psicossociais, incluindo a puberdade, capacidade de se reproduzir e se expressar eroticamente. Na prestação de cuidados de enfermagem ao adolescente, a privacidade ganha ênfase, bem como a sua participação nas tomadas de decisão. É importante também que, principalmente a nível de consulta de enfermagem, haja flexibilidade no atendimento. Para uma entrevista estruturada e que aborde os temas importantes para a saúde e segurança do adolescente, em 1985 foi criado o acrónimo HEADS, mais tarde transformado em HEADSSS (do inglês, *Home, Education and Employment, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide e Safety*) e usado mundialmente (Direção Geral da Saúde, 2013).

Na prossecução do segundo objetivo geral:

Desenvolver competências na gestão da dor do recém-nascido, criança e jovem,

foram desenvolvidas atividades em três dimensões específicas que passo a descrever:

a) Gerir a dor do RN

Em contexto de USF, a dor no RN está associada, principalmente, a dois procedimentos dolorosos, o diagnóstico precoce e a vacinação. Questionei-me desde o início do estágio como poderia intervir de forma a gerir a dor especificamente nestes procedimentos, pelo que pesquisei a informação presente na literatura para aplicar durante as consultas. Nas primeiras consultas tive dúvidas relativamente ao que poderia mudar na minha técnica e como poderia capacitar os pais para minimizar a dor do seu RN. Taddio et al. (2015) formularam um guia de boas práticas de redução da dor aquando da vacinação. Este documento foi elaborado através da análise de artigos científicos, por forma a definir as práticas recomendadas. Destaco as recomendações que considerei mais relevantes durante o estágio como o facto de, para minimizar a perceção da dor, a vacina mais dolorosa deve ser administrada em último, quando houver administração de múltiplas vacinas (Taddio et al., 2015). Referem também que a aspiração prévia à administração não é necessária porque aumenta a lesão dos tecidos provocando mais dor, não havendo evidência da necessidade de aspiração prévia (Taddio et al., 2015). Estas duas indicações, permitiram-me mudar a minha prática e, desta forma, basear-me na evidência com vista à minimização da dor. Os mesmos autores sugerem também o contacto pele a

pele, a amamentação ou a sucção não nutritiva, técnicas que eu já implementava na minha prática e que se mantiveram durante as consultas. Por fim, sugerem a aplicação de anestésico tópico (Taddio et al., 2015). O anestésico tópico, por exemplo o “EMLA”, tem um tempo de início de ação de aproximadamente de 1 hora pelo que excede o tempo de consulta. Esta foi uma medida mais difícil de implementar, no entanto, essa indicação poderá ser dada para que, em consultas seguintes, os pais apliquem em casa. Na minha prática profissional, os pais quando se dirigem ao serviço, seja em contexto de urgência, seja em contexto eletivo, colocam “EMLA” no local do cateter venoso central totalmente implantado para que a colocação da agulha seja menos dolorosa.

Na UCIN, os RN são submetidos repetidamente a procedimentos dolorosos o que causa alteração dos sinais vitais como bradicardia, hipoxemia e hipertensão, mas também alterações a longo prazo no neurodesenvolvimento (Mangat, et al., 2018). Para que haja uma adequada gestão da dor é preciso que esta seja avaliada e documentada corretamente pelo enfermeiro (Misic et al., 2021).

Ao longo do estágio na UCIN, questionei-me sobre a frequência com que o enfermeiro deveria avaliar a dor e quais as escalas que deveria utilizar para a correta monitorização deste sinal vital. Segundo Misic et al. (2021), a dor deve ser avaliada com a mesma frequência que os restantes sinais vitais (Misic et al., 2021) e antes, durante e após procedimentos dolorosos (Direção Geral da Saúde, 2012b). Os estudos demonstram que a dor nos RN não é avaliada com a frequência ideal e, por isso, a gestão da dor não é feita adequadamente, apesar de os enfermeiros, quando questionados, reconhecerem a importância da mesma. Há vários motivos para esta monitorização deficitária da dor nos RN, tais como falta de conhecimento, falta de protocolos, falta de confiança na escala utilizada, dificuldade de comunicação com outras classes profissionais e medo dos efeitos secundários do tratamento farmacológico (Misic et al., 2021). Na minha prática profissional em UCIN, a avaliação da dor é realizada sempre que se avaliam os restantes sinais vitais. Com o desenvolvimento de competências na gestão diferenciada da dor mudei a minha prática profissional, avaliando a dor também aquando dos procedimentos dolorosos de forma a perceber as estratégias farmacológicas e não farmacológicas mais eficazes na minimização da dor. Avaliando a dor antes, durante e após o procedimento, é possível perceber quão eficazes foram as estratégias utilizadas e mudar, ou manter, as intervenções realizadas.

Em Portugal, a DGS recomenda 4 escalas para a avaliação da dor em RN: EDIN (*Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*), NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*), PIPP (*Premature Infant Pain Profile*) e N-PASS (*Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale*) (Direção Geral da Saúde, 2010). Na UCIN em que estagiei a escala utilizada é a N-PASS. A N-PASS é considerada uma escala eficaz na avaliação da dor/agitação e sedação de RN com ventilação mecânica invasiva. Esta escala tem cinco critérios de avaliação: choro/irritabilidade, comportamento, expressão facial, tónus das extremidades e sinais vitais. Estes cinco critérios são utilizados para avaliar a dor/agitação, através da observação e sem interação com o RN, numa escala de 0 a 10, e para avaliar a sedação numa escala de 0 a -10. A avaliação da sedação requer estimulação e é normalmente utilizada em RN com medicação sedativa (Hillman et al., 2015).

A aquisição de conhecimento acerca das escalas de avaliação da dor no RN, bem como o reconhecimento da sua importância na gestão da dor, contribuiu para o desenvolvimento da competência EEESIP de gestão diferenciada da dor.

Após os estágios, realizei um jornal de aprendizagem denominado “Gestão da dor no RN, atividades e competências desenvolvidas” (Apêndice III) com o objetivo de refletir e consolidar as aprendizagens adquiridas no tema do relatório. Compreendi a importância da avaliação da dor através de escalas validadas, da sua gestão através de medidas farmacológicas e não farmacológicas, da participação dos pais nos cuidados neste âmbito e da partilha de conhecimentos com as equipas de enfermagem. As atividades realizadas e a pesquisa bibliográfica desenvolvida neste âmbito permitiram-me desenvolver as unidades de competência específicas da gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RN, da promoção do crescimento e desenvolvimento e da promoção da vinculação de forma sistemática. Além disso, foi possível desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, especialmente no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, em particular, através da sessão de formação realizada e da partilha e mobilização do conhecimento adquirido através da literatura.

b) Promover a capacitação dos pais na gestão da dor do RN

No estágio em UCIN realizei um jornal de aprendizagem (Apêndice III) acerca de uma entrevista a uma mãe para compreender a sua percepção relativamente à dor sentida pelo filho e desenvolver intervenções que promovam a sua capacitação para intervir como mãe neste domínio. Coloquei questões sobre os sinais de dor e o que fazia para confortar o seu bebé. Ao longo da entrevista e dos cuidados ao RN, intervim com o objetivo da capacitação da mãe para a gestão da dor do RN, mobilizando técnicas de conforto do RN como o toque, a amamentação ou o contacto pele a pele. Considerei esta atividade importante para a minha aprendizagem, mas também para a mãe uma vez que segundo a literatura, a dor do RN é das experiências mais causadoras de *stress* para os pais (Gale et al., 2004). Foi possível perceber a satisfação da mãe ao participar nos cuidados ao seu filho e ao saber como poderia aliviar a sua dor/*stress*.

c) Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados na gestão da dor do RN

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados constitui uma competência comum do enfermeiro especialista. Pressupõe a obtenção de conhecimento avançado baseado na evidência científica de forma a identificar oportunidades de melhoria (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Ao longo dos estágios, fui adquirindo conhecimento científico na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica e, mais especificamente na gestão da dor do RN. Por exemplo, durante o estágio de USF, identifiquei que poderia intervir na área da gestão da dor e realizei um questionário de diagnóstico (Apêndice VII) das necessidades formativas dos profissionais relativamente à gestão da dor. Com base nas respostas ao questionário, preparei uma sessão de formação (Apêndice VII) para partilhar e refletir sobre o conhecimento científico existente com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A sessão abordou as necessidades formativas identificadas, a contextualização dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, o conceito de dor e as estratégias não farmacológicas para a gestão da dor nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança. Foi uma sessão bastante dinâmica que me permitiu aprofundar conhecimentos sobre a gestão da dor e transmiti-los a enfermeiros, direcionando às necessidades formativas identificadas e contribuindo para a melhoria dos cuidados na gestão da dor do RN.

4. SÍNTESE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

O percurso formativo desenvolvido permitiu-me o desenvolvimento de competências, comuns e específicas, do EEESIP e de mestre. Este percurso consistiu em estágios em diversos contextos, por forma a possibilitar um maior número de experiências e aprendizagem, bem como um desenvolvimento profissional nas várias áreas de atuação do EEESIP. Concomitantemente à componente prática do cuidar em enfermagem, o desenvolvimento de competências exigiu reflexão, análise e aquisição ou aprofundamento de conhecimento baseado na evidência científica. Segundo Alarcão e Rua (2005), competência é “um conjunto de micro-competências que se mobilizam na ação, de uma miríade de atitudes e saberes de vários tipos” (Alarcão & Rua, 2005, p. 376). Articulando agora o conceito de competência com a especialidade em enfermagem, o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4744).

Após a descrição e análise das atividades realizadas, presente no capítulo anterior, urge a necessidade de uma abordagem global da aquisição de competências comuns e específicas do EEESIP, tendo também como referencial o RPQCEESCJ para uma prática especializada, que estimule a reflexão contínua sobre a qualidade e que apoie a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 351/2015, de 22 de junho).

As competências comuns do enfermeiro especialista são constituídas por quatro domínios (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

O domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal** é desenvolvido diariamente na minha prática profissional com vista à excelência dos cuidados. Neste percurso, esta competência foi consolidada. Se na minha prática já me baseava em documentos reguladores da profissão, como o código deontológico do enfermeiro (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro) e o REPE (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro), com este percurso consolidei os meus conhecimentos e pautam agora também a minha prática de enfermagem os regulamentos das competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro) e das competências específicas

do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho), bem como o RPQCEESCJ (Regulamento n.º 351/2015, de 22 de junho).

A tomada de decisão em enfermagem está presente no dia a dia dos cuidados e é influenciada pelo conhecimento e experiência. Em situações simples e habituais, a tomada de decisão tende a ser mais “fácil” na medida em que não levanta dúvidas, por oposição, situações menos familiares ou mesmo novas exigem um processo mais analítico e moroso, que nos exige refletir (Nunes, 2016). Durante os estágios consolidei e consciencializei o processo de tomada de decisão, questionando-me sobre a prática e adquirindo conhecimento na evidência científica. A minha prática evoluiu na componente reflexiva e analítica, mas também no conhecimento que adquiri ao longo deste processo. No âmbito do tema que norteou o meu processo formativo, a gestão da dor e *stress* no RN, pude assumir um papel de consultor através da partilha de conhecimento e boas práticas, conduzindo à melhoria da qualidade dos cuidados. Assumi, e continuo a assumir e a desenvolver na minha prática profissional, uma atitude de reflexão, análise e avaliação dos processos de tomada de decisão que realizo ou que presencio.

Na prática de enfermagem a defesa pelos direitos humanos assume um papel preponderante, bem como os quatro princípios bioéticos, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Relativamente ao domínio da **melhoria contínua da qualidade** este refletiu-se no aprofundamento de conhecimentos através da revisão bibliográfica de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados a nível individual e organizacional. Na minha prática profissional, bem como durante os estágios, a reflexão sobre as práticas e a pesquisa de evidência que sustente melhores práticas, contribuiu para identificar oportunidades de melhoria e alteração de práticas. A realização da sessão de formação no âmbito da dor em pediatria contribuiu para a disseminação de conhecimento e melhoria da qualidade dos cuidados.

Contribuiu também para a melhoria da qualidade dos cuidados ter adquirido conhecimento, através dos utentes, sobre os seus hábitos culturais por forma a respeitar a sua identidade cultural. Pude prestar cuidados a crianças com culturas diferentes da minha, o que enriqueceu o meu conhecimento, tendo aumentado também a minha sensibilidade, consciência e respeito pela diversidade cultural e a tomada de consciência da necessidade de adequar os cuidados.

O domínio da **gestão dos cuidados** tem vindo a ser desenvolvido ao longo da prática profissional e consolidado durante o contexto de estágio. A orientação de estudantes permitiu-me desenvolver a capacidade de tomada de decisão e fomentar a reflexão e a análise das situações. Agi também como líder em situações em que fui o elemento mais diferenciado, com necessidade de tomada de decisão autónoma e em equipa multidisciplinar, fomentando um ambiente positivo. Ao nível do estágio, e mais precisamente relativamente à gestão da dor na criança, adquiri e partilhei o conhecimento e ajudei na tomada de decisão em equipa com enfermeiros EEESIP e de cuidados gerais, apostando na melhoria contínua dos cuidados.

A última competência comum refere-se ao **desenvolvimento das aprendizagens profissionais** e foi desenvolvida ao longo do meu percurso profissional e formativo. A procura ativa por conhecimento mais recente e científico para melhorar os cuidados está presente em todos os momentos da minha prestação de cuidados, bem como agir como elemento facilitador das aprendizagens da equipa onde me insiro. A orientação de alunos permitiu-me atuar como formadora, diagnosticando as necessidades formativas através do reconhecimento de oportunidades formativas e de crescimento pessoal e agindo de forma a facilitar a aprendizagem. A sessão de formação realizada em contexto de USF também me permitiu desenvolver competências enquanto formador, incentivando a reflexão sobre as práticas e a sua alteração quando oportuno e validado pela evidência.

Para além das competências comuns, e com o objetivo de melhoria profissional e obtenção do grau de mestre e de EEESIP, desenvolvi competências específicas.

As competências específicas do EEESIP são constituídas por três domínios (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho) e para o seu desenvolvimento foi necessária uma prática reflexiva, a aquisição de conhecimento científico e experiencial, bem como a mobilização das filosofias dos cuidados de enfermagem em pediatria, os CCF e os CNT.

No que concerne ao domínio, **assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde**, centrou-se principalmente no estabelecimento de uma parceria de cuidados com a criança e família com vista à promoção da saúde e da parentalidade. Nos cuidados de enfermagem prestados as intervenções incluíram a negociação da participação da criança e família, promovendo a capacitação e *empowerment* com intuito da promoção da independência e bem-estar.

Através das consultas desenvolvi a capacidade de centrar as minhas intervenções mais na promoção da saúde e da parentalidade através do incentivo e partilha de conhecimento acerca de estratégias para a adoção de hábitos saudáveis, adaptando à individualidade de cada criança e família. No entanto, também foram desenvolvidas competências na identificação de doenças comuns e de situações de risco. Participei numa consulta a um menino envolvido em *bullying* e realizei um jornal de aprendizagem em que refleti sobre a situação e sobre a minha prática com intenção da melhoria de cuidados.

Participei na referenciação de uma criança à saúde escolar e compreendi os trâmites para o estabelecimento de uma relação profissional utilizando os recursos comunitários, para que a promoção da saúde e a prevenção da doença possam ser realizadas em vários contextos.

No domínio, **cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**, desenvolvi competências ao nível da identificação de situações de instabilidade dos sinais vitais, mobilizando e adquirindo conhecimentos por forma a uma rápida identificação e a uma resposta adequada e baseada na evidência. A revisão do SAV pediátrico permitiu-me rever conteúdos para que numa situação de emergência possa intervir prontamente e de forma correta.

Os cuidados em contexto de internamento permitiram-me o desenvolvimento de competências nos cuidados à criança com doença crónica promovendo a sua adaptação e a capacitação da família para os cuidados. Realizei um estudo de caso de um menino com doença crónica que iria necessitar de cuidados permanentes em casa, o que foi orientador da estruturação das intervenções de enfermagem necessárias à promoção do bem-estar e prevenção do agravamento da doença, bem como à capacitação da mãe.

Ainda neste domínio, a gestão diferenciada da dor foi o tema com maior enfoque, uma vez que é a área de interesse selecionada por mim. As intervenções realizadas para o desenvolvimento desta competência iniciaram pela procura contínua de conhecimento sobre a dor e a sua gestão, na criança, em particular no RN, e continuaram na aplicação desse conhecimento na prática de cuidados e na transmissão de informação e alteração de práticas na equipa de enfermagem.

Relativamente ao domínio, **presta cuidados dando resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança/jovem**, o seu desenvolvimento foi constante ao longo de todos os estágios. As intervenções com

vista à promoção do crescimento e desenvolvimento estão presentes em todos os contextos tendo exigido um aprofundamento dos conhecimentos e dos instrumentos de avaliação. Na USF e no centro de desenvolvimento desenvolvi a minha prática na aplicação da escala de Mary Sheridan, tendo usado a análise da mesma para orientar as minhas intervenções e os cuidados antecipatórios. Também preparei consultas tendo em conta o estágio de desenvolvimento o que foi facilitador do desenvolvimento desta competência. A comunicação com a criança e família foi sustentada nas particularidades do estágio de desenvolvimento, apoiando-me no documento que formulei sobre a comunicação em pediatria, e melhorando ao longo das intervenções e interações que pude experienciar em estágio. A promoção da vinculação teve especial relevo na UCIN, em que há uma clara quebra na vinculação e o EEESIP deve implementar estratégias para promover a vinculação. Utilizei estratégias descritas na literatura como sendo promotoras da vinculação de forma sistemática.

A análise destas competências focou-se na obtenção do título de EEESIP pela OE, no entanto, e não menos importante, este percurso formativo visa a obtenção do grau de mestre pelo que realço o desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos em diferentes áreas, a aplicação desses conhecimentos na prática e na resolução de situações simples e complexas e a capacidade de comunicar as conclusões de forma clara (Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser enfermeiro exige um conhecimento técnico e científico que permita cuidados de excelência com vista ao bem-estar do cliente. O respeito pela dignidade humana, pela vida e pela saúde são deveres efetivos de todo e qualquer enfermeiro. Ser enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica acrescenta um perfil de competências comuns e específicas com intuito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

O objetivo deste relatório foi cumprido ao descrever e refletir sobre o percurso de aprendizagem prática e teórica, baseada na evidência científica, de desenvolvimento de competências para a obtenção do título de EEESIP e grau de mestre.

O caminho foi iniciado com a vontade de aprender mais e prestar melhores cuidados de enfermagem. Através da aquisição de conhecimento teórico foi possível orientar a minha perspectiva dos cuidados para a criança e família, tendo por base os CCF, com o intuito de minimizar a dor e o *stress*, recorrendo aos CNT. O modelo orientador da minha prática foi o modelo de sistemas de Betty Neuman. Este modelo levou-me a identificar possíveis *stressores*, que levem a instabilidade do sistema, em que pudesse intervir, enquanto enfermeira, para a maximização do bem-estar.

A gestão da dor no RN é uma área do meu interesse pessoal e profissional, sendo também pertinente globalmente e destacada no RPQCEESCJ e no perfil de competências do EEESIP. O RN não consegue expressar-se verbalmente quando sente dor, no entanto ocorrem alterações fisiológicas e comportamentais que permitem ao enfermeiro, através de escalas validadas, avaliar e intervir no sentido da minimização deste *stressor*. Sabe-se que a inadequada gestão da dor tem repercussões no imediato e a longo prazo e, cabe ao enfermeiro, através de intervenções autónomas e interdependentes, a sua minimização.

O desenvolvimento de conhecimento teórico na área dos cuidados à criança e família, e também da gestão da dor no RN, foi transversal a todo este percurso e permitiu justificar a minha prática profissional na ciência. Contribuiu para o desenvolvimento de competências de EEESIP que pretendo continuar a desenvolver durante a prestação de cuidados, com o objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A partilha de conhecimento científico entre colegas permite também a

disseminação de boas práticas, pelo que foi uma prática adotada por mim durante os estágios e que pretendo manter no meu percurso profissional.

REFERÊNCIAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enferm*, 14(3), 373-82.
- Alotaibi, K., Higgins, I., Day, J., & Chan, S. (2018). Paediatric pain management: knowledge, attitudes, barriers and facilitators among nurses—integrative review. *Int Nurs Rev*, 65(4), 524-33. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inr.12465>
- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22.
- American Academy of Pediatrics. (2012). Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*, 129(2), 394–404. <https://doi.org/https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
- Amorim, M., Alves, E., Barros, H., & Silva, S. (2016). Necessidades e papéis parentais em cuidados intensivos neonatais: revisão dos guias portugueses. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2583-94.
- Askin, D. F., & Wilson, D. (2014). Capítulo 10:. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*. Lusociência.
- Aviso n.º 3918/2021. (de 3 de março). Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, Série II-E*, 260-5.
- Aziznejadroshan, P., Alhani, F., & Mohammadi, E. (2017). Experience of nurses about barriers to pain management in pediatric units: A qualitative study. *J Nurs Midwifery Sci*, 4, 89-96.
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Blount, R. L., McCormick, M. L., MacLaren, J. E., & Kain, Z. N. (2008). 10. Preparing children for invasive procedures and surgery. Em G. A. Walco, & K. R. Goldschneider, *Pain in children: a practical guide for primary care* (pp. 93-9). New Jersey: Humana Press.
- Chen, J., Kandle, P. F., Murray, I., Fitzgerald, L. A., & Sehdev, J. S. (2022). Physiology, Pain. *StatPearls [internet]*, 1-9.
- Coughlin, M. (2017). Trauma-informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *infant*, 13(5), 1-4.

- Coyne, I. (2015). Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. *Health Expect*, 18(5), 796-808. <https://doi.org/10.1111/hex.12104>
- Dawson, G., Vismara, L., & Rogers, S. (2015). *Autismo: Compreender e agir em família*. Lisboa: Lidel.
- Decreto-Lei n.º 118/2014. (de 5 de agosto). *Diário da República, Série I*, 4069 - 4071.
- Decreto-Lei n.º 161/96. (de 4 de setembro). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República, Série I-A*, 2959-62. Obtido de https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1823&tabela=leis&so_miolo=
- Decreto-Lei n.º 298/2007. (de 22 de agosto). *Diário da República, Série I*, 5587 - 96.
- Decreto-Lei n.º 74/2006. (de 24 de março). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República, Série I-A*, 1-62.
- Diogo, P., Freitas, B., Costa, A., & Gaíva, M. A. (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Rev Bras Enferm.*, 74(4), 1-5. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0377>
- Direção Geral da Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. *Orientação da Direção Geral da Saúde*, 1-4.
- Direção Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). *Orientação da Direção Geral da Saúde*, 1-11.
- Direção Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Norma da Direção Geral da Saúde*, 1-116.
- Direção Geral da Saúde. (2019). Abordagem Diagnóstica e Intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo em Idade Pediátrica e no Adulto. *Norma nº 002/2019*, 1-31.
- DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., & Janusis, G. M. (2011). ADHD in the Classroom: Effective Intervention Strategies. *Theory Into Practice*, 50(1), 35-42. <https://doi.org/10.1080/00405841.2011.534935>
- Ebrahimi, M. E., Mirhaghi, A., Najafi, Z., Shafaei, H., & Roudi, M. H. (2020). Are Pediatric Triage Systems Reliable in the Emergency Department? *Emergency Medicine International*, 1-8.

- Flowers, D. L. (2004). Culturally competent nursing care: a challenge for the 21st century. *Crit Care Nurse*, 24(4), 48-52.
- Freese, B. T. (2004). Capítulo 18: Betty Neuman Modelo de sistemas. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp. 335-375). Loures: Lusociência.
- Gale, G., Franck, L. S., Kools, S., & Lynch, M. (2004). Parents' perceptions of their infant's pain experience in the NICU. *International Journal of Nursing Studies*, 41(1), 51-8. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00096-8](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00096-8)
- Gao, H., Gao, H., Xu, G., Li, M., Du, S., Li, F., . . . Wang, D. (2016). Efficacy and safety of repeated oral sucrose for repeated procedural pain in neonates: a systematic review. *Int J Nurs Stud*, 62, 118-25. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.015>
- Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents* (4^a ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Halpern, C. M., Silva, P. C., Costa, D., Nascimento, M. J., Reis, J. M., Martins, M. T., . . . Afonso, S. (2021). A Perturbação do Espectro do Autismo na Primeira Infância: O Modelo do Centro de Estudos do Bebê e da Criança de Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica. *Acta Med Port*, 34(10), 657-63.
- Handayani, A., & Daulima, N. H. (2020). Parental presence in the implementation of atraumatic care during children's hospitalization. *Pediatr Rep.*, 12(Suppl 1), 11-4. <https://doi.org/10.4081/pr.2020.8693>
- Hillman, B. A., Tabrizi, M. N., Gauda, E. B., Carson, K. A., & Aucott, S. W. (2015). The Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale and the bedside nurse's assessment of neonates. *J Perinatol*, 35(2), 128-31. <https://doi.org/10.1038/jp.2014.154>
- Hockenberry, M. J. (2014). Capítulo 6: comunicação e avaliação inicial da criança. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9^a ed., pp. 122-87). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Capítulo 1: Perspetivas de enfermagem pediátrica. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9^a ed., pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Horta, W. A., Kamiyama, Y., & Paula, N. S. (1970). O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 4, 5-20.

- Instituto de Apoio à Criança. (1996). Carta da Criança Hospitalizada. *Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança*.
- Jacob, E. (2014). Capítulo 7: Apreciação e gestão da dor na criança. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed., pp. 188-239). Loures: Lusociência.
- Kokorelias, K. M., Gignac, A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: a scoping review. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5>.
- Lei n.º 156/2015. (de 16 de setembro). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série I*, 8059 - 105. Obtido de https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVlwl6Va
- Lopes, M. S., Catarino, H., & Dixe, M. A. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura. *Referência, III série*(1), 109-18.
- Lopes, T. R., Santos, V. E., & Carvalho, J. B. (2019). A presença do pai no método canguru. *Esc. Anna Nery*, 23(3), 1-5.
- Maia, E. B., Ohara, C. V., & Ribeiro, C. A. (2019). Ensino do brinquedo terapêutico na graduação de enfermagem: ações e estratégias didáticas utilizadas por professores. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, 1-17.
- Mangat, A. K., Oei, J. L., Chen, K., Quah-smith, I., & Schmölzer, G. M. (2018). A Review of Non-Pharmacological Treatments for Pain Management in Newborn Infants. *Children (Basel)*, 5(10), 1-12. <https://doi.org/10.3390/children5100130>
- Misic, M. C., Andersen, R. D., Strand, S., Eriksson, M., & Olsson, E. (2021). Nurses' perception, knowledge, and use of neonatal pain assessment. *Paediatr Neonatal Pain*, 3, 68–74. <https://doi.org/10.1002/pne2.12050>
- Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. Em B. Neuman, & J. Fawcett, *The Neuman systems model* (5th ed., pp. 1-34). United States of America: Pearson.
- Nunes, L. (2016). Desafios da tomada de decisão autónoma em enfermagem. *Workshop Urgência Geral & Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar de Lisboa Central*, 1-13. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/18072>
- Nunes, L., Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*(15), 1-37.
- Oliveira, G. F., Dantas, F. D., & Fonseca, P. N. (2004). O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. *Rev. SBPH*, 7(2), 37-54.

- Olsson, E., Ahl, H., Bengtsson, K., Vejayaram, D. N., Norman, E., Bruschettini, M., & Eriksson, M. (2021). The use and reporting of neonatal pain scales: a systematic review of randomized trials. *Pain*, 162(2), 353-60. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002046>
- Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Referência*, IV(11), 121-32.
- Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Intervenções de enfermagem promotoras da vinculação ao recém-nascido hospitalizado –revisão scoping. *Enfermería Global*, 21(2), 594–637. <https://doi.org/https://doi.org/10.6018/eglobal.479291>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., . . . Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-82. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Regulamento n.º 140/2019. (de 6 de fevereiro). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, Série II*, 4744 - 4750.
- Regulamento n.º 351/2015. (de 22 de junho). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República, Série II*, 16660-5. Obtido de www.dre.pt
- Regulamento n.º 422/2018. (de 12 de julho). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, Série II*, 19192 - 94. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>
- Regulamento n.º190/2015. (de 23 de abril). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República, Série II*, 10087-90. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., Tronchin, D. M., & Forte, E. C. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 27(2), 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>
- Robins, D. L., Casagrande, K., Barton, M., Chen, C. A., Dumond-Mathieu, T., & Fein, D. (2014). Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised With Follow-up. *Pediatrics*, 133(1), 37-45. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1813>

- Silva, J. P., Kudo, A. M., Galheigo, S. M., & Jacob, L. R. (2019). Isolamento hospitalar pediátrico: o olhar da criança. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.*, 3(4), 508-25.
- Silva, L. J. (2010). Luto em Neonatologia. *Acta Pediatr Port*, 41(6), 281-4.
- Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *J Pediatr Nurs*, 42, 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Sousa, C. S., Barreto, B. C., Santana, G. A., Miguel, J. V., Braz, L. S., Lima, L. N., & Melo, M. C. (2021). Therapeutic play and the impact on hospitalization of children: scoping review. *Rev Soc Bras Enferm Ped.*, 21(2), 173-80.
- Souza, J. M., & Veríssimo, M. R. (2015). Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(6), 1097-104. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>
- Stevens, B., Yamada, J., Ohlsson, A., Haliburton, S., & Shorkey, A. (2016). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(7). <https://doi.org/doi:10.1002/14651858.CD001069.pub5>
- Stewart, S. A. (2019). Parents' Experience When Present During a Child's Resuscitation: An Integrative Review. *Western Journal of Nursing Research*, 41(9), 1282-305. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0193945918822479>
- Taddio, A., McMurtry, C. M., Shah, V., Riddell, R. P., Chambers, C. T., Noel, M., . . . Bleeker, E. (2015). HELPinKIDS: Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline. *CMAJ*. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150391>
- Tarko, M. A., & Helewka, A. N. (2011). The client system as an individual. Em B. Neuman, & J. Fawcett, *The Neuman systems model* (pp. 37-69). United States of America: Pearson.
- Warren, D. W., Jarvis, A., LeBlanc, L., Gravel, J., & NWG, C. (2008). Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (PaedCTAS). *CJEM*, 10(3), 224-32. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S1481803500010149>
- World Health Organization. (2012). *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. WHO press. https://doi.org/978_92_4_154812_0
- World Health Organization. (21 de 02 de 2023). *Stress*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>

APÊNDICES

Apêndice I – Guia orientador das atividades de estágio

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediatria**
Unidade Curricular: Estágio com relatório

**Gestão da dor e stress no recém-nascido:
contributos do enfermeiro especialista em Saúde
Infantil e Pediátrica**

Guia orientador de estágio

Rita Calado Mendes Gordo
nº 10496

Docente orientador:
Prof. Sónia Colaço

Lisboa
Fevereiro, 2022

Nota introdutória

Este guia insere-se na unidade curricular (UC) “Estágio com relatório”, do 1º semestre do 3º ano do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Tem como objetivo explicar resumidamente o projeto de estágio desenvolvido que se intitula “Gestão da dor e *stress* no recém-nascido: contributos do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica”. Este projeto pretende orientar o percurso de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

A temática da gestão da dor surge no contexto de prestação de cuidados de enfermagem a pessoas doentes e, conseqüentemente, com dor, e na necessidade da sua gestão com vista à melhoria contínua dos cuidados. A faixa etária do recém-nascido relaciona-se com o local onde exerce funções, uma unidade de cuidados intensivos neonatais. Emergiu também da necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a gestão da dor do recém-nascido, e os fatores que a influenciam.

Tendo em conta o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e a temática escolhida, foram definidos dois objetivos gerais e os respetivos objetivos específicos:

Objetivo geral

1. Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, no cuidado à criança e família a viver processos de saúde e doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento.

Objetivos específicos

- Prestar cuidados de forma a assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.
- Prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.
- Prestar cuidados dando resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança/jovem.
- Comunicar com a criança/jovem e família, tendo em conta o ciclo de vida e o desenvolvimento.

Objetivo geral

2. Desenvolver competências na gestão diferenciada da dor do RN.

Objetivos específicos

- Gerir a dor do RN.
- Promover a capacitação dos pais na gestão da dor do RN.
- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados na gestão da dor do RN.

Os estágios irão decorrer entre 12 de outubro de 2021 e 27 de fevereiro de 2022, como esquematizado no cronograma seguinte:

Mês	Outubro			Novembro					Dezembro			
Semana	11-17	18-24	25-31	1-7	8-14	15-21	22-28	29-5	6-12	13-19	20-26	27-2
Local	Cuidados de Saúde Primários - USF			C. Desenvolvimento			Serviço de Urgência Pediátrica			Férias de Natal		

Mês	Janeiro					Fevereiro		
Semana	3-9	10-16	17-23	24-30	31-6	7-13	14-20	21-27
Local	Internamento Pediatria					Neonatologia		

Problemática em estudo

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, do inglês International Association for the Study of Pain) define o conceito de dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou assemelhando-se àquela associada a, dano real ou potencial ao tecido” (Raja, et al., 2020, p. 1977).

A dor em pediatria é influenciada pelo estadio de desenvolvimento da criança, pela sua idade, pela causa e natureza da dor e, pela capacidade de expressão e caracterização da dor. Desta forma, há inúmeros instrumentos de avaliação de dor em pediatria, no entanto, estes deverão ser escolhidos tendo em conta as variáveis acima descritas (Jacob, 2014).

Durante o crescimento e as idas a serviços de saúde, as crianças são submetidas a inúmeros procedimentos de saúde, mais ou menos invasivos (Blount, et al., 2008). Apesar de haver investigação na gestão da dor em pediatria, não só no melhoramento dos instrumentos de avaliação, como também nas opções terapêuticas, muitas crianças continuam a ter uma gestão inadequada da dor, pela incorreta avaliação da dor, pela inconsistente realização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas e pela falta de acompanhamento subsequente (Jacob, 2014).

O enfermeiro especialista em ESIP contribui para a gestão diferenciada da dor da criança/jovem e na otimização de respostas (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho). Uma vez que detém esta competência, considere esta problemática pertinente. É uma área que me interessa pessoalmente e com impacto no crescimento e desenvolvimento da criança, desde o seu nascimento. Para além disso, tem impacto no bem-estar da criança e família e tem consequências sociais como a menor adesão a cuidados de promoção e manutenção de saúde, como o exemplo da vacinação.

No caso específico do recém-nascido, este não consegue expressar a dor através da verbalização, pelo que é importante saber identificar as manifestações de dor baseadas nas mudanças fisiológicas e comportamentais. Uma das características mais consistentes e utilizada na maior parte das escalas para avaliação da dor é a expressão facial que, no caso dos RN, inclui o encerramento dos olhos com um franzir das sobrancelhas, a boca aberta e a língua esticada (Jacob, 2014).

Há dois tipos de estratégias para a gestão da dor, as farmacológicas e as não farmacológicas. A gestão da dor através de medidas farmacológicas, em Portugal é uma intervenção de enfermagem interdependente, neste caso, depende de prescrição médica. No entanto, não deixa de ser competência do enfermeiro, especialmente do

EESIP, a identificação da dor, a sua avaliação e correta administração de fármacos para atingir a gestão diferenciada da dor. A gestão da dor no RN através de medidas não farmacológicas é de extrema importância, principalmente nas UCIN, mas não só, uma vez que mesmo os RN saudáveis são sujeitos a procedimentos dolorosos, por exemplo, na administração de vacinas. Está demonstrado que o uso de várias intervenções não farmacológicas ao mesmo tempo produz um efeito analgésico melhor. Como intervenções não farmacológicas na gestão da dor do RN estão descritas, a sucção não nutritiva, a administração de sacarose ou glucose, a amamentação, o método canguru com contacto pele a pele e a contenção física com posicionamento à linha média (Mangat, et al.,2018).

As estratégias farmacológicas e não farmacológicas são de extrema importância não só porque nenhum RN deve sentir dor, mas porque isso leva a alterações no desenvolvimento, principalmente neurológico.

Tabela 1 – Atividades propostas para o contexto de estágio: Unidade de Saúde Familiar da Baixa

Objetivo geral 1 - Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, no cuidado à criança e família a viver processos de saúde e doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento.				
Objetivos específicos	Atividades			Competências a desenvolver
	Data e duração	Descrição	Indicadores	
1.1. Prestar cuidados de forma a assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.	11 outubro 2021 a 7 novembro 2021	-Caracterização da USF, do seu funcionamento e dos projetos de promoção de saúde infantil existentes. -Aprofundamento de conhecimentos sobre o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), o Programa Nacional de Vacinação (PNV) e <i>Bright Futures Guidelines</i>. -Preparação, realização e análise de consultas (exame físico, cuidados antecipatórios, rastreios e vacinação), segundo as recomendações do PNSIJ e <i>Bright Futures Guidelines</i>. -Colaboração com o enfermeiro ESIP na atuação perante uma criança de risco, por exemplo, em casos de abuso, negligência ou maus-tratos. -Participação no processo de vacinação.	-Documento escrito; -Aplicação de conhecimentos em consulta de saúde infantil -Aplicação em consultas e discussão com EEESIP orientador. -Realização de jornal de aprendizagem.	Competências específicas do EE em ESIP: -E1.1; E1.2.

1.2. Prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade		-Preparação das crianças para a vacinação e outros procedimentos invasivos mobilizando técnicas de comunicação e distração adequadas ao seu estágio de desenvolvimento para a gestão eficaz da dor. -Gestão da dor nas diferentes faixas etárias.	-Aplicação dos conhecimentos durante a realização de procedimentos.	Competências específicas do EE em ESIP: -E.2.2.
1.3. Prestar cuidados dando resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança/jovem.		-Prestação de cuidados culturalmente sensíveis, através da pesquisa de diferentes culturas presentes na comunidade a que a USF dá resposta. -Avaliação do desenvolvimento das crianças e jovens, mobilizando instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil. -Colaboração nas consultas de vigilância de saúde infantil em diferentes faixas etárias.	-Aplicação em consultas. -Aplicação de conhecimentos nas consultas de saúde infantil.	Competências específicas do EE em ESIP: -E3.1.; E3.4.
1.4. Comunicar com a criança/jovem e família, tendo em conta o ciclo de vida e o desenvolvimento.		-Aprofundamento de conhecimento acerca de métodos de comunicação eficaz com a criança.	-Produção de documento com as características mais importantes dos vários estádios de desenvolvimento e das estratégias de comunicação.	Competências específicas do EE em ESIP: E3.3.;

Objetivo geral 2 - Desenvolver competências na gestão diferenciada da dor do recém-nascido.				
Objetivos específicos	Atividades			Competências a desenvolver
	Data e duração	Descrição	Indicadores	
2.1. Gerir a dor do RN.	11 outubro 2021 a 7 novembro 2021 (4 semanas)	-Aprofundamento de conhecimentos na avaliação e gestão da dor do RN. -Pesquisa acerca das escalas de avaliação da dor relacionada com procedimentos e a sua correta aplicação. -Gestão adequada da dor no processo de vacinação do RN e noutros procedimentos invasivos necessários.	-Aplicação em consultas -Aplicação e análise nas consultas e salas de tratamento; .	Competências específicas do EE em ESIP: -E2.2.
2.2. Promover a capacitação dos pais na gestão da dor do RN.		-Partilha com os pais de conhecimentos adquiridos sobre a gestão da dor no RN e incentivo à parceria de cuidados e promoção da parentalidade.	Aplicação em consultas	Competências específicas do EE em ESIP: -E1.1., E2.2.

2.3. Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados na gestão da dor do RN.		-Complementar o conhecimento da equipa de enfermagem acerca da gestão da dor no RN, durante procedimentos invasivos como vacinação e diagnóstico precoce.	-Sessão de formação	Competências específicas do EE em ESIP: -E2.2.
---	--	---	---------------------	--

Tabela 2 – Atividades propostas para o contexto de estágio: Centro de desenvolvimento

Objetivo geral 1 - Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, no cuidado à criança e família a viver processos de saúde e doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento.				
Objetivos específicos	Atividades			Competências a desenvolver
	Data e duração	Descrição	Indicadores	
1.1. Prestar cuidados de forma a assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.	8 de novembro a 19 de novembro (2 semanas).	-Aprofundamento de conhecimentos sobre alterações do neurodesenvolvimento. -Participação em consultas multidisciplinares. -Colaborar na preparação de uma sessão para os pais sobre o autismo nas crianças.	-Aplicação de conhecimentos em consulta. -Documento com apresentação realizada	Competências específicas do EE em ESIP: -E1.1; E1.2.
1.2. Prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.		-Aprofundamento do conhecimento acerca da perturbação do espectro do autismo e outras patologias crónicas que existam em crianças que frequentam o centro.	-Aplicação em consultas	Competências específicas do EE em ESIP: -E2.3.; E2.5.
1.3. Prestar cuidados dando resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança/jovem.		-Avaliação do desenvolvimento das crianças e jovens, mobilizando instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil. -Colaboração nas consultas de desenvolvimento em diferentes faixas etárias.	-Aplicação de conhecimentos nas consultas.	Competências específicas do EE em ESIP: -E3.1.; E3.3.; E3.4.

1.4. Comunicar com a criança/jovem e família, tendo em conta o ciclo de vida e o desenvolvimento.		-Aprofundamento de conhecimento acerca de métodos de comunicação eficaz com a criança.	-Aplicação em consulta e melhoria de documento já existente sobre comunicação nos diferentes estádios de desenvolvimento.	Competências específicas do EE em ESIP: E3.3.;
---	--	--	---	--

Tabela 3 – Atividades propostas para o contexto de estágio: Serviço de urgência

Objetivo geral 1 - Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, no cuidado à criança e família a viver processos de saúde e doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento.

Objetivos específicos	Atividades			Competências a desenvolver
	Data e duração	Descrição	Indicadores	
1.1. Prestar cuidados de forma a assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.	22 novembro 2021 a 17 dezembro 2021	-Colaboração com o enfermeiro ESIP na atuação perante uma criança de risco, por exemplo, em casos de abuso, negligência ou maus-tratos. -Aprofundamento de conhecimentos sobre doenças comuns a várias faixas etárias e intervenções de enfermagem apropriadas.	-Realização de jornal de aprendizagem. -Aplicação de conhecimentos na prestação de cuidados.	Competências específicas do EE em ESIP: -E1.1; E1.2.
1.2. Prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.		-Aprofundamento de conhecimentos acerca do Suporte Avançado de Vida Pediátrico. -Colaboração com o enfermeiro ESIP no cuidado a crianças com doença crónica, rara ou incapacidade. Aprofundamento de conhecimentos acerca da presença da família em situações de reanimação. -Preparação das crianças para procedimentos dolorosos mobilizando estratégias não farmacológicas adequadas ao seu estadio de desenvolvimento. -Pesquisa e aplicação do brincar terapêutico.	-Aplicação na prestação de cuidados. -Discussão com enfermeiro orientador. -Aplicação na prestação de cuidados.	Competências específicas do EE em ESIP: -E2.1.; E2.2.; E2.3.; E2.5.

		-Pesquisa acerca das escalas de avaliação da dor e sua correta aplicação.		
1.3. Comunicar com a criança/jovem e família, tendo em conta o ciclo de vida e o desenvolvimento.		-Aprofundamento de conhecimento acerca de métodos de comunicação eficaz com a criança.	-Continuação de documento produzido com as características mais importantes dos vários estádios de desenvolvimento e da comunicação. -Aplicação em prestação de cuidados direta.	Competências específicas do EE em ESIP: E3.3.;

Objetivo geral 2 - Desenvolver competências na gestão diferenciada da dor do recém-nascido.				
Objetivos específicos	Atividades			Competências a desenvolver
	Data e duração	Descrição	Indicadores	
2.1. Gerir a dor no recém-nascido.	22 novembro 2021 a 17 dezembro 2021	-Aprofundamento de conhecimentos na avaliação e gestão da dor do RN. -Pesquisa acerca das escalas de avaliação da dor relacionada com procedimentos e a sua correta aplicação. -Gestão adequada da dor do RN durante procedimentos invasivos necessários.	Aplicação de conhecimentos e estratégias durante a prestação de cuidados.	Competências específicas do EE em ESIP: - E2.2.
2.2. Promover a capacitação dos pais na gestão da dor do RN.		-Partilha com os pais de conhecimentos adquiridos sobre a gestão da dor no RN e incentivo à parceria de cuidados e promoção da parentalidade.	-Aplicação durante a prestação de cuidados.	Competências específicas do EE em ESIP: -E1.1., E2.2.

2.3. Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados na gestão da dor do RN.		-Complementar o conhecimento da equipa de enfermagem acerca da gestão da dor no RN, durante procedimentos invasivos.	-Discussão com enfermeira orientadora e restantes enfermeiros do serviço	Competências específicas do EE em ESIP: -E2.2.
---	--	--	--	--

Tabela 4 – Atividades propostas para o contexto de estágio: serviço de pediatria

Objetivo geral 1 - Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, no cuidado à criança e família a viver processos de saúde e doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento.				
Objetivos específicos	Atividades			Competências a desenvolver
	Data e duração	Descrição	Indicadores	
1.1. Prestar cuidados de forma a assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.	3 de janeiro a 28 de janeiro de 2022	-Colaboração com o enfermeiro ESIP na prestação de cuidados à criança nas diferentes faixas etárias. -Aprofundamento de conhecimentos sobre doenças comuns no internamento a várias faixas etárias e intervenções de enfermagem apropriadas.	-Aplicação de conhecimentos na prestação de cuidados.	Competências específicas do EE em ESIP: -E1.1; E1.2.
1.2. Prestar cuidados à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.		-Colaboração com o enfermeiro ESIP no cuidado a crianças com doença crónica, rara ou incapacidade. -Mobilização da teórica de referência (Betty Neuman) para a prestação de cuidados. -Preparação das crianças para procedimentos dolorosos mobilizando estratégias não farmacológicas adequadas ao seu estadio de desenvolvimento. -Pesquisa e aplicação do brincar terapêutico. -Pesquisa acerca das escalas de avaliação da dor e sua correta aplicação.	-Realização de estudo de caso. -Aplicação na prestação de cuidados.	Competências específicas do EE em ESIP: - E2.3.; E2.5.

1.3. Prestar cuidados dando resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança/jovem.		-Prestação de cuidados culturalmente sensíveis, através da pesquisa de diferentes culturas presentes na comunidade a que o internamento dá resposta.	-Aplicação dos conhecimentos na prestação de cuidados.	Competências específicas do EE em ESIP: -E3.1.; E3.4.
1.4. Comunicar com a criança/jovem e família, tendo em conta o ciclo de vida e o desenvolvimento.		-Aprofundamento de conhecimento acerca de métodos de comunicação eficaz com a criança.	-Continuação de documento produzido com as características mais importantes dos vários estádios de desenvolvimento e da comunicação. -Aplicação em prestação de cuidados direta.	Competências específicas do EE em ESIP: E3.3.;

Tabela 5 – Atividades propostas para o contexto de estágio: Neonatologia

Objetivo geral 1 - Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, no cuidado à criança e família a viver processos de saúde e doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento.

Objetivos específicos	Atividades			Competências a desenvolver
	Data e duração	Descrição	Indicadores	
1.1. Prestar cuidados de forma a assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.	31 de janeiro 2022 a 27 fevereiro de 2021	-Colaboração com o enfermeiro ESIP na prestação de cuidados ao recém-nascido e família, com vista à promoção da parentalidade	-Aplicação de conhecimentos na prestação de cuidados.	Competências específicas do EE em ESIP: -E1.1.
1.2. Prestar cuidados dando resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança/jovem.		-Aprofundamento de conhecimentos sobre cuidados promotores do neurodesenvolvimento no recém-nascido prematuro. -Colaboração com o enfermeiro ESIP na prestação de cuidados ao recém-nascido e família, com vista à promoção da vinculação.	-Aplicação de conhecimentos na prestação de cuidados.	Competências específicas do EE em ESIP: -E3.2.

Objetivo geral 2 - Desenvolver competências na gestão da dor do recém-nascido.				
Objetivos específicos	Atividades			Competências a desenvolver
	Data e duração	Descrição	Indicadores	
2.1. Gerir a dor no recém-nascido.	31 de janeiro 2022 a 27 fevereiro de 2021	-Colaboração com o enfermeiro ESIP na gestão da dor no recém-nascido. -Aprofundamento de conhecimentos, através da literatura e observação participante do enfermeiro ESIP, acerca da participação dos pais na gestão da dor do recém-nascido. -Aprofundamento de conhecimentos, através da literatura e observação participante do enfermeiro ESIP, acerca da avaliação do <i>stress</i> dos pais e da sua perceção quanto à dor do recém-nascido.	-Documento com revisão da literatura e reflexão relativamente à prática.	Competências específicas do EE em ESIP: - E2.2.
2.2. Promover a capacitação dos pais na gestão da dor do RN.		-Partilha com os pais de conhecimentos adquiridos sobre a gestão da dor no RN e incentivo à parceria de cuidados e promoção da parentalidade.	-Aplicação durante a prestação de cuidados e realização de jornal de aprendizagem.	Competências específicas do EE em ESIP: -E1.1., E2.2.

2.3. Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados na gestão da dor do RN.		-Complementar o conhecimento da equipa de enfermagem acerca da gestão da dor no RN, durante procedimentos invasivos.	-Discussão com enfermeira orientadora e restantes enfermeiros do serviço	Competências específicas do EE em ESIP: -E2.2.
---	--	--	--	--

Referências Bibliográficas

- Blount, R. L., McCormick, M. L., MacLaren, J. E., & Kain, Z. N. (2008). 10. Preparing children for invasive procedures and surgery. Em G. A. Walco, & K. R. Goldschneider, *Pain in children: a practical guide for primary care* (pp. 93-9). New Jersey: Humana Press.
- Jacob, E. (2014). Capítulo 7: Apreciação e gestão da dor na criança. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed., pp. 188-239). Loures: Lusociência.
- Mangat, A. K., Oei, J. L., Chen, K., Quah-smith, I., & Schmölzer, G. M. (2018). A Review of Non-Pharmacological Treatments for Pain Management in Newborn Infants. *Children (Basel)*, 5(10), 1-12. doi:10.3390/children5100130
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., . . . Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-82. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939
- Regulamento n.º 422/2018 (de 12 de julho). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série II*, 19192 - 19194. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>

Apêndice II – Descrição sumária dos locais de estágio

Descrição sumária dos contextos de estágio

A USF é uma USF modelo B e tem inúmeros objetivos a nível da promoção da saúde infantil e pediátrica. Tem uma equipa de 3 EEESIP com projetos na área da saúde infantil e, sendo uma USF, considerei que a proximidade à família seria uma mais-valia na aquisição de competências direcionadas à promoção da saúde em crianças saudáveis e na identificação de alterações de forma precoce, como alterações do desenvolvimento. Após entrevista inicial com a enfermeira responsável foi-me referido que iriam começar um projeto sobre a gestão da dor, mas que ainda não tinha sido possível, pelo que esta foi uma oportunidade para iniciar este projeto.

O Centro de desenvolvimento intervém em crianças com todo o tipo de alterações do desenvolvimento através de uma equipa multidisciplinar que tem atuação não só nas crianças, mas envolvendo os pais em todo o processo. Foi um contexto que me permitiu o cuidar da criança com estas alterações e desenvolver competências na capacitação e empoderamento dos pais para a aquisição de competências parentais específicas para a patologia que os seus filhos têm.

O Serviço de urgência e o internamento de pediatria foram ambos num hospital central o que foi um dos motivos para a escolha do local destes contextos. Permite desenvolver competências ao nível da instabilidade das funções vitais e risco de vida, bem como do cuidado à criança com doença aguda e crónica. Também por serem serviços em hospitais centrais, recebem crianças com doenças raras o que é enriquecedor para este percurso académico e profissional.

A neonatologia escolhida para além dos cuidados ao RN de risco, tem cuidados muito específicos como hipotermia terapêutica e RN com prematuridade extrema. A proximidade ao bloco de partos também foi um dos motivos para a escolha para desenvolver competências nos cuidados ao RN ainda no bloco de partos. Como a problemática escolhida é a gestão da dor no RN, este é o local de estágio mais próximo desta problemática e onde é possível intervir e desenvolver competências na área.

Apêndice III – Jornais de aprendizagem

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediatria**
Unidade Curricular: Estágio com relatório

Jornal de aprendizagem: *Bullying*

Rita Calado Mendes Gordo
nº 10496

Docente orientador:
Prof. Sónia Colaço

Lisboa
Novembro, 2021

Jornal de Aprendizagem

A escrita reflexiva é, segundo Jasper (2005), central para a noção de aprender com a experiência, constituindo-se um pilar da prática reflexiva (Jasper M. A., 2005).

A prática reflexiva permite a capacitação dos profissionais no aprofundamento do conhecimento das suas práticas e saberes. É considerada uma potencial situação de aprendizagem pois permite saber o que se faz e como se faz, através de um processo de análise consciente.

Tem como objetivo não só aumentar o conhecimento a partir de experiências práticas, mas também aumentar a confiança do profissional e abordar a enfermagem de forma mais sistemática, intencional e crítica (Santos & Fernandes, 2004).

Tendo em conta o referido, optou-se por utilizar a prática reflexiva numa situação que aconteceu em estágio, utilizando a estrutura do Ciclo de Gibbs, um ciclo reflexivo dividido em 6 etapas (Jasper M., 2003).

Etapa 1 – Descrição da situação

Durante o estágio na USF, participei em várias consultas de saúde infantil. Uma dessas consultas foi com o Pedro (nome fictício), um menino de 10 anos que vinha acompanhado pela mãe.

Comecei por lhe perguntar como estava e se tinha alguma coisa que o preocupasse e ele, com o seu jeito desenrascado, respondeu prontamente que não. Falámos da alimentação variada e dos alimentos preferidos do Pedro, tendo reforçado a importância da minimização da ingestão de açúcar e sal e incentivado a ingestão de frutas e legumes. Seguidamente, questionei-o sobre a escola e o Pedro referiu-me que tinha boas notas, “5 a tudo menos a português”, disse ele. Por fim, perguntei se tinha muitos amigos e ele respondeu que eram todos amigos dele, com uma expressão facial que não demonstrava o que tinha acabado de dizer. Optei por insistir no assunto:

-São todos teus amigos? Há sempre umas pessoas que gostamos mais que outras, isso não acontece contigo?

-São todos meus amigos (olhou para a mãe para validar).

Após uma comunicação não verbal que me deixava inquieta, questionei diretamente se alguma coisa se passava com os colegas da escola. O Pedro começou a contar que havia um grupo de meninos que gostava de “chatear” os outros meninos e que às vezes se batiam, mas que recentemente ele já não se metia muito

com eles. Perguntei se então isso tinha parado, mas o Pedro disse que não, que apenas melhorou, mas que ainda se batem.

A mãe do Pedro mostrou-se surpresa pois achava que esse problema já não existia. Continuei a insistir com o Pedro em como é que ele se sentia e como reagia quando lhe batiam ou o chateavam. Ele contou que não se sentia bem e que, no início, lhes respondia, mas “acabava por levar” e depois contou que também “chateava outros meninos”. Perguntei-lhe o porquê de chatear outros meninos e ele disse que gostava e era divertido. Voltei a insistir:

-Se tu não gostas de ser chateado pelos meninos, porque é que chateias outros meninos?

-Porque é divertido.

-Mas pensa lá um bocadinho sobre a situação, achas que os meninos que chateias estão a gostar de ser chateados?

-Não, mas eu gosto porque os outros também me chateiam a mim, e batem-me.

Reforcei o facto de que nenhum menino gosta de ser chateado e pedi-lhe para pensar sobre o assunto e sobre o porquê de o fazer. Disse-lhe também para tentar ignorar os outros meninos que o chateiam, afastar-se deles e que, se o chatearem mais vezes depois disso, tem de contar à mãe e aos professores.

Incentivei a mãe a expor a situação na escola, aos professores, de forma a arranjar uma estratégia para um recreio mais harmonioso.

Combinei que até à próxima consulta, o Pedro iria pensar no porquê de chatear outros meninos e ia tentar não o fazer, e que iria tentar afastar-se dos meninos que o chateiam.

No final da consulta, após ficarmos só eu e a enfermeira da USF, falámos sobre o que poderíamos ter dito para melhorar a situação.

Etapas 2 – Descrição de sentimentos

No início da consulta, achei que iria ser uma consulta sem intercorrências e “normativa”, no entanto, revelou-se uma consulta desafiante. Quando percebi que o Pedro sofria de bullying por parte de um grupo de meninos que lhe batiam, comecei num rodópio de pensamentos para me tentar lembrar de como agir nestas situações. Posteriormente, quando percebi que ele gostava de bater noutros meninos, percebi que teria de ir aprofundar o meu conhecimento sobre o bullying para poder aconselhar

e capacitar para lidar com esta situação. Possivelmente, o Pedro batia noutros meninos, uma vez que outros meninos também lhe batiam, pensava eu. Ação-reação.

Senti que o que devia fazer era tentar aumentar a autoconfiança dele, mas acabei por não o fazer, tentando apenas que ele questionasse as suas ações sobre os outros.

Talvez tenha sentido alguma impotência perante a situação descrita.

Etapa 3 e 4 – Avaliação e análise

Considereei esta situação pertinente para a minha aprendizagem e aquisição de competências como enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria (EESIP), uma vez que me levou a pesquisar e a aprofundar o conhecimento sobre bullying .

Durante muitos anos, o bullying era visto como uma situação desagradável e com poucas consequências, no entanto, a evidência tem mostrado que este pode ter consequências muito graves e alterações a longo prazo (Rettew & Pawlowski, 2022). Há vários tipos de bullying, físico, sexual, verbal, social, homofóbico e cyberbullying, no entanto todos eles se referem a um comportamento agressivo, repetitivo e intencional em que existe um diferencial de poder (p.e. socioeconómico, estatura física) entre a vítima e o agressor (Rettew & Pawlowski, 2016). A forma mais comum de bullying é a verbal, ou seja, com insultos e “chamar nomes”, e ocorre maioritariamente no meio escolar, no entanto, o cyberbullying tem ganhado relevo (Waseem & Nickerson, 2021). É também importante referir que, por vezes, formas menos graves de bullying podem evoluir para formas mais graves como por exemplo, em vez de insultos, passar a praticar agressão física. O objetivo do bullying é sempre provocar mal-estar, medo, vergonha, insegurança e desconforto à vítima, seja qual for o tipo de bullying (APAV, s.d.). O Pedro é vítima de bullying físico e, posteriormente, tornou-se também agressor, pelo que é muito importante instruí-lo sobre esta prática e incentivar a não ser agressor e em como agir quando é a vítima. A vítima, apesar de se sentir insegura, com vergonha e com medo, deve tentar demonstrar o máximo de segurança que conseguir, sem mostrar medo, pois por vezes isto pode ser o suficiente para parar o bullying. Pode dizer para pararem, sem demonstrar insegurança, responder com humor ou, se não resultar, ir embora (U.S. Department of Health and Human Services, s.d.). É também importante reforçar junto da vítima que deverá contar a um adulto sobre o que se está a passar, para que possa

ser ajudado. Ter um amigo perto para não andar sozinho, também ajuda a evitar alguns momentos de bullying (APAV, s.d.).

No caso do Pedro, uma vez que não é só vítima de bullying, mas também agressor, é importante explorar também esse “lado”. É importante ouvir a perspectiva do agressor, sem o confrontar, mas mostrando empatia pela vítima, referindo os limites para um comportamento aceitável e não aceitável. Por vezes, quando uma criança percebe o quanto está a magoar e a afetar a vítima, pode parar com o bullying (Waseem & Nickerson, 2021). Não deve ser a vítima a dizer ao agressor o quão magoada está, essa ideia foi substituída na literatura por não reagir emocionalmente (Rettew & Pawlowski, 2016). A literatura identifica este tipo de crianças como o Pedro, as que são vítimas e agressores ao mesmo tempo. Estas crianças costumam ter mais características comuns com os agressores, como por exemplo, não aceitarem responsabilidade sobre os seus atos. Tendencialmente culpam algo externo como os pais, os professores ou até a própria vítima. São também crianças que tendencialmente têm um humor mais depressivo (Georgiou & Stavrinides, 2008).

Etapa 5 e 6 – Conclusão e plano de ação

Considero que a consulta teve alguns pontos positivos. Penso que o Pedro se questionou a ele próprio sobre as suas ações, o que é positivo e pode ter ajudado a não perpetuar a agressão (verbal e física). Também considero positivo o facto de a mãe ter tomado conhecimento de toda a situação e ir reportá-la no meio escolar.

Por outro lado, penso que poderia ter-me focado mais no que o Pedro sentia e no porquê de sentir necessidade de agredir outras crianças. Após a análise efetuada, baseada na evidência, teria explorado melhor a forma de agir do Pedro para se poder defender enquanto vítima de bullying, incentivá-lo a mostrar segurança perante os agressores enquanto diz para eles pararem. Também teria sido interessante, e poderá ser realizado em consultas sequenciais, mostrar ao Pedro que as crianças que ele “chateia”, sentem-se mal com isso, um pouco à semelhança do que ele sente quando é ele a ser “chateado”.

Se voltasse a acontecer, ou se tivesse oportunidade para receber o Pedro em mais consultas, explorava mais os sentimentos do Pedro, tanto no papel de agressor como no papel de vítima. Também considero que teria sido benéfico entrar em contacto com o enfermeiro de saúde escolar para esclarecer a comunidade escolar

(crianças, pais e professores) acerca do bullying e de como prevenir e, se tal não for possível, detectá-lo precocemente.

Considero que a reflexão e pesquisa bibliográfica sobre esta situação específica me permitiu desenvolver competências de EEESIP, particularmente, a unidade de competência “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”, na medida em que foram identificadas situações de risco, como o *bullying*, e foram sensibilizados os pais para a situação. Além disso, foi facilitada a aquisição de conhecimentos relativos ao *bullying* pela criança e família. Não foi possível continuar a acompanhar esta criança e família no contexto de estágio, no entanto, irá ser dado seguimento ao acompanhamento de enfermagem na USF.

Referências bibliográficas

- APAV. (s.d.). Bullying. Obtido em 9 de janeiro de 2022, de APAV para jovens: <https://www.apavparajovens.pt/pt/go/o-que-e2>
- Georgiou, S. N., & Stavrinides, P. (2008). Bullies, Victims and Bully-Victims: Psychosocial Profiles and Attribution Styles. *School Psychology International*, 29, 574-88. doi:10.1177/0143034308099202
- Jasper, M. (2003). *Beginning reflective practice: foundations in nursing and health care series*. United Kingdom: .
- Jasper, M. A. (2005). Using reflective writing within research. *Journal of Research in Nursing*, 10(3), 247-260. doi:<https://doi.org/10.1177/174498710501000303>
- Rettew, D. C., & Pawlowski, S. (2016). Bullying. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 25(2), 235-42. doi:10.1016/j.chc.2015.12.002.
- Rettew, D. S., & Pawlowski, S. (2022). Bullying: An Update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 31(1), 1-9. doi:10.1016/j.chc.2021.09.001
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência*, 11, 59-62.
- U.S. Department of Health and Human Services. (s.d.). How to Prevent Bullying. Obtido em 12 de janeiro de 2022, de StopBullying: <https://www.stopbullying.gov/prevention/how-to-prevent-bullying#Help>
- Waseem, M., & Nickerson, A. B. (2021). Bullying. *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441930/>

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular: Estágio com relatório**

**Jornal de aprendizagem: *Perceção dos pais sobre a
dor do RN***

**Rita Calado Mendes Gordo
nº 10496**

**Docente orientador:
Prof. Sónia Colaço**

**Lisboa
Março, 2022**

Jornal de Aprendizagem

A escrita reflexiva é, segundo Jasper (2005), central para a noção de aprender com a experiência, constituindo-se um pilar da prática reflexiva (Jasper M. A., 2005).

A prática reflexiva permite a capacitação dos profissionais no aprofundamento do conhecimento das suas práticas e saberes. É considerada uma potencial situação de aprendizagem pois permite saber o que se faz e como se faz, através de um processo de análise consciente.

Tem como objetivo não só aumentar o conhecimento a partir de experiências práticas, mas também aumentar a confiança do profissional e abordar a enfermagem de forma mais sistemática, intencional e crítica (Santos & Fernandes, 2004).

Tendo em conta o referido, optou-se por utilizar a prática reflexiva numa situação que aconteceu em estágio, utilizando a estrutura do Ciclo de Gibbs, um ciclo reflexivo dividido em 6 etapas (Jasper M., 2003).

Etapas do Ciclo de Gibbs

Durante o estágio na Unidade de cuidados intensivos neonatais participei nos cuidados a alguns bebés, um deles o J. O J. é um bebé prematuro que nasceu às 30 semanas e 2 dias estando internado há 6 semanas. Quando nasceu necessitou de entubação orotraqueal com ventilação mecânica invasiva e, neste momento está com ventilação mecânica não invasiva (VNI). A mãe do J. está sozinha em processo de reconciliação com o pai do J., e é a única visita do RN.

Para compreender a perceção da dor do J. que a mãe tem fiz uma entrevista com perguntas abertas para que esta referisse se percebe a dor no seu bebé, o que identifica como sendo dor e o que faz para confortar o seu bebé.

A mãe referiu que no início do internamento não tinha a certeza de quando o seu bebé tinha dor, é o primeiro filho e não conseguia compreender, no entanto, ao longo do internamento já nota quando o seu bebé está desconfortável.

Relativamente a como identifica a dor, disse: "Noto que ele fica mais agitado (...) e o monitor apita". "Não sei se é dor, mas parece-me desconfortável". Referiu também que se assustava muito no início quando o monitor alarmava mas que ao longo do tempo, olhar para o bebé e perceber o estado dele a descansava – "as enfermeiras explicaram que o monitor por vezes alarma só com o movimento ou se se descolar alguma coisa, só preciso de avisar, e não ficar em sobressalto, e isso, ajudou-me a ficar mais tranquila".

Perguntei-lhe o que fazia para confortar o bebé quando nota desconforto/dor e a mãe respondeu-me que inicialmente apenas chamava as enfermeiras, mas agora, para além de as chamar, tenta confortar o bebé com toque e alguma contenção, como foi ensinada.

Adicionalmente a estas perguntas, a mãe do J. refere que inicialmente sentia medo em tocar no J. porque era muito pequenino e tinha medo de o magoar, mas com o tempo e com os ensinamentos dos enfermeiros, aprendeu como confortar o seu filho e prestar alguns cuidados como mudar a fralda.

Durante esta entrevista e os cuidados ao J. senti que para além do *stress* de ter um filho internado numa UCIN e de não saber o futuro, os pais sentem receio na realização dos cuidados básicos ao bebé e que isso os deixa ansiosos. Os enfermeiros têm um papel preponderante na promoção da parentalidade e da vinculação incentivando e explicando as formas seguras de interação com o RN.

Esta situação foi pertinente para a minha aprendizagem e aquisição de competências de EEESIP como a promoção da vinculação e a gestão da dor no RN, mais especificamente na perceção dos pais quanto à dor do RN.

O processo de vinculação é a ligação emocional do RN aos seus pais e constitui a base de todas as relações que constituirá ao longo da vida. Num processo de internamento há uma disrupção deste processo. Para a promoção da vinculação em processo de internamento, Querido et al. (2020) identificou dois grandes grupos de intervenções: as intervenções para a promoção da interação entre os pais e o RN e as intervenções de interação entre os pais e a equipa de enfermagem. As intervenções para a promoção da interação entre os pais e o RN deverão ser realizadas o mais precocemente possível e consistem em restabelecer a proximidade física através do toque, contacto pele a pele, amamentação e no envolvimento nos cuidados ao seu filho através da capacitação. As intervenções de interação dos pais com a equipa de enfermagem consistem no apoio emocional e na comunicação eficaz (Querido, et al., 2020).

A dor do RN é descrita na literatura como sendo uma das experiências mais causadoras de *stress* para os pais. A incapacidade dos pais para proteger e aliviar a dor do RN durante um internamento numa UCIN leva a sentimentos de ansiedade, impotência, medo e preocupação. A informação e a participação dos pais nos cuidados ao RN diminuem o *stress* e transmitem sentimentos de competência parental e adaptação saudável à parentalidade. Os enfermeiros assumem um papel

importante ao encorajar os pais a participarem nos cuidados, capacitando-os e empoderando-os nas tomadas de decisão do seu filho (Gale, et al., 2004).

Considero que esta entrevista e os cuidados ao J. contribuíram para a minha aprendizagem e desenvolvimento de competências de EEESIP, como a promoção da vinculação e a gestão diferenciada da dor. Estas são competências fulcrais que contribuem para o desenvolvimento saudável do RN e a diminuição do *stress* dos pais durante o internamento. Estão também interligadas, na medida em que a participação nos cuidados e a proximidade física promove a vinculação e pode levar a diminuição da dor no RN. Para a harmonização destas duas competências, o enfermeiro deverá estar munido de informação obtida na evidência e aplicá-la na sua prática. Considero que esta reflexão e pesquisa contribui para a melhoria dos meus cuidados de enfermagem.

Referências bibliográficas

- Gale, G., Franck, L. S., Kools, S., & Lynch, M. (2004). Parents' perceptions of their infant's pain experience in the NICU. *International Journal of Nursing Studies*, 41(1), 51-8. doi:[https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00096-8](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00096-8)
- Jasper, M. (2003). *Beginning reflective practice: foundations in nursing and health care series*. United Kingdom: .
- Jasper, M. A. (2005). Using reflective writing within research. *Journal of Research in Nursing*, 10(3), 247-260. doi:<https://doi.org/10.1177/174498710501000303>
- Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Nunes, E., & Caldeira, S. (2020). Intervenções de enfermagem na promoção da vinculação do recém-nascido com necessidade de internamento – scoping review. *Cadernos de Saúde*, 12, 63-64. doi:<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10263>
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência*, 11, 59-62.

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediatria**
Unidade Curricular: Estágio com relatório

**Jornal de aprendizagem: Gestão da dor no RN,
atividades e competências desenvolvidas**

Rita Calado Mendes Gordo
nº 10496

Docente orientador:
Prof. Sónia Colaço

Lisboa
Março, 2023

Etapas do Ciclo de Gibbs

Etapas 1 e 2 – Descrição da situação e de sentimentos

Durante os estágios realizei várias atividades no âmbito da gestão da dor e *stress* do recém nascido (RN) com o intuito de aumentar conhecimento no tema e de desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP).

Nos cuidados de saúde primários, durante as consultas ao RN, estes são submetidos a procedimentos que aumentam o *stress* e que provocam dor. Adotei estratégias descritas na literatura de forma a minimizar o *stress* e a dor. Durante a vacinação ou o diagnóstico precoce, procedimentos estes que são invasivos e provocam dor, trabalhei com os pais no sentido de minimizar o desconforto sentido pelo RN através, principalmente da amamentação e da sucção não nutritiva. Para além disso, e por ter experiência em neonatologia, realizei o diagnóstico precoce através de punção venosa em vez de punção do calcanhar, pois está descrito como uma técnica que inflige menos dor. De forma a promover a melhoria dos cuidados, preparei uma sessão para os enfermeiros da USF onde estagiei para transmitir o conhecimento que adquiri sobre este tema. Senti-me muito gratificada pois tanto os pais como os profissionais, perceberam a relevância do tema e adotaram estratégias que minimizam a dor e *stress* do RN aquando destes procedimentos. A sessão correu bastante bem e senti que foi muito útil para clarificar alguns aspetos e pormenores da minimização da dor em cuidados de saúde primários. Incidi bastante sobre a vacinação em todas as faixas etárias da pediatria, pois este é o procedimento doloroso mais comum neste contexto. A avaliação da dor é um momento crucial na sua gestão, no entanto, por vezes não é realizada. Durante o estágio, desenvolvi estratégias com o orientador neste sentido e, na USF onde estagiei, irão desenvolver um protocolo de avaliação da dor durante os procedimentos dolorosos que se baseia em alguns documentos que facultei e na sessão que promovi.

Em contexto de internamento, consulta de desenvolvimento e serviço de urgência, adotei estratégias semelhantes de minimização da dor e *stress* no RN. Para além do que já foi referido relativamente à dor, tentei também minimizar o *stress*, mesmo quando não eram realizados procedimentos dolorosos, através da promoção de um ambiente calmo durante as consultas e observação do RN, diminuindo os estímulos sonoros e luminosos e, principalmente em contexto de urgência, minimizando a quantidade de profissionais presentes na sala durante a avaliação do

RN. Senti que apesar de parecerem estratégias simples, são estratégias que deixam o RN mais confortável e organizado, promovendo também um sentimento de satisfação nos pais relativamente aos cuidados prestados. Outra questão bastante importante é transmitir calma e serenidade aos pais, uma vez que o estado emocional dos pais influencia o *stress* do RN. Tentei fazê-lo ao longo dos estágios e foi notória a minha evolução, uma vez que a minha confiança nos cuidados prestados e no conhecimento que adquiri foi aumentando.

Em contexto de unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) os RN estão sujeitos a *stress* muito frequentemente. Ou são RN prematuros ou RN com uma doença grave que são mais suscetíveis ao movimento, à luz e aos ruídos. Para além disto, são sujeitos frequentemente a procedimentos invasivos e dolorosos. Realizei a avaliação da dor com a mesma frequência dos restantes sinais vitais e nos procedimentos dolorosos. A escala utilizada é a N-PASS pois é uma escala validada para RN a partir das 23 semanas de idade gestacional, que estejam ventilados e/ou sedados. Os RN de que cuidei cumpriam estes critérios pelo que utilizei esta escala para a avaliação da dor nos RN. Quando a escala demonstrava que o RN tinha dor, utilizei estratégias para a sua minimização, por exemplo, melhorei o posicionamento com alinhamento à linha média e a contenção, tentei perceber o que lhes poderia estar a provocar dor e incluí os pais nos cuidados de forma a diminuir o desconforto do RN. Sempre que o estado de saúde do RN o permitia, promovi o contacto pele a pele com os pais. A realização desta técnica fez-me sentir realizada pois era notório o conforto de ambos. Inicialmente sentia-me desconfortável e insegura pois é uma técnica com risco de extubação do RN, no entanto, após várias vezes com a ajuda da enfermeira orientadora, fui ultrapassando este receio e melhorando a técnica.

Para além das medidas não farmacológicas que apliquei para a gestão da dor, para procedimentos mais complexos e mais dolorosos, administrei medicação analgésica prescrita, incentivando o seu uso prévio aos procedimentos e privilegiando o seu uso de esquema, em vez de em SOS, para que os RN não tivessem que sentir dor para que lhes fosse administrada analgesia. Esta é uma prática já usual na UCIN e que discuti com a enfermeira orientadora, dando relevância à sua importância.

Também em UCIN, senti que seria importante compreender como os pais percecionavam a dor do seu RN e em capacitá-los para os cuidados ao RN internado. Para isto, realizei entrevistas aos pais e uma reflexão que me permitisse organizar o conhecimento e a prática. Incentivei os pais a participarem nos cuidados, através da

transmissão de conhecimento para o fazerem em segurança e senti-me bastante gratificada pois foram visíveis as emoções positivas transmitidas pelos mesmos ao cuidarem dos seus filhos.

Etapa 3 e 4 – Avaliação e análise

As atividades realizadas contribuíram para o desenvolvimento das unidades de competência específicas da gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RN, da promoção do crescimento e desenvolvimento e da promoção da vinculação de forma sistemática. Também permitiu desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, principalmente no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através da sessão de formação realizada e da partilha e mobilização do conhecimento adquirido através da literatura.

A gestão da dor e *stress* no RN é uma medida neuroprotetora essencial (Olsson et al., 2021). Segundo Altimier & Phillips (2013), os cuidados neuroprotetores permitem cuidar de forma a promover o desenvolvimento e o crescimento adequados do RN e, a gestão da dor e *stress* é uma das medidas neuroprotetoras essenciais (Altimier & Phillips, 2013). Os RN, principalmente os RN de risco, pela sua imaturidade cerebral e neuroplasticidade, estão mais suscetíveis aos estímulos potencialmente causadores de *stress* pelo que deverão ser adotadas medidas neuroprotetoras de forma a promover um desenvolvimento normal e a prevenir doenças (Altimier & Phillips, 2013). Com base nestes autores, compreendi a importância da gestão da dor no RN, principalmente naqueles que são sujeitos a procedimentos dolorosos repetitivos como os internados em UCIN. Desta forma, tentei adquirir o máximo de conhecimento neste tema por forma a que, no estágio de UCIN, pudesse prestar os melhores cuidados e partilhar o conhecimento com os colegas, o que considero ter sido positivo.

Para uma gestão de dor adequada, é necessário, primeiramente, a sua avaliação de forma correta. Apesar de existirem inúmeras escalas para a avaliação da dor no RN, cada escala é validada para uma população e/ou tipo de procedimento específico pelo que é importante o enfermeiro adequar a escala que escolhe (Olsson et al., 2021). Considero como ponto positivo a minha preocupação em adequar a escala utilizada na UCIN, no entanto, como ponto menos positivo, o facto de não ter chegado a implementar uma escala no primeiro estágio, em contexto de USF. Evoluí ao longo dos estágios, não só no conhecimento, mas também na gestão de

prioridades, tendo refletido sobre a importância da avaliação da dor. Em USF, foquei-me mais na gestão da dor que conseguia antecipar aquando dos procedimentos dolorosos, mas não priorizei como gostaria a sua avaliação, no entanto, este foi um projeto que ficou para ser realizado na USF o que considero ter sido um ponto positivo.

Relativamente à gestão da dor através de medidas não farmacológicas, esta foi uma atividade transversal a todos os contextos e cuja prática foi evoluindo através da aquisição de conhecimento e experiência e partilha com os enfermeiros orientadores. Segundo Mangat et al (2018), as intervenções não farmacológicas no RN são a sucção não nutritiva, a administração de glucose/sacarose, a amamentação, o contacto pele a pele e a contenção física com alinhamento à linha média. É também referido que a utilização de várias medidas em simultâneo poderá aumentar a eficácia na gestão da dor (Mangat et al., 2018). Nos contextos utilizei as diversas medidas não farmacológicas sempre que se antecipava dor, por exemplo em procedimentos dolorosos, e quando o RN tinha dor após avaliação. Adequiei as medidas a cada RN e cada família, integrando os pais nestes cuidados adotando também uma filosofia centrada na família. Os cuidados envolvendo os pais podem ajudar na neuroproteção do RN e reduzir o *stress* (Balice-Bourgois et al., 2020).

Etapa 5 e 6 – Conclusão e plano de ação

Considero que este percurso teve pontos positivos para o meu desenvolvimento formativo e de competências de enfermeiro especialista.

Segundo a European Academy of Nursing Science, as “intervenções complexas são habitualmente descritas como atividades que contêm várias componentes com potencial de interação entre elas que, quando aplicadas à população alvo, produzem uma gama de resultados possíveis e variados” (The European Academy of Nursing Science, 2023). O percurso para enfermeiro especialista exige a realização de intervenções complexas para que através da interação de atividades se consiga a melhoria dos cuidados de enfermagem. A unidade de competência referente à gestão diferenciada da dor exige que o enfermeiro tenha conhecimento baseado na evidência para, não só aplicar medidas de alívio da dor, mas também saber a melhor forma de avaliar a dor, preveni-la e minimizá-la através das ferramentas descritas na literatura, culminando na maximização do bem-estar. Considero ter desenvolvido esta competência

transversalmente aos contextos e através da pesquisa de evidência científica. Como plano futuro, pretendo continuar a acompanhar a evidência mais recente, a melhorar as técnicas de alívio da dor e o conhecimento acerca das escalas validadas adequadas a cada tipo de RN.

A gestão da dor no RN e a envolvimento da família nos cuidados promove também a vinculação e o crescimento e desenvolvimento, unidades de competência também desenvolvidas durante estas atividades. Durante as atividades e o meu percurso formativo envolvi os pais nos cuidados de forma a capacitá-los para cuidar do seu RN. Através da partilha de conhecimento e do incentivo aos cuidados, principalmente na área da gestão da dor, promovi o empoderamento dos pais nas tomadas de decisão conscientes e esclarecidas.

A sessão de formação que realizei e a partilha de conhecimento com os colegas permitiu-me desenvolver competências comuns no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados o que também considero ter sido um ponto positivo. É importante obter o conhecimento e perceber o motivo de realizar uma intervenção em detrimento de outra, bem como é importante partilhar esse conhecimento e contribuir para melhorar os cuidados de enfermagem prestados.

Se voltasse a repetir este percurso formativo investiria ainda mais nesta partilha de conhecimento e em ser um agente de mudança nos contextos.

Referências bibliográficas

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enferm*, 14(3), 373-82.
- Alotaibi, K., Higgins, I., Day, J., & Chan, S. (2018). Paediatric pain management: knowledge, attitudes, barriers and facilitators among nurses—integrative review. *Int Nurs Rev*, 65(4), 524-33. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inr.12465>
- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22.
- American Academy of Pediatrics. (2012). Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*, 129(2), 394–404. <https://doi.org/https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
- Amorim, M., Alves, E., Barros, H., & Silva, S. (2016). Necessidades e papéis parentais em cuidados intensivos neonatais: revisão dos guias portugueses. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2583-94.
- Askin, D. F., & Wilson, D. (2014). Capítulo 10:. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *enfermagem da criança e do adolescente*. Lusociência.
- Aviso n.º 3918/2021. (de 3 de março). Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, Série II-E*, 260-5.
- Aziznejadroshan, P., Alhani, F., & Mohammadi, E. (2017). Experience of nurses about barriers to pain management in pediatric units: A qualitative study. *J Nurs Midwifery Sci*, 4, 89-96.
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Blount, R. L., McCormick, M. L., MacLaren, J. E., & Kain, Z. N. (2008). 10. Preparing children for invasive procedures and surgery. Em G. A. Walco, & K. R. Goldschneider, *Pain in children: a practical guide for primary care* (pp. 93-9). New Jersey: Humana Press.
- Chen, J., Kandle, P. F., Murray, I., Fitzgerald, L. A., & Sehdev, J. S. (2022). Physiology, Pain. *StatPearls [internet]*, 1-9.
- Coughlin, M. (2017). Trauma-informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *infant*, 13(5), 1-4.

- Coyne, I. (2015). Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. *Health Expect*, 18(5), 796-808. <https://doi.org/10.1111/hex.12104>
- Dawson, G., Vismara, L., & Rogers, S. (2015). *Autismo: Compreender e agir em família*. Lisboa: Lidel.
- Decreto-Lei n.º 118/2014. (de 5 de agosto). *Diário da República, Série I*, 4069 - 4071.
- Decreto-Lei n.º 161/96. (de 4 de setembro). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República, Série I-A*, 2959-62. Obtido de https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1823&tabela=leis&so_miolo=
- Decreto-Lei n.º 298/2007. (de 22 de agosto). *Diário da República, Série I*, 5587 - 96.
- Decreto-Lei n.º 74/2006. (de 24 de março). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República, Série I-A*, 1-62.
- Diogo, P., Freitas, B., Costa, A., & Gaíva, M. A. (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: de Nightingale à atualidade. *Rev Bras Enferm.*, 74(4), 1-5. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0377>
- Direção Geral da Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. *Orientação da Direção Geral da Saúde*, 1-4.
- Direção Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). *Orientação da Direção Geral da Saúde*, 1-11.
- Direção Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Norma da Direção Geral da Saúde*, 1-116.
- Direção Geral da Saúde. (2019). Abordagem Diagnóstica e Intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo em Idade Pediátrica e no Adulto. *Norma nº 002/2019*, 1-31.
- DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., & Janusis, G. M. (2011). ADHD in the Classroom: Effective Intervention Strategies. *Theory Into Practice*, 50(1), 35-42. <https://doi.org/10.1080/00405841.2011.534935>
- Ebrahimi, M. E., Mirhaghi, A., Najafi, Z., Shafaei, H., & Roudi, M. H. (2020). Are Pediatric Triage Systems Reliable in the Emergency Department? *Emergency Medicine International*, 1-8.

- Flowers, D. L. (2004). Culturally competent nursing care: a challenge for the 21st century. *Crit Care Nurse*, 24(4), 48-52.
- Freese, B. T. (2004). Capítulo 18: Betty Neuman Modelo de sistemas. Em A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp. 335-375). Loures: Lusociência.
- Gale, G., Franck, L. S., Kools, S., & Lynch, M. (2004). Parents' perceptions of their infant's pain experience in the NICU. *International Journal of Nursing Studies*, 41(1), 51-8. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00096-8](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00096-8)
- Gao, H., Gao, H., Xu, G., Li, M., Du, S., Li, F., . . . Wang, D. (2016). Efficacy and safety of repeated oral sucrose for repeated procedural pain in neonates: a systematic review. *Int J Nurs Stud*, 62, 118-25. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.015>
- Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2017). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents* (4^a ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Halpern, C. M., Silva, P. C., Costa, D., Nascimento, M. J., Reis, J. M., Martins, M. T., . . . Afonso, S. (2021). A Perturbação do Espectro do Autismo na Primeira Infância: O Modelo do Centro de Estudos do Bebê e da Criança de Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica. *Acta Med Port*, 34(10), 657-63.
- Handayani, A., & Daulima, N. H. (2020). Parental presence in the implementation of atraumatic care during children's hospitalization. *Pediatr Rep.*, 12(Suppl 1), 11-4. <https://doi.org/10.4081/pr.2020.8693>
- Hillman, B. A., Tabrizi, M. N., Gauda, E. B., Carson, K. A., & Aucott, S. W. (2015). The Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale and the bedside nurse's assessment of neonates. *J Perinatol*, 35(2), 128-31. <https://doi.org/10.1038/jp.2014.154>
- Hockenberry, M. J. (2014). Capítulo 6: comunicação e avaliação inicial da criança. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9^a ed., pp. 122-87). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Capítulo 1: Perspetivas de enfermagem pediátrica. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9^a ed., pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Horta, W. A., Kamiyama, Y., & Paula, N. S. (1970). O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 4, 5-20.

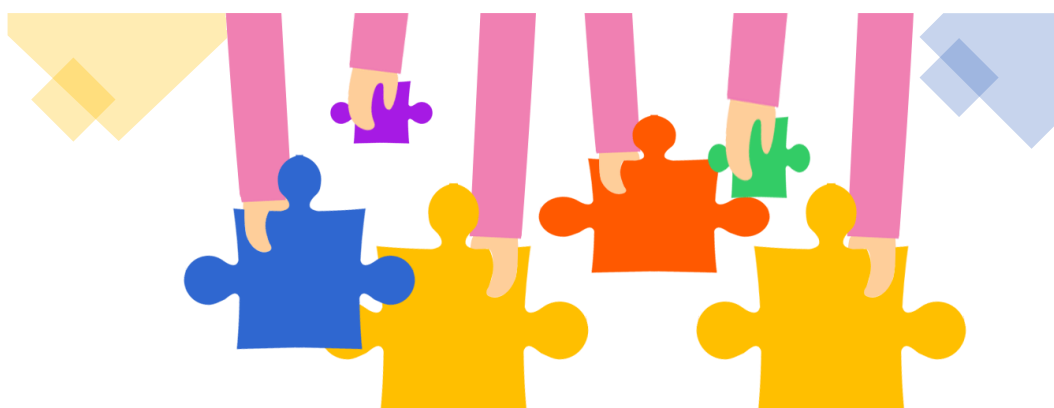
- Instituto de Apoio à Criança. (1996). Carta da Criança Hospitalizada. *Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança*.
- Jacob, E. (2014). Capítulo 7: Apreciação e gestão da dor na criança. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed., pp. 188-239). Loures: Lusociência.
- Kokorelias, K. M., Gignac, A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: a scoping review. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5>.
- Lei n.º 156/2015. (de 16 de setembro). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, Série I*, 8059 - 105. Obtido de https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVlwl6Va
- Lopes, M. S., Catarino, H., & Dixe, M. A. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura. *Referência, III série*(1), 109-18.
- Lopes, T. R., Santos, V. E., & Carvalho, J. B. (2019). A presença do pai no método canguru. *Esc. Anna Nery*, 23(3), 1-5.
- Maia, E. B., Ohara, C. V., & Ribeiro, C. A. (2019). Ensino do brinquedo terapêutico na graduação de enfermagem: ações e estratégias didáticas utilizadas por professores. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, 1-17.
- Mangat, A. K., Oei, J. L., Chen, K., Quah-smith, I., & Schmölzer, G. M. (2018). A Review of Non-Pharmacological Treatments for Pain Management in Newborn Infants. *Children (Basel)*, 5(10), 1-12. <https://doi.org/10.3390/children5100130>
- Misic, M. C., Andersen, R. D., Strand, S., Eriksson, M., & Olsson, E. (2021). Nurses' perception, knowledge, and use of neonatal pain assessment. *Paediatr Neonatal Pain*, 3, 68–74. <https://doi.org/10.1002/pne2.12050>
- Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. Em B. Neuman, & J. Fawcett, *The Neuman systems model* (5th ed., pp. 1-34). United States of America: Pearson.
- Nunes, L. (2016). Desafios da tomada de decisão autónoma em enfermagem. *Workshop Urgência Geral & Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar de Lisboa Central*, 1-13. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/18072>
- Nunes, L., Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*(15), 1-37.
- Oliveira, G. F., Dantas, F. D., & Fonseca, P. N. (2004). O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. *Rev. SBPH*, 7(2), 37-54.

- Olsson, E., Ahl, H., Bengtsson, K., Vejayaram, D. N., Norman, E., Bruschettini, M., & Eriksson, M. (2021). The use and reporting of neonatal pain scales: a systematic review of randomized trials. *Pain*, 162(2), 353-60. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002046>
- Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Referência*, IV(11), 121-32.
- Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Intervenções de enfermagem promotoras da vinculação ao recém-nascido hospitalizado –revisão scoping. *Enfermería Global*, 21(2), 594–637. <https://doi.org/https://doi.org/10.6018/eglobal.479291>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., . . . Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-82. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Regulamento n.º 140/2019. (de 6 de fevereiro). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, Série II*, 4744 - 4750.
- Regulamento n.º 351/2015. (de 22 de junho). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República, Série II*, 16660-5. Obtido de www.dre.pt
- Regulamento n.º 422/2018. (de 12 de julho). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, Série II*, 19192 - 94. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>
- Regulamento n.º190/2015. (de 23 de abril). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República, Série II*, 10087-90. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., Tronchin, D. M., & Forte, E. C. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 27(2), 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>
- Robins, D. L., Casagrande, K., Barton, M., Chen, C. A., Dumond-Mathieu, T., & Fein, D. (2014). Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised With Follow-up. *Pediatrics*, 133(1), 37-45. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1813>

- Silva, J. P., Kudo, A. M., Galheigo, S. M., & Jacob, L. R. (2019). Isolamento hospitalar pediátrico: o olhar da criança. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.*, 3(4), 508-25.
- Silva, L. J. (2010). Luto em Neonatologia. *Acta Pediatr Port*, 41(6), 281-4.
- Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *J Pediatr Nurs*, 42, 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Sousa, C. S., Barreto, B. C., Santana, G. A., Miguel, J. V., Braz, L. S., Lima, L. N., & Melo, M. C. (2021). Therapeutic play and the impact on hospitalization of children: scoping review. *Rev Soc Bras Enferm Ped.*, 21(2), 173-80.
- Souza, J. M., & Veríssimo, M. R. (2015). Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(6), 1097-104. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>
- Stevens, B., Yamada, J., Ohlsson, A., Haliburton, S., & Shorkey, A. (2016). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(7). <https://doi.org/doi:10.1002/14651858.CD001069.pub5>
- Stewart, S. A. (2019). Parents' Experience When Present During a Child's Resuscitation: An Integrative Review. *Western Journal of Nursing Research*, 41(9), 1282-305. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0193945918822479>
- Taddio, A., McMurtry, C. M., Shah, V., Riddell, R. P., Chambers, C. T., Noel, M., . . . Bleeker, E. (2015). HELPinKIDS: Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline. *CMAJ*. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150391>
- Tarko, M. A., & Helewka, A. N. (2011). The client system as an individual. Em B. Neuman, & J. Fawcett, *The Neuman systems model* (pp. 37-69). United States of America: Pearson.
- Warren, D. W., Jarvis, A., LeBlanc, L., Gravel, J., & NWG, C. (2008). Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (PaedCTAS). *CJEM*, 10(3), 224-32. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S1481803500010149>
- World Health Organization. (2012). *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. WHO press. https://doi.org/978_92_4_154812_0
- World Health Organization. (21 de 02 de 2023). *Stress*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>

Apêndice IV – Contributo para preparação de sessão de formação
para os pais sobre a PEA

Diapositivos preparados para a sessão de formação aos pais sobre a PEA



COMO APRENDEM AS CRIANÇAS

COMO APRENDEM AS CRIANÇAS

ACC DA APRENDIZAGEM



ANTECEDENTES

Precedem um comportamento



COMPORTAMENTOS

Ações orientadas para um objetivo



CONSEQUÊNCIAS

- Não estão tão interessadas em agradar às outras pessoas;
- Estão menos interessadas em partilhar as suas experiências com os outros;
- Imitam menos as outras pessoas.

COMO APRENDEM AS CRIANÇAS



PASSO 1

Prestar atenção ao que a criança faz: C é para comportamento

PASSO 2

Escolher a recompensa: C é para consequência

PASSO 3

Identificar o que aconteceu imediatamente antes do comportamento ocorrer: A é para antecedente

PASSO 4

Juntar os ACC

PASSO 5

Utilizar os ACC para aumentar as oportunidades de aprendizagem

PASSO 6

Mudar os comportamentos indesejados

COMO APRENDEM AS CRIANÇAS

PASSO 1

PASSO 2

PASSO 3

PASSO 4

PASSO 5

PASSO 6

PRESTAR ATENÇÃO AO QUE A CRIANÇA FAZ: C É PARA COMPORTAMENTO

Qual o objetivo do comportamento?

REGRA 1

Focar no que as crianças fazem e não no que “sabem”.
Por exemplo, a criança pode saber usar o garfo, mas não o fazer se não lhe for dito. Não é independente.

REGRA 2

O objetivo de um comportamento é obter algo que se deseja ou evitar algo que seja desagradável.

Comportamentos consistentes

Observar a criança: escrever os comportamentos e os objetivos associados.

COMO APRENDEM AS CRIANÇAS

PASSO 1

PASSO 2

PASSO 3

PASSO 4

PASSO 5

PASSO 6

ESCOLHER A RECOMPENSA: C É PARA CONSEQUÊNCIA

Consequência

Recompensa, ou reforço
- quando o objetivo é cumprido. Por exemplo, levanta os braços para ser pegado ao colo e é, efetivamente, pegado ao colo.

Reforço negativo - quando a fuga é a recompensa. Por exemplo, a criança grita porque não quer escovar o cabelo e a mãe acaba por desistir e não escovar o cabelo.

Oportunidade de aprendizagem

COMO APRENDEM AS CRIANÇAS



PASSO 1	PASSO 2	PASSO 3	PASSO 4	PASSO 5	PASSO 6
---------	---------	---------	---------	---------	---------

ESCOLHER A RECOMPENSA: C É PARA CONSEQUÊNCIA

REGRA 3

A aprendizagem de novos comportamentos advém das suas consequências. Se o objetivo do comportamento da criança é recompensado, esse comportamento é reforçado.

REGRA 4

Os comportamentos que não são reforçados tendem a desaparecer— **extinção**.

REGRA 5

Consequências que são indesejadas, resultam na diminuição da frequência do comportamento— **punição**.

Observar a criança: à lista anterior, com comportamentos e objetivos, poderá agora ser adicionada uma coluna com as consequências (reforço, extinção ou punição)

COMO APRENDEM AS CRIANÇAS



PASSO 1	PASSO 2	PASSO 3	PASSO 4	PASSO 5	PASSO 6
---------	---------	---------	---------	---------	---------

IDENTIFICAR O QUE ACONTECEU IMEDIATAMENTE ANTES DO COMPORTAMENTO OCORRER: A É PARA ANTECEDENTE

Antecedente é o acontecimento que antecede um comportamento.

REGRA 6

Os comportamentos acontecem em resposta a um estímulo— **acontecimento antecedente**. Por exemplo, a criança observa algo que quer, como um chupachupa. Os gestos e as comunicações não verbais também podem ser antecedentes.

Observar a criança: escrever os comportamentos e o que aconteceu antes - antecedentes.

COMO APRENDEM AS CRIANÇAS

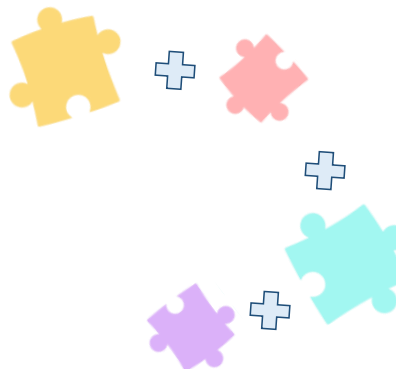


PASSO 1	PASSO 2	PASSO 3	PASSO 4	PASSO 5	PASSO 6
---------	---------	---------	---------	---------	---------

JUNTAR OS ACC

Observar os comportamentos socialmente desejáveis e indesejáveis, os antecedentes e as consequências.

- Anotar os comportamentos (desejáveis e indesejáveis), os objetivos e, depois, os antecedentes e as consequências.



COMO APRENDEM AS CRIANÇAS



UTILIZAR OS ACC PARA AUMENTAR AS OPORTUNIDADES DE APRENDIZAGEM

Faça uma lista das comunicações que a criança faz, verbais ou gestuais.

- Quando forem indesejáveis, por exemplo gritos ou birras, ignore.
- Quando forem desejáveis, por exemplo apontar, permita que a criança atinja o objetivo.



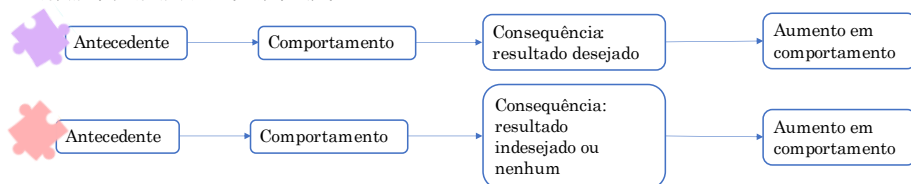
Exemplo: há uma sandes num prato e dirige -se o prato à criança, se ela verbalizar, por exemplo um “ Mmmm”, entrega -se o prato como recompensa – oportunidade de aprendizagem



COMO APRENDEM AS CRIANÇAS

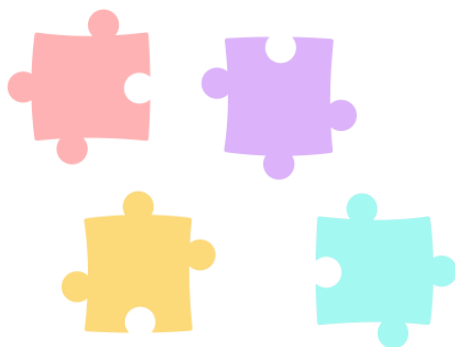


MUDAR OS COMPORTAMENTOS INDESEJADOS

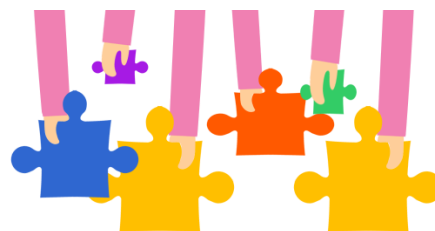


- Pense num comportamento indesejável como por exemplo gritar. O que gostaria que a criança fizesse em vez de gritar?
- O comportamento substituto tem de ser eficiente e fácil e já ter sido aprendido pela criança

- **Exemplo:** A criança quer um sumo e tenta tirar à força. Não obtém o sumo. Pedese para apontar e modela-se. Quando apontar, poderá beber um bocadinho. Deverá repetir-se várias vezes.



<https://pngtree.com/so/Four-color> -color"png from pngtree.com/



<https://pngtree.com/so/vector> -vector"png from pngtree.com/

Dawson, G., Vismara, L., & Rogers, S. (2015). *Autismo: Compreender e agir em família*. Lisboa: Lidel.

Apêndice V – Estudo de caso: Y.

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediatria**
Unidade Curricular: Estágio com relatório

Estudo de caso: Y.

Rita Calado Mendes Gordo
nº 10496

Docente(s)
Professora Sónia Colaço

Lisboa
Janeiro, 2022

Índice

Nota introdutória.....	3
1. Descrição do caso.....	4
2. Colheita de dados.....	5
3. Categorização dos dados.....	6
4. Plano de cuidados de enfermagem.....	8
5. Considerações finais.....	12
Referências bibliográficas.....	13

Nota introdutória

O estudo de caso consiste numa metodologia com o objetivo de compreender, explorar e descrever acontecimentos complexos (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Em contexto de estágio, prestei cuidados a um menino, o Y., cujo plano de cuidados me exigiu a utilização desta metodologia para definir intervenções de enfermagem.

O objetivo deste estudo de caso é a elaboração de um plano de cuidados individualizado e que identifique as necessidades da criança e família, os *stressores* presentes e as intervenções adequadas para o restabelecimento da homeostasia e do bem-estar deste sistema, tendo como referência o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

1. Descrição do caso

O Y. é uma criança de 20 meses, do sexo masculino, natural de Cabo Verde. A mãe do Y. é cabeleireira e tem o seu próprio salão. O pai do Y. é auxiliar de enfermagem em Cabo Verde. O Y. tem um irmão de 9 anos, da parte da mãe. Viviam todos juntos, sem referência a dificuldades económicas.

Nasceu às 36 semanas de gestação, por parto eutócico, com índice de Apgar ao 1º minuto de 9 e ao 5º minuto de 10. Ao 3º mês de vida, foi internado em Cabo Verde por insuficiência renal. Nesse internamento teve também uma meningite, que cedeu a antibioterapia.

Veio para Portugal em outubro, evacuado de Cabo Verde, para a especialidade médica de urologia por válvula da uretra posterior (VUP). Foi hospitalizado por um período de 7 dias no serviço de pediatria. Por trombose venosa profunda e agravamento da função renal com necessidade de hemodiafiltração foi transferido para a unidade de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), onde permaneceu por 27 dias. Na UCIP foi colocado cateter venoso central, cateter para diálise peritoneal e gastrostomia percutânea endoscópica (PEG), esta última por recusa alimentar e vómitos com perda ponderal associada. Neste momento já regressou ao serviço de pediatria.

Neste internamento, o Y. esteve a ser alimentado por PEG e a realizar diálise peritoneal, bem como a receber todos os cuidados necessários. A mãe do Y. participa nestes cuidados e a sua capacitação para a autonomia tem sido uma prioridade.

A mãe do Y. é a única familiar do Y., neste momento, em Lisboa. O pai do Y. está a tentar vir para Portugal, mantendo-se em contacto telefónico com ambos, e a madrinha do Y. vivia em Lisboa mas teve de emigrar.

2. Apreciação da criança e família

Identificação da criança

Nome: Y.

Data de Nascimento: 7 de maio de 2020

Sexo: Masculino

Nacionalidade: Cabo Verde

Antecedentes pessoais (AP): Válvula da uretra posterior □ insuficiência renal; trombose venosa profunda (veia ilíaca externa direita e femoral comum direita)

Identificação da mãe

Nome: A.

Idade: 26 anos

Nacionalidade: Cabo Verde

IO: 2002

AP: nega

Escolaridade: 12º ano

Profissão: Cabeleireira

Suporte familiar:

Pai, que se encontra em Cabo Verde. Mantém contacto telefónico.

Madrinha, que tem casa em Lisboa mas emigrou para França há 2 semanas.

A mãe do Y. esteve com ele durante os internamentos. Têm uma boa relação, com demonstração de afetos. A mãe é muito preocupada com o Y. e participa nos cuidados com interesse na aprendizagem rumo à autonomia parental. Neste momento está em processo final da capacitação para os cuidados ao Y. no domicílio (diálise peritoneal e PEG), fazendo perguntas pertinentes. Está um pouco preocupada em ficar sozinha com o Y., mas deseja ir para o domicílio.

Exame objetivo:

Peso: 9780g (P15)

Comprimento: 81cm (P15)

Perímetro cefálico: 46cm (P15)

O Y. tem boa vitalidade, sorri e brinca com a mãe. Anda sem ajuda, com algum desequilíbrio. Pele e mucosas coradas e hidratadas, íntegras, exceto local de inserção

de cateter venoso central e de cateter de diálise peritoneal (Tenckhoff). Tem o abdómen volumoso, mas mole e depressível.

Alimentado por PEG por intolerância alimentar, a fazer introdução à alimentação oral e tem tolerado.

Dorme em cama de grades, sozinho. Sono tranquilo.

Urina na fralda. Eliminação intestinal regular, na fralda.

Vive com a mãe, o pai está em Cabo Verde. Não frequenta creche.

Desenvolvimento: aplicação da escala de desenvolvimento Mary Sheridan

1. Postura e motricidade global: O Y. anda sozinho, mas ainda tem algum desequilíbrio. Consegue apanhar objetos do chão e continuar a andar.

2. Visão e motricidade fina: O Y. faz rabiscos sem forma específica numa folha de papel, preferencialmente com a mão direita. Quando lhe é dado um livro, folheia várias páginas de cada vez.

3. Audição e linguagem: Usa mais que 6 palavras e compreende o que lhe é dito com frases simples e adequadas à idade. Num boneco aponta os olhos, o nariz e o cabelo.

4. Comportamento e adaptação social: Não foi avaliado o “beber por um copo” uma vez que o Y. está a ser hidratado por PEG. Consegue segurar na colher e levar a sopa à boca, desperdiçando bastante. Tem receio de profissionais de saúde por procedimentos invasivos ao longo do internamento pelo que não é possível avaliar se gosta que lhe peguem, no entanto, quando é a mãe, ele pede, na maior parte das vezes, para ir para o chão para andar e brincar.

Através da aplicação da escala de Mary Sheridan, o Y. encontra-se com desenvolvimento esperado para a idade de 18 meses. Apesar do tempo de internamento, a mãe estimula o desenvolvimento do Y. caminhando com ele e incentivando a pegar na colher e comer “sozinho”. Esta estimulação deverá manter-se de forma a promover um desenvolvimento adequado.

3. Categorização dos dados

Variáveis	Criança	Família
Fisiológicas	• Idade 20 meses • Sexo masculino • Peso 9780g • Intolerância alimentar em processo de introdução alimentar oral. Alimentado por PEG. • Necessidade de diálise peritoneal por insuficiência renal. • Sem alterações da eliminação urinária e intestinal.	• Idade da mãe: 26 anos. • Idade do pai: 27 anos. • Idade do irmão (do lado do pai): 9 anos. • Sem antecedentes pessoais relevantes. Saudáveis.
Psicológicas	• Boa relação com a mãe. Brinca e sorri. • Reconhece o pai e irmão nas videochamadas. Não tem contacto pessoal. • Ansioso com o ambiente hospitalar (procedimentos invasivos, profissionais de saúde).	• Pai e irmão estão em Cabo Verde, o que implica afastamento do filho e mãe. • Ansiedade com a separação e ausência de contacto físico.
Socioculturais	• Evacuado de Cabo Verde. • Reside com a mãe em casa da madrinha que emigrou.	• Pai reside e trabalha em Cabo Verde. • Mãe está em Portugal a acompanhar o Y. nos internamentos.
Desenvolvimento	• Desenvolvimento psicomotor adequado à idade, segundo a escala de Mary Sheridan. • Bom desenvolvimento estaturo-ponderal para a idade, de acordo com os percentis da DGS (programa de saúde infantil e juvenil).	• Adulta. • Transição para a parentalidade e adaptação à condição de doença crónica do filho.
Espirituais	---	• A mãe acredita em Deus, como uma entidade superior. Referiu religião católica.

Através da categorização dos dados, é possível identificar alguns *stressores* que podem ser intrapessoais, interpessoais e extrapessoais. O tempo em que o *stressor* ocorre, bem como a sua intensidade e a necessidade de energia necessário pelo sistema para se adaptar, influenciam a interação destes com o sistema (Neuman, 2011).

Intrapessoais: intolerância alimentar -> alimentado por PEG; insuficiência renal -> necessidade de diálise peritoneal.

Interpessoais: relação à distância com o pai e irmão; procedimentos dolorosos.

Extrapessoais: internamento prolongado.

Para além dos *stressores*, é possível identificar fatores de proteção. Foram considerados fatores de proteção a proximidade da relação do Y. com a mãe, o apoio familiar da madrinha em ceder a casa, os apoios para pessoas evacuadas de Cabo Verde, como sendo o acesso a facilidade de acesso a cuidados de saúde, o adequado desenvolvimento do Y, e a capacitação familiar mediada pelos enfermeiros.

4. Plano de cuidados de enfermagem

O plano de cuidados formulado para o Y. e a mãe tem como base a identificação prévia dos *stressores* existentes. O enfermeiro age como mediador para a atenuação destes *stressores* e promoção do bem-estar do Y. e da família.

Os *stressores* intrapessoais são a necessidade de alimentação por PEG e de diálise peritoneal, pelo que foram formuladas intervenções que vão de encontro a essas necessidades, bem como à capacitação da mãe para a autonomia no domicílio. Os *stressores* inter e extrapessoais estão relacionados com o internamento prolongado e o afastamento dos restantes elementos da família nuclear, o pai e o irmão. São intervenções direccionadas à promoção da parentalidade e capacitação para a promoção do desenvolvimento do Y.

As intervenções descritas foram baseadas na Classificação de intervenções de enfermagem (NIC) (Bulechek et al., 2010).

Diagnóstico de enfermagem	Intervenções	Resultado esperado
Alimentar-se, comprometido Conhecimento, potencial [mãe alimentar por PEG]	• Identificar e garantir dieta prescrita. • Avaliar a dor antes das refeições. • Aliviar a dor (caso exista) antes das refeições. • Posicionar o Y., em fowler ou semi-fowler. • Vigiar reflexo de deglutição(alimentação oral). • Oferecer alimentos da preferência do Y. (alimentação oral). • Verificar a correta posição da PEG, verificando conteúdo gástrico. • Alimentar e hidratar o Y. por PEG. • Conversar com o Y. aquando da alimentação por PEG. • Lavar diariamente a pele do local de inserção da PEG e secar bem. • Vigiar integridade da pele no local de inserção. • Estimular a mãe a alimentar o Y. • Adaptar as instruções dadas à mãe, consoante a aprendizagem. • Organizar as informações das mais simples às mais complexas. • Oferecer folhetos de administração por PEG e cuidados ao local de inserção da PEG. • Encorajar a participação ativa da mãe através de demonstração e de supervisão. • Encorajar a mãe e retribuir com <i>feedback</i>. • Esclarecer dúvidas à mãe e estar disponível. • Registar a alimentação do Y., quantidades por boca e por PEG, preferências alimentares... • Registar aprendizagem da mãe (pontos de autonomia e pontos que necessitam melhoria).	Alimentar-se, melhorado Conhecimento, melhorado [mãe alimentar por PEG]

Conhecimento, potencial [mãe realizar diálise peritoneal]	• Explicar o procedimento de diálise peritoneal à mãe e a sua finalidade. • Lavar diariamente a pele do local de inserção do cateter de diálise e secar bem. • Pesquisar o Y. diariamente. • Preparar e conectar equipamento de diálise peritoneal com segurança e técnica asséptica. • Verificar e programar equipamento da forma prescrita e corretamente. • Vigiar sacos de eliminação após diálise pela presença de sangue, e ajustar heparina caso necessário. • Estimular a mãe a realizar o procedimento, etapa a etapa. • Adaptar as instruções dadas à mãe, consoante a aprendizagem e adaptando ao equipamento que irá ter no domicílio. • Organizar as informações das mais simples às mais complexas. • Oferecer folhetos de diálise peritoneal e cuidados ao local de inserção do cateter de diálise. • Encorajar a participação ativa da mãe através de demonstração e de supervisão. • Encorajar a mãe e retribuir com <i>feedback</i>. • Ensinar a mãe sobre sinais e sintomas que indiquem necessidade de se deslocar ao hospital, como febre, hemorragia, dificuldade respiratória, drenagem turva ou com alterações da coloração e dor abdominal. • Esclarecer dúvidas à mãe e estar disponível. • Registrar balanço final da diálise através dos dados retribuídos pelo equipamento. • Registrar aprendizagem da mãe (pontos de autonomia e pontos que necessitam melhoria).	Conhecimento, melhorado [mãe realizar diálise peritoneal]
--	---	--

Parentalidade, comprometida	• Promover privacidade para o Y. e a mãe. • Oferecer à mãe do Y. orientações antecipadas acerca das mudanças expectáveis no desenvolvimento. • Encorajar demonstrações de afeto para com o Y. • Encorajar a estimular o desenvolvimento (p.e. falar com o Y, explicar a importância de o Y. não estar sempre no leito e deambular e explorar, fornecer brinquedos seguros e adequados e estimular a brincadeira entre a mãe e o Y.). • Demonstrar capacidades e pontos positivos do Y. à mãe. • Reforçar comportamentos da mãe, enquanto cuidadora. • Fornecer indicações sobre segurança (prevenção de quedas, intoxicações, queimaduras, ...). • Incentivar o contacto regular com o pai e irmão. • Encaminhar para assistente social para definir soluções para a reunião da família.	Parentalidade, eficaz
------------------------------------	--	------------------------------

5. Considerações finais

A elaboração do estudo de caso permitiu-me desenvolver competências de EEESIP, nomeadamente na competência “Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 422, 2018). Considerei também importante para a estruturação dos dados e do pensamento a utilização do Modelo teórico de Betty Neuman.

Durante o estágio em internamento de pediatria, pude observar o Y. na sua interação com a mãe e com o ambiente e entrevistar a mãe e perceber as suas preocupações e o contexto psicossocial associado a esta família. O Y. é um menino de 20 meses com história de internamentos prolongados e com necessidades básicas humanas alteradas. Num período inicial, é o enfermeiro que auxilia o Y., no entanto, o seu papel ao longo do internamento vai mudando para o objetivo de capacitação da mãe de forma a poder ser autónoma no domicílio. O plano de cuidados elaborado tem como objetivo principal a capacitação da mãe para os cuidados ao Y. e a promoção da parentalidade.

Este estudo de caso contribuiu para a melhoria da minha prática profissional, exercendo com base na filosofia dos cuidados centrados na família, principalmente ao nível da capacitação, e estruturando o meu pensamento num modelo teórico o que considerei bastante benéfico para a problematização e diminuição de *stressores* presentes num sistema.

Referências bibliográficas

- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). Classificação das intervenções de enfermagem (5ª edição ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Figueiredo, M. C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIPS*, 2, 102-107.
- Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. Em B. Neuman, & J. Fawcett, *The Neuman systems model* (5th ed., pp. 1-34). United States of America: Pearson.
- Regulamento n.º 422/2018. (de 12 de julho). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, Série II*, 19192 - 94. Obtido de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>

Apêndice VI – Documento síntese acerca da comunicação em
pediatria

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediatria**
Unidade Curricular: Estágio com relatório

A comunicação em pediatria

Rita Calado Mendes Gordo
nº 10496

Docente(s)
Professora Sónia Colaço

Lisboa
Março, 2022

Comunicação em pediatria

Os cuidados centrados na família (CCF) reconhecem que a família é uma constante na vida da criança e, desta forma, deve ser promovida a sua capacitação e empoderamento (Hockenberry & Barrera, 2014). Baseando os cuidados em pediatria nesta filosofia, a comunicação deverá ser feita para o binómio, ou seja, para a criança e para a família. A comunicação é distinta, dependendo se o participante é a criança, a família ou ambos. Quando as crianças são mais novas, os pais atuam como mediadores entre o enfermeiro e a criança, no entanto, quando estas são mais crescidas devem ser participantes ativas na sua própria saúde e os pais poderão agir como colaboradores.

Através da entrevista com os pais, podemos obter informação acerca do estadio de desenvolvimento e do estado de saúde da criança, bem como das preocupações que estes têm. Devemos encorajar os pais a falar, fazendo perguntas abertas, pois geralmente permitem-nos obter mais informação, e fazendo observações sobre o estado atual da criança, por exemplo se está triste ou contente e deixar os pais explorar essa observação. É também importante dar reforço positivo, elogiando as competências parentais (Hockenberry, 2014).

A utilização de perguntas abertas pode levar a uma perda de foco. É competência do enfermeiro que está a entrevistar direcionar o foco, de forma subtil. Faz também parte integrante da comunicação, a escuta, principalmente a escuta ativa. O enfermeiro deve tentar não se distrair com o meio que o envolve e manter a atenção na comunicação com os pais, seja verbal, não verbal ou abstrata (Hockenberry, 2014).

Apesar da comunicação com os pais deter grande relevo, as crianças não devem ser excluídas e, dependendo do desenvolvimento, existem várias estratégias para as incluir, por exemplo, através de jogos. Há premissas a ter em conta para todas as faixas etárias. O enfermeiro deverá abordar primeiro os pais, caso a criança se demonstre envergonhada, para lhe dar espaço até se sentir à vontade. É uma boa estratégia utilizar um objeto de transição, por exemplo um peluche ou um boneco, antes de abordar a criança diretamente. A voz deve ser calma e confiante, o enfermeiro deverá estar ao mesmo nível da criança e ser honesto (Hockenberry, 2014).

Toddler

As crianças em idade toddler usam e compreendem, principalmente a comunicação não verbal.

Segundo Liszkowski (2014), as crianças nesta idade usam informação de experiências prévias para compreenderem e comunicarem e, quando não há experiências semelhantes, usam características que marcaram intenções de comunicação prévias (Liszkowski, 2014).

Através de comportamentos e vocalizações não verbais, expressam as suas necessidades não verbais que são interpretadas pelas pessoas mais próximas. O choro costuma estar associado a algo desagradável, como fome ou dor, e o sorriso a algo agradável. Normalmente, a voz, um abraço ou contacto físico meigo promovem conforto na criança, já sons elevados ou movimentos repentinos poderão ser assustadores (Hockenberry, 2014).

Quando desenvolvem o medo a pessoas estranhas, essa pessoa poderá ser considerada uma ameaça aos olhos da criança. Se se pegar ao colo, deverá ser de forma semelhante aos pais e, se os pais estiverem presentes não deverão ser retirados do campo de visão por incapacidade de perceção de que algo que não se vê, poderá continuar a existir (permanência do objeto) (Hockenberry, 2014).

Pré-escolar

As crianças no pré-escolar focam a comunicação em si próprias, uma vez que são egocêntricas e interpretam as coisas em função de si e do seu ponto de vista. Desta forma, utilizar como técnica de comunicação a comparação com outras crianças pode não ser eficaz.

Os gestos e ações ainda estão presentes na comunicação, podendo afastar um objeto indesejado ou puxar uma pessoa para lhe mostrar alguma coisa. Deve-se permitir que explorem o meio e toquem nos objetos com os quais irá contactar. A capacidade de abstração é limitada e interpretam de forma literal o que se lhe é dito, pelo que é conveniente adaptar a linguagem para frases simples e que não permitam interpretações erradas.

Há também uma incompreensão de que os objetos não se movem sem o controlo de uma pessoa, são inanimados, pelo que podem ter medo que estes lhes façam mal. Por isto, os objetos que não vão ser usados deverão ser retirados do campo de visão para não gerar medo (Hockenberry, 2014).

Escolar

As crianças em idade escolar demonstram curiosidade em saber o que vai ser feito, para que servem os objetos e pedem explicações e justificação para as ações.

Deverão ser usadas frases simples que promovam entusiasmo e colaboração da criança.

A integridade corporal preocupa as crianças em idade escolar e qualquer ameaça ou suspeita de dano físico pode provocar-lhes medo e ansiedade. O enfermeiro deve ajudar a que as crianças expressem as suas preocupações de forma a adequar os cuidados e gerir a ansiedade, respeitando a criança (Hockenberry, 2014).

Adolescência

No início da adolescência, as crianças oscilam o seu comportamento entre a fase anterior e a fase adulta. Por vezes, em situações de *stress*, poderão comportar-se mais de acordo com a fase anterior por ser a zona de conforto. O enfermeiro não deverá considerar o adolescente como criança nem como adulto e deverão lidar com esta alternância de identidades (Hockenberry, 2014).

Nesta fase, o adolescente pode preferir comunicar com o enfermeiro sem a presença dos pais e isso deve ser permitido, se possível. As posturas em que se impõem valores que não vão de encontro aos seus, poderão levar a rejeição por parte do adolescente e a uma dificuldade na promoção de uma relação de confiança (Hockenberry, 2014).

Na entrevista com adolescentes, o enfermeiro deverá ter um momento com o adolescente sozinho e um momento com o adolescente e os pais. A ordem pela qual é feita é importante, ou seja, se for primeiro o adolescente sozinho poderá criar-se uma identificação imediata e progredir na relação interpessoal, no entanto, se primeiramente for em conjunto é beneficiada a relação com a família. É importante que a confidencialidade seja mantida e que ambas as partes saibam que, a não ser situações de risco de vida/dano corporal, o enfermeiro não irá comunicar aos pais o que foi dito pelo adolescente (Hockenberry, 2014).

Para orientar a entrevista com o adolescente por forma a abordar os aspetos importantes, foi criado um acrónimo (inglês) orientador: HEEADSSS. As áreas de abordagem são a casa e família, a escola ou o emprego, alimentação, atividades desportivas e de lazer, consumos aditivos, sexualidade, depressão e suicídio e segurança e acidentes (Direção Geral da Saúde, 2013).

Técnicas de comunicação

Há inúmeras técnicas que permitem e facilitam a comunicação com as crianças e a expressão de pensamentos e sentimentos. O brincar é das formas mais eficazes de comunicação com a criança, uma vez que é a linguagem universal da mesma. O brincar pode ser feito sem qualquer equipamento e serve para preparar a criança para procedimentos terapêuticos ou para diminuir as experiências negativas da doença e da frequência dos estabelecimentos de saúde. O uso de cores vivas e sons ajuda a captar a atenção da criança e a criar momentos de divertimento. Através da brincadeira, o enfermeiro consegue criar uma relação interpessoal com a criança, avaliar as percepções da criança, bem como o seu conhecimento sobre a doença, por exemplo, e intervir (Hockenberry, 2014).

Algumas técnicas de comunicação são o contar de histórias, pedir para a criança contar uma história sobre o que é estar num hospital permite recolher muita informação de uma forma harmoniosa para a criança; utilizar o “eu”, ou seja, em vez de dizer “tu não estás a cooperar no procedimento”, referir que “eu estou preocupado com os teus tratamentos correrem bem”; o desenho, que poderá ser dirigido ou espontâneo; entre outras que deverão ser adequadas a cada criança (Hockenberry, 2014).

Referências bibliográficas

Direção Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Norma da Direção Geral da Saúde, 1-116.

Hockenberry, M. J. (2014). Capítulo 6: comunicação e avaliação inicial da criança. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, enfermagem da criança e do adolescente (9ª ed., pp. 122-87). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Capítulo 1: Perspetivas de enfermagem pediátrica. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, enfermagem da criança e do adolescente (9ª ed., pp. 1-20). Loures: Lusociência.

Liszkowski, U. (2014). Two sources of meaning in infant communication: preceding action contexts and act-accompanying characteristics. *Phil. Trans. R. Soc. B*, 369(20130294), 1-9. doi:<http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2013.0294>

Apêndice VII – Sessão de formação: A dor em pediatria

Foi realizado um questionário de diagnóstico das necessidades dos profissionais da USF relativamente à gestão da dor em pediatria. Esse questionário continha 6 perguntas e foi respondido por 6 enfermeiros (numerados de 1 a 6 para manter anonimato) e foi utilizado para guiar a preparação da sessão de formação que realizei. Seguidamente apresento as perguntas e a transcrição das respostas obtidas.

Quais são as situações que implicam a gestão da dor nas crianças?

1. prestação de cuidados em contexto de sala tratamentos/vacinação
2. Realização de colheita de sangue para diagnostico precoce; administração de vacinas ou medicação (especialmente injetavel); realização de tratamentos a feridas; remoção de material de sutura.
3. Vacinação e menos frequente realizacao tratamentos
4. Injetáveis - vacinação, remoção sutura, tratamento feridas
5. Colheita de sangue para DP, realização de tratamentos e injectáveis (principalmente vacinação).
6. Colheita de sangue / teste do pezinho, administração de vacinas, realização de pensos / remoção de pontos

Quais são os instrumentos que utiliza de forma regular para avaliar a dor na criança?

1. escala de faces
2. Dependendo da idade da criança e da duração/frequência do procedimento, utilizo - faces pain scale (mas não de forma regular, dada a natureza da maioria dos procedimentos que realizo).
3. A escala das faces ou avaliacao empirica através da observacao do comportamento/face
4. Amamentação, técnicas de distração
5. Escala das faces e avaliação do facies da criança.
6. Observação do comportamento / fáceis do RN / criança

Quais são as intervenções que mobiliza para prevenir e tratar a dor nas crianças?

1. recurso a terapêutica+estrategias que minimizem a dor na prestação de cuidados

2. Para tratar = administração de medicação analgésica / aplicação de gelo protegido; Para minimizar/prevenir = ambiente calmo e tranquilo, método canguru/colo da pessoa de referência, sucção não nutritiva ou mesmo amamentação caso mãe prefira/confortável para díade; posicionamento; conhecer as preferências da criança/jovem/família; educação para a saúde; utilização do jogo/brincar.

3. A brincadeira /distração e nos RN a amamentação e sucção não nutritiva

4. colaboração parental, técnicas de distração + relaxamento: respiração, canção

5. Incentivar colo, voz suave e tranquilizadora (cantar), amamentação, uso de brinquedos de cores vivas (lactentes e Toddler).

6. Proporcionar: ambiente calmo, que os pais / figura de vinculação estejam presentes durante o procedimento doloroso, contenção, que o bebé seja amamentado durante o procedimento, distração.

A gestão da dor na criança é importante, porque...

1. promove o bem-estar na criança

2. traduz-se na promoção do bem-estar/satisfação.

3. A criança guarda memória da mesma, e é uma das principais causas de sofrimento, interferindo no crescimento e desenvolvimento da mesma

4. A criança está colaborante, diminui seu sofrimento e facilita a prestação de cuidados, diminui o *stress* dos cuidadores/pais e profissionais

5. Minimiza o impacto dos cuidados no seu desenvolvimento e bem-estar.

6. Proporciona maior conforto; Aumenta a qualidade de vida; Possibilita individualizar a resposta; Possibilita melhorar a qualidade na prática profissional / humanizar os cuidados.

Quais são as principais barreiras à utilização de estratégias para prevenir e tratar a dor na criança no seu contexto?

1. por vezes dificuldade em avaliar a dor, por pouca familiarização com as diferentes escalas, pouco tempo para consulta

2. Recursos (temporais, materiais, físicos), natureza da tipologia de contato, caracterização da população-utente (multiculturalidade/representação social da dor associada a procedimentos de saúde dispare/barreira linguística) e atualização de formação da equipa.

3. Desconhecimento de estratégias para diminuir a dor e por vezes a escassez de tempo entre procedimentos/consultas

4. Talvez seja o desconhecimentos de outras técnicas existentes ou a falta de tempo para implementar

5. Falta de tempo.

6. Avaliação da dor não estar instituída como prática diária / ausência de escalas de avaliação; Ausência de sacarose; Dinâmica das consultas (duração/ intervalo entre consultas).

Quais são os assuntos que gostaria de ver abordados/discutidos numa ação formativa relacionada com o tema da gestão da dor, tendo em conta os grupos etários?

1. diferentes escalas de acordo com faixa etaria e estrategias não farmacologicas de alivio da dor

2. A gestão da dor em C.S. Primários (realista e contextualizada à pratica profissional quotidiana); a gestão da dor na criança em contexto de multiculturalidade; gestão expetativa da criança/família face à dor (não em doença crónica ou que careça de hospitalização).

3. Estrategias para minimizar a dor no toddler em contexto da vacinacao

4. Intervenções regulam a dor na criança

5. Estratégias sobre gestão da dor/cuidados não traumáticos.

6. Importância da avaliação da dor; Estratégias de gestão da dor direccionadas a cada um dos grupos etários

Sessão de formação



Objetivos

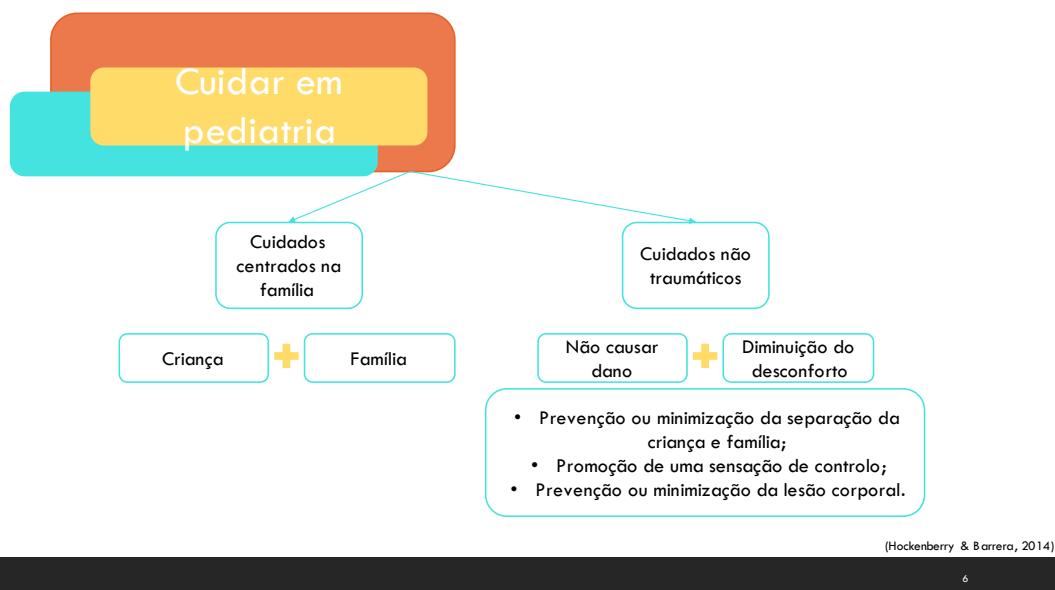
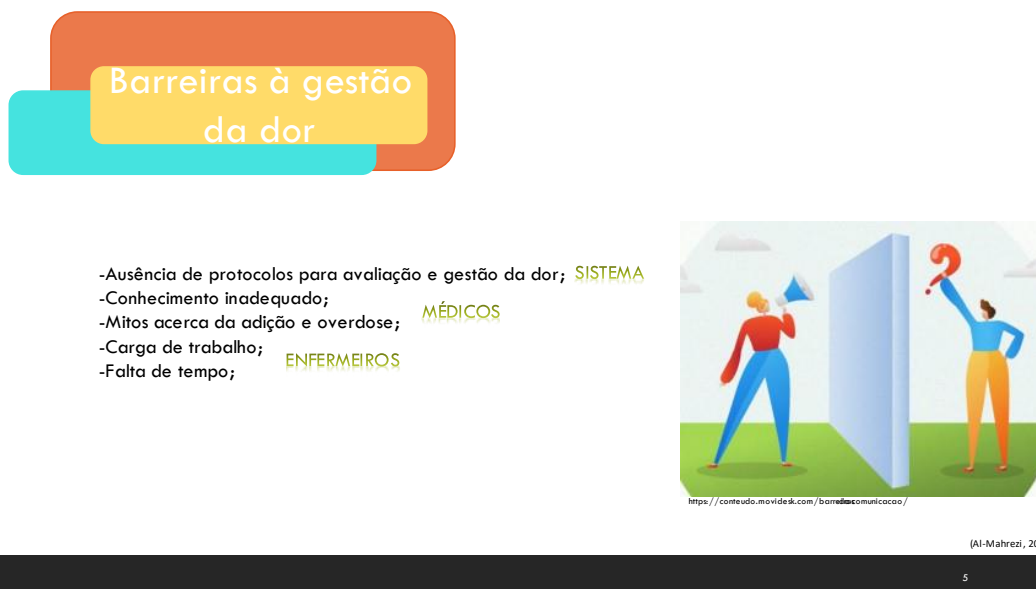
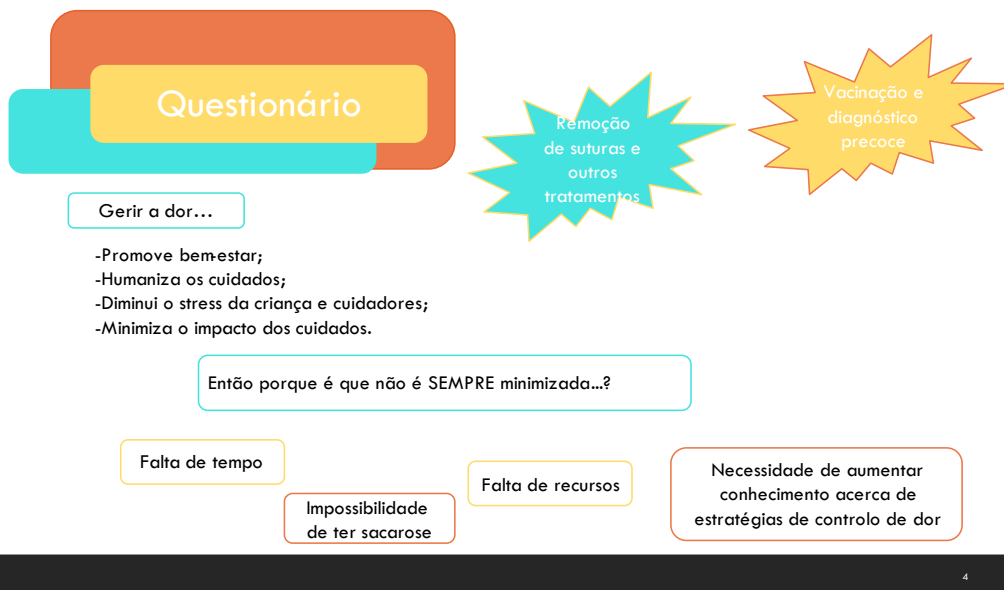
- Aprofundar conhecimentos acerca da gestão da dor em pediatria;
- Analisar as respostas dos questionários tendo em conta o descrito na literatura;
- Explicitar as estratégias não farmacológicas de gestão de dor para cada faixa etária.

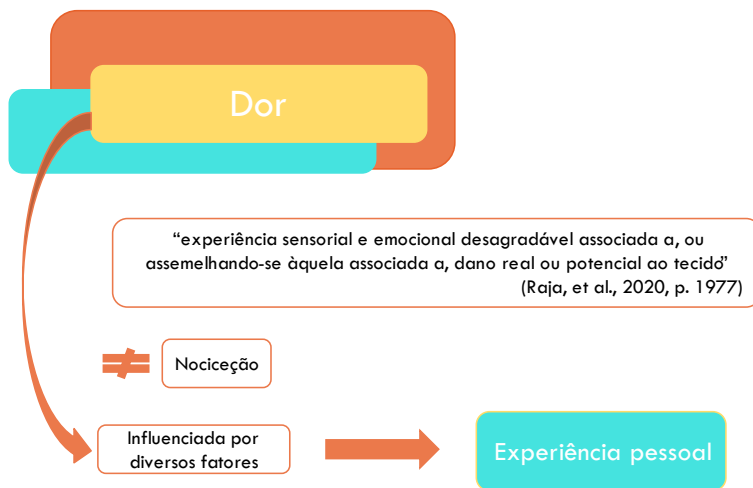
2

Conteúdos

- Necessidades formativas identificadas;
- Contextualização do cuidar em pediatria;
 - Noção conceptual de dor;
- A gestão da dor nas diferentes faixas etárias;

3





(Raja, et al., 2020)

7



8

Recém-nascido e lactente (0 a 11 meses)	Toddler (12 meses a 3 anos)	Pré-escolar (3 a 7 anos)	Escolar (8 a 11 anos)	Adolescente (a partir dos 12 anos)
--	--------------------------------	-----------------------------	--------------------------	---------------------------------------

Estratégias não farmacológicas

- ➔ Contenção manual ou com lençol
- ➔ Amamentação
- ou
- ➔ Sucção não nutritiva
- ➔ Sacarose 24% ou **glucose 30% (1 a 2mL)**

Recomendações

Lanceta automática em vez de manual

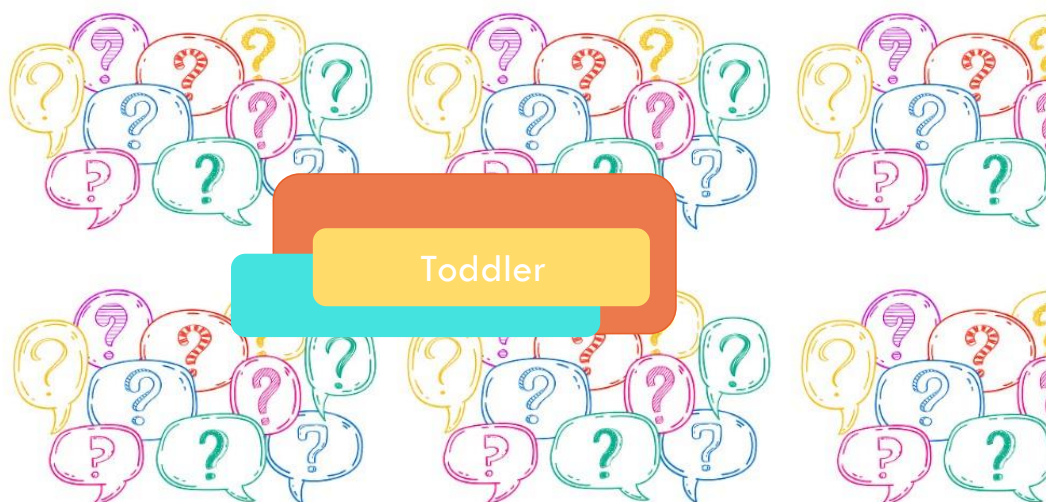
Garrote manual em vez de borracha



https://www.youtube.com/watch?v=L43y0H6XEH4&ab_channel=CHCO

(Direção Geral da Saúde, 2012)

9



10

Recém-nascido e lactente (0 a 11 meses)	Toddler (12 meses a 3 anos)	Pré-escolar (3 a 7 anos)	Escolar (8 a 11 anos)	Adolescente (a partir dos 12 anos)
--	--------------------------------	-----------------------------	--------------------------	---------------------------------------

Estratégias não farmacológicas

- Sucção não nutritiva
 - Sacarose 24% ou **glucose 30% (1 a 2mL)**
- Até aos 2 anos

Posicionar sentado no colo dos pais

Usar estratégias de distração antes e durante: brinquedos, vídeos, música...

Usar uma comunicação neutra. Dizer "aqui vou eu", em vez de dizer "aqui vai a picadinha"

Incentivar os pais a estarem calmos e a não usarem expressões como "vai acabar rápido" ou "tu estás bem"

(Direção Geral da Saúde, 2012)
(Taddio, et al., 2015)

11



12

Recém-nascido e lactente (0 a 11 meses)	Toddler (12 meses a 3 anos)	Pré-escolar (3 a 7 anos)	Escolar (8 a 11 anos)	Adolescente (a partir dos 12 anos)
--	--------------------------------	-----------------------------	--------------------------	---------------------------------------

Estratégias não farmacológicas

Usar estratégias de distração antes e durante: brinquedos, vídeos, música, livros, histórias...

Imaginação guiada: pensar em algo do seu agrado

A partir dos 3 anos, pedir para inspirar fundo e expirar devagar, usando a respiração abdominal

Demonstrar num boneco, ou em vídeo, o procedimento

Antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado. No final, fazer elogio verbal ou dar um prémio (ex. autocolante)

Explicar o procedimento antes para criação de expectativa realista. Não explicar com muita antecedência.



(Direção Geral da Saúde, 2012)
(Taddio, et al., 2015)

13

Recém-nascido e lactente (0 a 11 meses)	Toddler (12 meses a 3 anos)	Pré-escolar (3 a 7 anos)	Escolar (8 a 11 anos)	Adolescente (a partir dos 12 anos)
--	--------------------------------	-----------------------------	--------------------------	---------------------------------------



14



15

Referências



- Al-Mahrezí A. (2017). Towards Effective Pain Management: Breaking the Barriers. *Oman Medical Journal*, 32(5), 352. doi:10.5001/omj.2017.69
- Brown, E. A., Young, A., Kimble, R., & Kenardy, J. (2018). Distress, Review of a Parent's Influence on Pediatric Procedural and Recovery. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21, 224245. doi:https://doi.org/10.1007/s10567-017-0252-3
- Direção Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 a 18 anos). Orientação da Direção Geral da Saúde, -11.
- Direção Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Orientação da DGS -11.
- Jacob, E. (2014). Capítulo 7: Apreciação e gestão da dor na criança. Em M. Jacksonberry & D. Wilson, Wong, enfermagem da criança e do adolescente (9ª ed., pp. 182-39). Loures: Lusociência.
- Mangat, A. K., Oei, J. L., Chen, K., Quah-smith, I., & Schmölzer, G. M. (2018). A Review of Non-Pharmacological Treatments for Pain Management in Newborn Infants. *Children (Basel)*, 5(10), 1-12. doi:10.3390/children5100130
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., . . . Vader, K. (2020) The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-82. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939
- Taddiq A., McMurtry, C. M., Shah, V., Riddell, R. P., Chambers, C. T., Noel, M., . . . Bleeker, E. (2015). HELPinKIDS: Reducing pain during vaccine injections clinical practice guideline. *CMAJ*. doi:10.1503/cmaj.150391

19



