



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

Relatório de Estágio

**O brincar terapêutico na promoção do conforto da
criança hospitalizada: intervenção especializada de
Enfermagem**

Marta Duarte Cordeiro



**Lisboa
2021**



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

Relatório de Estágio

**O brincar terapêutico na promoção do conforto da
criança hospitalizada: intervenção especializada de
Enfermagem**

Marta Duarte Cordeiro

Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão

**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“É bom recordar que o brincar é por si mesmo uma terapia.”

Donald Winnicott

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido por ser o meu porto seguro, pela compreensão, força e amor incondicional.

À minha família, em especial aos meus pais, pela dedicação, apoio e amor constantes que fizeram de mim a pessoa que sou hoje.

Aos meus amigos por todos os momentos alegres, em especial às que percorreram comigo este caminho, pela amizade e ajuda nos momentos mais difíceis.

A todos os colegas do 11º Curso de Mestrado pela partilha e incentivo ao longo deste percurso.

À Professora Maria Teresa Magão pela confiança e por tudo o que me transmitiu e ensinou.

Às enfermeiras orientadoras dos diferentes locais de estágio pela orientação, disponibilidade e sabedoria.

A todas as crianças e famílias pela lição de vida que me dão todos os dias, que me motiva e inspira a ser e fazer melhor.

A todos o meu sincero Obrigada!

LISTA DE SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

CCF – Cuidados Centrados na Família

CDI – Consulta de Desenvolvimento Infantil

COVID-19 – Doença por Coronavírus-2019

CNT – Cuidados Não Traumáticos

CVSIJ – Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

DGS – Direção-Geral da Saúde

EACH – European Association for Children in Hospital

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EPS – Educação para a Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FLACC – *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*

IP – Internamento de Pediatria

IPI – Intervenção Precoce na Infância

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido Pré-termo

RV – Realidade Virtual

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SO – Sala de Observações

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

Os processos de saúde-doença representam situações de crise geradoras de ansiedade e sofrimento, constituindo-se a hospitalização como uma situação stressante e traumática que compromete o conforto da criança e família. Por sua vez, brincar é uma atividade fundamental na vida da criança que deve ser preservada e incentivada pelo enfermeiro durante períodos de doença e internamento hospitalar.

A problemática deste relatório incide na utilização do brincar terapêutico como instrumento na promoção do conforto da criança hospitalizada, tendo por finalidade contribuir para promover os cuidados não traumáticos e maximizar o bem-estar da criança. O uso de uma metodologia descritiva, de análise crítica e reflexiva, sobre as experiências vivenciadas e a evidência científica, teve como intuito facilitar a apropriação de conhecimentos e o pensamento crítico na tomada de decisão.

Do percurso de estágio destacam-se atividades relacionadas com a utilização do brincar terapêutico para promover o conforto da criança hospitalizada: a construção de um *kit* de brincar e a utilização de uns óculos de realidade virtual, com elaboração das respetivas normas de procedimento e realização de sessões de formação em serviço. Estas atividades, entre outras, permitiram a aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Conclui-se que o brincar terapêutico se constitui como um instrumento promotor do bem-estar e do conforto da criança, facilitando a sua adaptação e aprendizagem perante uma experiência potencialmente perturbadora através da expressão de sentimentos e da criação de uma relação de confiança com o profissional de enfermagem.

Palavras-chave: Criança; Criança Hospitalizada; Conforto; Brincar; Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

The health-illness processes represent a crisis situation, which generates anxiety and suffering, being the hospitalization a stressful and traumatic situation that compromises the comfort of the child and its family. In its turn, playing is a fundamental activity in the child's life, which must be preserved and encouraged by the nurse during illness and hospitalization periods.

The issue of this report focus on the use of therapeutic play as an instrument in promoting the comfort of the hospitalized child, with the purpose of promoting non-traumatic care and maximizing the child's well-being. The use of a descriptive methodology, of a critical and reflective analysis on the situations experienced and on the scientific evidence, was intended to facilitate the appropriation of knowledge and critical thinking in decision making.

The internship course highlights activities related to the use of therapeutic play to promote the hospitalized child's comfort, such as the construction of a playing kit and the use of virtual reality glasses, with the elaboration of the respective rules of procedure and completion of completed in-service training sessions. These activities, among others, allowed the acquisition of skills as a nurse specialist in child and pediatric health nursing.

In conclusion, the therapeutic play is constituted as a promoting instrument of the child's well-being and comfort, facilitating its adaptation and learning during a potentially disturbing experience through the expression of feelings and the creation of a trusting relationship with the nursing professional.

Keywords: Child; Hospitalized Child; Comfort; Play; Paediatric Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CIENTÍFICO	12
1.1. O conforto em enfermagem pediátrica	12
1.2. A hospitalização: vivência da criança, do jovem e da família	16
1.3. O brincar terapêutico na promoção do conforto da criança hospitalizada	21
2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO	25
3. METODOLOGIA.....	27
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO DE ESTÁGIO: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	29
4.1. Estabelecer uma comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem e à cultura da família.....	30
4.2. Promover o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem	39
4.3. Prestar cuidados à criança, jovem e família em situações de especial complexidade	45
4.4. Identificar as situações de cuidados em que o brincar terapêutico pode ser utilizado para promover o conforto da criança hospitalizada	53
4.5. Implementar estratégias para promoção do conforto da criança hospitalizada com recurso ao brincar terapêutico.....	56
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICES	
Apêndice I – Cronograma de Estágio	
Apêndice II – Guia Orientador de Estágio	
Apêndice III – Folheto – Desenvolver a brincar e em segurança	
Apêndice IV – Dossier Temático – Medidas neuroprotetoras na promoção do conforto do recém-nascido pré-termo: ambiente terapêutico	
Apêndice V – Instrumento de Educação para a Saúde – Motricidade fina e desenho	
Apêndice VI – Jornal de Aprendizagem – Neonatologia	
Apêndice VII – Formação em Serviço – Gestão da dor da criança durante a vacinação	
Apêndice VIII – Construção e implementação do “Kit da Brincadeira”	
Apêndice IX – Realidade Virtual: estratégia não farmacológica de controlo da dor	

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, integrada no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). A sua produção pretende explanar o percurso de aprendizagem realizado, tendo como finalidade desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

Este trabalho constitui-se como um projeto de formação que visa o desenvolvimento de competências de mestre, definidas no Decreto-Lei n.º 65/2018, e de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), descritas no Regulamento n.º 140/2019 e no Regulamento n.º 422/2018, respetivamente. Destacam-se como competências específicas a desenvolver a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; e a gestão da dor e do bem-estar da criança e do jovem (Regulamento n.º 422, 2018). Por sua vez, a certificação das competências clínicas especializadas assegura que o Enfermeiro Especialista (EE) possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo, e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (Regulamento n.º 140, 2019). Neste sentido, a fim de promover o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como a aquisição de competências de EEESIP, realizei um estágio com duração de 18 semanas em cinco contextos diferentes: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Serviço de Neonatologia, constituído pela Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais, Consulta de Desenvolvimento Infantil (CDI), Internamento de Pediatria (IP) e Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) (Apêndice I).

As experiências de doença e a hospitalização têm um impacto negativo na vida da criança e do jovem, pois constituem-se como experiências difíceis e complexas, marcadas pela ansiedade e stress, podendo afetar o seu conforto, bem-estar e desenvolvimento (Barros, 2003; Sanders, 2014). Por este motivo, torna-se importante adotar estratégias facilitadoras da sua vivência, promovendo a sua adaptação e transformando a experiência da hospitalização numa oportunidade de

desenvolvimento e aprendizagem ao invés de ser algo negativo e traumático (Barros, 2003). Neste sentido, o EEESIP tem a importante responsabilidade de mobilizar habilidades com intencionalidade terapêutica, utilizando recursos de suporte à criança, jovem e família que contribuam para promover o mais elevado estado de saúde possível (Regulamento n.º 422, 2018).

Brincar é uma atividade inerente ao desenvolvimento humano, reconhecida atualmente pelo seu valor terapêutico, sendo consensual que a sua utilização nos cuidados de saúde assume funções importantes como diminuir o medo, a ansiedade, a dor, o sentimento de perda e de separação, atenuando o desconforto que caracteriza o ambiente do contexto hospitalar (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010; Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010; Sanders, 2014; Caleffi, Rocha & Anders, 2016). Segundo a OE (2013) brincar permite à criança não só assumir o controlo das situações que a assustam através da libertação de emoções, tensões e frustrações, mas também promove a sua espontaneidade, diversão, satisfação e autoestima. Desta forma, a utilização do brincar com intencionalidade terapêutica permite alcançar uma prestação de cuidados humanizados e de qualidade.

A existência de práticas de cuidados assentes numa filosofia de cuidados não traumáticos (CNT) que considerem a avaliação e satisfação das necessidades de conforto da criança e família como um dos seus elementos norteadores é essencial em todos os contextos da prática clínica. Embora a brincadeira durante a hospitalização seja uma realidade representativa e promotora dos CNT no meu contexto de trabalho, ainda parecem existir algumas dificuldades na sua integração com intencionalidade terapêutica. Alguns estudos evidenciam que os enfermeiros reconhecem a relevância do brincar terapêutico, valorizam e incentivam o seu uso, mas poucos são aqueles que aplicam sistematicamente essa atividade na prática profissional diária (Oliveira, Maia, Borba & Ribeiro, 2015; Lemos, Oliveira & Gomes, 2016). Tal é decorrente da falta de estruturação e uniformização dos cuidados de enfermagem ao nível da utilização do brincar terapêutico. Assim, este relatório de estágio tem como foco a problemática da utilização do brincar terapêutico como instrumento na promoção do conforto da criança hospitalizada, estando esta escolha relacionada com os meus interesses pessoais e com a necessidade acima referida.

Para compreender melhor como é que o brincar pode ser uma mais-valia para a prestação de cuidados de enfermagem, tornam-se essenciais os referenciais teóricos dos cuidados centrados na família (CCF), dos CNT e da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, enquanto conceções de enfermagem pediátrica que dão

suporte para todo o percurso. Durante a hospitalização são muitas as situações que comprometem o conforto do cliente, pelo que esta teoria é essencial, uma vez que se centra nas necessidades de conforto ao nível físico, ambiental, psicoespiritual e sociocultural que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais (Kolcaba, 1994).

A fim de responder à problemática exposta e de desenvolver as competências que me proponho, defini dois objetivos gerais: desenvolver competências de EEESIP no cuidar da criança, jovem e família em diferentes situações de saúde-doença e estádios de desenvolvimento; e desenvolver competências de EEESIP para a promoção do conforto da criança hospitalizada com recurso ao brincar terapêutico. Relativamente ao primeiro delineei como objetivos específicos estabelecer uma comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem e à cultura da família; promover o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; e prestar cuidados à criança, jovem e família em situações de especial complexidade. O segundo objetivo geral tem como objetivos específicos identificar as situações de cuidados em que o brincar terapêutico pode ser utilizado para promover o conforto da criança hospitalizada; e implementar estratégias para promoção do conforto da criança hospitalizada com recurso ao brincar terapêutico.

O presente relatório está organizado por capítulos e respeita as regras da norma *American Psychological Association* (APA) (6ª edição) contempladas no guia orientador para elaboração de trabalhos escritos da ESEL (Godinho, 2020) e do regulamento de mestrado em enfermagem e cursos de pós-licenciatura de especialização (Regulamento de Mestrado, 2019), relativamente à sua organização, formatação e referenciação bibliográfica. O primeiro capítulo diz respeito ao enquadramento teórico-científico, onde serão abordados os referenciais teóricos e a evidência científica que alicerça todo o percurso desenvolvido. O segundo capítulo refere-se ao problema e objeto de estudo no que concerne à identificação e justificação da problemática e sua pertinência para a enfermagem pediátrica. O terceiro capítulo corresponde à metodologia, expondo-se o método de trabalho norteador deste relatório e do restante percurso formativo. O quarto capítulo prende-se com a descrição e análise reflexiva do percurso de estágio, tendo por base os objetivos delineados e as atividades realizadas e realçando os seus contributos para a aquisição de competências comuns de EE e específicas de EEESIP. As considerações finais constituem o quinto capítulo, que integra as principais conclusões e as perspetivas futuras. Por fim, surgem as referências bibliográficas utilizadas para fundamentar este relatório.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CIENTÍFICO

A enfermagem é a ciência que cuida de seres humanos numa perspectiva multidimensional, com o objetivo de promover a vida e o potencial vital, respeitando a individualidade, complexidade e integralidade da pessoa (Pires, 2009). O cuidar em enfermagem envolve uma interação enfermeiro-cliente com objetivo terapêutico, em que a intenção é contribuir para o bem-estar e diminuir o sofrimento do cliente no seu quotidiano (Basto, 2009). O presente capítulo irá abordar a teoria do conforto de Katharine Kolcaba e as filosofias de cuidados de enfermagem pediátrica, os CCF e os CNT, enquanto pilares fundamentais para o uso do brincar terapêutico na promoção do conforto da criança hospitalizada.

1.1. O conforto em enfermagem pediátrica

Os cuidados de saúde humanizados e holísticos implicam reconhecer a pessoa como um todo, respeitando as múltiplas dimensões dos cuidados: emocional, mental, estética, intuitiva, física, espiritual e experiencial (Collière, 2003). Nesta perspetiva, percebe-se que quando uma dimensão é afetada o todo fica comprometido. Segundo Pepin, Kéroutac e Ducharme (2017) a pessoa é vista como um ser total e único, que experiencia ao longo do tempo momentos de ordem e desordem, sendo estes últimos capazes de afetar o seu equilíbrio. A doença e hospitalização constituem-se como um desses períodos, em que é necessário o cuidado e conforto oferecido pelos profissionais de saúde para alcançar a harmonia do ser (Pepin et al., 2017).

A enfermagem resulta da forma como os enfermeiros abordam a relação entre o cuidado, a pessoa, a saúde e o ambiente. No âmbito desta ciência, o cuidado é entendido como uma relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, num determinado ambiente, com o objetivo de contribuir para o seu bem-estar e para a sua saúde (Pepin et al., 2017). Para Hesbeen (2000) cuidar em enfermagem pressupõe acompanhar a pessoa numa situação de vulnerabilidade, com a intenção ajudá-la a tornar a situação vivida mais confortável, contribuindo para a sua saúde e bem-estar. Watson (2002, 2018) refere-se ao cuidar como uma atitude de responsabilização, desenvolvimento e envolvimento afetivo com o Outro, pressupondo conhecimentos e intervenções que visam a preservação da dignidade humana e a promoção da maximização da saúde. Ainda segundo esta autora cuidar do ser humano é um ato que carece de confiança e dedicação, em que o conforto e a ternura são elementos essenciais para que o cuidado vá ao encontro das necessidades do Outro (Watson,

2002, 2018). A autora considera que o conforto afeta o desenvolvimento interno e externo da pessoa, sendo que as intervenções de enfermagem, designadas medidas de conforto, poderão atuar a fim de promover o seu bem-estar Watson (2002, 2018).

A promoção do conforto está intimamente ligada ao cuidar em enfermagem já desde Florence Nightingale, que considerava o sofrimento e o desconforto como um resultado das inadequações do ambiente e das ações do enfermeiro (Kolcaba, 1991). De acordo a Academia das Ciências de Lisboa (2001) o termo conforto é definido como aquilo que alivia fisicamente, revigora ou conforta; aquilo que proporciona comodidade e bem-estar, contribuindo para o bem-estar físico; consolo, apoio e ânimo recebido num momento de aflição ou preocupação. O conceito de conforto é considerado na literatura científica como um estado, uma condição, uma intervenção e um processo que subentende o ato de acalmar, animar, proporcionar e oferecer proteção (Lowe & Cutcliffe, 2005). Este é o conceito central da Teoria do Conforto, desenvolvida por Katharine Kolcaba, desde o final da década de 80. A autora define conforto como a experiência holística de satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade ou transcendência, derivadas de situações de saúde stressantes, nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 1991, 1994, 1995, 2003, 2013). A teoria assenta nos pressupostos de que os seres humanos têm respostas holísticas a estímulos complexos, que o conforto é um resultado holístico desejável em enfermagem e que os seres humanos esforçam-se por satisfazer as suas necessidades básicas de conforto (Kolcaba, 1991, 1994, 1995, 2003, 2013).

Na teoria de Kolcaba são apresentados três tipos de conforto, frequentemente contínuos, sobrepostos e interdependentes entre si, são eles: alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é quando o cliente vê uma determinada necessidade satisfeita, permitindo-lhe voltar à função anterior. A tranquilidade prende-se com um estado de calma ou contentamento, necessário para o desempenho eficiente do cliente. Por sua vez, a transcendência significa a superação do cliente, que ao ultrapassar os seus problemas ou dor consegue melhorar as suas capacidades através da interação enfermeiro-cliente. Este último tipo de conforto prevê como resultado final um desempenho extraordinário do cliente, no entanto, para que isso aconteça, é necessária a ausência de preocupações e dificuldades, sendo as medidas de conforto essenciais para fortalecer a pessoa (Kolcaba, 1991, 1994, 1995, 2003, 2013). Em ambiente hospitalar são poucas as situações em que o cliente atinge o conforto absoluto, devido à existência de desconfortos difíceis de aliviar ou

tranquilizar, pelo que deve haver um esforço conjunto e o enfermeiro deve encorajá-lo a superar as adversidades da experiência (Kolcaba, 1991, 1994, 1995, 2003, 2013).

Numa ótica holística a autora considera quatro contextos em que o conforto deve ser assegurado: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 1991, 1994, 1995, 2003, 2013). Este quadro de referência tem sido também utilizado em enfermagem pediátrica, área que tem como foco de cuidados a criança e família, considerando as necessidades e especificidades deste binómio. Nesta perspetiva a criança deve ser tida em conta no processo de cuidados como uma pessoa com mente, corpo e necessidades específicas, em crescimento e desenvolvimento, vulnerável e dependente, exigindo cuidados de enfermagem especializados para a satisfação das necessidades de conforto e otimização da saúde (Hockenberry & Barrera, 2014). Segundo Kolcaba (1991, 1994, 2003, 2013) o conforto físico diz respeito às sensações corporais e homeostasia, como por exemplo a dor, náuseas, vômitos, febre, tosse, obstrução nasal, diarreia ou desidratação. No âmbito do cuidado à criança, estas estão muitas vezes relacionadas com a realização de procedimentos invasivos, pelo que o enfermeiro deve prestar cuidados o menos traumáticos possível, a fim de manter o desenvolvimento infantil saudável (Kolcaba & DiMarco, 2005). O conforto psicoespiritual prende-se com a autoconsciência e significado de vida, compreendendo aspetos mentais, emocionais e espirituais como a ansiedade, medo, vergonha, sentido da doença e da vida, esperança e apoio espiritual e religioso (Kolcaba, 1991, 1994, 2003, 2013). Aqui deve estar implícita a presença dos pais e o estabelecimento de uma relação de confiança e motivação para que a criança e família ultrapassem o sofrimento causado pela doença e hospitalização (Kolcaba et al., 2005). O conforto sociocultural inclui os cuidados sensíveis à cultura, que estão relacionados com questões familiares, relacionais, culturais e tradições, tais como barreiras linguísticas, presença ou visita de familiares e amigos, manutenção das rotinas, preferências no vestuário, continuidade de cuidados e planeamento da alta, problemas sociais e financeiros (Kolcaba, 1991, 1994, 2003, 2013). Assim, o enfermeiro deve respeitar a cultura da criança e família, adequando os seus cuidados (Kolcaba et al., 2005). O conforto ambiental compreende o meio envolvente e depende de fatores como a temperatura, luz, ruído, cor, privacidade, condições para os familiares descansarem e ambiente familiar, tranquilo e acolhedor (Kolcaba, 1991, 1994, 2003, 2013). Este tipo de conforto influencia a adaptação da criança e família ao meio hospitalar, pelo que é benéfica a criação de um ambiente favorável ao seu bem-estar através da brincadeira (Kolcaba et al., 2005).

No quadro de referência de Kolcaba (2003) os quatro conceitos metaparadigmáticos são Enfermagem, Pessoa, Ambiente e Saúde. A Enfermagem é descrita como a avaliação intencional das necessidades de conforto do cliente, com delineamento de medidas de conforto para satisfazer essas necessidades e reavaliação após implementação dessas medidas para saber se foram ou não eficazes. A avaliação pode ser objetiva, através da observação que o enfermeiro faz das alterações de comportamento do cliente, ou subjetiva, pela verbalização do cliente de como se sente. A Pessoa é quem recebe os cuidados e pode ser indivíduo, família ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde. O Ambiente diz respeito aos fatores externos que incluem qualquer aspeto que envolva o cliente, família ou meios institucionais que possam ser manipulados pelo enfermeiro para melhorar o conforto. Finalmente, a Saúde representa o ótimo funcionamento do cliente, família ou comunidade, considerando as necessidades de conforto por si definidas (Kolcaba, 2003).

As intervenções de enfermagem promotoras de conforto são ações intencionalmente planeadas para aumentar o conforto (Kolcaba, 2003). Estas intervenções dividem-se em três categorias: de alívio, para manter a homeostasia e controlar a dor; de orientação, para aliviar a ansiedade e promover esperança, dar informações e explicar procedimentos; e de conforto da alma, para fazer as crianças e famílias sentirem-se cuidadas e fortalecidas através de visitas especiais ou brincadeiras (Kolcaba et al., 2005). Dada a conceção holística, percebe-se que as necessidades de conforto se relacionam entre si, pelo que ao satisfazer determinada necessidade, as intervenções irão influenciar outras componentes, tendo efeitos diretos e indiretos na totalidade da pessoa (Kolcaba, 1991, 1994, 1995, 2003, 2013). Através destas intervenções, o enfermeiro pretende minimizar os aspetos negativos associados à hospitalização, amenizar as situações traumáticas e realçar os sentimentos positivos da criança, pelo que o conforto se constitui como parte integrante dos cuidados de enfermagem pediátrica (Kolcaba et al., 2005).

Ao “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (OE, 2015a, p. 97) o enfermeiro está a promover a humanização dos cuidados, que se assume como pilar fundamental no cuidar e na promoção do conforto. Porém, este era um aspeto pouco presente nos cuidados pediátricos até ao lançamento da Carta da Criança Hospitalizada, em 1988, que veio dar voz aos direitos da criança hospitalizada, contribuindo para a humanização dos cuidados nesta área. O documento ressalva princípios básicos em

pediatria como o direito da criança ao acompanhamento dos pais, a cuidados que minimizem o seu sofrimento e dor e a beneficiar de jogos, recreios e atividades educativas adequadas à idade (European Association for Children in Hospital [EACH], 2009). A promoção do conforto e a gestão do bem-estar da criança e família é um dos focos de intervenção do EEESIP, como descrito no Regulamento de Competências Específicas do EEESIP, sendo um requisito para a garantia da qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 422, 2018).

1.2. A hospitalização: vivência da criança, do jovem e da família

Os processos de saúde-doença representam para a criança situações de crise geradoras de stress e sofrimento, pois implicam uma mudança do estado de saúde habitual e da rotina ambiental (Tavares, 2011; Sanders, 2014). Deste modo, a hospitalização caracteriza-se como uma situação stressante e traumática para a criança, pois está perante um ambiente que desconhece (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016; Caleffi et al., 2016). Os principais fatores de stress associados à hospitalização incluem a ansiedade de separação, dos pais e das pessoas de referência, a perda de controlo e autonomia, o medo do desconhecido, as lesões corporais, dor, desconforto e mutilação e o medo da morte (Algren, 2006; Mombelli, Costa, Marcon & Moura, 2011; Sanders, 2014). As respostas, comportamentos e estratégias de conforto da criança, diferem consoante o seu estágio de desenvolvimento, experiências de doença ou hospitalização prévias, gravidade do diagnóstico e sistemas de apoio disponíveis (Sanders, 2014; Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015).

Durante os primeiros anos de vida a criança apresenta um número limitado de mecanismos de defesa para gerir o stress, necessitando de apoio externo para ultrapassar as crises da doença e hospitalização (Tavares, 2011; Sanders, 2014). Por sua vez, as crianças mais velhas e os adolescentes valorizam a sua independência e produtividade, necessitando de maior segurança, orientação parental e informação sobre o seu estado físico (Sanders, 2014). A informação nestas idades é um elemento essencial no processo de preparação psicológica porque tem um alto potencial redutor de ansiedade e elimina dúvidas acerca dos procedimentos (Carvalho, Silva & Machado, 2016). Neste sentido, o enfermeiro deve ser empático e compreensivo, de forma a amenizar essa situação através de um ambiente acolhedor, da presença dos familiares e pessoas significativas, de atividades recreativas, do fornecimento de

informação e da atenção afetiva por parte da equipa de saúde (Sanders, 2014; Andrade, Freitas & Marques, 2015).

A presença dos familiares constitui-se como uma necessidade para a criança e família, pois esta é considerada a unidade base de cuidados à criança que proporciona um ambiente protetor e de apoio para que esta cresça, se desenvolva e maximize o seu potencial de desenvolvimento (Hockenberry et al., 2014). A equipa de enfermagem deve ter em conta que a presença da família é responsável por fatores positivos relacionados com a estabilidade da criança, promovendo a satisfação da maioria das suas necessidades de conforto e segurança, além de contribuir com informações significativas (Salgado, Bittencourt & Salgado, 2018). Esta perspetiva está na base da filosofia dos CCF, na qual assentam os cuidados de enfermagem pediátrica.

Os cuidados centrados na criança e na família são vistos como uma abordagem para o planeamento, prestação e avaliação de cuidados de saúde baseados em parcerias benéficas para os profissionais de saúde, crianças e famílias (Institute for Patient and Family-Centered Care, 2011; American Academy of Pediatrics [AAP], 2012). O objetivo major passa por promover a saúde e o bem-estar da criança e família e restabelecer o seu controlo e dignidade. Assenta nos conceitos básicos da dignidade e respeito, partilha de informação, participação nos cuidados e colaboração no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas de saúde, tendo em consideração as crenças e valores, diversidade cultural, étnica, racial e socioeconómica da família (Institute for Patient and Family-Centered Care, 2011; AAP, 2012).

Na área da saúde infantil e pediatria, defende-se os CCF como uma filosofia que reconhece a família como constante na vida da criança, em que o enfermeiro considera as necessidades de todos os membros da família, visando a tomada de decisão partilhada entre crianças, famílias e enfermeiros (Hockenberry et al., 2014; Smith, 2018). O enfermeiro deve envolver a criança e família para colaborarem no planeamento dos cuidados e na tomada de decisão, satisfazendo todas as suas necessidades (Sanders, 2014). Na sua base está a comunicação e a relação estabelecida entre a família e a equipa multidisciplinar, que leva a considerar a família como parceira na prestação de cuidados, ouvindo e valorizando as suas preocupações e o seu conhecimento sobre a criança (Harrison, 2010; Uhl, Fisher, Docherty & Brandon, 2013; Smith, 2018; Coyne, Holmström & Söderbäck, 2018).

A perspectiva dos CCF assenta em alguns princípios elementares que contribuem para a prestação de cuidados de excelência, tais como: reconhecer a família como constante na vida da criança, procurando manter e reforçar os seus papéis, laços e rotinas normais, através da sua presença e participação; facilitar a colaboração entre os profissionais e a família em todos os níveis dos cuidados de saúde; respeitar a individualidade de cada família e os seus métodos de *coping*, implementando políticas e programas que forneçam suporte desenvolvimental, emocional e financeiro; fornecer informação completa, honesta e sem viés à criança e família; encorajar e facilitar suporte entre famílias e em rede; assegurar cuidados de saúde flexíveis, acessíveis e adequados às necessidades identificadas pela criança e família (AAP, 2012).

A filosofia dos CCF tem como primordial função a capacitação e o empoderamento das famílias, através do apoio à família no desempenho das competências parentais. O enfermeiro capacita a família criando oportunidades e meios para que esta tome consciência das suas capacidades e pontos fortes atuais e adquira novas competências e aprendizagens adequadas às necessidades e desenvolvimento da criança. Por sua vez, o empoderamento traduz a interação do enfermeiro com a família, permitindo que esta mantenha ou adquira um sentido de controlo sobre a sua vida, aumentando a autoconfiança e segurança e promovendo as forças, habilidades e ações da própria família (Hockenberry et al., 2014).

Neste âmbito é fundamental referir de novo a Carta da Criança Hospitalizada, que corrobora a filosofia dos CCF ao descrever no segundo e terceiro princípios que “uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, (...) sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário (...)”(EACH, 2009, p. 7-8); e ao expor no quarto e quinto princípios que “as crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão (...) para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde” (EACH, 2009, p. 9-10). Dos CCF emergem várias consequências positivas, como a melhoria da qualidade dos cuidados, aumento da confiança, autoestima e satisfação da criança e da família, desenvolvimento dos pontos fortes da criança e família, diminuição de medos e ansiedade dos filhos e dos pais e diminuição dos custos em saúde (Harrison, 2010; AAP, 2012; Coyne et al., 2018).

Como referido anteriormente, os CCF implicam o estabelecimento de uma parceria com a criança e família, de forma a permitir uma abordagem individualizada e a minimizar os efeitos adversos que a hospitalização pode ter para ambos,

melhorando a sua experiência (Casey, 2006 citado por Sousa, Antunes, Carvalho & Casey, 2013). O conceito de parceria de cuidados começou a ser explorado após ser lançada a Declaração de Alma-Ata, onde se define como um direito e um dever as pessoas participarem nas decisões de saúde que lhes dizem respeito (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1978).

A parceria de cuidados é um processo dinâmico, fundamental para a excelência dos cuidados em pediatria. Tem por base uma relação interpessoal entre enfermeiro, criança e família, que trabalham em conjunto, através de um processo de negociação, para atingir um objetivo comum e bem definido (Mendes & Martins, 2012; Sousa 2012). A parceria pressupõe igualdade, flexibilidade, respeito pela individualidade do paciente, comunicação efetiva e construtiva, partilha de poder e conhecimentos e tomada de decisão partilhada (Mendes et al., 2012; Regulamento n.º 351, 2015). Assim, a criança e a família participam ativamente no processo de cuidados, podem dar opiniões e propor soluções, conforme o que melhor se ajusta ao seu estilo de vida. Isto pressupõe que o enfermeiro considera que ambos são detentores de conhecimento e promove a reflexão dos membros da família com o objetivo de promover o bem-estar da criança e família (Mendes et al., 2012; Sousa, 2012; Caldeira, 2018).

Neste sentido, Anne Casey desenvolveu um modelo de parceria de cuidados em pediatria, que reconhece a família como o melhor prestador de cuidados da criança, pois é quem conhece melhor as suas necessidades. Nesta parceria a criança e a família expressam o seu desejo de participar nos cuidados, estabelecendo-se objetivos e definindo-se quem presta que tipo de cuidados, bem como o nível de envolvimento da família. Deste modo, o modelo baseia-se no respeito pelas necessidades e desejos da família, pelo que se inicia a negociação apenas quando esta o desejar, fornecendo o enfermeiro toda a informação necessária para torná-la capaz de tomar decisões e participar nos cuidados (Casey, 1993).

Para além do direito à presença e participação dos pais, a criança também tem direito a receber CNT, para que a experiência de hospitalização seja a mais positiva possível. Tal é evidenciado na Carta da Criança Hospitalizada (EACH, 2009) ao referir no princípio número quatro que “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.” (p.9), no princípio número cinco que “deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável.” (p.10) e no princípio número oito que “a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.” (p.13).

Segundo Hockenberry et al. (2014) os CNT caracterizam-se por cuidados terapêuticos e humanizados prestados por profissionais de saúde, que não causem dano e utilizem intervenções capazes de diminuir ou eliminar o desconforto físico e psicológico da criança e família. Os desconfortos físicos dizem respeito a todas as alterações que possam ter impacto na sensibilidade da criança, como a dor, temperaturas extremas, ruídos fortes, escuridão ou luminosidade extrema e imobilização. Por sua vez, os desconfortos psicológicos podem incluir medo, ansiedade, tristeza, raiva, vergonha ou culpa. Para implementar estes cuidados com sucesso, o enfermeiro terá de controlar os fatores internos e externos associados aos procedimentos prestados à criança e família, para que estes não ponham em causa o objetivo de prevenir ou minimizar o stress físico e psicológico. Para isto devem ter por base os princípios fundamentais de evitar a separação da criança e família, promover a sensação de controlo e reduzir as intervenções invasivas e a dor corporal (Hockenberry et al., 2014). De igual modo, Tavares (2011) refere que os CNT procuram reduzir o stress físico e psicológico, com o propósito de alcançar o bem-estar máximo da criança.

Os cuidados de enfermagem prestados à criança geram, na maioria das vezes, sentimentos negativos tais como ameaça, desconforto, dor, medo e ansiedade, competindo ao enfermeiro encontrar estratégias que garantam a segurança e eficácia das intervenções ao mesmo tempo que minimizam o sofrimento por elas causado (Passos, 2018). Tais estratégias devem estimular a distração ativa e envolver a criança e a família. São exemplos da prestação de CNT a promoção da relação da criança com os pais durante a hospitalização, a preparação da criança para qualquer tratamento ou procedimento, o controlo da dor, a garantia da privacidade da criança, a oferta de atividades recreativas, o respeito pelas diferenças culturais e a opção de escolha da criança (Hockenberry et al., 2014). Algumas das intervenções que o enfermeiro pode pôr em prática passam por atividades como brincar, jogar¹, ouvir música, cantar, pintar, ver televisão, contar histórias incentivar a criança a ler ou a conversar com amigos. Tal como referem Hockenberry, Wilson & Winkelstein (2006)

¹ Em português ambos os verbos brincar e jogar caracterizam a ação lúdica infantil, sendo que brincar indica uma atividade lúdica não estruturada e jogar refere-se a uma atividade que envolve os jogos de regras propriamente ditos (Cordazzo & Vieira, 2007). Brougère e Wajskop (1997) citados por Cordazzo et al. (2007) afirmam que brincar é uma atividade simbólica e o jogo é funcional, ou seja, enquanto brincar tem a característica de ser livre e ter um fim em si mesmo, o jogo inclui a presença de um objetivo final a ser alcançado, a vitória.

uma das intenções dos CNT é estimular o controlo da criança, o que pode ser conseguido pela implementação da distração através de brincadeiras.

1.3. O brincar terapêutico na promoção do conforto da criança hospitalizada

Brincar é considerado uma necessidade básica, tal como a nutrição, saúde, habitação e educação, e uma experiência humana rica e complexa, fundamental no processo de crescimento e desenvolvimento infantil. Esta atividade começou a ser reconhecida através da Declaração da *International Play Association*, em 1961 e da Convenção dos Direitos da Criança, em 1989, assumindo-se como um direito universal da criança (Pereira et al., 2010; Mota, Júnior & Silva, 2019). A Convenção dos Direitos da Criança (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1989) é elucidativa no artigo 31º, ao referir que se reconhece “à criança o direito ao repouso e aos tempos livres, o direito de participar em jogos e actividades recreativas próprias da sua idade e de participar livremente na vida cultural e artística” (p. 25).

Para a criança, brincar é uma atividade essencial ao bem-estar físico, emocional, mental e social, é comunicação e expressão, dá-lhe prazer e sentimento de realização. Esta atividade permite à criança perceber o que se passa consigo, libertar medos, raiva, frustração e ansiedade, pelo que se não lhe for dada a possibilidade de brincar, poderá desencadear distúrbios de comportamento, tais como alterações do sono, irritabilidade, agressividade, inadequação social e atraso no desenvolvimento (Valeriano & Diogo, 2001; Sanders, 2014). A brincadeira proporciona distração e oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de habilidades, pois ao brincar a criança liberta a sua capacidade de criar, reinventar, explorar e dominar o mundo externo (Engenheiro, Geadas & Lobo, 2016).

As brincadeiras que envolvem criatividade, movimento, interação social e cooperação, como correr, jogar à bola ou andar de bicicleta, caracterizam o brincar como uma atividade social, um ato voluntário e espontâneo de crescimento e desenvolvimento da personalidade e autonomia da criança, que estimula a inteligência, iniciativa, concentração, imaginação, coragem, interação com os pares e resolução de conflitos (Valeriano et al., 2001; Haiat, Bar-Mor & Shochat, 2003; Queiroz, Maciel & Branco, 2006). Brincar ajuda a criança na sua adaptação à realidade, pois para além de ter como funções o desenvolvimento intelectual e sensório-motor, socialização, criatividade e auto-consciência, proporciona alegria, recriação e expressão de sentimentos que permitem alcançar um estado de conforto (Pereira et al., 2010; Sanders, 2014).

A OE (2013) citando a Associação Internacional para o Direito a Brincar (1977) evidencia que a criança tem direito a desenvolver atividades lúdicas, mesmo nas situações em que a sua saúde está comprometida e necessita de internamento hospitalar. Sanders (2014) reforça que brincar é uma necessidade de desenvolvimento que não termina quando a criança adoece ou é hospitalizada. Neste sentido, o brincar surge como um instrumento terapêutico valioso nos cuidados de saúde, porque ajuda a criança a lidar com a experiência e a dominar a realidade (Mitre & Gomes, 2004).

De acordo com Oliveira, Dias e Roazzi (2003) e Hockenberry et al. (2006) o brincar no hospital pode ser dirigido, quando implica uma programação e estruturação onde a criança manipula e explora os materiais com que se confronta durante o internamento; ou livre, quando é natural e espontâneo e a criança brinca com todos os materiais disponíveis. Contudo, para o brincar se tornar parte integrante dos cuidados de enfermagem é necessário considerar a adaptação do brincar à idade e desenvolvimento da criança, a necessidade de reconhecimento e valorização do brincar pelos enfermeiros e a inclusão do brincar no plano de cuidados de enfermagem (LeVieux- Anglin & Sawyer, 1993 citado por Pereira et al., 2010).

Segundo Walker (1989) e Sanders (2014) existem dois modos de brincar em cuidados de saúde, a terapia pelo brincar e o brincar terapêutico. Ambos permitem ao profissional estabelecer uma relação com a criança e possibilitam à criança expressar os seus sentimentos relativos ao seu problema. A terapia pelo brincar é utilizada por terapeutas treinados e qualificados para diagnosticar um problema psicológico na criança e facilitar a libertação de tensões. Já o brincar terapêutico ajuda a criança a ultrapassar a situação de crise que está a viver, ao lidar com as suas preocupações e medos através do desenvolvimento de estratégias de *coping*.

O brincar pode ser utilizado pelo enfermeiro como um instrumento terapêutico para ajudar a criança a adaptar-se ao ambiente hospitalar, vivenciando e ultrapassando a experiência da doença e hospitalização da forma mais positiva possível (Tavares, 2011). Isto significa que é utilizado nas ações de enfermagem com intenção terapêutica, ou seja, o enfermeiro alcança benefícios para a pessoa cuidada através de intervenções individualizadas que promovem a sua recuperação e o seu bem-estar (McMahon & Pearson, 1998 citado por Pereira et al., 2010). Assim, enquanto instrumento terapêutico, o brincar é “(...) um brincar estruturado que objetiva promover o bem-estar da criança e aliviar a tensão quando enfrenta uma situação difícil ou desconhecida e precisa ser preparada para procedimentos diagnósticos e

terapêuticos (...).” (Oliveira et al., 2015, p. 22). O brincar terapêutico tem quatro funções: recreação, quando o objetivo principal é o prazer e a distração; estimulação, ao favorecer o desenvolvimento sensório-motor, intelectual, social e a criatividade; socialização, ao permitir que a criança vivencie papéis sociais e aprenda a relacionar-se com os outros; e catarse, quando possibilita a dramatização de papéis por forma a aliviar a tensão emocional e resolver os conflitos (Kiche & Almeida, 2009). Sanders (2014) acrescenta a transmissão de segurança, minimização da ansiedade de separação e colocação da criança num papel ativo, com oportunidade de fazer escolhas e estar no controlo.

O brincar terapêutico é um dos métodos mais eficazes na diminuição do medo e do stress associado à hospitalização e na construção de uma relação de confiança, promovendo na criança uma sensação de bem-estar e segurança, autocontrolo e capacidade para lidar com a situação, sendo indispensável na promoção do conforto da criança e família. Através do brincar o enfermeiro consegue aproximar-se da criança e esta pode receber informações sobre os procedimentos e expressar os sentimentos negativos associados à vivência hospitalar, o que levará a resultados terapêuticos como a estabilidade emocional e a adaptação à experiência (Pereira et al., 2010; Sanders, 2014). Para além disso, o profissional pode ainda avaliar o desenvolvimento físico, intelectual e social através da complexidade do comportamento que a criança apresenta a brincar. Isto significa que as sessões de brincadeira servem não só como método de avaliação, para perceber o conhecimento e perceção da criança sobre a sua situação de doença, mas também como instrumento de intervenção (Hockenberry, 2014).

Watson (2002, 2018) crê que cuidar se baseia na expressão e libertação de sentimentos, pelo que o brincar pode ser um instrumento terapêutico útil na promoção do conforto da criança e família, uma vez que através da brincadeira a criança liberta a sua capacidade de criar e reinventar o mundo, o que facilita a compreensão e a interpretação de sentimentos negativos e o estabelecimento de vínculos afetivos entre o enfermeiro, a criança e a família. Esta atividade é realizada pelo enfermeiro com intencionalidade terapêutica para apoiar a criança e família na adaptação ao ambiente desconhecido e na recuperação após experiências assustadoras ou dolorosas, de maneira a sentirem estabilidade e conforto (Kolcaba et al., 2005).

Consoante a finalidade da intervenção, o enfermeiro pode seleccionar o tipo de brinquedo terapêutico mais adequado. O brinquedo dramático é aquele que permite à criança exteriorizar sentimentos, desejos e experiências e ser ativa na brincadeira ao

assumir papéis sociais; o brinquedo capacitador de funções biológicas ajuda a criança a compreender e a aprender a utilizar as suas capacidades fisiológicas de acordo com a sua nova condição de vida; e o brinquedo instrucional é utilizado para preparar a criança para procedimentos, exemplificando no brinquedo e permitindo que ela manuseie o material (Ribeiro, Maia & Sabatés, 2002 citado por Caleffi et al., 2016).

A família deve ser incluída em todos os cuidados à criança, sendo igualmente pertinente integrá-la no brincar, uma vez que assume a função de mediadora da confiança entre a criança e o enfermeiro, já que a criança tenderá a ver o profissional como uma pessoa em quem pode confiar se perceber que a família também confia (Björk, Nordström & Hallström, 2006 citado por Pereira et al., 2010). Além disso, incluir a família nas sessões de brincar terapêutico contribui para que a mesma compreenda os benefícios para os seus filhos e estimula-a a demonstrar os seus medos e preocupações com a hospitalização (Caleffi et al., 2016).

Posto isto, percebe-se que o brincar deve fazer parte do processo de enfermagem, pois utilizando os brinquedos para auxiliar a criança hospitalizada a compreender a situação de mudança, o enfermeiro promove o desenvolvimento infantil e possibilita uma assistência menos traumática, focada nas necessidades de conforto da criança, o que confere humanização e sensibilidade aos cuidados prestados (Jansen, Santos & Favero, 2010; Lemos et al., 2016). Dado que o brincar é um instrumento terapêutico essencial na promoção do conforto da criança hospitalizada, acredita-se que o enfermeiro deve considerar esta a maneira mais adequada para se aproximar da criança, pois permite desenvolver um melhor relacionamento entre ambos e criar vínculos afetivos (Engenheiro et al., 2016).

2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

No decurso da minha prática profissional deparei-me diariamente com o impacto que a hospitalização tem para a criança, percebendo, através da comunicação verbal e não-verbal, os seus sentimentos de medo, ansiedade e sofrimento. Estes são consequência de múltiplas situações, como a admissão no serviço, a realização de exames e procedimentos dolorosos, a mobilização após cirurgia ou a ausência dos pais. O alívio destes sentimentos e, consequentemente, a promoção do conforto da criança constitui-se como uma prioridade para mim durante a prestação de cuidados.

O cuidar em pediatria implica ter em conta que os processos de saúde-doença representam para a criança e família uma situação de crise, muitas vezes traumática. Tendo como objetivo diminuir ou eliminar o desconforto físico e psicológico da criança e família para tornar a hospitalização o menos negativa possível, o brincar terapêutico assume especial importância neste processo, uma vez que o brincar é a linguagem universal da criança (Sanders, 2014). Esta atividade é essencial para o desenvolvimento físico, emocional, mental e social da criança e permite-lhe exteriorizar as suas preocupações, ao mesmo tempo que possibilita ao enfermeiro aproximar-se e quebrar barreiras inerentes aos cuidados de saúde (Valeriano et al., 2001; Pereira et al., 2010; Sanders, 2014). O brincar terapêutico enquanto instrumento utilizado pelo enfermeiro promove na criança uma sensação de confiança e autocontrolo e uma melhor compreensão dos procedimentos a serem realizados, pelo que é uma ótima estratégia para minimizar o sofrimento da criança e família.

Reconheço que a brincadeira é utilizada pelos enfermeiros do serviço onde exerço funções para interagir com as crianças e também como estratégia para o alívio da dor, através da distração durante procedimentos dolorosos. No entanto, isto nem sempre é realizado de forma uniforme e com intencionalidade terapêutica. De acordo com a minha perceção e observação da prática no meu contexto de trabalho e em diálogo informal com profissionais e colegas, identifiquei alguns fatores que limitam o uso do brincar terapêutico: a falta de tempo é muitas vezes referida como um fator dificultador devido a acumulação de atividades administrativas, burocráticas e assistenciais resultantes da escassez de recursos humanos, o que leva a sobrecarga de trabalho e, portanto, à necessidade de priorizar outras intervenções do processo de cuidados. Vários colegas também mencionaram que a falta de formação e/ou experiência se refletia em insegurança na utilização e escolha dos materiais didáticos mais adequados a cada estágio de desenvolvimento.

Perante isto, identifiquei como problema a utilização não estruturada e uniforme do brincar terapêutico como instrumento nos cuidados de enfermagem à criança hospitalizada. Considero ser pertinente e importante abordar este tema, tendo como objeto de estudo a utilização do brincar terapêutico na promoção do conforto da criança, com a intenção de tornar a experiência da hospitalização o menos traumática possível.

3. METODOLOGIA

A intenção deste percurso formativo passa por desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados que visem a promoção do conforto e bem-estar da criança e família nos processos de saúde-doença. De acordo com Alarcão e Rua (2005) competência é a capacidade de utilizar os saberes para agir em concordância com a situação, o que implica ter uma resposta articulada entre o que fazer, a quem, porquê e para quê, e ao mesmo tempo conhecer os limites do seu saber, isto é, o seu não-saber. Posto isto ser competente implica saber o que fazer em cada situação concreta (Alarcão et al., 2005). A OE (2017) refere que

a noção de competência é entendida como um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência da acção adquiridas ao longo do tempo que sobressai em situações concretas de trabalho. É um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação de conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação (p. 2).

A elaboração deste relatório assenta numa metodologia descritiva, de análise crítica e reflexiva, sobre a prática nos contextos de estágio, recorrendo à evidência científica, aos referenciais teóricos de enfermagem e aos reguladores da profissão, para a sua fundamentação. A reflexão constitui-se como um método de aprendizagem que promove a compreensão das situações, permite a reconstrução dos saberes e a aprendizagem pela transformação do conhecido (Schön, 1987). O pensamento reflexivo pode ser utilizado como método de trabalho, na medida em que permite ao profissional produzir conhecimentos com base na sua prática através de atividades intelectuais e afetivas (Boud, Keogh, & Walker, 1985 citados por Peixoto & Peixoto, 2016; Netto, Silva & Rua, 2018). Deste modo, através da prática reflexiva a pessoa pode perceber e criticar os conhecimentos tácitos, aqueles que se formam através das experiências repetitivas de uma prática especializada, com o objetivo de criar uma situação nova, clara e coerente, ou seja, atribuir um novo significado às situações de incerteza ou singularidade que a prática permitiu experienciar (Dewey, 1910 citado por Peixoto et al., 2016; Schön, 1983 citado por Peixoto et al., 2016). A prática reflexiva torna-se importante para o desenvolvimento de competências, sendo estas essenciais para a prestação de cuidados de qualidade, uma vez que o profissional competente “é aquele que evidencia qualidade no seu desempenho, isto é, «aquele que executa bem, que não falha», aquele que proporciona qualidade aos clientes com os quais interage” (Alarcão et al., 2005, p. 375).

Segundo Benner (2001) a experiência decorrente da prática, quando acompanhada de reflexão crítica, permite alcançar conhecimento essencial para o desenvolvimento profissional. Isto revela-se num contexto de aprendizagem experiencial, em que a experiência se torna formadora após ser refletida (Pineau, 1991 citado por Pires, 1999). A aprendizagem experiencial consiste num processo em que não só se considera importante para a aprendizagem a reflexão após uma experiência, mas também a reflexão durante a experiência, ou seja, pensar sobre o que se faz no momento da ação, de forma a compreender os problemas e a perspetivar soluções futuras (Schön, 1987). Através da avaliação e da reflexão sobre a prática torna-se possível detetar falhas e possíveis estratégias de melhoria, perspetivando a evolução profissional (Zeichner, 1993). A aprendizagem experiencial é fundamental para o desenvolvimento do conhecimento e para a sua utilização na prática clínica, integrando a teoria e as experiências através da reflexão (Kolb, 2015).

Os estágios clínicos são entendidos como os momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências (Alarcão et al., 2005). Neste sentido, os contextos de estágio constituem-se como oportunidades únicas e enriquecedoras para a formação e reflexão, pois apesar de a teoria oferecer explicações e formalizações do conhecimento, a prática é mais complexa e apresenta uma maior diversidade de realidades e situações (Benner, 2001).

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO DE ESTÁGIO: DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Uma vez apresentadas as concepções de enfermagem pediátrica e a problemática em estudo que sustentam este percurso formativo, pretende-se agora fazer uma descrição e análise reflexiva das experiências de estágio, de modo a explanar as competências adquiridas. O percurso de estágio permitiu-me associar os conhecimentos teóricos aos conhecimentos empíricos, decorrentes da minha experiência profissional e das novas situações que pude vivenciar, constituindo-se como um período de grande relevância para a minha aprendizagem, que me permitiu adquirir competências de EEESIP essenciais para contribuir para a excelência dos cuidados de enfermagem. O desenvolvimento de competências foi um processo dinâmico e contínuo, baseado na relação que estabeleci com o meio (contextos de estágio) e na reflexão sobre a minha prática de cuidados.

Tendo em vista a prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família em consonância com a abordagem do tema do brincar terapêutico na promoção do conforto da criança hospitalizada, definiram-se como objetivos gerais **desenvolver competências de EEESIP no cuidar da criança, jovem e família em diferentes situações de saúde-doença e estádios de desenvolvimento**, que contempla três objetivos específicos, e **desenvolver competências de EEESIP para a promoção do conforto da criança hospitalizada com recurso ao brincar terapêutico**, que contempla dois objetivos específicos. O presente capítulo terá vários subcapítulos, organizados de acordo com os objetivos específicos traçados. Após definidos os objetivos foi possível delinear as atividades a realizar em cada contexto, numa lógica de crescente complexidade, através da elaboração de um guia orientador de estágio (Apêndice II). A discussão deste documento com a enfermeira orientadora, bem como conhecer o funcionamento e organização do serviço, foram atividades transversais a todos os contextos de estágio, tendo como objetivo adequar as atividades e os recursos tanto às minhas necessidades formativas, como às necessidades dos cuidados, dos profissionais e das crianças, dos jovens e das famílias. As diferentes atividades tiveram em conta as especificidades de cada contexto, sensibilizando a equipa de enfermagem para a temática do projeto, de forma a ampliar os conhecimentos dos profissionais de saúde neste âmbito.

Os vários contextos de estágio contribuíram para o desenvolvimento deste relatório, permitindo-me responder aos objetivos propostos e desenvolver competências comuns de EE e específicas de EEESIP, não só no âmbito da promoção do conforto da criança hospitalizada através da utilização do brincar terapêutico, mas também numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, respeitando os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível (Regulamento n.º 351, 2015).

O enfoque no brincar foi transversal ao longo do percurso de estágio com a intenção de favorecer o crescimento e desenvolvimento saudável e maximização da saúde da criança, jovem e família. A promoção do conforto com recurso ao brincar terapêutico na prestação de cuidados permitiu-me salvaguardar os direitos da criança, mantendo o respeito pela sua autonomia e vulnerabilidade em todos os contextos. Deste modo, a minha atuação foi norteadada pelo que vem descrito no Código Deontológico do Enfermeiro, na medida em que todas as atividades foram realizadas com a preocupação pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, respeitando a sua integridade biopsicossocial, cultural e espiritual e priorizando sempre o alívio da dor e do sofrimento da criança, jovem e família, numa perspetiva holística baseada no princípio da beneficência e não maleficência (OE, 2015a).

Ao longo dos vários subcapítulos que se sucedem irei fazer uma descrição e análise reflexiva acerca do meu percurso de estágio, evidenciando os contributos das atividades realizadas para a aquisição de competências de EE e EEESIP. As várias competências serão identificadas ao longo do texto através dos códigos relativos às unidades de competência e respetivos critérios de avaliação, conforme os Regulamentos de Competências Comuns de EE (Regulamento n.º 140, 2019) e Específicas de EEESIP (Regulamento n.º 422, 2018).

4.1. Estabelecer uma comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem e à cultura da família

A comunicação constitui-se como um processo de troca e partilha de informações, sentimentos e emoções, que se transmite consciente ou inconscientemente pelo comportamento verbal e não verbal. É considerada um elemento base dos cuidados de enfermagem, pois permite apreender e compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa, facilitando a criação de laços significativos (Phaneuf, 2005; Andrade et al., 2015).

Neste sentido, este foi um objetivo presente ao longo de todo o percurso de estágio, uma vez que cuidar implica o relacionamento e interação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada. A pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem, a identificação de técnicas utilizadas pelos EEESIP para comunicar com o cliente pediátrico e a observação e participação na interação e comunicação com criança, jovem e família, permitiram-me compreender que a capacidade de comunicação adequada às características da criança, jovem e família é uma competência fundamental do EEESIP. Isto foi essencial para desenvolver uma prestação de cuidados de enfermagem especializada no estabelecimento da relação com a criança, jovem e família através da comunicação.

A comunicação consiste num meio essencial para estabelecer a relação e para realizar a avaliação inicial da criança e família, pelo que as técnicas de comunicação utilizadas pelo enfermeiro contribuem para a prestação de cuidados de enfermagem holísticos e globais (Hockenberry, 2014; Andrade et al., 2015). O acolhimento é o primeiro momento de interação entre o enfermeiro e a criança e família, sendo fulcral para o estabelecimento de uma relação futura entre ambos. O enfermeiro deve questionar o nome da criança e família e deve apresentar-se pelo nome, pois é importante que os conheça para possibilitar criar empatia e estabelecer uma relação mais próxima, criando um ambiente terapêutico e facilitador da comunicação e relação de confiança (Jorge, 2004; Hockenberry, 2014). Tanto em contexto de consulta na UCSP e na CDI, como em meio hospitalar, a comunicação e interação com as crianças e famílias teve início com o acolhimento, tornando-se uma preocupação apresentar-me pelo nome e questionar os pais e/ou a criança sobre o seu nome ou qual o nome pelo qual preferiam ser chamados. Ao apresentar-se pelo nome o enfermeiro favorece a sua aproximação com a família, permitindo que se crie uma relação de ajuda, através da clarificação das necessidades, expectativas e objetivos da criança e família (Jorge, 2004). O acolhimento e a apresentação pelo nome assumiram especial importância em situações em que não existia qualquer relação prévia entre a criança e família e os profissionais, como numa primeira consulta ou no SUP.

Nos contextos de urgência a triagem é onde ocorre o primeiro encontro com a criança, jovem e família, considerando-se o momento ideal para proporcionar um contacto acolhedor e transmitir confiança e empatia, de modo a influenciar positivamente a relação terapêutica e a prestação de cuidados (Fernandes, 2012). Contudo, durante o meu estágio no SUP percebi que a pandemia veio dificultar esta tarefa, pois os profissionais tinham de estar devidamente protegidos com os

equipamentos de proteção individual o que aumentava a ansiedade, medo e desconfiança das crianças, exigindo ainda mais perícia do EEESIP para comunicar com a criança (**E3.3.3.**). Simultaneamente, o tempo de espera foi várias vezes um fator que contribuiu para o aumento do stress e ansiedade dos pais, gerando momentos de confronto que desencadearam níveis de stress elevados para os profissionais, o que foi essencial para desenvolver uma comunicação assertiva e uma capacidade de gestão e resolução de conflitos (**D1.2.**). Tal refletiu-se numa situação que decorreu com uma criança de etnia cigana à qual tinha sido atribuída uma pulseira verde e que aguardava para ser observada pelo médico. O pai da criança estava indignado com o tempo de espera e dirigiu-se à sala de triagem com uma postura exaltada, falando num tom de voz elevado. Perante isto procurei comunicar com o pai num tom de voz calmo e explicar-lhe que apesar da situação do seu filho ser importante as crianças eram chamadas de acordo com a gravidade das suas queixas, pelo que teria de aguardar um pouco. Desta forma tentei mostrar-lhe que havia situações mais urgentes, contudo sem desvalorizar a situação do seu filho.

A compreensão das características típicas de cada estágio de desenvolvimento, bem como do desenvolvimento da linguagem e do pensamento, facilitaram a aquisição de competências para comunicar com a criança (Hockenberry, 2014). Os estágios na UCSP, Neonatologia e SUP permitiram-me estabelecer e desenvolver a comunicação com o recém-nascido (RN) e o lactente. Nesta faixa etária a criança não consegue usar palavras, comunicando as suas necessidades e sentimentos através de comportamentos e vocalizações não verbais, tais como o sorriso, os sons, o olhar ou o choro (Hockenberry, 2014). As técnicas de comunicação utilizadas foram o toque, através do colo, palmadinhas suaves ou festas na cabeça e na face, a contenção, o falar em tom de voz calmo e o cantar ou pôr a tocar canções de embalar. Segundo Hockenberry (2014) as medidas como o abraço, o tom de voz suave e o toque transmitem conforto e tranquilidade ao bebé, pelo que foram úteis e eficazes durante momentos de agitação, ausência dos pais ou realização de procedimentos dolorosos, enquanto medida não farmacológica de gestão da dor, contribuindo para a satisfação do conforto de alívio e tranquilidade (Kolcaba, 2003; Kolcaba et al., 2005). A atenção dos lactentes mais velhos está centrada neles próprios e nos seus pais e têm a capacidade de distinguir entre pessoas familiares e não familiares, motivo pelo qual qualquer estranho é considerado uma ameaça (Wilson, 2014a). Isto foi evidente numa situação ocorrida com um bebé de sete meses internado na sala de observação do SUP, durante breves períodos de ausência da

mãe. Nestes momentos tentei distrair o lactente com um brinquedo e pegar-lhe ao colo na mesma posição que a mãe o fazia, pois tal com referem Hockenberry (2014) e Wilson (2014a) quando a criança está absorvida numa atividade pode não notar a ausência da mãe e deve pegar-se ao colo na posição em que os pais seguram nela, uma vez que a maioria das crianças tem uma posição preferida e formas de lidar particulares. Esta intervenção foi de alguma forma eficaz, minimizando os efeitos decorrentes da ansiedade de separação e do medo de estranhos, sossegando o lactente por alguns instantes, alternado a criança um estado de choro e agitação, com um estado de conforto e tranquilidade, categorizado por Kolcaba (2003) como um estado de calma e contentamento.

A criança em idade *toddler* caracteriza-se por estar numa fase do desenvolvimento que envolve a intensa exploração e descoberta do ambiente e a aprendizagem do significado da palavra “não” e do poder das birras. O negativismo característico desta idade leva a criança a responder de forma negativa a qualquer pedido, principalmente quando vindo de estranhos (Wilson, 2014b). Esta questão afeta a sua participação e colaboração em intervenções como a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e monitorização de sinais vitais. Isto decorreu numa situação com uma menina de dois anos que estava muito receosa e dizia que não a tudo o que eu lhe pedia, pelo que baixei-me ao nível da criança e dirigi o meu discurso para o “nenuco” que ela tinha, perguntando o seu nome e demonstrando a avaliação da tensão arterial dizendo-lhe que íamos “ver se estava tudo bem com o bebé”. Uma estratégia de comunicação utilizada foi então iniciar a conversa ao nível do olhar da criança e através de um objeto de transição, tal como sugerido por Hockenberry (2014). Desta forma consegui aproximar-me da criança, que começou a falar comigo e deixou-me avaliar os seus sinais vitais tranquilamente. Além disso, foi essencial nos vários contextos deixar a criança explorar o ambiente e os brinquedos disponíveis na sala de consulta e na sala de atividades, deixando que a mesma tomasse iniciativa na interação, permitindo-lhe fazer escolhas e tomar controlo sobre a situação (Wilson, 2014b).

O contacto com crianças em idade pré-escolar ocorreu nos contextos de hospitalização no IP e no SUP. Nesta fase a criança vê as coisas em função de si e do seu ponto de vista. O egocentrismo está muito presente, pelo que é inútil usar a comparação da experiência de outra criança com a intenção de obter a sua colaboração (Hockenberry, 2014). Jogos imaginativos e de imitação são típicos da criança pré-escolar (Monroe, 2014; Sanders, 2014), pelo que a disponibilização de

bonecos com material médico para simular e desmistificar o ambiente hospitalar foram uma mais-valia na comunicação com crianças desta faixa etária. Procurei também dizer à criança o que poderia fazer e como poderia sentir-se, tendo o cuidado de evitar utilizar palavras como “cateter”, “pica” ou “dor”, pois deve ser evitado o uso de frases que possam levar a más interpretações, uma vez que a criança pré-escolar confere significados literais às palavras, não sabendo separar os factos das fantasias (Hockenberry, 2014).

A criança em idade escolar acredita menos no que vê e mais no que sabe e preocupa-se muito com a integridade corporal, necessitando de explicações e justificações para tudo o que se passa em seu redor (Hockenberry, 2014). O fornecimento de informação antecipatória sobre os procedimentos a realizar é um dever do enfermeiro e, simultaneamente, um direito da criança. As explicações devem envolver as etapas do procedimento, o material envolvido e as sensações por ele causadas, utilizando frases simples e claras, de forma a reduzir a ansiedade e medo da criança e aumentar o seu autocontrolo (OE, 2013). A preparação da criança aquando da realização de procedimentos dolorosos teve lugar nos contextos de internamento e urgência. Foco-me mais concretamente numa situação que decorreu com uma menina de nove anos que ia ser submetida a cirurgia cardíaca, havendo necessidade de realizar uma punção venosa para colheita de sangue e colocação de acesso venoso periférico. Assim, dirigi-me junto da criança, que estava acompanhada pela mãe, e comecei por lhe explicar que íamos ter de colocar um tubo num dos seus braços para tirar uma amostra. Como ela gostava de desenhar, optei por lhe demonstrar o procedimento através de um diagrama simples, ao mesmo tempo que lhe ia mostrando os materiais a ser utilizados e que lhe dizia o que ia sentir: “primeiro vamos colocar uma fita à volta do teu braço e vais sentir um aperto como se o estivéssemos a abraçar com muita força”. Procurei também dar-lhe estratégias para se manter calma durante o procedimento, como contar em voz alta e apertar a mão da mãe quando sentisse desconforto no braço, bem como enfatizar os aspetos positivos da sua realização: “vai ajudar-nos a saber o que se passa com o teu coração para o pormos bom e poderes voltar à escola e ver os teus amigos”.

Para além do pensamento concreto, o adolescente também tem a capacidade de pensar sobre coisas abstratas, tem habilidades de comunicação e já compreende e tolera melhor a dor e o stress (Saewyc, 2014), sendo mais vulnerável à hospitalização devido ao receio de comprometimento da integridade física e emocional, de perda de identidade e de controlo e de separação do grupo de pares

(Figueiredo, Almeida, Santos & Carneiro, 2015). Estes dois últimos pontos foram especialmente agravados pela pandemia, devido ao facto de estarem suspensas as visitas e apenas poder permanecer um acompanhante nos serviços, já que os adolescentes valorizam as horas de visitas para poderem ter algum tempo privado com os amigos (Sanders, 2014). Porém na altura em que decorreram os estágios a pandemia já não era algo novo, pelo que, mesmo não estando hospitalizados, os jovens já se tinham habituado a não estar com os grupos de pares com frequência, comunicando com eles através de dispositivos móveis. Assim sendo foi uma mais-valia a existência de televisão e acesso à internet nos serviços (IP + SUP), pois facilitaram a utilização de dispositivos eletrónicos, tão valorizados pelos adolescentes, e contribuíram para a otimização do ambiente, promovendo a comunicação, a relação e o desenvolvimento de sentimentos agradáveis. A OE (2013) sugere o humor como uma estratégia de comunicação com a criança e o adolescente que proporciona alívio da tensão e das preocupações, tendo como finalidade na prestação de cuidados tornar as relações mais próximas e de maior confiança. Nos contextos de CDI, IP e SUP, esta foi uma estratégia facilitadora da aproximação e do estabelecimento da relação com o adolescente, porque através de brincadeiras, piadas, anedotas, situações engraçadas ou comentários cómicos foi possível desdramatizar situações difíceis e criar um clima mais leve que estimulou nos jovens expressões como o sorriso ou o riso (OE, 2013; Santos, Sousa, Carvalho, Severino & José, 2016). Durante o estágio no SUP estiveram internados na sala de observações (SO) três de cinco irmãos, devido a um diagnóstico de desidratação severa decorrente de uma gastroenterite, sendo a situação clínica do irmão mais velho, de 17 anos, a mais grave, pelo que já estava internado há mais tempo. O jovem já estava aborrecido por estar no hospital há vários dias e brinquei com ele dizendo que dada a pandemia aquela foi a maneira que arranjam de passar umas férias de irmãos e apelidámos o SO com o nome da família, visto que eles estavam a ocupar metade das vagas existentes. O jovem acabou por se rir da situação e até terem alta a equipa de enfermagem e os três irmãos brincavam acerca do nome do SO. Conforme evidenciado nesta situação, o humor tem vários benefícios na prestação de cuidados, tais como a melhoria da relação enfermeiro-cliente, aumento da participação e cooperação do jovem nos cuidados, diminuição da ansiedade e stress e desenvolvimento de mecanismos de adaptação (Santos et al., 2016). A relação e a comunicação estabelecida com o adolescente e família são, assim, determinantes para a minimização das respostas emocionais negativas associadas à hospitalização (Carvalho et al., 2016).

A barreira linguística foi um obstáculo encontrado na comunicação com a família ao longo de todos os contextos, mas em especial na UCSP, onde são prestados cuidados a uma comunidade com grande diversidade cultural. O facto de muitos pais não compreenderem português, comunicando apenas em inglês, dificultou o decurso da Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (CVSIJ). Nesta situação tive de adotar estratégias como falar inglês e utilizar o telemóvel para traduzir alguma palavra ou mostrar uma imagem, de forma a garantir que os pais compreendiam a informação fornecida. Dado o atual contexto de pandemia, a utilização da máscara foi uma dificuldade acrescida no estabelecimento desta comunicação, pois não permitia ver os lábios da pessoa que estava a falar para compreender melhor o que dizia, o que seria facilitador visto que muitas vezes o inglês falado tanto pelos pais, como por nós profissionais, é pouco claro.

Ao longo das CVSIJ apercebi-me que muitas são as famílias que adotam comportamentos característicos da sua cultura, como dormirem junto com o bebé ou oferecerem uma alimentação característica do seu país. De acordo com a nossa cultura estes comportamentos não são os mais adequados, pelo que a primeira reação é explicar como devem fazer tendo em conta as diretrizes aprovadas. Isto leva a um confronto entre impor as ideias da cultura que seguimos ou deixar que a família siga as suas crenças e ideologias. Tal foi notório numa situação decorrida na UCSP, na consulta de uma bebé com seis meses que tinha iniciado introdução alimentar e estava com excesso de peso. No decorrer da conversa com a acompanhante foi perceptível que o feijão estava presente nas refeições diárias da criança, por ser um dos alimentos predominantes na dieta brasileira. Neste contexto, foi dada a sugestão de reduzir a quantidade de feijão incluída na dieta, ao invés de o retirar por completo apenas porque na cultura portuguesa não é tão habitual dar esse alimento a um bebé de seis meses. Aqui tive perceção da importância do EEESIP ter a capacidade de adequar as suas intervenções às necessidades da criança e família com respeito pela sua cultura, sugerindo alterações adaptadas a ambas as realidades em prol do superior interesse da criança (**A2.1.**). Leininger (2002) na sua teoria da Enfermagem Transcultural refere que o enfermeiro tem a capacidade de compreender e aceitar as diferenças culturais, adaptando uma abordagem holística e humanista, com o objetivo de alcançar a prestação de cuidados de qualidade. Desta forma, o cuidar transcultural assenta na compreensão da diversidade dos costumes, do meio ambiente e da estrutura social em que as pessoas se inserem, com vista a estabelecer uma relação terapêutica de qualidade que promova a maximização do potencial de

desenvolvimento infantojuvenil. As intervenções acima referidas permitiram-me satisfazer as necessidades de conforto da criança e família no seu contexto sociocultural (Kolcaba, 2003; Kolcaba et al., 2005), desenvolvendo competências de relacionamento e comunicação com a criança e família adequadas aos seus valores, crenças e cultura (**E1.1.2.; E3.3.; E3.3.2.**).

O estágio na CDI foi uma experiência rica para desenvolver competências de comunicação com crianças e jovens com perturbações do neurodesenvolvimento, seja com alterações cognitivas, da linguagem ou da comunicação. Perante crianças e jovens com alterações do neurodesenvolvimento é necessário adequar a forma de comunicar para que compreendam o que lhes é dito, já que o atraso no desenvolvimento da linguagem e da fala é o sintoma mais comum de défice do desenvolvimento em crianças (Bryant, 2014). Isto é particularmente evidente no caso de crianças e jovens com perturbações do espectro do autismo, em que a comunicação e relação é uma das dimensões do desenvolvimento afetadas. Foi muito interessante e enriquecedor para mim observar o comportamento destas crianças no decorrer das consultas, médicas e de enfermagem, nas quais tive oportunidade de participar, e perceber as estratégias utilizadas pelos profissionais para comunicar com a criança. Algumas destas estratégias passaram por chamar a criança pelo nome para perceber se respondia ou direcionava o olhar, oferecer um brinquedo que captasse a sua atenção, dar uma indicação de cada vez e tentar que se focasse e terminasse uma tarefa/atividade. O mesmo acontece com crianças e jovens com atraso cognitivo, em que o seu desenvolvimento não corresponde ao esperado para a sua idade, sendo necessário adequar a comunicação ao nível de compreensão.

Contudo, existem outras perturbações da linguagem e da escrita que também merecem a atenção do enfermeiro e dos pais. Os pais devem estar conscientes que as crianças aprendem a linguagem por imitação. Portanto, o enfermeiro deve transmitir-lhes que falar clara e fluentemente, com adequada estrutura gramatical, é essencial para o domínio da fala e da linguagem das crianças (Bryant, 2014). No decorrer da CDI vimos várias crianças com dificuldade em verbalizar e escrever as palavras corretamente, bem como articulá-las para formar frases. Nestes casos foram sugeridas estratégias baseadas em fazer jogos ou atividades que fossem do interesse da criança e que promovessem a aprendizagem da linguagem e da escrita, pois o foco deve ser trabalhar com a criança tendo em conta os seus interesses para que esta esteja mais motivada e alcance melhores resultados. Houve o caso de uma criança de dois anos que segundo a mãe apontava para os objetos que queria em vez de se

expressar, tendo sido proposto que se incentivasse a criança a verbalizar o que queria antes de satisfazer o seu pedido. Outras crianças verbalizavam as palavras de forma incorreta, aconselhando-se que o adulto que estivesse presente corrigisse a criança quando esta dissesse mal uma palavra e a repetisse de forma correta. Surgiu uma situação em que a criança gostava de ler, mas quando o fazia estava sozinha, pelo que foi reforçada a importância de ler diariamente, mas com acompanhamento dos pais, para que estes escutassem e ajudassem a criança; e também que os pais lessem para a criança em voz alta para que esta ouvisse e percebesse como se diziam as palavras e a entoação e pontuação corretas. Aconteceu também várias mães afirmarem que os filhos gostavam muito de brincar com o telemóvel, pelo que foi sugerido que seleccionassem os conteúdos e aproveitassem para lhes mostrar vídeos, músicas ou jogos alusivos à construção de palavras.

O brincar foi utilizado de forma transversal em todos os contextos, como forma de me relacionar e comunicar com a criança nas várias idades. Enquanto linguagem universal da criança, a brincadeira é uma das formas mais importantes de comunicação e pode ser um instrumento efetivo na relação com a criança (Hockenberry, 2014). Esta e as outras técnicas de comunicação referidas anteriormente, tais como apresentar-me pelo nome, falar ao nível dos olhos da criança, comunicar através de um objeto de transição, utilizar palavras não ameaçadoras, dar explicações honestas com frases simples e claras e recorrer ao humor, contribuíram para a prestação de cuidados humanizados e CNT, na medida em que permitiram uma comunicação próxima com a criança e família, facilitadora de uma relação terapêutica que ajudou a gerir os desconfortos físicos e psicológicos vivenciados face à hospitalização.

O confronto com as várias realidades que encontrei levou-me a pensar que aquilo que por vezes parece algo tão natural e inato como comunicar com crianças, é na verdade bastante complexo, exigindo ao EEESIP conhecimentos aprofundados nesta área. Todas estas experiências vividas nos vários contextos de estágio permitiram-me aprofundar conhecimentos e desenvolver competências de comunicação com a criança e jovem adequadas à sua idade e estágio de desenvolvimento, propiciando um melhor relacionamento em situações de prestação de cuidados de saúde em ambulatório ou internamento (**E1.1.2.**; **E3.3.1.**; **E3.3.3.**).

4.2. Promover o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem

O enfermeiro tem uma intervenção preponderante na promoção do desenvolvimento infantil, sendo da sua competência a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança nas diferentes idades, a avaliação do seu estado de saúde, a promoção de condições facilitadoras para um desenvolvimento saudável e a educação e capacitação dos pais para terem um papel ativo no processo de desenvolvimento do seu filho (OE, 2010). Neste âmbito, tanto a pesquisa bibliográfica sobre a avaliação e promoção do desenvolvimento e sobre as atividades e brinquedos adequados a cada faixa etária, como a observação e participação nas consultas e a prestação de cuidados foram importantes para aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e as intervenções promotoras do mesmo.

Nos cuidados de saúde primários, as CVSIJ são de extrema importância para a vigilância de saúde das crianças e jovens. Estas consultas são planeadas de acordo com as idades-chave correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, com vista à maximização da sua saúde e aumento da sua qualidade de vida (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013). Na UCSP as consultas de enfermagem são realizadas apenas até aos dois anos, tendo sido o meu foco de atuação até esta idade. Estes momentos de vigilância foram uma oportunidade privilegiada para a triagem, avaliação, intervenção e orientação das crianças e famílias (DGS, 2013). O decorrer da consulta foi conduzido pelas diretrizes do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) da DGS (2013), havendo um espaço inicial de comunicação para conhecer a rotina e cuidados prestados à criança no seu ambiente familiar e quais as dúvidas ou dificuldades dos pais; de seguida procedia-se à avaliação estado-ponderal e à avaliação do desenvolvimento e despiste de sinais de alerta, utilizando a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada. Contudo, esta avaliação do desenvolvimento infantil iniciava-se no momento em que a criança entrava no gabinete e durante a conversa com o acompanhante, através da observação do seu comportamento e da maneira como brincava ou interagia com o meio que a rodeava, sem que a mesma se sentisse avaliada. Este é um momento muito importante da avaliação realizada pelo enfermeiro, pois observar é um elemento básico para uma boa avaliação e um passo indispensável para um possível diagnóstico de alterações do desenvolvimento (OE, 2010). A colaboração na consulta de enfermagem permitiu-me observar e treinar a utilização de estratégias de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e as intervenções de enfermagem promotoras do mesmo (**E3.1.; E3.1.1.; E3.1.2.**).

A filosofia dos CCF pressupõe que o enfermeiro envolva a família nos cuidados à criança, valorizando as suas preocupações e o seu conhecimento sobre a mesma. Para isto, deve torna-se necessário conhecer a família, as suas necessidades, os seus recursos e a sua rede de apoio. Neste contexto, é crucial a existência de conhecimentos especializados e a capacidade dos profissionais para comunicar com os cuidadores, estabelecendo estratégias de parceria no que se refere a comportamentos de promoção do desenvolvimento infantil (OE, 2010). Durante a prestação de cuidados de enfermagem à criança e família procurei respeitar estes princípios e, através da parceria de cuidados e dos cuidados antecipatórios, desenvolver atividades promotoras das competências parentais, do desenvolvimento infantil e da parentalidade, aumentando a confiança dos pais e, conseqüentemente, o conforto da criança.

Foi neste âmbito que elaborei um folheto educativo dedicado aos pais/família sobre as atividades e brinquedos mais adequados a cada fase do desenvolvimento desde os 0 aos 24 meses (Apêndice III). A criança é um ser em constante desenvolvimento, através de um processo contínuo de aquisição de competências, habilidades e comportamentos cada vez mais complexos e difíceis (Vale, 2008; DGS, 2013). No entanto, nem todas as crianças chegam à mesma idade no mesmo estágio de desenvolvimento, pelo que é importante sensibilizar e instruir a família sobre a importância de brincar e quais os brinquedos e atividades mais adequados e seguros para o seu filho. A realização deste folheto surgiu de uma necessidade identificada por mim nas consultas a que assisti na UCSP e que também já havia sido identificada pela enfermeira que me orientou, através dos tópicos abordados pelos pais, que muitas vezes incidiam neste tema, questionando quais as atividades que podiam realizar com os filhos tendo em conta a sua idade. A construção e utilização deste folheto contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências a nível da implementação e gestão em parceria de um plano de saúde promotor da parentalidade (**E1.1.**), através da transmissão de conhecimentos potenciadores da saúde em todas as oportunidades existentes, utilizando a informação existente e adaptando ao contexto do sistema familiar (**E1.1.4.; E1.1.5.; E1.1.6.; E3.1.3.**).

Os cuidados antecipatórios são definidos como cuidados orientados para a antecipação de futuros problemas do doente, tentando prevenir a sua ocorrência ou diminuir potenciais consequências (Ministério da Saúde, 2006). Conforme definido no PNSIJ, a valorização destes cuidados foi uma constante nos vários contextos, nomeadamente “facultando aos pais e outros cuidadores os conhecimentos

necessários ao melhor desempenho no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde” (DGS, 2013, p. 5), com vista a promover a saúde e a prevenir a doença. O conceito de promoção da saúde começou a ser valorizado após ser desenvolvida a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, onde se define como o processo de aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar (OMS, 1986). Os cuidados antecipatórios foram promovidos através de intervenções de Educação para a Saúde (EPS), que foi designada pela OMS em 2013 como todas as experiências de aprendizagem criadas para ajudar as pessoas, famílias e comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento do seu conhecimento ou influenciando as suas atitudes (Ribeiro, 2015). Deste modo, percebe-se que a EPS é fundamental nos cuidados de enfermagem, principalmente na saúde infantil, pois é na infância que se estabelecem hábitos que perduram para a vida, sendo importante a promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Os cuidados antecipatórios e a pesquisa bibliográfica que realizei sobre cuidados centrados no desenvolvimento, permitiram-me participar na capacitação da família para prestar cuidados promotores do desenvolvimento ao recém-nascido pré-termo (RNPT) na Neonatologia. Esta intervenção permitiu disponibilizar informação individualizada sobre os cuidados e estimulação do bebé, capacitando os pais para a identificação das potencialidades do seu filho, através da orientação para o acompanhamento e estimulação do desenvolvimento do RNPT (Martinez, Fonseca & Scochi, 2007). É exemplo disto uma situação em que estava a prestar cuidados a um RNPT e a mãe chegou para o visitar no momento em que estava a posicioná-lo para dormir. Assim, indiquei à mãe algumas medidas que poderia adotar para interagir com o seu filho e ao mesmo tempo promover o seu desenvolvimento, explicando-lhe a importância da contenção e do toque para a organização, estabilidade hemodinâmica e sono do RNPT. Estes cuidados assumem especial relevância neste contexto porque o cérebro em desenvolvimento é extremamente plástico, pelo que as intervenções precoces podem melhorar os resultados de saúde, educacionais e sociais (Martinez et al., 2007).

Devido à sua imaturidade, o RNPT não tem capacidade para reagir aos estímulos do meio ambiente, podendo estes atuar como stressores com consequências negativas na reorganização do cérebro, visto que ocorrem durante os períodos de desenvolvimento (Altimier & Philips, 2013). O stress a que o RNPT está

sujeito conduz à limitação da reorganização neurológica e da aprendizagem e memória das habilidades motoras, causando a longo prazo problemas de linguagem, comportamento ou défices de atenção (Altimier et al., 2013). Deste modo o enfermeiro deve ter presente que o ambiente assume grande importância no desenvolvimento do prematuro, pelo que deve adotar intervenções neuroprotetoras que minimizem o impacto negativo do ambiente da unidade no RNPT, podendo recorrer a medidas de conforto, tal como referido por Kolcaba (2003) ao dizer que o exercício da profissão de enfermagem assenta na construção, implementação e análise de medidas de conforto. Neste âmbito realizei um dossier temático sobre o ambiente terapêutico enquanto medida neuroprotetora na promoção do conforto do RNPT (Apêndice IV). Esta atividade surgiu após auscultação da equipa de enfermagem e da enfermeira orientadora, tendo como objetivo a capacitação da equipa de enfermagem para promover um ambiente terapêutico facilitador do desenvolvimento do RNPT. A construção deste dossier teve por base a literatura relevante sobre o tema, de forma a basear as práticas na melhor evidência científica, permitindo-me contribuir para a otimização do processo de cuidados e para a melhoria da qualidade dos cuidados em articulação com a equipa de saúde (**B2.2.**; **C1.1.**; **D2.1.**; **D2.2.**).

Durante a colaboração na prestação de cuidados foram adotadas algumas medidas de conforto para minimizar o impacto do ambiente no desenvolvimento do RNPT, de forma a satisfazer o conforto ambiental e garantindo um ambiente terapêutico e seguro (**B3.1.**). A promoção do conforto físico e das funções cognitivas está intimamente ligado ao conforto ambiental, pelo que o facto de o enfermeiro adequar a cor, temperatura, ruído, espaço, entre outras características do ambiente, é promotor do conforto da criança e família (Kolcaba, 2003). No que respeita ao espaço físico o ambiente não era completamente privado por ser *open space*, no entanto estava assegurado um espaço individual para cada RN com condições para os pais permanecerem junto do seu filho. Em relação ao ruído houve a preocupação de falar em tom de voz baixo e desligar os alarmes dos monitores e máquinas o mais rápido possível. Para controlo da luminosidade foram utilizadas coberturas nas incubadoras de forma a escurecer o ambiente e promover os períodos de sono e houve a preocupação de cobrir os olhos do RN durante a realização de procedimentos. Quando os pais estavam presentes eram incentivados a realizar contacto pele a pele através do método canguru, porém nem sempre era possível quando estes não podiam estar presentes durante o período necessário. Tal sucedeu com uma mãe que foi visitar a sua filha, mas não podia permanecer no serviço mais

do que 30 a 40 minutos. Segundo Nyqvist, Anderson & Bergman (2010) cada sessão de método canguru deve durar pelo menos 65 minutos, contudo os autores sugerem também que deve ser o mais prolongado e contínuo possível, pelo que as enfermeiras do serviço tentam que a sessão dure cerca de três horas, ou seja, o período entre mamadas, para diminuir as manipulações do RN e promover o sono do mesmo. Ao conversar com a mãe apercebi-me que esta não podia permanecer mais tempo porque tinha deixado o outro filho com uma vizinha, apenas conseguia voltar ao final do dia, quando o pai voltava do trabalho e podia ficar com o filho mais velho, mas para permanecer as três horas ideais ultrapassaria o horário das visitas. Neste contexto, procurei saber junto da enfermeira orientadora se seria possível adaptar os horários àquele caso específico para a mãe permanecer até mais tarde nos dias em que ela conseguisse. A enfermeira discutiu a situação com a chefe do serviço, que deu uma resposta positiva, podendo a mãe fazer contacto pele a pele com a RN no dia seguinte e nos dias em que tivesse disponibilidade. Exequiel, Milbrath e Gabatz (2019) evidenciam que a prestação de cuidados humanizados pela equipa de enfermagem através de ações que proporcionem apoio e suporte ao RN e família, permitem reduzir os seus sentimentos negativos associados à hospitalização, uma vez que estes se sentem acolhidos e seguros quanto aos cuidados recebidos.

Na CDI tive oportunidade de presenciar algumas consultas, em que foi realizada pelo médico a avaliação do desenvolvimento infantil através da Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil II (*Schedule of Growing Skills II*). Esta escala permite chegar a um diagnóstico, pois é observado o comportamento da criança, dos 0 aos 5 anos, em várias áreas do desenvolvimento, nomeadamente as suas competências no controlo postural passivo e ativo, locomotivas, manipulativas, visuais, na audição e linguagem, na fala e linguagem, na interação social e na autonomia pessoal (Bellman, Lingam & Aukett, 2003). Caso se confirme que a criança sofre de uma perturbação do neurodesenvolvimento é feito o encaminhamento para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e é estabelecido contacto com a escola que a criança frequenta para saber quais os apoios disponíveis, de forma a articular o seguimento da criança no seu contexto habitual, seja na escola ou no domicílio.

A intervenção precoce na infância (IPI) é definida como “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo acções de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social” (Decreto-Lei n.º 281, 2009, p. 7298). O SNIPI é composto por equipas

multidisciplinares de intervenção precoce local, que incluem os diferentes setores da comunidade (educação, saúde e segurança social) e trabalham em parceria com a família com o objetivo de promover o desenvolvimento da criança e a maximização da sua saúde global. O SNIPi abrange as crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias (Decreto-Lei n.º 281, 2009). Esta experiência permitiu-me conhecer um pouco desta realidade da IPI, ajudando-me a compreender a função deste sistema e como é feito o encaminhamento e posterior acompanhamento das crianças com perturbações do desenvolvimento. Isto trouxe-me uma visão mais abrangente sobre como proceder perante estas crianças, contribuindo para o desenvolvimento das minhas competências de EEESIP a nível do diagnóstico e referenciação de crianças com necessidades especiais e incapacidades, estabelecendo uma rede de recursos comunitários de suporte à criança, jovem e família (**E1.1.7.; E2.5.1.; E2.5.6.**).

A referenciação destas crianças implica o tratamento com várias terapias que se complementam, mas o trabalho realizado no ambiente familiar assume particular importância, pelo que é necessário fazer alterações em casa e na escola. Em colaboração com a enfermeira orientadora, a nossa intervenção incidiu sobre a planificação e execução de estratégias em parceria com as crianças e famílias, almejando o seu bem-estar e a maximização das competências da criança. Entre outras, foram abordadas estratégias de organização do estudo e das atividades, tais como motivar a criança pela recompensa ao invés da punição; e também estratégias para a gestão comportamental, tais como firmeza no “não”, existência de rotinas, regras e horários, mesmo durante o período de confinamento que estávamos a viver. O fornecimento de estratégias e recursos para a família desenvolver as competências da criança teve como objetivo a progressão do seu nível de conhecimento e habilidades sociais, de forma a que esta conseguisse adequar estratégias de *coping* e adaptação, integrando-se o mais possível na sociedade de acordo com o seu potencial de desenvolvimento (**E1.1.9.; E2.5.2.; E2.5.4.**). Isto significa que o objetivo não é que todas as crianças atinjam o mesmo estágio de desenvolvimento, mas sim que cada uma esteja o mais integrada possível no meio de acordo com as suas capacidades.

Neste sentido, construí um suporte educativo que permitisse ajudar os pais a trabalhar as alterações do desenvolvimento da criança, mais especificamente ao nível

da evolução da motricidade fina e da grafomotricidade, através de atividades e brincadeiras adequadas ao estágio de desenvolvimento (Apêndice V). Selecionei esta área específica do neurodesenvolvimento porque ir ao encontro dos objetivos delineados, já que para a criança desenhar é também uma forma de brincar, sendo uma brincadeira que contribui para o seu desenvolvimento intelectual (Melo, [s.d]). As aquisições no desenvolvimento motor fino são essenciais para as capacidades de manipulação da criança inerentes a todas as atividades, tais como vestir, escrever, cortar, brincar ou jogar (Monroe, 2014; Wilson, 2014b). Por sua vez a evolução das competências motoras finas e da grafomotricidade é fortemente afetada pelos estímulos gerados pelo comportamento dos familiares, uma vez que estes são os principais cuidadores da criança (Melo, [s.d]). Com a utilização deste instrumento foi-me possível transmitir orientações antecipatórias à família para facilitar e potenciar o desenvolvimento infantil, promovendo a capacitação da mesma, numa lógica de CCF (**E1.1.4.**; **E3.1.3.**). Esta intervenção perspetiva também a melhoria do contexto sociocultural da criança através das relações familiares, promovendo o conforto da criança como parte integrante dos cuidados de enfermagem (Kolcaba, 2003; Kolcaba et al., 2005).

Ao longo deste percurso compreendi que o brincar se assume como um instrumento necessário para a avaliação e estimulação do desenvolvimento infantil, porque através do comportamento da criança a brincar o enfermeiro consegue atentar em sinais sobre o desenvolvimento físico, intelectual e social (Hockenberry, 2014). Isto é visível não só na aplicação das escalas de avaliação do desenvolvimento mencionadas, que recorrem a brinquedos como cubos, bola, boneca, entre outros, mas também na observação da criança a brincar no decorrer da prática de cuidados diária, onde é possível perceber a sua atenção, a manipulação de objetos ou o jogo de imitação. Estes aspetos são reveladores da importância de reconhecer o brincar como atividade basilar do desenvolvimento infantil (OE, 2010).

4.3. Prestar cuidados à criança, jovem e família em situações de especial complexidade

Em enfermagem pediátrica crê-se que os pais são a principal fonte de força, suporte e segurança para a criança, pelo que influenciam fortemente a sua saúde e são as pessoas mais competentes para assegurar o seu máximo bem-estar (Casey, 1993). Esta é uma abordagem baseada na filosofia dos CCF em que se procura integrar as necessidades, os desejos e os objetivos da criança e família na prestação

de cuidados através da parceria de cuidados, da presença e do envolvimento da família, a fim de reduzir os efeitos negativos e potenciar os benefícios da hospitalização (Sanders, 2014; Salgado et al., 2018). O envolvimento da família nos diversos contextos de prática tornou-se fundamental para conhecer as características e gostos da criança, tais como os seus brinquedos preferidos, os seus hábitos alimentares, como gosta de dormir, quais os horários de medicação habitual, entre outros. A auscultação da família permitiu-me estabelecer uma relação de confiança e adquirir conhecimento sobre a criança que se revelou muito importante em diversos momentos de prestação de cuidados, principalmente quando esta não estava acompanhada, facilitando a promoção do seu conforto e tranquilidade. A permissão e incentivo para colocar objetos significativos junto da criança, como brinquedos, fotografias ou objetos religiosos, foi algo comum nos contextos de Neonatologia, IP e SUP, de forma a promover um ambiente acolhedor e familiar que satisfizesse as necessidades de conforto psicoespiritual e ambiental da criança e família (Kolcaba et al., 2005) (**E2.2.1.**). A compreensão dos hábitos e preferências da criança e família permitiram, assim, a individualização dos cuidados de enfermagem, de acordo com as necessidades de cada sistema familiar. A presença dos pais foi igualmente promovida e facilitada, o que foi evidente numa situação que decorreu na Neonatologia, durante o internamento prolongado de um bebé, em que os pais eram de longe e deslocavam-se ao hospital em dias alternados para poderem visitar o filho. Devido ao atual contexto de pandemia as regras das visitas sofreram alterações, contemplando que, por dia, apenas um dos pais pudesse entrar na unidade. Neste caso específico permitiu-se que ambos os pais visitassem o bebé no mesmo dia, ainda que um de cada vez, numa tentativa de ajustar as normas às condições familiares. Esta situação demonstra a prestação de cuidados de enfermagem com respeito e promoção do conforto psicoespiritual e sociocultural do RN e família, uma vez que foi privilegiada a presença dos pais tendo em conta os problemas sociais e financeiros do sistema familiar (Kolcaba, 2003; Kolcaba et al., 2005) (**E1.1.6.**).

A hospitalização do RN doente na Neonatologia é um acontecimento inesperado e assustador que pressupõe a separação física de pais e filhos, levando inevitavelmente a uma separação emocional que pode comprometer a vinculação e a construção de uma relação de confiança (Wheeler, 2014; Exequiel et al., 2019). Esta experiência é definida por Jorge (2004) como uma crise, marcada por instabilidade e desequilíbrio familiar. Segundo a autora, trata-se de uma situação nova e desconhecida, ameaçadora, frequentemente de prognóstico incerto, num ambiente

confuso e assustador, sobre o qual os pais não têm controlo. Deste modo, percebe-se que a separação e o contacto com um ambiente hospitalar constituem constrangimentos que interferem no processo normal de vinculação entre ambos (Fernandes & Silva, 2015). A vinculação é definida como um laço afetivo que, uma vez estabelecido, tende a perdurar, quer no tempo, quer no espaço. O estabelecimento de vínculos é um processo complexo que se desenvolve gradualmente e que é influenciado por múltiplos fatores, tais como o tipo de contacto inicial entre os pais e o RN (Wheeler, 2014). Segundo Ferreira e Costa (2004) deve ser dado o tempo necessário aos pais para que gradualmente comecem por permanecer junto do RN, de seguida interajam com ele e, por fim, se sintam confortáveis para lhe prestarem cuidados. As estratégias mobilizadas para promover a vinculação foram essencialmente encorajar os pais a tirar fotografias com o bebé, o colo, o contacto pele a pele, a amamentação e o toque, sendo simultaneamente medidas de conforto psicoespiritual que podem ser promotoras de esperança e importantes para a díade pais-RN (**E3.2.; E3.2.3.; E3.2.4; E3.2.5.**). As fotografias e as memórias alusivas a bons momentos podem constituir-se como fontes de esperança, na medida em que são ações caracterizadas pelas relações interpessoais (carinho, partilha, sentimento de pertença) e facilitam o envolvimento dos pais nos cuidados ao RN, permitindo que estes desenvolvam mecanismos de *coping* e adaptação para fazer face ao contexto de incerteza relativo à doença do filho (OE, 2011a).

O envolvimento da família pode ser influenciado pela gravidade e instabilidade clínica da criança, sendo essencial promover oportunidades e encorajar os pais a cuidar do seu filho, apoiando-os numa participação guiada, para tornar a experiência da hospitalização menos angustiante (Askin & Wilson, 2014). O suporte e orientação, educação e participação parental, devem ser promovidos pelo enfermeiro através do ensino, instrução e treino, com o objetivo de assistir, incentivar e supervisionar o exercício da parentalidade, assegurando os aspetos éticos, as expectativas dos pais e os aspetos culturalmente sensíveis (OE, 2015b). Ao longo do estágio na Neonatologia tive várias oportunidades de colaborar na orientação e educação progressiva dos pais, tendo em vista a aquisição de competências parentais para prestar cuidados ao RN e assegurar a satisfação das suas necessidades, como a alimentação, os cuidados de higiene ou a preparação e administração de terapêutica (**E1.1.; E1.1.4.; E1.1.5.; E3.2.6.**). Essas competências são então desenvolvidas através do envolvimento nos cuidados, do incentivo à participação ativa dos pais, valorizando as suas perceções, expectativas e necessidades e elogiando a sua

interação e os cuidados prestados ao RN para promover relações saudáveis, o estabelecimento da vinculação e a preparação para a alta e transição para o domicílio (Askin et al., 2014; Exequiel et al., 2019). A promoção da vinculação é um dos focos de intervenção do EEESIP, a quem compete a implementação e a gestão de um plano de saúde promotor da parentalidade (Regulamento n.º 351, 2015; Regulamento n.º 422, 2018), que tem sido dificultado pela pandemia da COVID-19. Neste sentido a elaboração de um jornal de aprendizagem sobre uma situação relacionada com as limitações de permanência dos pais e visitas na Neonatologia, levou-me a refletir sobre o impacto das restrições decorrentes da pandemia no processo de vinculação pais-RN (Apêndice VI). Assim, perante uma pandemia que veio alterar a estrutura dos cuidados neonatais, o maior desafio para o enfermeiro é ser o impulsionador da vinculação pais-RN e transformar este período numa oportunidade de interação criativa entre os membros da família e de envolvimento em atividades familiares prazerosas, contribuindo para a qualidade de vida de ambos até que o bebé tenha alta para casa (Almeida, Viana & Tavares, 2020; Montes, Herranz-Rubia & Ferrero, 2020). Esta atividade contribuiu para, através de uma prática reflexiva e baseada na evidência, consolidar a aquisição de conhecimentos e o pensamento crítico inerentes à tomada de decisão, conduzindo ao desenvolvimento de um melhor conhecimento pessoal e profissional (**A1.1.; D1.1.; D2.2.**).

Os procedimentos dolorosos são geradores de medo e sofrimento para a criança, sendo potencialmente traumáticos, pelo que é fundamental que o enfermeiro consiga prevenir e/ou gerir o medo e a dor desta, através da utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas (Diogo et al., 2016). Estas medidas contribuem para promover o conforto da criança num momento ameaçador, ajudando-a a superar o desconforto e a aliviar a dor, uma vez que o alívio é um estado em que o desconforto é amenizado e é satisfeita a necessidade de conforto (Kolcaba et al., 2005). A pesquisa bibliográfica sobre estratégias farmacológicas e não farmacológicas de gestão da dor, a auscultação dos enfermeiros sobre as estratégias utilizadas na prática e a observação e participação na preparação e realização de procedimentos dolorosos, foram uma mais-valia para a consolidação de conhecimentos e para a identificação de oportunidades de melhoria da qualidade dos cuidados, que serão descritas de seguida (**B2.2.**).

A vacinação é o procedimento doloroso mais frequentemente vivenciado pela criança e família nos cuidados de saúde primários, desde o nascimento, causando na criança sentimentos de rejeição e comprometendo o conforto de ambos (Teles, 2019).

Na minha experiência na UCSP percebi que o medo, o stress e o sofrimento geradores de desconforto estão presentes antes, durante e no momento da vacinação. Respeitando uma lógica de CNT, a administração de vacinas contempladas no Plano Nacional de Vacinação foi sempre realizada no final da CVSIIJ. Nas consultas verifiquei que eram utilizadas medidas gerais favorecedoras da gestão do desconforto associado à vacinação como manter uma postura e tom de voz calmos, ter um ambiente em sintonia com o mundo infantil (ilustrações nas paredes e brinquedos) e usar uma linguagem adequada à idade (Teles, 2019). Além disso eram utilizadas algumas estratégias de gestão da dor durante a vacinação, tais como a distração com uma roca, trautear canções para os lactentes, o posicionamento de conforto em crianças a partir dos 12 meses e técnicas diferenciadas de administração da vacina, como realizar o procedimento no menor tempo possível, administrar a menos dolorosa primeiro no caso de ser mais do que uma vacina e aquecer a vacina nas mãos antes da administração (Pandita et al., 2018 citado por Pires, 2019; Galvão, Pedroso & Ramalho, 2015). No entanto, a falta de tratamento adequado da dor durante a imunização expõe a criança a sofrimento desnecessário, podendo levar a consequências a longo prazo e refletir-se em medo ou pânico de agulhas na idade adulta (Taddio, Chambers & Halperin, 2009), pelo que as estratégias utilizadas ficavam um pouco aquém dos resultados que seriam desejados. Neste sentido, detetei que a equipa de enfermagem tinha necessidade de reforçar conhecimentos e validar as suas competências de gestão da dor na criança durante procedimentos dolorosos como a vacinação. Percebi também que a maioria dos profissionais tinham alguma renitência em utilizar a amamentação como estratégia não farmacológica durante a vacinação. Perante isto elaborei um plano de sessão de formação intitulado de “Gestão da Dor da Criança Durante a Vacinação” (Apêndice VII) para apresentar e discutir a temática com a equipa, com o objetivo de sensibilizar os enfermeiros para a utilização de estratégias de gestão da dor da criança durante a vacinação, de forma a promover o seu conforto. O final da formação culminou com a entrega de dois artigos científicos alusivos às estratégias não farmacológicas de gestão da dor em crianças, com especial enfoque na amamentação. Creio que esta sessão de formação foi importante para a equipa refletir sobre as práticas realizadas, promovendo a discussão entre os vários elementos sobre as sugestões apresentadas, o que poderá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados (**B2.2.; D2.1.; D2.2.**). Após esta sessão foram recuperados para o gabinete de CVSIIJ os brinquedos que eram anteriormente utilizados e que se adequavam, visto serem desinfetáveis.

As CVSIJ foram ótimas oportunidades para prestar cuidados a crianças dos 0 aos 2 anos baseados na filosofia dos CNT e aplicar estratégias como a distração, o posicionamento de conforto no colo dos pais e a sucção não nutritiva, sendo medidas que amenizam as emoções e sentimentos negativos associados à vacinação (Galvão et al, 2015). Disto foi exemplo um momento de vacinação a uma bebé de quatro meses, que estava acompanhada pela mãe. A bebé estava ao colo da mãe e para a manter calma pedi à mãe que colocasse no telemóvel uma música que costumasse usar para relaxar a bebé. Aquando do procedimento esta distração não estava a ser totalmente eficaz, pois a criança demonstrava sinais de dor como choro persistente, pernas agitadas e sobrancelhas franzidas, pelo que foi utilizada uma roca colorida que tinha um guizo brilhante e com movimento. Este brinquedo foi utilizado com intencionalidade terapêutica para distrair a criança face ao diagnóstico de dor presente, avaliada segundo a escala de dor *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC), indicada pela DGS (2010) para avaliação da dor nesta idade. Com esta intervenção foi possível despertar o interesse da bebé por alguns instantes, controlando a dor associada à inoculação, uma vez que a distração ajuda a reduzir comportamentos indicadores de dor (Robabi et al., 2016 citado por Teles, 2019). A minha prestação de cuidados na Neonatologia foi orientada para as necessidades do RN, de forma a aumentar o seu conforto e estabilidade e reduzir o stress e possíveis consequências das intervenções diagnósticas e terapêuticas (OE, 2013). Assim, o alívio e gestão da dor e desconforto associado a procedimentos no RN foi uma constante, recorrendo a estratégias como o toque, a contenção, a sucção não nutritiva, a administração de sacarose e a musicoterapia. A gestão da dor na urgência foi também uma preocupação, pois este é um contexto que implica frequentemente a realização de procedimentos dolorosos (Diogo et al., 2016). Para além das tradicionais estratégias de distração, surgiu a realidade virtual (RV) como técnica inovadora para a gestão da dor durante procedimentos dolorosos na criança e jovem (Atzori, Hoffman & Vagnoli, 2018; Eijlers, Utens & Staals, 2019; Scapin, Echevarría-Guanilo, Junior, Tomazoni & Gonçalves, 2020). A implementação desta estratégia no SUP será apresentada mais à frente, visto que se enquadra noutro objetivo específico. Estas experiências contribuíram para prestar cuidados à criança submetida a procedimentos dolorosos e potencialmente traumáticos, permitindo-me fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e, assim, contribuir para a satisfação das suas necessidades de conforto físico e psicoespiritual, dado serem momentos vivenciados

com dor, ansiedade e medo (Kolcaba, 2003; Kolcaba et al., 2005) (**E2.2.;** **E2.2.1.;** **E2.2.3.**).

A dor deve ser valorizada como o quinto sinal vital, abordada de forma metódica e tratada de forma adequada, através de estratégias farmacológicas e não farmacológicas (Sedrez & Monteiro, 2020). Para poder tratar a dor de forma adequada é necessário fazer uma correta avaliação da mesma, a fim de identificar e reconhecer a criança com dor, quantificar e objetivar a dor, uniformizar práticas da equipa multidisciplinar, adaptar o tratamento de forma personalizada, avaliar a eficácia das técnicas utilizadas e estabelecer uma relação de confiança com a criança (DGS, 2010; Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2018; Sedrez et al., 2020). Para isto devem ter-se em conta alguns princípios fundamentais como acreditar sempre na criança e família e dar-lhe tempo para expressar a sua dor; realizar a história da dor através do diálogo com a criança e família; ter em consideração o seu comportamento habitual; observar a criança e utilizar de forma rigorosa um instrumento de avaliação da dor adequado, mantendo-o em todas as avaliações subsequentes; e dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação em caso de dor intensa (DGS, 2010; Sedrez et al., 2020).

O envolvimento da família na adoção de medidas promotoras da gestão da dor é essencial para preparar a família para apoiar a criança durante os procedimentos dolorosos, pois a sua reação é fortemente influenciada pelo comportamento dos familiares (Barros, 2003; Batalha, 2010; Sanders, 2014). O EEESIP tem uma intervenção fundamental na orientação e esclarecimento da família sobre o seu papel durante estes momentos, pelo que o fornecimento de informações sobre as técnicas que pode utilizar para distrair e acalmar a criança durante e após o procedimento, vai fortalecer os seus mecanismos de *coping*, minimizando alguns stressores associados à perda de controlo dos familiares, ao mesmo tempo que contribui para a satisfação das necessidades de conforto e segurança da criança (OE, 2013; Schechter, Zempsky & Cohen, 2013; Salgado et al., 2018). A participação e envolvimento da família durante a realização de procedimentos dolorosos foi sempre incentivada, uma vez que assume particular relevância, principalmente em crianças pequenas até à idade escolar (OE, 2013; Schechter et al., 2013). Contudo, alguns familiares têm dificuldade em participar e estar presentes durante a realização de procedimentos dolorosos às crianças (Schechter et al., 2013), pelo que a sua vontade foi sempre tida em conta. Tal foi evidenciado numa situação decorrida na UCSP, em contexto de vacinação a um bebé de seis meses. Questionou-se a mãe sobre o seu desejo de amamentar

durante a inoculação da vacina, explicando-lhe as vantagens da mesma, mas esta verbalizou que não se sentia confortável em fazê-lo nem em pegar no bebé ao colo, pelo que a sua vontade foi respeitada e foram adotadas outras medidas para gerir a dor da criança (sucção não nutritiva, distração com uma bola colorida e com som, presença da mãe no campo de visão do bebé), de forma a respeitar e a fazer respeitar as opções e a integridade da pessoa cuidada, bem como o seu direito à escolha e autodeterminação (OE, 2015a) (**A2.1.**).

Na CDI pude colaborar com a enfermeira orientadora na prestação de cuidados de enfermagem especializados a crianças, jovens e famílias com perturbações do neurodesenvolvimento. Estas são consideradas um grupo diverso de doenças crónicas, relacionadas com problemas mentais e/ou físicos que levam a dificuldades em grande parte das atividades de vida diária, nomeadamente ao nível da linguagem, mobilidade, aprendizagem e/ou autonomia (Associação de Apoio e Inclusão ao Autista, [s.d]). Representam, em muitos casos, uma incapacidade completa e permanente, com necessidade de apoio médico, económico e social durante toda a vida, tendo o enfermeiro um papel preponderante na educação e aconselhamento dos pais (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2010; OE, 2010). As perturbações do neurodesenvolvimento, enquanto doenças crónicas e incapacitantes, não afetam apenas a criança, mas todos os envolvidos na sua vida. A adaptação à doença ou incapacidade pode ser uma experiência nova para família e para o seu sistema de suporte, e a família pode beneficiar de recomendações relativas a modos eficazes de usar o seu sistema de suporte para satisfação das suas necessidades. Neste sentido, a quantidade e o tipo de suporte social recebido pelas famílias é um fator crucial para o seu ajustamento à doença crónica da criança (McElfresh & Merck, 2014). As especificidades próprias de uma criança com doença crónica ou incapacidade exigem do enfermeiro um conjunto de cuidados holísticos, tendo uma intervenção fundamental no fornecimento de informação, bem como na promoção de mudanças e no desenvolvimento de estratégias (OE, 2010). Durante as consultas foram dadas aos pais várias sugestões de recursos existentes na comunidade de acordo com as necessidades da criança, do jovem e da família. No caso de crianças com diagnóstico de perturbação de hiperatividade e défice de atenção, que necessitam de libertar a sua energia para conseguirem concentrar-se melhor no estudo, e pais com poucas possibilidades financeiras, foram dadas opções para realizar desporto de forma mais acessível; perante crianças com necessidade de ser acompanhadas na psicologia foram mostradas alternativas de instituições para

acompanhamento psicológico quando os pais não obtêm resposta ou não estão satisfeitos com a instituição que frequentam. Estas intervenções permitiram-me utilizar a informação existente sobre o contexto familiar, adquirida através da comunicação com a família ao longo da consulta, a fim de adequar os sistemas de suporte, apoiando a inclusão das crianças e jovens com necessidades especiais e capacitando-os para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação (E1.1.6.; E1.1.9.; E2.5.; E2.5.2.; E2.5.4.).

4.4. Identificar as situações de cuidados em que o brincar terapêutico pode ser utilizado para promover o conforto da criança hospitalizada

A admissão no hospital é uma situação complexa e difícil de gerir, que provoca sentimentos de ansiedade, medo e incerteza na criança e família, devido à natureza e gravidade da situação potencialmente representativa de risco de vida (Barros, 2003; Sanders, 2014). Em situações de doença e hospitalização existem vários desconfortos difíceis de aliviar ou tranquilizar, comprometendo o conforto da criança (Kolcaba, 1995). O conforto diz respeito a um processo contínuo de cuidado em enfermagem e de satisfação das necessidades que ultrapassa a dimensão física da pessoa cuidada (Apóstolo, 2009). Cabe ao enfermeiro assegurar as necessidades de conforto do cliente que não estejam satisfeitas, sendo este profissional responsável pela identificação dessas necessidades e pela adoção de medidas de conforto adequadas e individualizadas para atingir o resultado desejado, isto é, o melhor conforto do cliente (Kolcaba, 2003). A satisfação do conforto da criança e família associado aos processos de saúde-doença exige do enfermeiro um conjunto de competências técnicas e relacionais para fazer a gestão diferenciada do bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança (Regulamento n.º 422, 2018). Deste modo, a pesquisa bibliográfica acerca das situações de cuidados em que pode ser utilizado o brincar terapêutico, a observação e participação na prestação de cuidados e a auscultação dos enfermeiros dos diversos serviços foram essenciais para identificar algumas oportunidades para utilizar o brincar terapêutico durante a hospitalização, desenvolvendo competências de EEESIP neste âmbito.

A brincadeira terapêutica é uma técnica de comunicação, útil em várias situações de cuidados, que ajuda na transmissão de informações verdadeiras, em linguagem adequada ao desenvolvimento cognitivo e intelectual da criança (OE, 2013; Silva, Austregésiloa, Ithamar & Lima, 2017). Neste sentido, é considerada um instrumento fundamental para os profissionais de saúde, proporcionando maior

aceitação e cooperação da criança (Martins, Ribeiro, Borba & Silva, 2001; Kiche et al., 2009). O acolhimento ao serviço é o primeiro momento de contacto entre a criança e o enfermeiro, sendo crucial para a construção de uma relação de confiança entre os dois ao longo do internamento. Recorrer à brincadeira é uma forma de quebrar a barreira que existe entre a criança e o hospital, tornando-o mais acolhedor, logo mais fácil de enfrentar e menos traumatizante, já que acolher adequadamente a criança e família é um dos CNT com vista ao seu bem-estar (Tavares, 2008). Desta forma, o enfermeiro deixa de ser visto pelas crianças mais novas como estranho, mas sim como amigo, conseguindo fazer grande parte da avaliação inicial de enfermagem com recurso a jogos e simples brinquedos, enquanto a criança permanece segura nos braços ou ao colo dos pais (Hockenberry, 2014). Um acolhimento bem-sucedido é essencial para a satisfação do conforto psicoespiritual e sociocultural (Kolcaba, 2003). A sala de atividades é facilitadora deste acolhimento, pois é um espaço de paz e segurança para a criança no meio de um espaço assustador. Nesta sala as crianças interagem entre si e fazem atividades que lhes dão prazer, distanciam-se dos medos e sabem que estão a salvo de procedimentos dolorosos, rostos estranhos ou perguntas sobre os seus problemas (Sanders, 2014). Tal foi evidente no serviço de IP onde a sala de atividades era a mesma onde as crianças eram recebidas, faziam a admissão administrativa e aguardavam pelo enfermeiro para o acolhimento ao serviço. Isto facilitou o processo de relação e comunicação porque quando chegava perto da criança e família muitas vezes ela já estava no seu mundo das brincadeiras, sentindo-se mais à vontade e, conseqüentemente, menos ansiosa naquele local.

A realização de procedimentos e/ou de cirurgia são momentos potencialmente traumáticos, sendo o brincar terapêutico um instrumento valioso antes, durante e após o procedimento para reduzir o impacto traumático destas intervenções e para promover a colaboração da criança (Silva et al., 2017). Ao brincar e tocar nos materiais e nos brinquedos que simulam o meio hospitalar, a criança familiariza-se tranquilamente com o que poderia ser assustador, recebendo orientações e fazendo perguntas sobre os materiais hospitalares, ocorrendo uma desmistificação desses objetos (OE, 2011b). Procurei utilizar o brincar terapêutico, a musicoterapia e o humor no cuidado à criança submetida a procedimentos ou a cirurgia, tendo em vista a humanização dos cuidados, uma vez que utilizar este instrumento reduz as emoções e comportamentos negativos da criança (Silva et al., 2017). Por sua vez, a ansiedade de separação é um dos fatores de stress, associado à hospitalização, muito significativo, em especial para os lactentes e crianças mais pequenas (Sanders,

2014). O brincar terapêutico auxilia a criança na diminuição do medo, angústia, ansiedade e solidão decorrentes de situações ameaçadoras e atípicas, como a separação dos pais, uma vez que permite construir uma relação de confiança, que só por si é promotora do sentimento de bem-estar e segurança na criança (Pereira et al., 2010; Caleffi et al., 2016). Além disto, o brincar deve ser implementado sempre que a criança tenha necessidade de entender e lidar com experiências do dia-a-dia decorrentes da hospitalização. Isto significa que o enfermeiro deve incorporá-lo na sua prática clínica diária a todos os níveis do processo de enfermagem, dando oportunidade à criança de crescer e se desenvolver com saúde (Martins et al., 2001; Jansen et al., 2010).

Na Neonatologia, principalmente com o RNPT, a utilização do brincar compreende moldes diferentes, dadas as especificidades desta faixa etária. Não são utilizados brinquedos muito coloridos, com luzes e sons, porque é privilegiado um ambiente calmo e tranquilo, facilitador do desenvolvimento do RN. Porém, são necessários estímulos adequados para promover o desenvolvimento do RNPT, sendo importante a interação com brinquedos apropriados. A utilização de polvos de croché nas unidades de Neonatologia começou com o objetivo de proporcionar conforto, estabilidade térmica, promover o desenvolvimento e acalmar o RNPT quando o método canguru não pode ser realizado, embora não o substitua (Moura, Linis & Soriano, 2018). Os tentáculos do polvo assemelham-se a uma espiral que remete para o cordão umbilical, que leva o RN a associar ao ambiente intrauterino (Coelho & Junior, 2019). Atualmente ainda não existe evidência científica que demonstre a eficácia da utilização destes pequenos brinquedos na estabilidade hemodinâmica dos RNPT. Porém, têm ocorrido algumas publicações baseadas na experiência clínica dos profissionais de saúde, que revelam que a colocação dos polvos de croché dentro da incubadora permite que os RN fiquem mais tranquilos, evitando que eles puxem os fios de equipamentos e contribuindo para um aumento de peso mais rápido e para regular a frequência cardíaca e respiratória. Indicam também que a sua utilização tem acontecido em vários países sem relatos de infecções ou danos associados (Moura et al., 2018; Coelho et al., 2019). Os RNPT ficam mais calmos após procedimentos considerados stressantes, tais como muda da fralda, cuidados de higiene, punções venosas ou mesmo o excesso de luz e ruído (Coelho et al., 2019). De facto a minha experiência neste contexto permitiu-me constatar que, em casos em que prestei cuidados em parceria com a enfermeira orientadora ou com os pais, a utilização do polvo associado à prestação de cuidados a quatro mãos contribuiu para manter o RN

mais calmo, uma vez que ao ser cuidado por duas pessoas é possível manter a contenção durante procedimentos como a muda da fralda, não havendo tanto stress para o RN como em situações em que os cuidados são prestados apenas por uma pessoa. Após posicionados para dormir, os bebês também aparentaram ficar tranquilos quando tinham o polvo por perto, ajudando no aconchego e satisfazendo o reflexo de preensão palmar presente no RN. Estes polvos são considerados brinquedos e como tal podem contribuir para o desenvolvimento neurocognitivo destes RN através da estimulação sensorial, tátil e visual. Desde que utilizados em segurança, são uma mais-valia na promoção de um ambiente terapêutico, já que promovem o conforto dos RNPT e dos pais (Moura et al., 2018).

Nos contextos de Neonatologia, IP e SUP o brincar permitiu-me não só distrair e relaxar a criança, mas também conhecê-la e estabelecer uma relação com ela, ajudando-a a expressar os seus sentimentos, medos, ansiedades e desconfortos físicos e a desenvolver estratégias de adaptação através de simbolismos, fantasias e imaginação, promovendo a satisfação do seu conforto e bem-estar (**E1.2.3.;** **E2.2.1.**).

4.5. Implementar estratégias para promoção do conforto da criança hospitalizada com recurso ao brincar terapêutico

Incorporar o brincar durante a hospitalização permite que a criança acesse a situação de doença ou internamento com o mínimo de sequelas, pelo que deverá ser uma prioridade que ela brinque durante a sua estadia no hospital. Desta forma deixa de ser uma experiência marcada somente pela dor e sofrimento, para passar a ser uma situação rica em conteúdos que contribuam para a saúde biopsicossocial e cultural da criança. Posto isto o brincar deve ser considerado um instrumento de trabalho para os enfermeiros, a ser utilizado para ajudar a criança a vivenciar e a ultrapassar a experiência da hospitalização (Oliveira et al., 2003; Tavares, 2011). Contudo, apesar de os benefícios do brincar terapêutico estarem expressos na literatura e serem conhecidos pelos enfermeiros, é claro tanto nos estudos publicados por Oliveira et al. (2015) e Lemos et al. (2016), como na minha experiência profissional, que este instrumento nem sempre é utilizado na prestação de cuidados, estando a criança sob maior stress que podia ser controlado ou evitado.

No sentido de promover o conforto da criança e família, bem como práticas mais humanizadas e uniformizadas através da mudança de atitude e pensamento dos profissionais, utilizei o brincar como instrumento terapêutico nos vários momentos de prestação de cuidados à criança, recorrendo à construção e implementação do “Kit da

Brincadeira” no IP. A criação de um *kit* temático, com materiais lúdicos e didáticos que permitam estabelecer uma relação terapêutica com a criança e desviar a sua atenção durante os procedimentos, é uma estratégia destacada pela OE (2013) para desenvolver uma abordagem centrada na brincadeira lúdica e terapêutica. Este projeto assenta numa lógica de CCF, privilegiando-se a inclusão dos pais em todo o processo, e contempla uma abordagem individualizada, através da implementação de intervenções de acordo com as especificidades dos vários grupos etários e de cada criança. Este *kit* permite o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais que permitem a redução do nível de ansiedade e do medo associados à hospitalização (OE, 2013). O objetivo consiste em estabelecer uma comunicação eficaz e adequada à idade da criança em qualquer momento do internamento e promover a distração e a gestão da dor da criança associada aos procedimentos, estimulando a cooperação e a criatividade dos vários intervenientes, através do ato de brincar (OE, 2013). O “Kit da Brincadeira” é um armário constituído por quatro gavetas, organizadas de acordo com os estádios de desenvolvimento da criança desde o lactente até à criança em idade escolar, ou seja, desde os 0 aos 12 anos. Tal como sugerido pela OE (2013) é composto por uma variedade de materiais didáticos e lúdicos, incluindo material hospitalar e brinquedos adequados a cada faixa etária, dos quais fazem parte um chocalho, uma caixa de música, brinquedos de encaixe, bolas de sabão, um xilofone, os livros “O Diogo vai ao hospital”, “A Anita no hospital” e “O corpo humano”, um boneco para servir de modelo, material de desenho, bolas antistress, puzzles, diplomas e autocolantes de reforço positivo, entre outros. Por não haver no serviço um espaço dedicado à realização de procedimentos e para não ficar na sala de atividades onde qualquer criança teria acesso quando quisesse, o que não é o objetivo pois os materiais devem ser utilizados com uma intencionalidade terapêutica, e onde havia a possibilidade de haver perdas de material, optou-se por colocar o *kit* na sala de enfermagem em local visível e de fácil acesso aos enfermeiros.

A fase inicial de implementação deste projeto consistiu na aplicação de um questionário à equipa de enfermagem com o objetivo de fazer o diagnóstico das suas necessidades formativas e compreender a perceção dos enfermeiros sobre a importância deste tema e real utilização do brincar na prestação de cuidados. As respostas dos inquiridos confirmaram que apesar de os enfermeiros parecerem ter conhecimento sobre quais as situações de cuidados indicadas para utilizar o brincar terapêutico e quais as vantagens do mesmo, não o faziam de forma uniforme com

crianças de todas as idades e em todas as situações de cuidados. Paralelamente à construção do *kit* desenvolvi uma proposta de norma de procedimentos, onde vem descrito o procedimento de utilização do brincar terapêutico na prestação de cuidados à criança durante a hospitalização, a fim de protocolar a sua aplicação no serviço e uniformizar as intervenções de enfermagem, garantindo a qualidade dos cuidados prestados. Pretende-se que este documento permita o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e contribua para dar informação relevante para a prática clínica. Foi ainda importante a realização de uma sessão de formação em serviço para que toda a equipa de enfermagem tivesse conhecimento do “Kit da Brincadeira” e da norma de procedimentos, nomeadamente a sua constituição, aplicabilidade e função. No final da explicação do procedimento de utilização do brincar terapêutico, ressalvei a importância de realizar registos de enfermagem sobre os materiais utilizados e os resultados obtidos, dado que isto não estava a ser realizado pela equipa (**C2.1**). Os registos relativos a esta intervenção autónoma de enfermagem promovem a uniformização da linguagem e são essenciais para dar visibilidade à profissão a nível do processo de cuidados e dos resultados conseguidos, permitindo fundamentar políticas de saúde através da valorização do contributo da enfermagem para os ganhos em saúde (Kärkäinen, Bondas & Eriksson, 2005; OE, 2007). A equipa concordou que a prática diária leva ao confronto dos profissionais com experiências complexas e exigentes, sendo necessário recorrer a estratégias que minimizem a ansiedade, o medo e a dor da criança decorrente dos cuidados de saúde, destacando a pertinência do brincar terapêutico. Contudo, os enfermeiros referiram também que muitas vezes utilizam o brincar sem ter grandes conhecimentos, realçando que é importante que este seja aplicado com uma intencionalidade terapêutica. Assim, esta atividade foi importante para permitir a reflexão em grupo, o que proporcionou a partilha de experiências, a tomada de consciência sobre as práticas diárias e o estabelecimento de estratégias a adotar. Foi igualmente relevante para motivar e capacitar os enfermeiros para adotar o brincar terapêutico na promoção do conforto da criança e família. Todos os documentos elaborados no âmbito da implementação deste projeto encontram-se incluídos num documento geral que contempla toda informação que contextualiza, fundamenta e explica como se procede à utilização do *kit* (Apêndice VIII).

No decurso do estágio tive oportunidade de recorrer ao “Kit da Brincadeira” em várias situações, de acordo com a situação clínica e desenvolvimento da criança. Num contacto com uma menina de três anos recorri ao boneco e acessórios médicos de

brincar existentes no *kit* para a preparar para uma punção venosa. Comecei por lhe mostrar os acessórios médicos, exemplifiquei e expliquei-lhe o que ia fazer, dizendo que íamos “tratar do nenuco dela”. A criança foi participando e no final pediu para ser ela a colocar o penso no boneco. Durante a realização do procedimento disse-lhe que íamos tratar dela como tínhamos feito com o seu boneco e utilizei para a distrair um telemóvel de brincar, com sons e luzes, pois ela tinha referido anteriormente que gostava muito de telefones. A criança permaneceu calma e colaborante, o que contribuiu para a realização mais rápida e menos dolorosa do procedimento, de acordo com a história de dor da criança em momentos anteriores semelhantes e com a avaliação da dor realizada antes, durante e após o procedimento com recurso à escala da dor FLACC. Com a utilização destes materiais a criança envolveu-se, teve interesse em manipular os materiais hospitalares e tirar dúvidas, o que facilitou a comunicação e, conseqüentemente, a sua participação, cooperação e motivação em todo o processo de hospitalização (Jansen et al., 2010; Caleffi et al., 2016). A minha comunicação com a criança, a utilização do brincar terapêutico e a adoção destas estratégias em parceria com a criança e família, demonstram que agi em conformidade com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, no que se refere a decidir sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade (OE, 2015c).

A hospitalização de urgência é uma das experiências hospitalares mais traumáticas para a criança. Este é um período de elevado stress e ansiedade, durante o qual a criança experiencia medos, pois está perante um ambiente que desconhece, rodeada de procedimentos e equipamentos que lhe causam desconforto e dor (Diogo, et al., 2016). O medo e a dor estão integralmente ligados, afetando o conforto da criança durante os procedimentos (Eijlers et al., 2019; Coulter, 2020). Numa tentativa de minimizar a dor e o desconforto associados a estas situações e após auscultação da enfermeira orientadora, recorri à implementação da RV no SUP como uma estratégia não farmacológica que permite ao enfermeiro promover a distração da criança de forma individualizada e que pode ser mais eficaz do que os métodos tradicionais (Knight, McClenaghan & Singh, 2018; Eijlers et al., 2019). A RV permite que a criança fique imersa num ambiente virtual, com visão tridimensional e interação através do movimento, tendo a sensação de agir e viver dentro desse local em tempo real, o que bloqueia a sua visão da sala de tratamentos (Paixão, 2010; Scapin, Echevarría-Guanilo & Junior, 2017; Atzori et al., 2018). A ilusão e interação com o

mundo virtual através da estimulação dos sentidos auditivos, visuais e táteis, deixa os recursos cognitivos menos disponíveis para a percepção dos estímulos dolorosos, reduzindo a dor durante procedimentos (Schmitt, Hoffman & Blough, 2011; Atzori et al., 2018; Chan, Hovenden & Ramage, 2019; Chen, Cheng & Lee, 2020). Adquiriram-se então uns óculos de RV para proporcionar à criança e jovem uma experiência melhor e mais eficaz, uma vez que estes proporcionam um amplo campo de visão, onde são projetadas imagens em frente aos olhos da criança, de forma sincronizada com os movimentos da sua cabeça, abstraindo-se durante a realização de procedimentos (Paixão, 2010; Scapin et al., 2017). Estes devem ser utilizados em crianças a partir dos 4/5 anos, pois a partir desta idade já possuem coordenação visual e motora compatível com a perícia necessária à utilização de um jogo eletrónico (Paixão, 2010; Knight et al., 2018; Chan et al., 2019).

Simultaneamente produzi uma proposta de norma de procedimentos, onde vem descrito o procedimento de utilização dos óculos de RV durante a realização de procedimentos dolorosos inerentes à hospitalização, como forma de protocolar a aplicação da RV no SUP. Este documento teve como objetivo servir de orientação para a equipa de enfermagem para que as ações dos enfermeiros ocorram de forma regulamentada, numa perspetiva de prestação de cuidados de qualidade. Para que esta estratégia fosse do conhecimento de todos os enfermeiros, sendo utilizada uniformemente, foi necessária a realização de duas sessões de formação em serviço, realizadas durante a passagem de turno. Esta atividade foi importante para divulgar a aquisição dos óculos de RV e da norma de procedimentos, bem como para capacitar a equipa de enfermagem para a utilizar esta estratégia não farmacológica. No final da sessão houve um espaço de partilha e reflexão em que a equipa se mostrou muito recetiva à implementação desta estratégia, uma vez ciente do sofrimento causado pelos procedimentos dolorosos à criança, jovem e família. A falta de tempo foi indicada pelos enfermeiros como uma dificuldade sentida na preparação da criança para procedimentos dolorosos no contexto de urgência, pelo que se espera que esta nova estratégia seja benéfica neste âmbito, visto que a RV não requer pessoal adicional e é configurada em pouco tempo. Os documentos inerentes à implementação dos óculos de realidade virtual no SUP encontram-se compilados num único documento, que pretende fundamentar a pertinência desta intervenção (Apêndice IX).

Ao longo da minha experiência no SUP consegui utilizar a RV em crianças com idade igual ou superior a dez anos, tendo-se revelado uma estratégia eficaz na gestão da dor em crianças e jovens nesta faixa etária. Uma das minhas intervenções foi com

uma criança de onze anos, que necessitava de colocar um acesso venoso periférico para realizar um exame de diagnóstico. Foi explicado à criança em linguagem adequada à idade o procedimento que era necessário realizar e foi proposta a utilização da RV, tendo sido colocados os óculos com um vídeo da sua preferência, após a mesma ter dado o seu consentimento. Inicialmente a criança estava ansiosa e com medo, pelo que ia desviando os óculos para ver o que estavam a fazer, mas acabou por concentrar-se no vídeo e quando foi o momento da punção não teve reação, verbalizando no final que a dor foi inferior ao que pensou que ia ser. Assim, esta foi uma estratégia lúdico terapêutica, que permitiu amenizar o medo, ansiedade, stress e dor da criança, conseguindo esta vivenciar a situação e a hospitalização de forma mais tranquila (Jansen et al., 2010; Caleffi et al., 2016; Sezici, Ocakci & Kadioglu, 2017; Mota et al., 2019).

A implementação e utilização do “Kit da Brincadeira” e dos óculos de RV constituem-se como intervenções seguras, eficazes e úteis na prestação de CNT, pois permitem ao enfermeiro brincar com a criança em situação de doença e hospitalização, fazendo-a sentir-se acolhida e importante (Tavares, 2011). Concomitantemente estas são promotoras do conforto da criança e família, nos contextos físico e psicoespiritual, na medida em que permitiram diminuir o desconforto físico e psicológico da criança, através da gestão da dor, da ansiedade e do medo inerentes à hospitalização e à realização de procedimentos que são potencialmente traumáticos, dolorosos e ameaçadores (Kolcaba et al., 2005; Hockenberry et al., 2014). Desta forma, a criança vê satisfeitas as suas necessidades de conforto de alívio e tranquilidade, necessárias para vivenciar os processos de saúde-doença da forma menos traumática possível e alcançar o bem-estar máximo. Utilizar estas estratégias na prestação de cuidados à criança possibilitou-me desenvolver múltiplas competências de EEESIP em simultâneo, pois negocieei a participação da criança e família em todo o processo de cuidar (**E1.1.1.**), comuniquéi com a criança e família de forma apropriada à sua idade e estágio de desenvolvimento (**E1.1.2.**; **E3.3.3.**) e fiz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, aplicando conhecimentos sobre a saúde física, psicossocial e espiritual e sobre terapias não farmacológicas para alívio da dor (**E2.2.1.**; **E2.2.3.**), tendo em vista a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (**B3.1.**). A promoção da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foram igualmente um objetivo destas atividades, dado que o EEESIP deve ter um papel preponderante na implementação de projetos de melhoria da qualidade fomentados pela reflexão

continua sobre a qualidade do exercício profissional, a fim de alcançar a prestação de cuidados de excelência (Regulamento n.º 351, 2015). Neste âmbito, a aplicação do questionário no IP permitiu identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem (**D2.1.**), as normas de procedimentos desenvolvidas prenderam-se com a identificação de oportunidades e o estabelecimento de estratégias promotoras da melhoria (**B2.2.**) e as sessões de formação realizadas foram facilitadoras de aprendizagens suportadas pela evidência científica em contexto de trabalho (**D2.1.; D2.2.**).

Todo o trabalho desenvolvido ao longo do percurso de estágio foi bastante enriquecedor, permitindo-me através de uma prática reflexiva e da aprendizagem experiencial atribuir novos significados às múltiplas situações vivenciadas. Este processo contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos e consolidação de outros, levando-me a compreender que o brincar terapêutico transmite segurança e conforto à criança, sendo essencial para a humanização dos cuidados. Esta abordagem facilita a aceitação e realização das intervenções de enfermagem, uma vez que a criança fica mais bem preparada e compreende melhor a necessidade de ser internada e dos procedimentos a realizar (Caleffi et al., 2016; Mota et al., 2019). Ao mesmo tempo, o uso do brincar demonstra carinho e respeito para com a criança, estimula as suas habilidades físicas, sociais, emocionais e comportamentais, aumenta a sua autoestima e desmistifica o ambiente hospitalar (Jansen et al., 2010; Sezici et al., 2017).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste relatório é o culminar de um percurso de aprendizagem marcado pela constante reflexão na prática e sobre a prática, baseado no saber pessoal e experiencial em consonância com o saber científico e ético, necessário para a prestação de cuidados holísticos e para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista alicerçados nos modelos e conceções de enfermagem pediátrica.

O decorrer deste percurso formativo teve lugar num momento conturbado, em que a sociedade se vê a atravessar uma crise mundial causada pela pandemia da COVID-19. Neste contexto, os cuidados de saúde foram sobrecarregados e a Enfermagem, em particular a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, foi confrontada com importantes desafios, devido à complexidade e exigência desta situação. Isto foi algo que pude vivenciar nos vários contextos, percecionando as adaptações que esta situação exigiu aos locais, aos utentes e aos profissionais, exigindo ao EEESIP capacidades superiores para lidar com a diversidade e imprevisibilidade diárias. Esta foi uma dificuldade na medida em que a aprovação dos contextos de estágio foi dada quase no momento de iniciar o mesmo, as equipas estavam cansadas e absorvidas pela situação que estávamos a atravessar e perderam-se algumas oportunidades de aprendizagem devido à redução de agendas que implicou a supressão de consultas, procedimentos e cirurgias, o que potenciou a vivência deste percurso com alguma ansiedade e incerteza. Contudo, a atual situação de pandemia também teve aspetos positivos, pois o facto de haver um menor número de consultas agendadas e menos crianças internadas, permitiu ao EEESIP dedicar mais tempo a cada criança, jovem e família, sendo possível diagnosticar e intervir sobre necessidades que com menos tempo poderia não ser possível.

Durante o percurso de estágio a minha intervenção foi como elemento facilitador da utilização do brincar na prestação de cuidados, de forma a promover o desenvolvimento e o conforto da criança, jovem e família. Esta intervenção passou pela sensibilização e motivação das equipas de enfermagem para a criação de um ambiente acolhedor, familiar e promotor do bem-estar e diversão nos diversos serviços, onde a fantasia e a imaginação permitissem utilizar os brinquedos para a satisfação das necessidades de conforto da criança. Tal visou a capacitação das equipas de enfermagem para utilizar o brincar com intencionalidade terapêutica e o desenvolvimento das minhas competências para prestar cuidados especializados

pediátricos. Por sua vez, o presente trabalho revelou-se importante para consolidar aprendizagens e conhecimentos, permitindo-me fazer algumas ilações: brincar é um direito e uma necessidade básica da criança, sendo uma atividade que deve ser integrada no seu dia-a-dia, mesmo quando está hospitalizada; a família é o alicerce da criança, pelo que é imprescindível o seu reconhecimento como parte integrante dos cuidados (CCF); é fundamental investir em cuidados que minimizem o medo, a ansiedade e o sofrimento da criança perante experiências potencialmente dolorosas e traumáticas (CNT); o brincar terapêutico facilita o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a criança, a expressão de sentimentos, a distração e a preparação da criança para situações desconhecidas e, portanto, promove o conforto em pediatria.

Considero que as atividades desenvolvidas me permitiram alcançar os objetivos inicialmente delineados e foram importantes contributos para impulsionar os cuidados de enfermagem de excelência. Porém, este processo ainda se encontra numa fase inicial, pelo que, numa perspetiva de continuidade, os meus projetos futuros passam por continuar a promover a utilização do brincar terapêutico pela equipa de enfermagem do serviço onde exerço funções, através de sessões de formação e iniciativas dinâmicas que promovam a participação de todos os enfermeiros, perspetivando o envolvimento de toda a equipa e tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados; aceitar o convite realizado pela Comissão Organizadora do II Curso de Pediatria que irá decorrer este ano no hospital onde exerço funções, para participar com uma comunicação sobre esta temática, a fim de partilhar, sensibilizar e promover a formação dos profissionais que prestam cuidados às crianças hospitalizadas, com o intuito de generalizar as boas práticas; e participar na criação da sala de procedimentos e da sala de atividades do novo serviço de IP que será construído futuramente, apresentando uma proposta para que estes espaços sejam promotores do brincar terapêutico e recreativo, tendo em vista a prestação de CNT, com estratégias e materiais adequados a cada criança e situação de cuidados.

Para terminar, é de salientar que todo este percurso contribuiu fortemente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, acrescentando-me a responsabilidade de continuar a cooperar na melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança, jovem e família, numa tentativa de promover a mudança e a evolução da enfermagem enquanto disciplina e profissão e do reconhecimento social da mesma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia das Ciências de Lisboa (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa* (2 vol.), Lisboa, Portugal: Autor e Editorial Verbo.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Revista Texto & Contexto-Enfermagem*. 14(3). 373-382.
- Algren, C. (2006). Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson & M. Winkelstein, (Coords). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (pp.367-704). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Almeida, P., Viana, V., Tavares, M., Reis-e-Melo, A. & Faria, C. (2020). Impacto emocional imediato do covid-19 em crianças e Adolescentes e suas famílias. *Psicologia, saúde & doenças*, 21 (3), 633-646.
- Altimier, L. & Phillips, R. M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 13(1), 9-22.
- American Academy of Pediatrics (2012). Patient and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 129 (2), 394-404.
- Andrade, K. C. S., Freitas, F. F. Q, Marques, D. K. A, Lucena, A. L. R. L, Costa, K.N. F. M. & Costa, M. M. L. (2015). Comunicação terapêutica: instrumento básico do cuidado em crianças hospitalizadas. *Revista de Enfermagem UFPE*. 9(11), 9784-9793.
- Apóstolo, J. L. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*. II(9), 61-67.
- Askin, D. B. & Wilson, D. (2014). Recém-nascido de alto risco e a família. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed., Vol. I, pp.331-411). Loures: Lusociência.
- Assembleia Geral das Nações Unidas (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Unicef.
- Associação de Apoio e Inclusão ao Autista, [s.d]. *Perturbações do desenvolvimento e autismo*. Disponível em:

http://www.aia.org.pt/?option=com_content&view=article&id=139%3Aaperturbacoes-do-desenvolvimento&catid=291%3Aaperturbacoes-do-desenvolvimento&Itemid=209 Acedido a: 15/02/2021.

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2018). *Desenhos da minha dor*. Lisboa: Círculo Médico.
- Atzori, B., Hoffman, H. G., Vagnoli, L., Patterson, D. R., Alhalabi, W., Messeri, A., & Grotto, R. L. (2018). Virtual reality analgesia during venipuncture in pediatric patients with onco-hematological diseases. *Frontiers in psychology*. 9(2508), 1-7.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentalista*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. *Pensar enfermagem*. 13(2), 11-18.
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria – Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Bellman, M., Lingam, S. & Aukett, A. (2003). Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil II. Lisboa: Cegoc.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bryant, R. (2014). A criança com défice cognitivo, sensorial ou comunicacional. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 964 -1004). Loures: Lusociência.
- Caldeira, E. F. V. (2018). *Cuidar da criança em cuidados paliativos e sua família: a parceria de cuidados em enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/29478>.
- Caleffi, C.C. F, Rocha, P. K., Anders, J. C., Souza, A. I. J, Burciaga, V. B. & Serapião, L. S. (2016). Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 37(2), 1-8.
- Carvalho, M., Silva, J., Machado, M. S., & Rosa, A. (2016). Ansiedade em adolescentes: efeitos de um programa de preparação psicológica para a hospitalização. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 16, 19-26.

- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In: E. Glasper & A. Tucker (1993). *Advances in Child, health nursing*. London: Scutari Press.
- Chan, E., Hovenden, M., Ramage, E., Ling, N., Pham, J. H., Rahim, A., ... & Leong, P. (2019). Virtual reality for pediatric needle procedural pain: two randomized clinical trials. *The Journal of pediatrics*. 209, 160-167.
- Chen, Y. J., Cheng, S. F., Lee, P. C., Lai, C. H., Hou, I. C., & Chen, C. W. (2020). Distraction using virtual reality for children during intravenous injections in an emergency department: A randomised trial. *Journal of clinical nursing*. 29 (3-4), 503-510.
- Coelho, B. F. & Junior, R. N. M. (2019). Utilização do octopus como recurso de humanização na resposta imediata dos sinais vitais de prematuros na unidade de terapia intensiva neonatal. *LifeStyle Journal*. 6(1), 59-68.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Cordazzo, S. T. D. & Vieira, M. L. (2007). A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. *Estudos e pesquisas em psicologia*. 7(1), 92-104.
- Coulter, P. (2020). Virtual reality reduces pain and fear during intravenous cannulation in the emergency department. *Evidence-based nursing*. 0(0), 1.
- Coyne, I., Holmström, I. & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in healthcare: a concept synthesis of family-centered care, person-centered care and child-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*. 42, 45-56.
- Decreto-Lei Nº 281/2009 (2009). Criação do sistema nacional de intervenção precoce na infância. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1^a Série (Nº 193 de 06-10-2009), 7298-7301.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*. 20(2), 26-47.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (13), 43-51.

- Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Orientação n.º 014/2010. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Eijlers, R., Utens, E. M. W. J., Staals, L. M., Nijs, P. F. A., Berghmans, J. M., Wijnen, R. M., ... & Legerstee, J. S. (2019). Systematic review and meta-analysis of virtual reality in pediatrics: effects on pain and anxiety. *Anesthesia and analgesia*. 129(5), 1344-1353.
- Engenheiro, O., Geadas, C., Lobo, C., Azougado, C., Figueiredo, J. & Simpson, C. (2016). Benefícios do brincar terapêutico em crianças hospitalizadas: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. 2(1), 489-501.
- European Association for Children in Hospital (2009). *Carta da criança hospitalizada* (4ª ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Exequiel, N. P., Milbrath, V. M., Gabatz, R. I. B., Vaz, J. C., Hirschmann, B. & Hirschmann, R. (2019). Vivências da família do neonato internado em unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem Atual*, 88 (27), 1-9.
- Fernandes, D. (2012). O atendimento à criança na urgência pediátrica. *Ordem dos enfermeiros*. Obtido em 12/05/2021 de <https://pt.scribd.com/document/186572126/O-atendimento-a-crianca-na-Urgencia-Pediatria-Dino-Fernandes-Enfermeiro-EESIP>
- Fernandes, N. G. V. & Silva, E. M. B. (2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*. (4), 107-115.
- Ferreira, M. & Costa, M. (2004). Cuidar em parceria: subsídios para a vinculação pais/bebê pré-termo. *Revista Millenium*. (30), 51-58.
- Figueiredo, A. M. S., Almeida, C. M. S., Santos, M. M. O. & Carneiro, C. F. (2015). Vivências dos adolescentes durante a hospitalização num serviço de pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (6), 105-114.
- Galvão, D. M. P. G., Pedroso, R. M. C. J. & Ramalho, S. I. H. S. M. A. (2015). Intervenções não farmacológicas de redução da dor em uso na vacinação de

lactentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista de Psicología*, 1 (1), 89, 98.

Godinho, N. (2020). Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referencias Bibliográficas e Citações Norma APA. Disponível em: https://www.esel.pt/sites/default/files/GUIA_B_2020.pdf

Haiat, H., Bar-Mor, G. & Shochat, M. (2003). The world of the child: a world of play even in the hospital. *Journal of Pediatric Nursing*. 18(3), 209-214.

Harrison, T. M. (2010). Family-centered pediatric nursing care: state of the science. *Journal of Pediatric Nursing*. 25(5), 335-343.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol 1, pp. 1 – 20). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed., Vol. 1, pp.122-183). Loures: Lusociência.

Hockenberry, M., Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (pp.367-704). Rio de Janeiro: Elsevier.

Institute for Patient and Family-Centered Care (2011). *Advancing the practice of patient and family-centered care in hospitals: How to get started*. Bethesda, MD: Institute of Patient and Family-Centered Care.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2010). *Perturbações do desenvolvimento infantil e saúde mental*. Disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/SaudeMental/Paginas/inicial.aspx> Acedido a: 15/02/2021.

Jansen, M. F., Santos, R. M. & Favero, L. (2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 31(2), 247-253.

Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança, (Re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Kärkäinen, O., Bondas, T. & Eriksson, K (2005). Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*. 12 (2), 123-132.
- Kiche, M. T. & Almeida, F. A. (2009). Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paulista de Enfermagem*. 22(2), 125-130.
- Knight, K., McClenaghan, C. E. & Singh, B. (2018). Virtual reality distraction from painful procedures in the paediatric emergency department. *Archives of disease in childhood*. 0(0), 1.
- Kolb, D. A. (2015). *Experiential learning - Experience as the source of learning and development*. 2^a ed. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Kolcaba, K. Y. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Journal of Nursing Scholarship*. 23(4), 237-240.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for Nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19, 1178-1184.
- Kolcaba, K. Y. (1995). Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing*. 13(2), 117-131.
- Kolcaba, K. & DiMarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*. 31(3), 187-194.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. New York, USA: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. (2013). Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: application to nursing research* (3^a ed., pp. 193-209), Philadelphia, USA: Wolters Kluwer/Lippincott William & Wilkins.
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*. 13 (3), 189 - 192.
- Lemos, I. C. S., Oliveira, J. D., Gomes, E. B., Silva, K. V. L., Silva, P. K. S. & Fernandes, G. P. (2016). Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para reduzir alterações comportamentais. *Revista Cuidarte*. 7(1), 1163-1170.

- Lowe, L. M. & Cutcliffe, J. R. (2005). A concept analysis of comfort. In J. R. Cutcliffe & H. P. McKenna (Eds.), *The essential concepts of Nursing* (pp. 51-64). Edinburgh, Scotland: Elsevier.
- Martinez, J. G., Fonseca, L. M. & Scochi, C. G. (2007). Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 15(2).
- Martins, M. R., Ribeiro, C. A., Borda, R. I. H. & Silva, C. V. (2001). Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 9(2), 76-85.
- McElfresh, P. B. & Merck, T. T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crônica ou incapacidade. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 897-930). Loures: Lusociência.
- Melo, L. S. [s.d]. *O desenho infantil e suas etapas de evolução*. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: https://portal.fslf.edu.br/wp-content/uploads/2016/12/tcc_2.pdf
- Mendes, M. G. S. R. & Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série (6), 113-121.
- Ministério da Saúde. (2006). *Glossário para as unidades de saúde familiar*. Disponível em: https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Glossario_USF.pdf Acedido a: 15/05/2021.
- Mitre, R. M. A. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 9(1), 147-154.
- Mombelli, M. A., Costa, B. J. , Marcon, S. S. & Moura, C. B. (2011). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. *Estudos de Psicologia*. 28(3), 327-335.
- Monroe, R. A. (2014). Promoção da saúde da criança em idade pré-escolar e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 622-644). Loures: Lusociência.

- Montes, M. T., Herranz-Rubia, N., Ferrero, A., Flórez, A., Quiroga, A., Gómez, A., ... & Jiménez, T. (2020). Neonatal nursing in the COVID-19 pandemic: can we improve the future?. *Journal of Neonatal Nursing*. 26, 247-251.
- Mota, H. V. A., Júnior, C. J. S. & Silva, M. R. (2019). Intervenção à criança hospitalizada e ludoterapia: revisão integrativa. *Revista Portal Saúde e Sociedade*. 4(2), 1141-1151.
- Moura, M. D. R., Lins, S. L. A. C., & Soriano, A. M. (2018). Um polvo de amor: uma experiência de trabalho voluntário. *Comunicação em Ciências da Saúde*. 29(1), 70-74.
- Netto, L, Silva, K. L. & Rua, M. S. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da saúde e da enfermagem. *Escola Anna Nery*. 22(1), 1-6.
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (Coord.). (2005). Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Nyqvist, K. H. & Expert Group of the International Network on Kangaroo Mother Care. (2010). State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Breastfeeding Review*. 18(3), 21-28.
- Oliveira, C. S., Maia, E. B. S., Borda, R. I. H. & Ribeiro, C. A. (2015). Brinquedo Terapêutico na assistência à criança: percepção de enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. 15(1), 21-30.
- Oliveira, S. S. G., Dias, M. G. B. B. & Roazzi, A. (2003). O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 16(1), 1-13.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistemas de Informação em Enfermagem: Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume I*. Cadernos OE, série 1, n.º3. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume III*. Cadernos OE, série 1, n.º3. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume II*. Cadernos OE, série 1, n.º 3. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série I, n.º6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização – guia orientador de boa prática*. Cadernos OE, série 1, n.º8. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015c). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Parecer N.º 10/2017 – Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (1978, Setembro). *Declaração de Alma-Ata*. In *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. URSS.
- Organização Mundial de Saúde (1986, Novembro). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. In *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa.
- Paixão, M. J. G. (2010). *Realidade virtual no controlo da dor e do distress, associados a procedimentos dolorosos, em crianças e adolescentes*. *Pensar Enfermagem*. 14(2), 2-18.
- Passos, M.A.S. (2018). *Cuidados não traumáticos: gestão da emocionalidade da criança e do jovem nos processos de saúde-doença* (Tese de mestrado). Disponível em: (<http://hdl.handle.net/10400.26/28338>).

- Peixoto, N. M. S. M, Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. 11, 121-132.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2017). *La Pensée Infirmière* (4 éme ed.). Chenélière Education.
- Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*. 14(1), 24-38.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pires, A. L. O. (1999). A Aprendizagem experiencial dos adultos. *Formar: Revista dos Formadores*. 27-36.
- Pires, C.C (2019). Utilização de métodos não farmacológicos no alívio da dor de lactentes submetidos à vacinação (Trabalho Conclusão do Curso de Graduação). Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/202136>
- Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62(5), 739-744.
- Queiroz, N. L. N., Maciel, D. A. & Branco, A. U. (2006). Brincadeira e desenvolvimento infantil: um olhar sociocultural construtivista. *Paidéia*. 16(34), 169-179.
- Regulamento de Mestrado (2019). Regulamento de mestrado em enfermagem e cursos de pós-licenciatura de especialização. ESEL (04/06/2019), 1-21.
- Regulamento Nº 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento Nº 351/2015 (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 119 de 22-06-2015), 16660-16665.

- Regulamento Nº 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194.
- Ribeiro, J. L. P. (2015). Educação para a saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 16(1), 3-9.
- Saewyc, J. (2014). Cuidados ao adolescente, centrados na família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 784-823). Loures: Lusociência.
- Salgado, M. A., Bittencourt, I. S., Salgado, M. A., Paixão, G. P. N., Marinho, C. L. A., & Fraga, C. D. S. (2018). Percepção da enfermagem acerca do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada. *Ciência & Saúde*, 11(3), 143-150.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 2, pp.1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, C. F. M., Sousa, L. M. M., Carvalho, M. L., Severino, S. S. P. & José, H. M. G. (2016). A intervenção humor em enfermagem num serviço de ortopedia: estratégias e benefícios. *Revista Investigação em Enfermagem*. 36-44.
- Scapin, S. Q., Echevarría-Guanilo, M. E., Junior, P. R. B. F., Martins, J. C., Barbosa, M. V. & Pereima, M. J. L. (2017). Utilização da realidade virtual no tratamento de crianças queimadas: relato de casos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70(6), 1361-1365.
- Scapin, S., Echevarría-Guanilo, M. E., Junior, P. R. B. F., Tomazoni, A., & Gonçalves, N. (2020). Realidade virtual como tratamento complementar no alívio da dor em crianças queimadas. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 29, 1-15.
- Schechter, N. L., Zempsky, W. T., Cohen, L. L., McGrath, P. J., McMurtry, C. M., & Bright, N. S. (2013). Pain reduction during pediatric immunizations: evidence-based review and recommendations. *Pediatrics*. 119 (5), 1184-1198.
- Schmitt, Y. S., Hoffman, H. G., Blough, D. K., Patterson, D. R., Jensen, M. P., Soltani, M., ... & Sharar, S. R. (2011). A randomized, controlled trial of immersive virtual reality analgesia, during physical therapy for pediatric burns. *Burns*. 37, 61-68.

- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner: toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sedrez, E.S. & Monteiro, J.K. (2020). Avaliação da dor em pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 73(4), 1-9.
- Sezici, E., Ocakci, A. F., & Kadioglu, H. (2017). Use of play therapy in nursing process: a prospective randomized controlled study. *Journal of Nursing Scholarship*. 49(2), 162-169.
- Silva, R. D. M., Austregésiloa, S. C., Ithamar, L. & Lima, L. S. (2017). Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 93, 06-16, doi: 10.1016/j.jped.2016.06.005
- Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Journal of pediatric nursing*, 42, 57-64.
- Sousa, P. C. M. M. D. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados* (Tese de Doutorado). Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13972>.
- Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J. & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*. 25(2), 24-28.
- Taddio A., Chambers, C. T., Halperin, S. A. ... Shah, V. (2009). Inadequate pain management during routine childhood immunizations: the nerve of it. *Clinical Therapeutics*. 31 (Supl. B), 152-167.
- Tavares, P. P. S. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Teles, G. L. (2019). *Efeitos da distração sobre o repertório comportamental de crianças submetidas à vacinação* (tese mestrado). Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/37206>
- Uhl, T., Fisher, K., Docherty, S. L. & Brandon, D. H. (2013). Insights into patient and family-centered care through the hospital experiences of parents. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 42(1), 121-131.

- Vale, M. C. (2008). Desenvolvimento. In J. M. V. Amaral (Org.). *Tratado de Clínica Pediátrica*. (Vol. 1, p. 120-122). Amadora: Abbott Laboratórios.
- Valeriano, J. & Diogo, P. (2001). O brincar – Actividade de desenvolvimento e de adaptação à vida. *Servir*. 49(3), 110-116.
- Walker, C. (1989). Use of art and play therapy in pediatric oncology. *Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*. 6(4), 121-126.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2018). *Unitary caring science: the philosophy and praxis of nursing*. Louisville: University press of Colorado.
- Wheeler, B. J. (2014). Promoção da saúde do recém-nascido e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 240 – 293). Loures: Lusociência.
- Wilson, D. (2014a). Promoção da saúde do lactente e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 491-552). Loures: Lusociência.
- Wilson, D. (2014b). Promoção da saúde do da criança em idade *toddler* e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 587-621). Loures: Lusociência.
- Zeichner, K. (1993). *A formação reflexiva de professores: ideias e práticas*. Lisboa: EDUCA.

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Estágio

CRONOGRAMA

Ano		2020					2021														
Mês		Nov	Dez				Jan				Fev				Mar				Abr		
Semanas		23	30	7	14	21	4	11	18	25	1	8	18	22	1	8	15	22	29	6	12
		29	6	13	20	3	10	17	24	31	7	14	21	28	7	14	21	28	5	11	16
Contextos	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados					Férias de Natal													Férias da Páscoa		
	Neonatologia																				
	Consulta de Desenvolvimento Infantil																				
	Internamento de Pediatria																				
	Serviço Urgência Pediátrica																				

Apêndice II – Guia Orientador de Estágio



**11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Guia Orientador de Estágio

**Marta Duarte Cordeiro
Nº5035**

Docente orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

**Lisboa
2020**

LISTA DE SIGLAS

AAP – American Academy of Pediatrics

AIDB – Associação Internacional para o Direito a Brincar

CCF – Cuidados Centrados na Família

CDI – Consulta de Desenvolvimento Infantil

CNT – Cuidados Não Traumáticos

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

IP – Internamento de Pediatria

IPFCC – Institute for Patient and Family-Centered Care

OE – Ordem dos Enfermeiros

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO	4
2. OBJETIVOS E ATIVIDADES	7
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

1. INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO

No âmbito do 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, surge a elaboração deste Projeto de Estágio, tendo como título **O brincar terapêutico na promoção do conforto da criança hospitalizada: intervenção especializada de enfermagem**. Tem início a 23 de Novembro de 2020, com a duração de 18 semanas, terminando a 16 de Abril de 2021.

Este projeto procura dar resposta aos meus interesses pessoais e profissionais, contribuindo para a aquisição de novos conhecimentos, promoção do meu desenvolvimento e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Deste modo, fruto das necessidades por mim identificadas no contexto profissional onde exerço funções e igualmente suportadas pela literatura, surge como tema o cuidar da criança e família hospitalizada e como objeto de estudo o brincar terapêutico como instrumento na promoção do conforto da criança hospitalizada. Irei focar-me nas crianças até à idade escolar, dos 0 aos 12 anos, utilizando a palavra “criança” para me referir a esta faixa etária.

A OE (2013) citando a AIDB (1977) evidencia que a criança tem direito a desenvolver atividades lúdicas, mesmo nas situações em que a sua saúde está comprometida e necessita de internamento hospitalar, uma vez que o brincar é uma necessidade de desenvolvimento que não termina quando a criança adoece ou é hospitalizada (Sanders, 2014). Neste sentido, o brincar surge como um instrumento terapêutico valioso nos cuidados de saúde, porque ajuda a criança a lidar com a experiência e a dominar a realidade (Mitre & Gomes, 2004).

Contudo, existem estudos que evidenciam a posição dos enfermeiros relativamente à utilização do brincar terapêutico na prática de cuidados. Estes profissionais afirmam que o brincar proporciona distração, torna o ambiente mais familiar e permite uma melhor interação e aproximação com a criança. Reconhecem, portanto, a relevância do brincar, valorizam e incentivam o seu uso, mas poucos são aqueles que aplicam sistematicamente essa atividade na prática profissional diária. Observa-se que faltam recursos materiais e não materiais para aplicar e integrar o uso do brincar terapêutico na prestação de cuidados, sendo os principais motivos a falta de tempo, material e ambiente apropriados, a priorização de outras intervenções e o desconhecimento e desvalorização do brincar pelos enfermeiros e pela instituição (Oliveira, Maia, Borba & Ribeiro, 2015; Lemos, Oliveira & Gomes, 2016).

No decurso da minha prática profissional reconheço que a brincadeira é utilizada pelos enfermeiros do serviço onde exerço funções para interagir com as crianças e também como estratégia para o alívio da dor e distração durante procedimentos dolorosos. No entanto, isto não é realizado de forma estruturada e uniforme por toda a equipa de enfermagem, devido a fatores como a falta de tempo ou a falta de formação e/ou experiência. Perante isto, identifiquei como problema a utilização não estruturada e uniforme do brincar terapêutico como instrumento nos cuidados de enfermagem à criança hospitalizada.

Neste sentido, torna-se pertinente perceber como é que esta atividade tão importante para o desenvolvimento infantil pode ser uma mais-valia na prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente na promoção do conforto da criança. Para isto irei sustentar o meu projeto na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e nas filosofias de cuidados dos cuidados centrados na família e dos cuidados não traumáticos.

Kolcaba (1994, 2013) define conforto como a experiência holística de satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade ou transcendência, derivadas de situações de saúde stressantes, nos contextos físico, psicoespíritual, sociocultural e ambiental. As intervenções promotoras do conforto são planeadas para minimizar os aspetos negativos associados à hospitalização, amenizar as situações traumáticas e realçar os sentimentos positivos da criança, pelo que o conforto se torna uma medida substancial dos cuidados de saúde pediátricos (Kolcaba & DiMarco, 2005).

A filosofia dos CCF reconhece a família como constante na vida da criança, considerando as necessidades de todos os membros da família, visando a parceria entre crianças, famílias e enfermeiros (Hockenberry & Barrera, 2014). Assenta nos pressupostos da dignidade e respeito, partilha de informação, participação e colaboração nos cuidados (IPFCC, 2011; AAP, 2012). A primordial função é a capacitação e o empoderamento, sendo a negociação da parceria dos cuidados o nível mais elevado de participação na prática de cuidados (Casey, 1995).

Os CNT caracterizam-se por cuidados terapêuticos e humanizados prestados por profissionais de saúde, que não causem dano e utilizem intervenções capazes de diminuir ou eliminar o desconforto físico e psicológico da criança e família. Para isto devem ter por base os princípios fundamentais de evitar a separação da criança e família, promover a sensação de controlo e reduzir as intervenções invasivas e a dor corporal (Hockenberry et al., 2014).

Este projeto pretende contribuir para a promoção do conforto da criança hospitalizada e para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros na promoção do conforto da criança com recurso ao brincar terapêutico, através do fornecimento de informação e da criação e implementação de estratégias que permitam aos enfermeiros utilizar o brincar terapêutico com segurança e confiança. Será igualmente relevante para a minha formação contínua e para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para a aquisição de competências comuns e específicas de EEESIP que me proponho desenvolver. Tal irá possibilitar-me prestar cuidados de nível avançado, com mobilização de conhecimentos e habilidades com segurança e competência que me permitam avaliar a criança e a família, promover o crescimento e desenvolvimento infantil, gerir o bem-estar da criança e detetar e encaminhar precocemente situações de risco (Regulamento n.º 422, 2018).

A fim de responder à problemática exposta e de desenvolver as competências que me proponho defini dois objetivos gerais: desenvolver competências de EEESIP no cuidar da criança, jovem e família em diferentes situações de saúde-doença e estádios de desenvolvimento e desenvolver competências de EEESIP para a promoção do conforto da criança hospitalizada com recurso ao brincar terapêutico. Relativamente ao primeiro delineei como objetivos específicos conhecer a organização, filosofia de cuidados e projetos/programas em desenvolvimento nos diferentes contextos clínicos; estabelecer uma comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem e à cultura da família; promover o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; e prestar cuidados à criança, jovem e família em situações de especial complexidade. O segundo objetivo tem como objetivos específicos identificar as situações de cuidados em que o brincar terapêutico pode ser utilizado para promover o conforto da criança hospitalizada; e implementar estratégias para promoção do conforto da criança hospitalizada com recurso ao brincar terapêutico.

Desta forma, enquanto futura EEESIP, procuro ter uma intervenção centrada na criança e família, trabalhando em parceria com este binómio em qualquer área de atuação, de modo a responder às suas necessidades e a promover a adaptação às mudanças de saúde e dinâmica familiar da forma menos traumática possível.

2. OBJETIVOS E ATIVIDADES

Objetivo Geral: Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidar da criança, jovem e família em diferentes situações de saúde-doença e estádios de desenvolvimento.

Objetivo Específico: Estabelecer uma comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento da criança e do jovem e à cultura da família.

Competências: A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos. D1.2. Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional. E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

Atividades	Contexto	Duração	Recursos
- Pesquisa bibliográfica sobre princípios, técnicas e estratégias de comunicação com a criança, jovem e família; - Identificação das técnicas e estratégias utilizadas pelo EEESIP ao comunicar com a criança, jovem e família; - Interação e comunicação com criança, jovem e família com recurso a técnicas e estratégias adequadas ao seu estágio de desenvolvimento e cultura; - Promoção de um ambiente terapêutico, facilitador da comunicação; - Elaboração de uma síntese reflexiva das aprendizagens realizadas.	Todos os contextos de estágio	23/11/20 a 16/04/21	<i>Materiais:</i> - Computador - Bases de dados - Literatura científica <i>Humanos:</i> - Enfermeiro orientador e equipa de enfermagem
- Participação na comunicação com crianças com perturbações do neurodesenvolvimento.	CDI	01 a 14/02/21	

CrITÉRIOS de Avaliação: A2.1.5. Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde; A2.1.6. Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos; D1.2.4. Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade; D1.2.5. Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos; E1.1.2. Comunica com a criança, jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E3.3.1. Demonstra

conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança, jovem e família; E3.3.2. Relaciona-se com a criança, jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança e jovem.

Objetivo Específico: Promover o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.

Competências: B2.2. Planeia programas de melhoria contínua. B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo. C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica. E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.

Atividades	Contexto	Duração	Recursos
- Pesquisa bibliográfica sobre a promoção e avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil; - Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESIP face às crianças com alteração do crescimento e/ou desenvolvimento; - Participação na capacitação da criança, jovem e família através da transmissão de orientações antecipatórias facilitadoras da adoção de comportamentos saudáveis e promotores do desenvolvimento; - Elaboração de uma síntese reflexiva das aprendizagens realizadas.	Todos os contextos de estágio	23/11/20 a 16/04/21	<i>Materiais:</i> - Computador - Bases de dados - Literatura científica - Instrumentos de avaliação do DI
- Observação e participação na consulta de enfermagem de Saúde Infantil; - Consulta e aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada; - Elaboração de um folheto educativo sobre os brinquedos adequados a cada fase de desenvolvimento.	UCSP	23/11/20 a 20/12/20	- PNSIJ <i>Humanos:</i>

- Observação participativa na prestação de cuidados ao RNPT centrados no desenvolvimento; - Elaboração de um <i>dossier</i> temático sobre o ambiente terapêutico enquanto medida dos cuidados centrados no desenvolvimento na promoção do desenvolvimento e conforto do RN.	Neonato- logia	04 a 31/01/21	- Enfermeiro orientador e equipa de enfermagem
- Observação e participação na consulta de enfermagem de desenvolvimento infantil; - Observação da aplicação da Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil II (Schedule of Growing Skills II); - Elaboração de suporte educativo para os pais sobre atividades promotoras das capacidades de motricidade fina e grafomotricidade de acordo com o desenvolvimento da criança.	CDI	01 a 14/02/21	
Critérios de Avaliação: B2.2.1. Identifica oportunidades de melhoria; B2.2.3. Seleciona estratégias de melhoria; B3.1.1. Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo; B3.1.2. Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais; C1.1.3. Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar; D2.1.2. Diagnostica necessidades formativas; D2.1.4. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros; D2.2.1. Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos; E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças, jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança ou jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar; E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados; E1.1.9. Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais; E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem; 2.5.2. Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação; E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário; E2.5.6. Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário. E3.1.1. Demonstra conhecimentos			

sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.

Objetivo Específico: Prestar cuidados à criança, jovem e família em situações de especial complexidade.

Competências: A1.1. Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. B2.2. Planeia programas de melhoria contínua. D1.1. Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. D2.1. Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica. E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém -nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.

Atividades	Contexto	Duração	Recursos
- Pesquisa bibliográfica sobre estratégias de gestão da dor, nomeadamente sobre o brincar enquanto estratégia não farmacológica de alívio da dor; - Identificação das estratégias farmacológicas e não farmacológicas utilizadas pelo EEESIP na gestão da dor durante procedimentos dolorosos; - Aplicação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas durante a realização de procedimentos dolorosos à criança e jovem; - Elaboração de uma síntese reflexiva das aprendizagens realizadas.	Todos os contextos de estágio	23/11/20 a 16/04/21	<i>Materiais:</i> - Computador - Bases de dados - Literatura científica <i>Humanos:</i>
- Realização de uma sessão de formação em serviço sobre estratégias não farmacológicas da dor durante a vacinação.	UCSP	23/11/20 a 20/12/20	- Enfermeiro orientador e equipa de enfermagem
- Pesquisa bibliográfica sobre estratégias de promoção da vinculação durante a hospitalização do RN doente;	Neonatalogia	04 a 31/01/21	

- Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESIP para promover o envolvimento e participação dos pais na prestação de cuidados ao RN; - Aplicação de estratégias promotoras da vinculação entre os pais e o RN doente.			
- Pesquisa bibliográfica sobre perturbações do neurodesenvolvimento; - Participação na capacitação da criança, jovem e família para a adoção de estratégias para fazer face às dimensões do neurodesenvolvimento afetadas.	CDI	01 a 14/02/21	
- Pesquisa bibliográfica sobre a realidade virtual enquanto estratégia não farmacológica de alívio da dor; - Aplicação da realidade virtual como estratégia não farmacológica durante procedimentos dolorosos à criança e ao jovem; - Observação da reação/comportamento das crianças e jovens durante e após utilização da realidade virtual nos procedimentos dolorosos.	SUP	15 a 28/03/21 e 06 a 16/04/21	- Óculos de realidade virtual
CrITÉRIOS de Avaliação: A1.1.2. Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência; B2.2.1. Identifica oportunidades de melhoria; B2.2.3. Seleciona estratégias de melhoria; D1.1. Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; D1.1.1. Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar; D2.1.1. Atua como formador oportuno em contexto de trabalho; E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar; E1.1.9. Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais; E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem; E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor; 2.5.2. Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família			

para a adoção de estratégias de coping e de adaptação; E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário; E3.2.4. Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN; E3.2.5. Promove a amamentação; E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.

Objetivo Geral: Desenvolver competências de EEESIP para a promoção do conforto da criança com recurso ao brincar terapêutico.

Objetivo Específico: Identificar as situações de cuidados em que o brincar terapêutico pode ser utilizado para promover o conforto da criança hospitalizada.

Competências: E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

Atividades	Contexto	Duração	Recursos
- Pesquisa bibliográfica sobre as situações de cuidados em que é utilizado o brincar como instrumento terapêutico; - Observação da utilização do brincar terapêutico pelo enfermeiro orientador; - Observação da reação/comportamento das crianças durante a hospitalização nas diferentes situações de cuidados e durante/após utilização do brincar terapêutico; - Utilização do brincar terapêutico para promover o conforto da criança nas várias situações de cuidados decorrentes da hospitalização; - Elaboração de uma síntese reflexiva das aprendizagens realizadas.	Neonato- logia IP SUP	04/01/21 a 31/01/21 15/02/21 a 14/03/21 15/03/21 28/03/21 e 06/04/21 16/04/21	<i>Materiais:</i> - Computador - Bases de dados - Literatura científica <i>Humanos:</i> - Enfermeiro orientador e equipa de enfermagem
- Utilização do polvo de crochê enquanto brinquedo promotor do conforto do RNPT;	Neonato- logia		- Polvo de crochê

Critérios de Avaliação: E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico; E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança e jovem.

Objetivo Específico: Implementar estratégias para promoção do conforto da criança hospitalizada com recurso ao brincar terapêutico.

Competências: B2.2. Planeia programas de melhoria contínua. B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo. C2.1. Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica. E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

Atividades	Contexto	Duração	Recursos
- Pesquisa bibliográfica sobre os brinquedos adequados a cada faixa etária; - Elaboração e aplicação de um questionário sobre a experiência dos enfermeiros na utilização do brincar terapêutico para identificação de necessidades formativas; - Construção e implementação do “Kit da Brincadeira” (carrinho com brinquedos/materiais didáticos distribuídos em gavetas de acordo com cada faixa etária); - Realização de sessão de formação em serviço sobre o brincar terapêutico e utilização do kit, dirigida à equipa de enfermagem e adequada às necessidades formativas identificadas no questionário; - Elaboração de uma norma de procedimentos para protocolar a utilização do kit; - Elaboração de síntese reflexiva das atividades realizadas.	IP	15/02/21 a 14/03/21	<i>Materiais:</i> - Computador - Bases de dados - Literatura científica - PowerPoint - Projetor - Carrinho com gavetas - Brinquedos diversos <i>Humanos:</i>

			- Enfermeiro orientador e equipa de enfermagem
- Pesquisa bibliográfica sobre a utilização da realidade virtual na prestação de cuidados à criança hospitalizada; - Realização de sessão de formação em serviço à equipa de enfermagem sobre a realidade virtual para divulgação da utilização dos óculos enquanto instrumento terapêutico promotor do conforto e do controlo da dor da criança e do jovem; - Implementação da utilização de óculos de realidade virtual enquanto instrumento terapêutico promotor do conforto e como estratégia não farmacológica no alívio da dor durante procedimentos dolorosos. - Elaboração de uma norma de procedimentos para protocolar a utilização dos óculos; - Elaboração de síntese reflexiva das atividades realizadas.	SUP	15/03/21 28/03/21 e 06/04/21 16/04/21	<i>Materiais:</i> - Computador - Bases de dados - Literatura científica - PowerPoint - Projetor - Óculos de realidade virtual - Telemóvel <i>Humanos:</i> - Enfermeiro orientador e equipa de enfermagem
Critérios de Avaliação: B2.2.1. Identifica oportunidades de melhoria; B2.2.3. Seleciona estratégias de melhoria; E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; C2.1.5. Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade; D2.1.1. Atua como formador oportuno em contexto de trabalho; D2.1.2. Diagnostica necessidades formativas; D2.1.4. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros; D2.1.5. Avalia o impacto da formação; D2.2.1. Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos; E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de			

desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança e jovem; E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics (2012). Patient and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 129 (2), 394-404.
- Casey, A. (1995). Partnership Nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*. 22 (6), 1058-1062.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1 – 20). Loures: Lusociência.
- Institute for Patient and Family-Centered Care (2011). *Advancing the practice of patient and family-centered care in hospitals: How to get started*. Bethesda, MD: Institute of Patient and Family-Centered Care.
- Kolcaba, K. & DiMarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*. 31(3), 187-194.
- Kolcaba, K. (2013). Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: Application to Nursing research* (3^a ed., pp. 193-209), Philadelphia, USA: Wolters Kluwer/Lippincott William & Wilkins.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for Nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19, 1178-1184.
- Lemos, I. C. S., Oliveira, J. D., Gomes, E. B., Silva, K. V. L., Silva, P. K. S. & Fernandes, G. P. (2016). Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para reduzir alterações comportamentais. *Revista Cuidarte*. 7(1), 1163-1170.
- Mitre, R. M. A. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 9(1), 147-154.
- Mota, H. V. A., Júnior, C. J. S. & Silva, M. R. (2019). Intervenção à criança hospitalizada e ludoterapia: revisão integrativa. *Revista Portal Saúde e Sociedade*. 4(2), 1141-1151.
- Oliveira, C. S., Maia, E. B. S., Borda, R. I. H. & Ribeiro, C. A. (2015). Brinquedo Terapêutico na assistência à criança: percepção de enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. 15(1), 21-30.

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série I, n.º6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento Nº 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194.

Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 2, pp.1025-1060). Loures: Lusociência.

Apêndice III – Folheto – Desenvolver a brincar e em segurança



**11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Estágio com Relatório

Folheto – Desenvolver a brincar e em segurança
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Marta Duarte Cordeiro
Nº5035

Docente orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

Lisboa
2020

INTRODUÇÃO

As mudanças físicas e as conquistas do desenvolvimento são mais acentuadas durante a infância do que em qualquer outra fase da vida, pois a criança é um ser em constante desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013; Wilson, 2014).

O desenvolvimento infantil consiste num processo dinâmico e contínuo de aquisição de competências, habilidades e comportamentos progressivamente mais complexos, que decorre da interação de influências exteriores à criança com a própria criança, associando diversas potencialidades (Vale, 2008; DGS, 2013).

As diferentes funções aparecem por uma ordem constante, no entanto o ritmo de passagem de um estágio para o outro varia de criança para criança e, consequentemente, a idade de aparecimento de novas aquisições também difere. Ou seja, nem todas as crianças chegam à mesma idade no mesmo estágio de desenvolvimento (DGS, 2013).

O desenvolvimento das capacidades, faculdades e talentos da criança depende de inúmeros fatores, entre os quais a qualidade da habitação, o ambiente familiar e as oportunidades que lhe são dadas (DGS, 2013). Neste sentido, é fundamental que os cuidadores estejam despertos para a necessidade de interagir com a criança, tenham conhecimento sobre as competências esperadas para cada estágio de desenvolvimento e como podem estimular a aquisição destas.

Brincar é uma atividade natural na infância que leva a muitas oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento físico, mental e social. Permite à criança conhecer o seu mundo e aprender a lidar com o ambiente, os objetos, o tempo, o espaço e as pessoas. Esta é uma atividade social, através da qual a criança comunica e estabelece relações (Waksman & Harada, 2005). Para além disso, tem como funções o desenvolvimento intelectual e sensório-motor, a criatividade e a autoconsciência e proporciona alegria, recriação e expressão de sentimentos que permitem alcançar um estado de conforto (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010; Sanders, 2014).

A brincadeira favorece o contacto interpessoal e criativo, bem como a estimulação educacional, pelo que contribui para a aproximação entre pais e filhos (Wilson, 2014). É então necessário que os adultos participem nas brincadeiras, pois essa interação é um momento promotor da aprendizagem, em que os pais podem observar as habilidades dos filhos e ajudá-los (Waksman et al., 2005).

Brincar é o “trabalho” das crianças e os brinquedos as suas ferramentas. Portanto, para que possam fazer bem o seu “trabalho”, as crianças necessitam de brinquedos apropriados e seguros, de forma a evitar acidentes (Waksman et al., 2005; Wilson, 2014). A segurança constitui-se como um elemento essencial para o desenvolvimento infantil saudável, englobando uma vertente social, emocional e física. A vertente física diz respeito ao risco de acidentes no ambiente envolvente (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010).

Os acidentes, intencionais ou não, são considerados um problema de saúde pública, sendo considerados a 4ª causa de morte mais comum na Europa. Os acidentes domésticos e de lazer (ADL) dizem respeito a todos os acidentes registados durante os tempos livres da população ocorridos em casa, na escola, na rua ou noutro local (DGS, 2010).

As crianças constituem um grupo especialmente vulnerável à ocorrência de acidentes devido à sua curiosidade de explorar o meio que as rodeia e devido ao desenvolvimento de competências motoras. Por sua vez, a distração ou falta de supervisão dos pais são fatores determinantes na ocorrência de acidentes com crianças (Ramos & Nunes, 2012).

De acordo com o relatório “Acidente Doméstico e de Lazer – Informação Adequada” (ADELIA) de 2006, cerca de 50% dos ADL aconteceram com crianças até aos 14 anos. O local de ocorrências mais frequente foi o domicílio, sendo grande parte dos acidentes (33,9%) referente a atividades de lazer como brincar, hobbies ou atividades lúdicas (DGS, 2010). Também o relatório do sistema de Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes (EVITA), realizado entre 2009 e 2012, revela que o domicílio é local mais referido dos ADL, sendo estes mais verificados em entre os 0 e os 4 anos de idade (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2014).

Deste modo, percebe-se que os acidentes associados a atividades como brincar ainda são uma realidade. No entanto, estes são evitáveis, pelo que os pais assumem um papel primordial na supervisão das atividades da criança para evitar que esta seja exposta a perigos desnecessários.

O enfermeiro deve ter conhecimento acerca dos parâmetros do desenvolvimento normal, para que possa avaliar o desenvolvimento infantil e identificar alterações. Simultaneamente, poderá capacitar os pais sobre os cuidados à criança, transmitindo-lhes os conhecimentos necessários sobre comportamentos promotores do desenvolvimento, a fim de promover a saúde e prevenir a doença.

Os pais solicitam frequentemente informações aos profissionais de saúde sobre os brinquedos mais apropriados, sendo fundamental que estes estejam aptos a fornecer essa informação. Cabe, assim, ao enfermeiro aproveitar a consulta de saúde infantil e juvenil para orientar os pais quanto à escolha dos brinquedos adequados ao desenvolvimento da criança e aproveitar esse momento para abordar a segurança durante a brincadeira (Waksman et al., 2005; DGS, 2013).

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica (EEESIP) assume, de acordo com o regulamento de competências específicas, um papel importante no cuidar da população pediátrica e na gestão do bem-estar da criança, sendo a avaliação e a promoção do crescimento e desenvolvimento infantojuvenil um dos seus focos de atuação (Regulamento n.º 422, 2018). Para isto, o EEESIP deve atuar ao nível da prevenção primária, evitando a ocorrência de novas lesões, através da intervenção junto da família com orientação antecipatória para que esta tenha competências para promover a maximização de todo o potencial da criança, tal como descrito no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem (Regulamento n.º 351, 2015).

Posto isto, torna-se pertinente a construção de um folheto educativo que possa ser entregue aos pais como suporte escrito que complemente as informações transmitidas na consulta sobre os brinquedos mais adequados e seguros para cada estágio de desenvolvimento. Dado que os ADL ocorrem mais frequentemente em crianças dos 0 aos 4 anos e que a consulta de saúde infantil realizada na UCSP segue as crianças até aos 2 anos, o folheto irá incluir os brinquedos mais adequados até aos 24 meses.

INTRODUÇÃO

DESENVOLVER A BRINCAR E EM SEGURANÇA



As crianças estão em constante mudança!

O seu desenvolvimento é um processo contínuo de aquisição de competências, habilidades e comportamentos cada vez mais complexos e difíceis. No entanto, a maneira como se desenvolvem varia de criança para criança e a idade em que adquirem novas capacidades pode ser diferente. **Nem todas as crianças chegam à mesma fase de desenvolvimento na mesma idade.**

Brincar é uma atividade social que promove várias aprendizagens. Estimula a criatividade, a imaginação, a inteligência, a autonomia e a concentração, proporciona alegria e ajuda a expressar de sentimentos. Portanto, **brincar contribui para o desenvolvimento físico, mental e social da criança!**

Por isso é essencial saber:

- Como se desenvolve o seu bebé;
- A importância de se relacionar com o seu bebé;
- Quais os brinquedos e atividades mais adequados para estimular o seu desenvolvimento.

Não se esqueça de dedicar algum tempo ao seu bebé e participar nas brincadeiras! Mesmo que seja pouco tempo, o mais importante é estar disponível e sem interrupções (sem telemóvel ou distrações exteriores). Brincar ajuda na vossa aproximação e é um momento de aprendizagem para ambos. Volte a ser criança, o seu filho vai agradecer!

Brincar é uma atividade natural da infância, é o “trabalho” das crianças e os brinquedos são as suas ferramentas. Para que possam fazer bem o seu trabalho, as crianças precisam de **brinquedos seguros e adequados ao seu desenvolvimento**.

As crianças são especialmente vulneráveis à ocorrência de acidentes devido à sua curiosidade de explorar o ambiente que as rodeia e ao desenvolvimento de competências motoras. **Para evitar acidentes supervisione sempre o seu bebé e garanta a segurança do ambiente e dos brinquedos na hora de brincar!**

Os brinquedos não precisam de ser caros ou elaborados, as crianças divertem-se com simples utensílios e materiais!



DESENVOLVIMENTO E BRINQUEDOS

0 – 1 Mês (Recém-nascido)		
	Características	Atividades
Visão e Comportamento	Fixa objeto brilhante ou face humana a 30cm; pode acompanhar o rosto humano com o olhar; tenta imitar quando alguém mostra a língua.	Olhar bebé olhos nos olhos; fazer expressões diferentes; mostrar a língua e sorrir; mostrar luz e sombra; pendurar objetos brilhantes e claros a 20-25cm do rosto do bebé.
Audição e Linguagem	Reconhece a voz e o cheiro da mãe; reage a sons altos e súbitos.	Conversar; cantar em tom de voz suave; chamar pelo nome; colocar música instrumental suave.
Postura e Movimento	Mexe todas as extremidades; deitado de barriga para baixo tenta levantar a cabeça.	Tocar; embalar ao colo e/ou no berço; massajar.
Brinquedos		
- Face humana - Móvil infantil - Caixa de música - Peluche musical - Berço ou espreguiçadeira de balançar		An illustration of a baby lying on its back, looking up at a mobile hanging above it. The mobile has a blue arch with yellow stars and a sun. The baby is wearing a blue diaper and is lying on a green mat.

2 – 3 Meses		
	Características	Atividades
Visão e Comportamento	Fixa a mãe quando é alimentado; fixa e segue objeto a 15-25cm; sorri em resposta a estímulos; brinca com as mãos; segura a roca e move-a em direção à face.	Movimentar objetos coloridos a uma distância de 25cm para que o bebê possa seguir; fazer mímica com o rosto; oferecer objetos brilhantes para segurar.
Audição e Linguagem	Chora quando desconfortável; reage e volta-se em direção a sons; emite sons em situações de prazer.	Conversar; cantar; produzir sons suaves e observar a sua atenção; imitar sons de objetos e instrumentos musicais; colocar música suave; expor a diversos ruídos para além dos de casa.
Postura e Movimento	Deitado de barriga para baixo começa a levantar a cabeça e a apoiar-se nos antebraços.	Embalar; acariciar; dançar com o bebê ao colo; massajar; mover os braços e pernas em movimentos de natação; mudar de posição; levantar pelas mãos como se fosse sentar o bebê.
Brinquedos		
- Móbile infantil - Tapete/ginásio/manta de atividades com objetos suspensos - Chocalho/roca - Caixa de música - Berço ou espreguiçadeira de balançar		

4 – 6 Meses		
	Características	Atividades
Visão e Comportamento	Vê a maiores distâncias. Meio de conhecer o que o envolve é a boca. Descobre as mãos, leva-as à boca; tenta agarrar objetos e passá-los de uma mão para a outra.	Passar objetos macios na palma das mãos e ponta dos dedos; dispor vários brinquedos ao alcance do bebê para que ele consiga agarrar e passar de uma mão para outra e incentivar a pegar nos que estão mais longe; colocar bebê à frente de espelho.
Audição e Linguagem	Emite e segue sons, “conversa” e dá gargalhadas.	Conversar; cantar; repetir sons que o bebê faz; emitir ruídos para incentivar a produzir novos sons; chamar pelo nome; oferecer objetos que façam barulho.
Postura e Movimento	Movimentos reflexos passam a voluntários; prazer ao interagir com os pais; rebola e senta-se com apoio.	Embalar; dançar; fazer cócegas; bater palmas; massajar; colocar bebê no chão para que possa rastejar, rebolar e sentar; sentar com apoio para poder participar no meio que o rodeia; balançar o bebê no colo.
Brinquedos		
- Boneco plástico, borracha, pano - Bola tamanho médio - Cubo de arestas redondas - Móbile, peluche ou manta macio com várias texturas - Tapete/manta de atividades - Espelho - Chocalho/roca		

7 – 9 Meses		
	Características	Atividades
Visão e Comportamento	Reação negativa a estranhos; leva tudo à boca; agarra objetos e atira-os ao chão; mastiga pequenos pedaços de comida; aparecem os primeiros dentes.	Brincar ao “cu-cu”; brinquedos com cores brilhantes, partes móveis e que façam barulho; dar dois objetos para a mão e depois um terceiro, para que o bebê resolva o problema; oferecer brinquedos e alimentos com tamanhos e texturas diferentes.
Audição e Linguagem	Atenção rápida para os sons; vocaliza sons constantemente; repete várias sílabas e sons dos adultos.	Repetir palavras simples (“papá”, “mamã”, “adeus”); nomear partes do corpo, pessoas, objetos e alimentos; usar “não” só quando necessário; imitar sons de objetos e animais e fazer caretas para o bebê imitar.
Postura e Movimento	Aponta com o dedo; maior capacidade de concentração e coordenação motora; senta-se sozinho; põe-se de pé com apoio; desloca-se a rebolar ou gatinhar.	Colocar brinquedos afastados para o bebê ir buscá-los e em cima da cadeira para que se ponha de pé; jogos repetitivos como bater palmas e acenar; ensinar a colocar objetos dentro e fora da caixa; incentivar a “nadar” em banheira ou piscina com pouca água.
Brinquedos		
- Mordedor para os dentes - Tapete/manta de atividades, livros e bonecos com diferentes texturas e sons - Cubos coloridos - Animais e bonecas para apertar - Músicas de animais - Instrumentos musicais - Chocalho		



10 – 12 Meses		
	Características	Atividades
Visão e Comportamento	Coloca um objeto em cima de outro com ajuda; procura o objeto escondido; ajuda a vestir levantando os braços; segura a colher mas prefere comer com as mãos.	Mostrar imagens grandes em livros; demonstrar como construir torre de dois blocos; deixar misturar e esmagar a comida com os dedos; estimular a realizar tarefas simples e dar estímulo positivo a seguir; incentivar a colocar molas da roupa dentro de uma caixa/cesto.
Audição e Linguagem	Emite algumas palavras e tenta repetir; reconhece o “não”, o próprio nome e cerca de 20 palavras.	Dar ordens simples; ler rimas infantis simples; apontar partes do corpo e nomeá-las; incentivar que a criança diga o que quer, mesmo que se saiba o que é.
Postura e Movimento	Põe-se em pé e baixa-se com uma ou ambas as mãos; começa a andar.	Colocar brinquedos afastados para encorajar a criança a andar; fazer bola rolar até à criança e mostrar como a atira de volta; colocar objetos para escalar e transpor para estimular a aquisição de capacidades motoras (<u>sempre com supervisão!</u>).
Brinquedos		
- Livros com rimas e imagens coloridas - Blocos coloridos para empilhar - Caixa ou copos de encaixar - Bola grande - Puzzles grandes - Brinquedos desmontáveis simples - Brinquedos de empurrar e puxar		



13 – 18 Meses		
	Características	Atividades
Visão e Comportamento	Segura a colher e leva alimentos à boca mas deixa cair; indica necessidade de ir à casa de banho; faz rabiscos; interessa-se por livros com figuras; identifica formas geométricas; mostra os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos; imita atividades domésticas.	Ensinar a guardar brinquedos numa caixa ou saco para aprender a organizar-se; pedir para olhar e repetir o nome de partes do corpo; ensinar a “rabiscar” na areia, terra ou papel; elogiar quando a criança faz algo sozinha; oferecer brinquedos que simulem objetos de uso diário.
Audição e Linguagem	Diz 6-20 palavras e compreende muitas mais; obedece a instruções simples; faz combinações de gestos e palavras.	Realizar atividades com música, incentivar a dançar e a cantar; nomear pessoas, lugares e objetos.
Postura e Movimento	Anda sem apoio; a correr cai com frequência; agacha-se; senta-se numa cadeira.	Ensinar movimento de atirar e rolar a bola.
Brinquedos		
- Livros com figuras - Folhas de papel e lápis - Comida, panelas, telefone de brincar - Blocos coloridos para empilhar - Instrumentos musicais - Bola 		

19 – 24 Meses		
	Características	Atividades
Visão e Comportamento	Usa bem a colher; brinca junto de outras crianças mas não com elas; brinca ao faz de conta; preferência por uma mão ao desenhar; gosta de ver livros.	Oferecer tintas para mexer e desenhar; dar a conhecer várias texturas e materiais; brinquedos de montar e desmontar; proporcionar brincadeira de faz de conta; pedir ajuda para pequenas tarefas diárias; estimular arrumação e imitação.
Audição e Linguagem	Diz o primeiro nome; fala sozinho a brincar; diz frases curtas; nomeia objetos e figuras.	Contar histórias; ajudar a pronunciar palavras.
Postura e Movimento	Corre e evita obstáculos; sobe e desce escadas com apoio na parede (<u>sempre com supervisão!</u>).	Brincadeiras como pular num só pé, correr, saltar à corda.
Brinquedos		
- Livros com figuras - Folhas de papel, lápis e tintas - Barro, plasticina - Legos - Puzzles - Blocos de construção - Marionetes ou fantoches - Kits de médico, de cozinha, de ferramentas, telefone, personagens, fantasias 		

SEGURANÇA DOS BRINQUEDOS

Recomendações para compra e uso de brinquedos:

- Escolha brinquedos adequados à idade e nível de desenvolvimento da criança, verifique na embalagem através do símbolo 0-3 (Imagem 1);
- Confirme se tem certificação da União Europeia com o símbolo CE (Imagem 2);
- Verifique as instruções e avisos;
- Opte por brinquedos laváveis;
- Limpe ou lave os brinquedos com frequência;
- Verifique que os brinquedos e elementos suspensos no berço/carrinho de passeio não têm peças demasiado pequenas;
- Não dê brinquedos com fios, cordões ou fitas maiores que 22 cm (até 18 meses) e 30 cm (até 3 anos), exceto brinquedos de arrastar que podem ter fios até 80 cm;
- Retirar brinquedos de fixar de um lado ao outro do berço ou espreguiçadeira quando a criança começar a andar;
- Não dê brinquedos demasiado pesados nem com elementos cortantes/aguçados, pois a criança pode magoar-se;
- Não deixe os brinquedos espalhados no chão para evitar quedas;
- Verifique regularmente se não existem peças partidas, enchimento a sair, tecido a descoser, botões ou peças a cair ou tinta a lascar que a criança possa engolir;
- Retire das embalagens, todos os sacos de plástico e fitas que possam existir;
- Retire do papel de embrulho balões quando a criança abrir presentes (não oferecer balões para encher a crianças menores de 5 anos).

**Nunca deixe a criança a brincar
sem supervisão!**



Imagem 1



Imagem 2

Referências

- Direção-Geral da Saúde (2010). *Programa nacional de prevenção de acidentes*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed). Loures: Lusociência.
- <http://www.apsi.org.pt/guiaprodutoscriancas/>
- Waksman, R. D. & Harada, M. J. C. S. (2005). Escolha de brinquedos seguros e o desenvolvimento infantil. *Revista Paulista Pediatria*. 23(1), 36-48.

Contactos Importantes

- Número Europeu de Emergência: 112
- Saúde 24: 808 24 24 24
- UCSP Agualva: 219 146 331
- Associação para Promoção da Segurança Infantil: 218 844 100 | apsi@apsi.org.pt

Realizado por Enf.ª Marta Cordeiro (Aluna de Mestrado da ESEL na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde (2010). *Programa nacional de prevenção de acidentes*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Departamento de Epidemiologia (2014). *Evita – Epidemiologia e vigilância dos traumatismos e acidentes: relatório 2009 – 2012*. Lisboa: INSA.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos OE, série I, n.º3, Vol. 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*. 14(1), 24-38.
- Ramos, A. & Nunes, L. (2012). Passo a passo caminhamos para o sucesso: a problemática dos acidentes em ambiente doméstico/familiar nas crianças. *Percursos*. 26, 41-48.
- Regulamento N° 351/2015 (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (N° 119 de 22-06-2015), 16660-16665.
- Regulamento N° 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (N° 133 de 12-07-2018), 19192-19194.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 2, pp.1025-1060). Loures: Lusociência.
- Vale, M. C. (2008). Desenvolvimento. In J. M. V. Amaral (Org.). *Tratado de Clínica Pediátrica*. (Vol. 1, p. 120-122). Amadora: Abbott Laboratórios.
- Waksman, R. D. & Harada, M. J. C. S. (2005). Escolha de brinquedos seguros e o desenvolvimento infantil. *Revista Paulista Pediatria*. 23(1), 36-48.

Wilson, D. (2014). Promoção da saúde do lactente e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 491-552). Loures: Lusociência.

Apêndice IV – Dossier Temático – Medidas neuroprotetoras na promoção do conforto do recém-nascido pré-termo: ambiente terapêutico



**11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Estágio com Relatório

Dossier Temático

Medidas neuroprotetoras na promoção do conforto do
recém-nascido pré-termo: ambiente terapêutico

**Marta Duarte Cordeiro
Nº5035**

Docente orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão



**Lisboa
2021**

LISTA DE SIGLAS

CCD – Cuidados Centrados no Desenvolvimento

MMC – Método Mãe Canguru

NIDCAP – Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido Pré-termo

SNC – Sistema Nervoso Central

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	6
Documento 1 – “Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicine”	7
Documento 2 – “NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados...”	22
Documento 3 – “The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care”	29
Documento 4 – “O ambiente terapêutico e o desenvolvimento do recém-nascido prematuro – Uma revisão integrativa da literatura”	50
Documento 5 – “State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a hightech environment”	70
Documento 6 – “A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro”	80
Documento 7 – “O Som na Unidade de Neonatologia”	97
Documento 8 – “Um polvo de amor: uma experiência de trabalho voluntário”	114

INTRODUÇÃO

O recém-nascido pré-termo (RNPT), devido à imaturidade dos seus órgãos, está exposto a estímulos inesperados para o seu cérebro imaturo, o que representa um grande risco de uma variedade de problemas de desenvolvimento (Als, 2009; Altimier & Phillips, 2013; Guimarães, 2015). As experiências sensoriais nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) são consideradas hiperestimulantes e uma fonte de stress, sendo muito negativas para o desenvolvimento cerebral do RNPT (Guimarães, 2015; Costa & Calado, 2019).

Os cuidados centrados no desenvolvimento (CCD) focam-se na preservação do bem-estar físico e mental do recém-nascido (RN), tendo por base a noção que a interação do RN com o meio envolvente constitui uma experiência sensorial, que pode ser positiva ou negativa para o desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC). Neste sentido, os cuidados prestados aos RNPT devem ter como foco a promoção de experiências positivas que proporcionem o desenvolvimento dos sistemas dos sentidos (sistema tátil, gustativo, olfativo, auditivo e visual) (Coughlin, 2014); é com base no estudo destes sistemas que a mesma autora sugere a promoção do método canguru, da contenção e do colo e o controlo do ruído e da luminosidade.

A Teoria Sinativa de Heidelise Als refere que o RN é constituído por vários subsistemas que se relacionam entre si e com o ambiente, nomeadamente o sistema autónomo, motor, de estado e de autorregulação, tendo dificuldade em gerir a energia de forma a atingir a regulação em todos os subsistemas quando é exposto a uma sobrecarga sensorial constante (Als, 1982; Als, 2009). Com base nesta teoria, foi criado o Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN (NIDCAP – Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), com o objetivo de evitar sobrecargas sensoriais e de dor inesperadas e realçar os aspetos positivos e as competências do RN (Als, 2017).

A literatura evidencia diversos benefícios deste programa, contudo a sua implementação é complexa e exigente a nível de recursos económicos e humanos, sendo imperativo que os profissionais de saúde recebam formação específica. Por este motivo e sem esquecer os princípios da teoria de Als, fundamentais para a prestação de cuidados individualizados a cada RN, torna-se pertinente abordar os CCD com base nas medidas neuroprotetoras enunciadas por Leslie Altimier e Raylene Philips. As autoras apresentam sete medidas neuroprotetoras para o cuidado de suporte ao desenvolvimento centrado na família descritas no Modelo de Cuidados de

Desenvolvimento Integrativo Neonatal, são elas: o ambiente terapêutico, a parceria com a família, o posicionamento, a proteção da pele, minimizar a dor e o stress, otimizar a nutrição e a proteção do sono (Altimier et al., 2013).

A neuroprotecção é definida como o conjunto de estratégias capazes de prevenir a morte de células neuronais (McGrath, Cone & Samra, 2011). Por sua vez, as estratégias neuroprotetoras são intervenções que promovem o desenvolvimento do cérebro e facilitam a sua recuperação após uma lesão neuronal, permitindo a recuperação das células e diminuição da morte das mesmas através do desenvolvimento de novas conexões (Pickler, McGrath & Reyna, 2010).

A preocupação com as condições do ambiente de prestação de cuidados remonta ao século XIX, quando Florence Nightingale defendeu que as condições externas afetavam o desenvolvimento do organismo humano, podendo contribuir para a saúde ou para a morte do doente, consoante as condições existentes. Reforçou ainda que se houver um fator do ambiente desequilibrado o doente necessita de maior gasto energético para reagir ao stress ambiental (Costa, Padilha, Amante, Costa & Bock, 2009).

As condições do ambiente têm assim especial importância, pelo que o presente dossier temático incide sobre a medida neuroprotetora **Ambiente Terapêutico**, pois tal como nos diz Coughlin (2014) este interfere diretamente na recuperação do RN gravemente doente, sendo este especialmente vulnerável a tudo o que o rodeia. Por sua vez, os enfermeiros assumem um papel preponderante na promoção de um ambiente terapêutico e promotor do desenvolvimento do RNPT nas UCIN, existindo medidas e estratégias fáceis de implementar caso haja vontade e conhecimento da equipa (Costa et al., 2019).

“Esta mudança requer uma mudança de coração e mente, para abraçar e reconhecer a nossa humanidade compartilhando-a com os pequenos seres que cuidamos diariamente.”

(Coughlin, 2014)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: promise for the assessment of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229-243. doi: 10.1002/1097-0355(198224)3:4<229::AID-IMHJ2280030405>3.0.CO;2-H
- Als, H. (2009). Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP): new frontier for neonatal and perinatal medicine. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*. 2(3), 135-147.
- Als, H. (2017). Cuidados de desenvolvimento individualizados para bebês prematuros. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*. 1-7.
- Altimier, L. & Phillips, R. M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 13(1), 9-22.
- Costa, M. & Calado, G. (2019). O ambiente terapêutico e o desenvolvimento do recém-nascido prematuro - Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. 5(3), 1934-1951.
- Costa, R., Padilha, M.I., Amante, L.N., Costa, E. & Bock, L.F. (2009). O legado de Florence Nightingale: Uma viagem no tempo. *Texto Contexto de Enfermagem*. 18(4), 661- 669.
- Coughlin, M. (2014). Transformative nursing in the NICU: Trauma-informed age-appropriate care. New York, United States of America: Springer Publishing Company.
- Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Nascer e Crescer*. 24(3), 99-102.
- McGrath, J. M., Cone, S. & Samra, H. A. (2011). Neuroprotection in the preterm infant: further understanding of the short-and long-term implications for brain development. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 11(3), 109-112.
- Pickler, R. H., McGrath, J. M., Reyna, M. B. A., McCain, N., Lewis, M., Cone, S., ... & Best, A. (2010). A model of neurodevelopmental risk and protection for preterm infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 24(4), 356-365.

Documento 1 – “Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicine”

Als, H. (2009). Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP): new frontier for neonatal and perinatal medicine. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*. 2(3), 135-147.

Resumo: Neste artigo, Heidelise Als fala-nos sobre o NIDCAP, a sua fundamentação científica, os seus benefícios e a sua implementação nas UCIN.

A autora revela que o ambiente tradicional da UCIN, focado em tarefas e protocolos, é incompatível com desenvolvimento do SNC e inevitavelmente leva a mudanças cerebrais significativas. Com base na sua teoria – Teoria Sinativa (Figura 1) – sugere que a observação do comportamento do RNPT fornece a informação necessária sobre o seu desenvolvimento e competências, permitindo adaptar e individualizar os cuidados continuamente, a fim de realçar os pontos fortes do RN e diminuir os seus sinais de stress, desconforto ou dor.

O comportamento do RN é observável através de sinais de quatro sistemas: sistema autónomo, motor, de estado e de autorregulação. Os sinais de comunicação comportamental do sistema autónomo dizem respeito a padrões de respiração, alterações de coloração e respostas viscerais como cuspir, engasgar, soluçar e movimentos intestinais, entre outros. Os sinais de comunicação comportamental do sistema motor incluem tónus muscular do tronco, extremidades e face com modulação suave, flacidez ou híper tonicidade; e posturas e padrões de movimento, como esticar os dedos, arquear e fazer caretas, entre outros. Os sinais de comunicação comportamental do sistema de estado, que define o nível de consciência do RN, inclui a sua atividade, como dormir, vigília ou agitação. O sistema de autorregulação tem a ver com os esforços que são feitos para regular os outros subsistemas, podendo envolver esforços para apertar as mãos, levar as mãos à boca, sugar, enrolar-se em posição de flexão, virar-se de lado a partir da posição dorsal, entre outras.

Torna-se claro que o RNPT procura continuamente a co-regulação disponível, uma função que normalmente é realizada pelo útero e que passa a ser prestada pelos cuidadores. Desta forma, os profissionais da UCIN são responsáveis pela qualidade de vida destes RN, contudo este papel contínuo de co-regulação torna-se difícil ao cuidar de várias crianças em simultâneo. O NIDCAP é um programa individualizado de abordagem do desenvolvimento para modificar o ambiente e cuidar do RN com

base na leitura dos seus sinais comportamentais, permitindo formular um plano de cuidados que salienta os pontos fortes do RN e o apoia em áreas de maior sensibilidade e vulnerabilidade. O objetivo é alcançar os melhores resultados a longo prazo para a criança e família. Deve aplicar-se desde que o RN nasce, ao longo de todo o internamento, na transição para casa e durante os primeiros meses em casa.

Esta abordagem é baseada em três pressupostos: 1) a observação detalhada do comportamento do RN durante a prestação de cuidados diários fornece uma base importante para formular recomendações adequadas para minimizar o stress e promover o desenvolvimento do RN; 2) a equipa multidisciplinar necessita de formação e orientação que lhes permita implementar tais recomendações e colaborar com o RN e família; 3) as mudanças e adaptações dos cuidados permitem a estabilidade hemodinâmica, o melhor funcionamento neurocomportamental e emocional do RN e o aumento das competências e confiança dos pais.

A metodologia NIDCAP passa por documentar a comunicação contínua do RN, registando observações detalhadas do seu comportamento numa folha de observação (Figura 2). O RN é observado durante 20 minutos antes de cada manipulação, durante toda a prestação de cuidados e durante 20 minutos após o esforço para compreender o retorno ao estado de repouso. Os comportamentos observados podem evidenciar stress ou competências e estão descritos na Tabela 1. Porém, os comportamentos podem simultaneamente evidenciar stress e força/competência para superar a experiência de stress e vice-versa.

A eficácia do NIDCAP tem sido estudada, sendo a melhoria da função pulmonar, a diminuição do tempo de hospitalização, a melhoria da função neurocomportamental, neurofisiológica e neuroestrutural e a diminuição do tempo de ventilação invasiva e não invasiva, alguns dos resultados positivos evidenciados.

Contudo, a implementação deste programa requer formação e treino da equipa multidisciplinar da UCIN e envolve investimentos consideráveis. Isso pode exigir mudanças do espaço físico e reestruturações da equipa, pois os profissionais necessitam de ter autoconsciência e capacidade para manter relacionamentos e interações complexas com o RN e família.

Documento 2 – “NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados...”

Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*. 20(1), 26-31.

Resumo: Este artigo tem como objetivo apresentar o programa NIDCAP, mostrando as mudanças que a sua implementação requer na estrutura física da UCIN, mas principalmente no comportamento da equipa multidisciplinar.

Primeiramente é abordada a prevalência de partos prematuros, a taxa de sobrevivência destes RN, bem como as sequelas inerentes a um desenvolvimento do SNC fora das condições ideais.

A autora refere que o RNPT tem dificuldade em regular a sua energia de forma harmoniosa, o que é evidenciado através de diversos sinais de stress observáveis pelo enfermeiro. Assim, surge o programa NIDCAP como uma estratégia para responder a preocupações quanto ao impacto negativo do ambiente das UCIN nos RNPT. Nesta perspetiva existe um envolvimento contínuo entre o RN, os pais e os profissionais de saúde, sendo os procedimentos realizados com base nos relacionamentos e não nos protocolos. Através desta abordagem é possível individualizar os cuidados de enfermagem com base na informação fornecida pelo comportamento do RN nos vários sistemas que o constituem.

A autora conclui que existem alguns constrangimentos à utilização deste modelo, porém é uma ótima base para o cuidar atento e em resposta aos sinais comunicativos do RN, preservando a sua energia para um funcionamento mais adequado.

Documento 3 – “The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care”

Altimier, L. & Phillips, R. M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 13(1), 9-22.

Resumo: Este artigo tem como objetivo descrever o Modelo de Cuidado de Desenvolvimento Integrativo Neonatal, abordando as sete medidas neuroprotetoras por ele abrangidas.

Em 2009, Coughlin, Gibbins e Hoalth propuseram cinco medidas centrais (“core measures”) para o cuidado ao desenvolvimento do RN, em que cada uma representa um núcleo organizado de cuidados que reconhecem as necessidades holísticas do RN e da família em interação com ambiente. O Modelo de Cuidado de Desenvolvimento Integrativo Neonatal usa intervenções neuroprotetoras como estratégias para apoiar conexões neuro-sinápticas ideais, promover o desenvolvimento normal e prevenir alterações. As sete medidas neuroprotetoras para o cuidado do desenvolvimento centrado na família do RNPT surgem da recategorização das cinco medidas centrais neonatais introduzidas anteriormente, são elas: ambiente terapêutico, parceria com as famílias, posicionamento e manipulação, minimização do stress e da dor, proteção da pele, proteção do sono e otimização da nutrição.

Os sistemas neurológico e sensorial são interdependentes, pelo que uma experiência sensorial leva a uma resposta comportamental, conduzindo a mais uma experiência sensorial. Por sua vez, o desenvolvimento estrutural e funcional do cérebro é moldado pela influência e interação de vários fatores, sendo que a estimulação externa do ambiente pode alterar o decurso e os resultados dos processos de desenvolvimento, produzindo mudanças que podem ser positivas ou negativas.

Os RNPT são expostos a variações de temperatura, toque, vestibulares, gustativas, olfato, ruído, luz, oxigênio e nutrientes que são muito diferentes daquelas que experimentaram no útero. Essas entradas sensoriais negativas substituem as entradas sensoriais positivas no cérebro em desenvolvimento, o que pode alterar permanentemente o desenvolvimento normal do cérebro.

A primeira medida neuroprotetora descrita é o Ambiente terapêutico. O ambiente terapêutico abrange o ambiente físico, que envolve o espaço, privacidade e segurança e o ambiente sensorial, que inclui as experiências de temperatura e tato, posição e movimento, olfato e paladar, audição e ruído, visão e luz.

Relativamente ao ambiente físico é recomendado um espaço privado e seguro para o RN e família, preferencialmente com quartos individuais. No que respeita ao ambiente sensorial, deve fornecer-se um ambiente térmico neutro, no qual o RN não ganhe nem perca calor através do gasto de energia, com uma temperatura entre os 22-26°C, humidade entre 30 a 60% e ar filtrado com 90% de eficiência. O ambiente ideal é o contacto pele a pele com um dos pais (método canguru), em que a temperatura do peito dos pais varia consoante a necessidade de aquecer ou arrefecer o RN, através de um processo denominado “termosincronia”. Este método atende também às necessidades de toque do RNPT no ambiente mais natural possível fora do útero, o que fornece a entrada sensorial propriocetiva necessária para o desenvolvimento do cérebro do RN. Deve apoiar-se o sistema termorregulador imaturo do prematuro, através da termorregulação do espaço individual da cama do RN, para manter uma temperatura central entre os 36,5-37,5°C, através das incubadoras ou aquecedores radiantes. Posicionar o RN numa posição contida com material de posicionamento diminui a área de superfície exposta, reduzindo as perdas de calor.

Para favorecer o desenvolvimento sensorial olfativo e gustativo deve oferecer-se o odor e sabor do leite materno, por exemplo, colocando leite materno na chucha, o que aumenta a sucção não nutritiva, diminui a irritabilidade e diminui o tempo de internamento. O contacto pele a pele, a colocação de uma fralda de pano com o cheiro da mãe e a higiene oral fornecida através do leite materno, podem ajudar o RN a reconhecer o cheiro da mãe, sendo que a última também ajuda a associar esse cheiro à alimentação. Não devem ser utilizados produtos odoríferos como produtos de limpeza com cheiro, cremes para a pele com perfume, antibióticos, álcool e gel desinfetante dentro da incubadora e perfumes dos profissionais, pois podem provocar estímulos olfativos nocivos, levando a alterações na frequência respiratória e cardíaca.

Os níveis de ruído excessivo nas UCIN, que podem resultar em perda auditiva, são muitas vezes resultantes dos sistemas de ventilação, equipamento terapêutico, alarmes, superfícies não acústicas, dispositivos de comunicação (telefones, telemóveis, sistemas intercomunicadores) e conversas entre pessoal. Devem ser

eliminados todos os sons desnecessários, cobrir as incubadoras com colchas feitas de material absorvente de som, acolchoar as tampas dos caixotes do lixo e portas de armários, escolher dispensadores de papel silenciosos, diminuir o volume da campainha e colocar os telemóveis, incluindo de serviço, em modo vibratório. O uso de aparelhos de monitorização do nível de som pode ajudar a alertar a equipa e os pais para os sons que excedem um nível razoável. A equipa multidisciplinar da UCIN deve estar desperta para manter um nível de voz baixo e conversar longe da cama dos RN sempre que possível.

A iluminação deve ser igualmente ajustada ao sono e vigília de cada RN de acordo com o seu estágio de desenvolvimento. Deve existir um foco de luz regulável em cada cabeceira que permita aos profissionais prestar cuidados sem prejudicar o desenvolvimento e conforto de outros RN. O RN não deve ser posicionado de frente para qualquer fonte de luz, utilizando apenas luz indireta para RNPT que ainda não conseguem bloquear a luz através das pálpebras finas.

Todas as medidas neuroprotetoras são descritas pelas autoras no Apêndice A (tradução apresentada no final do artigo).

Apêndice A: Intervenções neuroprotetoras relacionadas com as sete medidas centrais do cuidado neuroprotetor

Medida central 1: Ambiente Terapêutico		
Características do RN	Objetivo	Intervenções Neuroprotetoras
Estabilidade dos sistemas autónomo, sensorial, motor e autorregulador do RN	Manter um ambiente promotor da recuperação, minimizando o impacto do ambiente artificial da UCIN no desenvolvimento do cérebro do RN.	<i>Espaço:</i> - Ambiente privado e seguro para o RN e família <i>Tátil:</i> - Toque suave e gentil em todas as interações - Promover o contacto pele a pele o mais rápido possível após o nascimento e diariamente por um dos pais - Ambiente térmico neutro (se RN extremo baixo peso manter humidade na incubadora nas primeiras 2 semanas após nascimento; manter RN na incubadora até que ele consiga regular a sua temperatura) <i>Vestibular:</i> - Mudar a posição do RN lentamente, sem movimentos bruscos <i>Olfativo:</i> - Manter unidade sem perfumes ou fragrâncias - Favorecer o contacto pele a pele precoce, frequente e prolongado - Fornecer o cheiro da mãe através de um pano macio <i>Gustativo:</i> - Posicionar o RN com as mãos perto da face - Fornecer leite materno para higiene oral <i>Auditivo:</i> - Controlar os níveis de som para mantê-los < 50dB - Desligar alarmes o mais rápido possível <i>Visual:</i> - Ajustar a intensidade da luz - Cobrir os olhos do RN durante procedimentos
Medida central 2: Parceria com a Família		
Características do RN	Objetivo	Intervenções Neuroprotetoras
Resposta do RN a interações parentais	Os pais não são vistos como visitas mas como membros essenciais da equipa cuidadora com	- Reconhecer em que estágio de luto e perda está a família e fornecer recursos individualizados e apropriados conforme necessário

	acesso 24 horas/dia ao RN. Os pais são apoiados no seu papel de cuidadores mais importantes. O RN desenvolve apego seguro aos pais.	- Ouvir ativamente os sentimentos e preocupações da família - Comunicar as necessidades médicas e de desenvolvimento do RN de forma culturalmente apropriada e compreensível - Promover o contacto pele a pele precoce, frequente e prolongado - Capacitar os pais para participar nos cuidados do RN, no nível de envolvimento que desejarem, sempre que desejarem - Incentivar a participação dos pais à medida que desenvolvem confiança nas suas próprias habilidades para cuidar do RN após a alta
Medida central 3: Posicionamento e manipulação		
Características do RN	Objetivo	Intervenções Neuroprotetoras
Estabilidade do sistema autónomo durante as manipulações Capacidade para manter a postura fletida com e sem apoio	Manter a estabilidade do sistema autónomo durante todo o posicionamento e manipulação, bem como durante os períodos de sono e descanso. Evitar deformações decorrentes do posicionamento ao manter o RN alinhado à linha média, fletido, contido e confortável durante todo o internamento. Estabelecer uma parceria com o RN para que os cuidados sejam prestados com o RN e não para o RN. Estimular e brincar de forma adequada ao desenvolvimento (móvil, embalo, etc).	- Antecipar, priorizar e apoiar as necessidades individuais do RN para minimizar fatores de stress que interfiram no normal desenvolvimento - Usar um instrumento de avaliação de posicionamento válido e confiável - Manter o alinhamento à linha média, posição de flexão constante, contida e confortável em todos os momentos, usando recursos de posicionamento que estabeleçam limites apropriados. - Adequar os momentos de posicionamento e prestação de cuidados ao ciclo de vigília-sono do RN - Reposicionar o RN com cuidados no mínimo a cada 4 horas - Fornecer suporte de 4 mãos durante atividades de posicionamento e cuidados - Promover contenção ao tomar banho e pesar - Promover o contato mão-boca - Capacitar os pais sobre os princípios e técnicas de posicionamento, contenção e manuseio
Medida central 4: Proteção do Sono		
Características do RN	Objetivo	Intervenções Neuroprotetoras
Estado de sono-vigília, ciclos e transições do RN	Avaliar o estado de sono-vigília do RN antes de iniciar a prestação de cuidados.	- Agrupar cuidados para respeitar os ciclos de sono-vigília do RN. - Prestar atenção aos sinais de stress do RN durante a prestação de cuidados

	Proteger períodos prolongados de sono ininterrupto.	- Se for necessário despertar um RN adormecido, utilizar uma voz suave seguida de um toque suave - Promover o contacto pele a pele prolongado para promover padrões normais de sono - Utilizar a coberta da incubadora para proteger o RN da luz direta - Promover um ambiente tranquilo para garantir um sono ininterrupto
Medida central 5: Minimizar o Stress e a Dor		
Características do RN	Objetivo	Intervenções Neuroprotetoras
Pistas comportamentais que indicam stress e autorregulação	Promover a autorregulação e organização do neurodesenvolvimento	- Antecipar, priorizar e apoiar as necessidades individuais do RN para minimizar o stress e a dor - Aplicar uma ferramenta de avaliação de dor validada e confiável rotineiramente de acordo com o protocolo do hospital - Fornecer suporte não farmacológico (posicionamento, contenção, enfaixamento, sucção não nutritiva e sacarose) em todas as intervenções ligeiramente invasivas - Aplicar a ferramenta de avaliação da dor para avaliar a necessidade de suporte farmacológico. - Envolver os pais no apoio ao RN durante procedimentos dolorosos, se eles o desejarem, auxiliando na contenção ou fornecendo contacto pele a pele - Capacitar os pais para interpretar os comportamentos do RN que evidenciam stress e dor e para fornecer intervenções reconfortantes
Medida central 6: Proteção da Pele		
Características do RN	Objetivo	Intervenções Neuroprotetoras
Maturidade e integridade da pele do RN	Reduzir as perdas de água transcutâneas. Manter integridade da pele do RN desde o nascimento até à alta. Providenciar massagem promotora do desenvolvimento.	- Antecipar, priorizar e apoiar as necessidades individuais do RN para otimizar o desenvolvimento neuromotor - Aplicar uma ferramenta de avaliação da pele validada e confiável na admissão e rotineiramente de acordo com o protocolo do hospital - Colocar humidade na incubadora para RN de extremo baixo peso durante as 2 primeiras semanas após o nascimento

		- Promover posicionamento adequado usando produtos de gel para evitar lesões na pele - Minimizar o uso de adesivos e removê-los com cuidado para evitar o desgaste epidérmico - Evitar sabonetes e o uso rotineiro de emolientes - Dar banho de corpo inteiro com panos, no máximo a cada 72 - 96 h. - Dar banho apenas com água para RN com <1000 g - Use produtos de limpeza com pH neutro para dar banho a RN com > de 1000 g - Capacitar os pais sobre cuidados com a pele, banho e massagem infantil adequada ao desenvolvimento
Medida central 7: Otimizar a Nutrição		
Características do RN	Objetivo	Intervenções Neuroprotetoras
Estabilidade fisiológica durante manipulação e alimentação Sinais de prontidão para alimentação Reflexos de sucção, deglutição e respiração coordenados	Alimentação segura, funcional, estimulante e apropriada para o desenvolvimento. Evitar as aversões orais através de experiências de alimentação positivas. Amamentação estabelecida antes da alta.	- Incorporar a alimentação baseada nos sinais do RN - Promover o contacto pele a pele, frequente e prolongado - Incentivar a mãe a realizar extração de leite materno - Minimizar a estimulação perioral negativa (adesivos) - Colocar sonda nasogástrica permanente em vez de intermitente - Promover a sucção não nutritiva na mama da mãe durante a alimentação por gavagem - Promover a sucção não nutritiva com chucha durante a alimentação por gavagem quando a mãe não está disponível - Fornecer o sabor e o cheiro do leite materno durante a alimentação por gavagem - Capacitar os pais sobre dicas de alimentação infantil - Apoiar as mães que amamentam na alimentação do RN no peito

Tradução livre de Marta Cordeiro

(Aluna de Mestrado da ESEL na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria)

Documento 4 – “O ambiente terapêutico e o desenvolvimento do recém-nascido prematuro – Uma revisão integrativa da literatura”

Costa, M. & Calado, G. (2019). O ambiente terapêutico e o desenvolvimento do recém-nascido prematuro - Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. 5(3), 1934-1951.

Resumo: Este artigo é do tipo revisão integrativa da literatura e tem como objetivo identificar medidas promotoras de um ambiente protetor do desenvolvimento do RNPT nas UCIN.

As autoras apresentam os resultados extraídos dos artigos analisados numa tabela. Estas medidas são posteriormente organizadas pelas autoras em categorias: ambiente físico - são recomendados quartos familiares/individuais e paredes insonorizadas, mas mais importante e facilmente alcançável é a otimização de todos os utensílios que possam provocar ruído (lavatórios afastados das unidades) ou luminosidade intensa; ambiente sensorial - centra-se em promover estímulos sensoriais positivos ao RNPT, destacando-se a estimulação tátil apropriada (método canguru, contenção, massagem terapêutica), musicoterapia suave, utilização da voz materna e evitar utilização de álcool ou antissépticos perto dos RNPT; tecnologia - são sugeridas várias medidas, tais como a utilização de um aparelho de monitorização de ruído e a colocação de uma central de alarmes distante do ambiente do RNPT; e capacitação parental – os pais devem ser habilitados para estimular de forma positiva os seus bebés.

Concluem que o ambiente hiperestimulante vivenciado pelo RNPT nas UCIN é prejudicial para o seu neurodesenvolvimento. Não é suficiente refletir apenas sobre ruído e luminosidade, uma vez que o ambiente terapêutico engloba os aspetos físicos, sensoriais, estruturais, humanos e organizacionais das unidades. As intervenções apresentadas têm benefícios comprovados, pelo que a sua divulgação e implementação é indissociável de uma prestação de cuidados humanizados e de excelência. Neste sentido, torna-se essencial que os profissionais reconheçam a sua importância para o desenvolvimento do RNPT, investindo na sua formação nesta área.

Documento 5 – “State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a hightech environment”

Nygqvist, K. H. & Expert Group of the International Network on Kangaroo Mother Care: Anderson, G. C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R, Ewald, U., ... & Wiström, A. M. (2010). State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Breastfeeding Review*. 18(3), 21-28.

Resumo: Neste artigo são referidos os benefícios do método mãe canguru (MMC) tanto para o RN como para os pais, bem como algumas especificidades da sua aplicação.

Estudos mostram que o contacto pele a pele melhora ou mantém a estabilidade fisiológica do RNPT, leva a níveis de cortisol mais baixos e é eficaz para diminuir a dor do RNPT durante procedimentos dolorosos. Melhora também a interação dos pais com o RN, promove a recuperação da depressão pós-parto de mães de RNPT e as mães ficam menos stressadas e percebem melhor os seus filhos. Está também associado a maiores taxas e duração da amamentação, mesmo que sejam curtos períodos de MMC.

Os RNPT precisam do MMC para promover a maturação, uma vez que a seguir ao útero este é o ambiente mais favorável para o seu desenvolvimento. O MMC deve ser usado para aquecimento, conforto, benefícios fisiológicos e psicológicos, crescimento, desenvolvimento e necessidades psicossociais da família, e para promover a lactação, o início e o prolongamento da amamentação. É referido que uma sessão de MMC deve durar pelo menos 65 minutos.

O MMC pode ser usado para a transferência do RN para a unidade neonatal após o nascimento, dentro do hospital e entre hospitais, tendo sempre em consideração o estado fisiológico e comportamental do RN e dos pais. No caso de RN instáveis, as decisões sobre as sessões de MMC são baseadas na avaliação fisiológica contínua. A maioria dos procedimentos médicos e de enfermagem podem ser realizados durante o MMC.

Nos regulamentos de visita não deve haver restrições para a presença dos pais ou para pessoas designadas como substitutas dos pais, para que seja possível realizar MMC 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os pais devem receber orientações

sobre a observação e interpretação dos sinais comportamentais de estabilidade ou instabilidade do RN, de acordo com os princípios do NIDCAP.

Habitualmente o ambiente físico e social da UCIN não transmite aos pais sinais que os convidem a ficar com seu bebê. Isso impõe demandas específicas aos profissionais de saúde, pois o estabelecimento do vínculo pais-RN é o objetivo principal. Isso é conseguido comunicando aos pais que eles são as pessoas mais importantes na vida do RN, aquelas com as quais o RN se acostumou durante a gravidez e assegurando-lhes que o MMC ajuda o RN a ficar mais calmo e estável, pois pode sentir, ver, ouvir e cheirar os pais. O MMC deve ser mantido como padrão que permeia todos os cuidados médicos e de enfermagem, visto que é o local ideal para cuidar de RNPT e RN doentes.

Documento 6 – “A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro”

Santos, V., Silva, E., Clemente, F., Sampaio, I., & Lapa, P. (2018). A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro. *Consenso Clínico da Sociedade Portuguesa de Neonatologia* (Proposta).

Resumo: Este documento é um consenso clínico publicado pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN), cujo objetivo é informar sobre o desenvolvimento visual e ritmos circadianos do feto e do RN, a influência da luz sobre os mesmos e fornecer recomendações relativas à otimização da luminosidade nas UCIN.

O desenvolvimento do sistema visual inicia-se na vida intrauterina, sendo o período inicial fulcral para alcançar um sistema visual maduro e eficaz. O desenvolvimento do sistema visual ocorre em três fases, sendo este o último sistema sensorial a desenvolver-se. Os RNPT estão expostos a muito mais estímulos sensoriais do que teriam *in útero*, sendo a luz um fator causador de stress com consequentes perturbações da estabilidade fisiológica.

Constata-se que a diminuição da intensidade luminosa e a luz cíclica, ao invés da luz contínua, promovem o crescimento físico, a tolerância alimentar, o ganho de peso, a estabilidade hemodinâmica e a coordenação motora dos RNPT. Ao mesmo tempo a luz periódica permite ao RNPT ter a informação circadiana que devia receber através dos ritmos biológicos da mãe, estimulando o desenvolvimento do relógio biológico. Por sua vez, a penumbra contínua não está indicada, pois não tem benefícios.

Devido aos níveis de iluminação em ambiente hospitalar serem frequentemente excessivos são sugeridas várias recomendações gerais e específicas para cada situação de cuidados, que devem ser individualizadas, de forma a adequar a luz ao tipo de procedimento, ao grau de desenvolvimento e sensibilidade à luz de cada RN. As autoras apresentam ainda as competências visuais do RNPT e do RN de termo e quais os cuidados adequados a cada um, de forma sintetizada em formato de tabela.

Documento 7 – “O Som na Unidade de Neonatologia”

Santos, V., Silva, E., Clemente, F., Sampaio, I., & Lapa, P. (2018). O Som na Unidade de Neonatologia. *Consenso Clínico da Sociedade Portuguesa de Neonatologia* (Proposta).

Resumo: Este documento é um consenso clínico publicado pela SPN, que pretende transmitir informação sobre o desenvolvimento do sistema auditivo, os efeitos do ruído no RNPT a nível fisiológico, da audição e do sono, nos profissionais de saúde e até mesmo nos pais e transmitir recomendações práticas para diminuir o ruído nas UCIN.

Nas UCIN os sons transmitem-se através do ar, sem qualquer atenuação, ao contrário do que acontece no ambiente uterino, onde os sons são transmitidos através de um meio líquido ou sólido, que atenua o som. Acredita-se que, no feto, o ruído possa ser ainda mais prejudicial pelo seu efeito ocorrer num período de rápida maturação e desenvolvimento do sistema auditivo central.

O ambiente acústico nas UCIN é marcado por ruído alto, desorganizado e imprevisível, o que pode levar a alterações neurocognitivas do RNPT, défice de atenção e alterações nas capacidades de comunicação. Desencadeia também respostas de stress a nível hemodinâmico que podem aumentar o risco de outras complicações como défice auditivo, padrões anormais de sono, retinopatia da prematuridade ou hemorragia peri-ventricular.

O ruído revela-se igualmente prejudicial para os profissionais de saúde, levando a maior taxa de erros e acidentes, e para os pais, na medida em que interfere na comunicação destes com o RN, comprometendo a exposição do RNPT a estímulos neurosensoriais adequados como a voz da mãe, que está associada a maior estabilidade fisiológica e comportamental do RN.

As autoras referem que vários estudos mostram que os níveis de intensidade sonora nas UCIN excedem os níveis máximos recomendados, pelo que é apresentado um conjunto de recomendações práticas que incluem cuidados com os equipamentos, como monitores e incubadoras, organização das unidades e comportamento dos pais e profissionais de saúde. Este último ponto deve merecer especial atenção, visto que é frequente a voz humana preceder e acompanhar estímulos dolorosos e desagradáveis. Contudo, controlar o tom de voz e estar desperto para essa necessidade apenas depende das pessoas envolvidas na unidade.

Documento 8 – “Um polvo de amor: uma experiência de trabalho voluntário”

Moura, M. D. R., Lins, S. L. A. C., & Soriano, A. M. (2018). Um polvo de amor: uma experiência de trabalho voluntário. *Comunicação em Ciências da Saúde*. 29(1), 70-74.

Resumo: O objetivo deste artigo é descrever a experiência da utilização de polvos de croché nas unidades de Neonatologia, bem como os seus benefícios.

O projeto da confecção e doação de polvos de croché nas unidades de Neonatologia começou na Dinamarca, com o objetivo de proporcionar conforto, estabilidade térmica e promover o desenvolvimento do RNPT quando o método canguru não pode ser realizado, embora não o substitua.

As autoras revelam que atualmente ainda não existe evidência científica que demonstre a eficácia da utilização destes pequenos brinquedos na estabilidade hemodinâmica dos RNPT. Porém, têm ocorrido algumas publicações baseadas na experiência clínica dos profissionais de saúde, que revelam que a colocação dos polvos de croché dentro da incubadora permite que os RN fiquem mais tranquilos, contribuindo para regular a frequência cardíaca e respiratória e evitando que eles puxem os fios de equipamentos. Revelam também que a sua utilização tem acontecido em vários países sem relatos de infecções ou danos associados.

Estes polvos são considerados brinquedos e como tal podem contribuir para o desenvolvimento neurocognitivo destes RN através da estimulação sensorial, tátil e visual. Desde que utilizados em segurança, são uma mais-valia na promoção de um ambiente terapêutico, já que promovem o conforto dos RNPT e dos pais.

**Apêndice V – Instrumento de Educação para a Saúde – Motricidade fina e
desenho**



**11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Estágio com Relatório

**Instrumento de Educação para a Saúde –
Motricidade fina e desenho**

Consulta de Desenvolvimento Infantil

**Marta Duarte Cordeiro
Nº5035**

Docente orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão



**Lisboa
2021**

INTRODUÇÃO

As competências motoras finas dizem respeito à coordenação óculo-manual e de pequenos músculos, o que inclui o uso das mãos e dos dedos na preensão de um objeto. A preensão refere-se ao ato de pegar num objeto e é importante para vários movimentos da mão utilizados ao longo da vida. Nos primeiros meses de vida a preensão é um reflexo e gradualmente vai-se tornando voluntário, permitindo manipular, transportar ou sentir um objeto (Dias, 2011; Costa, 2013; Wilson, 2014a).

A preensão com a palma da mão é progressivamente substituída pela preensão em pinça, o que significa que o desenvolvimento da motricidade fina implica um aumento da destreza manual (Wilson, 2014a). As aquisições no desenvolvimento motor fino são evidentes na crescente capacidade de manipulação da criança, sendo evidente em todas as atividades da criança, tais como vestir, escrever, cortar, brincar ou jogar (Monroe, 2014; Wilson, 2014b).

A visão e a coordenação óculo-manual assumem especial importância no desenvolvimento dos padrões motores-finos manipulativos, estando diretamente relacionadas com a evolução das habilidades grafomotoras da criança (Costa, 2013; Wilson, 2014b).

O desenho é a primeira escrita da criança (Melo, [s.d]). Segundo Kellogg (1969) citado por Monroe (2014) as crianças que têm liberdade de experimentar e produzir formas abstratas desenvolvem competências mentais requeridas para a aprendizagem da linguagem simbólica. O autor sugere ainda que o rabisco e o desenho são necessários para a criança aprender a ler. Por sua vez, as primeiras tentativas de desenhar são muito importantes, pois familiarizam a criança com os instrumentos de escrita e contribuem para desenvolver a motricidade fina, que é essencial para desenhar letras e números com precisão (Dias, 2011). Desenhar é também uma forma de comunicação e expressão para a criança, fundamental para a criatividade, aprendizagem, socialização e desenvolvimento cognitivo, emocional e psicomotor (Melo, [s.d]).

O desenvolvimento global da criança é influenciado por algumas variáveis, sendo o principal o meio social. A evolução das competências motoras finas e da grafomotricidade não é exceção, sendo fortemente afetada pelos estímulos gerados pelo comportamento dos familiares, uma vez que estes são os principais cuidadores da criança. O desenvolvimento da criatividade e do desenho está intimamente ligado ao ambiente em que a criança está inserida, pelo que quanto maior a diversidade e

riqueza de experiências que são oferecidas, maior a progressão da criança nas etapas evolutivas do desenho (Melo, [s.d]).

Se o ambiente familiar da criança for estimulante nesta área, disponibilizando instrumentos de escrita, dando hipótese de ver pessoas a desenhar, dando oportunidade de experimentar diversos materiais e participando nas atividades em conjunto com a criança, esta poderá desenvolver estas habilidades mais precocemente (Kellogg, 1969 citado por Dias, 2011). Neste sentido, torna-se essencial a intervenção do enfermeiro na sensibilização e capacitação das famílias para a estimulação da motricidade fina e do desenho da criança.

Num contexto de consulta de desenvolvimento infantil em que são acompanhadas crianças com alterações de várias dimensões do neurodesenvolvimento, incluindo perturbações motoras que poderão ter repercussões a longo prazo, considerou-se pertinente a construção de um suporte educativo que pudesse ser entregue aos pais como complemento às estratégias transmitidas durante a consulta.

A entrega deste instrumento poderá constituir-se simultaneamente como um fator importante na prevenção de futuras perturbações da escrita e linguagem, pois a maneira como se recebem os primeiros rabiscos e a atenção que lhes é dada, podem ser a causa para uma criança desenvolver atitudes que permanecerão nela quando iniciar a escolaridade formal (Delázari, 2019). Deste modo, é pertinente intervir precocemente junto das famílias, ou seja, antes da criança iniciar o seu percurso escolar, pelo que os folhetos construídos abordam a faixa etária dos 0 aos 5 anos.

Este suporte educativo consiste numa coletânea de folhetos, ordenados de acordo com a idade da criança, que abordam um conjunto de atividades e brincadeiras que os pais poderão realizar com os filhos para estimular as suas capacidades motoras finas. Estes folhetos estão construídos de forma a poderem ser entregues separadamente, de acordo com o estágio de desenvolvimento motor em que a criança se encontra.

MOTRICIDADE FINA

0-1 Mês

A preensão refere-se ao ato de agarrar e é importante para o desenvolvimento de vários movimentos da mão utilizados ao longo da vida.

EU JÁ CONSIGO...

- Ter as mãos quase sempre fechadas
- Apertar a mão quando em contacto com objeto
- Ver a cerca de 20-25cm do meu rosto



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Deixar o bebé agarrar o indicador dos pais com as mãos (Fig. 1)
- Acariciar as mãos do bebé
- Massajar suavemente o corpo e mãos do bebé
- Pendurar objetos brilhantes e claros a 20-25cm do rosto do bebé
- Após as 4-6 semanas colocar o bebé no tapete de atividades com objetos suspensos (Fig. 2)

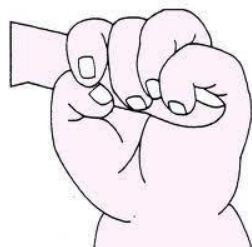


Fig. 1



Fig. 2

MOTRICIDADE FINA

1-3 Meses

A coordenação motora da criança deve ser estimulada e treinada desde muito cedo.

EU JÁ CONSIGO...

- Ter as mãos abertas, juntá-las na linha média e brincar com elas
- Agarrar objetos de tamanho médio (roca)
- Segurar brevemente a roca e movê-la em direção à face, ainda sem coordenação
- Apertar a própria mão
- Puxar mantas e roupas



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Massajar o bebê
- Oferecer objetos leves e coloridos para o bebê segurar
- Levar as mãos do bebê para o centro do corpo
- Colocar objetos pendentes a 25cm para que o bebê possa segui-los
- Colocar o bebê no tapete de atividades com objetos suspensos (Fig. 1)



Fig. 1

MOTRICIDADE FINA

3-6 Meses

A visão e a coordenação olhos-mão têm uma grande importância para o desenvolvimento das capacidades motoras finas.

EU JÁ CONSIGO...

- Usar as duas mãos para agarrar um objeto
- Transferir objetos de uma mão para a outra
- Levar os objetos à boca e explorá-los
- Segurar mas não apanhar objetos pequenos
- Segurar o biberão
- Brincar com os pés e levá-los à boca



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Oferecer brinquedos com várias texturas e cores vivas (Fig. 1)
- Passar objetos com várias texturas na palma das mãos e ponta dos dedos (tecidos diferentes, lã, algodão, superfícies rugosas)
- Dispor vários brinquedos ao alcance do bebê para que ele consiga agarrar e passar de uma mão para outra
- Colocar o bebê num tapete macio e incentivar a pegar nos brinquedos que estão mais longe
- Oferecer brinquedos para apertar
- Oferecer brinquedos de esponja e flutuantes
- Deixar chapinhar no banho – Sempre com vigilância!



Fig. 1

Fontes: Abecedário da Educação (2018). O desenvolvimento da motricidade fina da criança. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: <https://www.abecedariodaeducacao.pt/2018/12/03/o-desenvolvimento-da-motricidade-fina-da-crianca/> | Direção-Geral da Saúde (2013). Programa nacional de saúde infantil e juvenil. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. | Melo, L. S. [s.d]. O desenho infantil e suas etapas de evolução. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: https://portal.fslf.edu.br/wp-content/uploads/2016/12/tcc_2.pdf | Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde do Lactente e da Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed., Vol. 1). Loures: Lusociência. **Imagem:** <https://es.playgro.com/product/loopy-loops-ball/> Acedido em: 10/02/2021

MOTRICIDADE FINA

6-9 Meses

O desenvolvimento motor fino durante a primeira infância é muito importante para o desenvolvimento global.

EU JÁ CONSIGO...

- Segurar dois cubos, um em cada mão
- Atirar objetos ao chão intencionalmente
- Apontar e empurrar pequenos objetos com o dedo indicador
- Fazer preensão em pinça grosseira (pegar nos objetos entre o polegar e mais dedos) (Fig. 1)



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Oferecer papel para amassar e rasgar
- Ter taças com alimentos de diferentes tamanhos e texturas (feijão, grão, massa) – Sempre com vigilância para não colocar na boca!
- Oferecer livros com texturas e objetos, como pele e fecho éclair (Fig. 2)
- Oferecer dois objetos para a mão e a seguir um terceiro, deixando que ele resolva
- Deixar “apanhar” a água da torneira a correr



Fig. 1



Fig. 2

Fontes: Abecedário da Educação (2018). O desenvolvimento da motricidade fina da criança. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: <https://www.abecedariodaeducacao.pt/2018/12/03/o-desenvolvimento-da-motricidade-fina-da-crianca/> | Direção-Geral da Saúde (2013). Programa nacional de saúde infantil e juvenil. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. | Melo, L. S. [s.d]. O desenho infantil e suas etapas de evolução. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: https://portal.fslf.edu.br/wp-content/uploads/2016/12/tcc_2.pdf | Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde do Lactente e da Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed., Vol. 1). Loures: Lusociência. **Imagens:** <https://www.growinghandsonkids.com/pencil-grasp-development-for-writing.html/radial-digital-grasp-collage> Acedido em: 10/02/2021. | <https://www.vertbaudet.pt/livro-em-tecido-da-infantino-verde-medio-liso-com-motivo.htm?ProductId=620030825&FiltreCouleur=6730> Acedido em: 10/02/2021

MOTRICIDADE FINA

9-12 Meses

O comportamento dos familiares gera estímulos nas crianças favorecendo a exploração da sua criatividade.

EU JÁ CONSIGO...

- Agarrar objetos pequenos
- Fazer preensão em pinça precisa (pegar nos pequenos objetos entre o polegar e o dedo indicador) (Fig. 1)
- Virar muitas páginas de um livro ao mesmo tempo



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Incentivar a colocar e retirar objetos num recipiente (colocar molas da roupa dentro de uma caixa/cesto; colocar bola num frasco; colocar cubos em copos)
- Dar vários objetos para as mãos ao mesmo tempo
- Oferecer cubos/blocos e demonstrar como colocar um em cima do outro
- Treinar preensão em pinça precisa (taças com migalhas de pão para a criança apanhar; prender molas da roupa na borda de uma caixa ou rodela de papel) (Fig. 2)
- Mostrar livros com imagens grandes e coloridas
- Oferecer alimentos com várias texturas para comer com as mãos
- Deixar o bebé misturar e esmagar a comida
- Oferecer o copo e colher durante a refeição para que comece a pegar neles
- Deixar sentir objetos quentes e frios e dizer a temperatura de cada um – Cuidado com as queimaduras!



Fig. 1



Fig. 2

Fontes: Abecedário da Educação (2018). O desenvolvimento da motricidade fina da criança. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: <https://www.abecedariodaeducacao.pt/2018/12/03/o-desenvolvimento-da-motricidade-fina-da-crianca/> | Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. | Melo, L. S. [s.d]. O desenho infantil e suas etapas de evolução. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: https://portal.fslf.edu.br/wp-content/uploads/2016/12/tcc_2.pdf | Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde do Lactente e da Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed., Vol. 1). Loures: Lusociência. **Imagem:** <https://www.growinghandsonkids.com/what-is-a-pincer-grasp.html/what-is-pincer-grasp-fb> Acedido em: 10/02/2021

MOTRICIDADE FINA E DESENHO

15 Meses

Os primeiros traços no papel representam o início da expressão que conduzirá a criança ao desenho, à pintura e também à escrita.

EU JÁ CONSIGO...

- Construir uma torre de 2 cubos
- Segurar dois cubos na mesma mão
- Atirar e receber objetos de outra pessoa
- Fazer rabiscos, mexendo o lápis de um lado para o outro
- Usar bem o copo, mas virar frequentemente a colher

VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Enfiar berlines/bolas pequenas numa garrafa de gargalo apertado (Fig. 1)
- Oferecer tabuleiro com formas e incentivar a colocar o objeto redondo
- Modelar plasticina e/ou barro
- Atirar bola e incentivar a criança a devolver
- Oferecer jogos com martelo (Fig. 2)
- Oferecer folhas grandes e brancas, lápis de cera ou canetas de feltro grossos para rabiscar
- Desenhar ao pé da criança para que ela veja e ganhe interesse em fazer
- Oferecer livros com imagens
- Deixar beber pelo copo sem ajuda
- Deixar comer com a colher



Fig. 1



Fig. 2

Fontes: Abecedário da Educação (2018). O desenvolvimento da motricidade fina da criança. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: <https://www.abecedariodaeducacao.pt/2018/12/03/o-desenvolvimento-da-motricidade-fina-da-crianca/> | Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. | Melo, L. S. [s.d]. O desenho infantil e suas etapas de evolução. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: https://portal.fslf.edu.br/wp-content/uploads/2016/12/tcc_2.pdf | Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade *Toddler* e da Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed., Vol. 1). Loures: Lusociência. **Imagem:** https://www.worten.pt/beleza-saude-e-bebe/bebe/brinquedos-para-bebe/ver-mais-brinquedos-bebe/jogo-eichhorn-bancada-com-martelo-MRKEAN-4051902270059?gclid=Cj0KCQiAyJOBbHDCARIsAJG2h5ce3Y8pRZGG_HkByQQ0b0CJ-iMK-ETjnM_xtqC-eRUqocej-OblmgAaAsODEALw_wcB Acedido em: 10/02/2021

MOTRICIDADE FINA E DESENHO

18 Meses

As primeiras tentativas de desenhar familiarizam a criança com os instrumentos de escrita e contribuem para a melhoria da capacidade motora fina.

EU JÁ CONSIGO...

- Construir uma torre de 3 a 4 cubos
- Lançar, agarrar e alcançar
- Fazer rabiscos imitando, mostrando preferência por uma mão
- Virar 2 ou 3 páginas do livro de cada vez
- Usar a colher sem a virar



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Ensinar a guardar os brinquedos dentro de uma caixa/saco
- Modelar plasticina e/ou barro
- Incentivar a atirar a bola para longe
- Oferecer jogos com martelo (Fig. 1)
- Ensinar a rabiscar na areia, na terra ou num papel
- Dar liberdade para experimentar e produzir formas abstratas no desenho
- Oferecer livros com figuras e formas geométricas



Fig. 1

Fontes: Abecedário da Educação (2018). O desenvolvimento da motricidade fina da criança. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: <https://www.abecedariodaeducacao.pt/2018/12/03/o-desenvolvimento-da-motricidade-fina-da-crianca/> | Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. | Melo, L. S. [s.d]. O desenho infantil e suas etapas de evolução. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: https://portal.fslf.edu.br/wp-content/uploads/2016/12/tcc_2.pdf | Promoção da Saúde da Criança em Idade *Toddler* e da Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed., Vol. 1). Loures: Lusociência. **Imagem:** https://www.worten.pt/beleza-saude-e-bebe/bebe/brinquedos-para-bebe/ver-mais-brinquedos-bebe/jogo-eichhorn-bancada-com-martelo-MRKEAN-4051902270059?gclid=Cj0KCQiAyJOBhDCARIsAJG2h5ce3Y8pRZGG_HkByQ0b0CJ-iMK-ETjnM_xtqC-eRUqocej-OblmgAaAsODEALw_wcB Acedido em:10/02/2021.

MOTRICIDADE FINA E DESENHO

2 Anos

O desenho facilita a criatividade, a aprendizagem, o processo de socialização e colabora no desenvolvimento cognitivo, emocional e psicomotor.

EU JÁ CONSIGO...

- Construir uma torre de 6 a 7 cubos
- Alinhar 2 ou mais cubos em comboio
- Riscar em padrão circular
- Imitar uma linha vertical/horizontal e circular
- Mostrar preferência por uma mão
- Virar uma página do livro de cada vez



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Jogos de enfiamento (enfiar massas num fio/escorredor – Com vigilância!) (Fig. 1)
- Dar-lhe a conhecer várias texturas e materiais (colagens com lã, massas, feijão)
- Abrir e fechar recipientes com rosca
- Modelar plasticina e/ou barro
- Dar puzzles e legos
- Oferecer jogos com martelo (Fig. 2)
- Oferecer brinquedos/tabuleiros com buracos com formas para colocar a peça da forma correspondente (Fig. 3)
- Desenhar linhas e círculos à frente da criança para ela imitar
- Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar com os dedos
- Oferecer livros com detalhes e figuras



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

Fontes: Abecedário da Educação (2018). O desenvolvimento da motricidade fina da criança. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: <https://www.abecedariodaeducacao.pt/2018/12/03/o-desenvolvimento-da-motricidade-fina-da-crianca/> | Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. | Melo, L. S. [s.d]. O desenho infantil e suas etapas de evolução. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: https://portal.fslf.edu.br/wp-content/uploads/2016/12/tcc_2.pdf | Promoção da Saúde da Criança em Idade *Toddler* e da Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed., Vol. 1). Loures: Lusociência. **Imagens:** https://www.worten.pt/beleza-saude-e-bebe/bebe/brinquedos-para-bebe/ver-mais-brinquedos-bebe/jogo-eichhorn-bancada-com-martelo-MRKEAN-4051902270059?gclid=Cj0KCQiAyJOBBhDCARIsAJG2h5ce3Y8pRZGG_HkByQ0b0CJ-iMK-ETjnM_xtqC-eRUqoceuj-OblmgAaAsODEALw_wcB Acedido em:10/02/2021. | <https://www.rihappy.com.br/bloco-de-montar-formas-geometricas-new-toys/p> Acedido em: 10/02/2021.

MOTRICIDADE FINA E DESENHO

3 Anos

O treino da motricidade fina permite à criança utilizar e dominar melhor o seu próprio corpo, assumindo maior sentido de responsabilidade e cuidado pessoal.

EU JÁ CONSIGO...

- Construir uma torre de 9 a 10 cubos
- Copiar um círculo e imitar a cruz
- Desenhar figura humana: cabeça e mais uma ou duas partes do corpo
- Segurar o lápis com os dedos e não com o punho
- Nomear o que desenha



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Jogos de enfiamento (enfiar cordões em pequenos buracos para formar desenhos; tabuleiros com pinos coloridos; enfiar massas num fio – Com vigilância!) (Fig. 1 e 2)
- Fazer harmónios, serpentes ou rolinhos com papel de serpentina (Fig. 3)
- Oferecer tabuleiro de madeira com pinos para fazer formas com elásticos (Fig. 4)
- Abrir e fechar fechos
- Dar puzzles e legos
- Oferecer instrumentos de escrita finos
- Desenhar uma cruz à frente da criança para ela imitar
- Mostrar círculo já desenhado para criança copiar
- Incentivar a desenhar formas geométricas
- Oferecer tintas e pincéis para desenhar
- Oferecer colher e garfo durante a refeição



Fig. 1

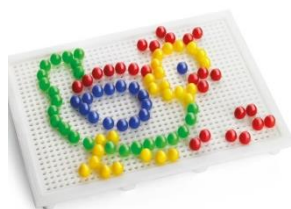


Fig. 2



Fig. 3

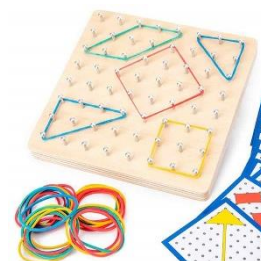


Fig. 4

Fontes: Abecedário da Educação (2018). O desenvolvimento da motricidade fina da criança. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: <https://www.abecedariodaeducacao.pt/2018/12/03/o-desenvolvimento-da-motricidade-fina-da-crianca/> | Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. | Melo, L. S. [s.d]. O desenho infantil e suas etapas de evolução. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: https://portal.fslf.edu.br/wp-content/uploads/2016/12/tcc_2.pdf | Monroe, R. A. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Pré-escolar e da Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed., Vol. 1). Loures: Lusociência. **Imagens:** <https://abcescolar.pt/produto/enfiamentos-de-formas/> Acedido em: 10/02/2021 | <https://dott.pt/pt/products/jogo-arte-visual-pixel-100-pinos-4-cores-e2716c7c-c553-4dea-a7ef-bdf548027de0> Acedido em: 10/02/2021 | <http://mauriquices.blogspot.com/2015/01/palhaco-serpentinhas.html> Acedido em: 10/02/2021.

MOTRICIDADE FINA E DESENHO

4 Anos

O domínio da motricidade fina reflete-se nas simples tarefas diárias como vestir, comer, escrever, recortar e brincar.

EU JÁ CONSIGO...

- Copiar a cruz e imitar o quadrado
- Desenhar figura humana: cabeça, tronco, pernas, braços e dedos



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Construir escada de 6 cubos (3 degraus) para a criança imitar (Fig. 1)
- Promover a construção com legos e puzzles
- Mostrar cruz já desenhada para criança copiar
- Desenhar um quadrado à frente da criança para ela imitar
- Incentivar a desenhar a figura humana, animais, casas, árvores
- Picotar desenhos com papel e esponja (Fig. 2)
- Ensinar a fazer alguns números e letras (picotar ou enfiar linha) (Fig. 2 e 3)
- Fazer recortes com tesoura e colagens
- Incentivar a apertar os cordões dos sapatos
- Incentivar a abotoar e desabotoar botões da roupa



Fig. 1

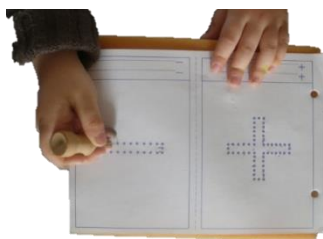


Fig. 2



Fig. 3

Fontes: Abecedário da Educação (2018). O desenvolvimento da motricidade fina da criança. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: <https://www.abecedariodaeducacao.pt/2018/12/03/o-desenvolvimento-da-motricidade-fina-da-crianca/> | Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. | Melo, L. S. [s.d]. O desenho infantil e suas etapas de evolução. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: https://portal.fslf.edu.br/wp-content/uploads/2016/12/tcc_2.pdf | Monroe, R. A. (2014). *Promoção da Saúde da Criança em Idade Pré-escolar e da Família*. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed., Vol. 1). Loures: Lusociência. **Imagens:** <https://pt.depositphotos.com/340644460/stock-photo-toy-wooden-building-blocks-on.html> Acedido em: 10/02/2021 | <https://www.agendalx.pt/events/event/picotar-e-bordar-um-postal/> Acedido em: 10/02/2021. | <https://i.pinimg.com/originals/c5/f4/06/c5f4063c8be002db0ce093eae824460b.jpg> Acedido em: 10/02/2021.

MOTRICIDADE FINA E DESENHO

5-6 Anos

O rabisco e o desenho são necessários para a criança aprender a ler e a produzir números e letras com precisão.

EU JÁ CONSIGO...

- Copiar o quadrado, o triângulo e o losango
- Permanecer dentro das linhas ao desenhar
- Desenhar figura humana: cabeça com alguns pormenores, tronco, pernas e braços
- Utilizar bem a tesoura
- Segurar no lápis com três dedos



VAMOS BRINCAR JUNTOS?

- Construir escada de 10 cubos (4 degraus) para a criança imitar (Fig. 1)
- Mostrar quadrado e triângulo já desenhados para criança copiar
- Fazer desenhos com um cotonete (Fig. 2)
- Incentivar a escrever algumas letras, números ou palavras como o primeiro nome (picotar letras e números; desenhar a letra ou número por cima do tracejado) (Fig. 3 e 4)
- Introduzir dispositivo para facilitar pega no lápis, caso não seja feita como esperado para a idade (Fig. 5)
- Ensinar a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras
- Jogar micado
- Oferecer pião para rodar

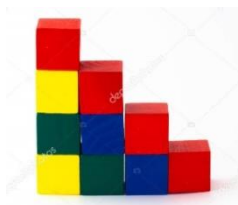


Fig.1



Fig. 2



Fig. 3

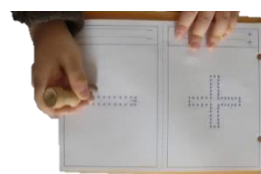


Fig. 4



Fig. 5

5

Fontes: Abecedário da Educação (2018). O desenvolvimento da motricidade fina da criança. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: <https://www.abecedariodaeducacao.pt/2018/12/03/o-desenvolvimento-da-motricidade-fina-da-crianca/> | Direção-Geral da Saúde (2013). Programa nacional de saúde infantil e juvenil. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. | Melo, L. S. [s.d]. O desenho infantil e suas etapas de evolução. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: https://portal.fslf.edu.br/wp-content/uploads/2016/12/tcc_2.pdf | Monroe, R. A. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Pré-escolar e da Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed., Vol. 1). Loures: Lusociência. **Imagens:** <https://pt.depositphotos.com/340644460/stock-photo-toy-wooden-building-blocks-on.html> Acedido em:10/02/2021 | <https://www.redepedagogica.com.br/post/5-dicas-para-ensinar-gente-pequena-a-segurar-o-l%C3%A1pis> Acedido a: 10/02/2021 | <https://descomplicaensinasiteblog.wordpress.com/2017/02/27/movimento-da-pinca/> Acedido em: 10/02/2021 | <https://www.agendalx.pt/events/event/picotar-e-bordar-um-postal/> Acedido em: 10/02/2021.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Costa, A. F. A. (2013). O desenvolvimento da motricidade fina: um estudo de intervenção com crianças em idade pré-escolar (Dissertação de Mestrado). <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1392>
- Delázari, E. Z. (2019). A evolução do desenho infantil. Acedido a: 04/02/2021. Disponível em: <https://inovareducacaodeexcelencia.com/blog/a-evolucao-do-desenho%20-infantil>
- Dias, N. M. B. G. (2011). A precisão e a direccionalidade de uma linha recta traçada por crianças pré-escolares (Dissertação de Mestrado). <http://hdl.handle.net/10400.5/3282>
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Melo, L. S. [s.d]. *O desenho infantil e suas etapas de evolução*. Acedido a: 08/02/2021. Disponível em: https://portal.fslf.edu.br/wp-content/uploads/2016/12/tcc_2.pdf
- Monroe, R. A. (2014). Promoção da saúde da criança em idade pré-escolar e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 622-644). Loures: Lusociência.
- Wilson, D. (2014a). Promoção da saúde do lactente e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 491-552). Loures: Lusociência.
- Wilson, D. (2014b). Promoção da saúde da criança em idade *toddler* e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 587-621). Loures: Lusociência.

Apêndice VI – Jornal de Aprendizagem – Neonatologia



**11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem
Neonatologia

Marta Duarte Cordeiro
Nº5035

Docente orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão



Lisboa
2021

LISTA DE SIGLAS

CCD – Cuidados Centrados no Desenvolvimento

CCF – Cuidados Centrados na Família

COVID-19 – Doença por Coronavírus-19

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

INTRODUÇÃO

O presente jornal de aprendizagem surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, integrada no 11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no decurso do estágio realizado no contexto de neonatologia.

A situação de cuidados exposta foi selecionada por retratar as alterações e restrições consequentes da atual pandemia por COVID-19 e por se ter constituído um momento de aprendizagem significativo na promoção da vinculação pais-bebé na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Torna-se pertinente abordar este tema, uma vez que as limitações da permanência dos pais e visitas na UCIN comprometem os princípios dos cuidados centrados no desenvolvimento (CCD) e dos cuidados centrados na família (CCF) que estão na base dos cuidados pediátricos em geral e particularmente dos cuidados neonatais. Perante isto é iminente analisar e refletir sobre o impacto causado no neurodesenvolvimento do recém-nascido (RN) e no processo de vinculação pais-bebé e sobre quais as estratégias que os enfermeiros podem adotar, tendo em vista a prestação de cuidados humanizados e de qualidade.

A reflexão tem por base o Ciclo Reflexivo de Gibbs, procurando descrever o sucedido, expressar pensamentos e sentimentos, avaliar os pontos positivos e negativos, analisar a situação de diversos pontos de vista, concluir sobre o que poderia ter sido feito de forma diferente e planejar a ação para situações futuras semelhantes. Este processo é fundamentado com evidência científica, de forma a melhorar a compreensão dos acontecimentos e a esclarecer questões que emergiram da sua análise.

Descrição

O D. nasceu de parto eutócico, às 39 semanas e 6 dias, fruto de uma gravidez vigiada e saudável. Por um quadro de asfixia neonatal teve de ser transferido de imediato para a UCIN para cumprir protocolo de hipotermia induzida.

Já depois de ser internada, a mãe testou positivo para a SARSCoV-2, pelo que não podia entrar na UCIN, ficando impossibilitada de visitar o filho até ter um teste negativo. Ao perceber que contraiu o vírus no hospital ficou ansiosa e com medo, pedindo ao pai para não visitar muitas vezes o bebé a fim de evitar que também ele ficasse infetado por COVID-19. Apesar disso, o pai acabou por visitar o filho com regularidade.

Contudo, não só a mãe teve restrições no contacto com o bebé, também o pai viu as suas visitas condicionadas. Devido às restrições impostas pela pandemia, os pais deixaram de poder estar os dois presentes em simultâneo e durante todo o dia, tendo de optar, diariamente, qual deles visitaria o bebé e em que período, da manhã ou da tarde. As visitas de outros familiares foram suspensas, de forma a tentar diminuir o risco de contágio.

Ao longo do internamento foram enviadas mensagens e fotografias à mãe para que, mesmo à distância, pudesse acompanhar o internamento e ver o seu bebé. Foram especialmente registados os momentos em que o D. alcançava pequenas conquistas como o término do protocolo de hipotermia, a primeira toma de leite por tetina e a retirada da sonda nasogástrica. Esta comunicação foi realizada através de um telemóvel da unidade, que utilizei noutros momentos como via de contacto com o pai para lhe transmitir informações sobre a evolução do bebé quando não estava presente. Na sua ausência tive oportunidade de ser eu a conversar, dar colo e interagir com o bebé.

Durante as visitas do pai, promovi o toque, o colo, a participação na mudança da fralda e na alimentação por biberão, utilizando os equipamentos de proteção individual (EPI) necessários (máscara e avental). Era evidente a apreensão e receio do pai numa fase inicial, mas também a sua felicidade ao ver o bebé e saber que estava tudo bem com ele. Sugeri também ao pai tirar uma fotografia com o bebé para sua recordação e que enviei à mãe através do telemóvel do serviço.

No último dia em que estive com o D., a mãe tinha realizado novo teste COVID e se o resultado fosse negativo iria visitar o filho no dia seguinte. A felicidade e esperança estavam estampadas na cara do pai, por finalmente ir chegar o momento, ao fim de duas semanas, em que a mãe ia poder conhecer o seu bebé pessoalmente.

Sentimentos

Esta situação despoletou em mim um misto de sentimentos. Por um lado, senti-me triste e revoltada, porque as restrições decorrentes da pandemia tornam o processo de aceitação do filho doente ainda mais difícil para os pais e dificultam o processo de vinculação, uma vez que o tempo e oportunidades de contacto são mais reduzidos. Por outro lado, deixa-me feliz perceber a capacidade dos profissionais para fazer face a estas dificuldades e arranjar soluções para não se perder a qualidade e humanização dos cuidados. É gratificante ver uma equipa superar-se mesmo em tempos difíceis, adotando estratégias que permitam aos pais e bebés uma experiência o mais positiva possível.

Avaliação

Ao deparar-me com esta situação vejo desde logo a separação física dos pais e do bebé como algo negativo, sendo reflexo de toda a situação pandémica que vivemos atualmente. Contudo, esta experiência foi positiva na medida em que as estratégias adotadas foram boas, permitindo diminuir o distanciamento entre os pais e o bebé, acabando por ter um resultado positivo. Isto leva-me a refletir mais profundamente sobre os vários aspetos implícitos neste caso.

Análise

O D. era imaginado pelos pais como um bebé saudável, com um parto de termo, que tinha tudo para correr bem. De repente os pais viram-se perante uma situação de doença, que obrigava a que o filho fosse internado na UCIN para receber os cuidados médicos de que necessitava. O nascimento de um filho doente torna a transição para a parentalidade numa fase desgastante e desafiante para os pais, pois a imagem do filho real é muito diferente da imaginada (Pimentel, 2007; Fernandes & Silva, 2015). Estes casais veem os seus planos de um futuro idealizado como feliz e cheio de expectativas positivas alterar-se para um futuro imprevisível, repleto de incertezas e angústias (Orzales & Lucia, 2011).

O internamento na UCIN é um processo complicado, que pode afetar o processo normal de vinculação, uma vez que a hospitalização do RN doente pressupõe a separação física de pais e filhos, levando inevitavelmente a uma separação emocional (Wheeler, 2014; Fernandes et al., 2015). A isto acresce a atual situação de pandemia que tornou a adaptação duplamente mais difícil: a mãe

SARSCoV-2 positiva com cessação total das visitas ao filho e o pai sob limitações das visitas no hospital.

Os planos de contingência exigidos pela pandemia vieram alterar a estrutura dos cuidados neonatais com base na promoção do neurodesenvolvimento e dos CCF, interferindo na saúde psicoemocional da família (Montes, Herranz-Rubia & Ferrero, 2020). A impossibilidade de estar junto do filho internado na UCIN contribui para o aumento do stress dos pais, que por sua vez irá afetar o neurodesenvolvimento do bebé, podendo ter consequências difíceis de prever (Murray & Swanson, 2020). Os mesmos autores dizem-nos que numa altura em que o tempo de visita dos pais é reduzido, é importante que a equipa da UCIN garanta os cuidados normalmente prestados pelos pais. Assim, a continuidade da prestação de cuidados pela equipa de saúde quando o bebé não estava acompanhado, assegurando também as necessidades de carinho, afeto e interação foi um aspeto positivo e importante. Segundo a filosofia dos CCF os pais não são considerados visitantes, mas sim os principais cuidadores dos seus filhos, no entanto a atual implementação de horários de visitas restritos leva a uma limitação da participação dos pais nos cuidados (Montes et al., 2020).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015a) a comunicação e partilha de informação são intervenções de enfermagem essenciais para facilitar a transição da parentalidade durante a hospitalização, no entanto as restrições à presença dos pais na UCIN limitam os momentos de interação e comunicação com os enfermeiros (Montes et al., 2020). Neste sentido, nos momentos em que o pai estava presente aproveitei ao máximo para lhe transmitir informação sobre o estado clínico do bebé, esclarecer as suas dúvidas e promover o estabelecimento de uma relação emocional entre os dois, a fim de diminuir o medo e ansiedade e de facilitar a participação nos cuidados ao RN. Estas interações são mutuamente compensadoras e permitem que o bebé se desenvolva a nível cognitivo, emocional e relacional. Além disso irão influenciar também o desenvolvimento cerebral e contribuir para modular as emoções, o pensamento, a aprendizagem e o comportamento ao longo da vida (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2005).

Sendo filho de mãe SARSCoV-2 positiva, o D. teve de ficar em isolamento profilático até ter dois testes negativos. Este isolamento do bebé numa sala específica e o uso de EPI criam uma barreira entre profissionais, pais e RN, resultando em distanciamento físico e emocional. Além disso, isso pode ter impacto na qualidade dos cuidados prestados ao bebé e dificulta a comunicação e colaboração eficazes com a

família (Montes et al., 2020). A utilização de EPI, apesar de necessária, torna-se um fator inibidor do estabelecimento de uma relação pais-bebé, pois o RN não consegue visualizar as expressões faciais dos pais. Perante isto, a comunicação não-verbal, como o toque, o contacto visual e o tom de voz, assume uma importância adicional, pelo que os momentos que proporcionei ao pai para tocar, dar colo e falar com o bebé foram bastante significativos.

Apesar de o contacto telefónico da UCIN ser sempre disponibilizado aos pais para poderem saber dos filhos quando não estão presentes, nesta fase de pandemia houve necessidade de colmatar a ausência dos pais de outra forma, principalmente no caso de mães SARSCoV-2 positivas. Assim, adquiriu-se um telemóvel através do qual a equipa de enfermagem envia mensagens, fotos e vídeos à mãe que não pode visitar o filho, para que possa conhecer e acompanhar o seu bebé internado. Tal como nos dizem Murray et al. (2020) e Montes et al. (2020), as intervenções baseadas em tecnologia podem ser um complemento valioso, pois independentemente do método, a inclusão da família é de extrema importância. A tecnologia oferece aos pais a oportunidade de visitarem o RN, reduzindo a sua ansiedade e stress e também permite a outros membros da família, como irmãos e avós, verem o novo membro.

Esta estratégia assume particular relevância tanto para a transmissão de informações como para o estabelecimento da vinculação da mãe com o bebé, que só pôde ver o bebé pela primeira vez quinze dias após o seu nascimento. Este contacto tardio pode ser prejudicial dado que o contacto inicial entre os pais deve ser o mais precoce possível, pois será determinante para que a vinculação seja eficaz e bem-sucedida, tendo como atributos a proximidade, reciprocidade e compromisso (Brum & Schermann, 2004; Wheeler, 2014).

Conclusão

Após analisar e refletir sobre esta experiência percebo que podia ainda ter sido utilizada outra estratégia igualmente importante e que podia contribuir para uma vinculação ainda mais positiva. A utilização de um diário em que os enfermeiros pudessem escrever sobre o desenvolvimento do bebé e o seu percurso na UCIN, registando momentos marcantes do internamento (Murray et al., 2020), seria importante para permitir que os pais soubessem o que se tinha passado com ele em dias anteriores quando o visitassem, podendo ajudá-los a superar a ansiedade e o stress e a estarem mais envolvidos nos cuidados ao seu filho.

Revendo toda a experiência, posso dizer que a transmissão de informação ao pai, o envolvimento do pai nos cuidados e manutenção de contacto via virtual com a mãe, demonstram que agimos em conformidade com o descrito no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) relativamente às intervenções do enfermeiro, que nos diz que os enfermeiros “decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, família, grupos e comunidade” (OE, 2015b).

Segundo Montes et al. (2020) a atual pandemia exige que os enfermeiros melhorem as suas competências de comunicação e as suas habilidades relacionais para responder aos sentimentos dos pais com empatia e competências culturais. Neste sentido, esta experiência contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) na área da comunicação, nomeadamente, “comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis” e “relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura” (Regulamento n.º 422, 2018), ao recorrer a novas estratégias como o contacto virtual para manter uma comunicação o mais natural e eficaz possível com os pais, de forma a estabelecer uma relação terapêutica. Do mesmo modo, promoveu o desenvolvimento de competências na promoção da vinculação no caso do RN doente ao utilizar estratégias promotoras da esperança realista e do contacto físico pais/RN (Regulamento n.º 422, 2018), tais como o toque, o colo, a participação do pai nos cuidados, tirar fotografias ao pai com o bebé, o envio de fotografias para a mãe e a transmissão de informação.

Plano de Ação

Uma vez ultrapassada esta situação atual de pandemia, manter a utilização deste telemóvel poderá ser uma estratégia igualmente eficaz no caso de pais que estão afastados dos seus bebés, por um período contínuo ou intermitente, pelos mais diversos motivos. Transpondo para a minha prática clínica, no serviço onde exerço funções recebemos muitas vezes bebés que não estão acompanhados pela mãe, pois são transferidos com pouco tempo de vida, enquanto a mãe ainda não teve alta do hospital. Deste modo, o envio de fotografias e vídeos pode ser uma mais-valia para o estabelecimento da vinculação mãe-bebé.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brum, E. H. M. D. & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & saúde coletiva*. 9, 457-467.
- Direção Geral de Saúde (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientações para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS.
- Fernandes, N. G. V. & Silva, E. M. B. (2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*. (4), 107-115.
- Jasper, M. (2003). *Beginning reflexive practice*. Londres: Lynne Wigen.
- Montes, M. T., Herranz-Rubia, N., Ferrero, A., Flórez, A., Quiroga, A., Gómez, A., ... & Jiménez, T. (2020). Neonatal nursing in the COVID-19 pandemic: can we improve the future?. *Journal of Neonatal Nursing*. 26, 247-251.
- Murray, P. D. & Swanson, J. R. (2020). Visitation restrictions: is it right and how do we support families in the NICU during COVID-19?. *Journal of Perinatology*. 40(10), 1576-1581.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização – guia orientador de boa prática*. Cadernos OE, série 1, n.º8. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orzalesi, M. & Lucia, A. (2011). Communication with parents in neonatal intensive care. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 24 (1), 135-137.
- Pimentel, J. (2007). *Um bebé diferente: da individualidade da interação à especificidade da intervenção*. Lisboa, Portugal: Secretariado para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Regulamento N.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.
- Wheeler, B. J. (2014). Promoção da saúde do recém-nascido e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 240 – 293). Loures: Lusociência.

**Apêndice VII – Formação em Serviço – Gestão da dor da criança durante a
vacinação**



**11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Estágio com Relatório

**Formação em Serviço – Gestão da dor da criança durante
a vacinação**

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**Marta Duarte Cordeiro
Nº5035**

Docente orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão



**Lisboa
2020**

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
------------------	---

1. PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO	7
--------------------------------------	---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

Apêndice I – Documento de Suporte da Sessão

ANEXOS

Anexo I – Artigo “A amamentação como estratégia de alívio da dor no lactente: Revisão sistemática”

Anexo II – Artigo “Intervenções não farmacológicas de redução da dor em uso na vacinação de lactentes”

INTRODUÇÃO

A vacinação é a causa mais comum de dor iatrogénica na infância, sendo angustiante para as crianças de todas as idades (Shah, Taddio & Rieder, 2009). A falta de tratamento adequado da dor durante a imunização expõe a criança a sofrimento desnecessário (Taddio, Chambers & Halperin, 2009). No entanto, apesar do conhecimento de que a dor não tratada pode ter consequências a curto e longo prazo, muitas crianças ainda veem a sua dor sub-tratada ou tratada de modo insuficiente, principalmente em relação às vacinas (Tansky & Lindberg, 2010; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013). Shah et al. (2009) afirmam que embora estejam disponíveis técnicas analgésicas para gerir a dor associada às imunizações, estas não têm sido incorporadas na prática clínica.

A dor constitui-se como o 5º sinal vital e o seu controlo é considerado um dever dos profissionais de saúde, uma norma de boa prática e uma rotina na abordagem das pessoas de todas as idades (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003). Todos os profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor das crianças, devendo dar especial atenção à dor provocada por atos de diagnóstico ou terapêutica, a fim de promover o conforto da criança e a humanização dos cuidados de saúde (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], 2018).

O tratamento da dor durante a administração de vacinas não só reduz o desconforto durante o procedimento, como também melhora a satisfação da crianças e da família face a esta experiência (Taddio et al., 2009). As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, pois são capazes de modificar o significado da dor através de uma reestruturação das expectativas e construções associadas à vivência da dor, alterando as cognições responsáveis pelas reações de medo e ansiedade (Linhares & Doca, 2010). Existem diversas estratégias não farmacológicas que podem ser utilizadas na prevenção da dor de crianças durante a vacinação, tais como amamentação, sucção não nutritiva, administração de sacarose ou glicose, posicionamento/contenção, distração, relaxamento e reforço positivo. O creme anestésico tópico é uma intervenção farmacológica igualmente relevante durante a vacinação (DGS, 2012; OE, 2013; APED, 2018).

Além dos benefícios nutricionais e afetivos que a amamentação tem para o lactente, também pode ser uma intervenção eficaz no alívio da dor (OE, 2013). O leite

materno contém propriedades analgésicas, uma vez que contem endorfina, substância química que ajuda a suprimir a dor (Agarwal, 2011). Amamentar aumenta a segurança da mãe e diminui a ansiedade do lactente, pois engloba três componentes analgésicos e promotores do conforto: o contacto pele-a-pele, o sabor adocicado e a sucção (Tansky et al., 2010). Desta forma, ajuda a superar a dor, ao mesmo tempo que reforça a eficiência da vacina. Taddio et al. (2009) referem que as vacinas são incomuns comparativamente com a frequência da amamentação, pelo que é improvável que a criança associe a amamentação a procedimentos dolorosos. É recomendado que o bebé seja colocado a mamar antes de iniciar o procedimento e que se mantenha durante e alguns minutos após a administração da última vacina (Taddio et al., 2009; DGS, 2012).

A sucção não nutritiva é recomendada para os bebés até aos 12 meses que não estejam a fazer aleitamento materno ou que já utilizem chucha (DGS, 2012; APED, 2018). O uso da chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto do lactente, pois reduz as respostas comportamentais, fisiológicas e hormonais nos procedimentos dolorosos (OE, 2013; Jacob, 2014). A analgesia promovida pela chucha ocorre durante os movimentos ritmados de sucção, pelo que pode haver um fenómeno de dor quando a sucção é interrompida (OE, 2013).

A administração de sacarose ou glicose a 30% pode ou não ser associada à sucção não nutritiva, tendo igualmente efeitos analgésicos e calmantes em lactentes sujeitos a procedimentos (Jacob, 2014; APED, 2018). A solução adocicada contribui para diminuir o tempo de choro e atenua a mímica facial de dor, através da libertação de endorfinas endógenas (OE, 2013). Devem ser administrados 2 ml de solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento (DGS, 2012).

O posicionamento de conforto deve ser privilegiado em todas as idades. Para os bebés estar ao colo dos pais é um contacto seguro e reconfortante que ajuda a reduzir a dor e mantém o bebé mais calmo (APED, 2018). Isto deve-se ao facto de o contacto físico com pais atenuar a resposta comportamental e fisiológica à dor (OE, 2013). Para as crianças mais crescidas o posicionamento de conforto, que pode ser ao colo dos pais com um abraço reconfortante ou sentado na marquesa (conforme preferência da criança), promove uma sensação de controlo e segurança e oferece aos pais uma oportunidade de participação positiva (APED, 2018).

A distração com leitura, música ou vídeos em simultâneo à realização do procedimento é uma técnica amplamente defendida como sendo eficaz em todas as idades (OE, 2013). Isto vai direcionar a atenção da criança para longe do estímulo doloroso, em direção a um estímulo alternativo e agradável, através de atividades multissensoriais e interativas que envolvem a cognição ou o comportamento (DGS, 2012; APED, 2018). É particularmente eficaz no controlo da dor de curta duração, como a punção para a imunização (OE, 2013). Um brinquedo interativo, com som, luz e vibração para os lactentes e as bolas de sabão para crianças do 1 aos 6 anos, poderão ser opções eficazes e simples de adquirir e aplicar para promover a distração antes e durante as vacinas. Pedir aos pais que coloquem no telemóvel desenhos animados ou jogos do interesse da criança também será uma hipótese facilmente acessível (OE, 2013; APED, 2018).

A música é simultaneamente uma técnica de distração e relaxamento. A musicoterapia ajuda a diminuir o stress e a tensão, devido às propriedades analgésicas e ansiolíticas da música, permitindo a fuga para um universo sem dor durante os procedimentos dolorosos (DGS, 2012; OE, 2013; APED, 2018). Tal como sugerido pela OE (2013), o telemóvel pode ser novamente um recurso para pôr música a tocar enquanto a enfermeira vai preparar as vacinas e mantê-la a tocar durante a administração da(s) mesma(s).

O reforço positivo é uma técnica que promove o elogio da criança ou recompensa após procedimentos dolorosos, com o objetivo de modificar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, transformando-o num desafio (Linhares & Doca, 2010). Pode ser realizado através do elogio verbal ou da entrega de prémios como um diploma, autocolante ou brinquedo no final do procedimento (DGS, 2012).

Por fim, o creme anestésico tópico é uma boa estratégia quando é necessário realizar manobras invasivas simples da pele, tais como a vacinação, em qualquer idade (DGS, 2012). Para alcançar o efeito de anestesia tópica da pele e reduzir a dor da vacina, os adesivos com creme anestésico devem ser colocados nos locais onde vão ser dadas as injeções cerca de uma hora antes (APED, 2018). Visto que em contexto de consulta de saúde infantil não é possível fazer esta aplicação atempadamente, será benéfico sugerir aos pais a aquisição deste creme na farmácia, conforme as suas possibilidades, e instruí-los a aplicá-lo antes de saírem de casa nos dias das vacinas.

Durante a consulta de saúde infantil verifiquei que o posicionamento de conforto em crianças a partir dos 12 meses e a distração com uma roca são estratégias utilizadas, no entanto ficam um pouco aquém dos resultados desejados. Pude perceber também que antes da atual situação de pandemia, eram usados recursos como as bolas de sabão e um brinquedo com cor, som e luzes, que deixaram de ser utilizados devido à necessidade de alteração de instalações, acabando por cair no esquecimento. Tendo em consideração estes factos, julgo ser pertinente a realização de uma sessão de análise de práticas, de forma a promover a reflexão em grupo com os enfermeiros que realizam a vacinação de crianças na UCSP, bem como a disponibilização de alguma evidência científica que dê suporte às sugestões por mim apresentadas, a fim de melhorar práticas que promovam o conforto da criança durante a vacinação.

1. PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Gestão da Dor na Criança Durante a Vacinação

População alvo: Enfermeiros da UCSP

Formadora: Enf.^a Marta Cordeiro

Local: UCSP – Sala de Reuniões

Data: 15/12/2020

Hora: 12H30

Duração: 30 minutos

Objetivo Geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a utilização de estratégias de gestão da dor da criança durante a vacinação.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar para aplicação de estratégias que minimizem o sofrimento e promovam o conforto da criança;
- Apresentar algumas estratégias farmacológicas e não farmacológicas para prevenir e diminuir a dor da criança durante a vacinação;
- Refletir em grupo sobre as práticas correntes e possíveis melhorias.

Etapas	Conteúdos	Métodos	Recursos	Tempo
Introdução	• Apresentação do tema da sessão • Apresentação dos objetivos da sessão	Expositiva	Formadora	3'
Desenvolvimento	• Entrega de documento de suporte à formação (Apêndice I) • Explorar problemática da dor durante a vacinação • Salientar estratégias para gerir a dor e promover o conforto da criança durante a vacinação • Reflexão em grupo sobre estratégias utilizadas e implementação/utilização das estratégias propostas	Expositiva Participativa	Documento de suporte Formadora Formandos	22'
Conclusão	• Disponibilização de artigos científicos sobre amamentação enquanto estratégia não farmacológica da gestão da dor da criança durante a vacinação (Anexos I e II) • Esclarecimento de dúvidas	Participativa	Artigos científicos Formadora Formandos	5'

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agarwal R. (2011). Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *The World Health Organization Reproductive Health Library*. Geneva: World Health Organization.
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2018). *Desenhos da minha dor*. Lisboa: Círculo Médico.
- Direção-Geral da Saúde (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Circular Normativa Nº 09/DGCG. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Orientação n.º 022/2012. Lisboa: DGS.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e gestão da dor na criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 188 – 239). Loures: Lusociência.
- Linhares, M. B. M. & Doca, F. N. P. (2010), Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*. 18 (2), 307-325.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série 1, n.º6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Shah, V., Taddio, A., & Rieder, M. J. (2009). Effectiveness and tolerability of pharmacologic and combined interventions for reducing injection pain during routine childhood immunizations: systematic review and meta-analyses. *Clinical Therapeutics*. 31 (Supl. B), 104-115.
- Taddio A., Chambers, C. T., Halperin, S. A. ... Shah, V. (2009). Inadequate pain management during routine childhood immunizations: the nerve of it. *Clinical Therapeutics*. 31 (Supl. B), 152-167.
- Tansky, C., & Lindberg, C. (2010). Breastfeeding as a pain intervention when immunizing infants. *Journal for Nurse Practitioners*. 6(4), 287-295.

APÊNDICES

Apêndice I – Documento de Suporte da Sessão

GESTÃO DA DOR DA CRIANÇA DURANTE A VACINAÇÃO

A vacinação é a causa mais comum de dor iatrogénica na infância, sendo angustiante para as crianças de todas as idades (Shah, Taddio & Rieder, 2009). A falta de tratamento adequado da dor durante a imunização expõe a criança a sofrimento desnecessário (Taddio, Chambers & Halperin, 2009).

O tratamento da dor durante a administração de vacinas não só reduz o desconforto durante o procedimento, como também melhora a satisfação da criança e da família face a esta experiência (Taddio et al., 2009).

Como tal, existe um conjunto de estratégias que podemos utilizar para gerir a dor da criança durante a vacinação:

Amamentação – Engloba três componentes analgésicos e promotores do conforto: o contacto pele-a-pele, o sabor adocicado e a sucção (Tansky & Lindberg, 2010). Ajuda a superar a dor, ao mesmo tempo que reforça a eficiência da vacina. As vacinas são incomuns comparativamente com a frequência da amamentação, pelo que é improvável que a criança associe a amamentação a procedimentos dolorosos (Taddio et al., 2009).

Aplicação: É recomendado que o bebé seja colocado a mamar antes de iniciar o procedimento e que se mantenha durante e alguns minutos após a administração da última vacina (Taddio et al., 2009; DGS, 2012).

Sucção não nutritiva – Inibe a hiperatividade e modula o desconforto do lactente. A analgesia promovida pela chucha ocorre durante os movimentos ritmados de sucção, pelo que pode haver um fenómeno de dor quando a sucção é interrompida (OE, 2013).

Aplicação: Recomendada para os bebés até aos 12 meses que não estejam a fazer aleitamento materno ou que já utilizem chucha (DGS, 2012; APED, 2018).

Sacarose/glicose a 30% – Pode ou não ser associada à sucção não nutritiva, tendo igualmente efeitos analgésicos e calmantes em lactentes (Jacob, 2014; APED, 2018).

Aplicação: Administrar 2 ml de solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento (DGS, 2012).

Posicionamento e contenção – Contacto físico com pais atenua a resposta comportamental e fisiológica à dor (OE, 2013).

Aplicação: Bebés – colo dos pais; Crianças – colo dos pais com um abraço reconfortante ou sentado na marquesa (conforme preferência da criança) (APED, 2018).

Distração – Direciona a atenção da criança para longe do estímulo doloroso, em direção a um estímulo alternativo e agradável, através de atividades multissensoriais e interativas (DGS, 2012; APED, 2018).

Aplicação: Bebés – brinquedo interativo, com som, luz e vibração; Crianças 1 a 6 anos – bolas de sabão; Todas as idades – desenhos animados, jogos ou música no telemóvel que os pais podem colocar enquanto o enfermeiro prepara as vacinas (DGS, 2012; OE, 2013; APED, 2018).

Reforço positivo – Tem o objetivo de modificar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, transformando-o num desafio (Linhares & Doca, 2010).

Aplicação: Elogio verbal ou da entrega de prémios como um diploma, autocolante ou brinquedo no final do procedimento (DGS, 2012).

Creme anestésico tópico – Eficaz em manobras invasivas simples da pele (DGS, 2012).

Aplicação: Para alcançar o efeito de anestesia tópica da pele e reduzir a dor da vacina, os adesivos com creme anestésico devem ser colocados nos locais onde vão ser dadas as injeções cerca de uma hora antes (APED, 2018).

Visto que em contexto de consulta/vacinação não é possível fazer esta aplicação atempadamente, será benéfico sugerir aos pais a aquisição deste creme na farmácia, conforme as suas possibilidades, e instruí-los a aplicá-lo antes de saírem de casa nos dias das vacinas. Podem ser lembrados a cada consulta aquando da indicação da data de vacinação.

Referências:

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2018). Desenhos da minha dor. Lisboa: Círculo Médico.
- Direção-Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Orientação n.º 022/2012. Lisboa: DGS.
- Linhares, M. B. M. & Doca, F. N. P. (2010), Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. Temas em Psicologia. 18 (2), 307-325.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série 1, n.º6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Shah, V., Taddio, A., & Rieder, M. J. (2009). Effectiveness and tolerability of pharmacologic and combined interventions for reducing injection pain during routine childhood immunizations: systematic review and meta-analyses. Clinical Therapeutics. 31 (Supl. B), 104-115.
- Taddio A., Chambers, C. T., Halperin, S. A. ... Shah, V. (2009). Inadequate pain management during routine childhood immunizations: the nerve of it. Clinical Therapeutics. 31 (Supl. B), 152-167.
- Tansky, C., & Lindberg, C. (2010). Breastfeeding as a pain intervention when immunizing infants. Journal for Nurse Practitioners. 6(4), 287-295.

ANEXOS

**Anexo I – Artigo “A amamentação como estratégia de alívio da dor no lactente:
Revisão sistemática”**

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**A AMAMENTAÇÃO COMO ESTRATÉGIA
DE ALÍVIO DA DOR NO LACTENTE:
REVISÃO SISTEMÁTICA**

**LA LACTANCIA COMO ESTRATEGIA DE ALIVIO
DEL DOLOR EN EL LACTANTE:
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**BREASTFEEDING AS AN INFANT
PAIN RELIEF STRATEGY:
SYSTEMATIC REVIEW**

Marta Antónia Fernandes Caeiro Chora – Doutora em Sociologia, Professora Adjunta na Universidade de Évora – Departamento de Enfermagem, Évora, Portugal

Neuza Marta Sanches Amelxa Alves – Licenciada em Enfermagem, Enfermeira na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal EPE – Hospital São Bernardo, Setúbal, Portugal

VOL. 4 N.º 2 AGOSTO 2018

RESUMO

A dor apresenta repercussões negativas no lactente, pelo que é crucial perceber a eficácia das estratégias não farmacológicas de alívio da dor, como é o caso da amamentação.

Objetivo: Avaliar a eficácia da amamentação como estratégia de alívio da dor no lactente.

Métodos: Pesquisa realizada na plataforma EBSCO e B-on, utilizando os descritores em Ciências da Saúde na língua inglesa: *infant, pain management, breastfeeding*, com recurso à interseção entre os mesmos através do operador booleano "and". Tendo em conta os delimitadores de pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma amostra de 4 artigos.

Resultados: Os lactentes sujeitos a amamentação experienciaram menor dor, comparativamente aos lactentes que apenas estavam ao colo da mãe, aos lactentes sujeitos à administração de um substituto do leite materno ou aos lactentes sujeitos à aplicação de massagem terapêutica, no entanto, relativamente aos lactentes sujeitos à administração de solução oral de dextrose a 25%, a experiência de dor foi idêntica.

Conclusões: Os estudos analisados são unânimes nos seus resultados, considerando a amamentação como uma estratégia eficaz no alívio da dor no lactente.

Descritores: Lactente; gestão da dor; amamentação.

ABSTRACT

Pain has negative repercussions in the infant, so it is crucial to understand the efficacy of non-pharmacological strategies for pain relief, such as breastfeeding.

Objective: To evaluate the efficacy of breastfeeding as a strategy to relieve pain in the infant.

Methods: Research conducted at platform EBSCO and B-on, using the descriptors in Health Sciences in the English language: *Infant, pain management, breastfeeding*, using the intersection between them through the boolean operator "and". Considering the search delimiters and the inclusion and exclusion criteria, a sample of 4 articles was obtained.

Results: Breastfed infants experienced less pain, compared to infants who were only on the mother's lap, infants who were given a breast-milk substitute, or infants undergoing therapeutic massage, but for infant's subject to the administration of 25% dextrose oral solution, the pain experience was identical.

Conclusions: The studies analyzed are unanimous in their results, considering breastfeeding as an effective strategy in the relief of pain in the infant.

Descriptors: Infant; pain management; breastfeeding.

RESUMEN

El dolor presenta repercusiones negativas en el lactante, por lo que es crucial percibir la eficacia de las estrategias no farmacológicas de alivio del dolor, como es el caso de la lactancia.

Objetivo: Evaluar la eficacia de la lactancia como estrategia de alivio del dolor en el lactante.

Métodos: Investigación realizada en la plataforma EBSCO y B-on, utilizando los descriptores en Ciencias de la Salud en la lengua inglesa: *infant, pain management, breastfeeding*, con recurso a la intersección entre los mismos a través del operador booleano "and". Teniendo en cuenta los delimitadores de investigación y los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra de 4 artículos.

Resultados: Los lactantes sujetos a la lactancia experimentaron menor dolor en comparación con los lactantes que sólo estaban en el cuello de la madre, a los lactantes sujetos a la administración de un sustituto de la leche materna oa los lactantes sujetos a la aplicación de masaje terapéutico, sin embargo, para los lactantes sujetos a la administración de solución oral de dextrosa al 25%, la experiencia de dolor fue idéntica.

Conclusiones: Los estudios analizados son unánimes en sus resultados, considerando la lactancia como una estrategia eficaz en el alivio del dolor en el lactante.

Descriptores: Lactante; gestión del dolor; amamantamiento.

INTRODUÇÃO

A dor é descrita pela *International Association for the Study of Pain (IASP)* como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial, como também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidular concreta ou potencial⁽¹⁾. Em 2003, a dor foi instituída como o 5.º sinal vital pela Direção Geral da Saúde⁽²⁾.

No entanto, a dor em pediatria continua a ser pouco valorizada, apesar da evidência de que as vias nervosas, necessárias a essa experiência, encontram-se totalmente desenvolvidas desde as 28 semanas de gestação, e que a criança percebe a dor desde o nascimento⁽²⁾.

A subvalorização da dor na criança resulta, parcialmente, da inexistência de um marcador biológico da dor específico, do incompleto conhecimento da sua fisiopatologia e da subjetividade da dor na criança, e tem como consequência uma gestão inadequada das estratégias de alívio da dor⁽⁴⁾.

A gestão inadequada das estratégias de prevenção e alívio da dor, vai prolongar a resposta de stress na criança, afetando negativamente a sua recuperação, e modificando a resposta futura à dor⁽⁵⁾.

Relativamente à população em estudo, o lactente, o facto de não conseguir verbalizar a sua dor, considera-se um obstáculo ao reconhecimento da dor, pelos profissionais de saúde.

Assim, há que reconhecer outras manifestações não verbais, de dor no lactente, sendo as mais frequentes são: o choro, os olhos fechados com as sobrancelhas elevadas, sulcos nasolabiais marcados, arqueamento do tronco, agitação, localização e proteção da zona dolorosa, alteração dos períodos de sono e vigília e da alimentação, e sinais físicos (taquicardia, taquipneia e hipertensão arterial)⁽⁶⁾.

O enfermeiro, tendo em conta que, os procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos, são a causa mais comum de dor na criança que recorre aos serviços de saúde, deve prevenir e tratar a dor decorrente desses procedimentos, reconhecendo que as intervenções não farmacológicas são um importante recurso no alívio da dor, de forma isolada ou em complementaridade com as farmacológicas⁽⁴⁾.

Como intervenção não farmacológica de alívio da dor no lactente, é abordada a amamentação, que além dos reconhecidos benefícios nutritivos e afetivos⁽⁸⁾, abrange vários princípios de alívio da dor, como provar uma solução doce, a distração e o contato físico⁽⁷⁾. Em procedimentos potencialmente dolorosos, como a vacinação, vários estudos demonstram que a criança a amamentar chora por menos tempo, e que apresenta o score inferior nas escalas de avaliação da dor⁽⁹⁾.

Sendo assim, e tendo em consideração as repercussões da dor na criança, nomeadamente no lactente, torna-se importante promover estratégias de alívio da dor, como a amamentação, mas para isso, é necessário primeiro perceber a sua eficácia.

METODOLOGIA

A evidência científica conduz à construção de uma reflexão crítica e construtiva da prática em enfermagem, contribuindo para o seu desenvolvimento em prol da qualidade dos cuidados⁽⁸⁾. Os enfermeiros devem refletir, avaliar e modificar a sua prática clínica, com base em conhecimentos adquiridos pela pesquisa sistemática na área da saúde, adotando uma prática baseada na evidência, essa pesquisa deve ser efetuada através de um formato sistematizado, de modo a obter dados confiáveis⁽⁹⁾.

No presente estudo, foi utilizada o método da mnemónica participantes, intervenção, comparação e outcomes (PICO), para definir a questão de investigação: Qual a eficácia da amamentação como estratégia de alívio da dor no lactente? Como tal, o objetivo foi avaliar a eficácia da amamentação como estratégia de alívio da dor no lactente.

Foi realizada uma pesquisa na plataforma EBSCO e B-on, sendo seleccionadas todas as bases de dados disponíveis, utilizando os descritores em Ciências da Saúde (DeCS edição 2017)⁽¹⁰⁾ na língua inglesa: *Infant, pain management, breastfeeding*, com recurso à interseção entre os mesmos através do operador booleano "and".

Foram estabelecidos como delimitadores de busca: artigos com texto completo (*full text*); publicados num intervalo temporal de 2011 a 2017; na língua portuguesa, inglesa e espanhola.

Os critérios de inclusão foram: estudos primários que apresentassem nos seus resultados a eficácia da amamentação como estratégia de alívio da dor no lactente. E, os critérios de exclusão foram: estudos que não fossem primários; estudos onde a população não fosse lactente; estudos que não apresentassem resultados sobre a eficácia da amamentação como estratégia de alívio da dor no lactente.

A pesquisa nas bases de dados foi realizada no período de novembro de 2017 a janeiro de 2018. Da pesquisa efetuada nas bases de dados mencionadas, com os descritores seleccionados e tendo em conta os delimitadores de busca, obtiveram-se um total de 67 artigos, dos quais, após leitura e exclusão dos artigos repetidos, foram seleccionados 9. Dos 9 artigos, após uma análise mais detalhada, foram ainda excluídos 5 artigos, por não darem resposta à questão de investigação, ficando um total de 4 artigos seleccionados.

Aos 4 artigos seleccionados, foi realizada uma avaliação da qualidade metodológica, através da aplicação das respetivas grelhas de The Joanna Briggs Institute (JBI). O JBI desenvolveu teorias, metodologias e processos rigorosos para a avaliação crítica e síntese de evidên-

cias, avaliando a sua aplicabilidade através de ferramentas padronizadas, garantido que apenas evidências com qualidade metodológica foram incluídas⁽¹²⁾.

Considerou-se que, para os estudos pesquisados serem incluídos nesta revisão sistemática, deveriam ser identificados 70% dos itens contidos na respetiva grelha de avaliação de JBI.

EXTRAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos incluídos nesta revisão foram publicados entre 2003 e 2017 e são todos estudos randomizados. Os participantes de todos os estudos são lactentes, com idade compreendida entre 1 e os 12 meses de idade.

Na tabela seguinte (Tabela 1) são apresentados os dados extraídos dos estudos analisados, para uma melhor perceção, a tabela apresenta-se dividida em: título do artigo, autor/ano, amostra, método de pesquisa, intervenções/fenómenos de interesse, população/amostra, objetivo do estudo e resultados obtidos pelos autores dos estudos.

Tabela 1 – Recolha de dados dos estudos analisados.

	Título do Artigo	Autor/Año	País	Amostra	Métodos de Pesquisa	Intervenção/Fenômenos de Interesse
A1	"Effectiveness of Breast Feeding on Pain Perception During Vaccination among Infants" ⁽¹⁾	Chittaluri V, Rani S (2017)	Índia	200 lactentes divididos em 2 grupos, 100 em cada grupo.	Estudo experimental, controlado e randomizado.	Grupo 1: foram sujeitos a amamentação 5 minutos antes da vacinação, e mantiveram durante e após o procedimento. Grupo 2: grupo controle, ficou ao colo da mãe.
	Objetivo do Estudo	Avaliar a eficácia da amamentação na percepção da dor, durante a vacinação em lactentes entre 1 e os 6 meses de idade.				
	Resultados	Os lactentes do grupo 1 apresentaram uma redução significativa na percepção da dor durante a vacinação, relativamente ao grupo 2.				
A2	"Breastfeeding for acute pain control on infants: a randomized controlled trial" ⁽²⁾	Zurita-Cruz J, Rivas-Ruiz R, Gordillo-Alvarez V, Villasis-Keever M (2017)	México	144 lactentes divididos em 3 grupos, 48 em cada grupo.	Estudo clínico, controlado e randomizado.	Grupo 1: foram sujeitos a amamentação 2 minutos antes da vacinação. Grupo 2: foi oferecido um substituto do leite materno dois minutos antes da vacinação. Grupo 3: grupo de controle.
	Objetivo do Estudo	Determinar a eficácia da amamentação no controle da dor, após vacinação, quando comparada com substitutos do leite materno e com a não aplicação de qualquer estratégia de controle da dor, em lactentes entre 2 e 6 meses de idade.				
	Resultados	O grupo sujeito a amamentação teve menos tempo de choro e menor classificação na escala de intensidade da dor, em comparação com os outros 2 grupos. Enquanto que entre o grupo 2 e o grupo 3 não houve diferença significativa no tempo de duração do choro ou na avaliação da escala da dor.				

Tabela 1 – Recolha de dados dos estudos analisados.

	Título do Artigo	Autor/Ano	País	Amostra	Métodos de Pesquisa	Intervenção/Fenómenos de Interesse
A.3	"A comparative study on vaccination pain in the methods of massage therapy and mothers' breast feeding during injection of infants referring to Navabsafavi Health Care Center in Isfahan" ⁽¹³⁾	Esfahani M, Sheykhi S, Abdeyazdan Z, Jodakee M, Boroumandfar K (2013)	Irão	96 lactentes divididos em 3 grupos, 32 em cada grupo.	Estudo clínico randomizado.	Grupo 1: grupo de controlo. Grupo 2: sujeitos a amamentação durante a vacinação. Grupo 3: o investigador massajou a planta do pé/palma da mão do lactente durante 60 segundos antes de vacinar.
	Objetivo do Estudo	Comparar a dor relacionada com vacinação em lactentes, com 6 e 12 meses de idade, submetidos a massagem terapêutica ou a amamentar durante o procedimento.				
	Resultados	A dor foi significativamente menor no grupo que amamentou durante a vacinação, relativamente aos outros dois grupos. A dor foi também menor no grupo de massagem terapêutica, relativamente ao grupo de controlo.				
A.4	"Comparison of analgesic effect of direct breastfeeding, oral 25% dextrose solution and placebo during 1st DPT vaccination in healthy term infants: a randomized, placebo controlled trial" ⁽¹⁴⁾	Goawami G, Upadhyay A, Gupta N, Chaudhry R, Chawla D, Sreenivas V (2013)	Índia	120 lactentes divididos em 3 grupos, 40 em cada grupo.	Estudo randomizado controlado com placebo.	Grupo 1: sujeitos a amamentação 2 minutos antes da vacinação e durante o procedimento. Grupo 2: foi administrado por seringa 2 ml de solução oral de dextrose a 25%, 2 minutos antes da vacinação. Grupo 3: foi administrado por seringa 2 ml de água destilada oral, 2 minutos antes da vacinação.
	Objetivo do Estudo	Comparar o efeito analgésico da amamentação, da solução de dextrose a 25% e do placebo, durante a vacinação, em lactentes entre as 6 semanas e os 3 meses de idade.				
	Resultados	A duração do tempo do choro foi significativamente menor no grupo que amamentou e no grupo em que foi administrada a solução de dextrose a 25% em comparação com o grupo em que foi administrada água destilada.				

Os resultados obtidos emergiram de uma leitura livre dos artigos seleccionados, tendo sido extraídos apenas os que abordavam a eficácia da amamentação como estratégia de alívio da dor no lactente.

Pode-se constatar, através da análise dos resultados obtidos, que a amamentação constitui uma estratégia eficaz no alívio da dor no lactente.

No estudo A1, os lactentes que sujeitos a amamentação antes, durante e após a vacinação, experienciaram uma dor moderada durante o procedimento, enquanto que, os lactentes do grupo de controlo, que estavam ao colo da mãe, experienciaram uma dor severa. A dor foi avaliada pelos Investigadores através da *Modified Behavioral Pain Scale* (MBPS) e pelas mães através da *Visual Analogue Scale* (VAS).

No estudo A2, a dor no lactente foi avaliada através da avaliação do tempo de choro e da aplicação de uma escala de dor pediátrica (Escala do Hospital Universitário Pediátrico de Wisconsin), constatando-se que, os lactentes do grupo 1, que foram sujeitos a amamentação durante 2 minutos antes da vacinação, tiveram menos tempo de choro e menor classificação na escala de intensidade da dor, em comparação com os lactentes do grupo 2, a quem foi oferecido um substituto do leite materno 2 minutos antes do procedimento, e com os lactentes do grupo 3, a quem não foi realizada nenhuma intervenção.

Ainda no estudo A2, comparando os lactentes do grupo 2 com os do grupo 3, não apresentaram diferença significativa no tempo de duração do choro ou na avaliação da escala da dor.

Relativamente ao estudo A3, os lactentes foram divididos em 3 grupos: no grupo 1 foram sujeitos a amamentação durante a vacinação, no grupo 2 foi realizada uma massagem terapêutica, pelo Investigador, na planta do pé ou palma da mão, do membro onde posteriormente foi administrada a vacina, durante 60 segundos, e o grupo 3 foi o de controlo, nos 3 grupos os lactentes estavam abraçados pelas mães.

No estudo A3, a dor, que foi avaliada pela *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), foi significativamente menor no grupo que amamentou durante a vacinação, comparativamente aos outros dois grupos. Em relação à massagem terapêutica, apesar de não ser tão eficaz no controlo da dor como a amamentação, constatou-se que também proporciona algum alívio da dor no lactente, quando comparada com a avaliação da dor no grupo de controlo.

O estudo A4 compara a eficácia da amamentação, na gestão da dor do lactente, com a administração de solução oral de dextrose a 25% e com a administração de placebo oral (água destilada). Neste estudo os lactentes foram divididos em 3 grupos: no grupo 1 inici-

aram a amamentação 2 minutos antes da vacinação e mantiveram durante o procedimento, no grupo 2 foi administrada solução oral de dextrose a 25% (2 ml por seringa) 2 minutos antes do procedimento, e no grupo 3 foi administrada água destilada oralmente (2 ml por seringa) 2 minutos antes do procedimento.

No estudo A4 a dor foi avaliada pelo tempo de duração do choro após a administração da vacina. A duração do tempo do choro foi significativamente menor no grupo de lactentes que amamentou e no grupo de lactentes em que foi administrada a solução oral de dextrose a 25% comparativamente ao grupo em que foi administrada água destilada oral. Quando comparada a amamentação com a administração de solução oral de dextrose a 25%, não existe uma diferença significativa no controlo da dor no lactente.

CONCLUSÕES

A dor na criança é uma problemática atual, como tal, as estratégias de prevenção e alívio, tem sido alvo de vários estudos, quer avaliando a eficácia de estratégias específicas farmacológicas e não farmacológicas, quer comparando a eficácia das mesmas.

Assim, e considerando que a prevenção e alívio da dor, nomeadamente durante a realização de procedimento potencialmente dolorosos, é uma competência do enfermeiro, deve existir uma preocupação na implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas sempre que possível, que permitam um controlo eficaz da dor na criança.

Na presente revisão da literatura, o objetivo definido, de avaliar a eficácia da amamentação como estratégia de alívio da dor no lactente, foi alcançado, uma vez que se conseguiu dar resposta à pergunta PICO, inicialmente formulada.

Os estudos analisados são unânimes nos seus resultados, considerando a amamentação como uma estratégia eficaz no alívio da dor no lactente. Relativamente à sua eficácia comparativamente com outras estratégias, um dos estudos conclui que, a amamentação é mais eficaz que a massagem terapêutica, e outro estudo, que é igualmente eficaz à solução oral de dextrose a 25%.

Perante estes resultados, conclui-se que, a amamentação, além de proporcionar conforto pelo contacto com a mãe, constitui uma estratégia eficaz, natural, inócua e acessível no alívio da dor no lactente.

Assim, pretendeu-se contribuir para a valorização das estratégias não farmacológicas de alívio da dor, e para que os enfermeiros, como profissionais de saúde, possam adquirir e atualizar conhecimentos, tendo por base a evidência científica, acerca da eficácia da amamentação como estratégias de alívio da dor no lactente.

BIBLIOGRAFIA

1. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. O que é a dor?. [web page] [citado em 20 out 2017]. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor>
2. Direcção Geral da Saúde. A dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor. Vol. 9, Circular Normativa [Internet]. 2003 [citado em 20 out 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
3. Direcção Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação da Direcção-Geral de Saúde [Internet]. 2010 [citado em 20 out 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/?cr=16946>
4. Batalha L. Dor em pediatria: compreender para mudar. Lidel; 2010.
5. Hockenberry MJ, Wilson DW. Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª ed, Vol I e Vol II. Lusociência - Edições; 2014.
6. Ordem dos Enfermeiros. DOR - Guias Orientadores de Boa Prática. Cadernos OE [Internet]. 2008 [citado em 20 out 2017]; 1-55. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>
7. Halpert C, Meier S, Naus M. Reducing Immunization Injection pain in Infants. British Columbia Medical Journal [Internet]. (2015, Junho), [consult. em 10 dez 2017]; 57(5): 189. Disponível em: Complementary Index.
8. Polit D, Beck C. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2011.
9. DeCS - Descritores em Ciências da Saúde. Decs.bvs.br [Internet]. 2017 [citado em nov 2017]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>
10. Joanna Briggs Institute - JBI. Joannabriggs.org [Internet]. 2017 [citado em 10 dez 2017]. Disponível em: <http://joannabriggs.org/>

11. Chittaluri V, Rani S. Effectiveness of Breast Feeding on Pain Perception During Vaccination among Infants. *International Journal Of Nursing Education* [Internet]. (2017, abril), [citado em 4 jan 2018]; 9(2): 52. Disponível em: Complementary Index.
12. Zurita-Cruz J, Rivas-Ruiz R, Gordillo-Álvarez V, Villasis-Keever M. Breastfeeding for acute pain control on Infants: a randomized controlled trial. *Nutricion Hospitalaria* [Internet]. (2017, março 30), [citado em 4 jan 2018]; 34(2): 301-307. Disponível em: MEDLINE with Full Text.
13. Estahani M, Sheykhi S, Abdeyazdan Z, Jodakee M, Boroumandfar K. A comparative study on vaccination pain in the methods of massage therapy and mothers' breast feeding during injection of Infants referring to Navabsafavi Health Care Center in Istahan. *Iranian Journal Of Nursing & Midwifery Research* [Internet]. (2013, novembro), [citado em 4 jan 2018]; 18(6): 494. Disponível em: Complementary Index.
14. Goswami G, Upadhyay A, Gupta N, Chaudhry R, Chawla D, Sreenivas V. Comparison of analgesic effect of direct breastfeeding, oral 25% dextrose solution and placebo during 1st DPT vaccination in healthy term Infants: a randomized, placebo controlled trial. *Indian Pediatrics* [Internet]. (2013, julho), [citado em 4 jan 2018]; 50(7): 649-653. Disponível em: MEDLINE with Full Text.

Correspondência: mafoc@uevora.pt

**Anexo II – Artigo ”Intervenções não farmacológicas de redução da dor em uso
na vacinação de lactentes”**

**INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DE REDUÇÃO DA DOR
EM USO NA VACINAÇÃO DE LACTENTES
NON-PHARMACOLOGICAL PAIN RELIEF INTERVENTIONS USED IN INFANT VACCINATION**

Dulce Maria Pereira Garcia Galvão

Pós Doutoramento em Enfermagem, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - ESEnFC - Coimbra, Portugal.

Rosa Maria Correia Jerónimo Pedrosa

Doutoramento em Nuevos Contextos de Intervención Psicológica en Educación, Salud y Calidad de Vida, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - ESEnFC - Coimbra, Portugal.

Sónia Isabel Horta Salvo Moreira de Almeida Ramalho

Doutoramento em Intervenção Psicológica em Saúde, Educação e Qualidade de vida, Assistente na Escola Superior de Saúde de Leiria - ESSLe - Leiria, Portugal.

Estudo realizado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - ESEnFC - Coimbra, Portugal.

<http://dx.doi.org/10.17060/ijodeap.2015.n1.v1.254>

Fecha de Recepción: 7 Febrero 2015

Fecha de Admisión: 30 Marzo 2015

RESUMO

Antecedentes: A administração de vacinas injetáveis é a causa mais comum de dor iatrogénica na infância (Shah et al., 2009). O tratamento da dor na imunização reduz o desconforto e melhora a satisfação da criança/família (Taddio et al., 2009). A amamentação é uma intervenção não farmacológica eficaz na prevenção da dor de crianças vacinadas (Tansky & Lindberg, 2010). **Objetivos:** Conhecer as intervenções não farmacológicas de redução da dor utilizadas pelos enfermeiros na vacinação de lactentes e identificar se, quando vacinam crianças amamentadas, utilizam a amamentação como intervenção sensorial e cognitivo-comportamental de redução da dor. **Participantes e Métodos:** Estudo descritivo/exploratório segundo a metodologia qualitativa junto de 17 Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários a frequentar Cursos de Pós Licenciatura/Mestrados numa Escola Superior de Enfermagem. Colheram-se dados por entrevista semiestruturada, de Maio/Junho/2012 após aprovação da Comissão de Ética. A amostra, de 12 participantes, foi intencional. Os critérios de inclusão assentaram em serem enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários e que vacinassem lactentes. No tratamento da informação recorreu-se à análise de conteúdo de Laurence Bardin (Bardin, 2008). **Resultados:** Diferentes estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante a vacinação, isoladas ou em conjunto, são utilizadas. Das estratégias não farmacológicas utilizadas emergiram duas categorias: medidas de conforto e aspetos técnicos. Quando os

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DE REDUÇÃO DA DOR EM USO NA VACINAÇÃO DE LACTENTES

enfermeiros vacinam crianças amamentadas, a amamentação durante a vacinação acontece se solicitada pelas mães. Houve enfermeiros que a utilizam antes ou após a vacinação mas interrompem na vacinação. Alguns enfermeiros não a adotam por receio de engasgamento ou outras consequências e desconhecem serviços onde utilizem. **Conclusões:** Os enfermeiros estão despertos para a utilização de estratégias não farmacológicas de redução da dor na vacinação. Porém, nas crianças amamentadas na generalidade, não utilizam a amamentação. Há necessidade de formação sobre amamentação face à eficácia na diminuição da dor durante a vacinação.

Palavras-chave: Amamentação; vacinação; dor; criança; promoção da saúde.

ABSTRACT

Non-pharmacological pain relief interventions used in infant vaccination

Background: Vaccine injections are the most common reason for iatrogenic pain in childhood (Shah et al., 2009). Treating pain during immunization reduces distress and improves the child/family satisfaction (Taddio et al., 2009). Breastfeeding is an effective non-pharmacological intervention in preventing pain in vaccinated children (Tansky & Lindberg, 2010). **Objectives:** To identify the non-pharmacological pain relief interventions used by nurses in infant vaccination, and verify if they use breastfeeding as a sensory and cognitive-behavioral intervention to reduce pain when vaccinating breastfed children. **Participants and Methods:** Qualitative descriptive/exploratory study using an intentional sample of 12 Primary Health Care Nurses enrolled in Post-graduate/Master's Degrees in a Nursing School. Data were collected through semi-structured interviews between May and June, 2012, after approval of the Ethics Committee. Inclusion criteria were being Primary Health Care nurses vaccinating infants. Laurence Bardin's content analysis was used to treat information (Bardin, 2008). **Results:** Different non-pharmacological pain relief strategies were used, either alone or in combination, during vaccination. Two categories of non-pharmacological strategies emerged: comfort measures and technical aspects. Infants were only breastfed during vaccination if mothers requested it. Some nurses used this strategy before or after but not during the vaccination process. They did not use it for fear of suffocation or other consequences, and were not familiar with services using such technique. **Conclusions:** Nurses were aware of the use of non-pharmacological pain relief strategies during vaccination. However, the breastfeeding strategy was not used in most breastfed children. There is a need for training on the efficacy of breastfeeding in reducing pain during vaccination.

Keywords: Breastfeeding; vaccination; pain; child; health promotion.

INTRODUÇÃO

A administração de vacinas injetáveis é a causa mais comum de dor iatrogénica na infância (Shah et al., 2009) e uma grande fonte de angústia para crianças de todas idades. A falta de tratamento adequado da dor durante a imunização expõe a criança a sofrimento desnecessário (Taddio et al., 2009). No entanto, a dor é uma percepção muitas vezes esquecida na população infantil, especialmente em relação às vacinas (Tansky & Lindberg, 2010).

Desde 2003, a DGS equipara a dor a 5º sinal vital e considera o seu controlo um dever dos profissionais de saúde, uma norma de boa prática e uma rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de Dor Aguda ou Dor Crónica, qualquer que seja a sua origem, e um direito das crianças consignado na Carta da Criança Hospitalizada. Todavia, a adoção de técnicas de alívio da dor na prática clínica tem sido abaixo do ideal (Taddio et al., 2009) e Shah et al. (2009) chegam mesmo a afirmar que embora estejam disponíveis técnicas analgésicas para gerir a dor associada à administração de vacinas injetáveis estas não têm sido incorporadas na prática clínica.

A subutilização de estratégias de gestão da dor pode ser atribuída a uma falta de conhecimento sobre a dor, a não utilização de estratégias eficazes de prevenção da dor e a persistência de atitudes que interferem com as boas práticas clínicas (Taddio et al, 2009). Para a DGS (2010) a avaliação da dor nas crianças reveste-se de particularidades que obrigam a considerá-la separadamente tendo em conta que as experiências precoces e repetidas de dor parecem influenciar as experiências posteriores.

O tratamento da dor durante a imunização reduz o desconforto durante o procedimento e melhora significativamente a satisfação tanto da criança como das famílias face à experiência da vacinação (Taddio et al., 2009).

Entre as estratégias não farmacológicas estudadas na prevenção da dor de crianças que receberam vacinas os estudos têm mostrado que o uso de sucção não nutritiva, a administração de soluções orais açucaradas (glicose ou sacarose), e o contacto pele-a-pele diminui a percepção da dor nos recém-nascidos. Recentemente, a amamentação também tem sido estudada como uma alternativa para procedimentos dolorosos, com resultados positivos (Tansky & Lindberg, 2010). O aleitamento materno é atualmente considerado como uma prioridade no desenvolvimento da criança, prevenção de várias patologias e uma fonte de segurança e proteção contra infeções desde os primeiros dias de vida. A amamentação aumenta a segurança da mãe e diminui a ansiedade. O leite materno contém endorfina, substância química que ajuda a suprimir a dor. É uma boa ideia amamentar o bebé logo após ele ser vacinado. Ajuda a superar a dor e o leite materno também reforça a eficácia da vacina (Castro, 2012).

A administração de leite materno e a amamentação é uma estratégia natural, facilmente disponível, fácil de usar e livre de intervenção que pode ser facilmente adotada pelos prestadores de cuidados de saúde e pais (Shah, Aliwalas & Shah, 2006). Também para Tansky e Lindberg (2010) a amamentação é uma intervenção natural que se tem revelado eficaz na diminuição da dor durante a vacinação. Não tem custos e é a técnica ideal a ser utilizada em ambientes de cuidados de saúde primários. No dizer dos autores engloba três componentes confortáveis e analgésicos para as crianças: o paladar, a sucção e o contacto pele-a-pele. Nas Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos) a DGS (2012) recomenda "Colocar o lactante ao seio materno antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final." Também Taddio et al (2010) aconselham que a amamentação seja iniciada antes e deve continuar durante e após a administração da vacina, por vários minutos após a última injeção estar completa. Recomendam que a pega adequada, que pode demorar cerca de um minuto, seja estabelecida antes da injeção.

A amamentação envolve a presença de uma pessoa que cuida do bebé. Segura o bebé, o que ajuda na moderação da experiência dolorosa. Para além disso, o leite materno contém agentes que têm propriedades analgésicas ou pode ser endogenamente convertido em substâncias analgésicas (Agarwal, 2011) e no dizer de Shah, Aliwalas e Shah (2006) o leite materno contém uma maior concentração de triptotano, precursor da melatonina, que serve para aumentar a concentração de beta endorfinas, que pode ser um dos mecanismos para os efeitos nociceptivos do leite materno.

Na opinião de Tansky e Lindberg (2010) no contexto dos cuidados de saúde primários os profissionais de enfermagem devem usar a evidência científica para incentivar as mães lactantes a utilizarem a amamentação na minimização da dor produzida pela vacinação. Alertam, porém, que por vezes podem ser apontadas como desvantagens para a amamentação durante a vacinação o tempo necessário para que a criança faça a pega e da possibilidade de que a equipe ou a mãe se sinta desconfortável por ter a criança a ser vacinada durante a amamentação. Algumas mães podem também sentir-se desconfortáveis por terem uma mama exposta durante a vacinação, enquanto alguns enfermeiros podem sentir-se desconfortáveis com a vacinação de uma criança que está tão perto da mãe.

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DE REDUÇÃO DA DOR EM USO NA VACINAÇÃO DE LACTENTES

Também Taddio et al (2010) advertem que algumas crianças podem recusar-se a mamar e que algumas mães podem não querer amamentar durante a vacinação. Mencionam não existirem relatos de episódios adversos, tais como engasgamentos ou regurgitações e referem que comparadas com a frequência da amamentação, as vacinas são incomuns, pelo que é improvável que uma criança associe a amamentação a procedimentos dolorosos.

Segundo o IASP (2005) apesar de se ter verificado um desenvolvimento progressivo relativo a determinados aspetos da dor, ainda se desvaloriza a prevenção e alívio da dor de forma inadequada, havendo necessidade dos profissionais de saúde melhorarem as suas práticas em crianças. Assim, não tendo sido localizadas nas bases de dados (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Nursing reference center, Scielo, Science direct) pesquisas desenvolvidas em Portugal sobre esta temática, desenvolvemos um estudo descritivo e exploratório, que seguiu a metodologia qualitativa, para responder à questão: Que intervenções não farmacológicas de redução da dor utilizam os enfermeiros na vacinação de lactentes?

Com este estudo pretendemos:

Conhecer as intervenções não farmacológicas de redução da dor utilizadas pelos enfermeiros na vacinação de lactentes;

Identificar se, quando vacinam crianças amamentadas, utilizam a amamentação como intervenção sensorial e cognitivo-comportamental de redução da dor.

MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo descritivo e exploratório segundo a metodologia qualitativa utilizando-se a entrevista semiestruturada, com início após aceitação da Presidente da Escola Superior de Enfermagem em Dezembro/2012 e aprovação da Comissão de Ética em Janeiro/2011 (Parecer Nº 63-12/2011). Junto de Enfermeiros que trabalhavam em Cuidados de Saúde Primários a frequentar Cursos de Pós Licenciatura e/ou Mestrados num total de 17 estudantes. Colheram-se dados em Maio e Junho/2012 utilizando-se uma amostra intencional. Os critérios de inclusão assentaram em que os participantes fossem enfermeiros que trabalhassem em Cuidados de Saúde Primários, que vacinassem lactentes e que aceitassem participar no estudo. Cada participante foi contactado pessoalmente, entregue o pedido de colaboração no estudo e após referir aceitar participar assinou o documento de aceitação de participação na pesquisa. A marcação do dia, hora e local da entrevista foi efetuada de acordo com a preferência de cada participante. A cada participante foi pedida autorização para gravação magnética das entrevistas. Foi negociada a melhor forma para, após a transcrição das entrevistas, serem de novo contactados para procederem à sua validação.

A duração média das entrevistas oscilou entre sete e dez minutos. No final, cada entrevista foi transcrita, destruída a gravação áudio, e ordenada em ficheiros individuais. Cada um dos ficheiros foi codificado e a cada entrevista foi atribuída uma numeração: E1,E2,E3..., sendo a codificação apenas do conhecimento das Investigadoras.

A amostra ficou constituída por 12 participantes, maioritariamente do género feminino (75%), com idades entre os 27 e 48 anos sendo que a média foi de 39 anos. Trabalhavam na profissão e em Cuidados de Saúde Primários entre quatro e 27 anos com uma média de 16 anos na profissão e 12 anos em Cuidados de Saúde Primários. Frequentavam mestrado 50% dos enfermeiros, 16,7% pós-licenciatura e 33,3% ambos. Desses, 33,3% pertenciam a Saúde Infantil, 25% a Comunitária, 16,7% a Materna e 8,3% a Gestão, Reabilitação e Supervisão Clínica, respetivamente.

No tratamento da informação atendendo ao tema, à pergunta de partida e aos objetivos, recorreu-se à análise de conteúdo de Laurence Bardin (2006). Na organização da análise teve-se em atenção as três etapas do processo: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

RESULTADOS

Da leitura e análise das entrevistas salienta-se que das estratégias não farmacológicas de alívio da dor utilizadas pelos enfermeiros emergiram duas categorias: "medidas de conforto" e "aspectos técnicos". Na primeira incluem-se "Centrar a atenção da mãe no bebê", "dar carinho", "contacto com o bebê", "envolvimento de familiares significativos", "atividades de distração", "massagem no local" e "amamentação". Na segunda "técnica da vacinação". Relativamente à amamentação surgiram as sub- categorias "durante a vacinação", "antes ou após a vacinação" e "não utilização da amamentação".

Medidas de Conforto

Na perspetiva dos enfermeiros o ato de vacinação deve constituir preocupação do enfermeiro e não da mãe. Esta deve procurar tranquilizar a criança. Foi esta a primeira ideia que ressaltou das entrevistas "Centrar a atenção da mãe no bebê", onde a preocupação do enfermeiro deve ser o ato terapêutico e a função da mãe será acalmar e tranquilizar a criança, como ilustra a expressão: "(...) a mãe não se preocupar tanto com o ato da vacinação, mas sim em acalmar o bebê" (E 1).

Outro aspeto que emergiu dos discursos dos enfermeiros foi "dar carinho" salientando o apoio e o carinho da mãe para o bebê, como podemos verificar na citação: "(...) acalmar o bebê, dar carinho ao bebê, a passar-lhe a mão a dar-lhe um beijinho (...) é muito importante o bebê sentir o apoio da mãe, o carinho da mãe, o contacto com a mãe" (E 1).

O "contacto físico" do bebê com a mãe é outro aspeto utilizado pelos enfermeiros como se pode verificar nos relatos de "(...) tento sempre que a mãe pegue, poucas são as mães que não querem vacinar o bebê no colo, pego junto dela, explico- lhe como deve fazer, como deve segurar o bebê e administro a vacina" (E 6).

"(...) Estão ao colo da mãe. Sempre ao colo da mãe" (E 7).

Porém por vezes o "contacto físico" é utilizado apenas no final da vacinação, como é evidenciado no relato: "(...) depois no fim da vacina, de pegar na criança, brincar com ela, distraí-la (...) os meninos estão deitados na mesa, onde administramos a vacina, e depois é que os pegamos ao colo" (E 2).

Quando o enfermeiro reconhece que a mãe está muito ansiosa tenta "envolver o pai e avô" quando acompanham a mãe e a criança, como revelam: "(...) porque os pais às vezes ficam muito ansiosos, também convidam um avô ou uma avó, ou o pai para acariciar o bebê enquanto a mãe está muito ansiosa"(E 1).

"(...) pode ser da mãe ou do pai, a pessoa que estiver mais calma e que dê mais conforto e menos ansiedade ao recém-nascido, que lhe transmite menos ansiedade"(E 3).

Outra estratégia que mereceu destaque refere-se à "utilização da distração antes, durante e após a vacinação" quando os enfermeiros referem: "(...) a distração, com música, nós temos um rádioito com música, tentamos ter sempre os pais presentes e a conversar na administração da vacina" (E 2).

"Falo com a criança, levo brinquedos, chamo-lhe a atenção para outras coisas"(E 8).

Através das citações podemos salientar que outra estratégia utilizada pelos enfermeiros é a "massagem no local". "(...) faço-lhes um bocado de massagem antes da administração da vacina, e não muito mais"(E 7).

"(...) Tanto avisar do local da vacinação ao massajar um bocado"(E 9).

A "Amamentação" como estratégia não farmacológica para o alívio da dor associada à vacinação surgiu nos discursos de alguns enfermeiros.

Nesta categoria verificamos a presença das subcategorias:

"Durante a vacinação"

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DE REDUÇÃO DA DOR EM USO NA VACINAÇÃO DE LACTENTES

Apesar de atribuírem importância a este ato, as falas revelam que a decisão de amamentar neste momento é da mãe e que nem sempre a adesão aconteça.

"(...) Durante a vacinação também tentamos que mantenha, algumas mães não aceitam muito bem e acabamos por não fazer, mas se aceitar (...)." (E 8)

"(...) Durante também já tem acontecido (...) Durante a administração a mãe a dar um bocado de mama." (E 9)

"Antes ou após a vacinação"

Os discursos geralmente apresentam noção dos benefícios do aleitamento materno como alívio da dor, embora argumentem que durante o ato da vacinação não é o melhor momento.

"(...) muitas vezes é logo a seguir à administração da vacina, a mãe vai para um retiro para dar o peito (...) Durante o ato de vacinação não (...) só após a administração da vacina!" (E 2)

"(...) Se estão a amamentar, portanto as mães dão, um bocado antes, dão um bocado de mama, depois administro a vacina." (E 10)

"Não utilização da amamentação"

Embora a amamentação na vacinação seja utilizada por alguns dos enfermeiros, a sua prática como estratégia não farmacológica de redução da dor na vacinação não é representada nem percebida da mesma forma por todos os enfermeiros:

"(...) não, não... habitualmente não, até porque também há sempre o risco de a criança chorar e de se poder engasgar, não, não." (E 4)

"(...) Nunca vacinei nenhum lactente a ser amamentado, nem uso essa técnica não farmacológica da dor." (E 5)

"(...) É distraí-los com outras coisas, ... não os amamentados não vão à mama na vacinação." (E 7)

"(...) Não, nunca, como procedimento normal, não." (E 11)

Aspectos técnicos

"A técnica da administração da vacinação" de modo adequado também mereceu destaque. Esta é outra estratégia: *"(...) aplicar a técnica adequada para a criança não sentir tanta dor" (E 5)*

Relativamente ao reconhecimento das propriedades não farmacológicas da amamentação para redução da dor na vacinação, os enfermeiros atribuíram vários significados como: efeito analgésico, presença de endorfinas, desejo de sucção do bebé e contacto físico, onde todos estes elementos resultam em acalmar o bebé.

"(...) há certas propriedades no leite materno que podem ter por efeito analgésico são nomeadamente proteínas que podem acalmar a criança " (E 6)

"(...) Relativamente à sucção do bebé eu aprendi que o efeito da sucção ajudava no alívio da dor." (E 8)

"(...) do leite não, é mais pelo desejo de sucção" (E 12)

"(...) e também, para além das endorfinas também é o contacto, do coração da mãe ele está mais perto da mãe" (E 1)

"(...) é um calmante que, é o estímulo da pele-com-pele, o carinho, é o cheiro da mãe, e a própria alimentação, são as três coisas juntas" (E 2)

Quanto aos locais que utilizam a amamentação como estratégia não farmacológica para reduzir a dor na vacinação, a maioria dos enfermeiros ressaltam o desconhecimento desta prática nos serviços de saúde:

"(...) não, não conheço, penso que é já uma evidência antiga, mas que ainda não está a ser aplicada de forma sistemática. Tem havido uma ou outra situação em que os enfermeiros fazem no centro de saúde, mas como uma rotina de trabalho não, não conheço nenhum caso." (E 4).

"(...) em termos locais, não conheço nenhum que isto esteja institucionalizado, como uma norma ou como uma prática comum. Conheço alguns profissionais que o fazem. Mesmo no meu local de trabalho, nem todos os profissionais fazem isto." (E 6).

"(...) Não tenho conhecimento." (E 7)

"(...) Não, não conheço" (E 8)

Ficou evidente que a utilização da amamentação na vacinação e o reconhecimento das suas propriedades não farmacológicas para alívio da dor, é fruto de conhecimentos obtidos pelos enfermeiros em várias fontes de informação: *"(...) é através da pesquisa bibliográfica que faço, ... que fiz e também de formações que tenho ido ... sobre a amamentação."* (E 1).

DISCUSSÃO

Qualquer procedimento a realizar à criança deve ser considerado uma experiência biopsicossocial e não uma simples tarefa a ser cumprida pelo profissional de saúde (Czarnecki et al., 2011).

Centrar a atenção da mãe no bebé, dar carinho e manter o contacto físico foram estratégias utilizadas pelos enfermeiros do estudo. Estes resultados são corroborados pelos estudos que nos têm mostrado que para as crianças o apoio ou posicionamento de conforto têm resultado em promoção de um senso de controle para a criança, contacto físico com o cuidador e participação positiva do cuidador (Czarnecki et al., 2011). Manter o conforto do paciente antes, durante e depois dos procedimentos, colaborando com o paciente e família, deve ser uma prioridade e deve ocorrer antes do início do processo (Czarnecki et al., 2011).

Também diversos estudos têm concluído que entre as estratégias não farmacológicas estudadas na prevenção da dor de crianças que receberam vacinas o contacto pele-a-pele diminui a percepção de dor (Tansky & Lindberg 2010).

A distração antes, durante e após a vacinação bem como o envolvimento dos familiares no processo também foram estratégias utilizadas pelos enfermeiros. Estes resultados são concordantes com outros estudos já desenvolvidos e que apontam para a importância da técnica da distração e do envolvimento dos pais (Czarnecki et al., 2011). O alívio da dor é maior quando se combinam várias estratégias, pelo que os prestadores de cuidados de saúde devem ser encorajados à sua combinação e incluir os pais a combinar e coordenar muitas dessas estratégias (Taddio et al., 2009). Os pais podem preparar os filhos, aplicar anestésicos tópicos, trazer utensílios que ajudem a distrair a criança, treinarem a criança com a técnica de respiração profunda e auxiliarem na imobilização da criança (Taddio et al., 2009).

A utilização da técnica correta bem como massagem no local foram estratégias também utilizadas pelos enfermeiros. Estes procedimentos também auxiliam no alívio da dor durante o ato da vacinação e mostram que os enfermeiros estão despoletados para as normas em vigor na instituição onde desenvolvem a sua atividade profissional (DGS, 2011). Relativamente aos locais de administração das vacinas a sua indicação tem por objetivos promover as boas práticas em vacinação e facilitar a farmacovigilância (DGS, 2011).

A administração de vacinas injetáveis constitui fonte de angústia para as crianças, pais e para quem administra (Taddio et al., 2009). Se não prevenida pode levar à ansiedade e não-adesão à vacinação no futuro. Estima-se que cerca de 25% dos adultos têm medo de agulhas, sendo que maioritariamente desenvolveram na infância (Taddio et al., 2009). Neste contexto, existe um conjunto de recomendações práticas para auxiliar no controle da dor quando da vacinação de crianças dos 0 aos 18 anos que podem ser implementadas imediatamente, dado não necessitarem de planeamento ou de recursos adicionais de tempo, material ou custos (Taddio et al., 2009).

Outra estratégia não farmacológica para alívio da dor utilizada por alguns dos enfermeiros do estudo foi a amamentação. É o método preferido de alimentação de lactentes no primeiro ano de

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS DE REDUÇÃO DA DOR EM USO NA VACINAÇÃO DE LACTENTES

vida e foi demonstrado que tem efeitos analgésicos (Taddio et al., 2009). Ao amamentar a mãe segura a criança, há o contacto pele-a-pele, o leite materno tem sabor doce e estimula o ato de sucção. No nosso estudo não foi uma prática utilizada por todos os enfermeiros e os mesmos não conheciam outros locais onde fosse utilizada. Estes resultados podem indicar-nos que embora a amamentação e a sua utilização na vacinação seja uma estratégia natural, que se tem revelado eficaz na diminuição da dor durante a vacinação, facilmente disponível, fácil de usar, livre de intervenção, que pode ser facilmente adotada pelos prestadores de cuidados de saúde e pais, sem custos, ideal a ser utilizada em ambientes de cuidados de saúde primários (Shah et al., 2009; Tansky & Lindberg 2010) não tem a sua aplicação em ambientes conhecidos pelos enfermeiros estudados. Para reduzir a dor no momento da vacinação deve-se incentivar as mães que amamentam a amamentar os seus bebés durante a vacinação (Shah et al., 2009; Tansky & Lindberg 2010). A amamentação deve ser iniciada antes e deve continuar durante e após a administração da vacina, por vários minutos após a última injeção estar completa. A pega adequada, que pode demorar cerca de um minuto, deve ser estabelecida antes da injeção (Taddio et al., 2009). Verificamos no estudo que alguns enfermeiros não adotavam esta estratégia por receio de engasgamento ou outras possíveis consequências por parte de algumas crianças todavia, embora Taddio et al. (2009) alertem para que algumas crianças se recusem a mamar e algumas mães não queiram amamentar durante a vacinação, não existem relatos de episódios adversos, como engasgamentos ou regurgitações, e acrescentam que a vacinação comparada com a frequência da amamentação é menos comum, pelo que é improvável que uma criança associe a amamentação a procedimentos dolorosos.

CONCLUSÃO

A vacinação é o procedimento doloroso mais comum na criança. A maioria das vacinas é administrada no início da sua vida. A experiência de dor nas crianças deve ser prevenida o quanto possível. Os enfermeiros que vacinam crianças devem utilizar estratégias para prevenir ou controlar a dor. Muitos destes efeitos da dor podem ser atenuados com o aconselhamento/apoio na amamentação.

Os resultados deste estudo evidenciaram que os enfermeiros que desenvolvem a atividade profissional em Cuidados de Saúde Primários estão despertos para a utilização de estratégias não farmacológicas de redução da dor de lactentes durante a vacinação constatando-se que diferentes estratégias são utilizadas, quer isoladas ou em conjunto. Porém, quando vacinam crianças amamentadas, a amamentação durante a vacinação só é utilizada quando solicitada pelas mães. Por essa razão, consideramos que os enfermeiros valorizam e respeitam o conhecimento e as atitudes maternas, relativas à sua experiência de amamentar. Consta-se também que utilizam a amamentação antes ou depois da vacinação mas interrompem-na no ato da vacinação. Na generalidade, durante a vacinação de crianças que estão a ser amamentadas, não utilizam a amamentação. Os resultados sugerem-nos que necessitam de formação no âmbito da amamentação face à eficácia na diminuição da dor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agarwal R.(2011). Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *The World Health Organization Reproductive Health Library*, Geneva: World Health Organization.
- Bardin, L. (2008). Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Castro, R. (2012). Pequeno Manual de Amamentação. Acedido em 14 de fevereiro de 2012 em <http://www.alattamento.org.br>
- Czarnecki, M., & Reynolds, J. (2011, June). Procedural Pain Management: A Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 12 (2), 95-111.

- DGS. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor. Circular Normativa Nº 09/DGCG. Ministério da Saúde.
- DGS. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: Governo Português, Ministério da Saúde. (Orientação nº 014/2010 de 14/12/2010).
- DGS. (2011). Programa Nacional de Vacinação 2012. Lisboa: DGS.
- DGS. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa: Governo Português, Ministério da Saúde. (Orientação nº 022/2012 de 18/12/2012).
- IASP. (2005). Pain clinical updates XII Washington, DC: IASP.
- Shah, P. S., Alwalas, L. L., & Shah, V. S. (2006). Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Retrieved from Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, Art. Nº: CD004950. DOI: 10.1002/14651858.CD004950.pub2.
- Shah, V., et al. (2009). Effectiveness and tolerability of pharmacologic and combined interventions for reducing injection pain during routine childhood immunizations: systematic review and meta-analyses. *Clinical Therapeutics*, 31 (Supl. 2), 104-115.
- Taddio A, et al. (2009). Inadequate Pain Management During Routine Childhood Immunizations: The Nerve of It. *Clinical Therapeutics*, 31 (Supl. B), 152-167.
- Tansky, C., & Lindberg, C. (2010). Breastfeeding as a Pain Intervention When Immunizing Infants. *Journal for Nurse Practitioners*, 6 (4), 287-295.

Apêndice VIII – Construção e implementação do “Kit da Brincadeira”



**11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Estágio com Relatório

Construção e implementação do “Kit da Brincadeira”
Internamento de Pediatria

Marta Duarte Cordeiro
Nº5035

Docente orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão



Lisboa
2021

ÍNDICE

1. FUNDAMENTAÇÃO	3
2. MATERIAL LÚDICO DE ACORDO COM O DESENVOLVIMENTO INFANTIL	7
2.1. Gaveta 1 – Lactente (0 a 12 meses).....	8
2.2. Gaveta 2 – <i>Toddler</i> (1 a 3 anos).....	9
2.3. Gaveta 3 – Pré-escolar (3 a 5 anos).....	9
2.4. Gaveta 4 – Escolar (6 a 12 anos)	10
3. UTILIZAÇÃO DO “KIT DA BRINCADEIRA”	11
3.1. Quando utilizar.....	11
3.2. Como utilizar.....	12

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

Apêndice I – Questionário de diagnóstico das necessidades formativas

Apêndice II – Respostas obtidas no questionário

Apêndice III – Sessão de Formação em Serviço – Brincar terapêutico e a criança hospitalizada: utilização do “Kit da Brincadeira”

Apêndice IV – Fotografias do “Kit da Brincadeira”

Apêndice V – Etiquetas de identificação das gavetas

Apêndice VI – Diplomas de reforço positivo

Apêndice VII – Norma de procedimentos – Utilização do “Kit da Brincadeira”

1. FUNDAMENTAÇÃO

O processo de hospitalização gera uma situação stressante e potencialmente traumática para a criança ao afastá-la do seu ambiente familiar para um local desconhecido onde é confrontada com a dor, limitação física e passividade. Com isto podem surgir sentimentos de angústia, ansiedade e medo, podendo causar regressões no desenvolvimento da criança e perturbações de comportamento que se podem refletir na vida adulta (Caleffi, Rocha & Anders, 2016).

O brincar é um dos aspetos mais importantes da vida da criança e uma das ferramentas mais eficazes para gerir o stress (Sanders, 2014). No hospital funciona como um instrumento facilitador na aceitação do tratamento, no estabelecimento da comunicação, na redefinição da doença e na manutenção dos direitos da criança (Caleffi et al., 2016). A Carta da Criança Hospitalizada salvaguarda que a criança doente e internada tem direito a cuidados humanizados e de qualidade. O artigo 6º evidencia que as crianças devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança (Instituto de Apoio à Criança, 2008).

Brincar é essencial para o bem-estar mental, emocional e social da criança e tal como acontece com as suas necessidades de desenvolvimento, a necessidade de brincar não deixa de existir quando adoece ou é hospitalizada. Nesta perspetiva o brincar no hospital tem várias funções tais como proporcionar diversão e relaxamento, ajudar a criança a sentir-se mais segura, diminuir o stress da separação e sentimentos de saudade de casa, proporcionar a libertação do stress e expressão de sentimentos, incentivar a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação aos outros, proporcionar um meio para a realização de objetivos terapêuticos e colocar a criança num papel ativo, proporcionando a oportunidade de fazer escolhas e estar no controlo (Sanders, 2014).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013) brincar permite à criança não só assumir o controlo das situações que a assustam através da libertação de emoções, tensões e frustrações, mas também promove a sua espontaneidade, diversão, satisfação e autoestima. Através da brincadeira a criança interage com outras crianças e com os profissionais de saúde, sendo uma forma de comunicar com os outros que exige reciprocidade.

Neste contexto surge o brincar enquanto instrumento terapêutico, quando utilizado nas ações de enfermagem com intencionalidade terapêutica. Isto significa

que ao mobilizar instrumentos de forma terapêutica, o enfermeiro consegue alcançar benefícios para a pessoa que cuida, desenvolvendo intervenções que promovem a sua recuperação ao mesmo tempo que garante o seu bem-estar respeitando a sua individualidade (McMahon & Pearson, 1998 citados por Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010). Por sua vez, o brinquedo terapêutico é o recurso que permite estabelecer a brincadeira lúdica e terapêutica, sendo um brinquedo estruturado pelo enfermeiro para facilitar a expressão de sentimentos, suavizar o impacto de experiências desconhecidas, permitir assimilar novas situações e compreender a necessidade dos procedimentos a realizar (OE, 2013).

A brincadeira terapêutica é uma estratégia de comunicação, útil em várias situações de cuidados, que ajuda na transmissão de informações verdadeiras, em linguagem adequada ao desenvolvimento cognitivo e intelectual da criança. Neste sentido, é considerada uma ferramenta fundamental para os profissionais de saúde, proporcionando maior aceitação e cooperação da criança nos procedimentos através do manuseamento dos materiais que irão ser usados (Martins, Ribeiro, Borba & Silva, 2001; Kiche & Almeida, 2009; OE, 2013).

Incorporar o brincar durante a hospitalização permite que a criança atravessasse a situação de doença ou internamento com o mínimo de sequelas, pelo que deverá ser uma prioridade que ela brinque durante a sua estadia no hospital. Desta forma deixa de ser uma experiência marcada somente pela dor e sofrimento, para passar a ser uma situação rica em conteúdos que contribuam para a saúde biopsicossocial e cultural da criança. Posto isto, o brincar deve ser considerado um instrumento de trabalho para os enfermeiros, a ser utilizado para ajudar a criança a vivenciar e a ultrapassar a experiência da hospitalização (Oliveira, Dias & Roazzi, 2003; Tavares, 2011).

Apesar de os benefícios do brincar terapêutico estarem expressos na literatura e serem conhecidos pelos enfermeiros, é claro tanto nos estudos publicados por Oliveira, Maia e Borba (2015) e Lemos, Oliveira e Gomes (2016), como na minha experiência profissional, que esta técnica nem sempre é utilizada na prestação de cuidados, estando a criança sob maior stress que podia ser controlado ou evitado. A mesma ideia transparece através do questionário de diagnóstico das necessidades formativas aplicado à equipa de enfermagem do internamento de pediatria (IP) (Apêndice I). As respostas dos catorze inquiridos confirmam que a utilização do brincar terapêutico não é realizada de forma uniforme com crianças de todas as idades e em todas as situações de cuidados (Apêndice II).

No que respeita à idade da criança apenas 42,9% dos inquiridos dizem utilizar o brincar terapêutico com crianças dos 0 aos 12 meses, sendo a faixa etária com que menos enfermeiros põem em prática esta técnica.

O acolhimento no hospital, a preparação da criança para procedimentos e durante a realização de procedimentos à criança são as situações de cuidados em que a maioria dos enfermeiros referem utilizar o brincar terapêutico apenas “às vezes”, com percentagens de 64,3%, 57,1% e 42,9%, respetivamente. No acolhimento ao serviço e durante a realização de procedimentos, destaca-se ainda a existência de enfermeiros que “raramente” ou “nunca” utilizam o brincar terapêutico. Na preparação pré-operatória 42,9% dos inquiridos dizem utilizar “quase sempre”, no entanto 28,6% utilizam “às vezes” e 28,6% “raramente”, o que corresponde à maioria dos inquiridos. Por sua vez, os momentos em que a criança está sem acompanhante são aqueles em que mais enfermeiros utilizam o brincar terapêutico.

Os enfermeiros parecem ter conhecimento sobre quais as situações de cuidados indicadas para utilizar o brincar terapêutico e quais as vantagens do mesmo, apesar de o estabelecimento de uma comunicação eficaz ser a vantagem menos reconhecida pelos profissionais. Como dificuldades para a utilização do brincar terapêutico, a falta de tempo é o motivo mais indicado pelos inquiridos (85,7%), seguido da falta de materiais adequados à idade da criança (57,1%) e da falta de materiais adequados à situação de cuidados (50%). Contudo, Brown (2014) refere que a brincadeira lúdica nem sempre requer muitos objetos ou muito tempo dos enfermeiros, sugerindo como estratégia que estes tragam no bolso pequenos objetos como fantoches de dedo ou um frasco de bolas de sabão para utilização imediata.

As sugestões mais mencionadas pelos enfermeiros no questionário para promover a utilização do brincar terapêutico foram a realização de formação à equipa para relembrar conceitos e aprender novas estratégias, aquisição de materiais adequados e a criação e dinamização de um kit lúdico terapêutico com brinquedos adequados a todas as idades e situações de cuidados.

Perante isto torna-se pertinente a construção e implementação do “Kit da Brincadeira”, de forma a facilitar a utilização do brincar terapêutico e promover a melhoria da qualidade dos cuidados, tornando esta prática uniforme e constante no serviço de IP. A criação de um kit temático, com materiais lúdicos e didáticos que permitam estabelecer uma relação terapêutica com a criança e desviar a sua atenção durante os procedimentos, é uma estratégia destacada pela OE (2013) para desenvolver uma abordagem centrada na brincadeira lúdica e terapêutica. Este

projeto assenta numa lógica de cuidados centrados na família, privilegiando-se a inclusão dos pais em todo o processo, e contempla uma abordagem individualizada, através da implementação de intervenções de acordo com as especificidades dos vários grupos etários.

Considera-se ainda importante a realização de uma sessão de formação em serviço, de forma a promover a utilização do brincar terapêutico e a divulgar e apresentar o “Kit da Brincadeira” (Apêndice III).

2. MATERIAL LÚDICO DE ACORDO COM O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

As estratégias e técnicas de comunicação e preparação da criança só podem ser realmente eficazes se forem adequadas aos seus interesses e ao seu desenvolvimento. Para isto é importante que o enfermeiro tenha conhecimento sobre quais as características e necessidades de cada estágio de desenvolvimento antes de abordar a criança.

Tal como sugerido pela OE (2013) este kit é constituído por uma variedade de materiais didáticos e lúdicos, incluindo material hospitalar e brinquedos adequados a cada faixa etária. Destinam-se à aprendizagem de estratégias para diminuir o medo e a ansiedade da criança e dos pais associados à hospitalização, assim como para diminuir a percepção da dor nos procedimentos de diagnóstico e terapêuticos.

O “Kit da Brincadeira” é um armário constituído por quatro gavetas, organizadas de acordo com os estádios de desenvolvimento da criança desde o lactente até à criança em idade escolar, ou seja, desde os 0 aos 12 anos (Apêndice IV – Imagem 1). Cada gaveta está identificada no exterior quanto à faixa etária a que se destina e respetiva listagem do material que contém (Apêndice V). Por existirem materiais adequados a mais do que uma faixa etária e para que os mesmos não estivessem repetidos no kit, optou-se por identificá-los nas listagens correspondentes com um código de cores. Os materiais adequados à criança em idade *toddler* e em idade pré-escolar encontram-se sublinhados a azul; e os materiais adequados à criança em idade pré-escolar e em idade escolar estão sublinhados a verde. O material comum a todas as idades encontra-se sublinhado a vermelho.

De seguida, são descritas as características do brincar de acordo com os estádios de desenvolvimento para ajudar a compreender quais os brinquedos e materiais mais adequados a cada criança. Muitos autores referem-se ao ato de brincar através da palavra jogo. O jogo é considerado como uma atividade tipicamente infantil, uma vez que todas as crianças jogam em todas as culturas/sociedades, e que revela o carácter da criança (Dias, 2005). Para Henri Wallon esta é uma ocupação que apenas tem por objetivo a realização, onde cada um pode ser ele mesmo numa conquista de si próprio. O autor considera que de acordo com as necessidades específicas de cada fase de desenvolvimento, a criança recorre a determinados brinquedos que irão satisfazer a sua vontade física, social e/ou cognitiva. Assim, refere quatro categorias de jogo que correspondem às diferentes etapas do

desenvolvimento, salientando que o jogo é uma etapa da evolução da criança que se decompõe em períodos sucessivos (Wallon, 1967 citado por Dias, 2005).

2.1. Gaveta 1 – Lactente (0 a 12 meses)

Ao longo do primeiro ano de vida, o brincar torna-se mais sofisticado e interdependente. Até aos três meses as respostas dos lactentes ao ambiente são globais e em grande parte indiferenciadas. Nesta fase o jogo é dependente, pelo que o prazer é demonstrado por uma atitude tranquila (um mês), um sorriso (dois meses) e um ruído gritante (três meses). Dos três aos seis meses os lactentes demonstram um interesse mais discriminado nos estímulos e começam a brincar sozinhos com um chocalho/roca ou um peluche. Dos seis meses ao ano de idade o jogo envolve competências sensório-motoras, pelo que os lactentes participam em jogos como o cu-cu e o bate palmas. O jogo é mais seletivo, solitário ou unilateral, mas os lactentes escolhem a pessoa com quem vão interagir. A estimulação através do brincar é tão importante para o crescimento psicossocial como a comida para o crescimento físico, pois favorece o contato interpessoal e criativo e a estimulação educacional, o que significa que os lactentes precisam que brinquem com eles (Wilson, 2014a).

Wallon (1967) citado por Dias (2005) refere que o jogo funcional é o primeiro jogo das crianças, reportando a funções que precisam de ser ativadas ou exercitadas. Nesta fase a criança ainda não tem consciência do jogo, mas experimenta cada função através da repetição de forma a conhecer todas as possibilidades. Movimentos simples como mexer os dedos, tocar nos objetos ou produzir sons contribuem para a aquisição de competências em domínios como a fala, a locomoção e a manipulação.

De acordo com estas características do lactente, nesta gaveta encontram-se materiais lúdicos como caixa de música (0-6M), passível de ser pendurada no berço, chocalho (1-9M), livros com imagens coloridas (6-12M), brinquedos de encaixar (9-12M), puzzle com peças grandes (9-12M) e material hospitalar (9-12M) (Apêndice IV – Imagem 2).

2.2. Gaveta 2 – Toddler (1 a 3 anos)

Nesta fase o brincar progride para o jogo paralelo e a criança inspeciona o brinquedo, fala com ele e inventa diversos usos para ele, favorecendo a criatividade. A imitação é uma das características mais distintas do jogo e promove a fantasia. O aumento das competências motoras da criança permite o uso de brinquedos como carrinhos de empurrar, bolas de diferentes tamanhos e cavalos de pau ou de baloiço.

A utilização de tintas, lápis e puzzles permitem o desenvolvimento da motricidade fina. Objetos como blocos de construção, bonecos, fantoches ou barro/plasticina são úteis para o jogo criativo e imaginativo. Para o desenvolvimento de competências linguísticas pode ser uma mais valia recorrer aos brinquedos musicais, livros de histórias ou programas televisivos adequados que permitam a associação das palavras e imagens (Wilson, 2014b).

A partir dos dois anos surge o jogo de ficção, em que a criança tem necessidade de procurar e assimilar o meio ambiente que a rodeia, reproduzindo as situações no seu mundo imaginário. A imitação permite-lhe exprimir os seus desejos e conflitos e fazer um treino da imaginação (Wallon, 1967 citado por Dias, 2005).

Posto isto, a gaveta compreende materiais didáticos como livros de ilustrações, telemóvel de brincar, instrumento musical, carrinhos, puzzles, legos, bolas de sabão, plasticina, material de desenho e material hospitalar (Apêndice IV – Imagem 3).

2.3. Gaveta 3 – Pré-escolar (3 a 5 anos)

As crianças em idade pré-escolar gostam particularmente do jogo associativo, isto é, de brincar em grupo sem regras rígidas. Atividades como saltar, correr, escalar e nadar promovem o desenvolvimento das competências motoras e permitem a aprendizagem de regras de segurança. Brinquedos manipulativos, construtivos e criativos, como blocos de vários tamanhos e formas, tintas e lápis, instrumentos musicais ou livros ilustrados, e a realização de trabalhos manuais são importantes para o desenvolvimento da motricidade fina e expressividade. A imitação, imaginação e dramatização são atividades características desta idade, pelo que as crianças gostam de brincar com bonecos, brinquedos que simulem profissões e tarefas domésticas, animais, carros, camiões, aviões e fantoches (Monroe, 2014).

Esta fase é característica do jogo de fabricação, isto é, a criança executa os seus próprios brinquedos, modifica-os e transforma-os, dando vida à sua própria imaginação. É importante para o desenvolvimento da atenção, concentração, paciência e independência (Wallon, 1967 citado por Dias, 2005).

A gaveta atribuída a esta idade contém materiais como livros de ilustrações, telemóvel de brincar, instrumentos musicais, animais, carrinhos, boneco com acessórios médicos, material de desenho, diplomas (Apêndice VI) e autocolantes de reforço positivo e material hospitalar (Apêndice IV – Imagem 4).

2.4. Gaveta 4 – Escolar (6 a 12 anos)

Para as crianças em idade escolar os jogos e brincadeiras adquirem novas dimensões que permitem não só o aumento das capacidades físicas, intelectuais e da fantasia, como também o sentimento de pertença a uma equipa ou a um grupo. Começam a sentir necessidade de regras, uma vez que a conformidade e o ritual caracterizam o jogo, o comportamento e a linguagem. Através dos jogos de equipa as crianças interagem com os pares, aprendem a submeter os seus objetivos pessoais aos objetivos do grupo e aprendem o conceito de interdependência e confiança. A existência de regras faz os jogos de cartas e de computador serem igualmente adorados nestas idades. A música e a leitura são também do seu interesse, pelo que gostam que lhes leiam histórias em voz alta (Rodgers, 2014).

Nesta fase, o jogo de aquisição desenvolve a aprendizagem da linguagem, o raciocínio, a compreensão, a atenção, educa o ouvido e a visão, através de atividades como dominó, cartas, jogos de sinónimos e homónimos e jogos de sociedade (Wallon, 1967 citado por Dias, 2005).

Esta gaveta inclui livros de histórias, bolas anti-stress, material de desenho, diplomas e autocolantes de reforço positivo e material hospitalar (Apêndice IV – Imagem 5).

3. UTILIZAÇÃO DO “KIT DA BRINCADEIRA”

A utilização dos materiais existentes no kit permite o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais que permitem a redução do nível de ansiedade e do medo associados à hospitalização (OE, 2013). O objetivo consiste em estabelecer uma comunicação eficaz e adequada à idade da criança em qualquer momento do internamento e promover a distração e o controlo da dor da criança associada aos procedimentos, estimulando a cooperação e a criatividade dos vários intervenientes, através do ato de brincar (OE, 2013).

A preparação pode ser realizada através do jogo dramático. Esta é uma técnica que permite a libertação emocional, permitindo que o enfermeiro explique à criança o que será realizado enquanto esta reencena experiências hospitalares assustadoras ou enigmáticas, através de bonecos ou equipamento hospitalar real. O boneco sofre pequenas intervenções, o que permite à criança aprender e perder o medo dos procedimentos, cooperando quando submetida a procedimentos e assumindo os papéis dos adultos no ambiente hospitalar (Jansen, Santos & Favero, 2010; Sanders, 2014).

3.1. Quando utilizar

No ambiente hospitalar a criança assume, na maior parte do tempo, um papel passivo, contudo a oportunidade de participar em atividades lúdicas oferece-lhe a possibilidade de escolha que tanto necessita (Mitre & Gomes, 2004; Santos, 2011). Deste modo, o enfermeiro deve ter em consideração o desejo da criança face aos brinquedos e jogos que lhe são propostos, respeitando o momento em que tem vontade de começar a brincar, a escolha do brinquedo e também o seu grau de participação (Mitre et al., 2004; Santos, 2011).

A brincadeira terapêutica é muito útil em diversos momentos da hospitalização (OE, 2013). A admissão no hospital é o primeiro momento de contacto entre a criança e o enfermeiro, sendo crucial para a construção de uma relação de confiança entre os dois ao longo do internamento. O enfermeiro pode iniciar a comunicação com jogos sem contacto físico, para manter uma distância não ameaçadora, e posteriormente aproximar-se. Desta forma, deixa de ser visto como estranho, mas sim como amigo, conseguindo fazer grande parte da avaliação inicial de enfermagem com recurso a jogos e simples brinquedos, enquanto a criança permanece segura nos braços ou ao colo dos pais (Hockenberry, 2014).

A realização de procedimentos é um momento potencialmente traumático, sendo o brincar terapêutico uma estratégia valiosa antes, durante e após o procedimento. Ao brincar e tocar nos materiais e nos brinquedos que simulam o meio hospitalar, a criança familiariza-se tranquilamente com o que poderia ser assustador, recebendo orientações e fazendo perguntas sobre os materiais hospitalares, ocorrendo uma desmistificação desses objetos (OE, 2011).

A ansiedade de separação é um dos fatores de stress associado à hospitalização (Sanders, 2014). Assim, o brincar terapêutico auxilia a criança na diminuição do medo, angústia, ansiedade e solidão decorrentes de situações ameaçadoras e atípicas, como a separação dos pais, uma vez que permite construir uma relação de confiança, que só por si é promotora do sentimento de bem-estar e segurança na criança (Pereira et al., 2010; Caleffi et al., 2016).

Além disto, o brincar deve ser implementado sempre que a criança tenha necessidade de entender e lidar com experiências do dia-a-dia durante a hospitalização. Isto significa que o enfermeiro deve incorporá-lo na sua prática clínica diária a todos os níveis do processo de enfermagem, dando oportunidade à criança de crescer e se desenvolver com saúde (Martins et al., 2001; Jansen et al., 2010).

3.2. Como utilizar

A adaptação dos brinquedos, jogos e materiais à idade da criança, ao seu estado físico, ao seu estado psicológico, à sua personalidade e aos seus desejos específicos, bem como às necessidades e objetivos clínicos (lúdicos, preventivos, educativos, terapêuticos ou reeducativos), deve ser uma preocupação do enfermeiro (Santos, 2011).

Os lactentes não têm memórias de experiências anteriores traumáticas relacionadas com procedimentos, pelo que não conseguem antecipar o sofrimento (Barros, 2003). No entanto, podem reagir mal à aproximação de estranhos, como os enfermeiros, assim como à separação dos pais. Por este motivo, deve ser promovido o envolvimento e participação dos pais, mantendo-se no campo visual do lactente (Brown, 2014; Wilson, 2014a). Segundo a OE (2011), a partir dos nove meses é adequado deixar que a criança veja e toque no material potencialmente assustador, pois esse contacto poderá transmitir-lhe sensações positivas.

Os *toddler* interpretam literalmente o que lhes dizem e são pouco colaborantes na realização de procedimentos, pelo que devem ser dadas explicações muito simples

e breves (cinco a dez minutos), com recurso à brincadeira terapêutica (OE, 2011; Brown, 2014; Wilson, 2014b).

O egocentrismo é característico da idade pré-escolar, levando a criança a acreditar que os seus pensamentos são poderosos e a ver a dor como um castigo, dificultando a aceitação e cooperação nos procedimentos. Nesta fase pode dramatizar-se num boneco os aspetos mais relevantes antes e após o procedimento para esclarecer equívocos (OE, 2011; Brown, 2014; Monroe, 2014).

Na idade escolar a criança teme os procedimentos invasivos, a incapacidade física, a lesão corporal e a morte, embora compreenda e colabore melhor, pois tem maior perceção das doenças e do significado da dor. Neste sentido as explicações podem ser mais longas (20 minutos) e com antecedência (até um dia antes) para permitir o processamento da informação (Brown, 2014; Rodgers, 2014).

Concluindo, as necessidades de desenvolvimento e as capacidades cognitivas específicas de cada criança devem ser consideradas pelo enfermeiro aquando da utilização do “Kit da Brincadeira”. A fim de protocolar a sua aplicação no IP apresenta-se uma proposta de norma de procedimentos, onde vem descrito o procedimento de utilização do brincar terapêutico na prestação de cuidados à criança durante a hospitalização (Apêndice VII).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspetiva Desenvolvimentista*. (2ªed.) Lisboa: Climepsi.
- Brown, T. L. (2014). Especificidades nas intervenções de enfermagem em pediatria. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 1061-1118). Loures: Lusociência.
- Caleffi, C.C. F, Rocha, P. K., Anders, J. C., Souza, A. I. J, Burciaga, V. B. & Serapião, L. S. (2016). Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 37(2), 1-8.
- Dias, I. (2005). O Lúdico. *Educação & Educação*. 8. 121-133.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 122-187). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da criança hospitalizada* (4ª ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Jansen, M. F., Santos, R. M. & Favero, L. (2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 31(2), 247-253.
- Kiche, M. T. & Almeida, F. A. (2009). Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paulista de Enfermagem*. 22(2), 125-130.
- Lemos, I. C. S., Oliveira, J. D., Gomes, E. B., Silva, K. V. L., Silva, P. K. S. & Fernandes, G. P. (2016). Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para reduzir alterações comportamentais. *Revista Cuidarte*. 7(1), 1163-1170.
- Martins, M. R., Ribeiro, C. A., Borda, R. I. H. & Silva, C. V. (2001). Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 9(2), 76-85.

- Mitre, R. M. A. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 9(1), 147-154.
- Monroe, R. A. (2014). Promoção da saúde da criança em idade pré-escolar e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 622-644). Loures: Lusociência.
- Oliveira, C. S., Maia, E. B. S., Borda, R. I. H. & Ribeiro, C. A. (2015). Brinquedo terapêutico na assistência à criança: percepção de enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. 15(1), 21-30.
- Oliveira, S., Dias, M. & Roazzi, A. (2003). O lúdico e as suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 16. (1). 1-13.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos OE, série 1, n.º 3, Vol. 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática – estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série I, n.º6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da actividade de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar Enfermagem*. 14(1), 24-38.
- Rodgers, D. (2014). Promoção da saúde da criança em idade escolar e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 638-725). Loures: Lusociência.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol 2, pp.1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, L. (2011). *Porquê brincar no hospital*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

- Tavares, P. P. S. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Wilson, D. (2014a). Promoção da saúde do lactente e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 491-552). Loures: Lusociência.
- Wilson, D. (2014b). Promoção da saúde da criança em idade *toddler* e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 587-621). Loures: Lusociência.

APÊNDICES

Apêndice I – Questionário de diagnóstico das necessidades formativas

QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS

Tema: Utilização do brincar terapêutico na promoção do conforto da criança hospitalizada

População Alvo: Enfermeiros do Internamento de Pediatria

Data: 26/03/2021

Objetivo Geral:

- Diagnosticar as necessidades formativas da equipa de enfermagem sobre a utilização do brincar terapêutico na promoção do conforto da criança hospitalizada.

Objetivos Específicos:

- Identificar com que frequência os enfermeiros utilizam o brincar terapêutico na sua prática de cuidados;
- Identificar em que situações de cuidados é utilizado o brincar terapêutico;
- Conhecer os materiais e brinquedos utilizados pelos enfermeiros;
- Identificar as dificuldades e vantagens percebidas pelos enfermeiros na utilização do brincar terapêutico.

QUESTIONÁRIO

Experiência dos enfermeiros na utilização do brincar terapêutico

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, eu, Marta Duarte Cordeiro, estou a desenvolver o meu Projeto de Estágio, alusivo à temática do brincar terapêutico como instrumento na promoção do conforto da criança hospitalizada. Deste modo, peço a colaboração de todos os Enfermeiros deste serviço para o preenchimento deste questionário, a fim de diagnosticar as necessidades formativas da equipa de enfermagem acerca deste tema.

Assim, pretende-se compreender a experiência dos Enfermeiros na utilização do brincar com intencionalidade terapêutica, sendo este um brincar estruturado que tem como objetivo promover o bem-estar da criança e aliviar a tensão quando enfrenta uma situação difícil ou desconhecida e precisa de ser preparada para procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Tempo de experiência em cuidados de enfermagem pediátrica: _____

1 - Em que situações de cuidados pode ser utilizado o brincar terapêutico?

- Acolhimento ao serviço
- Preparação para procedimentos
- Durante a realização de procedimentos
- Preparação pré-operatória
- Ausência dos acompanhantes
- Outra: _____

2 - Com crianças de que idade utiliza o brincar terapêutico?

- 0 a 12 meses
- 1 a 3 anos
- 3 a 5 anos
- 6 a 12 anos

3 - Com que frequência utiliza o brincar terapêutico no acolhimento da criança no serviço?

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

4 - Com que frequência utiliza o brincar terapêutico na preparação da criança para procedimentos?

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

5 - Com que frequência utiliza o brincar terapêutico durante a realização de procedimentos à criança?

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

6 - Com que frequência utiliza o brincar terapêutico na preparação pré-operatória da criança?

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

7 - Com que frequência utiliza o brincar terapêutico durante a ausência dos acompanhantes (criança sozinha)?

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

8 - Que materiais e brinquedos utiliza?

9 - Quais as vantagens da utilização do brincar terapêutico?

- Diminuição do medo e do stress
- Aproximação e relação de confiança com a criança
- Capacitação da criança para lidar com a sua situação de saúde-doença
- Comunicação eficaz com a criança
- Outra: _____

10 - Quais as dificuldades na utilização do brincar terapêutico?

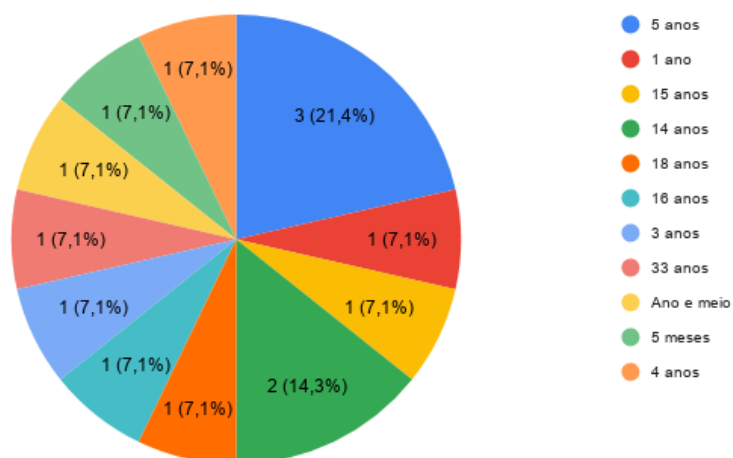
- Falta de tempo
- Falta de materiais adequados à situação
- Falta de materiais adequados à idade da criança
- Falta de conhecimento e/ou experiência na sua utilização
- Outra: _____

11 - Indique 2 sugestões para promover a utilização do brincar terapêutico pelos enfermeiros neste serviço.

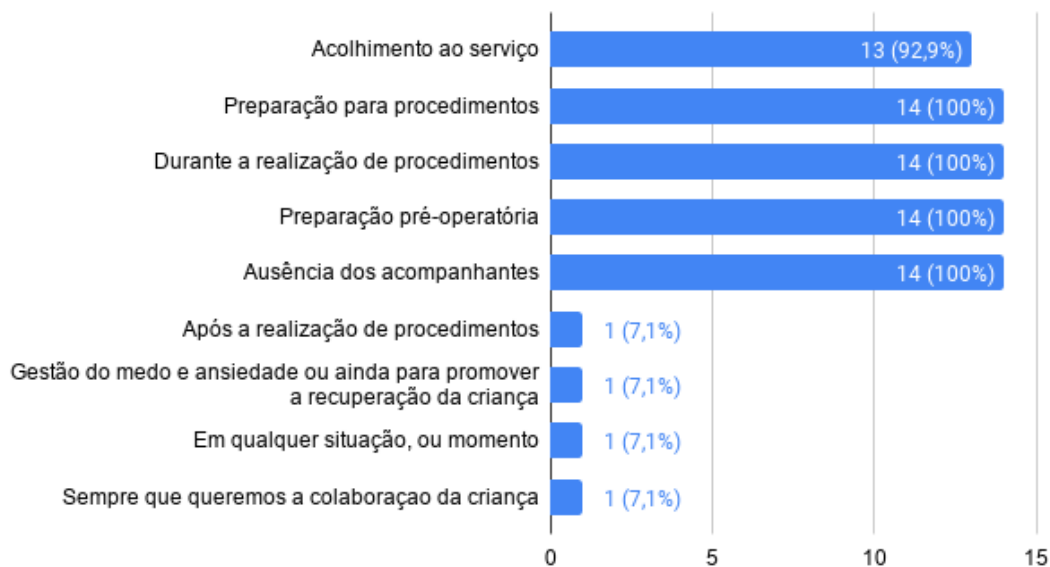
Apêndice II – Respostas obtidas no questionário

RESPOSTAS OBTIDAS NO QUESTIONÁRIO

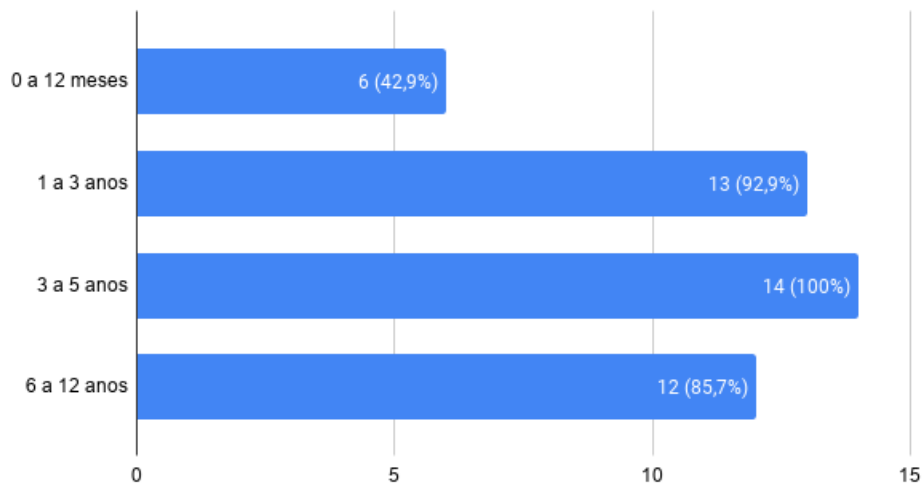
Tempo de experiência em cuidados de enfermagem pediátrica:



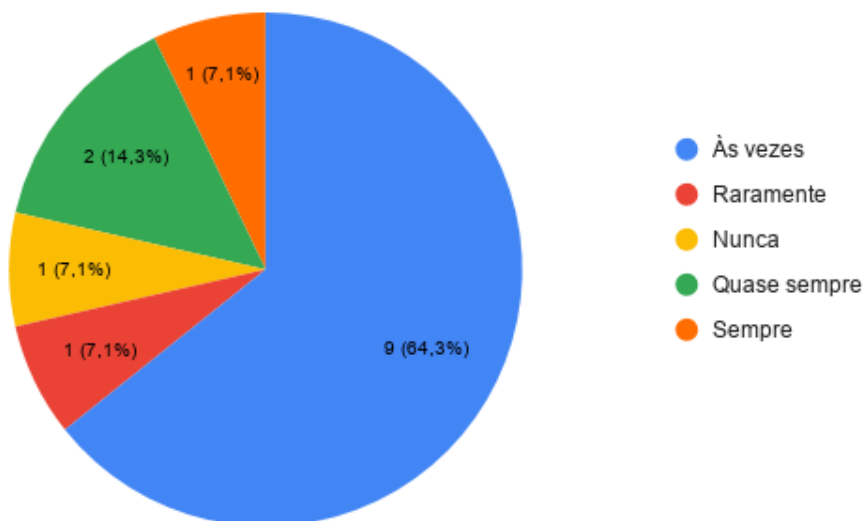
1 - Em que situações de cuidados pode ser utilizado o brincar terapêutico?



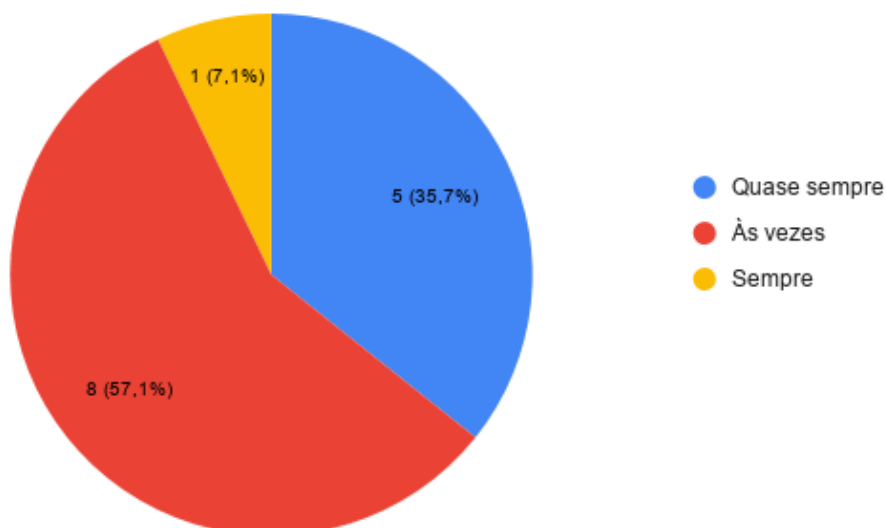
2 - Com crianças de que idade utiliza o brincar terapêutico?



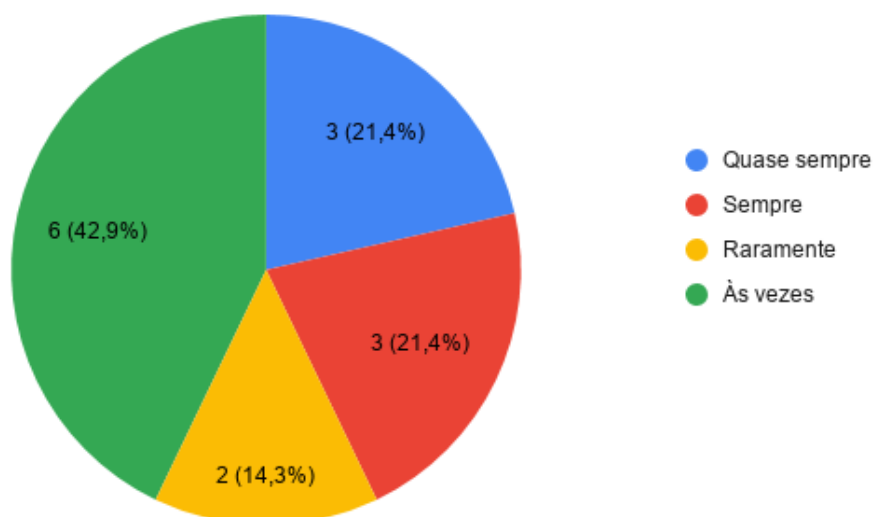
3 - Com que frequência utiliza o brincar terapêutico no acolhimento da criança no serviço?



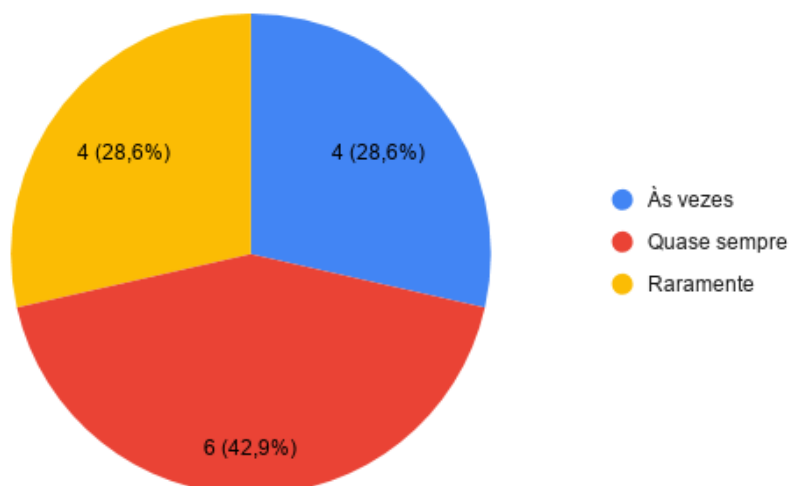
4 - Com que frequência utiliza o brincar terapêutico na preparação da criança para procedimentos?



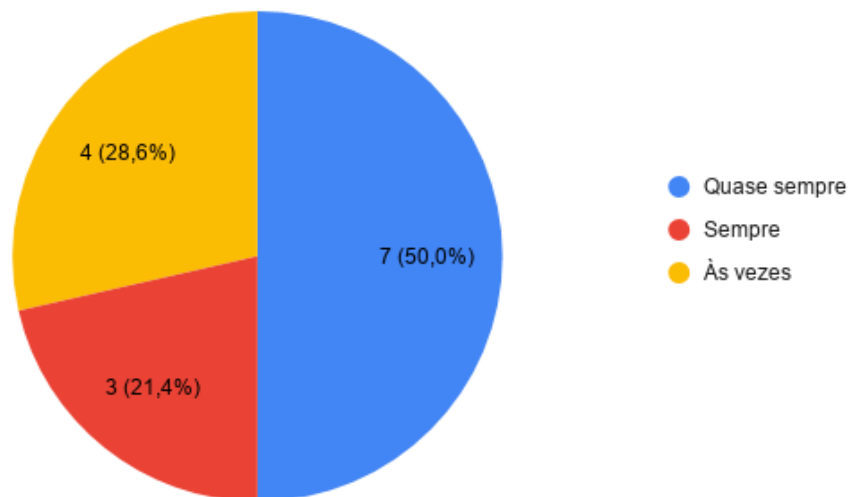
5 - Com que frequência utiliza o brincar terapêutico durante a realização de procedimentos à criança?



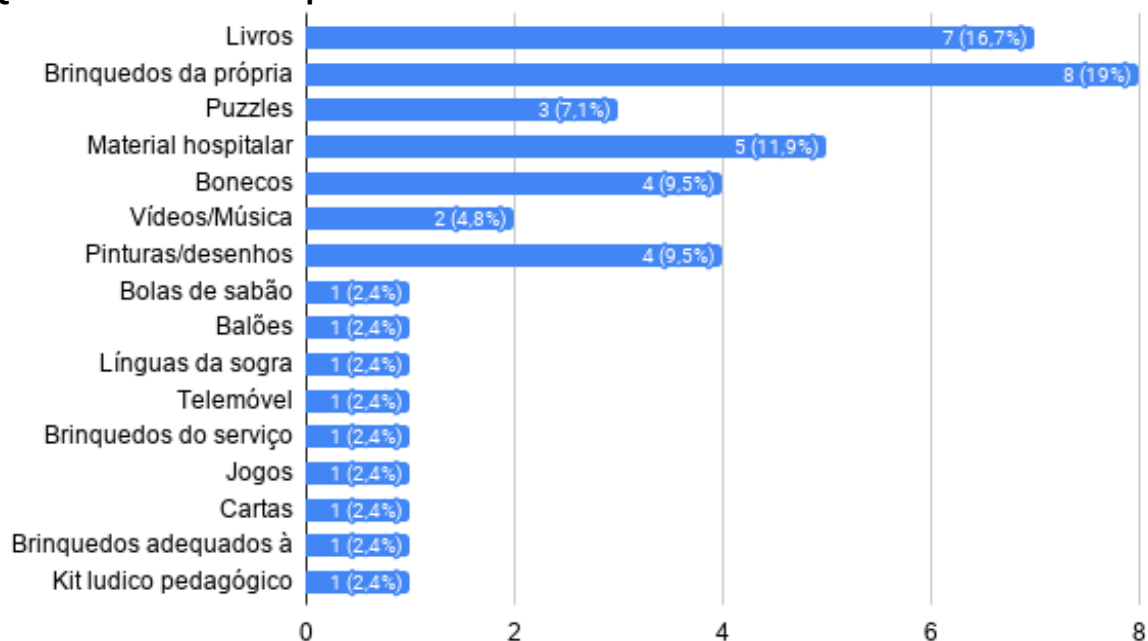
6 - Com que frequência utiliza o brincar terapêutico na preparação pré-operatória da criança?



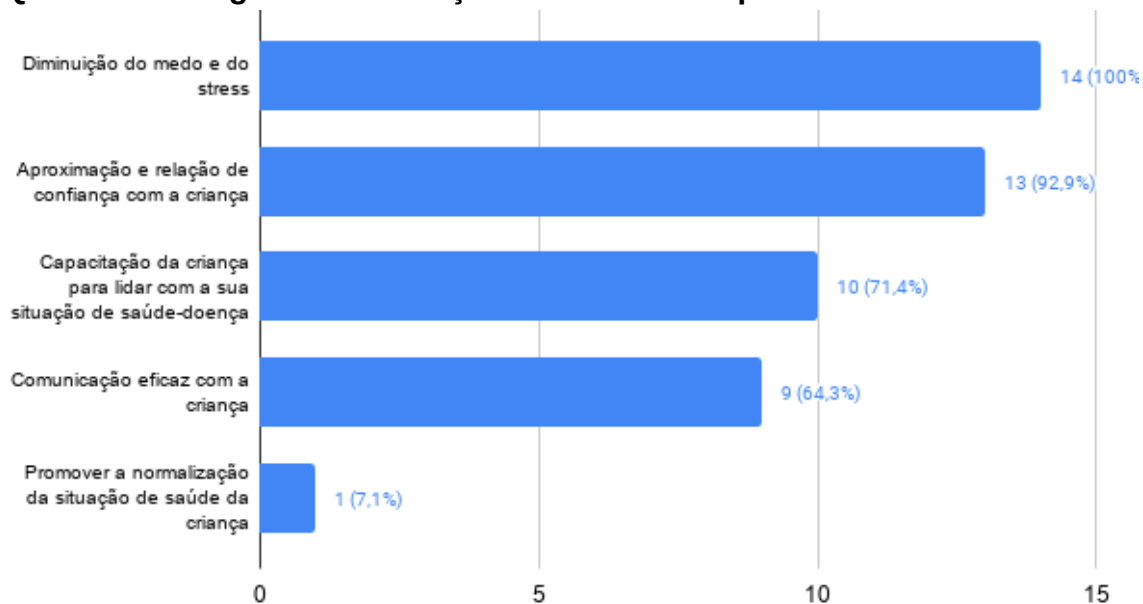
7 - Com que frequência utiliza o brincar terapêutico durante a ausência dos acompanhantes (criança sozinha)?



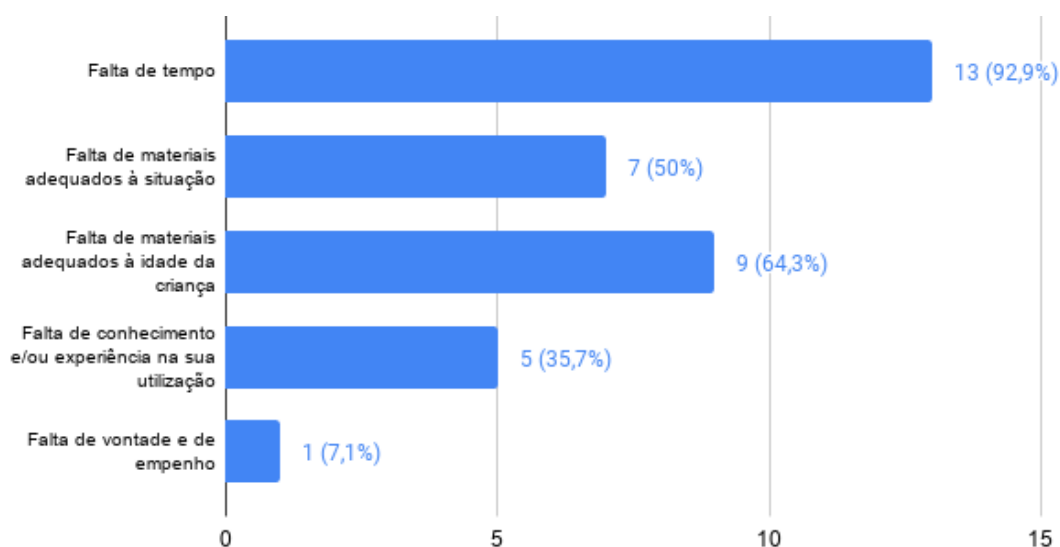
8 - Que materiais e brinquedos utiliza?



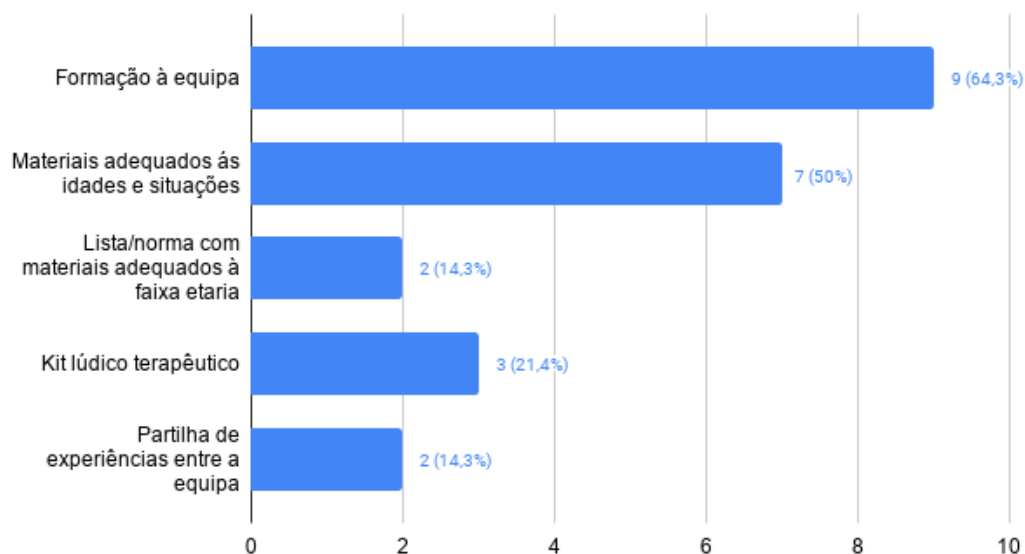
9 - Quais as vantagens da utilização do brincar terapêutico?



10 - Quais as dificuldades na utilização do brincar terapêutico?



11 - Indique 2 sugestões para promover a utilização do brincar terapêutico pelos enfermeiros neste serviço.



**Apêndice III – Sessão de Formação em Serviço – Brincar terapêutico e a
criança hospitalizada: utilização do “Kit da Brincadeira”**



**11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Estágio com Relatório

**Sessão de Formação em Serviço – Brincar terapêutico e a
criança hospitalizada: utilização do “Kit da Brincadeira”**

Internamento de Pediatria

**Marta Duarte Cordeiro
Nº5035**

Docente orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão



**Lisboa
2021**

ÍNDICE

1. JUSTIFICAÇÃO DA PERTINÊNCIA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	3
2. PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO	4
3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	6
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	7

APÊNDICES

Apêndice I – Cartaz de divulgação da sessão de formação

Apêndice II – Apresentação *powerpoint* – Brincar terapêutico e a criança hospitalizada: utilização do “Kit da Brincadeira”

Apêndice III – Questionário de avaliação da sessão de formação

1. JUSTIFICAÇÃO DA PERTINÊNCIA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

No decurso da minha prática clínica pude perceber que o brincar não é utilizado pelos enfermeiros de forma estruturada e regular como um instrumento terapêutico durante a prestação de cuidados à criança hospitalizada, apesar de estes reconhecerem os seus benefícios.

O brincar é um instrumento terapêutico valioso nos cuidados de saúde, porque ajuda a criança a lidar com a experiência e a dominar a realidade (Mitre & Gomes, 2004). Contudo, para o brincar se tornar parte integrante dos cuidados de enfermagem é necessário considerar a adaptação do brincar à idade e desenvolvimento da criança, a necessidade de reconhecimento e valorização do brincar pelos enfermeiros e a inclusão do brincar no plano de cuidados de enfermagem (LeVieux- Anglin & Sawyer, 1993 citados por Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010).

Atendendo às necessidades formativas diagnosticadas através do questionário aplicado, nota-se a importância de realizar uma sessão de formação em serviço, a fim de reforçar e esclarecer alguns conteúdos sobre este tema, bem como adotar estratégias que permitam uniformizar esta prática na prestação de cuidados. Como forma de divulgação da sessão foi afixado na sala de trabalho de enfermagem um cartaz com as informações relevantes sobre a mesma (Apêndice I).

Posto isto, pretende-se realizar na primeira parte da sessão de formação (Apêndice II) uma reflexão em grupo, baseada nos resultados do questionário, a fim de detetar falhas e projetar alterações eficazes. Seguidamente, será realizada uma exposição de conteúdos sobre a importância da utilização do brincar terapêutico na prestação de cuidados à criança hospitalizada nos vários momentos do internamento, bem como as suas vantagens. Por fim, apresenta-se o “Kit da Brincadeira”, como uma estratégia desenvolvida e implementada no serviço no decurso deste estágio, que pretende facilitar a utilização do brincar terapêutico, indo ao encontro das sugestões expressas pela OE (2013) e pelos enfermeiros do serviço a nível de organização e existência de recursos adequados a cada estágio de desenvolvimento infantil e a cada situação de cuidados.

2. PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Brincar Terapêutico e a Criança Hospitalizada: Utilização do “Kit da Brincadeira”

População alvo: Enfermeiros do IP

Formadora: Marta Cordeiro, estudante do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Local: *Online* Via Zoom

Data: 12/03/2021

Hora: 18H

Duração: 1 hora e 20 minutos

Objetivo Geral:

- Promover a utilização do brincar terapêutico na prestação de cuidados à criança hospitalizada.

Objetivos Específicos:

- Refletir em equipa sobre os resultados do questionário e possíveis estratégias de melhoria a adotar;
- Definir o conceito de brincar terapêutico;
- Identificar as vantagens da utilização do brincar terapêutico;
- Apresentar o “Kit da Brincadeira”: descrição, constituição e procedimento de utilização.

Etapas	Conteúdos	Métodos	Recursos	Tempo
Introdução	• Apresentação do tema da sessão • Apresentação do sumário e objetivos da sessão	Expositivo	Formadora	5 min.
Desenvolvimento	• Apresentação e reflexão em equipa sobre os resultados do questionário e possíveis estratégias de melhoria • Exploração do tema do brincar terapêutico e vantagens da sua utilização • Apresentação do “Kit da Brincadeira”: ▪ Descrição e organização ▪ Materiais constituintes de cada gaveta ▪ Orientações de utilização	Participativo Expositivo	Computador Formadora Formandos Fotografias do Kit	20 min. 40 min.
Conclusão	• Esclarecimento de dúvidas • Avaliação da sessão	Participativo	Formadora Formandos Questionário de avaliação da sessão	15 min.

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Uma vez realizada a sessão de formação sobre utilização do brincar terapêutico na prestação de cuidados à criança hospitalizada, é essencial avaliá-la. No decurso da sessão foi respeitada a estrutura previamente programada, os recursos materiais e humanos foram adequados e foi cumprida a duração inicialmente prevista. Num total de catorze enfermeiros, estiveram presentes na formação doze, o que corresponde a 85,7% da equipa de enfermagem, traduzindo-se numa elevada taxa de adesão.

Os objetivos delineados foram atingidos e respeitados. A sessão foi constituída por uma parte de cariz expositivo, contudo permitiu estabelecer um ambiente de reflexão em grupo que proporcionou a participação dos vários elementos, contribuindo para a partilha de experiências, para a tomada de consciência sobre as práticas diárias e para o estabelecimento de estratégias a adotar futuramente. Esta discussão foi claramente um ponto positivo da sessão de formação.

Como forma de perceber se a formação correspondeu às expectativas e necessidades formativas da equipa foi aplicado um breve questionário de avaliação da sessão de formação (Apêndice III). Relativamente à qualidade do suporte audiovisual e à estrutura da apresentação, os enfermeiros classificaram-nos de forma igualada entre o bom e muito bom. No que respeita à pertinência do tema os enfermeiros são praticamente unânimes, classificando o interesse do tema, a seleção dos conteúdos, o contributo para a prática profissional e a seleção dos materiais incluídos no kit, como muito bom. Na apreciação do desempenho da formadora, as opiniões dos inquiridos variam entre bom e muito bom acerca da utilização de linguagem adequada, do domínio do tema, da gestão do tempo e da clareza do discurso, ainda que a maioria considere como muito bom.

Assim, atendendo à avaliação realizada pelos participantes e à minha perceção enquanto formadora e colega de trabalho, considero que o balanço final da sessão é bastante positivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mitre, R. M. A. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 9(1), 147-154.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de boa prática – estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série I, n.º6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da actividade de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar Enfermagem*. 14(1), 24-38.

APÊNDICES

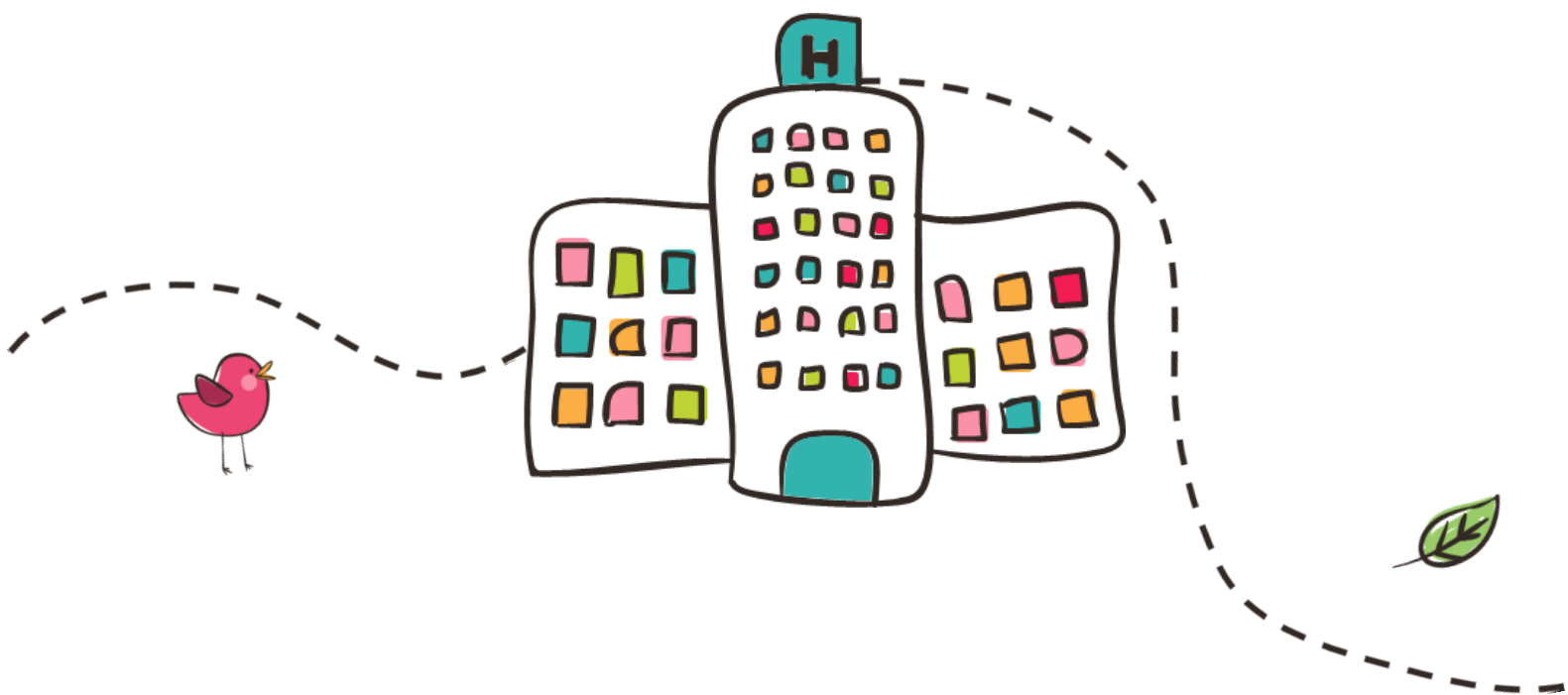
Apêndice I – Cartaz de divulgação da sessão de formação

SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Equipa de Enfermagem

TEMA:

BRINCAR TERAPÊUTICO E A CRIANÇA HOSPITALIZADA –
UTILIZAÇÃO DO “KIT DA BRINCADEIRA”



FORMADORA: Enfª Marta Cordeiro

DATA: 12/03/2021

HORA: 18H00

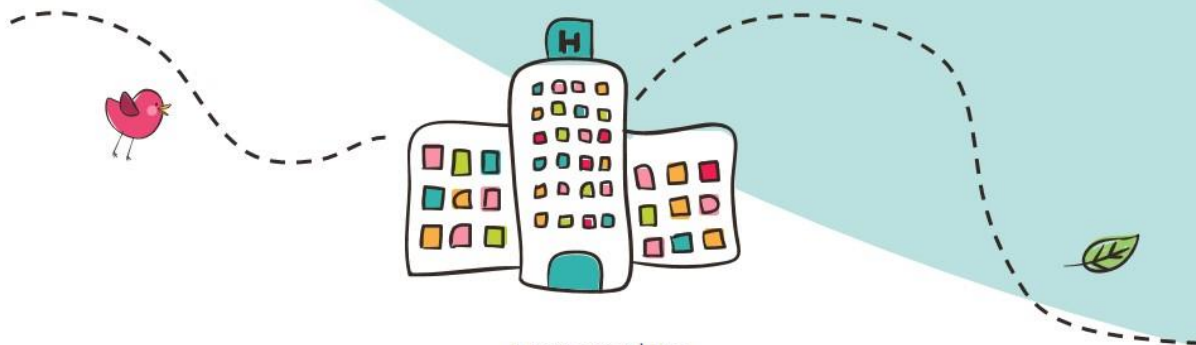
VIA ZOOM

Apêndice II – Apresentação *Powerpoint* – Brincar terapêutico e a criança hospitalizada: utilização do “Kit da Brincadeira”

Formação em Serviço

Brincar Terapêutico e a Criança Hospitalizada

Utilização do “Kit da Brincadeira”



Marta Cordeiro

Estudante do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na ESEL



Sumário

- Objetivos
- Diagnóstico das necessidades formativas
- Brincar terapêutico e a criança hospitalizada
- “Kit da Brincadeira”:
 - Descrição, constituição e utilização
- Referências Bibliográficas

Objetivos

Objetivo Geral:

- Promover a utilização do brincar terapêutico na prestação de cuidados à criança hospitalizada.

Objetivos Específicos:

- Refletir em equipa sobre os resultados do questionário e possíveis estratégias de melhoria a adotar;
- Definir o conceito de brincar terapêutico;
- Identificar as vantagens da utilização do brincar terapêutico;
- Apresentar o “Kit da Brincadeira”: descrição, constituição e procedimento de utilização.



Questionário



“Experiência dos Enfermeiros na Utilização do Brincar Terapêutico”

Acolhimento ao serviço –
64,3% utiliza o brincar
“às vezes”

**Preparação pré-
operatória –** 28,6% utiliza
o brincar “às vezes” e
28,6% utiliza “raramente”

Preparação para procedimentos
57,1% utiliza “às vezes”
Realização de procedimentos –
42,9% utiliza “às vezes” e
14,3% utiliza “raramente”

**Ausência dos
acompanhantes –** 50%
utiliza “quase sempre”

➤ 14 Inquiridos



Questionário



“Experiência dos Enfermeiros na Utilização do Brincar Terapêutico”

0 a 12 meses –
42,9% utilizam o
brincar

Sugestões – formação;
materiais adequados; kit
lúdico-terapêutico

Falta de tempo –
indicado por 85,7%
dos inquiridos

➤ 14 Inquiridos



Brincar no Hospital

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

(OE, 2013 citando a Associação Internacional para o Direito a Brincar, 1977)

Carta da Criança Hospitalizada salvaguarda que as crianças doentes e internadas têm direito a ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança.

(Instituto de Apoio à Criança, 2008)

Brincar Terapêutico

“(...) um brincar estruturado que objetiva promover o bem-estar da criança e aliviar a tensão quando enfrenta uma situação difícil ou desconhecida e precisa ser preparada para procedimentos diagnósticos e terapêuticos (...)”

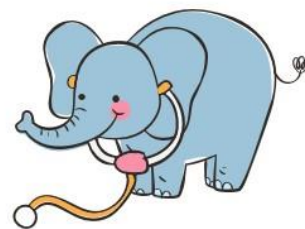
(Oliveira, Maia & Borba, 2015, p. 22)

Ajuda a criança a ultrapassar a situação de crise que está a viver, ao lidar com as suas preocupações e medos através do desenvolvimento de estratégias de *coping*.

(Walker, 1989; Sanders, 2014)

Método eficaz na diminuição do medo e do stress associado à hospitalização e na construção de uma relação de confiança.

(Walker, 1989; Sanders, 2014)



Brincar Terapêutico

Utilizado pelo enfermeiro como um instrumento para ajudar a criança a adaptar-se ao ambiente hospitalar, vivenciando e ultrapassando a experiência da doença e hospitalização da forma mais positiva possível.

(Tavares, 2011)

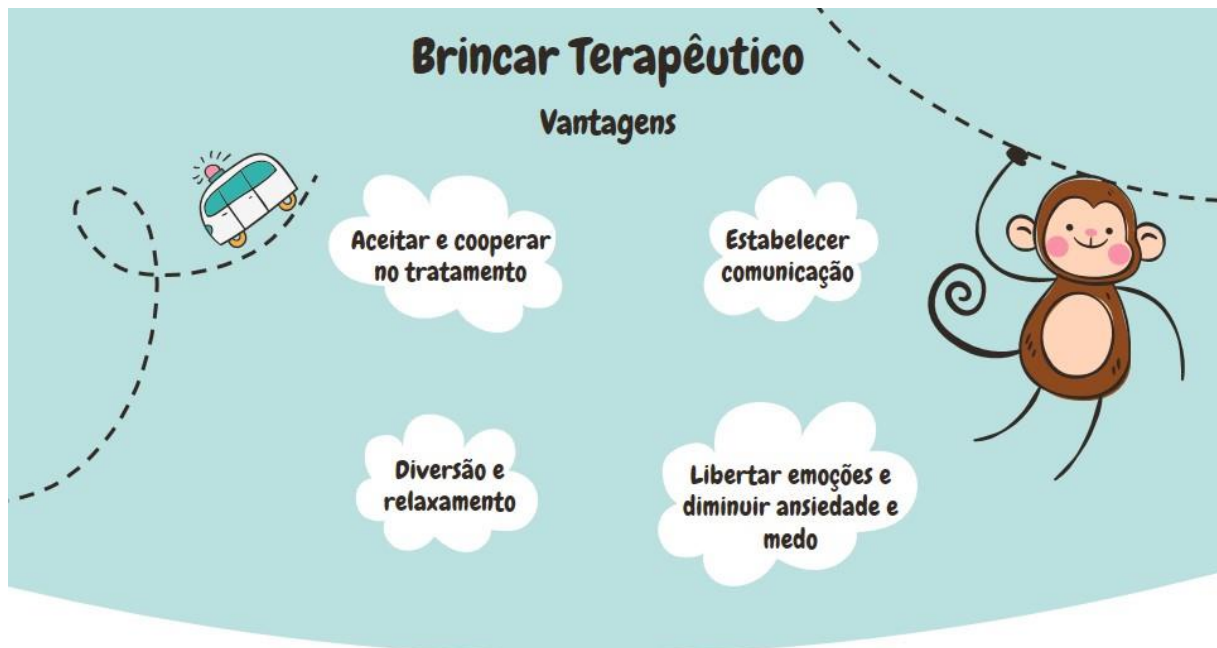
O enfermeiro consegue aproximar-se da criança, dar-lhe informações sobre os procedimentos e ajudar a expressar os sentimentos negativos associados à vivência hospitalar.

(Sanders, 2014; Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo, 2010)

O enfermeiro pode ainda avaliar o desenvolvimento físico, intelectual e social através da complexidade do comportamento que a criança apresenta a brincar.

(Sanders, 2014)





(Sanders, 2014; OE, 2013; Caleffi, Rocha, Anders, Souza, Burciaga & Serapião, 2016)



“Kit da Brincadeira”

Descrição

Constituído por uma variedade de materiais didáticos e lúdicos, incluindo material hospitalar e brinquedos adequados a cada faixa etária.

Permite diminuir o medo e a ansiedade da criança e dos pais associados à hospitalização.

A utilização permite o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais que promovem uma comunicação eficaz e adequada à idade da criança em qualquer momento do internamento e a distração e o controlo da dor da criança associada aos procedimentos, através do ato de brincar.

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)



“Kit da Brincadeira”



Descrição

- Armário com quatro gavetas, organizadas por estádios de desenvolvimento, dos 0 aos 12 anos.
- Cada gaveta identificada com faixa etária e listagem do material que contém.
- Materiais simultâneos a várias faixas etárias identificados com código de cores:

Vermelho: todas as idades

Azul: *toddler* e pré-escolar

Verde: pré-escolar e escolar



“Kit da Brincadeira”



Materiais Lúdicos de Acordo com o Desenvolvimento Infantil

Lactente (0 a 12 Meses)

0-3M - Respostas globais e indiferenciadas. Jogo é dependente, pelo que o prazer é demonstrado por uma atitude tranquila (um mês), um sorriso (dois meses) e um ruído gritante (três meses).

3-6M - Interesse mais discriminado nos estímulos e começam a brincar sozinhos com um chocalho/roca ou um peluche.

6-12M - Jogo envolve competências sensório-motoras, pelo que os lactentes participam em jogos como o cu-cu e o bate palmas. O jogo é mais seletivo, solitário ou unilateral, mas os lactentes escolhem a pessoa com quem vão interagir.

(Wilson, 2014a)

“Kit da Brincadeira”

Materiais Lúdicos de Acordo com o Desenvolvimento Infantil

Gaveta I

- Boneco musical para pendurar no berço (0-6m)
- Chocalho (1-9M)
- Livro com imagens coloridas (6-12M)
- Brinquedos de encaixar (9-12M)
- Puzzle (9-12M)
- Material hospitalar (pensos, seringas, máscara) (9-12M)



“Kit da Brincadeira”

Materiais Lúdicos de Acordo com o Desenvolvimento Infantil

Toddler (1 a 3 Anos)

- Jogo paralelo: a criança inspeciona o brinquedo, fala com ele e inventa diversos usos para ele.
- Imitação é uma das características mais distintas do jogo e promove a fantasia.
- Competências motoras: carrinhos de empurrar, bolas de diferentes tamanhos e cavalos de pau ou de baloiço.
- Motricidade fina: tintas, lápis e puzzles.
- Jogo criativo e imaginativo: blocos de construção, bonecos, fantoches ou barro/plasticina.
- Competências linguísticas: brinquedos musicais, livros de histórias ou programas televisivos adequados.

(Wilson, 2014b)

“Kit da Brincadeira”

Materiais Lúdicos de Acordo com o Desenvolvimento Infantil

Gaveta 2

- Livro de figuras/ilustrações
- Telemóvel de brincar
- Xilofone
- Carrinhos
- Nenuco com acessórios médicos
- Puzzle
- Legos
- Bolas de sabão
- Apitos coloridos tipo “língua da sogra”
- Plasticina
- Buzzy
- Material de desenho (caderno, lápis e tintas)
- Material hospitalar (pensos, seringas, compressas, adesivo, ligaduras, frasco e sistema de soro)



“Kit da Brincadeira”

Materiais Lúdicos de Acordo com o Desenvolvimento Infantil

Pré-escolar (3 a 5 Anos)

- Jogo associativo: brincar em grupo sem regras rígidas.
- Competências motoras: atividades como saltar, correr, escalar e nadar.
- Motricidade fina e expressividade: blocos de vários tamanhos e formas, tintas e lápis, instrumentos musicais ou livros ilustrados, realização de trabalhos manuais são importantes.
- Imitação, imaginação e dramatização: gostam de brincar com bonecos, brinquedos que simulem profissões e tarefas domésticas, animais, carros, caminhões, aviões e fantoches

(Monroe, 2014)

“Kit da Brincadeira”



Materiais Lúdicos de Acordo com o Desenvolvimento Infantil

Gaveta 3

- Livros com ilustrações
- Telemóvel de brincar
- Xilofone
- Animais da quinta
- Carrinhos
- Nenuco com acessórios médicos
- Puzzle
- Apitos coloridos tipo “língua da sogra”
- Plasticina
- Buzzy
- Material de desenho (caderno, lápis e tintas)
- Diplomas, autocolantes, chupas, balões de reforço positivo
- Material hospitalar (pensos, seringas, compressas, adesivo, ligaduras, frasco e sistema de soro)



“Kit da Brincadeira”



Materiais Lúdicos de Acordo com o Desenvolvimento Infantil

Escolar (6 a 12 Anos)

- Jogos e brincadeiras: permitem aumento das capacidades físicas, intelectuais e da fantasia e o sentimento de pertença a uma equipa ou a um grupo.
- Necessidade de regras: jogos de cartas e de computador.
- Interação com os pares: aprendem o conceito de interdependência e confiança.
- Interesses: música e a leitura, pelo que gostam que lhes leiam histórias em voz alta.

(Rodgers, 2014)

“Kit da Brincadeira”



Materiais Lúdicos de Acordo com o Desenvolvimento Infantil

Gaveta 4

- Livros de histórias
- Bola anti-stress
- Buzzy
- Material de desenho (folhas, lápis, canetas)
- Diplomas, autocolantes, chupas, balões de reforço positivo
- Material hospitalar (pensos, seringas, compressas, adesivo, ligaduras, frasco e sistema de soro)



“Kit da Brincadeira”

Quando Utilizar



(Martins, Ribeiro, Borba & Silva, 2001; Mitre & Gomes, 2004; Jansen, Santos & Favero, 2010; Pereira et al., 2010; Santos, 2011; Hockenberry, 2014; Sanders, 2014; Calfe et al., 2016)

“Kit da Brincadeira”



Como Utilizar



- Promover envolvimento e participação dos pais
- > 9M visualizar e tocar no material



- Vê a dor como castigo
- Dramatização no boneco



- Interpretam literalmente o que lhes dizem
- Explicações simples e breves (5-10')



- Maior percepção da dor e doença
- Explicações mais longas (20') com antecedência (até 1 dia antes)

(OE, 2011; Brown, 2014; Monroe, 2014; Rodgers, 2014; Wilson, 2014a; Wilson, 2014b)

“Kit da Brincadeira”



Procedimento

1. A técnica deve ser realizada preferencialmente pelo enfermeiro responsável pela criança.
2. Apresentar-se aos pais e conversar com eles, orientando-os sobre as vantagens da utilização do brincar terapêutico.
3. Questionar os pais sobre o comportamento da criança em situações anteriores semelhantes.
4. Questionar os pais ou a criança sobre os seus brinquedos e atividades preferidos.
5. Selecionar os materiais do “Kit da Brincadeira” mais adequados à idade e interesses da criança.
6. Iniciar a sessão de brincar terapêutico, que deverá durar cerca de 15 minutos.
7. Incentivar a participação dos pais.
8. Possibilitar que a criança escolha o local da sua preferência para brincar (ex.: sala de brincadeiras ou a sua cama).*
9. Informar a criança sobre o tempo de duração da brincadeira e que após o seu término os brinquedos serão recolhidos.*
10. Apresentar os brinquedos à criança, permitindo que ela os manipule.
11. Interagir com a criança através dos brinquedos.
12. Utilizar linguagem adequada ao estágio de desenvolvimento da criança (evitar palavras como pica, dor, cateter).



(Martins et al., 2001; OE, 2013; Brown, 2014)

“Kit da Brincadeira”

Procedimento



Procedimentos

13. Oferecer material hospitalar para que a criança toque e explore.
14. *Lactente (> 9 meses):* Simular o procedimento através da colocação de máscara ou penso na pessoa significativa.
Toddler e Pré-escolar: Simular o procedimento nos brinquedos, permitindo que a criança dramatize nos bonecos, dizendo-lhe o que irá sentir e como poderá colaborar (ex.: deitar-se, permanecer com o membro imóvel).
- Escolar:* Explicar e demonstrar os procedimentos através do material hospitalar.
15. Informar a criança sobre a função do material utilizado no boneco (ex.: seringas, pensos, adesivo).*
16. Informar a criança que pode chorar, gritar e expressar o seu desconforto.*

17. Responder às perguntas realizadas pela criança, dando uma explicação simples e honesta.*
18. Durante o procedimento, proporcionar a distração com os brinquedos que a criança preferir (ex.: jogos de construção, contar histórias de livros, instrumento musical, vídeos).
19. Após o procedimento, elogiar os comportamentos da criança que facilitaram a realização do procedimento.
20. Oferecer um presente (ex.: diploma, medalha autocolante, “língua da sogra”).*
21. Oferecer novamente os brinquedos no final do procedimento para que a criança brinque, dramatizando o procedimento.*

(Martins et al., 2001; OE, 2013; Brown, 2014)

“Kit da Brincadeira”

Procedimento



22. Desinfetar e arrumar os materiais utilizados na gaveta correspondente.

* Aplica-se a partir dos *Toddler*

Registos:

- Estratégias utilizadas
- Resultados obtidos

Processo de Enfermagem – Focos de Atenção	Status	Intervenções e Horários
CONFORTO	- Conforto comprometido - Potencial para melhorar o conforto	- Executar técnica de distração (Sem horário) - Promover o conforto (Sem horário)



Brincar é essencial para o bem-estar mental, emocional e social da criança e tal como acontece com as suas necessidades de desenvolvimento, a necessidade de brincar não deixa de existir quando adoece ou é hospitalizada.

(Sanders, 2014)



Referências Bibliográficas

- Brown, T. L. (2014). Especificidades nas intervenções de enfermagem em pediatria. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 1061-1118). Loures: Lusociência.
- Coleffi, C. C. F., Rocha, P. K., Anders, J. C., Souza, A. I. J., Burciaga, V. B. & Serapião, L. S. (2016). Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), 1-8.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 122-187). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da criança hospitalizada* (4ª ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Jansen, M. F., Santos, R. M. & Favero, L. (2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 247-253.
- Kiche, M. T. & Almeida, F. A. (2009). Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 125-130.
- Martins, M. R., Ribeiro, C. A., Borda, R. I. H. & Silva, C. V. (2001). Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Revista Latino-am Enfermagem*, 9(2), 76-85.
- Mitre, R. M. A. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 147-154.
- Monroe, R. A. (2014). Promoção da saúde da criança em idade pré-escolar e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 622-644). Loures: Lusociência.
- Monroe, R. A. (2014). Promoção da saúde da criança em idade pré-escolar e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 622-644). Loures: Lusociência.
- Oliveira, C. S., Maia, E. B. S., Borda, R. I. H. & Ribeiro, C. A. (2015). Brinquedo Terapêutico na assistência à criança: percepção de enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 15(1), 21-30.

Referências Bibliográficas

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série 1, n.º 3, Vol. 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série 1, n.º 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*. 14(1), 24-38.
- Rodgers, D. (2014). Promoção da saúde da criança em idade escolar e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 638-725). Loures: Lusociência.
- Rodgers, D. (2014). Promoção da saúde da criança em idade escolar e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 638-725). Loures: Lusociência.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp.1025-1060). Loures: Lusociência.
- Tavares, P. P. S. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Walker, C. (1989). Use of art and play therapy in pediatric oncology. *Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*. 6(4), 121-126.
- Wilson, D. (2014a). Promoção da saúde do lactente e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 491-552). Loures: Lusociência.
- Wilson, D. (2014b). Promoção da saúde da criança em idade toddler e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 587-621). Loures: Lusociência.



Obrigada!



CREDITS: This presentation template was created by [Slidesgo](#), including icons by [Flaticon](#), and infographics & images by [Freepik](#).

Apêndice III – Questionário de avaliação da sessão de formação

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Brincar Terapêutico e a Criança Hospitalizada: Utilização do “Kit da Brincadeira”

Data: 12/03/2021

Formadora: Marta Cordeiro, estudante do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Uma vez apresentada a sessão, gostaria de saber a sua opinião sobre alguns aspetos da sessão de formação. Assim, solicito que preencha anonimamente este questionário.

Numa escala de 1 a 5, coloque uma cruz (X) na opção que expressa a sua opinião:

1-Muito Insuficiente	2- Insuficiente	3- Satisfaz	4-Bom	5- Muito bom
----------------------	-----------------	-------------	-------	--------------

		Classificação				
		1	2	3	4	5
Suporte Audiovisual	Qualidade do suporte audiovisual.					
	Estrutura da apresentação.					
Pertinência do Tema	Interesse do tema abordado.					
	Seleção dos conteúdos abordados.					
	Contributo para a prática profissional.					
	Adequação dos materiais apresentados.					
Formadora	Utilização de linguagem técnica e adequada.					
	Domínio do tema.					
	Gestão do tempo.					
	Clareza do discurso.					

Comentários e sugestões:

Muito obrigada pela sua presença e colaboração.

Apêndice IV – Fotografias do “Kit da Brincadeira”

Imagem 1: Armário



Imagem 2: Gaveta 1 – Lactente (0 a 12 meses)



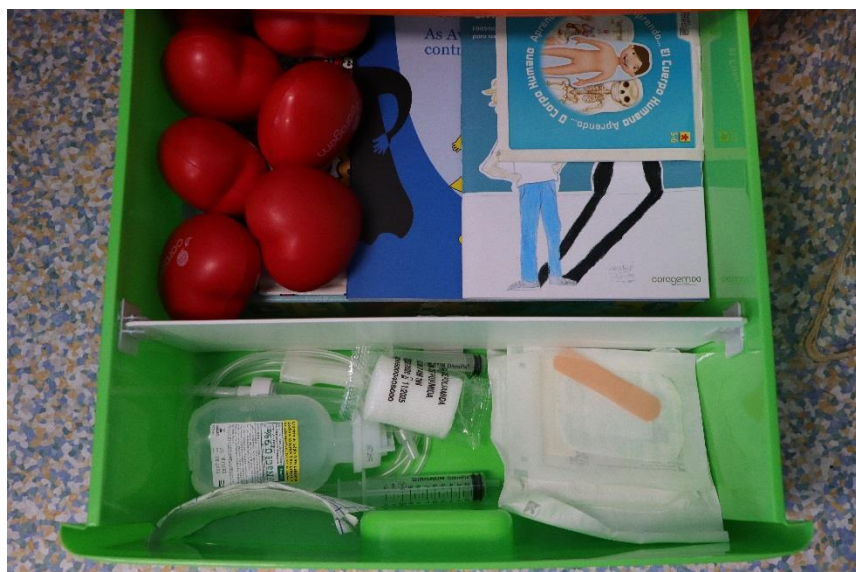
Imagem 3: Gaveta 2 – Toddler (1 a 3 anos)



Imagem 4: Gaveta 3 – Pré-escolar (3 a 5 anos)



Imagem 5: Gaveta 4 – Escolar (6 a 12 anos)



Apêndice V – Etiquetas de identificação das gavetas

ETIQUETAS DE IDENTIFICAÇÃO DAS GAVETAS

Gaveta 1

LACTENTE (0-12 MESES)

- Boneco musical para pendurar no berço (0-6M)
- Chocalho (1-9M)
- Livros com imagens coloridas (6-12M)
- Brinquedos de encaixar (9-12M)
- Puzzle (9-12M)
- Material hospitalar (pensos, seringas, máscara) (9-12M)



Gaveta 2

TODDLER (1-3 ANOS)

- Livro de figuras/ilustrações
- Telemóvel de brincar
- Xilofone
- Carrinhos
- Puzzle
- Legos
- Nenuco com acessórios médicos
- Bolas de sabão
- Apitos coloridos tipo “língua da sogra”
- Plasticina
- Buzzy
- Material de desenho (caderno, lápis e tintas)
- Material hospitalar (pensos, seringas, compressas, adesivo, ligaduras, frasco e sistema de soro)



Gaveta 3

PRÉ-ESCOLAR (3-5 ANOS)

- Livros com ilustrações
- Telemóvel de brincar
- Xilofone
- Animais da quinta
- Carrinhos
- Nenuco com acessórios médicos
- Puzzle
- Apitos coloridos tipo “língua da sogra”
- Plasticina
- Buzzy
- Material de desenho (caderno, lápis e tintas)
- Diplomas, autocolantes, chupas, balões de reforço positivo
- Material hospitalar (pensos, seringas, compressas, adesivo, ligaduras, frasco e sistema de soro)



Gaveta 4

ESCOLAR (6-12 ANOS)

- Livros de histórias
- Bola anti-stress
- Buzzy
- Material de desenho (folhas, lápis, canetas)
- Diplomas, autocolantes, chupas, balões de reforço positivo
- Material hospitalar (pensos, seringas, compressas, adesivo, ligaduras, frasco e sistema de soro)



Legenda:

- Materiais comuns todas as idades
- Materiais comuns ao *toddler* e pré-escolar
- Materiais comuns ao pré-escolar e escolar

Apêndice VI – Diplomas de reforço positivo

DIPLOMA DE BRAVURA



Certifica-se que o menino



**Demonstrou muita coragem e
superou todos os desafios com distinção!!!**

____/____/____

DIPLOMA DE BRAVURA



Certifica-se que a menina



**Demonstrou muita coragem e
superou todos os desafios com distinção!!!**

____/____/____

Apêndice VII – Norma de procedimentos – Utilização do “Kit da Brincadeira”

BRINCAR TERAPÊUTICO E UTILIZAÇÃO DO “KIT DA BRINCADEIRA”**1. Objetivos**

- ✔ Dotar o enfermeiro de competências para a utilização do brincar terapêutico na prestação de cuidados à criança hospitalizada, com recurso ao “Kit da Brincadeira”.
- ✔ Promover ganhos em saúde associados à prestação de cuidados ao lactente e crianças durante a hospitalização.
- ✔ Diminuir a ansiedade, stress e dor das crianças através de uma comunicação e preparação para procedimentos diagnósticos e terapêuticos adequada.

2. Âmbito

Aplica-se na prestação de cuidados a lactentes e crianças no Serviço de Cardiologia Pediátrica.

3. Definições

BRINCAR TERAPÊUTICO	“(…) brincar estruturado que objetiva promover o bem-estar da criança e aliviar a tensão quando enfrenta uma situação difícil ou desconhecida e precisa ser preparada para procedimentos diagnósticos e terapêuticos (...)” (Oliveira, Maia & Borba, 2015, p. 22).
LACTENTE	Criança entre 0 e 12 meses de idade.
TODDLER	Criança entre 1 e 3 anos de idade.
PRÉ-ESCOLAR	Criança entre 3 e 5 anos de idade.
ESCOLAR	Criança entre 6 e 12 anos de idade.

4. Referências

- Brown, T. L. (2014). Especificidades nas intervenções de enfermagem em pediatria. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 1061-1118). Loures: Lusociência.
- Caleffi, C. C. F., Rocha, P. K., Anders, J. C., Souza, A. I. J., Burciaga, V. B. & Serapião, L. S. (2016). Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 37(2), 1-8.
- Haiat, H., Bar-Mor, G. & Shochat, M. (2003). The world of the child: a world of play even in the hospital. *Journal of Pediatric Nursing*. 18(3), 209-214.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 122 – 187). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da criança hospitalizada* (4ª ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Jansen, M. F., Santos, R. M. & Favero, L. (2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 31(2), 247-253.
- Martins, M. R., Ribeiro, C. A., Borda, R. I. H. & Silva, C. V. (2001). Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Revista Latino-am Enfermagem*. 9(2), 76-85.
- Mitre, R. M. A. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 9(1), 147-154.

ELABORADO/REVISTO

APROVADO

Data: / /

Data: / /

- Monroe, R. A. (2014). Promoção da saúde da criança em idade pré-escolar e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 622-644). Loures: Lusociência.
- Mota, H. V. A., Júnior, C. J. S. & Silva, M. R. (2019). Intervenção à criança hospitalizada e ludoterapia: revisão integrativa. *Revista Portal Saúde e Sociedade*. 4(2), 1141-1151.
- Oliveira, C. S., Maia, E. B. S., Borda, R. I. H. & Ribeiro, C. A. (2015). Brinquedo Terapêutico na assistência à criança: percepção de enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. 15(1), 21-30.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série 1, n.º 3, Vol. 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série I, n.º6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*. 14(1), 24-38.
- Queiroz, N. L. N., Maciel, D. A. & Branco, A. U. (2006). Brincadeira e desenvolvimento infantil: um olhar sociocultural construtivista. *Paidéia*. 16(34), 169-179.
- Rodgers, D. (2014). Promoção da saúde da criança em idade escolar e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 638-725). Loures: Lusociência.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol 2, pp.1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, L. (2011). *Porquê brincar no hospital*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Tavares, P. P. S. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Valeriano, J. & Diogo, P. (2001). O brincar – Actividade de desenvolvimento e de adaptação à vida. *Servir*. 49(3), 110-116.
- Walker, C. (1989). Use of art and play therapy in pediatric oncology. *Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*. 6(4), 121-126.
- Wilson, D. (2014a). Promoção da saúde do lactente e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 491-552). Loures: Lusociência.
- Wilson, D. (2014b). Promoção da saúde da criança em idade toddler e da família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 587-621). Loures: Lusociência.

5. Responsabilidades

Enfermeiros do

ELABORADO/REVISTO

Data: / /

APROVADO

Data: / /

6. Descrição

6.1 Orientações Gerais

- A Declaração da International Play Association em 1961 e da Convenção dos Direitos da Criança em 1989, reconheceram o brincar como um direito universal da criança (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010; Mota, Júnior & Silva, 2019).
- Brincar é uma atividade essencial ao bem-estar físico, emocional, mental e social. É um ato voluntário e espontâneo de crescimento e desenvolvimento da personalidade e autonomia da criança, que estimula a inteligência, iniciativa, concentração, imaginação, coragem, interação com os pares e resolução de conflitos, contribuindo para a aprendizagem e desenvolvimento infantil saudável (Valeriano & Diogo, 2001; Haiat, Bar-Mor & Shochat, 2003; Queiroz, Maciel & Branco, 2006).
- A brincadeira ajuda a criança na sua adaptação à realidade, pois para além de ter como funções o desenvolvimento intelectual e sensório-motor, socialização, criatividade e autoconsciência, proporciona alegria, recreação e expressão de sentimentos que permitem alcançar um estado de conforto (Pereira et al., 2010; Hockenberry, 2014).
- A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013) citando a Associação Internacional para o Direito a Brincar (1977), evidencia que a criança tem direito a desenvolver atividades lúdicas, mesmo nas situações em que a sua saúde está comprometida e necessita de internamento hospitalar, uma vez que o brincar é uma necessidade de desenvolvimento que não termina quando a criança adoece ou é hospitalizada (Sanders, 2014).
- Também a Carta da Criança Hospitalizada salvaguarda que as crianças doentes e internadas têm direito a ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança (Instituto de Apoio à Criança, 2008).
- O brincar é considerado um instrumento terapêutico, quando utilizado nas ações de enfermagem com intencionalidade terapêutica, ou seja, quando o enfermeiro desenvolve intervenções que promovem a recuperação e bem-estar da pessoa cuidada, respeitando a sua individualidade (McMahon & Pearson, 1998 citados por Pereira et al., 2010). Este é um instrumento valioso nos cuidados de saúde, pois ajuda a criança a ultrapassar a situação de crise que está a viver, ao lidar com as suas preocupações e medos através do desenvolvimento de estratégias de *coping* (Walker, 1988; Mitre & Gomes, 2004).
- O brinquedo terapêutico é o recurso que permite estabelecer a brincadeira lúdica e terapêutica, sendo um brinquedo estruturado pelo enfermeiro para facilitar a expressão de sentimentos, suavizar o impacto de experiências desconhecidas, permitir assimilar novas situações e compreender a necessidade dos procedimentos a realizar (OE, 2013).
- Método eficaz na diminuição do medo e do stress associado à hospitalização e na construção de uma relação de confiança, promovendo na criança uma sensação de bem-estar e segurança, autocontrolo e capacidade para lidar com a situação (Sanders, 2014).
- Utilizado pelo enfermeiro com um instrumento para ajudar a criança a adaptar-se ao ambiente hospitalar, vivenciando e ultrapassando a experiência da doença e hospitalização da forma mais positiva possível (Tavares, 2011).
- O enfermeiro consegue aproximar-se da criança, dar-lhe informações sobre os procedimentos e ajudar a expressar os sentimentos negativos associados à vivência hospitalar, o que levará a resultados terapêuticos como a estabilidade emocional e a adaptação à experiência (Pereira et al., 2010; Sanders, 2014).
- O enfermeiro pode ainda avaliar o desenvolvimento físico, intelectual e social através da complexidade do comportamento que a criança apresenta a brincar (Sanders, 2014).
- Vários autores consideram que o brincar no hospital transmite segurança e conforto à criança, permitindo-lhe expressar mais facilmente os seus sentimentos e pensamentos, o que ameniza o medo, ansiedade, stress e dor. Além disso a criança envolve-se, tem interesse em manipular os materiais hospitalares e tira dúvidas, o que facilita a

ELABORADO/REVISTO

Data: / /

APROVADO

Data: / /

comunicação e, conseqüentemente, a sua aceitação, participação, cooperação e motivação em todo o processo de hospitalização (Jansen, Santos & Favero, 2010; OE, 2013; Sanders, 2014; Caleffi, Rocha, Anders, Souza, Burciaga & Serapião, 2016).

6.2 Recursos

- Este kit contém uma variedade de materiais didáticos e lúdicos, incluindo material hospitalar e brinquedos adequados a cada faixa etária. Destinam-se à aprendizagem de estratégias para diminuir o medo e a ansiedade da criança e dos pais associados à hospitalização, assim como para diminuir a percepção da dor nos procedimentos de diagnóstico e terapêuticos.
- Consiste num armário constituído por quatro gavetas, organizadas de acordo com os estádios de desenvolvimento da criança desde o lactente até à criança em idade escolar, ou seja, desde os 0 aos 12 anos. Cada gaveta está identificada no exterior quanto à faixa etária a que se destina e respetiva listagem do material que contém.
- Os materiais adequados a mais do que uma faixa etária estão identificados nas listagens com um código de cores. Os materiais adequados à criança em idade *toddler* e em idade pré-escolar encontram-se sublinhados a azul; e os materiais adequados à criança em idade pré-escolar e em idade escolar estão sublinhados a verde. O material comum a todas as idades encontra-se sublinhado a vermelho.



Figura 1 – Armário do Kit

- **Gaveta 1 – Lactente (0 a 12 meses):**
 - Boneco musical para pendurar no berço (0-6M)
 - Chocalho (1-9M)
 - Livros com imagens coloridas (6-12M)
 - Brinquedos de encaixar (9-12M)
 - Puzzle (9-12M)
 - Material hospitalar (pensos, seringas, máscaras) (9-12M)
- **Gaveta 2 – Toddler (1 a 3 anos):**
 - Livro de figuras/ilustrações
 - Telemóvel de brincar
 - Xilofone
 - Carrinhos
 - Nenuco com acessórios médicos
 - Puzzle
 - Legos
 - Bolas de sabão
 - Apitos coloridos tipo “língua da sogra”
 - Plasticina
 - Buzzy
 - Material de desenho (caderno, lápis e tintas)



Figura 2 – Gaveta 1



Figura 3 – Gaveta 2

ELABORADO/REVISTO

Data: / /

APROVADO

Data: / /

- Material hospitalar (pensos, seringas, compressas, adesivo, ligaduras, frasco e sistema de soro)

• **Gaveta 3 – Pré-escolar (3 a 5 anos):**

- Livros com ilustrações
- Telemóvel de brincar
- Xilofone
- Animais da quinta
- Carrinhos
- Nenuco com acessórios médicos
- Puzzle
- Apitos coloridos tipo “língua da sogra”
- Plasticina
- Buzzy
- Material de desenho (caderno, lápis e tintas)
- Diplomas, autocolantes, chupas, balões de reforço positivo
- Material hospitalar (pensos, seringas, compressas, adesivo, ligaduras, frasco e sistema de soro)



Figura 4 – Gaveta 3

• **Gaveta 4 – Escolar (6 a 12 anos):**

- Livros de histórias
- Bola anti-stress
- Buzzy
- Material de desenho (folhas, lápis, canetas)
- Diplomas, autocolantes, chupas, balões de reforço positivo
- Material hospitalar (pensos, seringas, compressas, adesivo, ligaduras, frasco e sistema de soro)



Figura 5 – Gaveta 4

6.3 Procedimento

SITUAÇÕES DE CUIDADOS EM QUE SE UTILIZA

- O enfermeiro deve respeitar o desejo da criança face aos brinquedos e jogos que lhe são propostos, respeitando o momento em que tem vontade de começar a brincar, a escolha do brinquedo e também o seu grau de participação (Mitre & Gomes, 2004; Santos, 2011).
- A brincadeira terapêutica pode ser muito útil em diversos momentos da hospitalização (OE, 2013):
 - ❖ **Admissão no hospital:** O enfermeiro pode iniciar a comunicação com jogos sem contacto físico e posteriormente aproximar-se, batendo palmas ou falando de uma parte do corpo da criança. Desta forma, deixa de ser visto como estranho, mas sim como amigo, podendo conseguir fazer grande parte da avaliação inicial de enfermagem com recurso a jogos e simples brinquedos, enquanto a criança permanece segura nos braços ou ao colo dos pais (Hockenberry, 2014).
 - ❖ **Realização de procedimentos:** Ao brincar e tocar nos materiais e nos brinquedos que simulam o meio hospitalar, a criança familiariza-se tranquilamente com o que poderia ser assustador, recebendo orientações e fazendo perguntas sobre os materiais hospitalares, ocorrendo uma desmistificação desses objetos (OE, 2011).
 - ❖ **Separação dos pais:** O brincar terapêutico auxilia a criança na diminuição do medo, angústia, ansiedade e solidão decorrentes de situações ameaçadoras e atípicas, como a separação dos pais, uma vez que permite

ELABORADO/REVISTO

Data: / /

APROVADO

Data: / /

construir uma relação de confiança, que só por si é promotora do sentimento de bem-estar e segurança na criança (Pereira et al., 2010; Caleffi et al., 2016).

- ❖ **Prática clínica diária:** O brincar deve ser implementado sempre que a criança tenha necessidade de entender e lidar com experiências do dia-a-dia durante a hospitalização. Isto significa que o enfermeiro deve incorporá-lo na sua prática clínica diária a todos os níveis do processo de enfermagem, dando oportunidade à criança de crescer e se desenvolver com saúde (Martins, Ribeiro, Borba & Silva, 2001; Jansen et al., 2010).

UTILIZAÇÃO DE ACORDO COM O ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO

- A adaptação dos brinquedos, jogos e materiais à idade da criança, ao seu estado físico, ao seu estado psicológico, à sua personalidade e aos seus desejos específicos, bem como às necessidades e objetivos clínicos (lúdicos, preventivos, educativos, terapêuticos ou reeducativos), deve ser uma preocupação do enfermeiro (Santos, 2011).

LACTENTE
Não têm memórias de experiências anteriores traumáticas relacionadas com procedimentos, pelo que não conseguem antecipar o sofrimento. Reação a estranhos, pelo que os pais devem manter-se no seu campo visual. A partir dos 9 meses permitir visualizar e tocar no material potencialmente assustador. (OE, 2011; Brown, 2014; Wilson, 2014a)
TODDLER
Interpretam literalmente o que lhes dizem e são pouco colaboradores na realização de procedimentos. Dar explicações muito simples e breves (5 a 10 minutos), com recurso à brincadeira terapêutica. (OE, 2011; Brown, 2014; Wilson, 2014b)
PRÉ-ESCOLAR
É muito egocêntrica, acreditando que os seus pensamentos são poderosos. Vê a dor como um castigo, dificultando a aceitação e cooperação nos procedimentos. Promover dramatização num boneco dos aspetos mais relevantes antes e após o procedimento para esclarecer equívocos. (OE, 2011; Brown, 2014; Monroe, 2014)
ESCOLAR
Teme os procedimentos invasivos, a incapacidade física, a lesão corporal e a morte. Compreende e colabora melhor, pois tem maior perceção das doenças e do significado da dor. Dar explicações mais longas (20 minutos) e com antecedência (até um dia antes) para permitir o processamento da informação. (Brown, 2014; Rodgers, 2014)

AÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
A técnica deve ser realizada preferencialmente pelo enfermeiro responsável pela criança.	O enfermeiro é o profissional que convive mais com a criança e que será a sua referência; limitar o número de

ELABORADO/REVISTO

Data: / /

APROVADO

Data: / /

MANUAL DE PROCEDIMENTOS EM ENFERMAGEM

Utilização do “Kit da Brincadeira”

Edição: 01

Revisão: 01

Página 7 de 8

Apresentar-se aos pais e conversar com eles, orientando-os sobre as vantagens da utilização do brincar terapêutico.	peçoas que abordam a criança ajuda a diminuir a sua ansiedade.
Questionar os pais sobre o comportamento da criança em situações anteriores semelhantes.	O modo como os pais reagem à hospitalização tem grande impacto no comportamento dos filhos. Conversar com os pais promove o conhecimento, facilitando a aceitação da situação.
Questionar os pais ou a criança sobre os seus brinquedos e atividades preferidos.	Estas informações fornecem conhecimento ao enfermeiro sobre a possível reação da criança e sobre os seus interesses, favorecendo a individualização dos cuidados prestados.
Selecionar os materiais do “Kit da Brincadeira” mais adequados à idade e interesses da criança.	Individualização dos cuidados prestados.
Iniciar a sessão de brincar terapêutico, que deverá durar cerca de 15 minutos.	O tempo de duração de uma sessão de brincar terapêutico deve ser entre 15 a 45 minutos.
Incentivar a participação dos pais.	Os pais são uma fonte de apoio tranquilizadora, pois são as pessoas em que a criança mais confia.
Possibilitar que a criança escolha o local da sua preferência para brincar (ex.: sala de brincadeiras ou a sua cama).*	Ao escolher o local a criança sentirá que está no controlo, o que a deixará mais segura.
Informar a criança sobre o tempo de duração da brincadeira e que após o seu término os brinquedos serão recolhidos.*	A colocação desses limites é importante para que a criança não queira brincar indefinidamente ou ficar com os brinquedos, pois estes têm objetivos definidos.
Apresentar os brinquedos à criança, permitindo que ela os manipule.	A exploração dos objetos permite ao lactente ter sensações de movimentos, auditivas, visuais e táteis. Ao observar e manusear os brinquedos livremente a criança sente-se mais à vontade e, conseqüentemente, menos ansiosa.
Interagir com a criança através dos brinquedos.	Permite comunicar e construir uma relação de confiança com a criança.
Utilizar linguagem adequada ao estágio de desenvolvimento da criança (evitar palavras como pica, dor, cateter).	O vocabulário da criança é restrito e pode interpretar mal as palavras utilizadas e assustar-se desnecessariamente.
Procedimentos	
Oferecer material hospitalar para que a criança toque e explore.	Observar e manusear o material ajuda a criança a familiarizar-se com ele, diminuindo o medo que estes possam representar.
<u>Lactente (> 9 meses):</u> Simular o procedimento através da colocação de máscara ou penso na pessoa significativa.	O brincar terapêutico é um meio efetivo para lidar com fantasias e medos, principalmente os que estão associados a procedimentos dolorosos. Visualizar e manipular o material ajuda a criança a aprender, promovendo a cooperação durante o procedimento.
<u>Toddler e Pré-escolar:</u> Simular o procedimento nos brinquedos, permitindo que a criança dramatize nos bonecos, dizendo-lhe o que irá sentir e como poderá colaborar (ex.: deitar-se, permanecer com o membro imóvel).	
<u>Escolar:</u>	

ELABORADO/REVISTO

Data: / /

APROVADO

Data: / /

Explicar e demonstrar os procedimentos através do material hospitalar.	
Informar a criança sobre a função do material utilizado no boneco (ex.: seringas, pensos, adesivo).*	Explicar a função de cada material facilita a compreensão sobre o procedimento.
Informar a criança que pode chorar, gritar e expressar o seu desconforto.*	A criança irá sentir-se compreendida e que os seus sentimentos são aceites sem punição.
Responder às perguntas realizadas pela criança, dando uma explicação simples e honesta.*	Para que possa tirar dúvidas sobre os procedimentos e tenha o controle sobre a situação do brinquedo.
Durante o procedimento, proporcionar a distração com os brinquedos que a criança preferir (ex.: jogos de construção, contar histórias de livros, instrumento musical, vídeos).	Direcionar a atenção da criança para longe do estímulo doloroso, em direção a um estímulo alternativo e agradável, através de atividades multissensoriais e interativas é amplamente eficaz em todas as idades.
Após o procedimento, elogiar os comportamentos da criança que facilitaram a realização do procedimento.*	A criança fica feliz com o reconhecimento e sente-se recompensada pelas suas conquistas, o que ajuda a modificar o significado da dor.
Oferecer um presente (ex.: diploma, medalha autocolante, “língua da sogra”).*	
Oferecer novamente os brinquedos/material hospitalar no final do procedimento para que a criança brinque, dramatizando o procedimento.*	Dramatizar proporciona à criança uma maneira de descarregar tensões e medos.
Desinfetar e arrumar os materiais utilizados na gaveta correspondente.	Previne a contaminação e infeções cruzadas.

*Aplica-se a partir dos *Toddler*

Fontes: (Martins et al., 2001; OE, 2013; Brown, 2014)

6.4 Registos

PROCESSO DE ENFERMAGEM – FOCOS DE ATENÇÃO	STATUS	INTERVENÇÕES E HORÁRIOS
CONFORTO	- Conforto comprometido - Potencial para melhorar o conforto	- Executar técnica de distração (Sem horário) - Promover o conforto (Sem horário)

- Indicar quais os materiais utilizados
- Descrever a reação da criança antes, durante e após a utilização do brincar terapêutico

7. Anexos

Não tem.

ELABORADO/REVISTO

Data: / /

APROVADO

Data: / /

Apêndice IX – Realidade Virtual: estratégia não farmacológica de controlo da dor



**11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Estágio com Relatório

**Realidade Virtual: estratégia não farmacológica de
controlo da dor**

Serviço de Urgência Pediátrica

**Marta Duarte Cordeiro
Nº5035**

Docente orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão



**Lisboa
2021**

LISTA DE SIGLAS

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

DGS – Direção-Geral da Saúde

IASP – International Association for the Study of Pain

OE – Ordem dos Enfermeiros

RV – Realidade Virtual

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

ÍNDICE

1. FUNDAMENTAÇÃO	3
2. REALIDADE VIRTUAL COMO ESTRATÉGIA NÃO FARMACOLÓGICA DE CONTROLO DA DOR	5

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

Apêndice I – Sessão de Formação em Serviço – Realidade virtual: estratégia não farmacológica de controlo da dor

Apêndice II – Norma de Procedimentos – Utilização dos óculos de realidade virtual no serviço de urgência pediátrica

1. FUNDAMENTAÇÃO

A hospitalização de urgência é uma das experiências hospitalares mais traumáticas para a criança. Este é um período de elevado stress e ansiedade, durante o qual a criança experiencia medos, pois está perante um ambiente que desconhece, rodeada de procedimentos e equipamentos que lhe causam desconforto e dor (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). O medo e a dor estão integralmente ligados, afetando o conforto da criança durante os procedimentos (Eijlers, Utens & Staals, 2019; Coulter, 2020).

A dor é definida como uma experiência desagradável associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial, com componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais, resultando da interação de fatores biológicos, socioculturais e psicológicos (*International Association for the Study of Pain [IASP]*, 2016). É, pois, uma experiência pessoal e multidimensional, com grande variabilidade na sua perceção e expressão, e está associada à maioria das situações que requerem cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010).

O alívio da dor é um direito humano fundamental, pelo que todas as crianças têm direito ao adequado controlo da dor, independentemente da sua causa, de forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade associada. Neste sentido, todos os profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor das crianças, devendo dar especial atenção à dor provocada por atos de diagnóstico ou terapêutica, a fim de promover o bem-estar da criança e a humanização dos cuidados de saúde (Batalha, 2010; Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], 2018).

As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, pois são capazes de modificar o significado da dor através de uma reestruturação das expectativas e construções associadas à vivência da dor, alterando as cognições responsáveis pelas reações de medo e ansiedade (Linhares & Doca, 2010). Geralmente são de carácter psicológico, eficazes em situações de dor ligeira ou procedimentos dolorosos, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e família (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013). Ao contrário das estratégias farmacológicas, as estratégias não farmacológicas permitem ao enfermeiro usar os seus conhecimentos e habilidades sem estar dependente do médico e são mais seguras, relativamente livres de riscos (Chen, Cheng & Lee, 2020).

A sua seleção deve ter em conta o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, bem como o contexto envolvente e a situação específica. A distração em simultâneo à realização do procedimento é uma técnica amplamente defendida como sendo eficaz em todas as idades (OE, 2013). Direciona a atenção da criança para longe do estímulo doloroso, em direção a um estímulo alternativo e agradável (DGS, 2012; APED, 2018). É particularmente eficaz no controlo da dor de curta duração, como a da punção venosa (OE, 2013).

Os cuidados de enfermagem no serviço de urgência pediátrica (SUP) implicam frequentemente a realização de procedimentos associados ao desconforto e à dor, tais como a administração de injeções e a punção venosa. Os procedimentos dolorosos são geradores de medo e sofrimento para a criança, sendo fundamental que o enfermeiro consiga prevenir e/ou gerir o medo e a dor desta (Diogo et al., 2016; Coulter, 2020).

Neste sentido, surge a realidade virtual (RV) como uma técnica recente que permite ao enfermeiro promover a distração da criança de forma individualizada e que pode ser mais eficaz do que os métodos tradicionais (Knight, McClenaghan & Singh, 2018; Eijlers et al., 2019).

2. REALIDADE VIRTUAL COMO ESTRATÉGIA NÃO FARMACOLÓGICA DE CONTROLO DA DOR

A realidade virtual tem vindo a ser reconhecida como uma técnica de distração inovadora para o controlo da dor de crianças e jovens submetidos a procedimentos dolorosos. Esta é uma estratégia cognitivo-comportamental, na medida em que utiliza técnicas de associação, com foco na cognição e no comportamento, que favorecem a estimulação multissensorial para desviar a atenção do procedimento e dos estímulos por ele provocados e melhoram a capacidade de enfrentar a dor através do desenvolvimento de estratégias de *coping* (Paixão, 2010; OE, 2013).

Ao contrário das distrações tradicionais, a RV permite que a criança fique imersa num ambiente virtual, com visão tridimensional e interação através do movimento, tendo a sensação de agir e viver dentro desse local em tempo real, o que bloqueia a sua visão da sala de tratamentos e os sons do ambiente real (Paixão, 2010; Scapin, Echevarría-Guanilo & Junior, 2017; Atzori, Hoffman & Vagnoli, 2018; Scapin, Guanilo, Junior, Tomazoni & Gonçalves, 2020). Muito do poder terapêutico da RV deve-se ao facto de desviar a atenção dos procedimentos, uma vez que a quantidade de atenção dirigida para o estímulo doloroso modula a perceção da dor (Paixão, 2010). A ilusão e interação com o mundo virtual através da estimulação dos sentidos auditivos, visuais e táteis, deixa os recursos cognitivos menos disponíveis para a perceção dos estímulos dolorosos, reduzindo a dor durante procedimentos (Schmitt, Hoffman & Blough, 2011; Atzori et al., 2018; Chan, Hovenden & Ramage, 2019; Chen et al., 2020).

A distração através da RV permite a modulação do processamento sensorial e emocional da resposta cerebral a estímulos dolorosos periféricos, tendo potencial para melhorar o efeito analgésico durante procedimentos e, assim, diminuir a necessidade de aumentar as doses de fármacos e de associar mais do que um analgésico (Paixão, 2010; Scapin et al., 2017; Gold & Mahrer, 2017). Desta forma, vários estudos realizados mostram que a utilização da RV proporciona uma diminuição significativa da ansiedade, do medo, do sofrimento e dos vários componentes (cognitivo, afetivo e sensorial) da dor, uma vez que as crianças pensam na dor durante menos tempo e sentem-na com menor intensidade (Paixão, 2010; Schmitt et al., 2011; Scapin et al., 2017; Atzori et al., 2018; Castillo, Torres & Sánchez, 2018; Chan et al., 2019; Coulter, 2020; Scapin et al., 2020).

Ao mesmo tempo, também proporciona diversão e emoções positivas, o que contribui para uma melhoria do humor, ajudando a reduzir o stress associado a procedimentos (Paixão, 2010; Scapin et al., 2017; Atzori et al., 2018). Dado que a ansiedade antecipatória pode estar associada a procedimentos dolorosos repetidos e pode aumentar a experiência subjetiva de dor do paciente, o aumento da diversão associado à terapia com a RV pode ser valioso para aumentar a cooperação da criança (Schmitt et al., 2011). Para algumas crianças a RV pode não ser atraente e podem ficar apreensivos relativamente à sua utilização, devendo ser respeitada a sua vontade, visto que a cooperação é necessária para que qualquer distração seja bem-sucedida (Chan et al., 2019).

A utilização desta técnica foi estudada em crianças a partir dos 4/5 anos, pois a partir desta idade já possuem coordenação visual e motora compatível com a perícia necessária à utilização de um jogo eletrónico (Paixão, 2010; Knight et al., 2018; Chan et al., 2019). A RV é especialmente útil com crianças mais novas, visto que são menos capazes de controlar o medo, beneficiando da realização de distração aquando dos procedimentos (Atzori et al., 2018; Chan et al., 2019). Outra explicação é que tendem a ter maiores níveis de ansiedade antes dos procedimentos e são caracterizadas pelos pensamentos mágicos, sendo mais facilmente cativadas por brincadeiras imaginativas (Eijlers et al., 2019).

Estudos revelam que os efeitos adversos relatados durante a utilização da RV foram raros ou inexistentes, não havendo relatos de náuseas significativos (Paixão, 2010; Schmitt et al., 2011; Atzori et al., 2018; Castillo et al., 2018; Chan et al., 2019; Chen et al., 2020; Scapin et al., 2020). Esta estratégia de distração está contraindicada em crianças com história de convulsões ou epilepsia, transtornos psiquiátricos, trauma ou lesão da cabeça, do pescoço ou face, défices visuais ou auditivos e história de náuseas e vômitos (Knight et al., 2018; Frey & Sharar, 2018). Não deve ser utilizada por longos períodos, estando recomendada para procedimentos com duração inferior a quinze minutos (Knight et al., 2018).

Por sua vez, a imersão no ambiente virtual é influenciada pela qualidade do sistema de RV. Quanto mais imersão, mais redução da dor, ou seja, maior efeito analgésico atingido, pois há menos atenção disponível para a perceção da dor (Eijlers et al., 2019). Assim, os óculos de realidade virtual poderão ser um investimento eficaz, uma vez que a criança fica isolada do ambiente real envolvente (Schmitt et al., 2011; Atzori et al., 2018). O uso dos óculos proporciona um amplo campo de visão, onde são projetadas imagens em frente aos olhos da criança, de forma sincronizada com

os movimentos da sua cabeça. O que a criança vê muda à medida que olha em redor do mundo virtual, abstraindo-se durante a realização de procedimentos (Paixão, 2010; Scapin et al., 2017). Os óculos são bem aceites pelas crianças, devido à facilidade de colocar e remover e porque não causam efeitos adversos. Podem ser oferecidas algumas opções de vídeos, como montanhas-russas, exploração espacial, parque de vida selvagem ou destinos de viagens, permitindo que a criança escolha a sua experiência de RV, de forma a aumentar o seu interesse e diversão (Scapin et al., 2017; Chen et al., 2020).

Apesar de a RV ser considerada e estudada como uma medida de distração eficaz, não deve ser utilizada em substituição das restantes medidas farmacológicas e não farmacológicas, mas sim como um complemento destas, de forma a permitir o controlo da dor com sucesso (Paixão, 2010; Scapin et al., 2017; Chan et al., 2019).

Em suma, a RV pode ser considerada uma técnica de distração forte, eficaz no controlo da dor aguda em crianças e jovens, submetidos a procedimentos dolorosos como a punção venosa (Schmitt et al., 2011; Atzori et al., 2018). Deste modo, pode integrar e contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, minimizando os efeitos da hospitalização na criança, já que se trata de uma tecnologia nova com evidências de benefícios quanto à distração, à tranquilidade e à gestão da dor, não só durante o procedimento, mas também nos momentos que o antecedem (Scapin et al., 2017; Scapin et al., 2020). Além disso, pode também influenciar positivamente a equipa de enfermagem, uma vez que esta ficará exposta a menos stress e conseguirá realizar os procedimentos com mais tranquilidade, facilitando a relação do enfermeiro com a criança e família (Scapin et al., 2020).

Knight et al. (2018), Chen et al. (2020) e Coulter (2020) revelam que a RV é igualmente eficaz na redução do medo, da ansiedade e da dor durante a realização de procedimentos dolorosos no SUP. Além de promover a redução do tempo necessário para executar o procedimento, a utilização dos óculos de RV não requer pessoal adicional e precisa apenas de um pequeno período de tempo (aproximadamente cinco minutos) para configurar, permitindo otimizar o tempo disponível.

Posto isto, considera-se pertinente a aquisição de uns óculos de RV para serem utilizados no SUP aquando da realização de procedimentos dolorosos, a fim de promover o controlo da dor da criança e do jovem. Tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, torna-se importante divulgar e capacitar a equipa

de enfermagem para a utilização desta estratégia não farmacológica através da realização de uma sessão de formação em serviço (Apêndice I).

Como forma de protocolar a aplicação da RV no SUP foi ainda elaborada uma proposta de norma de procedimentos, onde vem descrito o procedimento de utilização dos óculos de RV durante a realização de procedimentos dolorosos inerentes à hospitalização (Apêndice II).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2018). *Desenhos da minha dor*. Lisboa: Círculo Médico.
- Atzori, B., Hoffman, H. G., Vagnoli, L., Patterson, D. R., Alhalabi, W., Messeri, A., & Grotto, R. L. (2018). Virtual reality analgesia during venipuncture in pediatric patients with onco-hematological diseases. *Frontiers in psychology*. 9(2508), 1-7.
- Batalha, L. M. C. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Castillo, B. T., Torres, J. A. P., Sánchez, L. M., Castellanos, M. E., Fernández, L. E., Sánchez, M. I. G., & Fernández, R. R. (2019). Reducing the pain in invasive procedures during paediatric hospital admissions: Fiction, reality or virtual reality?. *Anales de Pediatría*. 91(2), 80-87.
- Chan, E., Hovenden, M., Ramage, E., Ling, N., Pham, J. H., Rahim, A., ... & Leong, P. (2019). Virtual reality for pediatric needle procedural pain: two randomized clinical trials. *The Journal of pediatrics*. 209, 160-167.
- Chen, Y. J., Cheng, S. F., Lee, P. C., Lai, C. H., Hou, I. C., & Chen, C. W. (2020). Distraction using virtual reality for children during intravenous injections in an emergency department: A randomised trial. *Journal of clinical nursing*. 29 (3-4), 503-510.
- Coulter, P. (2020). Virtual reality reduces pain and fear during intravenous cannulation in the emergency department. *Evidence-based nursing*.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*. 20(2), 26-47.
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Orientação n.º 014/2010. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Orientação n.º 022/2012. Lisboa: DGS.
- Eijlers, R., Utens, E. M. W. J., Staals, L. M., Nijs, P. F. A., Berghmans, J. M., Wijnen, R. M., ... & Legerstee, J. S. (2019). Systematic review and meta-analysis of virtual

- reality in pediatrics: effects on pain and anxiety. *Anesthesia and analgesia*. 129(5), 1344-1353.
- Frey, D., & Sharar, S. R. (2018). Virtual reality therapy for acute/procedural pain. In R. J. Moore (Ed.), *Handbook of Pain and Palliative Care* (pp. 581-600). Springer.
- Gold, J. I., & Mahrer, N. E. (2017). Is virtual reality ready for prime time in the medical space? A randomized control trial of pediatric virtual reality for acute procedural pain management. *Journal of pediatric psychology*. 43(3), 1-10.
- International Association for the Study of Pain (2016). Updating the definition of pain. *PAIN*. 157, 2420–2423.
- Knight, K., McClenaghan, C. E., & Singh, B. (2018). Virtual reality distraction from painful procedures in the paediatric emergency department. *Archives of disease in childhood*.
- Linhares, M. B. M. & Doca, F. N. P. (2010), Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*. 18 (2), 307-325.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série 1, n.º6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paixão, M. J. G. (2010). Realidade virtual no controlo da dor e do distress, associados a procedimentos dolorosos, em crianças e adolescentes. *Pensar Enfermagem*. 14(2), 2-18.
- Scapin, S. Q., Echevarría-Guanilo, M. E., Junior, P. R. B. F., Martins, J. C., Barbosa, M. V. & Pereima, M. J. L. (2017). Utilização da realidade virtual no tratamento de crianças queimadas: relato de casos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70(6), 1361-1365.
- Scapin, S., Echevarría-Guanilo, M. E., Fuculo Junior, P. R. B., Tomazoni, A., & Gonçalves, N. (2020). Realidade virtual como tratamento complementar no alívio da do rem crianças queimadas. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 29, 1-15.
- Schmitt, Y. S., Hoffman, H. G., Blough, D. K., Patterson, D. R., Jensen, M. P., Soltani, M., ... & Sharar, S. R. (2011). A randomized, controlled trial of immersive virtual reality analgesia, during physical therapy for pediatric burns. *Burns*. 37, 61-68.

APÊNDICES

**Apêndice I – Sessão de Formação em Serviço – Realidade virtual: estratégia
não farmacológica de controlo da dor**



**11.º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Estágio com Relatório

**Sessão de Formação em Serviço – Realidade virtual:
estratégia não farmacológica de controlo da dor**

Serviço de Urgência Pediátrica

**Marta Duarte Cordeiro
Nº5035**

Docente orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

**Lisboa
2021**

ÍNDICE

1. JUSTIFICAÇÃO DA PERTINÊNCIA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO..... **Erro! Marcador não definido.**
2. PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO**Erro! Marcador não definido.**
3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO**Erro! Marcador não definido.**
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**Erro! Marcador não definido.**

APÊNDICES

Apêndice I – Cartaz de divulgação da sessão de formação

Apêndice II – Apresentação *Powerpoint* – Realidade virtual: estratégia não farmacológica de controlo da dor

Apêndice III – Questionário de avaliação da sessão de formação

1. JUSTIFICAÇÃO DA PERTINÊNCIA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Uma vez estabelecido com a enfermeira orientadora que a implementação dos óculos de realidade virtual no serviço de urgência pediátrica (SUP) seria uma mais-valia na prestação de cuidados, visto ser uma estratégia inovadora e que poderá ter resultados promissores, torna-se importante divulgar o projeto à equipa de enfermagem.

De acordo com Organização Mundial de Saúde citada por Aydın & Ozyazıcioglu (2019) é recomendado o uso de alternativas práticas para o controlo efetivo da dor. Neste âmbito, a realidade virtual assume-se como um complemento útil e poderoso durante a realização de procedimentos dolorosos, a fim de tranquilizar e obter a colaboração da criança ou jovem e família (Schmitt, Hoffman & Blough, 2011; OE, 2013). Contudo, o domínio destas estratégias requer formação e treino, pois o tratamento não farmacológico da dor na criança tem muito a ver com a experiência da equipa de enfermagem (OE, 2013).

Neste sentido, optou-se por realizar uma sessão de formação, a ser apresentada aquando da passagem de turno, entre os turnos da manhã e da tarde, uma vez que este tem sido o método adotado pela equipa para dar continuidade à formação em trabalho. Pretende-se realizar a mesma apresentação em dois dias, de forma a abranger o máximo de enfermeiros possível. Como forma de divulgação da sessão foi afixado na sala de trabalho de enfermagem um cartaz com as informações relevantes sobre a mesma (Apêndice I).

A primeira parte da sessão de formação compreende uma exposição de conteúdos acerca da utilização da realidade virtual enquanto estratégia não farmacológica de controlo da dor da criança e do jovem. De seguida, será explicitado o funcionamento dos óculos de imagem tridimensional, bem como a sua aplicabilidade no SUP. Finalmente, existirá um espaço de reflexão e discussão em grupo, sobre os contributos que esta estratégia terá no decurso da prática clínica diária (Apêndice II).

2. PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Realidade Virtual: Estratégia Não Farmacológica de Controlo da Dor

População alvo: Enfermeiros do SUP

Formadora: Marta Cordeiro, estudante do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Local: SUP – Sala de Trabalho de Enfermagem

Data: 12/04/2021 e 15/04/2021

Hora: 15H30

Duração: 30 minutos

Objetivo Geral:

- Sensibilizar os enfermeiros do SUP para a utilização da realidade virtual enquanto estratégia não farmacológica de controlo da dor da criança e do jovem.

Objetivos Específicos:

- Apresentar a realidade virtual enquanto estratégia não farmacológica de controlo da dor da criança e do jovem;
- Explicitar a técnica de utilização dos óculos de realidade virtual no SUP;
- Refletir em equipa sobre os contributos da realidade virtual durante a realização de procedimentos dolorosos.

Etapas	Conteúdos	Métodos	Recursos	Tempo
Introdução	• Apresentação do tema da sessão • Apresentação do sumário e objetivos da sessão	Expositivo	Computador Formadora	5 min.
Desenvolvimento	• Exploração do tema da realidade virtual aplicada na prestação de cuidados • Apresentação da aplicabilidade e utilização dos óculos de realidade virtual no SUP • Reflexão em equipa sobre a utilização e contributos da realidade virtual na prática clínica	Expositivo Participativo	Computador Formadora Formandos	20 min.
Conclusão	• Esclarecimento de dúvidas • Avaliação da sessão	Participativo	Formadora Formandos Questionário de avaliação da sessão	5 min.

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Após ser realizada a sessão de formação sobre utilização da realidade virtual como estratégia não farmacológica de controlo da dor da criança e do jovem, é essencial avaliá-la. No decurso da sessão foi respeitada a estrutura previamente delineada, os recursos materiais e humanos foram adequados e foi cumprida a duração inicialmente prevista. Numa equipa de vinte e sete enfermeiros, estiveram presentes nos dois momentos de formação um total de dezasseis elementos, o que corresponde a 59,3% da equipa de enfermagem. Assim, percebe-se que foi benéfico realizar a apresentação em contexto de passagem de turno, pois conseguiu-se abranger mais de metade dos enfermeiros.

Os objetivos delineados foram atingidos e respeitados. A sessão foi maioritariamente de cariz expositivo e obedecendo a uma estrutura breve e concisa, visto ser realizada em contexto de passagem de turno. Contudo, foi aberto um pequeno espaço de partilha e reflexão em grupo que permitiu a participação de alguns elementos que se mostraram muito disponíveis e entusiasmados para a aplicação desta nova estratégia durante a realização de procedimentos dolorosos.

De forma a perceber se a formação correspondeu às expectativas e necessidades formativas da equipa foi aplicado no final da sessão um breve questionário de avaliação da sessão de formação (Apêndice III). Relativamente à qualidade do suporte audiovisual e à estrutura da apresentação, a maioria dos enfermeiros classificaram-nos como muito bom e os restantes como bom. A respeito da pertinência do tema os enfermeiros são praticamente unânimes, classificando o interesse do tema, a seleção dos conteúdos, o contributo para a prática profissional e a seleção dos materiais apresentados, como muito bom. Na apreciação do desempenho da formadora, poucos foram os inquiridos que classificaram como bom a utilização de linguagem adequada, o domínio do tema, a gestão do tempo e a clareza do discurso, uma vez que a maioria considerou como muito bom. No espaço de resposta aberta para comentários e sugestões alguns elementos indicaram que a implementação desta estratégia será uma mais-valia para o SUP.

Assim, atendendo à avaliação realizada pelos participantes e à minha perceção enquanto formadora, considero que o balanço final da sessão é bastante positivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aydın, A. İ., & Özyazıcıoğlu, N. (2019). Using a virtual reality headset to decrease pain felt during a venipuncture procedure in children. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 34(6), 1-7.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série I, n.º6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Schmitt, Y. S., Hoffman, H. G., Blough, D. K., Patterson, D. R., Jensen, M. P., Soltani, M., ... & Sharar, S. R. (2011). A randomized, controlled trial of immersive virtual reality analgesia, during physical therapy for pediatric burns. *Burns*. 37, 61-68.

APÊNDICES

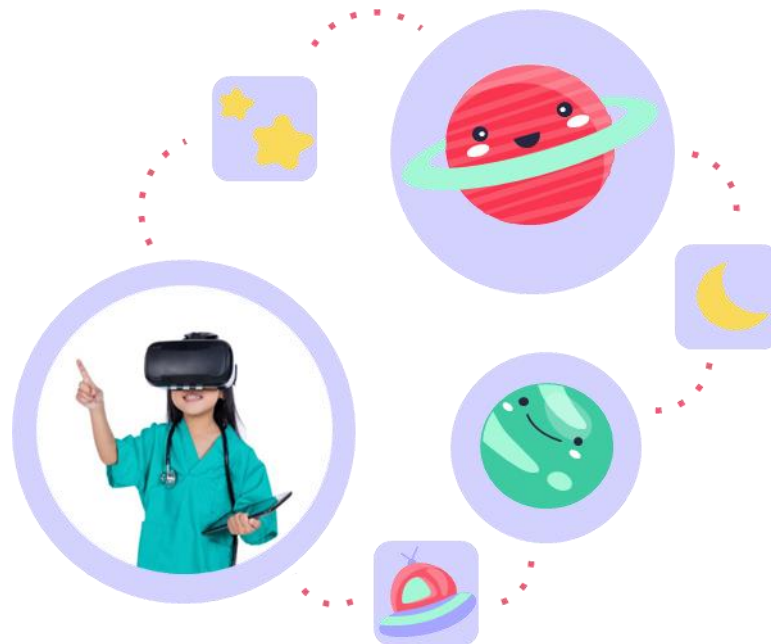
Apêndice I – Cartaz de divulgação da sessão de formação

SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Equipa de Enfermagem

TEMA

REALIDADE VIRTUAL: ESTRATÉGIA NÃO FARMACOLÓGICA DE
CONTROLO DA DOR



FORMADORA: Enf.ª Marta Cordeiro

Estudante do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na ESEL

DATA: 12 e 15/04/2021

HORA: 15H30

Apêndice II – Apresentação *Powerpoint* – Realidade virtual: estratégia não farmacológica de controlo da dor



Formação em Serviço



Realidade Virtual

Estratégia Não Farmacológica
de Controlo da Dor

Marta Cordeiro

Estudante do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESEL

Sumário



Imagem 1

- Objetivos
- Dor em Pediatria
- Estratégias Não Farmacológicas: Distração
- Realidade Virtual
- Óculos de Realidade Virtual
- Referências Bibliográficas



Objetivos



Objetivo Geral:

- Capacitar os enfermeiros do SUP para a utilização da realidade virtual enquanto estratégia não farmacológica de controlo da dor da criança e do jovem durante a realização de procedimentos.



Objetivos Específicos:

- Apresentar a realidade virtual enquanto estratégia não farmacológica de controlo da dor da criança e do jovem;
- Explicitar a técnica de utilização dos óculos de realidade virtual no SUP;
- Refletir em equipa sobre os contributos da realidade virtual durante a realização de procedimentos dolorosos.

Dor em Pediatria



Experiência desagradável, pessoal e multidimensional, associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial, sendo decorrente da maioria das situações que requerem cuidados de saúde.



O **alívio da dor** é um **direito humano fundamental**, pelo que todas as crianças têm direito ao adequado controlo da dor, independentemente da sua causa.



Profissionais de saúde devem adotar **estratégias de prevenção e controlo da dor** das crianças, a fim de promover o seu bem-estar e a humanização dos cuidados de saúde.

(DGS, 2010; Batalha, 2010; IASP, 2016; APED, 2018)

Estratégias Não Farmacológicas: Distração



Intervenções que **modificam o significado da dor** através de uma reestruturação das expectativas e construções associadas à vivência da dor.

São geralmente de **carácter psicológico**, eficazes em situações de dor ligeira ou procedimentos dolorosos.

A **distração** é uma técnica eficaz em todas as idades, pois direciona a atenção da criança para longe do estímulo doloroso, em direção a um estímulo alternativo e agradável.



(Linhares & Doca, 2010; DGS, 2012; OE, 2013; APED, 2018)

Realidade Virtual: Técnica



- Estratégia de distração cognitivo-comportamental
- Imersão no ambiente virtual
- Visão tridimensional
- Interação através do movimento
- Bloqueia a visão e os sons da sala de tratamentos
- Desvia a atenção dos procedimentos
- Estimulação multissensorial (audição, visão, tátil)
- Recursos cognitivos menos disponíveis para a percepção dos estímulos dolorosos



(Paixão, 2010; Schmitt et al., 2011; Scapin et al., 2017; Atzori et al., 2018; Chan et al., 2019; Chen et al., 2020; Scapin, Guanilo, Junior, Tomazoni & Gonçalves, 2020)

Realidade Virtual: Vantagens



Diminui ansiedade, medo, sofrimento e dor

As crianças pensam menos na dor e sentem-na com menor intensidade

Potencia efeito analgésico

Diminuição da necessidade de aumento de doses e de associação de fármacos analgésicos



Proporciona diversão e emoções positivas

Melhoria do humor, redução do stress e aumento da cooperação da criança

(Paixão, 2010; Schmitt et al., 2011; Scapin et al., 2017; Gold & Mehrer, 2017; Atzori et al., 2018; Castillo et al., 2018; Chan et al., 2019; Coulter, 2020; Scapin et al., 2020)

Realidade Virtual: Recomendações

Efeitos adversos raros ou inexistentes!

Indicações

- Crianças a partir dos 4/5 anos
- Procedimentos com duração inferior a 15 minutos



Contraindicações

- História de convulsões ou epilepsia
- Transtornos psiquiátricos
- Trauma ou lesão da cabeça, pescoço ou face
- Défices visuais ou auditivos
- História de náuseas ou vômitos

(Paixão, 2010; Schmitt et al., 2011; Atzori et al., 2018; Castillo et al., 2018; Frey & Sharar, 2018; Knight, McClenaghan & Singh, 2018; Chan et al., 2019; Chen et al., 2020; Scapin et al., 2020)

Óculos de Realidade Virtual

Proporciona um amplo campo de visão, onde são projetadas imagens em frente aos olhos da criança, de forma sincronizada com os movimentos da sua cabeça, abstraíndo-se durante a realização de procedimentos.

São bem aceites pelas crianças.

Permitir que a criança escolha o vídeo que mais gosta para a sua experiência de RV.



Imagem 2

O que a criança vê muda à medida que olha em redor do mundo virtual!



(Paixão, 2010; Scapin et al., 2017; Chen et al., 2020)

Óculos de Realidade Virtual: Urgência Pediátrica

Otimiza o tempo disponível:

- Não requer pessoal adicional
- Demora pouco tempo para configurar (≈ 5 minutos)
- Duração do procedimento é menor

Eficaz na redução do medo, da ansiedade e da dor durante a realização de procedimentos dolorosos no SUP.

Equipa de enfermagem fica exposta a menos stress e conseguirá realizar os procedimentos com mais tranquilidade, facilitando a sua relação com a criança e família.



(Knight, McClenaghan e Singh, 2018; Chen et al., 2020; Coulter, 2020; Scapin et al., 2020)

Óculos de Realidade Virtual: Utilização



1. Apresentar-se à criança/jovem e aos pais, conversar com eles, orientando-os sobre as vantagens da utilização da realidade virtual.
2. Questionar a criança/jovem sobre a sua vontade de utilizar os óculos de RV.
3. Permitir que a criança/jovem escolha o vídeo para a sua experiência de RV.
4. Explicar à criança/jovem como se colocam os óculos de RV.
5. Informar a criança/jovem que a sua visão da sala de tratamentos irá ficar bloqueada.
6. Explicar como será realizado o procedimento.
7. Colocar os óculos de RV na criança/jovem.
8. Iniciar o vídeo no telemóvel e colocar dentro dos óculos de RV.
9. Após o procedimento, permitir que a criança/jovem termine de visualizar o vídeo.
10. Elogiar os comportamentos da criança que facilitaram a realização do procedimento.
11. Desinfetar e arrumar os óculos de RV.



A realidade virtual é uma técnica de distração inovadora, no entanto não deve ser utilizada em substituição das restantes medidas farmacológicas e não farmacológicas, mas sim como um complemento destas!



(Paixão, 2010; Scapin et al., 2017; Chan et al., 2019)

Referências Bibliográficas



- Knight, K., McClenaghan, C. E., & Singh, B. (2018). Virtual reality distraction from painful procedures in the paediatric emergency department. *Archives of disease in childhood*.
- Linhares, M. B. M. & Doca, F. N. P. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*. 18 (2), 307-325.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série 1, n.º6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paixão, M. J. G. (2010). Realidade virtual no controlo da dor e do distress, associados a procedimentos dolorosos, em crianças e adolescentes. *Pensar Enfermagem*. 14(2), 2-18.
- Scapin, S. Q., Echevarría-Guanilo, M. E., Junior, P. R. B. F., Martins, J. C., Barbosa, M. V. & Pereira, M. J. L. (2017). Utilização da realidade virtual no tratamento de crianças queimadas: relato de casos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70(6), 1361-1365.
- Scapin, S., Echevarría-Guanilo, M. E., Fuculo Junior, P. R. B., Tomazoni, A., & Gonçalves, N. (2020). Realidade virtual como tratamento complementar no alívio da dor em crianças queimadas. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 29, 1-15.
- Schmitt, Y. S., Hoffman, H. G., Blough, D. K., Patterson, D. R., Jensen, M. P., Saltani, M., ... & Sharar, S. R. (2011). A randomized, controlled trial of immersive virtual reality analgesia, during physical therapy for pediatric burns. *Burns*. 37, 61-68.

Imagens:

- <https://www.imuneclin.com.br/realidade-virtual-ameniza-dor-em-criancas-durante-vacinacao/>. Acedido em: 30/03/2021.
- <https://www.amigovida.com.br/blog/novidade-laboratorio-vida-utiliza-simulador-de-realidade-virtual-para-distrair-o-medo-das-criancas-nos-exames/>. Acedido em: 30/03/2021.

Referências Bibliográficas



- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) (2018). *Desenhos da minha dor*. Lisboa: Círculo Médico.
- Atzori, B., Hoffman, H. G., Vagnoli, L., Patterson, D. R., Alhalabi, W., Messeri, A., & Grotto, R. L. (2018). Virtual reality analgesia during venipuncture in pediatric patients with onco-hematological diseases. *Frontiers in psychology*. 9(2508), 1-7.
- Batalha, L. M. C. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Castillo, B. T., Torres, J. A. P., Sánchez, L. M., Castellanos, M. E., Fernández, L. E., Sánchez, M. I. G., & Fernández, R. R. (2019). Reducing the pain in invasive procedures during paediatric hospital admissions: Fiction, reality or virtual reality?. *Anales de Pediatría*. 91(2), 80-87.
- Chan, E., Hovenden, M., Ramage, E., Ling, N., Pham, J. H., Rahim, A., ... & Leong, P. (2019). Virtual reality for pediatric needle procedural pain: two randomized clinical trials. *The Journal of pediatrics*. 209, 160-167.
- Chen, Y. J., Cheng, S. F., Lee, P. C., Lai, C. H., Hou, I. C., & Chen, C. W. (2020). Distraction using virtual reality for children during intravenous injections in an emergency department: A randomised trial. *Journal of clinical nursing*. 29 (3-4), 503-510.
- Coulter, P. (2020). Virtual reality reduces pain and fear during intravenous cannulation in the emergency department. *Evidence-based nursing*.
- Direção-Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação n.º 014/2010. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Orientação n.º 022/2012. Lisboa: DGS.
- Frey, D., & Sharar, S. R. (2018). Virtual reality therapy for acute/procedural pain. In R. J. Moore (Ed.), *Handbook of Pain and Palliative Care* (pp. 581-600). Springer.
- Gold, J. I., & Mahrer, N. E. (2017). Is virtual reality ready for prime time in the medical space? A randomized control trial of pediatric virtual reality for acute procedural pain management. *Journal of pediatric psychology*. 43(3), 1-10.
- International Association for the Study of Pain (IASP) (2016). Updating the definition of pain. *PAIN*. 157, 2420-2423.



Apêndice III – Questionário de avaliação da sessão de formação

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Realidade Virtual: Estratégia Não Farmacológica de Controlo da Dor

Data: 12/04/2021 e 15/04/2021

Formadora: Marta Cordeiro, estudante do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Uma vez apresentada a sessão, gostaria de saber a sua opinião sobre alguns aspetos da sessão de formação. Assim, solicito que preencha anonimamente este questionário.

Numa escala de 1 a 5, coloque uma cruz (X) na opção que expressa a sua opinião:

		1-Muito Insuficiente	2- Insuficiente	3- Satisfaz	4-Bom	5- Muito bom
		Classificação				
		1	2	3	4	5
Suporte Audiovisual	Qualidade do suporte audiovisual.					
	Estrutura da apresentação.					
Pertinência do Tema	Interesse do tema abordado.					
	Seleção dos conteúdos abordados.					
	Contributo para a prática profissional.					
	Adequação dos materiais apresentados.					
Formadora	Utilização de linguagem técnica e adequada.					
	Domínio do tema.					
	Gestão do tempo.					
	Clareza do discurso.					

Comentários e sugestões:

Muito obrigada pela sua presença e colaboração.

**Apêndice II – Norma de Procedimentos – Utilização dos óculos de realidade
virtual no serviço de urgência pediátrica**

			DIREÇÃO DE ENFERMAGEM
<i>Norma nº - Utilização dos Óculos de Realidade Virtual no Serviço de Urgência Pediátrica</i>			Aprovado em:
Elaborado Por: Marta Cordeiro Em: Março / 2021	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enfª Diretora

1-DEFINIÇÕES

- **DOR:** experiência desagradável, pessoal e multidimensional, associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial, resultando da interação de fatores biológicos, socioculturais e psicológicos, pelo que tem grande variabilidade na sua percepção e expressão, estando associada à maioria das situações que requerem cuidados de saúde (DGS, 2010; IASP, 2016).
- **ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS:** intervenções que modificam o significado da dor através de uma reestruturação das expectativas e construções associadas à vivência da dor, alterando as cognições responsáveis pelas reações de medo e ansiedade (Linhares & Doca, 2010).
- **REALIDADE VIRTUAL:** ambiente virtual, com visão tridimensional e interação através do movimento, que provoca a sensação de agir e viver dentro desse local em tempo real, bloqueando a visão e os sons do ambiente real (Paixão, 2010; Scapin et al., 2017; Atzori et al., 2018; Scapin, Guanilo, Junior, Tomazoni & Gonçalves, 2020).

2-OBJETIVOS

- Capacitar o enfermeiro para a utilização dos óculos de realidade virtual, enquanto estratégia não farmacológica, durante a realização de procedimentos dolorosos à criança e ao jovem.

3-ÂMBITO

Aplica-se a crianças a partir dos 4/5 anos e jovens submetidos a procedimentos dolorosos no SUP.

			DIREÇÃO DE ENFERMAGEM
<i>Norma nº - Utilização dos Óculos de Realidade Virtual no Serviço de Urgência Pediátrica</i>			Aprovado em:
Elaborado Por: Marta Cordeiro Em: Março / 2021	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enfª Diretora

4- RESPONSABILIDADE

A responsabilidade cabe ao enfermeiro do SUP que presta cuidados à criança, jovem e família.

5- PRINCÍPIOS

- Todos os profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor das crianças, devendo dar especial atenção à dor provocada por atos de diagnóstico ou terapêutica, a fim de promover o bem-estar da criança e a humanização dos cuidados de saúde (Batalha, 2010; APED, 2018).
- As estratégias não farmacológicas são geralmente de carácter psicológico, eficazes em situações de dor ligeira ou procedimentos dolorosos, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e família (OE, 2013).
- A distração em simultâneo à realização do procedimento é uma técnica eficaz em todas as idades, pois direciona a atenção da criança para longe do estímulo doloroso, em direção a um estímulo alternativo e agradável (DGS, 2012; OE, 2013; APED, 2018).
- A RV é uma estratégia de distração cognitivo-comportamental que favorece a estimulação multissensorial para desviar a atenção do procedimento e dos estímulos por ele provocados (Paixão, 2010; OE, 2013).
- A ilusão e interação com o mundo virtual através da estimulação dos sentidos auditivos, visuais e táteis, deixa os recursos cognitivos menos disponíveis para a perceção dos estímulos dolorosos, reduzindo a dor durante procedimentos (Schmitt et al., 2011; Atzori et al., 2018; Chan et al., 2019; Chen et al., 2020).

		DIREÇÃO DE ENFERMAGEM	
<i>Norma nº - Utilização dos Óculos de Realidade Virtual no Serviço de Urgência Pediátrica</i>			Aprovado em:
Elaborado Por: Marta Cordeiro Em: Março / 2021	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enfª Diretora

- Modula o processamento sensorial e emocional da resposta cerebral a estímulos dolorosos periféricos, tendo potencial para melhorar a eficácia analgésica durante procedimentos e, assim, diminuir a necessidade de aumentar as doses de fármacos e de associar mais do que um analgésico (Paixão, 2010; Scapin et al., 2017; Gold & Mahrer, 2017).
- Permite uma diminuição significativa da ansiedade, do medo, do sofrimento e dos vários componentes (cognitivo, afetivo e sensorial) da dor (Paixão, 2010; Schmitt et al., 2011; Scapin et al., 2017; Atzori et al., 2018; Castillo et al., 2018; Chan et al., 2019; Coulter, 2020; Scapin et al., 2020).
- Proporciona diversão e emoções positivas, o que contribui para uma melhoria do humor, ajudando a reduzir o stress e a aumentar a cooperação da criança (Paixão, 2010; Schmitt et al., 2011; Scapin et al., 2017; Atzori et al., 2018).
- Os óculos proporcionam um amplo campo de visão, onde são projetadas imagens em frente aos olhos da criança, de forma sincronizada com os movimentos da sua cabeça. O que a criança vê muda à medida que olha em redor do mundo virtual, abstraindo-se durante a realização de procedimentos (Paixão, 2010; Scapin et al., 2017).
- A RV não deve ser utilizada em substituição das restantes medidas farmacológicas e não farmacológicas, mas sim como um complemento destas, de forma a permitir o controlo da dor com sucesso (Paixão, 2010; Scapin et al., 2017; Chan et al., 2019).
- Influencia positivamente a equipa de enfermagem, uma vez que esta ficará exposta a menos stress e conseguirá realizar os procedimentos

			DIREÇÃO DE ENFERMAGEM
<i>Norma nº - Utilização dos Óculos de Realidade Virtual no Serviço de Urgência Pediátrica</i>			Aprovado em:
Elaborado Por: Marta Cordeiro Em: Março / 2021	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enfª Diretora

com mais tranquilidade, facilitando a relação do enfermeiro com a criança e família (Scapin et al., 2020).

6-REQUISITOS

- Crianças a partir dos 4/5 anos
- Procedimentos com duração inferior a 15 minutos
- Contraindicações:
 - ❖ História de convulsões ou epilepsia
 - ❖ Transtornos psiquiátricos
 - ❖ Trauma ou lesão da cabeça, pescoço ou face
 - ❖ Défices visuais ou auditivos
 - ❖ História de náuseas ou vômitos

(Paixão, 2010; Knight, McClenaghan & Singh, 2018; Frey & Sharar, 2018; Chan et al., 2019)

7-MATERIAL

- Óculos de Realidade Virtual
- Smartphone com acesso à internet

8-DESCRIÇÃO

AÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
Apresentar-se à criança/jovem e aos pais, conversar com eles, orientando-os sobre as vantagens da utilização da realidade virtual.	Conversar e informar a criança/jovem e os pais promove o conhecimento, facilitando a aceitação da situação.
Questionar a criança/jovem sobre a sua vontade de utilizar os óculos de RV.	Para que qualquer distração seja bem-sucedida é necessária cooperação e vontade da criança/jovem.

			DIREÇÃO DE ENFERMAGEM
<i>Norma nº - Utilização dos Óculos de Realidade Virtual no Serviço de Urgência Pediátrica</i>			Aprovado em:
Elaborado Por: Marta Cordeiro Em: Março / 2021	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enfª Diretora

Permitir que a criança/jovem escolha o vídeo para a sua experiência de RV.	A criança sente-se no controlo, pois tem poder de decisão, o que aumenta o seu interesse e diversão.
Explicar à criança/jovem como se colocam os óculos de RV.	Preparar a criança/jovem para o que será realizado diminui a sua ansiedade e promove a sua colaboração.
Informar a criança/jovem que a sua visão da sala de tratamentos irá ficar bloqueada.	
Explicar como será realizado o procedimento.	
Colocar os óculos de RV na criança/jovem.	Dar início à experiência de RV para distrair a criança/jovem durante a realização do procedimento doloroso.
Iniciar o vídeo no telemóvel e colocar dentro dos óculos de RV.	
Após o procedimento, permitir que a criança/jovem termine de visualizar o vídeo.	Permitir uma experiência positiva irá diminuir o medo e o stress associados à realização de procedimentos dolorosos.
Elogiar os comportamentos da criança que facilitaram a realização do procedimento.	A criança fica feliz com o reconhecimento e sente-se recompensada pelas suas conquistas, o que ajuda a modificar o significado da dor.
Desinfetar e arrumar os óculos de RV.	Prevenir a contaminação e infeções cruzadas.

9-ABREVIATURAS / SIGLAS

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

DGS – Direção-Geral da Saúde

IASP – International Association for the Study of Pain

OE – Ordem dos Enfermeiros

RV – Realidade Virtual

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

			DIREÇÃO DE ENFERMAGEM
<i>Norma nº - Utilização dos Óculos de Realidade Virtual no Serviço de Urgência Pediátrica</i>			Aprovado em:
Elaborado Por: Marta Cordeiro Em: Março / 2021	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enfª Diretora

10- BIBLIOGRAFIA

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2018). *Desenhos da minha dor*. Lisboa: Círculo Médico.
- Atzori, B., Hoffman, H. G., Vagnoli, L., Patterson, D. R., Alhalabi, W., Messeri, A., & Grotto, R. L. (2018). Virtual reality analgesia during venipuncture in pediatric patients with onco-hematological diseases. *Frontiers in psychology*. 9(2508), 1-7.
- Batalha, L. M. C. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Castillo, B. T., Torres, J. A. P., Sánchez, L. M., Castellanos, M. E., Fernández, L. E., Sánchez, M. I. G., & Fernández, R. R. (2019). Reducing the pain in invasive procedures during paediatric hospital admissions: Fiction, reality or virtual reality?. *Anales de Pediatría*. 91(2), 80-87.
- Chan, E., Hovenden, M., Ramage, E., Ling, N., Pham, J. H., Rahim, A., ... & Leong, P. (2019). Virtual reality for pediatric needle procedural pain: two randomized clinical trials. *The Journal of pediatrics*. 209, 160-167.
- Chen, Y. J., Cheng, S. F., Lee, P. C., Lai, C. H., Hou, I. C., & Chen, C. W. (2020). Distraction using virtual reality for children during intravenous injections in an emergency department: A randomised trial. *Journal of clinical nursing*. 29 (3-4), 503-510.
- Coulter, P. (2020). Virtual reality reduces pain and fear during intravenous cannulation in the emergency department. *Evidence-based nursing*.
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Orientação n.º 014/2010. Lisboa: DGS.

			DIREÇÃO DE ENFERMAGEM
<i>Norma nº - Utilização dos Óculos de Realidade Virtual no Serviço de Urgência Pediátrica</i>			Aprovado em:
Elaborado Por: Marta Cordeiro Em: Março / 2021	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enfª Diretora

- Direção-Geral da Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Orientação n.º 022/2012. Lisboa: DGS.
- Frey, D., & Sharar, S. R. (2018). Virtual reality therapy for acute/procedural pain. In R. J. Moore (Ed.), *Handbook of Pain and Palliative Care* (pp. 581-600). Springer.
- Gold, J. I., & Mahrer, N. E. (2017). Is virtual reality ready for prime time in the medical space? A randomized control trial of pediatric virtual reality for acute procedural pain management. *Journal of pediatric psychology*. 43(3), 1-10.
- International Association for the Study of Pain (2016). Updating the definition of pain. *PAIN*. 157, 2420–2423.
- Knight, K., McClenaghan, C. E., & Singh, B. (2018). Virtual reality distraction from painful procedures in the paediatric emergency department. *Archives of disease in childhood*.
- Linhares, M. B. M. & Doca, F. N. P. (2010), Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*. 18 (2), 307-325.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série 1, n.º6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paixão, M. J. G. (2010). Realidade virtual no controlo da dor e do distress, associados a procedimentos dolorosos, em crianças e adolescentes. *Pensar Enfermagem*. 14(2), 2-18.
- Scapin, S. Q., Echevarría-Guanilo, M. E., Junior, P. R. B. F., Martins, J. C., Barbosa, M. V. & Pereima, M. J. L. (2017). Utilização da realidade

