



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

**Promoção do conforto da criança e do adolescente: o
humor enquanto intervenção de enfermagem**

Pedro Miguel Isidoro Silvestre

**Lisboa
2022**



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

**Promoção do conforto da criança e do adolescente: o
humor enquanto intervenção de enfermagem**

Pedro Miguel Isidoro Silvestre



Orientadora: Maria Teresa Gouvêa Magão



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

A tudo isto é que eu chamo sabedoria. Oponho a ironia ao sorriso, este que é compreensão e serenidade, única arma contra o absurdo que vive paredes-meias connosco, couraça contra as agressões – estrada real que se quer desimpedida de miragens e alienações. E chamo-lhe a ferramenta perfeita de transformação, porque com ela sabemos o valor do que tomamos e abandonamos, porque já o sabíamos antes e estamos preparados.

Dir-me-ão que não cabe tanto no sorriso. Eu digo que cabe. Soube-o a noite passada, quando foi ele a única resposta para a insónia e para os monstros do pesadelo nascido do sono onde o corpo acabou por deslizar, cansado e aflito. Sorrir assim, mesmo sem olhos que nos recebam, é o verbo mais transitivo de todas as gramáticas. Pessoal e intransmissível. O ponto está em haver quem o conjugue.

Deste mundo e do outro
José Saramago, 2018, p.218-219

AGRADECIMENTOS

A ti Margarida, por tudo. Pelo amor, amizade, amparo e sacrifício em todos os momentos, Obrigado.

À minha mãe, pelo exemplo e dedicação, pelas palavras certas e pela força, Obrigado.

Ao meu pai, por sempre acreditar que seria capaz e pelo orgulho que tem em mim, Obrigado.

Ao meu irmão António, por me ensinar o significado da palavra coragem, Obrigado.

Aos meus queridos avós, ao meu primo João e a toda a restante família pelo apoio e encorajamento, Obrigado.

À Alexandra e ao Eduardo, por facilitarem este meu percurso e por fazerem a diferença estando sempre presentes, Obrigado.

À Professora Doutora Maria Teresa Magão pela paciência, incentivo e confiança e por tudo aquilo que me ensinou, Obrigado.

A todos os restantes Professores e colegas do 12º Curso de Mestrado pelas partilhas e ensinamentos, em especial à Cristiana, Rita, Filipa, Inês e Nuno pelas longas horas de trabalho, amizade e diversão, Obrigado.

À Leonor, por me introduzir à Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pelo exemplo e amizade, Obrigado.

Ao meu colega Nuno, por me abrir caminho à descoberta do humor terapêutico e por toda a disponibilidade e ajuda, Obrigado.

À Enfermeira Ângela, Teresa e Marta e a todos os meus colegas por facilitarem o meu horário, por toda a compreensão, disponibilidade e incentivo, Obrigado.

Aos amigos, a família que trago sempre comigo, em especial ao João, André, Ivo e Gonçalo pela amizade e convívios entre parágrafos, Obrigado.

Às Enfermeiras Rosa, Paula, Bárbara, Vera e Ana pela orientação, disponibilidade e sabedoria que tanto contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional, Obrigado.

À Julieta, o meu amor maior, Obrigado.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AATH – *Association for Applied and Therapeutic Humor*

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACF – Anemia de células falciformes

APA – *American Psychological Association*

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CCF – Cuidados Centrados na Família

CD - Consulta de Desenvolvimento

CEVSIJ - Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNT – Cuidados Não Traumáticos

CVO – Crise vaso-oclusiva

DGS – Direção Geral da Saúde

DM1 – Diabetes Mellitus Tipo 1

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ELI – Equipas Locais de Intervenção

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERC – *European Resuscitation Council*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

NANDA-I - *North American Nursing Diagnosis Association International*

NCD – Núcleo Contra a Dor

NHACJR – Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NIC – *Nursing Interventions Classification*

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONV – Operação Nariz Vermelho

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

SIP – Serviço de Internamento de Pediatria

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

As situações de doença e/ou hospitalização de crianças, adolescentes e famílias são consideradas experiências adversas, já que ao vivenciá-las são despoletadas emoções de tonalidade negativa nestes mesmos clientes, associadas principalmente ao ambiente hospitalar desconhecido, aos procedimentos assustadores e potencialmente dolorosos e à separação do seu contexto familiar habitual. Todas estas condicionantes traduzem um estado de conforto comprometido no cliente pediátrico que as experiencia.

O presente relatório de estágio tem como foco agregador o humor terapêutico, enquanto intervenção autónoma e independente de enfermagem por pretender responder a um objetivo terapêutico concreto, já que apresenta sustentação teórica e científica válida no campo disciplinar da enfermagem. O humor pode ser considerado uma estratégia de *coping* útil e eficaz para uma adaptação e gestão emocional da criança, adolescente e família à situação de doença e/ou hospitalização, tendo em vista a promoção do seu conforto. Ao utilizar o humor, os profissionais de enfermagem promovem o brincar, despoletam o riso e o sorriso e dão asas à criatividade e imaginação dos clientes pediátricos num ambiente onde por vezes são descurados.

Este percurso formativo objetiva o desenvolvimento e aquisição de competências comuns de Enfermeiro Especialista e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Para isso foi adotada uma metodologia de aprendizagem experiencial e de prática reflexiva, baseada em evidência científica. O referencial teórico utilizado para a sustentação da problemática escolhida foi a Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba, tendo ainda sido consideradas duas filosofias chave da enfermagem pediátrica: os Cuidados Centrados na Família e os Cuidados não Traumáticos.

Das atividades desenvolvidas neste percurso de estágios posso destacar a elaboração do “Kit sem dor Humoroso” com a utilização de materiais lúdicos e humorosos na promoção do conforto da criança em situação de doença e/ou hospitalização, a elaboração de um estudo de caso a uma criança com dor presente e conforto comprometido e a realização de diversas sessões de formação em contexto de trabalho.

Palavras-chave: Senso de Humor e Humor, Ludoterapia, Conforto do Paciente, Hospitalização, Enfermagem Pediátrica

ABSTRACT

The illness situations and/or hospitalization in children, adolescents and families are considered adverse experiences, due to the fact that living them brings up to the surface negative emotions on these clients, mainly associated to the unknown hospital environment, scary and potentially painful procedures, and also due to separation from their regular home environment. All these conditionings lead to a compromise comfort state in the pediatric client who experiences such situations.

This internship report focuses on therapeutic humor as an autonomous and independent nursing intervention, as it aims to respond to a concrete therapeutic objective, since it shows valid theoretical and scientific support in the disciplinary field of nursing. Humor can be considered a useful and effective coping strategy for the adaptation and emotional management of the child, adolescent and family to the illness situation and/or hospitalization in order to promote their comfort. By using humor, nursing professionals are promoting playing, bringing up the laughter and smiles, and giving room to creativity and imagination amongst the pediatric clients in an environment which these are sometimes neglected

This learning path aims the developing and acquisition of common skills of specialist nurse and specialist nurse in pediatrics health. Therefore, a methodology of experimental learning was adopted, as well as a reflected practice, based on scientific evidence. From the review taken, the model chosen to support the underline topic was “The Theory of Comfort” from Katharine Kolkaba. Also considered two main pediatric nursing core beliefs: family-centered care and non-traumatic care.

From all activities developed on this clinical journey, I would evoke the elaboration of a “Humorous no pain kit”, that uses ludic and humorous materials to promote child’s comfort in an illness and/or hospitalization situation, a case study of a child with checked pain and compromised comfort, as well as several training education sessions on clinical set.

Keywords: Wit and Humor, Play Therapy, Patient Comfort, Hospitalization, Pediatric Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CIENTÍFICO	12
1.1. A promoção do conforto segundo a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba 12	
1.2. Filosofias de cuidados de Enfermagem Pediátrica.....	15
1.2.1. Cuidados Centrados na Família.....	15
1.2.2. Cuidados Não Traumáticos.....	16
1.3. O conceito de humor	18
1.4. O Humor enquanto intervenção de enfermagem	20
2. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	24
3. METODOLOGIA E OBJETIVOS	27
4. PERCURSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	30
4.1. Consulta de Desenvolvimento.....	31
4.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	36
4.3. Serviço de Internamento de Pediatria	40
4.4. Serviço de Urgência Pediátrica	45
4.5. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	52
5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	57
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma de Estágio

APÊNDICE II - Guia Orientador das Atividades de Estágio

APÊNDICE III – Apresentação no *Journal Club*: O Humor Terapêutico

APÊNDICE IV - Síntese Reflexiva do estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado

APÊNDICE V - Guia Orientador das Consultas de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (0-2 anos)

APÊNDICE VI – Póster: Como confortar o seu bebê (0-12 meses) durante a vacinação?

APÊNDICE VII - Estudo de Caso no contexto de Internamento de Pediatria

APÊNDICE VIII - Kit sem Dor Humorado

APÊNDICE IX - Plano da Sessão de Formação: O Humor enquanto intervenção terapêutica: Kit sem Dor Humorado

APÊNDICE X - Panfleto: Como promover o conforto do recém-nascido prematuro – o papel especial dos pais

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Certificado de Presença na Sessão Clínica Nutribén®: “Alimentação no 1º ano de vida”

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) - Estágio com Relatório, integrada no 12º 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 elaboração visou o desenvolvimento de competências de carácter científico, técnico, comunicacional e relacional para a conceção, prestação, gestão e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao adolescente e à sua família e também competências de Mestre (ESEL, 2021). Para execução do relatório foi essencial a realização prévia do projeto de estágio, inserido noutra UC - Opção II, cuja problemática selecionada foi a promoção do conforto da criança e adolescente em situação de doença e/ou hospitalização e o objeto de estudo foi o humor enquanto intervenção de enfermagem especializada. Tanto a temática como o objeto de estudo foram os selecionados anteriormente para o projeto de estágio.

O título do presente relatório de estágio é: **“Promoção do conforto da criança e do adolescente: o humor enquanto intervenção de enfermagem”**. Este título resultou de uma reflexão sobre as práticas diárias de enfermagem perante situações de doença e/ou hospitalização da criança, adolescente e família, mas sobretudo por reflexão sobre as práticas do meu local de trabalho habitual, o Serviço de Urgência Pediátrica (SUP). Por interesse pessoal procurei analisar e refletir sobre intervenções terapêuticas alternativas, desconhecidas ou subutilizadas, passíveis de serem empregues pela equipa de enfermagem para consecução de determinado objetivo terapêutico como a gestão e controlo da dor, ajustar a comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança ou facilitar a adaptação à situação de doença e/ou hospitalização pelo cliente pediátrico e sua família.

Ao longo do meu percurso profissional tenho comprovado que a doença e a hospitalização são importantes fatores de stress para a criança, adolescente e família. Perante uma situação de doença e/ou hospitalização é exigido ao cliente pediátrico e à sua família a mobilização e procura de recursos e estratégias efetivas que os ajudem a lidar com estas experiências negativas e para que evitem alterações no desenvolvimento infantil e perturbações emocionais e psicológicas a longo prazo (Barros, 1998; Tavares, 2011; Almeida, 2012; Gomes et al., 2016; Melo, 2019). Os enfermeiros são os profissionais de saúde que se encontram melhor posicionados para mobilizar e fornecer às crianças, adolescentes e famílias nestas situações, estratégias de *coping* eficazes para atender e satisfazer as suas necessidades físicas, emocionais e afetivas (Santos, 2011).

Um dos desafios para os clientes pediátricos em situação de doença e/ou hospitalização é a gestão e controlo da dor associada ao próprio contexto de doença aguda ou associada aos

procedimentos invasivos prementes e necessários de realizar (Tavares, 2011). Nos últimos tempos tem-se verificado uma evolução importante e considerável na disciplina de Enfermagem, relativamente à gestão diferenciada da dor nos clientes, com aquisição de conhecimentos sobre fisiopatologia, aperfeiçoamento de instrumentos eficazes de mensuração, assim como o seu registo real e avaliação continuada (Batalha, 2010; Jacob, 2014). No entanto, é facilmente verificado nos contextos de prática clínica uma subutilização e/ou uma incorreta utilização de medidas não farmacológicas para alívio da dor, estando subvalorizadas em relação às medidas farmacológicas, sendo necessário uma sensibilização dos enfermeiros para a validade e eficácia destas intervenções autónomas, onde se insere o humor terapêutico (Batalha, 2010; Ordem dos Enfermeiros (OE), 2013; Jacob, 2014).

O humor surge neste relatório de estágio sobretudo como estratégia de comunicação válida para se alcançar determinada finalidade terapêutica junto do cliente pediátrico em situação de doença e/ou hospitalização. Como em qualquer género de comunicação, a mensagem e a forma de a transmitir são aspetos que não podem ser negligenciados e por isso carecem de treino e formação (Pina, 2014).

Este relatório de estágio pretende ser um enunciado reflexivo do contexto de prática experiencial, tendo como orientação o alcance das competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE), de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e de Mestre que me propus adquirir e desenvolver neste percurso.

O presente relatório obedece a uma estruturação por capítulos, por forma a facilitar a sua consulta e compreensão. No primeiro capítulo é apresentado o enquadramento teórico e científico, onde são apresentados o referencial teórico de enfermagem e as filosofias de cuidados de enfermagem pediátrica orientadores da minha prática clínica durante o percurso de estágios, e que consequentemente suportam a elaboração deste relatório. Neste mesmo capítulo é explanada a evidência científica que orientou e fundamentou o percurso desenvolvido. No segundo capítulo é apresentada a problemática e o objeto de estudo, o que corresponde à identificação e justificação do problema do ponto de vista da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. No capítulo terceiro são explicitados os objetivos estabelecidos e a metodologia adotada. No quarto capítulo é feita uma descrição e análise do percurso formativo para o desenvolvimento de competências de EEESIP, seguido do capítulo quinto, onde são apresentadas as competências adquiridas e desenvolvidas. As considerações finais constituem o sétimo capítulo, que integra as considerações gerais e os projetos futuros.

A elaboração deste relatório respeita as regras da norma *American Psychological Association* (APA – 7ª edição), relativamente à referenciação bibliográfica e organização estrutural.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CIENTÍFICO

Este capítulo pretende explicar e fundamentar o quadro de referência teórico de Enfermagem que foi orientador da minha prática clínica durante o percurso de estágio, e que consequentemente suportou a elaboração deste relatório: a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Serão também apresentadas as filosofias de cuidados em Enfermagem Pediátrica que sustentaram e influenciaram este processo de aprendizagem: a Filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF) e Cuidados Não Traumáticos (CNT). Ao apropriar-me deste referencial teórico de Enfermagem e das mencionadas filosofias foi possível promover uma prática baseada em evidência científica válida e relevante para a disciplina, fazer reflexão sobre as práticas, elevando a sua qualidade e desenvolver e adquirir competências comuns de EE e específicas de EEESIP e ainda de Mestre.

1.1. A promoção do conforto segundo a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

Considereei o modelo teórico de Katharine Kolcaba, a Teoria do Conforto, como o quadro de referência de enfermagem durante o meu percurso formativo por incorporar uma dimensão explicativa do fenómeno, mas também por constituir um modelo de cuidar no qual foi possível sustentar a minha prática clínica desenvolvida em estágio (Dowd, 2004). Kolcaba apresenta através desta teoria de médio alcance uma visão holística do conforto, operacionalizando o conceito e tornando-o funcional como resultado dos cuidados em enfermagem (Kolcaba & Dimarco, 2005). As teorias de médio alcance, como a Teoria do Conforto, abarcam um número limitado de conceitos e são o nível menos abstrato do conhecimento teórico, porque incluem informações e pormenores característicos da própria prática de enfermagem fazendo, no entanto, com que esta teoria possa ser adaptada a qualquer contexto de cuidados e a qualquer grupo etário (Kolcaba, 2003; Alligood & Tomey, 2004).

O termo conforto deriva da palavra latina *confortare* cujo significado se prende com o restituir das forças físicas, do vigor e da energia (Apóstolo, 2009), no entanto, dada a sua multidimensionalidade e complexidade, não existe atualmente uma definição universal do conceito. Apóstolo (2009), refere que o conforto enquanto conceito, tem assumido ao longo dos anos uma importância considerável nas ciências da saúde, com particular relevância na disciplina de enfermagem, pois tem sido identificado como um elemento central dos seus cuidados. Já em 1859, Florence Nightingale, menciona em Notas Sobre Enfermagem, que o conforto esteve sempre associado ao cuidado de enfermagem como algo importante ou desejado (Nightingale, 2005, citada por Oliveira & Lopes, 2010).

A assunção do conceito conforto como um produto prende-se com o facto de este ser considerado um fenómeno de interesse aos cuidados de saúde, sendo retratado como uma meta ou objetivo do próprio cuidar em enfermagem, universalmente desejável (Morse et al., 1995; Morse, 2000; Apóstolo, 2009). Na própria versão 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®), conforto é definido como “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p.45).

Kolcaba (2003, p.1), assevera que o “conforto dos clientes e os cuidados de conforto são complexos, individuais e conceitos holísticos”. Pela assunção destas características, Dowd (2004), menciona que a Teoria do Conforto é humanista e holística tendo por base as reais necessidades de conforto dos clientes. Kolcaba (1994), define então o conforto como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto, considerando que é “(...) muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (Kolcaba, 2009, p.254).

Ainda de acordo com Kolcaba (2003, p.14), conforto é o “estado imediato de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental)”. O **alívio** representa o estado de um cliente, neste caso pediátrico e sua família, que teve uma necessidade específica de conforto satisfeita, como por exemplo o controlo da sua dor ou ajustamento das emoções negativas despoletadas pela hospitalização; a **tranquilidade** reflete a ausência de necessidades específicas de conforto, traduzindo um estado de calma, sossego ou satisfação; por sua vez a **transcendência** é a condição na qual o cliente supera os seus problemas como a dor ou o sofrimento, quando estes não podem ser evitados ou eliminados (Kolcaba, 2003; Dowd, 2004; Kolcaba & Dimarco, 2005).

Torna-se também importante descrever pormenorizadamente os quatro contextos de experiência do indivíduo, anteriormente mencionados, dada a sua relevância e aplicabilidade (Kolcaba, 2003; Kolcaba & DiMarco, 2005): o **conforto físico** relaciona-se com as sensações corporais e mecanismos homeostáticos. As intervenções de conforto são dirigidas para recuperação ou manutenção da homeostase; o **conforto psicoespiritual** está relacionado com a própria consciência do cliente e família, como a autoestima, crenças, cultura, religião, entre outras. Relaciona-se com a confiança e motivação da própria criança, adolescente e família; o **conforto sociocultural**, prende-se com as relações familiares, interpessoais e sociais, onde estão incluídas as necessidades da família; o **conforto ambiental** é referente às condições do meio externo que podem influenciar a satisfação das necessidades de conforto do cliente.

Kolcaba desenvolveu e testou uma grelha, que designou de estrutura taxonómica, onde correlacionou os três tipos de necessidades de conforto com os quatro contextos de experiência do indivíduo, formando um conjunto de doze células, e estas revelam “a forma total do conforto holístico” (Apóstolo et al., 2012, p.35).

Kolcaba concluiu ainda que os Cuidados de Conforto implicam três categorias de intervenções, enquadrando-se o humor na categoria: *Comfort food for the soul*, caracterizando as intervenções extraordinariamente agradáveis que os profissionais de enfermagem adotam para que os clientes como as crianças, adolescentes e famílias se sintam cuidadas e fortalecidas durante a prestação de cuidados (Kolcaba, 2003; Kolcaba & Dimarco, 2005). Como a comida reconfortante que experimentamos, as intervenções de conforto incluídas nesta categoria fazem com que os clientes se sintam fortalecidos de uma forma intangível e personalizada (Kolcaba, 2003). De acordo com a mesma autora estas intervenções procuram alcançar a transcendência dos clientes pelo estabelecimento de uma relação de cuidados efetiva e memorável para ambos.

A elevada intensidade e exigência dos contextos de trabalho, exacerbadas pelo contexto recente de pandemia por SARS-CoV2, faz com que o grupo profissional dos enfermeiros, no qual me incluo, se sinta exausto física e mentalmente o que poderá influenciar a sua própria disposição emocional para cuidar. Já no ano de 2003, Kolcaba afirmava que os enfermeiros muitas vezes não têm tempo ou disponibilidade para providenciar intervenções integradas nesta categoria *Comfort food for the soul*, mas acreditava que se os enfermeiros dispuserem de tempo, espaço e oportunidade tencionam pô-las em prática, pois promove maior criatividade e satisfação dos profissionais, assim como satisfação e bem-estar dos clientes a seu cuidado (Kolcaba, 2003).

De acordo com Hesbeen (2001, p.34): “(...) os enfermeiros são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta apenas através dos atos praticados, mas também através da capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem uma saúde melhor”. De facto, o ato de cuidar pressupõe um encontro entre enfermeiro e cliente e o trilhar de uma caminhada comum, cuja intenção é garantir a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis ao cliente, entre as quais a necessidade de conforto (Collière, 1999).

É, portanto, plausível a integração da Teoria do Conforto no meu percurso de estágio, uma vez que a avaliação do conforto no caso particular da criança, adolescente e sua família em situação de doença e/ou hospitalização é extremamente importante face à situação particular de cuidados em que se encontram. Estes clientes necessitam de medidas de conforto personalizadas face às necessidades identificadas, para poderem alcançar uma vivência positiva da sua situação de doença e/ou hospitalização, que pode ser atingida através da utilização de intervenções humorosas com intencionalidade terapêutica, como descreverei nos capítulos seguintes.

1.2. Filosofias de cuidados de Enfermagem Pediátrica

1.2.1. Cuidados Centrados na Família

A OE (2011, p.10), menciona que o EEESIP tem como missão a “prestação de cuidados de nível avançado à criança/jovem saudável ou doente”, devendo para isso a prática de cuidados ser baseada em filosofias do cuidado pediátrico, como os CCF e CNT. Segundo Young et al. (2006), a filosofia de cuidados que sustenta os cuidados pediátricos é a filosofia de CCF. Apesar de atualmente não existir uma definição única e consensual para os CCF, todas as definições existentes giram em torno do mesmo ideal: o de colocar a criança, adolescente e a família no centro dos cuidados de saúde (Al-Motlaq et al., 2019).

De acordo com Cerqueira e Barbieri-Figueiredo (2020), o conceito de CCF tem sofrido uma evolução ao longo dos tempos, nomeadamente quanto ao grau de envolvimento das famílias nos cuidados aos seus filhos doentes e/ou hospitalizados. Atualmente os pais além de providenciarem cuidados emocionais e físicos básicos ao seu filho doente e/ou hospitalizado, podem também participar na realização de cuidados complexos de cariz técnico e sobretudo na tomada de decisão quanto aos melhores cuidados (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). Segundo Casey (1993), de forma a preservar o crescimento e desenvolvimento da criança ou adolescente, os cuidados devem ser prestados em forma de proteção, estímulo e amor, e nesta perspetiva ninguém melhor do que os pais para os desenvolver.

O *Institute for Patient and Family Centered Care* (2021), definiu os cuidados centrados no paciente e família como “uma abordagem para o planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde que são baseados em parcerias mutuamente benéficas entre profissionais de saúde, pacientes e suas famílias.” Esta aceção redefine as relações nos cuidados de saúde, pois são consideradas as necessidades de todos os membros da família, colocando ênfase na colaboração com clientes de todas as idades, em todos os níveis de cuidados e em todos os ambientes de cuidados de saúde (Carter et al., 2014).

Hockenberry e Barrera (2014), evidenciam como dois conceitos basilares dos CCF: a **capacitação** e o **empowerment**. Os enfermeiros capacitam as famílias através da criação de oportunidades e disponibilização de meios para que todos revelem as suas atuais habilidades e competências e consigam adquirir novas, para atender às reais necessidades do binómio, alvo dos cuidados (Hockenberry & Barrera, 2014). Por sua vez, o *empowerment* refere-se à interação dos profissionais com as famílias, para que estas mantenham ou adquiram um sentimento de controlo sobre as suas próprias vidas (Hockenberry & Barrera, 2014). Os estudos mostram cada vez mais que, quando a equipa multidisciplinar, crianças e suas famílias trabalham em parceria, a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde aumentam, os custos

diminuem e a satisfação melhora (Stewart et al., 2000; Sweeney et al., 2007; Bertakis & Azari, 2011; Al-Motlaq et al., 2019).

Shields et al. (2006), reconhecem que todos os membros da família são destinatários dos cuidados, pois quando uma criança ou adolescente vivencia uma situação de doença e/ou hospitalização, toda a família é afetada. Face à situação de hospitalização, mais ou menos inesperada, a família necessita de mobilizar recursos internos e externos para fazer face à mesma (Jorge, 2004). Um dos recursos pode ser a própria equipa multidisciplinar que ao adotar uma abordagem centrada na família, reconhece que as necessidades emocionais e de desenvolvimento da criança ou adolescente hospitalizado, bem como o bem-estar de toda a família, são mais facilmente alcançados quando o sistema apoia as habilidades e escolhas da família para atender às necessidades do seu filho (Shields et al., 2006; Carter et al., 2014).

O atributo chave nos CCF é a própria relação estabelecida entre a família e os profissionais de saúde, caracterizada por uma dependência mútua e uma responsabilidade partilhada nos cuidados à criança ou adolescente (Casey, 1993; Mikkelsen & Frederiksen, 2011). De acordo com Harrison (2010), os profissionais de saúde devem ter uma atitude e prática de respeito pelos valores, crenças, origens culturais do cliente e da família, suas perspetivas e escolhas. Segundo o mesmo autor, são também conceitos fundamentais à filosofia dos CCF a colaboração entre a tríade, a comunicação, o apoio e a participação efetiva nos cuidados e nas decisões em saúde. A capacitação dos pais e a negociação entre enfermeiros e família envolve o estabelecimento de uma relação de confiança e a partilha dos cuidados à criança para alcance de um papel parental pleno. Só através da assunção de um planeamento conjunto e da adoção de um cuidado partilhado entre pais e enfermeiros se poderá desenvolver a unidade de competências de EEESIP 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” (Regulamento n.º 422/2018, p.19193).

1.2.2. Cuidados Não Traumáticos

Considero também pertinente e justificável face à problemática escolhida, sustentar o meu percurso de estágio na filosofia dos Cuidados Não Traumáticos (CNT). O conceito de CNT em Pediatria foi abordado primeiramente por Wong em 1999, consistindo nos cuidados terapêuticos e humanizados, promovidos por profissionais de saúde, através do uso de uma série de intervenções, cuja finalidade é eliminar ou reduzir o desconforto psicológico (ansiedade, medo, raiva, tristeza, vergonha, culpa) e físico (sonolência, imobilização ou até distúrbios desencadeados por estímulos sensoriais como a dor, o ruído, a luminosidade e a temperatura), característicos da situação de doença e/ou hospitalização da criança, adolescente e sua família

(Tavares, 2011; Hockenberry & Barrera, 2014). De forma sumária, esta filosofia de cuidados baseia-se no pressuposto de que experiências como a doença, a dor e a hospitalização das crianças, adolescentes e suas famílias podem ser considerados eventos traumáticos, devendo por isso ser alvo de políticas institucionais efetivas e de intervenções pertinentes por parte dos enfermeiros para minimizar esse trauma potencial (Tavares, 2011; Hockenberry & Barrera, 2014; Pereira, 2020).

Durante o processo de crescimento e desenvolvimento das crianças, sobretudo nos seus primeiros anos de vida, o sistema familiar depara-se frequentemente com algumas destas experiências, geradoras de crise, como são exemplo a dor, a doença e a hospitalização (Diogo et al., 2016). A incerteza face ao contexto gera vigilância nos clientes pediátricos e suas famílias e essa vigilância pode evoluir para emoções de tonalidade negativa como o stress e ansiedade (Kuttner, 2010). Ainda de acordo com Kuttner (2010), as crianças, adolescentes e famílias procuram os profissionais de saúde para perceber e definir o que está a acontecer e para que forneçam uma explicação, orientação e principalmente cuidados de conforto durante estas experiências, permitindo vivenciá-las de forma positiva. Se isso não ocorrer, a confiança na relação não se desenvolve (Kuttner, 2010).

Quando há pouca confiança numa situação ou num profissional, a criança pode experienciar medos, pois está perante um ambiente e pessoas que desconhece e em quem não confia, rodeada de procedimentos e equipamentos que lhe causam incerteza, mas também dor e desconforto (Diogo et al., 2016). Ainda segundo os mesmos autores, o medo é um estado emocional caracterizado por sensações desagradáveis, de apreensão ou tensão, sempre acompanhado por reações fisiológicas intensas. Desta forma, e face aos medos da doença e hospitalização, a criança apresenta um número limitado de mecanismos de *coping* para lidar com os *stressores*, e, por isso, necessita de apoio externo seja de familiares, amigos ou profissionais de saúde para ultrapassar estas situações de crise (Hockenberry & Barrera, 2014; Diogo et al., 2016). Embora dependam da idade e do desenvolvimento cognitivo da criança, os principais fatores de stress, aquando da hospitalização, incluem a separação, a perda de controlo, as lesões corporais, a dor, os instrumentos e equipamentos e os próprios procedimentos de enfermagem (Shuttleworth, 2003; Coyne, 2006; Kilkelly & Donnelly, 2011; Sanders, 2014; Pereira, 2020).

Segundo Diogo et al. (2016), os enfermeiros recorrem a estratégias para ajudarem a criança a gerir as emoções, não só através de estratégias de conforto, de tranquilidade e de lazer, tais como a distração, o jogo e a música, mas também através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e, claro está, do humor (Diogo, 2015).

A prestação de cuidados de EEESIP justifica a assunção de referenciais teóricos como a Teoria do Conforto e filosofias como os CCF e os CNT. Estes profissionais podem liderar investigação e aplicar desconhecidas ou subutilizadas intervenções nos seus cuidados com base na autonomia, responsabilidade e intencionalidade terapêutica (Pereira, 2020). Uma dessas intervenções pode ser o humor, já que adota sustentação teórica e em evidência científica válida e tem relevo na prática clínica.

1.3. O conceito de humor

De acordo com José (2010), os antropólogos nunca encontraram nenhuma cultura ou sociedade totalmente desprovida de humor. Daí que o humor, a comicidade e o riso sejam considerados fenómenos universais, sendo usualmente utilizados como metonímia uns dos outros (Pereira, 2016). Este carácter universal contrasta com a complexidade dos fenómenos anteriormente referidos, pois são também eles conceitos subjetivos e não uniformes por estarem intimamente relacionados com o comportamento humano, contando com uma natureza claramente individual e multidimensional (José, 2010; Martin & Ford, 2018; Eagleton, 2019).

O que à partida poderia parecer uma tarefa acessível de encontrar uma definição unanimemente aceite do fenómeno humor, revelou-se intangível dados os contributos e desenvolvimentos académicos dos vários campos disciplinares a quem o fenómeno interessa, como a filosofia, psicologia, medicina, sociologia, antropologia e mais recentemente a enfermagem (José, 2010; Jerónimo, 2015).

O humor apresenta-se assim como um conceito esquivo, ambíguo, resistente à compreensão e que não agrega uma definição consensual (Robinson, 1991; José, 2002; Pereira, 2016). A própria palavra humor tem uma história longa e vários significados, pois foi sofrendo transformações ao longo dos tempos (Howe, 2002; José, 2002). Originalmente a palavra humor era utilizada para referir uma substância física, mas gradualmente desenvolveu conotações psicológicas relacionadas com um temperamento permanente ou a uma disposição de espírito temporária (Saliba, 2017). Estas duas conotações psicológicas são redundantes face à definição de humor de José (2010), que o considera “(...) um meio de estimulação reacional, de aproximação ao outro e de iniciação à ação, é uma importante forma de comunicação, uma linguagem, uma forma de expressão e um jogo de palavras que transportam mensagens que, por esse meio, são mais facilmente entendidas”. (p.33)

Hyrkas (2005), menciona que ao longo da história, diferentes escolas de pensamento desenvolveram e produziram teorias para explicar o riso e o humor e que refletem a base de conhecimento e os fundamentos filosóficos do conceito. A generalidade dos autores destaca três: a teoria da superioridade, a teoria do alívio e a teoria da incongruência (Jerónimo, 2015).

A **teoria da incongruência**, continua a ser a explicação mais plausível da razão pela qual nos rimos (Martin & Ford, 2018; Eagleton, 2019). Esta teoria formalizada por Kant e Schopenhauer diz-nos que o humor nasce de uma colisão de aspetos incongruentes, de algo que não esperávamos, uma súbita mudança de perspetiva ou um inesperado resvalamento do significado (Eagleton, 2019).

A incongruência é também considerada um componente essencial na forma como as crianças e adolescentes compreendem e apreciam o humor, apresentando íntima relação com o seu desenvolvimento cognitivo (Hart & Rollins, 2011). Ao longo dos últimos 50 anos as pesquisas sobre a psicologia do desenvolvimento do humor evoluíram na tentativa de perceber quais são os padrões típicos de desenvolvimento do humor em crianças e como é que as suas capacidades cognitivas, sociais e emocionais interagem com sua aptidão em compreender, desfrutar e produzir humor (Martin & Ford, 2018). Um dos modelos de desenvolvimento do humor em crianças e adolescentes com maior aceitação pela comunidade científica foi concebido por Paul McGhee (1979), um psicólogo do desenvolvimento e, consiste num modelo de quatro fases com íntima relação com o desenvolvimento cognitivo das crianças, segundo Piaget (Hart & Rollins, 2011; Martin & Ford, 2018).

No entanto, Eagleton (2019), menciona que as teorias do humor, têm de reconhecer os seus próprios limites e devem ser marcadas por uma certa modéstia intelectual. Algumas destas teorias e perspetivas descrevem a natureza do humor enquanto outras descrevem a função do humor (Pereira, 2016; Saliba, 2017; Eagleton, 2019). Esta diversidade de perspetivas mostra que o humor, o riso e o brincar são fenómenos complexos, mas interligados, que servem às pessoas de várias formas (Wooten, 2005) e, portanto, encontrar uma definição universal para o humor é tão difícil quanto encontrar uma linguagem ou teoria universais (José, 2010).

Do ponto de vista psicológico, o fenómeno humor pode ser dividido em quatro componentes essenciais: um contexto social, um processo cognitivo-percetual, uma resposta emocional e uma resposta física e fisiológica (Martin & Ford, 2018). As manifestações de humor e exibições de riso florescem de vários contextos quotidianos, sendo essencialmente formas de comunicação partilhadas em processos de interação social (Old, 2012; Jerónimo, 2015). Rimos e brincamos com muito mais frequência quando estamos com outras pessoas do que quando estamos sozinhos (Martin & Ford, 2018). Segundo os mesmos autores, o humor, enquanto fenómeno social, encontra associação ao brincar, por ser essencialmente uma maneira das pessoas interagirem de maneira lúdica.

Tanto o humor como o brincar estão diretamente relacionados com crescimento e desenvolvimento motor, emocional e social, mas sobretudo com o desenvolvimento cognitivo das crianças, na capacidade crescente de reconhecer a incongruência (Fromberg & Berger,

2006). De acordo com os mesmos autores, uma hipótese é que, embora o humor e a brincadeira se originem ambos quando as crianças desenvolvem a capacidade da atividade simbólica, eles vão se diferenciando à medida que as habilidades criativas maturam. No entanto, nem todo o brincar está conectado ao humor porque este requer que a criança imagine que os objetos com os quais está a brincar "construam algo que ela saiba que é sem-sentido, absurdo ou impossível" (MCGhee, 1979, p. 61 citado por Fromberg & Berger, 2006). O humor desempenha uma função nos adultos similar à função que a brincadeira tem nas crianças, ou seja, liberta-os do autoritarismo da realidade e permite quebrar as regras sociais predefinidas (Eagleton, 2019). O humor é a única forma de brincar comumente aceite pela maioria das pessoas em situações sérias, não existindo nenhuma situação na qual o humor não seja possível (Robinson, 1991; José, 2010).

O humor evoca uma resposta emocional agradável, uma sensação única de bem-estar que é descrita por termos como diversão, alegria e hilaridade (Martin & Ford, 2018). Tal como outras emoções, o prazer alegre que acompanha o humor também tem uma componente expressiva, nomeadamente o riso e o sorriso. Dai que humor e o riso não possam ser discutidos separadamente, são conceitos interligados, que se influenciam mutuamente e são condicionados por um contexto ou situação, não sendo, no entanto, sinónimos (José, 2002; José, 2010; Santos et al., 2015). O humor é uma experiência cognitiva, enquanto o riso é uma experiência física e fisiológica (José, 2010). Rir é uma expressão humana inata (José, 2010). Sorrir é a primeira linguagem da criança, sendo a partilha do sorriso o primeiro passo para a interação e para comunicação com o outro (José, 2010). Assim sendo, o humor é essencialmente uma resposta emocional de alegria, integrado num contexto social que é encetado pela perceção de incongruência lúdica e é expresso por meio de sorrisos e gargalhadas (Martin & Ford, 2018).

1.4. O Humor enquanto intervenção de enfermagem

Para compreender se o humor pode ser considerado como uma intervenção autónoma de enfermagem importa relembrar a própria conceção de cuidados de enfermagem. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) os "cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais" (Decreto-Lei, nº161/1996, p.99). Para as ações realizadas pelos enfermeiros serem consideradas autónomas têm de ser tomadas "sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem" (Decreto-Lei, nº161/1996,

p.102). De acordo com José (2010), a autonomia é o que irá permitir ao enfermeiro adotar novas modalidades de cuidado, apenas dependentes do conhecimento teórico-científico que detém das mesmas e da apreciação global que faz do cliente, da sua situação saúde-doença e da sua história de vida.

Assim sendo, o humor pode integrar o agir profissional dos enfermeiros ao fazer parte o corpo de intervenções autônomas de enfermagem, se possuir determinada finalidade terapêutica, uma vez que as intervenções autônomas de enfermagem são concebidas, planejadas, implementadas e avaliadas pelos enfermeiros tendo em conta um objetivo terapêutico específico, pretendido para o cliente (José, 2010; Loon, 2014; Fernandes, 2020). O humor está integrado na *Nursing Intervention Classification* (NIC) como intervenção (Bulechek et al., 2010), na versão 2 da CIPE® está integrado como recurso e intervenção (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011) e nos diagnósticos da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) é sugerido como intervenção em 7 diagnósticos e opcional em 20 (Santos et al., 2016; Sousa, 2017). Ainda assim, o humor não é uma intervenção sistematizada na prática de cuidados de enfermagem, continuando ainda a ser subutilizada, subvalorizada e mal interpretada por parte dos enfermeiros (José, 2002; José, 2010; Sousa & José, 2016; Sousa, 2017).

A *Association for Applied and Therapeutic Humor* (AATH, 2020), define o humor terapêutico como sendo qualquer intervenção que promova a saúde e o bem-estar do cliente por estimular uma descoberta divertida ou uma apreciação das incongruências da vida. Esta intervenção pode melhorar a saúde, acentuar a produtividade no trabalho, apoiar a aprendizagem, ou até ser utilizada como uma terapia complementar na doença e/ou hospitalização para ajudar a lidar com a situação ou para conseguir uma ajuda quer seja emocional, física, cognitiva, social ou espiritual (AATH, 2020).

Old (2012), assevera que o humor é grátis, acessível, eficaz e não invasivo, podendo os enfermeiros utilizá-lo como estratégia de comunicação importante na interação com o alvo de cuidados. O humor transforma a forma como este último percebe a sua situação de doença e/ou hospitalização e toda a envolvente biopsicossocial e espiritual (José, 2010). Utilizando o humor como intervenção terapêutica, o enfermeiro poderá conseguir como resultados respostas humanas dirigidas à facilitação do conforto e bem-estar dos seus clientes (José, 2006; José, 2008; José, 2010; Sousa & José, 2016). Essas respostas passam, entre outras, pela alegria, pelo alívio do sofrimento, dor, tensão, medo da hospitalização, pela diminuição do embaraço e desconforto, pela facilitação da comunicação e pelo melhor enfrentamento da incapacidade e até da morte (Robinson, 1991; José, 2003; Wooten, 2005; José 2010; Sousa & José, 2016).

Para que o humor funcione como meio facilitador para as sucessivas adaptações que os clientes em situação de doença e/ou hospitalização têm de realizar e para que as respostas à intervenção humorosa sejam positivas, esta intervenção deve ser planeada e repleta de intencionalidade, necessitando de responder a um objetivo previamente definido (José, 2010). No entanto, segundo José (2002), a sua utilização deliberada na prestação de cuidados de enfermagem parece raramente verificar-se, acontecendo sim uma utilização espontânea e inaparente no decurso das interações. De acordo com Sousa e José (2016) é, por isso, importante considerar para uma utilização planeada do humor, a influência dos fatores pessoais do cliente (personalidade, idade, género, cultura) e os fatores contextuais/situacionais (situação clínica, gravidade da doença, experiências prévias de doença/hospitalização). Daí que Sousa et al. (2019), afirmem que o humor carece de treino, cuidado e adaptação ao cliente, devendo ser integrado consoante a sua situação concreta e singular de cuidados.

A ambiguidade e subjetividade associadas ao conceito devem-se, principalmente ao seu carácter individual. As pessoas atribuem significado divertido a coisas diferentes e, por esse motivo, acham graça a coisas diferentes (José, 2010). Dificilmente duas pessoas terão a mesma resposta para um mesmo estímulo humoroso pois contam com vivências, sentimentos e personalidades diferentes e o próprio contexto, a relação, confiança e limites pré-estabelecidos entre os intervenientes são diferentes (Riley, 2000; José, 2002; José, 2010).

De realçar que existem várias tipologias de humor que se agregam em duas dimensões, dada a sua influência na interação pessoal: o humor positivo e o humor negativo (Sousa & José, 2016). No contexto dos cuidados de enfermagem, importa considerar o humor positivo que é um tipo de humor construtivo e empático (Fry & Salameh, 1987; José, 2010). Este surge aliado a sentimentos de amor, alegria, esperança, criatividade, ou mesmo a um sentido lúdico e de divertimento (José, 2010). Exprime-se através de atitudes otimistas, realistas, construtivas e positivas promovendo a harmonia na relação enfermeiro-cliente (Santos et al., 2015). A sua principal utilidade é contribuir, grandemente, para aumentar a proximidade entre as pessoas, facilitando a expressão de sentimentos, suavizando o que se diz e atenuando as tristezas (José, 2002).

O humor negativo pode colocar as pessoas numa posição defensiva e coerciva, fazendo com que se sintam depreciadas e humilhadas (José, 2010). Ainda de acordo a mesma autora, é um tipo de humor que fortalece e apela a estereótipos negativos acerca de culturas, grupos etários ou situações de vida diferentes. Hart e Rollins (2011), mencionam que o humor étnico, racista, sexista, religioso e ridicularizante conectado ao humor negativo deve ser evitado de todo. Não obstante, o humor negativo pode apresentar-se como um mecanismo de auxílio para lidar com situações difíceis enquanto estratégia de *coping*, sobretudo entre os adolescentes, já

que desta forma afirmam a sua emancipação e rebeldia face ao mundo adulto (José, 2010; José, 2012). Em suma, o humor pode ser considerado positivo ou negativo, consoante a sua utilização traga benefícios, ou não, para a pessoa que o vivencia e partilha (José, 2010).

Pereira et al. (2021), realizaram uma *scoping review* com o objetivo de mapear quais as estratégias para a aplicação do humor como intervenção de enfermagem no cuidado à criança em idade escolar e adolescente. Esta *scoping review* concluiu que as estratégias prediletas para a aplicação do humor nestas faixas etárias incluem a adoção de uma postura calma e sorridente, a partilha de histórias cómicas, visualização de vídeos humorosos e motivacionais, jogos lúdicos e didáticos com expressão de alegria, jogos de palavras/anedotas, uso de videojogos, recurso a brinquedos para dramatização, brincadeiras diversas e atividades artísticas como o cantar e dançar (Pereira et al., 2021).

No entanto, as intervenções humorosas podem também constituir manifestações de afeto dos profissionais para com as crianças, adolescentes e vice-versa, pois de acordo com Dowling (2002), nas crianças em situações de cuidados específicos em que os enfermeiros utilizaram o humor de forma refletida e adequada, foi comprovada uma redução do medo hospitalar e da sua ansiedade e aumento da socialização. Segundo Diogo (2015), o carinho é outra das expressões de afetividade que constitui uma das estratégias de dádiva de afeto no decorrer dos cuidados em enfermagem pediátrica. E por isso em crianças de estádios de desenvolvimento inferiores aos abordados na *scoping review* de Pereira et al., (2021), as estratégias para aplicação do humor podem englobar as manifestações de carinho e afeto. Segundo Diogo (2015), no contacto com recém-nascidos (RN) ou lactentes, com consentimento dos pais, é possível utilizar linguagem afetuosa, com um tom de voz mais calmo e baixo e com recurso a expressões e sons adaptados às crianças desta faixa etária. No momento do colo e embalo do RN ou lactente podemos encarar o mesmo com uma postura calma e com um sorriso nos lábios, mantendo o contacto face a face, o que acaba por permitir transmitir uma mensagem de tranquilidade, confiança e ternura tanto à criança como aos pais (Diogo, 2015).

De ressaltar que a relação comunicacional desenvolvida entre enfermeiros, crianças e adolescentes beneficia com intervenções humorosas, mas também os próprios pais dessas crianças beneficiam da implementação destas estratégias e da prestação de cuidados com afeto, uma vez que se promove a sua participação ativa nos cuidados e são capacitados através do fornecimento de ensinamentos dentro de um clima de leveza e numa relação de parceria efetiva (José, 2010; José, 2012; Diogo, 2015; Pereira et al., 2021).

2. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O presente relatório de estágio apresenta como problemática e objeto de estudo o humor enquanto intervenção de enfermagem especializada na promoção do conforto da criança e adolescente em situação de doença e/ou hospitalização.

A escolha desta problemática está relacionada com uma forte motivação pessoal pré-existente, alicerçada no fascínio que nutro pela mesma. Utilizo frequentemente o humor enquanto estratégia de comunicação tanto na vida pessoal como no meu quotidiano de cuidados, embora anteriormente a este percurso formativo tendesse a surgir de forma espontânea e sem clara intencionalidade terapêutica. Com a realização deste percurso formativo procuro fazer reversão dessa situação através do aprofundamento de conhecimentos acerca do fenómeno humor e sua aplicabilidade terapêutica, desejando, enquanto futuro EEESIP, conseguir planear, executar e avaliar adequadamente esta intervenção autónoma de enfermagem, objetivando determinada finalidade terapêutica.

De facto, o humor é considerado como uma importante forma de comunicação, uma estratégia para alívio de tensões, controlo da dor, libertação de sentimentos reprimidos, com a habilidade de desdramatizar acontecimentos, estabelecer relações e alcançar estratégias de superação de alguma dificuldade reconhecida (Phaneuf, 2002; José, 2010; Martin & Ford, 2018). As competências de comunicação são fundamentais em enfermagem, podem e devem ser aprendidas e são, portanto, objeto de estudo. Segundo o Regulamento de Competências Específicas, o EEESIP deve comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (Regulamento n.º 422/2018).

Pretendo ainda com este trabalho, de carácter reflexivo da prática, evidenciar que o humor e o riso não refletem falta de rigor ou seriedade nos contextos de prestação de cuidados de saúde, onde ainda resiste a ideia preconcebida de que não se pode rir nem recorrer à atividade lúdica, pois é sinal de que não se é profissional e de que se menospreza o alvo de cuidados daí que tenhamos de ser neutros na expressão da nossa emoção (José, 2002; José, 2010; Sousa & José, 2016; Pereira, 2020).

O estímulo para ingressar no Curso de Licenciatura em Enfermagem e para selecionar esta problemática e objeto de estudo no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria, deve-se em muito ao filme *Patch Adams – O amor é contagioso*, de 1998. Nesta película o ator Robin Williams interpreta de forma sublime o papel do aluno de medicina Patch Adams, que tenta revolucionar o ambiente hospitalar e os cuidados de saúde através da utilização do humor, com intervenções repletas de alegria, felicidade e amor, pouco convencionais à época.

A escolha desta temática é ainda justificada dado o meu contexto atual de prática de cuidados, o SUP de um hospital na área da Grande Lisboa que assume como missão o atendimento urgente e emergente a crianças, adolescentes e respetivas famílias em situação de doença aguda. Logicamente que no SUP o ideal passará sempre por uma resposta em tempo útil, adequada, sensível e competente, dentro de uma visão humanista e holística em enfermagem que, a verificar-se, acabará por satisfazer as necessidades de conforto da criança, adolescente e família, promoverá o seu bem-estar e uma eventual resolução da sua situação de saúde-doença (Gillespie et al., 2012).

No entanto, no contexto de urgência, e de forma menos exacerbada em todos os outros locais de hospitalização de clientes pediátricos, dada a exigida rapidez de processos associados ao cuidar, resta normalmente pouco tempo para uma adequada informação, preparação e clarificação, sobrepondo-se muitas das vezes um cuidado técnico e biomédico a um cuidado holístico e humanizado. Senti necessidade de rever e discutir a priorização dos cuidados na minha prática, não colocando em causa a necessidade primária de estabilização hemodinâmica da criança ou adolescente, mas contemplando também a sua gestão emocional e apoio psicológico dos mesmos, conseguidos através de demonstração de disponibilidade e de estratégias de comunicação eficazes, conforme afirma Diogo (2015).

Costa & Gonçalves (2021), afirmam que o enfermeiro alia a arte do cuidar à ciência do cuidar, num ciclo simbiótico nada isolado, necessitando de mobilizar raciocínio lógico e científico, mas também competências afetivas e reflexivas. De acordo com os mesmos autores (2021, p.64), “cuidar o corpo e a alma e não só o corpo ou só a alma, é exclusivo da ciência e da arte que é a Enfermagem.” Foi nesta lógica que escolhi esta temática para este percurso formativo já que existem diversas estratégias enquanto medidas promotoras de conforto, como as intervenções humorosas, que permitem alcançar o bem-estar da criança, adolescente e família, facilitando a vivência da sua situação de doença e a adaptação à experiência de hospitalização, transformando-a numa oportunidade de aprendizagem, crescimento e desenvolvimento (Barros, 2003).

O EEESIP deve também fazer gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e adolescente, otimizando as suas respostas (Regulamento n.º 422/2018). Neste sentido, o humor pode ser considerado uma das intervenções não farmacológicas para alívio e controlo da dor adotadas pelos enfermeiros, pois de acordo com a OE (2013), o humor estimula expressões como o sorriso e o riso, associadas ao prazer, conforto e bem-estar. Segundo a mesma fonte, o riso é uma forma de desviar a atenção dos estímulos potencialmente dolorosos e diminui a intensidade e a reatividade do organismo à dor.

Dada a situação de doença e/ou hospitalização da criança e -adolescente, a maioria dos procedimentos terapêuticos prementes a realizar pelos enfermeiros são invasivos, traumáticos, dolorosos, desagradáveis e ameaçadores, pelo que a equipa de enfermagem deve dirigir a sua atenção para intervenções que sejam seguras, eficazes e úteis, ou seja, não traumáticas (Tavares, 2011). Em todas as ações e decisões assistenciais do enfermeiro está presente o raciocínio clínico, nomeadamente, no diagnóstico dos fenómenos, na escolha das intervenções não farmacológicas apropriadas e na avaliação dos resultados alcançados (Santos et al., 2016).

Em suma, procuro agregar o humor ao cuidar em enfermagem pediátrica, comprovando a pertinência do tema através da confrontação com evidência atualizada, para entender a sua operacionalização nesta área, onde é considerado uma intervenção do foro autónomo do enfermeiro.

3. METODOLOGIA E OBJETIVOS

“Um projeto é a expressão de um desejo e de uma vontade, mas também a expressão de uma necessidade de uma situação a que se pretende responder” (Guerra, 2006, p.126). O presente relatório de estágio adota a metodologia de projeto, uma metodologia conectada a uma perspetiva de intervenção prática e à reflexão sobre a ação, visando a resolução eficaz dos problemas inicialmente identificados (Ruivo et al., 2010). Assim sendo, primeiramente identifiquei um problema real associado ao meu contexto de cuidados, neste caso a promoção do conforto da criança e adolescente em situação de doença e/ou hospitalização, defini objetivos, que apresentarei de seguida, e planeei atividades direcionadas na procura de resolver o problema inicial e de impulsionarem o desenvolvimento das competências comuns de EE, específicas de EEESIP e de Mestre.

Importa frisar que foi possível identificar quais as competências comuns de EE e específicas de EEESIP que carecem de maior investimento e desenvolvimento graças à elaboração de um autodiagnóstico de competências numa fase inicial do percurso formativo.

Para a elaboração do presente relatório foi também utilizada uma metodologia descritiva e reflexiva segundo a lógica da aprendizagem experiencial e da prática reflexiva. De acordo com Josso (1991), citado por Cavaco (2009), a aprendizagem experiencial designa a atividade consciente de um indivíduo que efetua uma aprendizagem inesperada ou intencional em termos de competências existenciais, instrumentais ou explicativas na vivência de um acontecimento, situação ou atividade que o coloca enquanto aprendente em interação consigo próprio, com os outros e com o meio que o rodeia.

Por outro lado, a prática reflexiva acontece quando a própria prática é problematizada e refletida, o que vai permitir a aquisição de novos conhecimentos e competências. Segundo Peixoto e Peixoto (2016), a busca pela prática reflexiva na enfermagem assume-se como premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos. A prática reflexiva é considerada atualmente como uma habilidade indispensável aos estudantes de enfermagem e aos próprios enfermeiros, pois permite que os mesmos se tornem autoconscientes e prestem os melhores cuidados, com atitudes reflexivas pré, pós e na ação (Peixoto & Peixoto, 2016).

Também Benner (2001, p.16), refere que “a aquisição de competências e o seu desenvolvimento só são viáveis se o enfermeiro estiver na prática”. No entanto, também a teoria constitui um excelente instrumento para a explicação dos fenómenos e para o desenvolvimento do conhecimento prático baseado em evidência científica válida (Benner, 2001).

O percurso de estágios teve uma duração de 18 semanas, perfazendo um total de 450 horas, conforme exposto no Cronograma de Estágios (Apêndice I). Este percurso iniciou-se a

11 de outubro de 2021 e terminou a 27 de fevereiro de 2022. Os estágios foram realizados em diferentes contextos de cuidados de enfermagem pediátrica, de maneira a contemplar diversas áreas de intervenção à criança, adolescente e família. A seleção dos contextos de estágio teve em conta as eventuais oportunidades de aprendizagem que esses locais me conseguiam oferecer, adaptadas obviamente à problemática do projeto, aos objetivos propostos e ao desejado desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEESIP. Os diferentes contextos de estágio foram então a: Consulta de Desenvolvimento (CD), a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), o Serviço de Internamento de Pediatria (SIP), o Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Os objetivos gerais definidos foram de certa forma adaptáveis a todos os contextos de estágio e ao percurso de desenvolvimento de competências. Deste modo, foram definidos os seguintes objetivos gerais e respetivos objetivos específicos:

1. Desenvolver competências especializadas no cuidado de enfermagem à criança, adolescente e família nos seus processos saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento.

- 1.1. Analisar práticas de cuidados relacionadas com a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente e intervir junto da família;
- 1.2. Prestar cuidados à criança, adolescente e família com situações específicas de saúde.

2. Desenvolver competências no âmbito da promoção do conforto da criança, adolescente e família nos diferentes contextos pediátricos recorrendo ao humor enquanto instrumento terapêutico.

- 2.1. Identificar necessidades de conforto das crianças, adolescentes e famílias e quais as medidas promotoras de conforto empregues nos diferentes contextos de cuidados;
- 2.2. Utilizar estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/adolescente e família;
- 2.3. Implementar intervenções humorosas com intencionalidade terapêutica na prestação dos cuidados de enfermagem à criança, adolescente e família nos diversos contextos de estágio.

4. PERCURSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

No presente capítulo é realizada uma análise descritiva e crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas nos diferentes locais de estágio. Tendo em conta a problemática e os objetivos estabelecidos, foram escolhidos os contextos clínicos onde decorreram os estágios, sempre com a preocupação de experienciar diferentes áreas de intervenção que contribuíssem para a obtenção ou desenvolvimento das competências pretendidas.

Pela metodologia de projeto ser dinâmica e adaptável a cada contexto de estágio, de acordo com Guerra (2006), o planeamento inicial das atividades definidas para cada local foi alvo de reformulação e algumas dessas atividades foram redefinidas e reajustadas face às minhas necessidades formativas e às particularidades e oportunidades concedidas por cada contexto. Portanto, após definição dos objetivos gerais e específicos foram também determinadas as atividades a desenvolver em cada contexto de estágio que constam no Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice II). Este Guia foi elaborado com o objetivo de estruturar, delinear e sistematizar o meu percurso, tendo sido apresentado e discutido com os Enfermeiros Orientadores e Enfermeiros Chefe de cada contexto numa fase inicial de Estágio de forma a apresentar do Projeto de Estágio e discutir a adequação do mesmo ao contexto.

Existiram outras atividades desenvolvidas que foram transversais a todos os contextos, nomeadamente a pesquisa bibliográfica sobre legislação, políticas, protocolos e procedimentos em vigor em cada um deles e aprofundamento de conhecimentos sobre determinadas temáticas relevantes. A pesquisa bibliográfica foi feita em obras de referência relevantes na área da enfermagem, medicina e psicologia, nas bases de dados (CINAHL, MEDLINE, ScienceDirect, Scielo, *b-on* e Google Académico) e no RCAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal) e constituiu-se como a principal sustentação para as práticas desenvolvidas e para a reflexão crítica.

Durante o percurso de estágios foi feita observação participante e colaboração direta na prestação de cuidados à criança, adolescente e família e reflexão sobre as práticas em parceria com os EEESIP, enquanto Enfermeiros Orientadores, assim como, a elaboração de documentos a partir das perceções e necessidades identificadas por mim e por esses mesmos enfermeiros.

Assim, o primeiro contexto apresentado é a CD, seguido da UCSP, do SIP, do SUP e UCIN.

Todos os locais de estágio prestam cuidados especializados à criança e ao adolescente até aos 18 anos menos 1 dia, à exceção da CD onde se prestam cuidados a crianças, adolescentes e jovens adultos até aos 21 anos com doença crónica.

4.1. Consulta de Desenvolvimento

O primeiro contexto de estágio deste meu percurso formativo foi a CD, cujo contacto teve uma duração de 2 semanas compreendidas entre 11 e 24 de outubro de 2021. A CD tem como missão a prestação de cuidados de saúde preventivos, de diagnóstico e tratamento a crianças e adolescentes com patologias neurológicas agudas e crónicas ou com perturbações do desenvolvimento psicomotor. Começarei por apresentar as atividades levadas a cabo neste contexto para consecução do primeiro objetivo geral e respetivos objetivos específicos previamente apresentados. Acima de tudo, neste contexto de estágio, colaborei com a EEESIP nas intervenções preconizadas para as consultas de desenvolvimento, denominadas consultas de Enfermagem de Neonatologia/Follow-up, através de uma observação participante. A consulta de Enfermagem de Neonatologia/Follow-up é uma consulta levada a cabo na CD por uma EEESIP que pressupõem a vigilância e promoção do desenvolvimento psicomotor do RN de alto risco após a sua alta hospitalar, normalmente da UCIN do Hospital onde a CD se encontra integrada.

São denominados RN de alto risco aqueles que apresentam uma idade gestacional inferior a 32 semanas, peso à nascença inferior a 1500 grama e/ou vários outros fatores de risco de morbilidade ou mortalidade devido a condições ou circunstâncias associadas ao seu nascimento e à adaptação à vida extrauterina (Ferreira et al., 2013). Essas condições que envolvem o período neonatal destas crianças podem influenciar significativamente o seu desenvolvimento psicomotor, o que justifica o contínuo investimento na vigilância do seu desenvolvimento em locais apropriados como a CD, de forma a prevenir, identificar e resolver atempadamente eventuais sequelas (Ferreira et al., 2013). Apenas com uma análise sistemática da evolução destas crianças se poderá avaliar o sucesso do tratamento e das intervenções implementadas, permitindo manter ou adotar estratégias alternativas para o seu futuro.

Em suma, a consulta de Enfermagem de Neonatologia/Follow-up levada a cabo na CD, tem como objetivos principais: vigiar e avaliar o crescimento e desenvolvimento do RN de alto risco; orientar, acompanhar e avaliar as intervenções terapêuticas e sociais implementadas e promover na criança e família um nível ótimo de adaptação à doença, tornando-os independentes através da aprendizagem do autocuidado.

Foi possível nestas consultas avaliar o crescimento do RN de alto risco, através da avaliação das medidas antropométricas como o peso, comprimento e perímetro cefálico e vigiar e avaliar o desenvolvimento psicomotor destas crianças, através da aplicação de instrumentos adequados, nomeadamente a Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, a preconizada na CD. Segundo descrito no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (Direção Geral da Saúde (DGS), 2013, p.57), a realização de uma avaliação do desenvolvimento por via de “instrumentos de rastreio standardizados tem uma sensibilidade e especificidade entre os 70% e 90%” o que permite identificar problemas de desenvolvimento. Pude perceber que o EEESIP deve deter prévio conhecimento sobre os parâmetros normais de desenvolvimento e dos seus extensos limites, o que permitirá mais facilmente identificar situações de desvios ou de eventuais sinais de alarme quanto ao padrão normal de desenvolvimento.

A aplicação da Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada contempla, entre outros aspetos, a avaliação dos reflexos primitivos no RN nas idades adequadas, que consegui efetuar por diversas vezes. De acordo com a idade e estágio de desenvolvimento da criança, a escala permite também o recurso a brinquedos terapêuticos com clara intencionalidade de avaliar o desenvolvimento psicomotor da criança, tal como bolas, chocalhos, cubos, bonecos, colher, escova de cabelo, copo, painel de cores, lápis, papel para desenhar e livros com figuras. Observar a criança a brincar, mesmo que ao colo dos pais, examinando sobretudo a sua atenção, a manipulação de objetos e a mímica, permitiu-me tirar ilações importantes relativamente ao seu desenvolvimento neuropsicomotor. Durante a conversa com os pais, no âmbito da consulta de Enfermagem de Neonatologia/Follow-up, sem que a criança sinta que é o alvo das atenções e sem invadir a sua área de conforto, pude perceber a forma como se comporta e interage com o meio. Hockenberry (2014), corrobora que nos momentos iniciais da consulta a atenção deve estar mais focada nos pais, de forma a dar algum espaço à criança.

A avaliação adequada do desenvolvimento infantil, nestas consultas de Enfermagem, não segue obrigatoriamente um guião protocolar, realizando-se maioritariamente através de uma observação crítica desde o momento em que procuramos a criança e a família na sala de espera, analisando o comportamento habitual da mesma na companhia dos pais e pares, sem estar condicionada pelo espaço fechado da consulta e pela presença de estranhos, como os profissionais de saúde. Esta observação apenas termina quando a criança e família abandonam a própria unidade clínica, local até onde os acompanhamos. Na CD, o primeiro e último contacto com a criança, adolescente e sua família na sala de espera é feito de forma pessoalizada e personalizada, já que todos os profissionais se deslocam até à mesma. Este contacto que parece tão simples, mas que é tão díspar do que se pratica na maioria dos serviços de consultas

externas permite desde logo iniciar uma relação de confiança entre os clientes pediátricos, família e os profissionais já que se geram sentimentos de intimidade, segurança, respeito e valorização.

Uma vez que a aplicação isolada da Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada não é suficiente para a avaliação do desenvolvimento da criança e dado o pouco tempo preconizado para a realização da própria consulta de Enfermagem de Neonatologia/Follow-up, foi fulcral colocar questões relevantes aos pais/cuidadores para colheita de informações pertinentes, nomeadamente quanto ao comportamento habitual da criança, componente afetiva e adaptação social, novas competências cognitivas e motoras, e também informações relativas a atividades de vida diárias como a alimentação, padrão de eliminação, sono e repouso, entre outras. Importa valorizar as queixas dos pais e as suas preocupações que, por vezes, são indicadoras de que existe alguma alteração no desenvolvimento psicomotor dos seus filhos (Pinto, 2009).

Nas consultas de Enfermagem de Neonatologia/Follow-up foi possível participar na transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança e fomentar a criação do vínculo entre criança e família. A transmissão de orientações antecipatórias era referente não só ao crescimento e desenvolvimento psicomotor da criança, mas também à alimentação, eliminação, padrão de sono, imunização, acidentes e segurança e tudo o que se refere à saúde global da criança, reforçando ensinamentos ministrados previamente pela equipa de enfermagem dos cuidados de saúde primários. De facto, era realçado variadas vezes pela EEESIP ao longo da consulta, a necessidade da criança e família frequentarem as consultas de Enfermagem e Medicina de vigilância de saúde infantil e juvenil levadas a cabo nos cuidados de saúde primários, pois contemplam objetivos diferentes das consultas de enfermagem e medicina levadas a cabo na CD, além de se cumprir a imunização, segundo o esquema do Plano Nacional de Vacinação (PNV).

Tive a oportunidade de assistir também a uma reunião multidisciplinar entre toda a equipa multidisciplinar da CD e a Equipa Local de Intervenção (ELI), onde foram abordados os casos clínicos de duas crianças, em que as intervenções terapêuticas implementadas pela equipa não estariam a surtir o efeito positivo desejado e, portanto, era necessário elaborar um plano individual alternativo. A maioria destas crianças e famílias são igualmente acompanhadas no domicílio, ama, creche, jardim-de-infância ou outro local habitual pelas ELI que compõem o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), pois as intervenções terapêuticas com os RN de alto risco em idades precoces são mais eficazes se realizadas nos principais contextos naturais da criança e família.

Os enfermeiros da CD, face ao acompanhamento continuado ao RN de alto risco e sua família, e interessados em promover o bem-estar, conforto e a otimizar o potencial de desenvolvimento físico, emocional e social destas crianças, encontram-se numa posição privilegiada no que diz respeito à elucidação de atividades promotoras do desenvolvimento, onde se encontra o brincar e o humor. Neste sentido, foi primordial durante os contactos com as crianças e famílias fazer com que os pais compreendessem a importância do brincar no desenvolvimento saudável de seus filhos, de uma forma segura e confiante. Assim sendo, podemos considerar que longe de ser uma atividade supérflua ou uma simples atividade lúdica, o brincar e o humor são componentes essenciais de um caminho privilegiado para o crescimento e desenvolvimento harmonioso da criança (Neto, 2020; Tavares, 2011).

Para alcance do segundo objetivo geral e objetivos específicos relacionados foi fundamental testar e treinar a utilização de intervenções humorosas, não só com as crianças, mas também com as suas famílias, sempre com intencionalidade terapêutica clara, nomeadamente para facilitar a avaliação do crescimento e desenvolvimento psicomotor, quebrar o gelo e iniciar promover a comunicação, mas também para efetuar uma gestão diferenciada da dor das crianças perante procedimentos dolorosos. O humor terapêutico integra as estratégias não farmacológicas cognitivo-comportamentais como a distração e imaginação guiada. Previamente à escolha da intervenção não farmacológica mais adequada tentei fazer uma célere colheita da história de dor junto dos pais e, quando possível, junto da criança já que, de acordo com a DGS (2010), só a partir desta colheita de informação é possível aos profissionais traçar um plano eficaz para prevenir, controlar e minimizar a dor.

A maioria dos procedimentos invasivos e dolorosos a realizar na CD eram colheitas de sangue por rotina ou mesmo com carácter urgente e administração de toxina botulínica por via intramuscular, a crianças e jovens com paralisia cerebral. Logicamente que todos os instrumentos humorosos eram adaptados à idade, estágio de desenvolvimento da criança e situação clínica. Com crianças em idade pré-escolar e escolar utilizei os polegares de plástico com luz na sua extremidade, enquanto truque de magia, já que o pensamento mágico reina neste estágio, uma vez que a luz aparece misteriosamente e viaja de uma mão para a outra. Utilizei o Kazoo, um instrumento musical que modifica e distorce o som emitido pelo bucal através de uma membrana vibratória e que concentra a atenção da criança durante o procedimento doloroso para o som diferente do instrumento e conduz ao sorriso e ao riso. Utilizei também livros de histórias humorosas e de anedotas como o livro: 365 dias, 365 piadas - com adivinhas engraçadas da Porto Editora e ainda o simples nariz vermelho redondo de palhaço da Operação Nariz Vermelho (ONV), que me permitiu incorporar uma personagem

distinta e distrair criativamente a criança, sobretudo através de “palhaçadas” próprias da arte circense.

Tive também a oportunidade de participar em consultas de Enfermagem a crianças e adolescentes com diagnóstico de Spina Bífida e realizar procedimentos terapêuticos a estas mesmas crianças e adolescentes, maioritariamente esvaziamentos vesicais e colheita de sangue para análises de rotina. Senti no contacto com os adolescentes com o diagnóstico de Spina Bífida, o cansaço e tristeza no seu fâcies, manifestando-se em animosidade para com os profissionais de saúde, provavelmente pelas múltiplas consultas na CD e pela necessidade de realizar estas intervenções invasivas de forma constante. De acordo com Khorsandi et al. (2020), o suporte oferecido pelos enfermeiros assume um papel fundamental na integração e vivência da doença crónica nos clientes pediátricos e na família. Este suporte pode ser de carácter emocional e cognitivo, sendo que o suporte de carácter emocional prende-se com as competências de comunicação terapêutica como a empatia, a escuta ativa, o respeito pelas escolhas da criança, adolescente e família e por todas as fases do processo individual de integração (Kohi et al., 2016; Emmamally & Brysiewicz, 2019; Svavarsdottir et al., 2020; Teixeira, 2021). Dada a carga emocional negativa das crianças e adolescentes com Spina Bífida, foi difícil planear a utilização de intervenções humorosas com estes clientes, tendo tentado utilizar outras estratégias não farmacológicas como exercícios de respiração diafragmáticas ou o relaxamento, que ainda assim dada a pressa que demonstravam em concluir os procedimentos e abandonar a CD se revelaram pouco eficazes.

Observando o meio envolvente, denotei que na CD há uma grande preocupação com a humanização do acolhimento pediátrico, não só nas salas de tratamentos, mas também ao longo de todos os espaços a serem percorridos e frequentados pelas crianças desde a entrada na CD. Nas paredes estão desenhos coloridos de animais carinhosos em situações humorosas, no teto estão penduradas pinturas de crianças em papel e até no chão estão delimitados jogos como o famoso “jogo da macaca” para saltitar a caminho do gabinete de consulta. Em todos os locais de consulta e tratamentos existe ainda uma grande variedade de brinquedos e materiais de desenho prontos a serem utilizados.

Durante a realização deste estágio foi também clara a necessidade de mobilização e desenvolvimento de princípios e técnicas de comunicação com a criança e com o adolescente, assim como com os pais/família com necessidades especiais. Nas consultas, tive a oportunidade de utilizar diferentes técnicas e tipos de comunicação com crianças, adolescentes e famílias, em diferentes fases do seu estágio de desenvolvimento, e sobretudo com diversos diagnósticos clínicos, o que me permitiu desenvolver esta competência tão inata, mas ao mesmo tempo tão importante e valiosa para minha prática de cuidados. Conforme nos diz Diogo

(2015), a utilização de técnicas adequadas de comunicação pode auxiliar a construção da relação, facilitando a gestão das emoções associadas aos processos de saúde-doença e de cuidados.

Durante a realização do estágio na CD tive ainda a oportunidade de participar na atividade do *Journal Club*, que consiste num espaço dedicado à leitura e discussão partilhada de um artigo científico de interesse para todos os profissionais da CD. Neste espaço próprio apresentei não um artigo científico, mas sim a temática do humor terapêutico e a sua aplicabilidade prática aos diversos campos multidisciplinares da CD. Este trabalho foi apresentado num dia específico, previamente agendado, e foi exposto e discutido durante 30 minutos, junto de toda a equipa multidisciplinar da CD. A apresentação do trabalho foi realizada em formato PowerPoint (Apêndice III). Foi importante para mim esta apresentação, numa fase muito inicial do meu percurso de estágios dado o feedback positivo recebido. Alguns profissionais de saúde da CD, sobretudo enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais manifestaram contentamento por escutarem a abordagem desta temática, com evidência científica atualizada e apropriada, que validava muitas das intervenções humorosas que utilizavam em consultas de forma deliberada no decurso das interações.

4.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

O meu segundo contexto de estágio foi a UCSP. O estágio neste contexto teve a duração de 4 semanas e decorreu de 25 de outubro a 21 de novembro de 2021. Os cuidados de saúde primários constituem o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde por parte das populações, assumindo por isso um papel fundamental na promoção da saúde essencial para a prevenção da doença (Decreto-Lei nº28/2008). Conforme descrito no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, as UCSP são, nos termos do artigo 7.º do referido diploma, uma das Unidades Familiares que podem constituir um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), sendo certo que no mesmo devem estar integradas, pelo menos, uma Unidade de Saúde Familiar ou uma UCSP. As UCSP desenvolvem com autonomia organizativa e técnica a sua atividade, integrada numa rede com as demais Unidades Familiares (Decreto de Lei nº28/2008).

Para consecução do primeiro objetivo geral neste contexto de estágio, foi fundamental desenvolver observação participante na prestação de cuidados diretos à criança, adolescente e sua família no âmbito da consulta de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil (CEVSIJ) e no cumprimento do PNV em sala de vacinação. Para tal foi obrigatório e essencial fazer uma extensa revisão do PNSIJ bem como do atual PNV.

Logo na primeira semana de estágio tive a oportunidade de estar presente numa sessão clínica, denominada “Alimentação no 1º ano de vida”, integrada nas *Nutrisessions* da *Nutribén®*,

cujo certificado apresento em Anexo (Anexo I). Nesta sessão foram abordadas as mais recentes atualizações sobre alimentação no primeiro ano de vida emitidas pela *European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition*, a *American Dietetic Association*, a *Academy of Nutrition and Dietetics*, a Associação Portuguesa de Nutrição, a *American Academy of Pediatrics* e a própria DGS, tendo como especial enfoque o início da alimentação complementar. Esta sessão de formação revelou-se importante para a minha atuação no decurso das CEVSIJ, dado que a alimentação é uma das temáticas de abordagem obrigatória em todas elas. Os pais levantam muitas questões e duvidas relativamente à alimentação dos seus filhos e, enquanto futuro EEESIP, é necessário procurar dar resposta a todas elas, adaptando as mesmas a cada caso concreto. As ciências da nutrição estão em permanente evolução e contactamos na nossa prática diária com uma maior diversidade de padrões alimentares associados a questões de saúde, sociais, culturais, religiosas, éticas ou ambientais, entre as crianças, adolescentes e suas famílias, sendo necessária uma atualização constante de conhecimentos nesta temática por parte dos enfermeiros e restantes profissionais de saúde.

Uma das atividades levada a cabo em todos os contextos de estágio foi a elaboração de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas em cada um deles, analisando-as à luz de referenciais teóricos e evidência científica, dando ênfase ao seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEESIP. Existiram algumas situações relevantes durante a realização do estágio em contexto de UCSP que me fizeram atentar para uma realidade para a qual não estava tão alerta, de que os determinantes socioeconómicos condicionam também eles a alimentação das crianças, até em idades inferiores a 6 meses. Essas situações estão descritas em maior detalhe na Síntese Reflexiva do Estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (Apêndice IV).

No decorrer das CEVSIJ foi possível avaliar determinados parâmetros como o estado geral da criança ou adolescente, avaliar o crescimento através da monitorização de parâmetros antropométricos, avaliar o desenvolvimento, sobretudo através da aplicação da Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, e perceber como é feita a referenciação ao SNIPI. De realçar que conduzi CEVSIJ na sua maioria a crianças em estádios de desenvolvimento inferiores, maioritariamente até à idade pré-escolar, sendo na sua larga maioria lactentes. Creio que a explicação passa pelo maior número de consultas preconizadas nesta faixa etária, de acordo com o PNSIJ, mas também pela harmonização destas consultas com o esquema cronológico preconizado no PNV, permitindo assim a redução do número de deslocações da criança e adolescente à UCSP, tal como é recomendado no PNSIJ (DGS, 2013).

Embora seja escasso o tempo preconizado para a consulta de enfermagem, cerca de 20 minutos, foi possível fazer uma avaliação completa da criança ou adolescente e transmitir cuidados antecipatórios aos pais, não descurando a avaliação de comportamentos de vinculação do principal cuidador com a criança ou adolescente (DGS, 2013). Durante as CEVSIJ, e mesmo durante o contacto na sala de vacinação, foi possível fornecer algumas orientações aos pais relativamente àquilo que poderiam esperar dos seus filhos em cada fase de desenvolvimento. Foi possível capacitar os pais e promover o seu *empowerment*, ou seja, dar-lhes conhecimento e orientações para futuras alterações e momentos chave no desenvolvimento dos seus filhos (DGS, 2013). Foram abordadas temáticas como a alimentação, anteriormente mencionada, mas também o sono e repouso, cuidados de higiene, eliminação vesical e intestinal, imunização de acordo com o PNV, segurança e prevenção de acidentes, entre outros.

Outra atividade por mim levada a cabo neste contexto no âmbito do primeiro objetivo geral foi a revisão do Guia Orientador das Consultas de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil dos 0 aos 2 anos (Apêndice V). Esta atividade surgiu por conjugação de interesses, uma vez que foi identificada essa necessidade para o próprio contexto por parte da EEESIP, pois a última revisão do documento datava de 2012, previamente à implementação do PNSIJ. Escolhi abordar as consultas preconizadas pelo PNSIJ entre os 0 e os 2 anos, pois foram aquelas que assumi como carenciadas de maior investimento pessoal, após elaboração do autodiagnóstico de competências específicas de EEESIP.

Ao elaborar o guia, acabei por fazer uma revisão da matéria, do próprio PNSIJ e PNV e harmonizar e cimentar conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento infantil destas idades concretas, fundamentais para conduzir adequadamente as CEVSIJ. O documento em si, revelou-se fundamental para a equipa de enfermagem da UCSP, pois irá permitir uniformizar procedimentos e intervenções de enfermagem junto da criança e família na consulta para cada idade chave. O guia irá permitir também uma transmissão coerente de informações para que todas as temáticas sejam abordadas e nenhuma seja descurada. O guia reúne informação fulcral sobre a etapa de crescimento e desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo, emocional e social da criança ou adolescente, bem como parâmetros a avaliar e cuidados antecipatórios a abordar em cada Consulta de Enfermagem, num documento de fácil consulta.

Tive também a oportunidade de participar em algumas consultas de urgência e vivenciar situações de doença aguda, sobretudo infeções respiratórias, gastroenterites e alterações fisiológicas na pele, havendo necessidade de fazer uma avaliação mais direcionada à criança e à sintomatologia que apresentava, sendo que algumas dessas situações agudas foram detetadas no decorrer da própria CEVSIJ. Realço a importância de ser um EEESIP a realizar

estes contactos com a criança, adolescente e família porque detêm conhecimento sobre doenças comuns às várias idades e consegue avaliar de uma forma mais adequada e conhecedora cada situação. Desta forma, o EEESIP desenvolve planos individuais de saúde, com enfoque na avaliação dos problemas, definição de resultados e planeamento de intervenções, trabalhando em parceria com a restante equipa de enfermagem e outros campos multidisciplinares.

Tive ainda a oportunidade de participar no projeto de visitação domiciliária ao recém-nascido e puérpera existente na UCSP e de ter uma observação participante em Consultas de Saúde Materna e Obstetrícia e em Consultas de Planeamento Familiar a adolescentes e jovens adultos. Ao estar presente nesta tipologia de consultas, integrantes da UCSP, pude ter noção da rede de recursos comunitários de suporte à criança, adolescente e família existentes. Embora estes projetos sejam conduzidos maioritariamente por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é possível inferir enquanto futuro EEESIP sobre a importância destes mesmos contactos para a criança, adolescente e família, pois todos os envolvidos experienciam fases de transição críticas. A visita domiciliária ao RN e família, consiste numa estratégia de intervenção precoce num momento de transição especialmente crítico para as famílias, que é o nascimento de um filho.

Denotei que a relação que se estabelece entre a tríade criança-família-enfermeiro neste tipo de contacto é mais próxima e a própria comunicação mais fluente e espontânea, associado provavelmente ao ambiente de maior liberdade, sem formalidades relacionais tão bem delineadas como nos contactos na UCSP. Este clima de maior descontração na relação não descarta o rigor de atuação e clara intencionalidade terapêutica das intervenções de enfermagem, acabando por tornar a relação mais coesa e estreita. Estando no ambiente natural da família, enquanto observadores, conseguimos apropriar-nos dos rituais quotidianos do RN e família e comprová-los *in loco*, fazendo uma avaliação completa e realista do meio físico, familiar e social que serão fundamentais para o desenvolvimento e crescimento saudáveis da criança.

Para alcançar o segundo objetivo geral e objetivos específicos relacionados, durante o estágio na UCSP destaco a realização do póster intitulado: "Como confortar o seu bebé (0-12 meses) durante a vacinação?" (Apêndice VI), com enfoque na amamentação como estratégia não farmacológica para alívio da dor e desconforto da criança durante a vacinação. Segundo a DGS (2012), a maior causa de dor aguda na criança são os procedimentos invasivos, e no contexto dos cuidados de saúde primários, a administração de vacinas intramusculares associadas ao cumprimento do PNV, é a fonte de dor iatrogénica mais comum na infância (Taddio et al., 2010). Este procedimento invasivo, traumático e doloroso é repetido variadas vezes, sobretudo ao longo do primeiro ano de vida.

Às crianças com idade superior a 12 meses, consegui efetuar controlo e alívio da ansiedade e dor, no âmbito da vacinação, aplicando outras intervenções não farmacológicas, sobretudo o brincar terapêutico e o humor terapêutico integrados em estratégias cognitivo-comportamentais como a distração e imaginação guiada. Mantive a aposta em instrumentos humorosos como os dedos luminosos, fantoches e livros de anedotas durante a realização de procedimentos invasivos, logicamente adaptados à idade, estágio de desenvolvimento da criança e situação clínica. Importa referir que a UCSP já contava com um “Kit sem Dor” disponível na sala de enfermagem onde é realizada habitualmente a CEVSIJ, realizado por outro colega no âmbito do seu curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. A utilização dos materiais didáticos e lúdicos do kit adaptados às diversas faixas-etárias permite o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais que favorecem o controlo da dor associada aos procedimentos e estimula a cooperação e a criatividade dos vários intervenientes, através do ato de brincar (OE, 2013).

A arte de cuidar e o valor dos gestos simples, da presença, do conforto, no fundo a prestação de cuidados não traumáticos, com carinho, com afeto e com amor, ganharam outra dimensão na minha forma de atuação após este estágio, uma vez que neste contexto específico, onde reinaram inúmeras dificuldades e vicissitudes inerentes ao contexto pandémico vivido e à própria crise no Serviço Nacional de Saúde (SNS), estes valores nunca foram descurados, provando que a Teoria do Conforto de Kolcaba e as filosofias dos CCF e CNT são sempre possíveis de colocar em prática.

4.3. Serviço de Internamento de Pediatria

O terceiro local do percurso formativo foi o SIP, sendo este um dos locais que me suscitou à priori maior curiosidade por desconhecer o real acompanhamento às crianças, adolescentes e famílias neste serviço, após a transferência dos mesmos do SUP, onde habitualmente presto funções. O estágio decorreu durante 4 semanas, entre 22 de novembro e 5 de dezembro de 2021.

Uma das mais valias do SIP, contrariamente ao SUP, é a prestação de cuidados de enfermagem à mesma criança, adolescente e família hospitalizados, durante vários turnos, o que permite estabelecer um contacto regular e acompanhar a evolução clínica da sua situação de doença. A situação de hospitalização de crianças, adolescentes e suas famílias acarreta algumas particularidades, tendo por isso, de acordo com Festas (1994) citado por Tavares (2011), a equipa multidisciplinar que lida diariamente com elas, a especial tarefa de favorecer a melhor resolução possível desta situação de crise, que é a hospitalização, a primeira com que as crianças se deparam, bem como a obtenção de um crescimento positivo da experiência. A

própria Carta da Criança Hospitalizada afirma que “a admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, consulta externa ou em hospital de dia” (Instituto de Apoio à Criança, 2017). Assumindo a hospitalização como uma potencial experiência traumática esta deve ser sempre um último recurso em caso de doença aguda do cliente pediátrico.

No SIP, comparativamente com o SUP, existe mais tempo e espaço para a promoção de um acolhimento humanizado e cuidado terapêutico efetivo, o que permite o estabelecimento de uma relação empática com a criança e família, que diminui de forma comprovada a ansiedade, o medo e a sensação de impotência. Ao contactar com a realidade do SIP e tendo em conta a minha própria experiência profissional, foi possível adequar e melhorar a articulação dos cuidados entre o SUP e a SIP, partilhando com a EEESIP e restante equipa de Enfermagem algumas intervenções e atitudes que considero serem importantes para esta fase de transição, que é a hospitalização da criança e sua família. Uma dessas atitudes é a partilha de informações completas, oportunas e imparciais entre os Enfermeiros do SIP e as crianças, adolescentes e suas famílias, durante o acolhimento ao serviço, de maneira a confirmar se compreenderam o motivo do internamento e esclarecer quaisquer dúvidas. Isto porque transitaram do SUP, um contexto agitado e confuso, onde por vezes nem toda a informação é transmitida de forma clara nem validada.

O estágio realizado no contexto do SIP foi importante na validação e consolidação de conhecimento adquirido previamente na CD e UCSP quanto à vigilância, promoção e avaliação do desenvolvimento Infantil. A monitorização do desenvolvimento infantil através de instrumentos de avaliação não está recomendada e tem aplicação prática dificultada em situação de internamento hospitalar, porque habitualmente neste contexto procura-se a melhor performance da criança (OE, 2010). No entanto, também é certo que por diversas vezes é durante a hospitalização de crianças e adolescentes no SIP que se detetam situações de risco no que respeita ao desenvolvimento infantil. Segundo a OE (2010), é por isso, exigido a cada enfermeiro que cuida de clientes pediátricos em contexto hospitalar um vasto conjunto de saberes e competências no que toca ao desenvolvimento infantil para detetar eventuais situações de risco, mas para que também consigam promover um desenvolvimento infantil harmonioso, dado o comprometimento físico e psicológico que uma situação de internamento acarreta para a criança, adolescente e família.

De acordo com a OE (2010), o termo “desenvolvimento” refere-se ao melhoramento e à diferenciação de determinadas funções, com aquisição progressiva de certas competências cada vez mais complexas em várias áreas funcionais como a amamentação/alimentação diversificada, a imunização, a higiene e vestuário, o sono e repouso, o brincar, a disciplina, a

segurança, os afetos e a sexualidade. Face à pesquisa científica efetuada no que concerne ao próprio conceito de desenvolvimento infantil e face ao que foi possível comprovar de forma prática em contexto de estágio quanto à multiplicidade de fatores que podem contribuir para o desenvolvimento infantil, posso afirmar que a minha própria conceção de desenvolvimento infantil foi-se desenvolvendo e evoluindo.

Neste contexto, demonstrei e apliquei na prestação de cuidados conhecimentos sobre as doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas e procurei oportunidades para trabalhar com as famílias e crianças de quem cuidei no sentido de adotarem comportamentos potenciadores de saúde. Considero ter dado contributos na tomada de decisão sobre os melhores cuidados a implementar, visando o bem-estar e conforto da criança, adolescente e família, colocando em prática estratégias e intervenções para os problemas identificados, avaliando, posteriormente, os seus resultados.

Tive a oportunidade de cuidar de crianças, adolescentes e famílias em diferentes estádios da sua situação de doença. Pude prestar cuidados de enfermagem a crianças e famílias com necessidade de cuidados intermédios e vigilância rigorosa da sua situação clínica ou internados em quartos de enfermaria, com a perspetiva da alta hospitalar mais próxima. (Ex: RN com bronquiolite, criança com pneumonia pós-apendicectomia, criança com Diabetes Mellitus tipo I (DM1) agudizada por gastroenterite, criança com diagnóstico de Síndrome Polimalformativa a cumprir treino de autonomia alimentar e acima de tudo múltiplas crianças e adolescentes com anemia das células falciformes (ACF), dadas as características populacionais da área de abrangência do Hospital). Mais difícil de concretizar é um real encaminhamento de crianças e adolescentes que necessitem de avaliação por outros grupos profissionais como fisioterapeutas, terapeutas da fala, psicólogos, assistentes sociais, havendo a necessidade de validação deste encaminhamento com a EEESIP.

Para alcançar o segundo objetivo geral definido, durante o estágio neste terceiro contexto, foi possível elaborar um estudo de caso acerca de um adolescente com diagnóstico de crise vaso-oclusiva (CVO) por diagnóstico prévio de ACF, dada a possibilidade de acompanhamento continuado em vários turnos durante o seu internamento (Apêndice VII). Apesar de ser um novo episódio de internamento, o diagnóstico clínico era já recorrente, contando o adolescente com múltiplos internamentos anteriores pelo mesmo motivo e, portanto, já conhecia o SIP, nomeadamente as suas rotinas e dinâmicas, bem como toda a equipa multidisciplinar.

Pelo meu acompanhamento ao adolescente ao longo de vários turnos, consegui estabelecer uma relação terapêutica efetiva, com base em pilares de confiança, intimidade e segurança. Ao longo do internamento foi possível controlar e aliviar a sua dor crónica, agora agudizada através de intervenções farmacológicas, mas também foi possível testar, aplicar e

treinar intervenções não farmacológicas, permitindo uma melhoria do seu conforto não só físico, mas também psicoespiritual, social e ambiental. Para atingir um estado de tranquilidade foi importante a implementação de estratégias farmacológicas aliadas a intervenções não farmacológicas, como as estratégias imagéticas, distração pela recreação e o humor terapêutico através da visualização de filmes humorosos, utilização de anedotas e jogos de palavras e uso de videojogos.

Dado o exposto considero ter feito uma gestão diferenciada da dor nas crianças e adolescentes de quem cuidei, através do uso de intervenções farmacológicas e não farmacológicas que permitiram eliminar ou minimizar a dor e o desconforto experimentado pelos mesmos. A autonomia que a equipa de enfermagem dispõe na utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas denota como a filosofia dos CNT está tão bem enraizada no SIP. Realço todas as normas e protocolos existentes sobre a temática, que tive a oportunidade de consultar. O próprio Departamento da Criança e do Jovem deste mesmo Hospital conta com um grupo multidisciplinar constituído por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos entre outras disciplinas, empenhados em promover e implementar práticas atualizadas para a prevenção, avaliação e tratamento farmacológico e não farmacológico da dor aguda e crónica nas crianças, adolescentes e famílias que recorrem à unidade de saúde, designado Núcleo Contra a Dor (NCD).

No que se refere às estratégias farmacológicas para controlo da dor, destaco a utilização do creme de lidocaína e prilocaína, vulgo EMLA® e da mistura equimolar de protóxido de azoto e oxigénio, vulgo MEOPA®, sendo este último um fármaco que nunca tinha utilizado. Tive a oportunidade de administrar MEOPA® para controlo da dor aguda, em crianças em idade escolar e adolescentes, associado a procedimentos invasivos dolorosos de curta duração, comprovando a sua eficácia e poucos efeitos adversos. No SIP ambas as estratégias farmacológicas mencionadas são utilizadas em associação com estratégias não farmacológicas, como intervenções cognitivas como a distração, imaginação guiada e o fornecimento de informação antecipatória, às quais associei o humor terapêutico por estimular o riso e desviar a atenção dos estímulos potencialmente dolorosos (OE, 2013).

Menciono um vasto leque de intervenções não farmacológicas porque realmente era atribuído à criança algum controlo sobre o tratamento, escolhendo com quem quer estar durante o procedimento, em que posição e também qual a estratégia não farmacológica a adotar. A criança ou adolescente era sempre encaminhada para a sala de enfermagem, não sendo o procedimento realizado na unidade de internamento por ser o local de segurança para o cliente pediátrico dentro do SIP. A própria sala de enfermagem encontrava-se pintada e decorada com ilustrações infantis, facto que se constitui como uma medida promotora do conforto ambiental

tal como é referido por Kolcaba e Dimarco (2005). Eu e a EEESIP, tentávamos sempre incluir os pais nas decisões relacionadas com os tratamentos e procedimentos invasivos, pois são os melhores parceiros na prestação de cuidados de saúde aos seus filhos e deste forma mais facilmente compreendiam a necessidade e importância desses mesmos procedimentos.

Para sustentar a utilização de intervenções humorosas, enquanto intervenção não-farmacológica, adaptadas a cada faixa etária, apoiei a minha prática no Modelo de Desenvolvimento do Humor, de McGhee, 1979. Este consiste num modelo de quatro estádios com íntima relação com as quatro fases Piagetianas do desenvolvimento cognitivo. A incongruência é ponto chave no Modelo porque é um componente essencial na forma como as crianças e adolescentes compreendem e apreciam o humor e têm relação íntima com o seu desenvolvimento cognitivo (Hart & Rollins, 2011). De acordo com Dowling (2002), antes da aplicação de intervenções humorosas é fundamental incluir a criança nos cuidados tentando perceber quais os seus gostos e preferências a nível humorístico e lúdico com vista a compreender que tipo de humor a criança aprecia e assim conseguir adaptar as intervenções.

Tanto a explicação pormenorizada do Modelo de Desenvolvimento do Humor de McGhee (1979), como a apresentação de sugestões de intervenções humorosas a aplicar a cada faixa etária constam no documento: Kit sem Dor Humoroso (Apêndice VIII), que foi elaborado no contexto seguinte do meu percurso formativo, o SUP. Tanto o SIP como o SUP, onde fiz estágio pertenciam à mesma unidade hospitalar e, portanto, foi possível esta articulação de atividades. Todos os serviços deste Hospital, integrantes do Departamento da Criança e do Jovem, dispõem de um “Kit sem Dor” uniformizado, constituído por diversos artigos de material didático e lúdico adequado a várias idades destinados ao alívio da dor, ansiedade e medo, prontos a serem utilizados durante procedimentos invasivos, traumáticos e dolorosos (OE, 2013).

Portanto, para a humanização dos cuidados à criança e família durante a hospitalização e para que os cuidados de enfermagem sejam considerados cuidados de qualidade é importante utilizar intervenções terapêuticas como o humor e o brincar e, por isso, tentei aplicá-los no contexto de estágio sempre que justificável e adequado. De referir que essa aplicação apenas surgiu após uma avaliação das necessidades da criança e família e identificação dos fatores influenciadores do seu conforto durante a situação de internamento. Foi possível utilizar bolas de sabão, que rebentavam nas nossas mãos ou desapareciam pela cortina da sala de tratamentos, e com isso gerar o riso e a alegria na criança, fazer magia com os dedos luminosos a crianças em idade pré-escolar, utilizar fantoches para conto de histórias, desenhar, cantar, dançar e até jogar jogos de tabuleiro com adolescentes mais introvertidos e que rapidamente quebravam essa barreira comunicacional.

Para que a brincadeira e o humor se desenvolvam de maneira ideal, uma mensagem importante que os adultos devem transmitir durante interações lúdicas com crianças é que o ambiente lúdico é também ele um ambiente seguro (Fromberg & Berger, 2006). Ainda de acordo com Fromberg e Berger (2006), as respostas dos adultos às tentativas de humor das crianças também têm influência sobre o quanto as crianças se envolvem em comportamentos humorísticos e nos tipos de humor que elas expressam.

Uma das medidas que tem sido instituída em contexto hospitalar desde a década de 80 é a terapia do riso e a introdução dos Doutores Palhaços, designada a *Clown Therapy*, com intuito de humanização do ambiente e dos cuidados, procurando atender ao conforto físico, mas também psicoespiritual, sociocultural e ambiental da criança, adolescente e sua família através da transmissão de harmonia, esperança e alegria pela arte circense adaptada (Santos, 2011; Masetti & Caires, 2016; Melo, 2019). O palhaço favorece a possibilidade de lidar com eventos geradores de tensão, num ambiente inseguro e desconfortável como o SIP, favorecendo com isso a expressão de dificuldades e hostilidade dos clientes por conflitos mal resolvidos (Santos, 2011; Masetti & Caires, 2016; Melo, 2019). Pude comprovar o momento mágico que é a visita dos Doutores Palhaço da ONV ao SIP e verificar que dada a alegria contagiante dos conteúdos criados, as emoções negativas dos clientes pediátricos eram automaticamente transformadas e as crianças não os deixavam abandonar a unidade, participando ativamente nas brincadeiras. Podemos assim assumir que o brincar e o humor são conceitos relacionados, que para além da função primária de proporcionar prazer e recriação, têm uma ação fundamental no processo de desenvolvimento e crescimento da criança, promovendo a sua interação social e conduzindo à expressão de sentimentos e emoções indo ao encontro do que descreve Tavares (2011).

Posso também afirmar que neste mesmo serviço comuniquei com a criança, adolescente e família utilizando técnicas apropriadas ao estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. A diversidade cultural do público-alvo do Hospital é imensa e há uma necessidade de adaptação constante da equipa de enfermagem às crenças e convicções concretas de cada utente pediátrico.

4.4. Serviço de Urgência Pediátrica

O quarto contexto de estágio frequentado foi o SUP do mesmo Hospital onde realizei o estágio no SIP. Este estágio teve a duração de 4 semanas e decorreu de 3 a 30 de janeiro de 2022. Optei por realizar o estágio em contexto de urgência num Hospital que conta com uma Unidade de retaguarda de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos e, portanto, é diferente em termos de organização e gestão dos cuidados do meu próprio contexto de trabalho, que não conta com uma Unidade diferenciada de Cuidados Intensivos. Outra das diferenças é o maior

número de clientes pediátricos que recorrem a este SUP e a maior complexidade das suas situações de saúde-doença. Dado o exposto, tentei com a consecução deste estágio vivenciar novas e diferentes experiências, embora seja um contexto semelhante àquele em que exerço funções.

Pelo desenvolvimento de uma observação participante e prática reflexiva, e pela prestação de cuidados em parceria com o EEESIP, neste contexto de estágio, foi possível fazer uma reavaliação das minhas práticas atuais e cogitar eventuais mudanças nas mesmas e no meu próprio contexto de trabalho. Essas alterações visam uma melhoria da qualidade dos cuidados a prestar à criança, adolescente e família para que respondam à sua situação de saúde-doença e às necessidades de conforto nos quatro contextos da prática segundo a Teoria do Conforto de Kolcaba, de conhecimento, à comunicação, aceitação, autoestima, liberdade, entre outras (Serrano et al., 2011).

O SUP é um serviço díspar de qualquer outro contexto que conta com especificidades muito próprias na sua organização e dinâmica de trabalho da equipa multidisciplinar e, por isso, também as respostas emocionais, tanto das crianças, adolescentes e suas famílias, inseridas neste contexto, são distintas. Essas respostas emocionais acompanham as vivências dos clientes pediátricos e família face aos processos de doença e/ou hospitalização, necessitando de ser apreciadas pelos enfermeiros durante todos os contactos na sua prática de cuidados (Diogo, 2017).

O público-alvo do SUP são crianças, desde o dia do nascimento até à adolescência, nomeadamente dezoito anos menos um dia, incluindo as suas famílias, assumindo como propósito o seu atendimento urgente e emergente (Despacho nº9871/2010). Para cuidar da população pediátrica, com um leque tão vasto de idades, é exigido aos enfermeiros um domínio de estratégias de comunicação adaptadas aos diferentes estádios de desenvolvimento e crescimento e adaptadas também aos distintos estratos culturais e socioeconómicos. De maneira a reconhecer facilmente sinais de alarme na criança ou adolescente em situação de doença aguda e sinais de compromisso das suas funções vitais, o enfermeiro deve ainda deter um conhecimento amplo sobre desenvolvimento infantil, patologias mais comuns em cada faixa etária e ainda conhecer estratégias de atuação preconizadas face a crianças e adolescentes com doença crónicas, doença raras ou alterações no desenvolvimento psicomotor.

O primeiro contacto do enfermeiro com as crianças, adolescentes e famílias no SUP ocorre na sala de triagem, onde tive a oportunidade de desenvolver observação participante juntamente com a EEESIP. Na triagem é preconizada uma colheita célere de dados sobre a história de doença atual da criança ou adolescente aliada a uma observação global da mesma. Estes pontos são essenciais para uma posterior tomada de decisão informada, de maneira a

cumprir um correto encaminhamento do cliente pediátrico e família e garantir o seu conforto e bem-estar enquanto permanecem neste serviço. De acordo com Diogo et al. (2016), é na triagem que é realizada a primeira interação entre os enfermeiros e a criança, adolescente e sua família, sendo possível iniciar logo nesta sala um contacto acolhedor, transmissor de confiança e segurança, fazendo-os sentir que são bem-vindos através da demonstração de disponibilidade para responder às suas necessidades e preocupações.

Neste contexto de urgência tive a oportunidade de desenvolver observação participante em situações de risco de algumas crianças, colaborando com a EEESIP na sinalização das mesmas para o Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR), onde realço suspeitas de maus-tratos físicos e sexuais. O mau-trato é definido como “qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima” (DGS, 2011, p.7). No hospital onde cumpri o estágio de urgência pediátrica existe um NHACJR, responsável pela intervenção junto destas crianças e pela articulação dos cuidados com outros serviços e outras instituições. Sempre que uma criança ou adolescente é acolhido no SUP com suspeita de mau-trato é preenchido o protocolo da criança vitimizada que existe no sistema de informação em saúde preconizado: *Soarian Clinicals®*, seguindo posteriormente diferentes algoritmos de atuação.

De acordo com a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV, 2011), pela improbabilidade de ocorrer uma revelação espontânea pela vítima de maus-tratos, acentua-se o papel crucial dos profissionais que interagem com a criança, sobretudo os EEESIP. Estes profissionais devem ser capazes de gerar uma resposta suficiente e adequada na proteção das crianças e adolescentes, suportando a atuação numa participação articulada e integrada (DGS, 2007). Para que isso aconteça os EEESIP devem deter conhecimento detalhado relativamente ao reconhecimento de sinais sugestivos de maus-tratos, um domínio de políticas de saúde no âmbito da proteção à infância e juventude, assim como devem ser responsáveis pelo desenvolvimento de práticas que promovam e protejam o interesse superior desta população, a sua segurança, bem-estar e desenvolvimento pleno (APAV, 2011).

Outro tipo de situações específicas de saúde em contexto de urgência pediátrica em que consegui desenvolver uma observação participante e colaboração direta na prática de cuidados foi em situações de crianças gravemente doentes com necessidade de reanimação, dos quais destaco um caso concreto de uma criança de 13 meses com crise convulsiva em pico febril. De acordo com o *European Resuscitation Council* (ERC, 2015), as crianças apresentam diferenças fisiológicas e anatómicas dos adultos e são acometidas por um espectro de doenças também ele diferente. É fulcral que os profissionais de saúde sejam treinados para o reconhecimento

precoce de crianças gravemente doentes e tenham conhecimentos e competências necessárias para administrar os cuidados de saúde indispensáveis em emergências (ERC, 2015). A admissão hospitalar de uma criança gravemente doente, com instabilidade hemodinâmica e com necessidade de reanimação é descrita como um dos eventos de vida mais stressantes e angustiantes para os pais ou cuidadores (McGahey-Oakland et al., 2007; Escudeiro, 2015; Manguy et al., 2021; Ghavi et al., 2022).

Embora a presença da família em situação de reanimação dos seus filhos continue a ser uma questão debatida na literatura de âmbito internacional, existe atualmente um maior consenso de que as famílias devem dispor da opção de poder estar presentes nestes cenários (Manguy et al., 2021). De acordo com Escudeiro (2015), se os serviços assumirem em pleno a filosofia dos CCF, a criança gravemente doente não poderá ser a única a receber cuidados, sendo fulcral que em situações de reanimação os enfermeiros incluam os pais nos seus cuidados e no próprio cuidado à criança. No SUP onde cumpri estágio não existem protocolos definidos, nem atitudes claras quanto à presença dos pais na sala de reanimação, no entanto, permitir e apoiar a sua presença auxilia na diminuição das suas emoções negativas, como o stress e a ansiedade, sendo necessário que os enfermeiros se sintam capazes e seguros para lhes dar o suporte emocional que necessitam (McGahey-Oakland et al., 2007; Escudeiro, 2015; Manguy et al., 2021). Para além de que os pais são os elementos melhor posicionados para fornecer informação importante à equipa de saúde sobre a história pregressa da criança e sobre a situação de saúde-doença atual (Escudeiro, 2015). Foi importante estar presente num cenário de reanimação, pois permitiu-me conhecer o ambiente e a dinâmica existente entre a equipa multidisciplinar, que embora acometida por um forte impacto emocional negativo tem inevitavelmente de conseguir gerir esses sentimentos, comunicar eficazmente, distribuir tarefas e prestar os melhores cuidados ao cliente pediátrico (Escudeiro, 2015, ERC, 2015).

Para alcançar o segundo objetivo geral e objetivos específicos relacionados foi importante atender ao contexto ambiental, que se centra nos elementos circundantes à criança, adolescente e família (Kolcaba, 2003). Kolcaba e Dimarco (2005), dão como exemplos de intervenções de conforto, dentro do contexto ambiental, a redução de luz, ruído, minimizar a interrupção do sono, entre outros. No SUP, o ambiente físico cada vez menos parece um “mundo de brincadeira”, que era essencial nas pareências que mantinha com o ambiente do próprio domicílio das crianças, mas também com o ambiente familiar da creche ou escola, só por si mais tranquilizador. A obra levada a cabo no SUP dado o contexto de pandemia fez com que muitas das pinturas que existiam nas paredes da urgência hospitalar, onde eram retratados profissionais de saúde peculiares e alegres, animais carinhosos, mensagens calorosas, entre outras, desapareceram, transformando algumas das anteriores paredes coloridas em simples

paredes brancas. As pinturas que existiam e aquelas que felizmente ainda hoje se mantêm nas paredes apresentam tons enérgicos, vibrantes e alegres, com conteúdo maioritariamente humoroso que permite desde logo à criança e família sentir-se num ambiente seguro e afetuoso, na tentativa de almejar a redução de alguma percentagem de ansiedade e stress dado o contexto de urgência onde se encontram.

Em tempos de pandemia por SARS-Cov2, o uso de todo o Equipamento de Proteção Individual (EPI) completo tornou mais difícil a comunicação não-verbal, pois deixa de ser possível aos clientes vislumbrar expressões faciais relevantes no profissional, anteriormente fáceis e úteis de utilizar pelos mesmos para estabelecer conexão e afinidade, como um simples sorriso. Foi importante para mim treinar a expressão do olhar, a escuta ativa e estratégias de comunicação verbais adequadas a cada faixa etária, face a todas estas condicionantes. Uma das estratégias por mim utilizada foi o recurso à “linguagem dos inhos” durante as interações com os clientes pediátricos e sua família, permitindo que estes se sentissem em boas mãos e que eram cuidados com carinho e consideração (Diogo, 2015). O humor foi sempre um aliado precioso enquanto estratégia de comunicação ao servir de “quebra-gelo” na iniciação da relação terapêutica, estimulando um ambiente humanizado e afetuoso em qualquer um dos locais de prestação de cuidados no SUP, desde a triagem à sala de tratamentos (José, 2010). O humor sendo considerado uma estratégia de comunicação faz parte do processo para a promoção do conforto do cliente pediátrico e família, sendo identificada por Kolcaba como uma necessidade de conforto sociocultural. Ao utilizar o humor neste contexto, percebi que é possível desconstruir o ambiente negativo, conectado à doença, ao desconforto, dor e isolamento. O humor gera no cliente pediátrico e sua família sentimentos positivos como a alegria, autoconfiança, esperança e resiliência (José, 2012; Potts & Mandleco, 2012; Sim, 2015; Pereira, 2020).

O NCAD existente no Hospital, como mencionado anteriormente visa a uniformização de boas práticas para o gestão e controlo da dor e elabora novos projetos dentro da temática. Perante o cenário de pandemia e necessidade de utilização continuada de EPI's, o NCD, criou material para humanizar o trabalho dos profissionais, tornando os EPI's mais humorosos, coloridos e animados. Basicamente foram criadas adaptações para as viseiras, no mesmo material plastificado, como chapéus de cowboys, coroas de princesas, bonecos temáticos, entre outros, para colocar por cima das mesmas. Foram também impressos, em material plastificado, bigodes e lábios de várias formas e feitios para colocar sobre as máscaras faciais em utilização.

Ao utilizar estes materiais humorosos, mesmo com proteção, os profissionais mostram que é possível manter a brincadeira e promover o conforto físico e psicoespiritual da criança, adolescentes e família. Quando utilizei esses mesmos materiais, denotei que ao entrarem no espaço onde me encontrava, as crianças, adolescentes e famílias esboçavam sempre uma

primeira reação de espanto e posteriormente não conseguiam não soltar um riso ou um sorriso por o enfermeiro ter a coroa da personagem Elsa do filme de animação *Frozen – O Reino do Gelo* ou um bigode tão farfalhado que mal cabia na cara.

Importa referir que no momento do acolhimento em qualquer um dos locais constituintes do SUP, apresentei-me sempre referindo o meu nome, quais as minhas funções e incentivei as crianças e adolescentes a que se apresentassem também. Normalmente, para uma apresentação com uma configuração mais humorosa utilizei diversas estratégias, dependendo obviamente do estágio de desenvolvimento da criança, da situação saúde-doença e da própria abertura e disponibilidade da mesma e família para a sua adoção. Utilizei desde linguagem metafórica, descrição de situações humorosas exageradas que ocorreram naquele local de cuidados, narração de histórias com os personagens de animação preferidos da criança e utilização de rimas musicadas como: *Eu sou o Pedro, um enfermeiro especial, vou cuidar do X nesta aventura no hospital*. Ferreira e Valério (2003), focam a importância de os profissionais de enfermagem manterem sempre um sorriso nos lábios, em todos os contactos com os clientes, iniciados claro está, no acolhimento, bem como tratar a criança e adolescente pelo nome, criando deste modo um clima de confiança e proximidade ao longo da situação de doença e/ou hospitalização.

O acolhimento revelou-se também o momento ideal para se conhecer, além do quadro de sintomas e da evolução da situação de doença, os hábitos e comportamentos da criança, especificando alguns aspetos fundamentais do seu dia-a-dia, para que se pudessem assemelhar aos cuidados prestados em casa, tornando-os o mais terapêuticos possível (Tavares, 2011). Para posteriormente haver aplicação de intervenções humorosas de forma planeada e sua execução de forma cuidadosa, importa na fase de acolhimento conhecer e compreender quais os gostos e hábitos da criança e adolescente a nível de humor. Questionar, por exemplo, se gosta ou não de palhaços, quais as séries/filmes ou personalidades cómicas preferidas, que situações despoletam o riso na mesma, de forma a prevenir eventuais situações desagradáveis. Torna-se também fundamental incorporar a família nesta colheita de dados, para que nos concedam informações sobre qual a melhor abordagem para aplicação do humor pois constituem um suporte importante nos cuidados ao seu filho.

Durante a realização deste estágio colaborei com a equipa de enfermagem não só na prestação de cuidados diretos à criança, adolescente e família em situação de doença aguda, mas também na elaboração de documentação relativa à temática do meu projeto de estágio. Realizei uma adenda ao “Kit sem Dor” em vigor nos serviços afetos aos Departamento da Criança e do Jovem do Hospital, de forma a designá-lo de “Kit sem Dor Humoroso” através da concretização de instrumentos terapêuticos humorosos adequados a cada estágio de

desenvolvimento (Apêndice VIII), e a realização de uma sessão de formação em contexto de trabalho à equipa de enfermagem sobre a temática intitulada: “O Humor enquanto intervenção terapêutica: Kit sem Dor Humorado”, cujo plano da sessão se apresenta em apêndice (Apêndice IX).

Segundo a DGS (2008), o principal motivo para a procura de cuidados de saúde é a dor aguda, sendo necessário, que se proceda primeiramente a uma correta avaliação da mesma com recurso a instrumentos adequados à idade da criança e ao seu estágio de desenvolvimento e posteriormente ao seu adequado controlo. O “Kit sem Dor Humorado” adotou o formato do “Kit sem Dor” pré-existente nos serviços afetos aos Departamento da Criança e do Jovem do Hospital, que consiste num pequeno armário móvel, dividido em 5 gavetas, correspondentes aos diversos estádios de desenvolvimento da criança. Esta divisão é similar à sugerida pela OE (2013), e cada gaveta contém instrumentos humorosos e terapêuticos, adequados às idade-chave, de modo que os enfermeiros possam escolher de forma célere qual o item a usar. O Kit apenas deve ser utilizado após formulação de um diagnóstico de enfermagem correto, para que detenha sempre determinada intencionalidade terapêutica (Pereira, 2020). Pode ser utilizado previamente a um procedimento potencialmente traumático e doloroso para promover o conforto e alívio da dor, minimização da ansiedade e stress (José, 2012; Sim, 2015; Kim et al., 2018; Pereira, 2020). Mas pode também ser utilizado para distrair, entreter e recriar as crianças, adolescentes e família durante a sua situação de doença e/ou hospitalização na tentativa de combater sentimentos de ansiedade, medo e solidão, promover a socialização com outras crianças e estimular momentos positivos e alegres (McCreaddie & Payne, 2014; Pereira, 2020).

Posteriormente à elaboração da adenda e partilha da mesma com a Enfermeira Chefe do SUP e EEESIP, que é também um dos elementos integrantes do NCD do Hospital, tive a oportunidade de fazer uma sessão de formação em contexto de trabalho à equipa de enfermagem em formato PowerPoint, de forma presencial e transmitida também através de plataformas virtuais, intitulada: O Humor enquanto intervenção terapêutica: Kit sem dor humorado. O principal objetivo foi o de justificar a adaptação do Kit sem dor em vigor em todos os serviços do Departamento da Criança e do Jovem do Hospital num Kit sem Dor Humorado.

Considero que todas as atividades acima referidas e a reflexão sobre as situações práticas vivenciadas, proporcionaram momentos de aprendizagem conjunta com a EEESIP e restante equipa de Enfermagem e permitiu sensibilizar os mesmos para estratégias de *coping* válidas e eficazes a utilizar em situação de doença da criança, adolescente e família.

4.5. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A UCIN foi o quinto e último contexto de estágio deste meu percurso formativo. O estágio teve a duração de 4 semanas e decorreu de 31 de janeiro a 27 de fevereiro de 2022.

Para alcance do primeiro objetivo supracitado, durante este contexto de estágio, tentei sempre implementar e gerir em parceria planos de cuidados promotores da parentalidade, com suporte da EEESIP. O reconhecimento da família como a principal cuidadora da criança fez com que o foco principal de atenção da minha atuação neste contexto fosse a sobreposição de transições complexas vivenciadas pela família: a transição saúde-doença, a transição situacional de hospitalização não conjeturável do seu filho prematuro em UCIN e a transição desenvolvimental, a transição para a parentalidade.

De acordo com Santos et al. (2007), nascer prematuro corresponde a um risco intrínseco de vida e representa uma saída inesperada do útero materno, um ambiente aconchegante e seguro, para um novo ambiente agressivo e incomodo, o meio extrauterino. Quando existe o nascimento antecipado do seu filho com necessidade de hospitalização em UCIN, os pais sofrem um desequilíbrio psicológico e físico que exige o recurso a novas estratégias de *coping* provenientes de meios externos e internos, de maneira a lentamente voltar à homeostasia (Centa et al., 2004; Pereira et al., 2012). Este internamento em UCIN constitui-se como uma situação de crise e vulnerabilidade familiar por se tratar de um acontecimento inesperado e repentino, causador de stress e angústia sobretudo pelo medo do desconhecido (Santos et al., 2007; Pereira et al., 2012; Martins et al., 2012). Fernandes e Silva (2015), acrescentam que a imagem do filho real é muito diferente da imaginada, o que agregado à imaturidade biológica e à vulnerabilidade do RN tem implicações nos processos de adaptação à parentalidade por parte dos pais e podem interferir no próprio processo interativo e na vinculação. Basicamente, para os pais, o filho idealizado não corresponde ao que está a batalhar pela vida naquela apavorante incubadora, uma criança tão pequena, apetrechada com tubos, fios e luzes que acabam por escondê-lo e tornar o cenário ainda mais assustador.

É neste contexto que eu enquanto futuro EEESIP tentei assumir um papel influente através de observação participante e colaboração direta na prática de cuidados, tentando proporcionar uma maior proximidade entre pais e filhos recém-nascidos pré-termo (RNPT), adotando vários procedimentos favorecedores da adaptação à parentalidade face à prematuridade. A tentativa foi de amenizar as repercussões negativas causadas pela hospitalização do RNPT em UCIN, por meio de uma assistência humanizada tanto à criança como à família. No contexto de UCIN percebi que a simples presença e demonstração de disponibilidade, a transmissão clara de informações sobre a situação de saúde-doença do filho e a execução de intervenções

terapêuticas de forma calma e confiante são essenciais para apoiar os pais a ultrapassar esta fase difícil em que se encontram e a desenvolverem confiança na equipa multidisciplinar.

Esta experiência de hospitalização acarreta grandes alterações no quotidiano dos pais, que deixam para trás a sua rotina diária anterior, e por isso necessitam de ser apoiados por toda a equipa multidisciplinar para se adaptarem a esta nova rotina que não era a idealizada e para que façam uma adequada gestão de expectativas. O método de trabalho na UCIN é individual, havendo a preocupação de atribuir sempre que possível os mesmos RNPT e famílias aos mesmos Enfermeiros. Estes Enfermeiros já conhecem toda a situação de saúde-doença da criança, sendo assim garantida a continuidade dos cuidados sem que nenhuma informação se perca, para além de que a própria relação terapêutica estabelecida com os pais já conhece outro grau de envolvimento. Face ao contacto constante com os mesmos pais, sobretudo pelos turnos consecutivos na sala de cuidados intermédios neonatais foi possível fazer prova de que o apoio por mim prestado era efetivo e eficaz. Os apoios recebidos pelos pais eram testemunhados nos seus discursos. Quando a relação terapêutica está bem estabelecida, os pais tendiam a identificar os elementos de referência no cuidado ao seu filho como família, apelidando-nos carinhosamente como tios e tias da criança. Esta é uma manifestação de confiança clara e proximidade aquando das interações.

Diariamente partilhava com os pais informações relevantes quanto ao estado geral do seu filho, fosse por telefone ou presencialmente quando retornavam novamente à UCIN. Compreendia e respeitava as decisões parentais de não quererem prestar cuidados diretos ao seu filho, fosse por cansaço, tristeza, inabilidade ou por um agravamento do estado clínico da criança. Noutras situações consegui promover e estimular a participação, de acordo com disponibilidade e a vontade dos pais, no planeamento e a organização dos cuidados.

Recordo uma situação na qual o RNPT, que se encontrava na sala de Cuidados Intermédios Neonatais, em treino de autonomia alimentar, tinha sofrido um agravamento do seu estado clínico com necessidade de ventilação não invasiva, sendo necessário retornar à sala de Cuidados Intensivos Neonatais. Os pais já tinham uma certa autonomia em alguns dos cuidados e realizavam método canguru com o seu filho, mas naquele momento passaram a sentir-se incapazes de o levar a cabo, uma vez que a situação clínica da criança justificou a utilização de dispositivos clínicos para suportar a respiração que estes não dominavam e que eram de má memória pois já os havia utilizado numa fase inicial da hospitalização. Foi necessária a explicitação do modo como podiam relacionar-se com a criança face à presença dos dispositivos clínicos e continuar a prestar cuidados ao seu filho, salvaguardando sempre a sua vontade quanto ao grau de participação pretendido, para que voltassem a sentir controlo da situação. Foi sugerido também o contacto com a equipa de psicologia do hospital face às

emoções complexas que os pais estavam a vivenciar que prontamente aceitaram. Perante a situação de hospitalização em UCIN do seu filho RNPT, com avanços e recuos na sua situação de saúde-doença, os pais tendem a manifestar, muitas das vezes, sintomas de ansiedade e depressão (Miles et al., 2007; Diaz et al., 2014). Passado uns dias e face à estabilidade hemodinâmica da criança, puderam ambos retornar à sala de Cuidados Intermédios Neonatais e foi possível perceber que a evolução clínica favorável do filho, foi compatível com o crescente grau de autonomia na prestação de cuidados e com o incremento de sentimentos e emoções positivas.

Relembro outra mãe, cuja filha ainda sem diagnóstico clínico definido, mas com uma hipotonia axial marcada e labilidade térmica, encontrava-se sempre pouco comunicativa com a equipa multidisciplinar e permanecia poucos minutos junto da criança na UCIN. Certo turno, eu e a EEESIP disponibilizámos tempo e espaço para partilha de necessidades, dúvidas e vontades por parte da mãe, que pensando não poder prestar qualquer tipo de cuidados diretos à criança passava pouco tempo junto da mesma e na própria unidade. Foi esclarecida a forma como poderia estabelecer contacto físico com a sua filha para estimulação tátil, foi também incentivada para que trouxesse um objeto como um boneco significativo que pudesse ter o seu cheiro para promover o estímulo olfativo na criança e foi incitada a colocar algumas gotas de leite materno na boca da filha para incentivar o estímulo gustativo. Este modo de atuação possibilitou não só a estimulação sensorial do RNPT, como também fomentou a relação e vinculação entre mãe e filho. A partir desse momento a mãe alterou a forma de estar, acredito que pelo incremento da confiança na equipa e pela gestão adequada das suas expectativas, demonstrando desde logo maior vontade de participar nos cuidados.

Tudo o que foi exposto anteriormente, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados ao RNPT e sua família, vai ao encontro das sete medidas neuroprotetoras definidas por Altimier e Phillips (2013) no Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal, com as quais procurei atuar em conformidade: o ambiente; parceria com as famílias; posicionamento e manipulação; minimização do stress e da dor; proteção da pele; proteção do sono, e otimização da nutrição. A apropriação deste modelo, implica adotar uma visão holística do RNPT, família e ambiente, e empregar estas medidas neuroprotetoras como estratégias para promover o desenvolvimento adequado da criança e prevenir eventuais alterações físicas, comportamentais e neurológicas (Altimier & Phillips, 2013). De acordo com Kenner e McGrath (2004), estas medidas neuroprotetoras promovem a estabilidade hemodinâmica e reduzem a prevalência de sintomas de stress, e assim potencializam as habilidades que os RNPT possuem de autorregulação e organização das suas respostas ao ambiente. Als et al. (2004), revelam como resultados positivos da adoção das referidas medidas, a diminuição do tempo de

alimentação parentérica e início precoce da alimentação oral, a diminuição do tempo de internamento, melhor aumento ponderal e das medidas antropométricas, melhorias ao nível da regulação do sono, da autorregulação e do stress familiar. Gratificante observar como toda a equipa de enfermagem da própria UCIN incorpora as medidas neuroprotetoras na sua prática de cuidados diários.

Durante o estágio no contexto de UCIN procurei desenvolver intervenções que orientassem os pais para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança no momento presente de hospitalização e que fomentassem o conforto da díade em todos os contextos da experiência segundo a Teoria do Conforto de Kolcaba. Face ao exposto, elaborei documentação significativa para o meu processo de aprendizagem, mas também relevante para o próprio serviço após discussão com a EEESIP e Enfermeira Chefe, nomeadamente um panfleto intitulado: “Como promover o conforto do recém-nascido prematuro – o papel especial dos pais” (Apêndice X). Este panfleto, que ficou sujeito a aprovação da chefia do serviço, ficará disponível na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais para os Enfermeiros entregarem aos pais de RNPT, aquando da sua admissão nesta Unidade.

Para a elaboração do panfleto parti do pressuposto que a UCIN é um local onde os RNPT contactam com grande número de procedimentos considerados dolorosos ou potencialmente dolorosos, agressivos e stressantes passíveis de lhes provocarem desorganização fisiológica e comportamental (Castro, 2003; Carbajal et al., 2008; Batalha, 2010b; Franck, 2013). Batalha (2010b), menciona que o controlo e gestão da dor do RNPT hospitalizado em UCIN deve ser encarado como uma prioridade comum a todos os enfermeiros, do ponto de vista humanitário e ético. Para além deste ponto de vista, constitui um indicador de qualidade nos cuidados de saúde e um passo elementar para evitar o sofrimento dos RNPT hospitalizados em UCIN, educar os seus pais para a prevenção e a gestão da dor associada a procedimentos invasivos (Anand et al., 2001; AAP, 2006) esse conhecimento o mais cedo possível no percurso de hospitalização do seu filho na UCIN. Assim sendo no panfleto por mim elaborado para além de serem apresentados sinais de dor ou desconforto da criança RN, são sugeridas diversas estratégias não farmacológicas que os pais podem aprender e treinar até sentirem confiança para as porem em prática de forma autónoma, mediante avaliação da condição clínica do seu filho RNPT. Destaco o posicionamento terapêutico, o envolver, a contenção, o método canguru e a amamentação. De acordo com Anand et al. (2001), a prevenção, o controlo e a gestão da dor no RN, assim como a seleção da estratégia não farmacológica mais eficaz devem constituir uma prioridade no planeamento dos cuidados de enfermagem.

O contexto de pandemia por COVID-19 comprometeu ainda mais o conforto dos RNPT hospitalizados em UCIN e das suas famílias. Perante o contexto pandémico assisti a maior

privação no contacto entre criança e pais, o que significou menos tempo para a realização de determinados procedimentos terapêuticos como a amamentação e método-canguru, ou seja, menos tempo para investir na vinculação e parentalidade. O conforto dos pais fica também comprometido pela diminuição do tempo de visita, por estarem sozinhos durante a mesma e pela comunicação comprometida com a própria equipa multidisciplinar pela utilização de EPI (Almeida et al., 2020). De acordo com Almeida et al. (2020), a responsabilidade profissional do EEESIP exige a adoção de novas estratégias alternativas no cuidar que promovam a vinculação entre criança e família, o conforto da díade e estimulem a resiliência e mecanismos de *coping* nos sistemas familiares afetados.

Uma das intervenções que tive oportunidade de promover junto dos RNPT e pais foi o método-canguru, considerada não só promotora do vínculo afetivo, mas também reconhecida como estratégia eficaz para a promoção do conforto e alívio da dor do RN durante a realização de procedimentos dolorosos (Linhares & Doca, 2010; OE, 2013). O recurso regular e continuado ao método canguru, proporciona ao RNPT inúmeros benefícios como a redução significativa da duração do choro, alcance da estabilidade hemodinâmica, estimulação do aleitamento materno, ganho ponderal mais acelerado e efeito relaxante com organização dos estados comportamentais. (Venâncio & Almeida, 2004; Freitas & Camargo, 2006; Feliciano, 2007; OE, 2013). Importa referir que, para a aplicação deste método, é necessário efetuar primeiramente uma avaliação completa da condição da saúde e estabilidade hemodinâmica do RNPT, sendo necessário elucidar os pais quanto ao procedimento, técnica correta e benefícios do mesmo. Barradas (2008), diz-nos que os profissionais de saúde deverão orientar os pais quanto aos cuidados ao RNPT, valorizando as suas atitudes e avaliando as suas habilidades de modo a proporcionar igualmente um ambiente que promova o desenvolvimento do recém-nascido. A participação dos pais nos cuidados implica, sempre o estabelecimento de uma relação de empatia em que não se estabelecem fronteiras determinadas, divisão de funções, mas que se desenvolvem conjuntamente ações que se complementam com vista ao bem-estar do bebé (Barradas, 2008).

Trabalhar num ambiente stressante, como numa UCIN, onde os RNPT apresentam variações súbitas e consideráveis do seu quadro clínico, tanto para a recuperação da sua saúde como para o agravamento do processo saúde-doença, faz com que com a carga emocional seja demasiado elevada para todos os intervenientes na relação terapêutica. Neste contexto de estágio embora tenha idealizado utilizar intervenções humorosas com os pais e familiares dos RNPT internados, não foi oportuno nem adequado utilizar esta estratégia de comunicação de forma intencional e planeada. Denotei que neste contexto, o humor surgia de forma inaparente no decurso das interações com os pais.

5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O percurso formativo realizado ao longo dos estágios foi assumindo de forma gradual uma maior complexidade de maneira a assegurar a aquisição ou desenvolvimento de competências comuns de EE e competências específicas de EEESIP. O percurso das atividades desenvolvidas e das aprendizagens significativas, descrito no capítulo anterior, foi regulado não só pelos objetivos estabelecidos previamente no projeto de estágio, atendendo ao autodiagnóstico de competências, mas também pelas competências clínicas especializadas definidas pela OE. Ao contactar com experiências complexas e desafiantes em cada percurso de estágio, com necessidade de mobilização e desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e reflexivas, foi possível viabilizar a integração do cuidado de enfermagem especializado dirigido à criança, adolescente e família ao longo do seu desenvolvimento.

A competência é uma habilidade que os profissionais detêm e desenvolvem continuamente para conseguirem atuar com segurança e eficácia, acompanhando os avanços tecnológicos e as mudanças sucessivas do mundo contemporâneo, reconhecendo que o conhecimento não se pode esgotar com a formação base, nem somente com a experiência profissional diária (Salum & Prado, 2014). Amaral e Figueiredo (2021), definem competência como um saber agir responsável, eficaz e reconhecido de uma pessoa perante uma situação, num determinado contexto profissional, sujeito a um sistema de avaliação. De acordo com Costa e Gonçalves (2021), a competência em enfermagem envolve o saber científico, o saber ético, saber ser, saber estar e o saber fazer.

Benner (2001), estabelece diferentes níveis de desenvolvimento do enfermeiro, evoluindo de iniciado a avançado, competente, proficiente e por último a perito, de acordo com as suas características, experiência e domínio de competências. Ainda segundo Benner (2001), os enfermeiros peritos são aqueles que através de compreensão intuitiva conseguem dar resposta a situações clínicas imprevistas e a problemas potenciais. Nem todos os Enfermeiros se tornam peritos mesmo que ocorra progressão no nível de competência pois é necessário agregar o domínio clínico, o conhecimento experiencial e a capacidade de raciocínio crítico (Benner, 2001). Ainda de acordo com Benner (2001), os enfermeiros apenas se desenvolvem pessoal e profissionalmente quando é criado espaço para reflexão, feita pesquisa adequada e integração prática desses conhecimentos para que ajam futuramente de forma intuitiva. A transformação pessoal decorre do caminho que é percorrido ao longo desta reflexão (Benner, 2001).

No regulamento de competências comuns do EE encontra-se definido que para a obtenção do título de EE é fundamental o desenvolvimento e aquisição de competências comuns consideradas como todas aquelas que são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas,

independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados” (Regulamento nº140/2019, p.4745), e de competências específicas que são aquelas que resultam “das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento nº140/2019, p.4745).

No que se refere às competências comuns de EE, o principal enfoque esteve nas competências do **domínio da melhoria contínua da qualidade**, nomeadamente a competência “B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento nº140/2019, p.4745). A realização de diversas sessões de formação em contexto de trabalho, pertinentes, complexas e interligadas à temática e objetivos definidos, implicou avaliação das necessidades da equipa de Enfermagem e do próprio contexto e o estabelecimento de estratégias de intervenção de acordo com as especificidades encontradas.

A educação permanente deve constituir parte do pensar e do agir dos profissionais, com a finalidade de propiciar o crescimento pessoal e profissional destes, bem como contribuir para a organização do processo de trabalho (Salum & Prado, 2014). Como exposto anteriormente, na CD fui desafiado pela EEESIP a participar na atividade do *Journal Club*. Considerando a importância destes momentos para o desenvolvimento profissional de todos os intervenientes, procurei apresentar a temática do humor terapêutico e a sua aplicabilidade prática aos diversos campos multidisciplinares da CD. O facto de ter gerado interesse nos vários participantes, principalmente nos colegas enfermeiros que trabalham no contexto, revelou também o interesse e pertinência da temática para a profissão. No final da apresentação foi possível uma partilha de conhecimentos, exemplos e ideias, que originaram discussões sobre a temática do humor terapêutico e que contribuiu para o seu desenvolvimento nos restantes locais de estágio. No SIP e no SUP do Hospital onde realizei os estágios pude colaborar com elementos integrantes do NCD o que me possibilitou a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos diferenciados no que toca à gestão diferenciada da dor na criança, adolescente e família. No SUP, tive a oportunidade de conceber uma adenda ao “Kit sem Dor” pré-existente no serviço, de forma a designá-lo de “Kit sem Dor Humoroso” através da incorporação de instrumentos humorosos capazes de promover o conforto e alívio da dor da criança, adolescente e família, durante procedimentos potencialmente traumáticos ou dolorosos de curta duração ou para o desenvolvimento da relação enfermeiro-doente durante a situação de hospitalização. Após elaboração da adenda e apresentação à chefia do serviço tive a oportunidade de fazer uma

sessão de formação à equipa de enfermagem do SUP, intitulada: O Humor enquanto intervenção terapêutica: Kit sem Dor Humoroso.

Já no que diz respeito às competências específicas do EEESIP considero que ao longo deste percurso formativo foi possível o desenvolvimento e a aquisição destas competências, nomeadamente a **“E1- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da saúde”** (Regulamento nº 422/2018, p 19192), uma vez que na prestação dos cuidados à criança, adolescente e família em todos os contextos de estágio esteve bem patente a filosofia dos CCF em que o enfermeiro é responsável pela prestação de apoio não só a criança e adolescente mas também à família por via da negociação e participação dotando-os de habilidades e conhecimentos pela educação. Face ao exposto na UCSP foi possível conceber um póster intitulado: “Como confortar o seu bebé (0-12 meses) durante a vacinação?”, com enfoque na amamentação como estratégia não farmacológica para alívio da dor e desconforto da criança durante a vacinação que ficou desde logo disponível na sala de vacinação da Unidade para consulta dos pais. Já na UCIN foi elaborado um panfleto intitulado: “Como promover o conforto do recém-nascido prematuro – o papel especial dos pais.” Este panfleto, ficará disponível na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais para os Enfermeiros entregarem aos pais de RNPT. Esta atividade contribuiu para o desenvolvimento da unidade de competência “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” (Regulamento nº 422/2018, p 19193).

A prestação de cuidados à criança, adolescente e suas famílias especialmente nos contextos de CD, SUP e UCIN permitiram o desenvolvimento da competência **“E2-Cuida da criança/jovem e famílias nas situações de especial complexidade”** (Regulamento nº 422/2018, p 19192). Na CD foi possível cuidar de crianças, adolescentes e suas famílias em contexto de consulta de Enfermagem de Neonatologia Follow/UP ou na sala de tratamentos, fossem eles recém-nascidos de alto risco ou crianças com disfunções cerebrais major ou minor comprovadas. No SUP pude cuidar de diversas crianças e adolescentes em situação de doença aguda, em situação crítica com necessidade de reanimação e situação de maus-tratos infantis. Na UCIN foi possível mobilizar e adquirir novos conhecimentos na prestação de cuidados ao RNPT gravemente doente e em situação de especial instabilidade hemodinâmica. O contacto com estas situações de especial complexidade contribuiu para o desenvolvimento da unidade de competência “E2.1- Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (Regulamento nº 422/2018, p 19193).

As atividades desenvolvidas no âmbito da gestão diferenciada da dor aguda com recurso a intervenções farmacológicas, mas sobretudo não farmacológicas nos diversos contextos de

prática, e a sua análise e reflexão possibilitaram o desenvolvimento da unidade de competência “E2.2- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” com o cumprimento dos critérios de avaliação “E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” e “E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” e “E2.4.3. Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar” (Regulamento nº 422/2018, p 19193). Prova disso foi o estudo de caso elaborado no SIP sobre um adolescente com diagnóstico de CVO, com dor severa no momento do internamento, ao qual foi possível aplicar intervenções não farmacológicas para controlo e alívio da sua dor. Foi possível fazer uso e treino de intervenções, entre as quais intervenções humorosas, eficazes na redução da sua ansiedade e stress, sentimentos negativos que também condicionavam a sua experiência de dor.

O próprio póster realizado na UCSP e o panfleto elaborado na UCIN que tinham como público-alvo os pais, tinham o objetivo de elucidá-los para estratégias não farmacológicas eficazes para alívio da dor e promoção do conforto dos seus filhos durante procedimentos invasivos. A adenda do “Kit sem Dor Humoroso” criado no âmbito do estágio em SUP com material lúdico humoroso e terapêutico tenta facilitar o recurso a este tipo de intervenções. Por outro lado, a situação vivenciada no SIP relativa à criança com DM1 descompensada, em que recorri ao brinquedo terapêutico para adaptação da criança e família à doença crónica, ao regime terapêutico e às intervenções dolorosas faz prova da unidade de competência “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento nº 422/2018, p 19193).

No que se refere à competência **“E3-Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”** (Regulamento nº 422/2018, p 19193) foi desenvolvido um conjunto diversificado de oportunidades de atuação e reflexão nos diversos contextos, no que se refere às áreas funcionais que interferem no desenvolvimento da criança. Portanto para consecução da unidade de competência “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento nº 422/2018, p 19194) foi fundamental a realização de uma revisão do PNSIJ bem como do atual PNV culminando na elaboração da revisão do guia orientador das consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil dos 0 aos 2 anos integrado na UCSP. Esta atividade surgiu por conjugação de interesses, uma vez que foi identificada essa necessidade para o próprio contexto por parte da EEESIP e porque foram as idades que assumi como carenciadas de maior investimento pessoal. Para alcançar a dita unidade de competência foi fulcral desenvolver observação e participar nas consultas de Neonatologia/Follow-UP na CD e nas CEVSIJ na UCSP, onde foi

possível avaliar o crescimento das crianças, através da avaliação das medidas antropométricas como o peso, comprimento e perímetro cefálico e vigiar e avaliar o desenvolvimento psicomotor destas crianças, através da aplicação de instrumentos adequados, nomeadamente a escala Mary Sheridan, em vigor em ambos os contextos.

Assumindo a comunicação como uma ferramenta imprescindível para os enfermeiros participarem, transmitirem, falarem, partilharem mensagens e compreenderem o modo como o cliente pediátrico e família percebe e vivencia a situação de doença e/ou hospitalização, foi importante compreender as diferentes particularidades que esta adquire em cada contexto (Phaneuf, 2005; Sequeira, 2016). Posso afirmar que foi possível o desenvolvimento de competências ao nível comunicacional de forma gradual e alcançar a unidade de competência “E3.3- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento à cultura” (Regulamento nº 422/2018, p 19194).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

O presente relatório de estágio é o espelho de um percurso formativo aliciente que permitiu o meu desenvolvimento pessoal e profissional. A reflexão constante e sistematizada sobre a prática, permitiu a apropriação e consolidação de conhecimentos e competências técnicas, científicas, éticas e relacionais expectáveis face às competências comuns de EE e às competências específicas de EEESIP que me propus desenvolver. O desenvolvimento destas competências impele-me agora a lutar pela excelência dos cuidados a prestar à criança, adolescente e família que se pretendem holísticos, éticos e culturalmente sensíveis, fundamentados em modelos teóricos orientadores dos cuidados de enfermagem pediátrica, como a Teoria do Conforto e as filosofias dos CCF e CNT.

Sabendo que a *Clown Therapy* identifica o trabalho terapêutico realizado por artistas profissionais, previamente treinados nas capacidades interpessoais e de comunicação, juntamente com técnicas de improviso para alcançar os objetivos pretendidos, os enfermeiros, podem e devem procurar formação dentro deste modelo, tentando adotar algumas das técnicas utilizadas pelos Doutores Palhaços, seja através da utilização do humor, da música, da dança ou como modo de distração pela brincadeira, pois segundo (José, 2010), a adoção deste tipo de estratégias fica na memória dos clientes, torna o ambiente afetuoso, melhora a sua experiência de hospitalização e estreita a relação terapêutica entre cliente e profissional.

Um dos primeiros projetos que gostaria de realizar é o *workshop* designado *Hospital Improv* ministrado por profissionais da ONV que de acordo com a ONV (2022), apresenta ferramentas de improvisação e adapta-as à realidade das equipas hospitalares. Neste *workshop* onde é feito treino de comunicação, escuta, espontaneidade e interajuda para o alcance dos objetivos de grupo, gostaria de ter presente a restante equipa multidisciplinar do serviço onde presto cuidados.

Após o término do Curso Pós-licenciatura e Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pretendo encetar contactos com colegas que são referências na abordagem do humor terapêutico, de forma a produzir evidência científica dentro da temática pois segundo Pereira et al. (2021), é essencial continuar a investigar sobre a utilização do humor no âmbito do cuidar em enfermagem, direcionando-o a situações de saúde específicas assim como a diversas faixas etárias.

Tenho interesse em promover a divulgação da temática do humor terapêutico e comprovar a sua validade nos cuidados de enfermagem pediátrica e, portanto, pretendo participar em congressos de relevo com comunicações científicas, nomeadamente através da comunicação oral ou póster.

Outro dos objetivos que procuro alcançar num curto prazo é integrar o NCD do Hospital onde presto atualmente cuidados e conseguir desenvolver Projetos de Melhoria Continua da Qualidade no mesmo. O NCD é responsável pela uniformização e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança, adolescente e suas famílias no âmbito do controlo e gestão da dor. O NCD é também responsável pela revisão e elaboração de normas e protocolos no âmbito do controlo e gestão da dor e gostaria de apresentar e ver aprovada a norma de procedimento: “Kit sem Dor Humoroso”, com base teórico-prática na adenda anteriormente elaborada. Ao integrar o NCD será possível fazer sensibilização dos enfermeiros dos vários serviços integrantes do Departamento da Criança e do Jovem do Hospital de forma mais efetiva e eficaz para uma gestão diferenciada da dor por via da mobilização das estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto da criança, adolescente e família em situação de doença e/ou hospitalização.

Objetivando dar continuidade ao projeto iniciado durante este percurso formativo, pretendo ainda continuar a investir na formação contínua, participar em ações de formação e num futuro mais distante ingressar no Curso de Doutoramento em Enfermagem.

Já no ano de 2002, José afirmava que os profissionais de enfermagem parecem ter esgotado o domínio da técnica e que era premente dar sentido aos cuidados que prestam à criança, adolescente e família. Ainda de acordo com José (2002), talvez haja o propósito de colmatar necessidades relacionais face a uma relação de cuidados anteriormente asséptica, despersonalizada, em que o enfermeiro não se envolvia com o cliente a quem prestava esses cuidados. Aumentaram também as manifestações de preocupação dos próprios clientes, que desejam atualmente ser cuidados de forma afetuosa e calorosa, na ótica de uma relação terapêutica assente em pilares de confiança, autenticidade, respeito, empatia e segurança. No fundo, as crianças, adolescentes e famílias necessitam de suporte, apoio e cuidados diferenciados, que podem ser providenciados pelos enfermeiros, se estes tomarem consciência do seu papel e dos seus sentimentos envolvidos, de parte a parte, nesta relação (Diogo, 2015).

É da postura solene face ao mundo que o humor permite que nos libertemos momentaneamente (Eagleton, 2019). Para reagir aos desafios da vida, às vezes não sabemos se devemos rir ou chorar, ou não reagir de todo. Por vezes, os problemas deixam-nos com vontade de tudo, menos de rir, e, no entanto, em segundos, basta uma simples ação ou uma palavra aguçada para nos fazer perder a compostura, em acessos de riso continuados que mal nos deixam respirar (Old, 2012). Um dos fascínios do humor e do riso é a sua característica perigosamente democrática de que qualquer pessoa consegue experienciá-los (Eagleton, 2019).

Segundo José (2006), o humor tem um papel distinto nas interações humanas, possibilitando um verdadeiro encontro com o Outro, na medida em que é um componente primário da vida social e outorga sentido à comunicação de sentimentos e opiniões. O humor é transformador e por isso o enfermeiro não deve ter medo de deixar emergir as dimensões lúdicas e alegres da sua personalidade pois isso permite-lhe implementar, verdadeiramente, o “uso terapêutico do seu “eu” no contacto com os clientes (Hesbeen, 2000 citado por José, 2002).

É fácil de compreender como fazer uma correta utilização do humor como intervenção terapêutica se o virmos como um medicamento, neste caso multifacetado pois tem uma aplicabilidade múltipla, quer na condição física, quer também na condição psicológica do cliente (Almeida, 2012). Qualquer administração de fármacos deve ser realizada de forma segura, com o objetivo de reduzir a ocorrência de erros e eventos adversos. De acordo com Fernandes (2020), o mesmo sucede com o humor, devendo ser aplicado no cliente, na via, na dosagem e no momento certo para que ocorra determinado benefício terapêutico. Dois clientes com o mesmo diagnóstico clínico podem não receber exatamente a mesma medicação. É essencial ser sensível às características do cliente e da situação de forma a evitar reações alérgicas à utilização do medicamento humor.

Strean (2009), concluiu que os profissionais de saúde talvez pudessem começar a considerar prescrever aos seus clientes uma boa dose de humor face às regalias que o mesmo concede.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2004). Introdução à Teoria de Enfermagem: História, Terminologia e Análise. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood (Eds.). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp.3-14). Lusociência.
- Almeida, I. (2012). *Representações e expetativas dos profissionais dos serviços de pediatria do Hospital de Braga relativamente à intervenção dos “Doutores Palhaços”* (Tese de Mestrado, Universidade do Minho). RepositoriUM. <https://hdl.handle.net/1822/21004>.
- Almeida, R., Mendes, J., Charepe, Z., Nunes, E., & Caldeira, S. (2020). Ameaças ao conforto neonatal durante a crise pandémica COVID-19: implicações éticas numa unidade de cuidados intensivos neonatais. *Cadernos De Saúde*, 12(Especial), 107-108. DOI: 10.34632/cadernosdesaude.2020.10286.
- Al-Motlaq, M., Carter, B., Neill, S., Hallstrom, I., Foster, M., Coyne, I., Arabiat, D., Darbyshire, P., Feeg, V., & Shields, L. (2019). Toward developing consensus on family-centred care: An international descriptive study and discussion. *Journal of Child Health Care*, 23(3), 458-467. DOI: 10.1177/1367493518795341.
- Als, H., Duffy, F., McAnulty, G., Rivkin, M., Vajapeyam, S., Mulkern, R., Warfield, S., Huppi, P., Butler, S., Conneman, N., Fischer, C., & Eichenwald, E. (2004). Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*, 113(4), 846-857. DOI: 10.1542/peds.113.4.846.
- Altimier, L., & Phillips, R. (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. DOI: 10.1053/j.nainr.2012.12.002.
- Amaral, G., & Figueiredo, A. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), 1–8. DOI: 10.12707/RV20036.
- American Academy of Pediatrics. (2006). Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics*, 118(1), 2231-2241. DOI: 10.1542/peds.2006-2277.
- Anand, K., & The International Evidence-Based Group for Neonatal Pain (2001). Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine Journal*, 155(2), 173-180. DOI:10.1001/archpedi.155.2.173.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(9), 61-67. <http://www.index-f.com/referencia/2009/9-6167.php>.

- Apóstolo, J., Antunes, M., Mendes, A., & Castro, I. (2012). Conforto/desconforto em doentes internados em clínica psiquiátrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 33–38. https://www.academia.edu/25949335/Conforto_Desconforto_em_Doentes_Internados_em_Cl%C3%ADnica_Psiqui%C3%A1trica.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. https://apav.pt/publiproj/images/yootheme/PDF/Manual_Crianças_Jovens_PT.pdf.
- Association for Applied and Therapeutic Humor. (2020, Dezembro 16). *HOME: What is therapeutic humor?*. <https://www.aath.org>.
- Barradas, A. (2008). *Parentalidade na Relação com o Recém-Nascido Prematuro: Vivências, Necessidades e Estratégias de Intervenção* (Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta). Repositório Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.2/735>.
- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, 16(1), 11–28. https://www.researchgate.net/publication/262669864_As_consequencias_psicologicas_da_hospitalizacao_infantil_Prevencao_e_controlo.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para mudar*. Lidel.
- Batalha, L. (2010b). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 73-80. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239961012.pdf>.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Bertakis, K., & Azari, R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 229–239. DOI: 10.3122/jabfm.2011.03.100170.
- Bulechek, G., Butcher, K., & Dochterman, J. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)* (5.^a ed.). Elsevier.
- Carbajal, R., Rousset, A., Danan, C., Coquery, S., Nolent, P., Ducrocq, S., Saizou, C., Lapillonne, A., Granier, M., Durand, P., Lencien, R., Coursol, A., Hubert, P., Blanquat, L., Boelle, P., Annequin, D., Cimerman, P., Anand, K., & Bréart, G. (2008). Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA*, 300(1), 60-70. DOI: 10.1001/jama.300.1.60.
- Carter, B., Bray, L., Dickinson, A., Edwards, M., & Ford, K. (2014). *Child-Centred Nursing: Promoting Critical Thinking*. SAGE Publications, Lda.

- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. Glasper, & A. Tucker (Eds.), *Advances in Child Health Nursing*. Scutari Press.
- Castro, M. (2003). Perfil da indicação de analgésicos opióides em recém-nascidos em ventilação pulmonar mecânica. *Jornal de Pediatria*, 79(1), 41-48. DOI: 10.1590/S0021-75572003000100008.
- Cavaco, C. (2009). Experiência e formação experiencial: a especificidade dos adquiridos experienciais. *Educação Unisinos*, 13(3), 220-227. DOI: 10.4013/edu.2009.133.04.
- Centa, M., Moreira, E., & Pinto, M. (2004). A experiência vivida pelas famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto e Contexto Enfermagem*, 13(3), 444-451. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-458746>.
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Modelos de Cuidados em Saúde Infantil e Pediatria. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo (Coord.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. (pp. 25-38). Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *CIPE 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2*. Lusoditacta.
- Costa, M., & Gonçalves, D. (2021). O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica. *Lusitadas Scientific Journal*, 2(2), 62-64. DOI: 10.48687/ljs.v2i2.58.
- Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(4), 326-336. DOI: 10.1177/1367493506067884.
- Decreto-Lei nº 161/1996 do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República, I Série A, nº 205/96. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>.
- Decreto-Lei nº 28/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República, I Série, nº 38/2008. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/htm>.
- Despacho nº 9871/2010 do Ministério da Saúde. (2010). Diário da República, II Série, nº 112/2010. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9871-2010-3131193>.
- Diaz, Z., Fernandes, S., & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 85-93. DOI: 10.12707/RIII12134.
- Diogo, P. (2010). *Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar: O Processo de Uso Terapêutico das Emoções em Enfermagem Pediátrica* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde.

- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2ª ed.). Lusodidacta;
- Diogo, P. (2017). *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem*. Lusodidacta.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47.
https://www.researchgate.net/publication/315661355_Os_Medos_das_Crianças_em_Contexto_de_Urgencia_Pediatrica_Enfermeiro_Enquanto_Gestor_Emocional_The_Fears_of_Children_in_Pediatric_Emergency_Context_Nurse_as_Emotional_Manager.
- Direção Geral da Saúde. (2007). *Crianças e Jovens em Risco – Projeto de Intervenção nos Serviços de Saúde*. Direção Geral da Saúde. <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/SaudeInfantilJuvenil/CriançasJovensRisco/Documents/Crian%C3%A7as%20e%20Jovens%20em%20Risco%20Projecto%20de%20interven%C3%A7%C3%A3o%20nos%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>.
- Direção Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. *Circular Normativa Nº 014/2010*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao-pdf.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos). *Circular Normativa Nº 022/2012*. Direção Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_em_procedimentos_invasivos_nas_crianças.pdf;
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>.
- Dowling, J. (2002). Humor: a coping strategy for pediatric patients. *Pediatric Nursing*, 28(2), 123-131.
https://www.researchgate.net/publication/11405814_Humor_a_coping_strategy_for_pediatric_patients.

- Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba: Teoria do conforto. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (Modelos e Teorias de Enfermagem) (pp.481-496). Lusociência.
- Eagleton, T. (2019) *Humor*. Edições 70.
- Emmamally, W., & Brysiewicz, P. (2019). Families' perceptions of support from health care professionals in the three emergency departments in KwaZulu Natal, South Africa. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 10, 55–60. DOI: 10.1016/j.ijans.2019.01.004.
- European Resuscitation Council. (2015). *Suporte Avançado de Vida Pediátrico Europeu*. European Resuscitation Council.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2021). *Documento Orientador Unidade Curricular Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Escudeiro, M. (2015). *A criança/jovem em situação crítica e a sua família: Intervenção do Enfermeiro Especialista* (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/17161>.
- Feliciano, F. (2007). *Método Canguru: o prosseguir da vinculação pais-bebé prematuro*. Almedina.
- Fernandes, N., & Silva, E. (2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 108-115. DOI: 10.12707/RIV14032.
- Ferreira, C, & Valério, A. (2003). Acolhimento do doente num serviço de internamento. *Informar*, 30, 10-13. DOI: 10.1241/j.1637-8725.2003.0682.x.
- Ferreira, S., Fontes, N., Rodrigues, L., Gonçalves, C., Lopes, M., & Rodrigues, N. (2013). Desenvolvimento psicomotor de grandes prematuros. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(6), 319-324. DOI: 0873-9781/13/44-6/319.
- Franck, L. (2013). *Comforting Your Baby in Intensive Care*. Franck. <https://familynursing.ucsf.edu/sites/familynursing.ucsf.edu/files/wysiwyg/Comfy%20PDF%20ENGLISH%20Dec%2017.pdf>.
- Freitas, J., & Camargo, C. (2006). Discutindo o Cuidado ao Recém-Nascido e Sua Família no Método Mãe-Canguru. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 16(2), 88-95. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000200009&lng=pt&tlng=pt.

- Fromberg, D., & Bergen, D. (2006). *Play from birth to twelve: contexts, perspectives, and meanings* (2^a ed.). Taylor & Francis Group.
- Fry, W., & Salameh, W. (1987). *Handbook of humor and psychotherapy: Advances in the clinical use of humor*. Professional Resource Exchange, Inc.
- Ghavi, A.; Hassankhani, H., Powers, K., Arshadi-Bostanabad, M., Namdar-Areshtanab, H., & Heidarzadeh, M. (2022). Parental support needs during pediatric resuscitation: A systematic review. *International emergency nursing*, 63, 101-103. DOI: 10.1016/j.ienj.2022.101173.
- Gillespie, G., Houchell, M., Pettinichi, J., Mattei, J., & Rose, L. (2012). Caring in pediatric emergency nursing. *Research and Theory for Nursing Practice*, 26(3), 216–232. DOI: 10.1891/1541-6577.26.3.216.
- Gomes, G., Fernandes, M., & Nóbrega, M. (2016). Ansiedade da hospitalização em crianças: análise conceitual. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 940–5. DOI: 10.1590/0034-7167-2015-0116.
- Guerra, I. (2006). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção: O planeamento em Ciências Sociais* (2^a ed.). Principia.
- Harrison, T. (2010). Family Centered Pediatric Nursing Care: State of Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5), 335-343. DOI: 10.1016/j.pedn.2009.01.006.
- Hart, R., & Rollins, J. (2011). *Therapeutic Activities for Children and Teens Coping with Health Issues*. John Willey & Sons.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Lusociência.
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9^a ed., Vol. I, pp. 122–187). Lusociência.
- Hockenberry, M., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9^a ed., Vol. I, pp. 1–20). Lusociência;
- Howe, N. (2002). The origin of humor. *Medical Hypotheses*, 59(3), 252–254. DOI: 10.1016/S0306-9877(02)00209-8.
- Hyrkas, K. (2005). Taking “humour” seriously – an analysis of the concept “humour”. In J. R. Cutcliffe & H. P. McKenna (Eds.). *The Essential Concepts of Nursing* (pp. 213-228). Elsevier.
- Institute for Patient and Family Centered Care. (2021, Fevereiro 16). *Patient- and Family-Centered Care*. <http://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>.

- Instituto de Apoio à Criança. (2017). *Carta da criança hospitalizada* (5ª ed.). Instituto de Apoio à Criança.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e gestão da dor na criança. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson. (Eds.) *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I., pp. 188-235). Lusociência.
- Jerónimo, N. (2015). *Humor na Sociedade Contemporânea* (Tese de Doutoramento, Faculdade das Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior). uBibliorum. <http://hdl.handle.net/10400.6/3974>.
- Jorge, A. (2004). *Família e hospitalização da criança: (Re)Pensar o cuidar em Enfermagem*. Lusociência.
- José, H. (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Lusociência.
- José, H. (2003). Humor. In J. Malta (Coord.), *Terapias naturais na prática de enfermagem*. Formasau.
- José, H. (2006). Humor: que papel na saúde? Uma revisão da literatura. *Pensar Enfermagem*, 10(2), 2-18. <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/issue/view/2>
- José, H. (2010). *Resposta humana ao humor: humor como resposta humana*. Lusociência.
- José, H. (2012). Humor – um cuidado holístico e promotor da criança. *Revista enfermagem UFPE online*, 6(10), 2551-2555. DOI: 10.5205/reuol.3111-24934-1-LE.0610201230.
- José, S. (2018). *Deste Mundo e do Outro* (10ª ed.). Porto Editora.
- Kenner, C., & McGrath, J. (2004). In C. Kenner, & J. McGrath (Eds.), *Developmental Care of Newborns & Infants*. Mosby Editors.
- Khorsandi, F., Parizad, N., Feizi, A., & MaslakPak, M. (2020). How do parents deal with their children's chronic kidney disease? A qualitative study for identifying factors related to parent's adaptation. *BMC Nephrology*, 21(1), 1-15. DOI: 10.1186/s12882-020-02170-4.
- Kilkelly, U., & Donnelly, M. (2011). Participation in Healthcare: the Views and Experiences of Children and Young People. *The International Journal of Children's Rights*, 19(1), 107-125. DOI:10.1163/157181810X522379.
- Kim, S., Kim, S. Dukyoo, J., & Oh, H. (2018). The effects of a humor intervention on the physiological, physical and psychological responses of schoolaged children with atopic dermatitis in South Korea: a pilot study. *Journal of Pediatric Nursing*, 39, 1-9. DOI: 10.1016/j.pedn.2018.01.001.
- Kohi, T., Obogo, M., & Mselle, L. (2016). Perceived needs and level of satisfaction with care by family members of critically ill patients at Muhimbili National hospital intensive care units, Tanzania. *BMC Nursing*, 15(1), 1-7. DOI: 10.1186/s12912-016-0139-5.

- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. (2009). Comfort. In S. J. Peterson, & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories. Application to nursing research* (2^a ed., pp. 254-272). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187. https://www.researchgate.net/profile/Katharine_Kolcaba/publication/7686145_Comfort_Theory_and_its_application_to_pediatric_nursing/links/551578720cf2d70ee27039a5.pdf.
- Kuttner, L. (2010). *A Child in Pain: What Health Professionals Can Do to help*. Crown House Publishing Company LLC.
- Linhares, M., & Doca, F. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18(2), 307-325. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a06.pdf>.
- Loon, A. (2014). Humour as a Nursing Intervention. *Australasian Journal of Neuroscience*, 24(1), 7-14. DOI: 10.3316/informit.292332704696352.
- Manguy, A., Oakley, E., Gordon, R., & Joubert, L. (2021). Acute psychosocial care of families in paediatric resuscitation setting: Variables associated with parentes emotional response. *Australasian Emergency Care*, 24(3), 224-229. DOI: 10.1016/j.auec.2020.11.001.
- Martin, R., & Ford, T. (2018) *The Psychology of Humor: An Integrative Approach* (2^a ed.). Academic Press.
- Martins, L., Silva, D., Aguiar, A., & Morais, A. (2012). Inserção da família na unidade de terapia intensiva neonatal: Uma revisão sistemática. *Revista Enfermagem UFPE online*, 6(4), 876-883. DOI:10.5205/r euol.2226-17588-1-LE.0604201225.
- Masetti, M., & Caires, S. (2016). Porquê Pesquisar Palhaços?. In S. Caires, & S. Ribeiro (Coords.), *Rir é o melhor remédio?* (pp. 33-40). Operação Nariz Vermelho.
- McCreaddie, M., & Payne, S. (2014). Humour in health-care interactions: A risk worth taking. *Health Expectations*, 17(3), 332-344. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2011.00758.x.
- McGahey-Oakland, P., Lieder, H., Young, A., & Jefferson, L. (2007). Family Experiences During Resuscitation at a Children's Hospital Emergency Department. *Journal of Pediatric Health Care*, 21(4), 217-225. DOI: 10.1016/j.pedhc.2006.12.001.

- Melo, F. (2019). *Intervenções baseadas no humor na criança hospitalizada: revisão da literatura* (Dissertação de Mestrado, Faculdade das Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior). uBiblorum. <http://hdl.handle.net/10400.6/8764>.
- Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital – a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1152-1162. DOI: DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x.
- Miles M., Holditch-Davis D., Schwartz T., & Scher M. (2007). Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28, 36–44. DOI: 10.1097/01.DBP.0000257517.52459.7a.
- Morse, J. (2000). On comfort and comforting. *The American journal of Nursing*, 100(9), 34-37. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11002789/>.
- Morse, J. M., Bottorff, J. L., & Hutchinson, S. (1995). The paradox of comfort. *Nursing Research*, 44(1), 14–19. DOI: 10.1097/00006199-199501000-00004.
- Neto, C. (2020). *Libertem as crianças - A urgência de brincar e ser ativo*. Contraponto Editores.
- Old, N. (2012). Survival of the funniest – Using therapeutic humour in nursing. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 18(8). 17-19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23256334/>.
- Oliveira, C. S. (2013). Conforto e bem-estar enquanto conceitos em uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 17(2), 2-8. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23888/1/PE17-2_Artigo1_2_8%281%29.pdf.
- Oliveira, C., & Lopes, M. (2010). Construir laços de confiança e promover o conforto. *Pensar Enfermagem*, 14, 67-74. <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/issue/view/5>.
- Operação Nariz Vermelho. (2022, Dezembro 5). *Workshops*. <https://www.narizvermelho.pt/Workshops>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Entrevista ao Adolescente/ Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança* (Cadernos OE: Série 1, nº3). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade nos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. 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, nº6). Ordem dos Enfermeiros.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 121-132. DOI: 10.12707/RIV16030.

- Pereira, A. (2020). *O Humor no cuidado de enfermagem à criança e adolescente: Intervenção do Enfermeiro Especialista* (Relatório de Estágio, Universidade Católica Portuguesa). Veritati. <http://hdl.handle.net/10400.14/33022>.
- Pereira, A., Lourenço, M., Nunes, E., Charepe, E., & Caldeira, S. (2021). O humor como intervenção de enfermagem à criança em idade escolar e adolescente: scoping review. *Cadernos de Saúde*, 12(Especial), 95-96. DOI: 10.34632/cadernosdesaude.2020.10280.
- Pereira, R. A. (2016). *A Doença, o Sofrimento e a Morte entram num Bar – Uma espécie de Manual de Escrita Humorística*. Tinta-da-china.
- Pereira, A., Sezões, J., Esteves, S., Mestre, T., Machado, T., & Pedro, N. (2012). Os pais e a hospitalização dos recém-nascido prematuro. *Percursos*, 26, 30-40. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9259/1/Revista%20Percursos%20n26_Os%20pais%20e%20a%20hospitaliza%C3%A7%C3%A3o%20do%20rec%C3%A9m-nascido%20prematuro.pdf.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Pina, J. A. (2014). *Comunicar com Humor, Insensatez ou Profissionalismo?*. Pactor;
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(6), 677-87. DOI:
- Potts, L., & Mandleco, B. (2012). *Pediatric Nursing: Caring for Children and Their Families* (3ª ed.). Cengage Learning;
- Regulamento nº 422/2018 do Ministério da Saúde. (2018). Diário da República: II Série, nº 133/2018. <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
- Regulamento nº 140/2019 do Ministério da Saúde. (2019). Diário da República: II Série, nº 26/2019. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Riley, J. (2000). *Comunicação em Enfermagem*. Lusociência
- Robinson, V. (1991). *Humor and the health professions: the therapeutic use of humor in health care* (2ª ed.). Slack Incorporated.
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-35. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
- Saliba, E. (2017). História Cultural do Humor: Balanço Provisório e Perspectivas de Pesquisas. *Revista de História (São Paulo)*, 176, 1-39. DOI: 10.11606/issn.2316-9141.rh.2017.127332.
- Salum, N., & Prado, M. (2014). A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 23(2), 301-308. DOI: 10.1590/0104-070720140021600011.

- Sanders, J. (2014). Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I, pp. 675-702). Lusociência.
- Santos A. (2011). *De Nariz Vermelho No Hospital: A Actividade Lúdica Dos Doutores Palhaços Com Crianças Hospitalizadas* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho). RepositoriUM. <https://hdl.handle.net/1822/18605>.
- Santos, C., Sousa, L., & Carvalho, M. (2015). Tipos de humor utilizados na prestação de cuidados pelos enfermeiros num serviço de Ortopedia. *Enformação*, 6, 13-19. [https://www.researchgate.net/publication/281464097_Tipos_de_humor_utilizados_na_pre](https://www.researchgate.net/publication/281464097_Tipos_de_humor_utilizados_na_prestacao_de_cuidados_pelos_enfermeiros_num_servico_de_Ortopedia)
[stacao_de_cuidados_pelos_enfermeiros_num_servico_de_Ortopedia](https://www.researchgate.net/publication/281464097_Tipos_de_humor_utilizados_na_prestacao_de_cuidados_pelos_enfermeiros_num_servico_de_Ortopedia).
- Santos, C., Sousa, L., Carvalho, M., Severino, S., & José, H. (2016). A intervenção humor em enfermagem num serviço de ortopedia: estratégias e benefícios. *Revista Investigação em Enfermagem*, 36-44. https://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/2623/1/artigo%20_%20A%20INTERVEN%C3%87%C3%83O%20HUMOR%20EM%20ENFERMAGEM%20NUM%20SERVI%C3%87O%20DE%20ORTOPEDIA%20-%20ES.pdf.
- Santos, M., Moraes, G., Vasconcelos, M., & Araújo, E. (2007). Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro. *Revista Enfermagem UFPE online*, 1(2), 140-149. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33566>.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. LIDEL.
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 15-23. DOI:10.12707/RIII1019.
- Shields, L., Pratt, J., & Hunter, J. (2006). Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1317–1323. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x.
- Shuttleworth, A. (2003). A health website for children. *Nursing Times*, 99(44), 18-19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14649134/>.
- Sim, I. (2015). Humor intervention program for children with chronic diseases. *Applied Nursing Research*, 28(4), 404-412. DOI: 10.1016/j.apnr.2015.09.001.
- Sousa, L. (2017). *Ganhos em Saúde com a Intervenção “Humor” em Pessoas com Doença Renal Crónica* (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Veritati. <http://hdl.handle.net/10400.14/26059>.
- Sousa, L., & José, H. (2016). Benefícios do humor na saúde: revisão sistemática da literatura. *Enformação*, 22–32. [https://www.researchgate.net/publication/304037897_Beneficios_do_humor_na_saude_R](https://www.researchgate.net/publication/304037897_Beneficios_do_humor_na_saude_Revisao_Sistematica_da_Literatura)
[evisao_Sistematica_da_Literatura](https://www.researchgate.net/publication/304037897_Beneficios_do_humor_na_saude_Revisao_Sistematica_da_Literatura).

- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Antunes, A., Frade, M., Severino, S., & Valentim, O. (2019). Humor intervention in the nurse-patient interaction. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1078-1085. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0609.
- Stewart, M., Brown, J., Donner, A., McWhinney, I., Oates, J., Weston, W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Medicine*, 49(9), 796–804. https://www.researchgate.net/publication/12292586_The_Impact_of_Patient-Centered_Care_on_Outcomes.
- Strean, W. (2009). Laughter prescription. *Canadian Family Physician*, 55(10), 965-967. https://www.researchgate.net/publication/26891756_Laughter_prescription
- Svavarsdottir, E., Kamban, S., Konradsdottir, E., & Sigurdardottir, A. (2020). The impact of family strenghts oriented therapeutic conversations on parents of children with a new chronic illness diagnosis. *Journal of Family Nursing*, 26(3), 269-281. DOI: 10.1177/1074840720940674.
- Sweeney, L., Halpert, A., & Waranoff, J. (2007). Patient-centered management of complex conditions can reduce costs without shortening life. *The American Journal of Managed Care*, 13(2), 84–92. https://www.researchgate.net/publication/6517347_Patient-centered_management_of_complex_patients_can_reduce_costs_without_shortening_life.
- Taddio, A., Appleton, M., Bortolussi, R., Chambers, C., Dubey, V., Halperin, S., Hanrahan, A., Ipp, M., Lockett, D., MacDonald, N., Midmer, D., Mousmanis, P., Palda, V., Pielak, K., Riddell, R., Rieder, M., Scott, J., & Shah, V. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), 1989-1995. DOI:10.1503/cmaj.101720;.
- Tavares, P. P. (2011). *Acolher Brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Lusociência.
- Teixeira, V. (2021). *Integração da doença crónica pediátrica na vida familiar: Estudo preliminar da versão portuguesa do instrumento “Family Adaptation to Chronic Illness Questionnaire”* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/39346>.
- Venâncio, S., & Almeida, H. (2004) Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, 80(supl5), 173-180. DOI: 10.1590/S0021-75572004000700009.
- Walker, S. M. (2014). Neonatal pain. *Paediatric Anaesthesia*, 24(1), 39-48. DOI: 10.1111/pan.12293.

- Wilson, D. (2014). 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. I, pp. 331-386). Lusociência.
- Wooten, P. (2005). Humor, laughter, and play: maintaining balance in a serious world. In B. Dossey, L. Keegan, & C. Guzzetta (Eds), *Holistic nursing: A handbook for practice*. (4ª ed., pp. 497-520). Jones & Bartlett Publishers, Inc.
- Young, J., McCann, D., Watson, K., Pitcher, A., Bundy, R., & Greathead, D. (2006). Negotiation of care for a hospitalized child: parental perspectives. *Neonatal, Pediatric and Child Health Nursing*. 9(2), 4-13.
https://www.researchgate.net/publication/43497125_Negotiation_of_Care_for_a_Hospitalised_Child_Parental_Perspectives.

APÊNDICES

APÊNDICE I
Cronograma de Estágio

Cronograma de Estágio

Ano	2021/2022																			
Mês	Outubro			Novembro/Dezembro					Dezembro/Janeiro				Janeiro/Fevereiro					Fevereiro		
Serviço	11 17	18 24	25 31	1 7	8 14	15 21	22 28	29 5	6 12	13 19	20 26	27 2	3 9	10 16	17 23	24 30	31 6	7 13	14 20	21 27
Consultas de Desenvolvimento											Férias de Natal									
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados																				
Serviço de Internamento Pediatria																				
Serviço de Urgência Pediátrica																				
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais																				

APÊNDICE II

Guia Orientador das Atividades de Estágio



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Pedro Miguel Isidoro Silvestre

**Lisboa
2022**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Pedro Miguel Isidoro Silvestre



Orientadora: Maria Teresa Gouvêa Magão



**Lisboa
2022**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AATH – *Association for Applied and Therapeutic Humor*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

NIC – *Nursing Interventions Classification*

OE – Ordem dos Enfermeiros

SIP – Serviço de Internamento de Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	4
2. PROBLEMÁTICA.....	4
3. OBJETIVOS	8
4. ATIVIDADES	9
4.1. Consulta de Desenvolvimento (CD)	9
4.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)	19
4.3. Serviço de Internamento de Pediatria (SIP).....	26
4.4. Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)	33
4.5. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).....	41
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

- a) **Título:** Promoção do conforto da criança e do adolescente: O humor enquanto intervenção de enfermagem;
- b) **Data de início:** 11 de outubro de 2021;
- c) **Duração:** 1 semestre;
- d) **Palavras-chave:** Humor, Brincar, Conforto, Hospitalização, Enfermagem Pediátrica, Criança, Adolescente;

2. PROBLEMÁTICA

No âmbito da Unidade Curricular (UC) – Estágio com Relatório, integrada no 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) foi proposta a realização de um guia orientador das atividades de estágio a apresentar previamente em cada contexto de estágio à Enfermeira Chefe de Serviço e Enfermeira Especialista com o objetivo de explicitar de forma sumária a temática e objetivos definidos no projeto de estágio. Este documento servirá de guia orientador às atividades a desenvolver nos diversos contextos de estágio, adaptando as atividades aos objetivos definidos e às especificidades próprias de cada contexto, de forma a facilitar a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

O meu projeto apresenta como temática a promoção do conforto da criança e do adolescente: e como objeto de estudo o humor enquanto intervenção de enfermagem. A escolha desta temática está relacionada com uma forte motivação pessoal pré-existente, alicerçada no fascínio que nutro pela mesma.

Utilizo frequentemente o humor enquanto estratégia de comunicação tanto na vida pessoal como no meu quotidiano de cuidados, embora tendencialmente de forma espontânea e sem clara intencionalidade terapêutica. Tentarei agora reverter essa situação através do aprofundamento de conhecimentos acerca do fenómeno humor e da sua aplicabilidade terapêutica para que, enquanto EEESIP, consiga planejar, executar e avaliar adequadamente esta intervenção autónoma de enfermagem, objetivando determinada finalidade terapêutica.

Pretendo ainda com este trabalho comprovar que o humor e o riso não refletem falta de rigor ou seriedade nos contextos de prestação de cuidados de saúde, onde ainda resiste a ideia

preconcebida de que não se pode rir nem recorrer à atividade lúdica, pois é sinal de que não se é profissional e de que se menospreza o alvo de cuidados.

O humor é usado na literatura para cobrir uma enorme variedade de fatores, como por exemplo: sentido de humor, produção de humor, apreciação do humor e o próprio riso (Hyrkas, 2005). O humor apresenta-se assim como um conceito esquivo, ambíguo, resistente à compreensão e que não agrega uma definição consensual (Robinson, 1991; José, 2002; Pereira, 2016). A *Association for Applied and Therapeutic Humor* (AATH, 2020), define o humor terapêutico como sendo qualquer intervenção que promova saúde e o bem-estar do cliente por estimular uma descoberta divertida, uma expressão, ou apreciação do absurdo e das incongruências da vida. Esta intervenção pode melhorar a saúde, acentuar a produtividade no trabalho, apoiar a aprendizagem, ou até ser utilizada como uma terapia complementar na doença/hospitalização para ajudar a lidar com a situação ou para conseguir uma ajuda quer seja emocional, física, cognitiva, social ou espiritual (AATH, 2020).

Para que esses objetivos sejam alcançados, a intervenção humorosa deve ser planeada e recheada de intencionalidade, necessitando de responder a um objetivo previamente definido. De acordo com Sousa e José (2016), é importante considerar para uma utilização planeada do humor, a influência dos fatores pessoais do cliente (personalidade, idade, género e cultura) e os fatores contextuais/situacionais (situação clínica, gravidade da doença e experiências prévias de doença/hospitalização).

As intervenções humorosas englobam o vasto leque de medidas promotoras de conforto ao dispor dos enfermeiros que permitem alcançar o bem-estar da criança, adolescente e família, facilitando a vivência da sua situação de doença e a adaptação à experiência de hospitalização, transformando-a numa oportunidade de aprendizagem, crescimento e desenvolvimento (Barros, 2003). Esse objetivo só é alcançado se a relação terapêutica entre enfermeiros e clientes for efetiva, assente em pilares de proximidade, verdade e confiança, conseguida maioritariamente através de estratégias de comunicação eficazes. As competências de comunicação são fundamentais em enfermagem, podem e devem ser aprendidas e são, portanto, objeto de estudo. Uma das unidades de competências que me proponho desenvolver, segundo o Regulamento de Competências Específicas de EEESIP é a E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. (Regulamento n.º 422/2018).

Dada a situação de doença e/ou hospitalização da criança e adolescente, a maioria dos procedimentos terapêuticos prementes a realizar pelos enfermeiros são invasivos, traumáticos, dolorosos, desagradáveis e ameaçadores, pelo que a equipa de enfermagem deve dirigir a sua atenção para intervenções que sejam seguras, eficazes e úteis, ou seja, não traumáticas

(Tavares, 2011). Em todas as ações e decisões assistenciais do enfermeiro está presente o raciocínio clínico, nomeadamente, no diagnóstico dos fenómenos, na escolha das intervenções apropriadas e na avaliação dos resultados alcançados (Santos, Sousa, Carvalho, Severino & José, 2016).

Outras das unidades de competência a desenvolver com este projeto é a E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. (Regulamento n.º 422/2018). Neste sentido, o humor pode ser considerado uma das intervenções não farmacológicas para alívio e controlo da dor adotadas pelos enfermeiros, pois de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013), o humor estimula expressões como o sorriso e o riso, associadas ao prazer, conforto e bem-estar. Segundo a mesma fonte (2013), o riso é uma forma de desviar a atenção dos estímulos potencialmente dolorosos e estimula a produção de endorfinas que diminuem a intensidade dos fenómenos dolorosos e a reatividade do organismo à dor.

De acordo com Hart e Rollins (2011), as crianças e adolescentes experimentam uma multiplicidade de *stressores* quando confrontadas com uma situação de doença, incapacidade ou hospitalização, tendo mais sucesso na adaptação a esses mesmos *stressores*, a criança que possuir maior variedade de estratégias de *coping*. O humor é cada vez mais reconhecido e validado entre os profissionais de saúde como uma dessas estratégias (Dowling, 2002; Christie & Moore, 2005; Loon, 2014).

Toda a evidência anteriormente descrita é corroborada por Phaneuf (2002), que considera o humor como uma importante técnica de comunicação com capacidade para ajustar emoções de tonalidade negativa, características das situações de crise, além de se assumir como relevante estratégia de *coping*, que permite maior adaptação e participação da criança, adolescente e família nos cuidados, ajudando a enfrentar medos, preocupações e situações consideradas difíceis.

Dadas as competências específicas de EEESIP e as diferentes experiências emocionais de crianças e adolescentes na vivência da situação doença e hospitalização, é mais que justificada a necessidade constante de atualização das práticas de enfermagem. Ao EEESIP é permitido sugerir novas ou desconhecidas intervenções terapêuticas como o humor, que tenham sustentação na prática clínica e em evidência científica atualizada e que sejam norteadas pela intencionalidade terapêutica, autonomia do cuidado e responsabilidade profissional (Pereira, 2020).

Assim sendo, com a realização dos diversos estágios e através de um trabalho posterior de análise de evidência atualizada e reflexão com a elaboração do relatório, tentarei agregar o humor terapêutico ao cuidar em enfermagem pediátrica, comprovando a pertinência e

operacionalização da temática que é considerada uma intervenção do foro autónomo do enfermeiro, estando contemplada na *Nursing Interventions Classification* (NIC) e na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) como intervenção e recurso.

Considereei o modelo teórico de Katharine Kolcaba, a Teoria do Conforto, como o quadro de referência de enfermagem no projeto por incorporar uma dimensão explicativa do fenómeno, mas também por constituir um modelo de cuidar no qual é possível sustentar a minha prática clínica a desenvolver futuramente em estágio. Kolcaba apresenta através desta teoria de médio alcance uma visão holística do conforto, operacionalizando o conceito e tornando-o funcional como resultado dos cuidados em enfermagem pediátrica.

O projeto assume como principal finalidade o desenvolvimento e consolidação desse conjunto complexo de competências de EEESIP, que conduzirão futuramente a uma prestação de cuidados de excelência. No fundo, pretendo ser capaz de prestar cuidados de enfermagem individualizados, tornando-me num parceiro fundamental para a criança, adolescente e família, contribuindo para o seu o crescimento e desenvolvimento harmoniosos.

Este projeto procura também dar resposta a inquietações e interesses pessoais e profissionais muito próprios, almejando uma eventual consciencialização dos enfermeiros para os benefícios do humor enquanto intervenção terapêutica, contribuindo também para o desenvolvimento contínuo do corpo de conhecimentos em enfermagem.

3. OBJETIVOS

Os objetivos gerais do projeto serão transversais a todos os contextos de estágio e ao percurso de desenvolvimento de competências de EE e de EEESIP. Deste modo, foram definidos como objetivos gerais e respectivos objetivos específicos:

1. Desenvolver competências especializadas no cuidado de enfermagem à criança, adolescente e família nos seus processos saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento.

1.1. Analisar práticas de cuidados relacionadas com a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente e intervir junto da família;

1.2. Prestar cuidados à criança, adolescente e família com situações específicas de saúde.

2. Desenvolver competências no âmbito da promoção do conforto da criança, adolescente e família nos diferentes contextos pediátricos recorrendo ao humor enquanto instrumento terapêutico.

2.1. Identificar necessidades de conforto das crianças, adolescentes e famílias e quais as medidas promotoras de conforto empregues nos diferentes contextos de cuidados;

2.2. Utilizar estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/adolescente e família;

2.3. Implementar intervenções humorosas com intencionalidade terapêutica na prestação dos cuidados de enfermagem à criança, adolescente e família nos diversos contextos de estágio.

4. ATIVIDADES

4.1. Consulta de Desenvolvimento (CD)

1º Objetivo Geral:

Desenvolver competências especializadas no cuidado de enfermagem à criança, adolescente e família nos seus processos saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento.

Atividades	Contexto	Recursos	Competências
• Pesquisa bibliográfica sobre legislação, políticas, protocolos e procedimentos em vigor em cada contexto de estágio; • Reunião com o Enfermeiro Chefe de serviço e Enfermeiro Orientador em cada contexto de estágio de forma a conhecer o serviço, missão, objetivos, população alvo dos cuidados bem como os projetos de enfermagem implementados e/ou em fase de implementação; • Apresentação do Projeto de Estágio ao Enfermeiro Orientador e discussão da adequação do mesmo ao contexto de estágio; • Observação participante de práticas de cuidados; • Análise da conceção de cuidados de enfermagem que norteia o contexto da prática; • Elaboração de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas em cada contexto de	• Transversal a todos os contextos de Estágio	Materiais: • Legislação, manuais, normas e procedimentos do serviço/ instituição de estágio. Humanos: • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	Competências comuns do EE: C – Domínio da Gestão dos cuidados.

estágio analisando-as à luz de referenciais teóricos e evidência científica, dando ênfase ao seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP; • Construção do portefólio reflexivo onde irão constar todos os documentos elaborados e/ou recolhidos no decorrer das atividades.			
Indicadores de avaliação: C2.1.1 – Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados; C2.1.6 – Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade; C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa.			

Objetivos Específicos	1.1. Analisar práticas de cuidados relacionadas com a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente e intervir junto da família.		
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
• Pesquisa bibliográfica pertinente e adequada para aprofundamento de conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento infantil; • Participação na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente no âmbito das consultas de Enfermagem de Neonatologia/Follow-Up; • Aplicação de instrumentos adequados e em vigor no contexto para avaliação do desenvolvimento e crescimento infantil (escala Mary Sheridan); • Participação e colaboração com o Enfermeiro Orientador nas intervenções preconizadas para as consultas de Enfermagem de Neonatologia/Follow-Up; • Observação participante nas reuniões de apresentação das consultas de Enfermagem Follow-up de Neonatologia para os pais desenvolvidas na UCIN; • Participação no desenvolvimento e avaliação de planos individuais de saúde, com enfoque na avaliação dos problemas, definição de resultados e planeamento de intervenções;	• CD	Materiais: • Documentos científicos sobre as temáticas; • Manuais de referência; • Bases de dados; • Computador com acesso à Internet; • Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil (escala Mary Sheridan). Humanos: • Crianças, adolescentes e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	Competências específicas do EEESIP: E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

• Observação participante nas reuniões multidisciplinares entre toda a equipa da CD e as ELI, para elaboração e avaliação de plano individuais de saúde; • Transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil e alcance de maior autonomia no autocuidado. • Desenvolvimento de cuidados promotores da parentalidade e vinculação;			
Indicadores de avaliação: 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; E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E3.1.1 – Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E.3.1.2 – Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3 – Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; E3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E3.4.3 – Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis.			

Objetivos Específicos:	1.2. Prestar cuidados à criança, adolescente e família com situações específicas de saúde.		
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
Participação em consultas e nos cuidados de enfermagem à criança, adolescente e família com doença aguda, crónica e doença rara, mais concretamente com patologias neurológicas e de desenvolvimento.	CD	Materiais: - Documentos científicos sobre as temáticas; - Manuais de referência; - Bases de dados; - Computador. Humanos: - Crianças, adolescentes e suas famílias; - Enfermeiro orientador do contexto de estágio; - Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	Competências específicas do EEESIP: E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
Indicadores de avaliação: E2.2 – Faz a gestão diferenciada (...) e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E3.2.1 – Avalia o desenvolvimento da parentalidade; E3.2.4 - Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN; E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas; E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras; E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.			

2º Objetivo Geral:

Desenvolver competências no âmbito da promoção do conforto da criança, adolescente e família nos diferentes contextos pediátricos recorrendo ao humor enquanto instrumento terapêutico.

Objetivos Específicos:		2.1. Identificar necessidades de conforto das crianças, adolescentes e famílias e quais as medidas promotoras de conforto empregues nos diferentes contextos de cuidados.		
Atividades	Contexto	Recursos	Competências	
• Identificação das principais necessidades de conforto das crianças, adolescentes e famílias que recorrem serviço e quais as principais medidas promotoras de conforto empregues pelos enfermeiros; • Consulta de normas e protocolos no âmbito do controlo e gestão da dor (utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas) em vigor; • Identificação das escalas de avaliação da dor utilizadas no contexto; • Observação participante de estratégias adotadas pelos enfermeiros para gestão diferenciada da dor e gestão emocional da criança, adolescente e família que recorrem à CD; • Prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família com foco na gestão diferenciada da dor, gestão emocional e promoção de conforto;	• CD	Materiais: • Documentos científicos sobre as temáticas como por exemplo o Guia orientador de boas práticas de Enfermagem no controlo da dor na criança da OE; • Manuais de referência; • Bases de dados; • Computador; • Normas e protocolos no âmbito do controlo e gestão da dor em vigor em cada contexto de estágio; • Instrumentos para a avaliação da dor na criança/adolescente; • Todo o material necessário para a	Competências específicas do EEESIP: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.	

		aplicação das intervenções não farmacológicas no alívio e controlo da dor. Humanos: • Crianças, adolescentes e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	
Indicadores de avaliação: E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; 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; E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; 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.			

Objetivos Específicos:		2.2. Utilizar estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/adolescente e família.	
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
• Pesquisa bibliográfica sobre princípios, técnicas e estratégias de comunicação adequadas com a criança, adolescente e família; • Observação participante de técnicas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro especialista do contexto de estágio na comunicação com a criança, adolescente e família; • Treino de técnicas e estratégias de comunicação com a criança, adolescente e família, adequadas ao estágio de desenvolvimento, situação clínica e culturalmente sensíveis, no âmbito da prestação de cuidados diretos aos mesmos. • Promoção de um ambiente terapêutico, facilitador da comunicação;	• Transversal a todos os contextos de Estágio.	Materiais: • Documentos científicos sobre as temáticas; • Manuais de referência; • Bases de dados; • Computador. Humanos: • Crianças, adolescentes e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	Competências específicas do EEESIP: E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
Indicadores de avaliação: E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento culturalmente sensíveis; E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E3.3.1 -Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E.3.3.2 – Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.			

Objetivos Específicos:		2.3. Implementar intervenções humorosas com intencionalidade terapêutica na prestação dos cuidados de enfermagem à criança, adolescente e família nos diversos contextos clínicos.		
Atividades	Contexto	Recursos	Competências	
• Observação participante de intervenções humorosas com intencionalidade terapêutica utilizadas pelo Enfermeiro Orientador e restante equipa de enfermagem na promoção de conforto da criança, adolescente e família que recorrem à CD; • Observação participante de fatores inibidores e facilitadores para uso do humor enquanto intervenção terapêutica nos diversos contextos de cuidados - elaboração de uma grelha de observação; • Efetuar controlo e alívio da ansiedade e dor, no âmbito da sala de tratamentos, aplicando o brincar terapêutico e humor terapêutico integrado em estratégias cognitivo-comportamentais como a distração e imaginação guiada. • Identificação de necessidades de formação sobre a temática nas equipas de enfermagem em contextos de estágio; • Participar na atividade do <i>Journal Club</i> apresentando a temática do humor terapêutico e a sua aplicabilidade prática aos diversos campos multidisciplinares da CD.	• CD	Materiais: • Documentos científicos sobre as temáticas; • Manuais de referência; • Bases de dados; • Computador; • Projetor; • Materiais humorosos para constituir o Kit do Humor. Humanos: • Crianças, adolescentes e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	Competências específicas do EEESIP: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.	

Indicadores de avaliação: E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E2.2.1 - Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem; E2.2.3 - Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor; E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E3.2.6 -Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN; E3.3.3 - Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem; E3.4.1 - Facilita a comunicação expressiva de emoções.

4.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

1º Objetivo Geral:

Desenvolver competências especializadas no cuidado de enfermagem à criança, adolescente e família nos seus processos saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento.

Objetivos Específicos	1.1. Analisar práticas de cuidados relacionadas com a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente e intervir junto da família.		
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
• Pesquisa bibliográfica pertinente e adequada para aprofundamento de conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento infantil; • Participação na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente no âmbito das Consultas de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil; • Aplicação de instrumentos adequados e em vigor no contexto para avaliação do desenvolvimento e crescimento infantil (escala Mary Sheridan) • Participação e colaboração com o enfermeiro especialista nas intervenções preconizadas para as Consultas de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil; • Participação no desenvolvimento e avaliação de planos individuais de saúde, com enfoque na avaliação dos problemas, definição de resultados e planeamento de intervenções;	• UCSP	Materiais: • Documentos científicos sobre as temáticas; • Manuais de referência; • Bases de dados; • Computador com acesso à Internet; • Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil (Mary Sheridan ou Schedule of Growing Skills). Humanos: • Crianças, adolescentes e suas famílias;	Competências específicas do EEESIP: E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

• Transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil e alcance de maior autonomia no autocuidado. • Desenvolvimento de cuidados promotores da parentalidade e vinculação; • Revisão do guia orientador das consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil (0 aos 2 anos);		• Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	
Indicadores de avaliação: 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; E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E3.1.1 – Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E.3.1.2 – Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3 – Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; E3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E3.4.3 – Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis.			

Objetivos Específicos:	1.2. Prestar cuidados à criança, adolescente e família com situações específicas de saúde.		
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
• Observação participante nas consultas de urgência e participação nos cuidados de enfermagem à criança, adolescente e família com doença aguda; • Participar no projeto de visita domiciliar ao recém-nascido e puérpera existente na UCSP; • Observação participante em Consultas de Planeamento Familiar a adolescentes.	• UCSP	Materiais: • Documentos científicos sobre as temáticas; • Manuais de referência; • Bases de dados; • Computador. Humanos: • Crianças, adolescentes e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	Competências específicas do EEESIP: E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
Indicadores de avaliação: E2.2 – Faz a gestão diferenciada (...) e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E3.2.1 – Avalia o desenvolvimento da parentalidade; E3.2.4 - Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN; E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas; E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras; E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.			

2º Objetivo Geral:

Desenvolver competências no âmbito da promoção do conforto da criança, adolescente e família nos diferentes contextos pediátricos recorrendo ao humor enquanto instrumento terapêutico.

Objetivos Específicos:		2.1. Identificar necessidades de conforto das crianças, adolescentes e famílias e quais as medidas promotoras de conforto empregues nos diferentes contextos de cuidados.		
Atividades	Contexto	Recursos	Competências	
• Identificação das principais necessidades de conforto das crianças, adolescentes e famílias que recorrem serviço e quais as principais medidas promotoras de conforto empregues pelos enfermeiros; • Consulta de normas e protocolos no âmbito do controlo e gestão da dor (utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas) em vigor; • Identificação das escalas de avaliação da dor utilizadas no contexto; • Observação participante de estratégias adotadas pelos enfermeiros para gestão diferenciada da dor e gestão emocional da criança, adolescente e família que recorrem à UCSP; • Prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família com foco na gestão diferenciada da dor, gestão emocional e promoção de conforto;	• UCSP	Materiais: • Documentos científicos sobre as temáticas como por exemplo o Guia orientador de boas práticas de Enfermagem no controlo da dor na criança da OE; • Manuais de referência; • Bases de dados; • Computador; • Normas e protocolos no âmbito do controlo e gestão da dor em vigor em cada contexto de estágio; • Instrumentos para a avaliação da dor na criança/adolescente;	Competências específicas do EEESIP: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.	

• Entrevista ao enfermeiro orientador sobre as principais dificuldades relativas à promoção de conforto da criança, adolescente e família; • Elaboração de um pôster dirigido aos pais de crianças recém-nascidas ou lactentes, intitulado: “Como confortar o seu bebé (0-12 meses) durante a vacinação?”, com enfoque na amamentação como estratégia não farmacológica para alívio da dor e desconforto da criança durante a vacinação.		• Todo o material necessário para a aplicação das intervenções não farmacológicas no alívio e controlo da dor. Humanos: • Crianças, adolescentes e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	
Indicadores de avaliação: E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; 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; E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem -estar da criança/jovem, otimizando as respostas; 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.			

Objetivos Específicos:		2.2. Utilizar estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/adolescente e família.	
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
• Pesquisa bibliográfica sobre princípios, técnicas e estratégias de comunicação adequadas com a criança, adolescente e família; • Observação participante de técnicas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro especialista do contexto de estágio na comunicação com a criança, adolescente e família; • Treino de técnicas e estratégias de comunicação com a criança, adolescente e família, adequadas ao estágio de desenvolvimento, situação clínica e culturalmente sensíveis, no âmbito da prestação de cuidados diretos aos mesmos. • Promoção de um ambiente terapêutico, facilitador da comunicação;	Transversal a todos os contextos de Estágio.	Materiais: • Documentos científicos sobre as temáticas; • Manuais de referência; • Bases de dados; • Computador. Humanos: • Crianças, adolescentes e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	Competências específicas do EEESIP: E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
Indicadores de avaliação: E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento culturalmente sensíveis; E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E3.3.1 -Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E.3.3.2 – Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.			

Objetivos Específicos:	2.3. Implementar intervenções humorosas com intencionalidade terapêutica na prestação dos cuidados de enfermagem à criança, adolescente e família nos diversos contextos clínicos.		
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
• Observação participante de intervenções humorosas com intencionalidade terapêutica utilizadas pelo enfermeiro especialista e restante equipa de enfermagem na promoção de conforto da criança, adolescente e família que recorrem à UCSP; • Observação participante de fatores inibidores e facilitadores para uso do humor enquanto intervenção terapêutica no contexto de estágio. • Efetuar controlo e alívio da ansiedade e dor, no âmbito da vacinação, aplicando o brincar terapêutico e humor terapêutico integrado em estratégias cognitivo-comportamentais como a distração e imaginação guiada.	• UCSP.	Materiais: • Documentos científicos sobre as temáticas; • Manuais de referência; • Bases de dados; • Computador; • Projetor; • Materiais humorosos para constituir o Kit do Humor. Humanos: • Crianças, adolescentes e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	Competências específicas do EEESIP: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
Indicadores de avaliação: E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E2.2.1 - Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem; E2.2.3 - Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor; E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E3.2.6 -Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN; E3.3.3 - Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem; E3.4.1 - Facilita a comunicação expressiva de emoções.			

4.3. Serviço de Internamento de Pediatria (SIP)

1º Objetivo Geral:

Desenvolver competências especializadas no cuidado de enfermagem à criança, adolescente e família nos seus processos saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento.

Objetivos Específicos	1.1. Analisar práticas de cuidados relacionadas com a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente e intervir junto da família.		
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
• Pesquisa bibliográfica pertinente e adequada para aprofundamento de conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento infantil; • Participação no desenvolvimento e avaliação de planos individuais de saúde, com enfoque na avaliação dos problemas, definição de resultados e planeamento de intervenções; • Transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil e alcance de maior autonomia no autocuidado. • Desenvolvimento de cuidados promotores da parentalidade e vinculação;	• SIP.	Materiais: • Documentos científicos sobre as temáticas; • Manuais de referência; • Bases de dados; • Computador com acesso à Internet; Humanos: • Crianças, adolescentes e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	Competências específicas do EEESIP: E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
Indicadores de avaliação: 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; E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E3.1.1 – Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E.3.1.2 – Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3 – Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; E3.3 –			

Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E3.4.3 – Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis.

Objetivos Específicos:	1.2. Prestar cuidados à criança, adolescente e família com situações específicas de saúde.		
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
- Participação nos cuidados de enfermagem à criança, adolescente e família em situação de hospitalização; - Observação dos cuidados de enfermagem prestados pelo EEESIP à criança, adolescente e família; - Realização de uma entrevista ao enfermeiro orientador sobre quais as doenças mais comuns no serviço; - Aprofundar conhecimentos sobre as principais causas de internamento da criança e adolescente;	SIP.	Materiais: - Documentos científicos sobre as temáticas; - Manuais de referência; - Bases de dados; - Computador. Humanos: - Crianças, adolescentes e suas famílias; - Enfermeiro orientador do contexto de estágio; - Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	Competências específicas do EEESIP: E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
Indicadores de avaliação: E2.2 – Faz a gestão diferenciada (...) e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E3.2.1 – Avalia o desenvolvimento da parentalidade; E3.2.4 - Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN; E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas; E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras; E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.			

2º Objetivo Geral:

Desenvolver competências no âmbito da promoção do conforto da criança, adolescente e família nos diferentes contextos pediátricos recorrendo ao humor enquanto instrumento terapêutico.

Objetivos Específicos:	2.1. Identificar necessidades de conforto das crianças, adolescentes e famílias e quais as medidas promotoras de conforto empregues nos diferentes contextos de cuidados.		
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
- Identificação das principais necessidades de conforto das crianças, adolescentes e famílias e quais as principais medidas promotoras de conforto empregues pelos enfermeiros no contexto de estágio; - Consulta de normas e protocolos no âmbito do controlo e gestão da dor (utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas) em vigor nos diversos contextos de estágio; - Identificação das escalas de avaliação da dor utilizadas nos diferentes contextos; - Observação participante de estratégias adotadas pelos enfermeiros para gestão diferenciada da dor e gestão emocional da criança, adolescente e família hospitalizada; - Prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família com foco na gestão diferenciada da dor, gestão emocional e promoção de conforto; - Entrevista ao enfermeiro orientador sobre as principais dificuldades relativas à promoção de conforto da criança, adolescente e família; - Realizar um estudo de caso a um cliente pediátrico com diagnóstico de enfermagem identificado de conforto comprometido.	SIP.	Materiais: - Documentos científicos sobre as temáticas como por exemplo o Guia orientador de boas práticas de Enfermagem no controlo da dor na criança da OE; - Manuais de referência; - Bases de dados; - Computador; - Normas e protocolos no âmbito do controlo e gestão da dor em vigor em cada contexto de estágio; - Instrumentos para a avaliação da dor na criança/adolescente; - Todo o material necessário para a aplicação das intervenções não farmacológicas no	Competências específicas do EEESIP: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

		alívio e controlo da dor. Humanos: • Crianças, adolescentes e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	
Indicadores de avaliação: E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; 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; E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; 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.			

Objetivos Específicos:	2.2. Utilizar estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/adolescente e família.		
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
• Pesquisa bibliográfica sobre princípios, técnicas e estratégias de comunicação adequadas com a criança, adolescente e família hospitalizados; • Observação participante de técnicas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro especialista do contexto de estágio na comunicação com a criança, adolescente e família; • Treino de técnicas e estratégias de comunicação com a criança, adolescente e família, adequadas ao estágio de desenvolvimento, situação clínica e culturalmente sensíveis, no âmbito da prestação de cuidados diretos aos mesmos. • Promoção de um ambiente terapêutico, facilitador da comunicação;	• SIP	Materiais: • Documentos científicos sobre as temáticas; • Manuais de referência; • Bases de dados; • Computador. Humanos: • Crianças, adolescentes e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	Competências específicas do EEESIP: E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
Indicadores de avaliação: E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento culturalmente sensíveis; E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E3.3.1 -Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E.3.3.2 – Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.			

Objetivos Específicos:		2.3. Implementar intervenções humorosas com intencionalidade terapêutica na prestação dos cuidados de enfermagem à criança, adolescente e família nos diversos contextos clínicos.		
Atividades	Contexto	Recursos		Competências
• Observação participante de intervenções humorosas com intencionalidade terapêutica utilizadas pelo enfermeiro especialista e restante equipa de enfermagem na promoção de conforto da criança, adolescente e família hospitalizados; • Identificação de preferências humorosas da criança, adolescente e família hospitalizados; • Observação participante de fatores inibidores e facilitadores para uso do humor enquanto intervenção terapêutica nos diversos contextos de cuidados - elaboração de uma grelha de observação;	• SIP.	Materiais: • Documentos científicos sobre as temáticas; • Manuais de referência; • Bases de dados; • Computador; • Projetor; • Materiais humorosos para constituir o Kit do Humor. Humanos: • Crianças, adolescentes e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.		Competências específicas do EEESIP: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
Indicadores de avaliação: E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E2.2.1 - Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem; E2.2.3 - Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor; E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E3.2.6 -Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN; E3.3.3 - Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem; E3.4.1 - Facilita a comunicação expressiva de emoções.				

4.4. Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

1º Objetivo Geral:

Desenvolver competências especializadas no cuidado de enfermagem à criança, adolescente e família nos seus processos saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento.

Objetivos Específicos	1.1. Analisar práticas de cuidados relacionadas com a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente e intervir junto da família.		
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
• Pesquisa bibliográfica pertinente e adequada para aprofundamento de conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento infantil; • Participação no desenvolvimento e avaliação de planos individuais de saúde, com enfoque na avaliação dos problemas, definição de resultados e planeamento de intervenções; • Transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil e alcance de maior autonomia no autocuidado. • Desenvolvimento de cuidados promotores da parentalidade e vinculação;	• SUP.	Materiais: • Documentos científicos sobre as temáticas; • Manuais de referência; • Bases de dados; • Computador com acesso à Internet; Humanos: • Crianças, adolescentes e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	Competências específicas do EEESIP: E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
Indicadores de avaliação: 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; E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E3.1.1 – Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E.3.1.2 – Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3 – Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; E3.3 – Comunica com a			

criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E3.4.3 – Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis.

Objetivos Específicos:		1.2. Prestar cuidados à criança, adolescente e família com situações específicas de saúde.	
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
- Participação nos cuidados de enfermagem à criança, adolescente e família em situação de urgência; - Aprofundamento de conhecimentos sobre as principais causas de instabilidade das funções vitais na criança, adolescente e quais as situações de doença aguda mais comuns em cada estágio do desenvolvimento;	SUP.	Materiais: - Documentos científicos sobre as temáticas; - Manuais de referência; - Bases de dados; - Computador. Humanos: - Crianças, adolescentes e suas famílias; - Enfermeiro orientador do contexto de estágio; - Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	Competências específicas do EEESIP: E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
Indicadores de avaliação: E2.2 – Faz a gestão diferenciada (...) e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E3.2.1 – Avalia o desenvolvimento da parentalidade; E3.2.4 - Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN; E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas; E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras; E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.			

2º Objetivo Geral:

Desenvolver competências no âmbito da promoção do conforto da criança, adolescente e família nos diferentes contextos pediátricos recorrendo ao humor enquanto instrumento terapêutico.

Objetivos Específicos:	2.1. Identificar necessidades de conforto das crianças, adolescentes e famílias e quais as medidas promotoras de conforto empregues nos diferentes contextos de cuidados.		
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
- Identificação das principais necessidades de conforto das crianças, adolescentes e famílias e quais as principais medidas promotoras de conforto empregues pelos enfermeiros no contexto de urgência; - Consulta de normas e protocolos no âmbito do controlo e gestão da dor (utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas) em vigor no contexto de estágio; - Identificação das escalas de avaliação da dor utilizadas no contexto; - Observação participante de estratégias adotadas pelos enfermeiros para gestão diferenciada da dor e gestão emocional da criança, adolescente e família hospitalizada; - Prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família com foco na gestão diferenciada da dor, gestão emocional e promoção de conforto; - Entrevista ao enfermeiro orientador sobre as principais dificuldades relativas à promoção de conforto da criança, adolescente e família;	SUP.	Materiais: - Documentos científicos sobre as temáticas como por exemplo o Guia orientador de boas práticas de Enfermagem no controlo da dor na criança da OE; - Manuais de referência; - Bases de dados; - Computador; - Normas e protocolos no âmbito do controlo e gestão da dor em vigor em cada contexto de estágio; - Instrumentos para a avaliação da dor na criança/adolescente; - Todo o material necessário para a aplicação das	Competências específicas do EEESIP: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

		intervenções não farmacológicas no alívio e controlo da dor. Humanos: • Crianças, adolescentes e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	
Indicadores de avaliação: E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; 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; E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; 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.			

Objetivos Específicos:		2.2. Utilizar estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/adolescente e família.	
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
• Pesquisa bibliográfica sobre princípios, técnicas e estratégias de comunicação adequadas com a criança, adolescente e família em contexto de urgência; • Observação participante de técnicas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro especialista do contexto de estágio na comunicação com a criança, adolescente e família; • Treino de técnicas e estratégias de comunicação com a criança, adolescente e família, adequadas ao estágio de desenvolvimento, situação clínica e culturalmente sensíveis, no âmbito da prestação de cuidados diretos aos mesmos. • Promoção de um ambiente terapêutico, facilitador da comunicação;	• SUP.	Materiais: • Documentos científicos sobre as temáticas; • Manuais de referência; • Bases de dados; • Computador. Humanos: • Crianças, adolescentes e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	Competências específicas do EEESIP: E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
Indicadores de avaliação: E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento culturalmente sensíveis; E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E3.3.1 -Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E.3.3.2 – Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.			

Objetivos Específicos:		2.3. Implementar intervenções humorosas com intencionalidade terapêutica na prestação dos cuidados de enfermagem à criança, adolescente e família nos diversos contextos clínicos.		
Atividades	Contexto	Recursos	Competências	
• Observação participante de intervenções humorosas com intencionalidade terapêutica utilizadas pelo enfermeiro especialista e restante equipa de enfermagem na promoção de conforto da criança, adolescente e família hospitalizados; • Identificação de preferências humorosas da criança, adolescente e família hospitalizados; • Observação participante de fatores inibidores e facilitadores para uso do humor enquanto intervenção terapêutica nos diversos contextos de cuidados - elaboração de uma grelha de observação; • Realização de uma adenda ao “Kit sem Dor” em vigor nos serviços afetos aos Departamento da Criança e do Jovem do Hospital, de forma a denomina-lo de “Kit sem Dor Humoroso” através concretização de instrumentos terapêuticos humorosos adequados a cada estágio a utilizar na criança, adolescente e família a utilizar perante procedimentos traumáticos e/ou dolorosos ou para adaptação à situação de doença e/ou hospitalização-.	• SUP.	Materiais: • Documentos científicos sobre as temáticas; • Manuais de referência; • Bases de dados; • Computador; • Projetor; • Materiais humorosos para constituir o Kit do Humor. Humanos: • Crianças, adolescentes e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	Competências específicas do EEESIP: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.	

• Identificação de necessidades de formação sobre a temática nas equipas de enfermagem em contextos de estágio; • Realização de formação à equipa de enfermagem, intitulada: O Humor enquanto intervenção terapêutica: Kit sem Dor Humoroso.			
Indicadores de avaliação: E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E2.2.1 - Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem; E2.2.3 - Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor; E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E3.2.6 -Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN; E3.3.3 - Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem; E3.4.1 - Facilita a comunicação expressiva de emoções.			

4.5. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

1º Objetivo Geral:

Desenvolver competências especializadas no cuidado de enfermagem à criança, adolescente e família nos seus processos saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento.

Objetivos Específicos		1.1. Analisar práticas de cuidados relacionadas com a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente e intervir junto da família.		
Atividades	Contexto	Recursos	Competências	
• Pesquisa bibliográfica pertinente e adequada para aprofundamento de conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento infantil; • Participação na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança; • Aplicação de instrumentos adequados de avaliação do desenvolvimento e crescimento infantil (escala Mary Sheridan) • Participação no desenvolvimento e avaliação de planos individuais de saúde, com enfoque na avaliação dos problemas, definição de resultados e planeamento de intervenções; • Transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil e alcance de maior autonomia no autocuidado. • Identificação das estratégias utilizadas pelo enfermeiro especialista na promoção da vinculação do recém-nascido;	• UCIN.	Materiais: • Documentos científicos sobre as temáticas; • Manuais de referência; • Bases de dados; • Computador com acesso à Internet; • Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil (Mary Sheridan ou Schedule of Growing Skills). Humanos: • Crianças e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio;	Competências específicas do EEESIP: E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.	

• Desenvolvimento de cuidados promotores da parentalidade e vinculação; • Analisar as sete medidas neuroproteroras definidas por Altimier & Phillips (2013) no Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal, e atuar em conformidade.		• Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	
Indicadores de avaliação: 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; E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E3.1.1 – Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E.3.1.2 – Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3 – Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; E3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E3.4.3 – Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis.			

Objetivos Específicos:	1.2. Prestar cuidados à criança, adolescente e família com situações específicas de saúde.		
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
• Observação dos cuidados de enfermagem prestados pelo EEESIP ao RN e família; • Participação nos cuidados de enfermagem à criança recém-nascida e sua família; • Aprofundamento de conhecimentos sobre as principais causas de instabilidade das funções vitais na criança recém-nascida e quais as situações de doença aguda mais comuns neste estágio do desenvolvimento; • Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESIP na promoção da vinculação do recém-nascido com os pais; • Participação nos cuidados promotores da parentalidade e vinculação.	• UCIN.	Materiais: • Documentos científicos sobre as temáticas; • Manuais de referência; • Bases de dados; • Computador. Humanos: • Crianças e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	Competências específicas do EEESIP: E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
Indicadores de avaliação: E2.2 – Faz a gestão diferenciada (...) e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E3.2.1 – Avalia o desenvolvimento da parentalidade; E3.2.4 - Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN; E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas; E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras; E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.			

2º Objetivo Geral:

Desenvolver competências no âmbito da promoção do conforto da criança, adolescente e família nos diferentes contextos pediátricos recorrendo ao humor enquanto instrumento terapêutico.

Objetivos Específicos:		2.1. Identificar necessidades de conforto das crianças, adolescentes e famílias e quais as medidas promotoras de conforto empregues nos diferentes contextos de cuidados.		
Atividades	Contexto	Recursos	Competências	
- Identificação das principais necessidades de conforto das crianças recém-nascidas e famílias e quais as principais medidas promotoras de conforto empregues pelos enfermeiros no contexto de cuidados; - Consulta de normas e protocolos no âmbito do controlo e gestão da dor (utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas) em vigor no contexto de estágio; - Identificação das escalas de avaliação da dor utilizadas no contexto; - Observação participante de estratégias adotadas pelos enfermeiros para gestão diferenciada da dor e gestão emocional da família hospitalizada; - Prestação de cuidados de enfermagem à criança e família com foco na gestão diferenciada da dor, gestão emocional e promoção de conforto; - Entrevista ao enfermeiro orientador sobre as principais dificuldades relativas à promoção de conforto da criança e família; - Elaboração de um panfleto intitulado: “Como promover o conforto do recém-nascido prematuro – o papel especial dos pais.”	UCIN.	Materiais: - Documentos científicos sobre as temáticas como por exemplo o Guia orientador de boas práticas de Enfermagem no controlo da dor na criança da OE; - Manuais de referência; - Bases de dados; - Computador; - Normas e protocolos no âmbito do controlo e gestão da dor em vigor em cada contexto de estágio; - Instrumentos para a avaliação da dor na criança/adolescente; - Todo o material necessário para a	Competências específicas do EEESIP: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.	

		aplicação das intervenções não farmacológicas no alívio e controlo da dor. Humanos: • Crianças e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	
Indicadores de avaliação: E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; 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; E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; 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.			

Objetivos Específicos:		2.2. Utilizar estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/adolescente e família.	
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
• Pesquisa bibliográfica sobre princípios, técnicas e estratégias de comunicação adequadas com a criança recém-nascida e família; • Observação participante de técnicas e estratégias utilizadas pelo enfermeiro especialista do contexto de estágio na comunicação com a criança e família; • Treino de técnicas e estratégias de comunicação com a criança, adolescente e família, adequadas ao estágio de desenvolvimento, situação clínica e culturalmente sensíveis, no âmbito da prestação de cuidados diretos aos mesmos. • Promoção de um ambiente terapêutico, facilitador da comunicação;	• UCIN.	Materiais: • Documentos científicos sobre as temáticas; • Manuais de referência; • Bases de dados; • Computador. Humanos: • Crianças e suas famílias; • Enfermeiro orientador do contexto de estágio; • Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	Competências específicas do EEESIP: E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
Indicadores de avaliação: E1.1.2 – Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento culturalmente sensíveis; E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E3.3.1 -Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E.3.3.2 – Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.			

Objetivos Específicos:		2.3. Implementar intervenções humorosas com intencionalidade terapêutica na prestação dos cuidados de enfermagem à criança, adolescente e família nos diversos contextos clínicos.	
Atividades	Contexto	Recursos	Competências
- Observação participante de intervenções humorosas com intencionalidade terapêutica utilizadas pelo enfermeiro especialista e restante equipa de enfermagem na promoção de conforto da criança e família hospitalizados; - Identificação de preferências humorosas da família de recém-nascidos hospitalizados; - Observação participante de fatores inibidores e facilitadores para uso do humor enquanto intervenção terapêutica nos diversos contextos de cuidados - elaboração de uma grelha de observação;	UCIN.	Materiais: - Documentos científicos sobre as temáticas; - Manuais de referência; - Bases de dados; - Computador; - Projeter; Humanos: - Crianças e suas famílias; - Enfermeiro orientador do contexto de estágio; - Restante equipa multidisciplinar do contexto de estágio.	Competências específicas do EEESIP: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
Indicadores de avaliação: E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E2.2.1 - Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem; E2.2.3 - Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor; E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E3.2.6 -Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN; E3.3.3 - Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem; E3.4.1 - Facilita a comunicação expressiva de emoções.			

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Association for Applied and Therapeutic Humor. (2020, Dezembro 16). *HOME: What is therapeutic humor?*. <https://www.aath.org>.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.). Climepsi Editores.
- Christie, W., & Moore, C. (2005). The impact of humor in pacientes with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9(2), 211-218. DOI: 10.1188/05.CJON.211-218.
- Dowling, J. (2002). *Humor: a coping strategy for pediatric patients*. *Pediatric Nursing*, 28(2), 123-131. https://www.researchgate.net/publication/11405814_Humor_a_coping_strategy_for_pediatic_patients.
- Hart, R., & Rollins, J. (2011). *Therapeutic Activities for Children and Teens Coping with Health Issues*. John Willey & Sons.
- Hyrkas, K. (2005). Taking “humour” seriously – an analysis of the concept “humour”. In J. R. Cutcliffe, & H. P. McKenna (Eds.), *The Essencial Concepts of Nursing* (pp. 213-228). Elsevier Churchill Livingstone.
- José, H. (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Lusociência.
- Loon, A. (2014). Humour as a Nursing Intervention. *Australasian Journal of Neuroscience*, 24(1), 7-14. DOI: 10.3316/informit.292332704696352.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança* (Cadernos OE: Série 1, nº6). Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A. (2020). *O Humor no cuidado de enfermagem à criança e adolescente: Intervenção do Enfermeiro Especialista* (Relatório de Estágio, Universidade Católica Portuguesa). Veritati. <http://hdl.handle.net/10400.14/33022>.
- Pereira, R. A. (2016). *A Doença, o Sofrimento e a Morte entram num Bar – Uma espécie de Manual de Escrita Humorística*. Tinta-da-china.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Regulamento nº 422/2018 do Ministério da Saúde. (2018). Diário da República: II Série, nº 133/2018. <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>.
- Robinson, V. (1991). *Humor and the health professions: the therapeutic use of humor in health care* (2º ed.). Slack Incorporated;

- Sanders, J. (2014). Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 675-702). Lusociência.
- Santos, C., Sousa, L., Carvalho, M., Severino, S., & José, H. (2016). A intervenção humor em enfermagem num serviço de ortopedia: estratégias e benefícios. *Revista Investigação em Enfermagem*, 36-44. https://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/2623/1/artigo%207_%20A%20INTERVEN%C3%87%C3%83O%20HUMOR%20EM%20ENFERMAGEM%20NUM%20SERVI%C3%87O%20DE%20ORTOPEDIA%20-%20ES.pdf;
- Sousa, L., & José, H. (2016). Benefícios do humor na saúde: revisão sistemática da literatura. *Enfermagem*, 22-32. Acedido em: 18-05-2022. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/304037897_Beneficios_do_humor_na_saude_Revisao_Sistematica_da_Literatura;
- Tavares, P. P. (2011). *Acolher Brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Lusociência.

APÊNDICE III

Apresentação no *Journal Club*: O Humor Terapêutico

12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

— O Humor Terapêutico

Docente: Maria Teresa Magão

Discente: Pedro Isidoro Silvestre nº4208



21 de outubro de 2021

Projeto de Estágio

- **Título:** Promoção do conforto da criança e do adolescente: O humor enquanto intervenção de enfermagem



Adequação desta intervenção terapêutica aos cuidados de saúde prestados pelos diversos campos multidisciplinares no Centro de Desenvolvimento da Criança

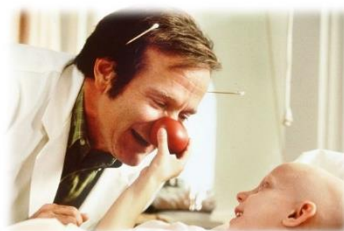
Objetivo Geral

- Sensibilizar os profissionais de saúde que trabalham no CDC para a validade do humor enquanto intervenção terapêutica na promoção do conforto da criança e adolescente;



Projeto de Estágio

Levar o humor a sério!



Filme: *Patch Adams – O Amor é contagioso*, de 1998, realizado por Tom Shadyac

O Humor E as suas Teorias

Platão e Aristóteles - Teoria da Superioridade

Francis Hutcheson (1725)

Kant e Schopenhauer - **Teoria da Incongruência**

Freud - Teoria Psicanalítica (1905)

Importante para
compreender a forma
como as crianças
vivenciam e
experienciam o humor.

(Pereira, 2016)

O Humor

O que é o humor? Que coisa é essa que nos faz rir? Porque têm os seres humanos necessidade de rir?

- Definição não é consensual
- Fenómeno complexo
- Natureza individual e multidimensional

Humor é um conceito esquivo para o qual não é possível encontrar uma definição precisa.

(Robinson, 1991)

O Humor

- **Estímulo humoroso:** anedota, música humorosa, um filme cómico, entre outras;
- **Processo mental:** percepção ou criação de incongruências divertidas;
- **Resposta fisiológica:** riso, sorriso ou alegria;

(Martin, 2001; José,2002; Sousa et al., 2019)

Humor
Experiência Cognitiva.



Riso
Expressão humana inata;
Resposta física e fisiológica a
um estímulo humoroso.

O Riso

Todas as crianças, independentemente do seu estágio de desenvolvimento, cultura ou estrato socioeconómico, riem e o seu primeiro sorriso, que ocorre entre a quarta e a sexta semanas de vida, é uma das grandes estratégias de comunicação da criança com o outro.

(José, 2002)



As crianças sorriem em média 400 vezes por dia, e adultos 15 vezes.

As crianças riem 150 vezes por dia e os adultos apenas 6 vezes por dia.

(Old, 2012)

O Humor

O humor é um dos medicamentos mais subestimados disponíveis para uso humano. É fácil, acessível, eficaz, não invasivo e barato. Os enfermeiros e os restantes profissionais de saúde podem usar o humor como intervenção terapêutica capaz de aliviar o stress, promover a saúde e bem estar dos clientes.



(Old, 2012)

O Humor

A Enfermagem era uma arte e uma ciência que requeria uma educação formal, organizada e científica, requerendo do seu profissional, além do conhecimento formal e científico, vocação e elevado padrão de sentimentos, bem como o desenvolvimento do potencial intuitivo e criativo.

(Nightingale, 1859 citada por José, 2002)



O Humor

“É agressão mas também pode ser curativo, é crueldade mas também pode ser compaixão, é sobrecarga mas também pode ser alívio, é humilhação mas também pode ser apoteose, é leviandade mas também pode ser sensatez, é faísca mas também pode ser extintor.”

(Pereira, 2016, p.32)

Dois tipos:

- **Positivo (comédia)**
- Negativo (Tragédia)

O Humor Terapêutico

A *Association for Applied and Therapeutic Humor* (2020) define o humor terapêutico como sendo qualquer intervenção que promova saúde e o bem-estar do cliente por estimular uma descoberta divertida, uma expressão, ou apreciação do absurdo e das incongruências da vida.



Esta intervenção pode melhorar a saúde, acentuar a produtividade no trabalho, apoiar a aprendizagem, ou até ser utilizada como uma terapia complementar na doença/hospitalização para ajudar a lidar com a situação ou para conseguir uma ajuda quer seja emocional, física, cognitiva, social ou espiritual.

(AATH, 2020)

O Humor Terapêutico

CrITÉRIOS para o uso apropriado do humor terapêutico:

- **Fatores pessoais do cliente:** personalidade, idade, gênero, cultura;
- **Fatores contextuais/situacionais:** situação clínica, gravidade da doença, experiências prévias de doença/hospitalização;
- **Oportunidade e conteúdo;**

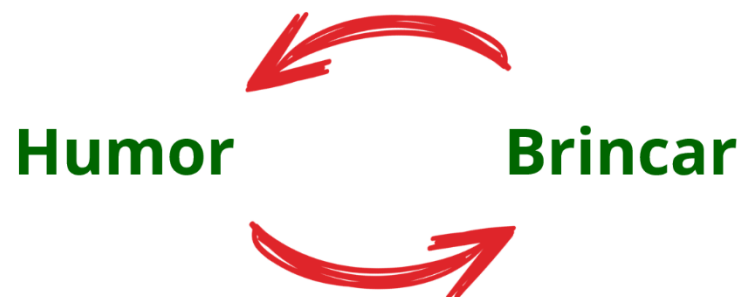
(José, 2002; Sousa & José, 2016)

Utilização deve ser planeada e recheada de intencionalidade

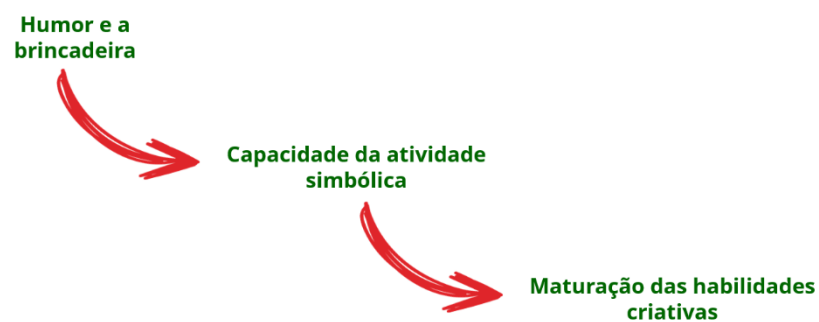
Modelo de Desenvolvimento do Humor de Paul McGhee

Fases do Modelo de Desenvolvimento do Humor de McGhee	Fases do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget	Idades
Ações incongruentes com objetos	Fase Sensoriomotora	0-2 anos
Identificação incongruente de objetos e situações	Fase Pré-Operatória	2-4 anos
Incongruência conceptual	Fase Pré-Operatória	3-7 anos
Significados Múltiplos	Fase Operacional Concreta e Fase Operacional Formal	7-17 anos

(Dowling, 2002; Martin, 2006)



Relação do Humor com o Brincar



(Fromberg & Berger, 2006)

Relação do Humor com o Brincar

Os dois fenômenos estão diretamente relacionados com crescimento e desenvolvimento motor, emocional e social, mas sobretudo com o desenvolvimento cognitivo das crianças, na capacidade crescente de reconhecer a incongruência.

(Leite, 2004; Fromberg & Berger, 2006).

O humor requer que a criança imagine que os objetos com os quais está a brincar "construam algo que ela saiba que é sem-sentido, absurdo ou impossível"

(MCGhee, 1979, p. 61 citado por Fromberg & Berger, 2006).



Brincar Terapêutico

- ✦ Proporciona diversão e relaxamento;
- ✦ Ajuda a criança a sentir-se mais segura no ambiente hospitalar que para ela é estranho;
- ✦ Alivia tensões e apoia a expressão de sentimentos;
- ✦ Estimula a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação aos outros;
- ✦ Aceita mais facilmente os cuidados de saúde;
- ✦ Coloca a criança em posição ativa, oferecendo-lhe a possibilidade de fazer escolhas e de se sentir no comando;
- ✦ Desenvolve a criatividade;
- ✦ **Atua como meio para atingir metas terapêuticas;**

(Tavares, 2011)

Humor enquanto Estratégia Não Farmacológica

Cognitivo-comportamentais - Utilizam estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, que modificam a percepção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar (por exemplo, a distração e a imaginação guiada);

Intervenções Humorosas

Despertam o riso e/ou sorriso

Desvia a atenção dos estímulos (potencialmente) dolorosos

Estimula a produção de Endorfinas

Diminui a intensidade dos fenómenos dolorosos e a recetividade do organismo à dor

Um minuto de riso equivale a 45 minutos de relaxamento!

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)



Atividades **Humorosas** Promotoras do Desenvolvimento

Pegar ao colo

Sorrire

Olhar olhos nos olhos

Cantar

Ouvir musica

Assobiar

Produzir sons

Falar

Dançar

Usar tonalidades de voz diferentes e suaves

Selecionar programas de televisão

Brincar

Incentivar o convívio

Desenhar

Reforçar a necessidade de impor regras e limites

Evitar hiperestimulação

(DGS, 2013)





Organizações positivas

O humor não resolve todos os problemas organizacionais, mas promove um espaço de maior espontaneidade e liberdade.

Desenvolvem-se ambientes de trabalho mais saudáveis, relaxantes e humanizados, onde as pessoas são mais pró-ativas, resilientes e criativas.

Em contraposição a ambientes burocráticos, onde imperam as regras e a impessoalidade, aspetos que podem dar origem a situações de ansiedade, mau humor e mal estar generalizado.

(Pina, 2014)



Conclusão

Os Enfermeiros esgotaram o domínio da técnica, havendo agora necessidade de dar sentido aos cuidados que prestam aos seus clientes (José, 2010)

É possível sugerir novas ou desconhecidas intervenções, sustentadas na prática e evidência científica atualizada com destaque para intencionalidade terapêutica, autonomia do cuidado e responsabilidade profissional (Fernandes, 2020)

Humor pode ser uma ferramenta importante numa abordagem holística dos cuidados de saúde e uma estratégia apropriada no auxílio às crianças, jovens e famílias (Dowling, 2002)

O profissional não deve ter medo de deixar emergir as dimensões lúdicas e alegres da sua personalidade já que, desse modo está a tentar implementar o uso terapêutico do seu eu no contacto com os clientes;



Bibliografia

- Association for Applied and Therapeutic Humor. (2020). *HOME: What is therapeutic humor?*. Acedido em 14-05-2021. Disponível em: <https://www.aath.org>;
- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral de Saúde;
- Dowling, J. (2002). Humor: a coping strategy for pediatric patients. *Pediatric Nursing*, 28(2), 123-131. Acedido em 26-05-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/11405814_Humor_a_coping_strategy_for_pediatric_patients;
- Fernandes, A. (2020). *O Humor no cuidado de enfermagem à criança e adolescente: Intervenção do Enfermeiro Especialista* (Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Fromberg, D. P., & Bergen, D. (2006). *Play from birth to twelve: contexts, perspectives, and meanings* (2ª Ed.). New York: Taylor & Francis Group. ISBN: 0-415-95111-9;
- José, H. (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Loures: Lusociência. ISBN: 912-8383-34-7;
- José, H. (2010). *Resposta humana ao humor: humor como resposta humana*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-56-1;
- Leite, T. M. C. (2004). *Produção académica de enfermeiros brasileiros sobre a utilização do brinquedo no hospital* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/310623/1/Leite_TaniaMariaCoelho_M.pdf;

Bibliografia

- Martin, R. A. (2006). *The Psychology of Humor: An Integrative Approach*. Cambridge: Academic Press. ISBN: 9780123725646
- Martin, R. A. (2001). *Humor, Laughter and Physical Health: methodological issues and research findings*. *Psychological Bulletin*, 127(4), 504-519. DOI: 10.1037//0033-2909.127.4.504
- Old, N. (2012). Survival of the funniest – Using therapeutic humour in nursing. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 18(8), 17-19. Acedido em: 13-06-2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23256334/>;
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança* (Cadernos OE: Série 1, nº6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Pereira, R. A. (2016). *A Doença, o Sofrimento e a Morte entram num Bar – Uma espécie de Manual de Escrita Humorística*. Lisboa: Tinta-da-china. ISBN: 978-989-671-353-9;
- Pina, J. A. (2014). *Comunicar com Humor, Insensatez ou Profissionalismo?*. Lisboa: Pactor. ISBN: 978-989-693-043-1;
- Robinson, V. (1991). *Humor and the health professions: the therapeutic use of humor in health care* (2ª ed.). Thorofare: Slack Incorporated;
- Sousa, L., & José, H. (2016). Benefícios do humor na saúde: revisão sistemática da literatura. *Enformação*, 22–32. Acedido em: 18-05-2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/304037897_Beneficios_do_humor_na_saude_Revisao_Sistematica_da_Literatura;
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Antunes, A., Frade, M., Severino, S., & Valentim, O. (2019). Humor in intervention in the nurse-patient interaction. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1136-1143. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0609;
- Tavares, P. P. (2011). *Acolher Brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-70-7;

APÊNDICE IV

Síntese Reflexiva do estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Síntese Reflexiva do estágio na Unidade de Cuidados
de Saúde Personalizados**

Pedro Miguel Isidoro Silvestre

**Lisboa
2022**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Síntese Reflexiva do estágio na Unidade de Cuidados
de Saúde Personalizados**

Pedro Miguel Isidoro Silvestre



Orientadora: Maria Teresa Gouvêa Magão



**Lisboa
2022**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP - *American Academy of Pediatrics*

ADA – *American Dietetic Association*

AND - *Academy of Nutrition and Dietetics*

APN - Associação Portuguesa de Nutrição

CEVSIJ - Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

DGS - Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESPGHAN - *European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition*

HDFF - Hospital Distrital da Figueira da Foz

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

SÍNTESE REFLEXIVA

A presente síntese reflexiva surge no âmbito do estágio realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), inserido na Unidade Curricular (UC) – Estágio com Relatório, integrada no 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Irei começar por descrever nesta minha síntese reflexiva as atividades por mim desenvolvidas e as aprendizagens adquiridas de acordo com a ordem cronológica com que as mesmas tiveram lugar.

Numa fase inicial, através da realização da reunião com a EEESIP que era também a Enfermeira Chefe da Unidade de Saúde, delineei como seria o meu percurso na UCSP, de acordo com os objetivos gerais e específicos definidos no projeto de estágio, de forma a alcançar determinados elementos de competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). As atividades a desenvolver tiveram também em conta as características do próprio contexto, as necessidades muito próprias da equipa de enfermagem e também a população-alvo de cuidados, muito díspar em termos sociais, étnicos e culturais e muito marcada pela baixa literacia em saúde.

Na primeira semana de estágio tive a oportunidade de estar presente numa sessão de formação denominada “Alimentação no 1º ano de vida”, integrada nas *Nutrisessions* da *Nutribén®*, a convite da delegada de informação médica da referida empresa que frequentemente visita a UCSP. Esta sessão ocorreu no dia 4 de novembro de 2021, teve a duração de 1 hora e teve como oradora uma pediatra, com vasta experiência na abordagem desta temática a pais/cuidadores de lactentes em contexto de consulta de pediatria. Nesta sessão foram abordadas as mais recentes atualizações sobre alimentação no primeiro ano de vida emitidas pela *European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition* (ESPGHAN), a *American Dietetic Association* (ADA), a *Academy of Nutrition and Dietetics* (AND), a *American Academy of Pediatrics* (AAP), a Associação Portuguesa de Nutrição (APN) e a própria Direção Geral da Saúde (DGS), tendo como especial enfoque o início da alimentação complementar. De relevar que embora a sessão tivesse sido organizada pela conhecida empresa de leites de fórmula, papas e saquetas de fruta, esse fator em nada foi limitativo na transmissão das mais recentes atualizações sobre alimentação complementar e em vincar a importância do aleitamento materno em exclusivo até aos seis meses de idade, como defende a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a ESPGHAN.

Para mim foi importante estar presente na referida sessão pois as ciências da nutrição estão em permanente evolução e contactamos na nossa prática diária com uma maior diversidade de padrões alimentares associados a questões de saúde, sociais, culturais, religiosas, éticas ou ambientais, entre as crianças, adolescentes e suas famílias, sendo necessária uma atualização constante de conhecimentos nesta temática por parte dos enfermeiros e restantes profissionais de saúde. As questões da alimentação ganham ainda maior preponderância em áreas sensíveis como a saúde das crianças de estádios de desenvolvimento inferiores, onde a alimentação é um determinante essencial do desenvolvimento e crescimento saudáveis (DGS, 2019). A sessão também me concedeu evidência científica atualizada e adequada para aprofundamento de conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento infantil.

A APN (2019), define a alimentação complementar como o processo que se inicia com a introdução de outros alimentos para além do leite e resulta do facto de o leite materno e/ou fórmula já não ser, por si só, suficiente para satisfazer as exigências nutricionais do lactente. No entanto, o início da alimentação complementar implica, para além da avaliação das necessidades nutricionais do lactente, uma avaliação adequada do seu desenvolvimento psicomotor, nomeadamente se assimilou determinadas competências posturais e de movimento como manter-se sentado sem apoio, segurar perfeitamente a cabeça, levar os objetos à boca, entre outras, de forma a lidar corretamente com alimentos sólidos. Implica também a avaliação regular da sua evolução ponderal. Durante a alimentação complementar deve ser oferecida uma ampla variedade de alimentos, com intervalos de inclusão entre si, de forma que o lactente experiencie o máximo possível de alimentos, texturas, aromas e novos sabores, aspetos fundamentais para que, no futuro, haja uma melhor aceitação dos alimentos, minimizando eventuais riscos nutricionais e alérgicos (APN, 2019). Ainda de acordo com a APN (2019), a etapa da alimentação complementar é muito importante, tem carácter emocional e de estruturação de comportamentos para a vida, pois este período permite que se estabeleçam hábitos alimentares saudáveis que se esperam que se mantenham no futuro.

Uma das mais valias da sessão, para além da clarificação de conceitos, foi a desmistificação de alguns preconceitos relacionados sobretudo com possíveis reações alérgicas na introdução precoce de determinados alimentos como citrinos, especiarias, ovos ou glúten e a tomada de consciência pessoal de que a alimentação complementar está intimamente relacionada com fatores sociais, culturais, étnicos, éticos, familiares e característicos do próprio lactente. Deste modo, é essencial que nesta fase de transição para o lactente e família sejamos flexíveis nas orientações a transmitir, atentemos nas características particulares da criança e família e pautemos a atuação pelo bom-senso e não pelo

fundamentalismo. São importantes sessões como esta sobre alimentação e outras temáticas intimamente relacionadas com o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, de forma a uniformizar a atuação dos profissionais de enfermagem para que não se assista à adoção de estratégias discrepantes e contradição de informação entre pares perante a mesma criança e família.

Comecei esta reflexão pela abordagem à sessão de formação pois revelou-se importante para a minha atuação no decurso das Consultas de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (CEVSIJ), dado que a alimentação é uma das temáticas de abordagem obrigatória em todas elas. Os pais/cuidadores levantam muitas questões sobre a alimentação dos seus filhos e, enquanto futuro EEESIP, tenho de procurar dar resposta a todas elas adaptando as mesmas a cada caso concreto. Passo a citar dois exemplos práticos que me marcaram durante a realização do estágio pelas questões culturais e socioeconómicas associadas, que fazem prova do alcance das unidades de competência de EEESIP: 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, E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

A primeira situação trata de um lactente de 6 meses que recorre à CEVSIJ acompanhado pela mãe, de nacionalidade chinesa e a residir em Portugal há 2 anos. Criança com desenvolvimento psicomotor e progressão ponderal adequados e que havia iniciado alimentação complementar por volta dos 5 meses, pois a mãe denotava que o leite materno era insuficiente para as necessidades nutricionais da criança. Tentei conhecer os hábitos alimentares e quais os alimentos introduzidos na dieta da criança até ao momento. Referiu já ter feito a introdução de diversos legumes e frutas sempre de forma isolada e sem reação alérgica aparente a qualquer um deles. Refere que as principais refeições consistem num puré de um legume, seguido de um puré de fruta. Quando questionada sobre o porquê de confeccionar o puré apenas de um legume e quais os motivos de não cozinhar, por exemplo, uma sopa de legumes, menciona que não o sabe fazer pois as sopas tradicionais chinesas são muito diferentes das sopas portuguesas, consistindo num caldo de especiarias com alimentos sólidos como algas, tofu, cogumelos, entre outros alimentos, algo que o filho ainda não poderá ingerir dada a idade. Posto isto, ensinei a mãe a confeccionar sopa de legumes, entregando um panfleto preconizado na UCSP acerca da alimentação complementar entre os 6 a 9 meses. Assim que a mãe passou os olhos sob o panfleto, devolve-o, dizendo que não se adequa às expectativas da mesma pois sugere a introdução de carne, peixe e ovos e ela cumpre uma dieta vegetariana e tenciona que o filho venha a cumprir uma alimentação exclusivamente

vegetariana também. Assim que escutei as palavras da mãe recordei-me de um dos artigos mencionados pela pediatra na sessão de formação intitulado: Alimentação vegetariana nos primeiros anos de vida: considerações e orientações, de Pimentel, Tomada & Rego do ano de 2018 e que tinha já em minha posse para leitura e estudo.

Uma vez que a alimentação vegetariana nos primeiros anos de vida era uma temática desconhecida para mim e para a EEESIP, decidimos imprimir o artigo, fazer uma leitura rápida do mesmo na companhia da mãe e adaptar a introdução de novos alimentos sugeridos àquilo que eram as expectativas da mãe e às capacidades da criança. Entregámos o artigo à senhora, que ficou muito comovida e agradecida, dizendo que já tinha pensado em desistir da ideia da alimentação vegetariana para o filho, pois os avós da criança não a apoiavam nesta sua decisão e até àquele momento concreto não tinha conseguido ajuda e suporte de ninguém nem mesmo de profissionais de saúde.

A ESPGHAN, a ADA, a AND e a AAP assumem que a implementação de um regime alimentar vegetariano bem planeado, mesmo durante a alimentação complementar, é passível de satisfazer as necessidades nutricionais dos lactentes e permitir o seu normal desenvolvimento estado-ponderal e cognitivo, embora haja ainda pouca informação relativa à introdução de novos alimentos neste regime alimentar e seja necessária uma supervisão médica continuada e adequada orientação nutricional (Pimentel et al., 2018). Após término da CEVSIJ, fizemos interligação pessoal com a médica assistente que iria posteriormente realizar consulta de pediatria à criança e mãe, para que pudesse apoiar no aconselhamento alimentar ou solicitar apoio de um profissional de saúde qualificado em nutrição.

A mãe, entre agradecimentos constantes e sorrisos de contentamento visíveis mesmo com a máscara cirúrgica colocada, mencionou que iria divulgar o artigo entre as amigas que cumprem também uma dieta vegetariana e prometeu contar novidades da adaptação da criança à dieta na próxima consulta de enfermagem.

A segunda situação que descrevo refere-se a uma das primeiras CEVSIJ que conduzi no UCSP e à mestria necessária para compreender as necessidades da criança e família e adaptar os ensinamentos e apoios às necessidades identificadas. A situação trata de uma criança de 2 meses que vem à CEVSIJ acompanhada pela mãe, de nacionalidade guineense e a residir em Portugal desde há 6 anos. A criança conta com mais 5 irmãos menores que residem com a mãe, pai e avós maternos na mesma habitação. Fiz avaliação do estado geral do lactente, monitorização dos parâmetros antropométricos e avaliação do desenvolvimento psicomotor através da aplicação da Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Itens para as 4-6 semanas), apresentando todos os parâmetros adequados para a idade. Posteriormente tentei validar a alimentação: tipo de aleitamento, periodicidade e duração das refeições. A mãe

indica que a criança cumpre aleitamento materno exclusivo em horário livre, aproximadamente de 3 em 3 horas e que cada mamada dura cerca de 10 a 15 minutos. A mãe refere também sensação de esvaziamento da primeira mama e por manter sinais de fome, oferece a segunda mama ficando finalmente a criança saciada.

Dado todos os indicadores positivos: boa progressão ponderal e boa adaptação à mama, disse à mãe: “Tudo está a correr bem, é só continuar com o que tem feito até aqui!” (SIC). Instintivamente a senhora responde-me: “Ai não, não!” (SIC). Pergunto porquê, tentando indagar a prontidão da resposta negativa, mencionando a mãe que vinha preparada para pedir um leite de fórmula para o filho iniciar. Ainda sem compreender o motivo para tal pedido, indiquei à mãe o sucesso que tem sido o aleitamento materno nestes dois primeiros meses de vida da criança, tinha bom estado geral, a crescer e a desenvolver-se adequadamente. A mãe ao longo do discurso acenava negativamente com a cabeça lançando também pequenas risadas em tom de desaprovação. Aproveitei para frisar todas as vantagens que o aleitamento materno tem para a mãe e para a criança, na prevenção de infeções e doenças no futuro, na proteção contra as alergias e na facilitada adaptação a outros alimentos sólidos mais tarde. Após o exposto a mãe volta de forma curta a afirmar que compreendia tudo o que eu transmitia, mas que queria mesmo a indicação de um leite de fórmula barato para o seu filho. Tentei já de forma desesperançada e ainda sem perceber o real motivo para tal pedido, dizer-lhe que não existe método mais barato e seguro de alimentar o seu filho do que com leite materno.

A EEESIP, que se encontrava ao computador, atenta a todo o meu discurso com a mãe decide intervir e pergunta à mesma: “Vai começar a trabalhar? Se sim, qual é o horário que irá cumprir?” (SIC). A mãe finalmente refere que começará a trabalhar na semana seguinte como doméstica em duas casas distintas, num horário total de 16 horas diárias, e que dado tal facto, obviamente não conseguirá manter o aleitamento materno exclusivo ao seu filho. Diz que é incomportável manter-se em casa sem trabalhar, uma vez que laborou até ao oitavo mês de gravidez e que sem o rendimento familiar habitual, durante os últimos três meses, estava a tornar-se difícil garantir o sustento a todos os filhos e aos seus pais idosos. Na família só o marido trabalha, também ele de forma precária e a auferir o salário mínimo. É impossível ouvir toda a história familiar e ficar indiferente à mesma e a todas estas dificuldades. A EEESIP, após término da consulta, conferencia comigo que infelizmente esta história familiar não é única e que a prematuridade no retorno ao trabalho, também ele precário por parte das mães, é essencial para sustento da família, razão pela qual ela respondeu negativamente às minhas afirmações. Esta situação fez-me despertar para uma realidade para a qual não estava tão alerta, de que os determinantes socioeconómicos condicionam também eles a alimentação das crianças, até em idades inferiores a 6 meses.

Planeámos algumas intervenções na tentativa de encontrar soluções para esta criança e família, sendo que primeiramente fizemos referenciação para a assistente social de forma a tentar averiguar que suporte social e económico lhes poderia ser concedido. Quanto à alimentação do bebé, conseguimos o empréstimo de uma bomba de extração de leite manual para que a mãe pudesse extrair leite e acondicioná-lo de forma segura, de modo que o bebé possa continuar a alimentar-se do leite materno durante o dia mesmo na ausência da mãe. Sugerimos ainda um leite de fórmula adaptado às necessidades nutricionais da criança, facilmente disponível em superfícies comerciais e dos mais baratos no mercado, oferecendo também uma lata que tínhamos disponível como amostra.

Considero assim que em todas as situações vivenciadas tive em conta as necessidades particulares de cada criança, adolescente e família, sobretudo aquelas que estiveram presentes na consulta de enfermagem e em sala de vacinação, tal como são exemplo as duas situações descritas.

Tive também a oportunidade de participar em algumas consultas de urgência e vivenciar situações de doença aguda, sobretudo infeções respiratórias, gastroenterites e alterações fisiológicas na pele, havendo necessidade de fazer uma avaliação mais direcionada à criança e à sintomatologia que apresentava, sendo que algumas dessas situações agudas foram detetadas no decorrer da própria CEVSIJ. A observação participante em todas estas consultas permitiu-me estar mais perto do alcance das unidades de competência de EEESIP: 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 e E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;

Realço a importância de ser um EEESIP a realizar estes contactos com a criança, adolescente e família, pois apresenta outra sensibilidade, estando mais desperto para eventuais alterações no crescimento e desenvolvimento da criança, tem conhecimento sobre doenças comuns às várias idades, conseguindo avaliar de uma forma mais adequada e conhecedora cada situação. Desta forma o EEESIP desenvolve planos individuais de saúde, com enfoque na avaliação dos problemas, definição de resultados e planeamento de intervenções, trabalhando em parceria com outros campos multidisciplinares.

Dado o exposto, recorro outra situação significativa em contexto de consulta de enfermagem em que uma criança de 7 meses e a sua mãe tinham imigrado de Angola há cerca de 1 mês e compareceram na primeira CEVSIJ há 1 semana, altura em que a mãe menciona que a criança apresenta queixas de desconforto inespecífico, episódios transitórios de choro gritado de difícil consolo e recusa alimentar. Segundo a mesma, desde o nascimento que estas queixas eram notórias, mas tinham sofrido agravamento progressivo nas últimas semanas, razão pela

qual migraram para Portugal na tentativa de obter ajuda diferenciada para o bebé. Foi observado nessa primeira consulta exclusivamente pela médica assistente que agenda nova consulta de enfermagem e de medicina dentro de uma semana para avaliar o crescimento da criança, sobretudo a progressão ponderal após aconselhamento de algumas alterações a efetuar no padrão alimentar. Segundo descrito em notas médicas, todas as queixas da mãe são comprovadas em consulta, encontrando-se a criança no percentil de peso <5, com compromisso no desenvolvimento psicomotor, de acordo com a aplicação da Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Itens para os 6 meses).

Na consulta de reavaliação, aquela em que tive oportunidade de participar, todas as queixas da criança se encontram mantidas bem como as alterações descritas de crescimento e desenvolvimento infantil. Durante a colheita de dados sobre antecedentes pessoais familiares, a mãe transmite que o avô paterno e o pai têm diagnosticada anemia das células falciformes e que o pai tem várias crises vaso-oclusivas lombares que apenas cedem com recurso a opióides. Ao ouvir tais palavras a luz que se acendeu em mim e na EEESIP foi instantânea pois todos os sintomas descritos coincidiam com uma crise álgica, provavelmente associada ao mesmo diagnóstico do pai e avô. Comunicámos à médica assistente o descrito pela mãe e foi feita referência imediata ao serviço de urgência pediátrica do hospital da área de residência, para onde seguiu. Dias mais tarde, através de contacto telefónico com a mãe, esta transmitiu-nos que se confirmou o diagnóstico de drepanocitose e que a criança estava agora com controlo analgésico adequado, encontrando-se sem queixas álgicas e tendo inclusive melhor adaptação à dieta.

Foi fundamental durante todos os contactos com a criança, adolescente e família envolver sempre todos os intervenientes na relação, através da escuta ativa e do encorajar a expressão de dúvidas, necessidades e receios, ouvindo sempre as preocupações dos pais e valorizando tudo aquilo que diziam sobre os seus filhos.

Durante as consultas de saúde infantil, e mesmo durante o contacto na sala de vacinação, foi possível prestar cuidados antecipatórios, fornecendo algumas orientações aos pais relativamente àquilo que poderiam esperar dos seus filhos em cada fase de desenvolvimento. Capacitar os pais e promover o seu *empowerment*, ou seja, dando-lhes conhecimento e orientações para futuras alterações e momentos chave no desenvolvimento dos seus filhos. Foram abordadas temáticas como a alimentação, anteriormente mencionada, mas também o sono e repouso, cuidados de higiene, eliminação vesical e intestinal, imunização de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (PNV), segurança e prevenção de acidentes, entre outros. As atividades descritas comprovam mais uma vez a proximidade do alcance da unidade de

competência E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

Como descrito sumariamente nas situações anteriormente narradas, no decorrer das próprias CEVSIJ foi possível avaliar determinados parâmetros como o estado geral da criança ou adolescente, avaliar o crescimento através da monitorização de parâmetros antropométricos, avaliar o desenvolvimento, sobretudo através da aplicação da escala de desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, e perceber como é feita a referenciação ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). De realçar que desenvolvi CEVSIJ na sua maioria a crianças em estádios de desenvolvimento inferiores, maioritariamente até à idade pré-escolar, sendo na sua larga maioria lactentes. Creio que a explicação passa pelo maior número de consultas preconizadas nesta faixa etária, de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), mas também pela harmonização destas consultas com o esquema cronológico preconizado no PNV.

Embora seja escasso o tempo preconizado para a consulta de enfermagem, cerca de 20 minutos, temos de englobar uma avaliação completa da criança ou adolescente e transmitir cuidados antecipatórios ao país/cuidadores, não descurando a avaliação de comportamentos de vinculação do principal cuidador com a criança ou adolescente. Devemos ter presente a legislação referente à proteção de menores, de apoio à maternidade/paternidade, mobilizando sempre que necessário os recursos da comunidade para adequar o suporte social a uma eventual situação problemática.

Realizei os registos de enfermagem, após cada consulta ou intervenção de enfermagem no sistema de informação em saúde preconizado: *SClínico®*, com supervisão da EEESIP e assegurei a prestação de cuidados de enfermagem respeitando sempre a confidencialidade e a segurança das informações escritas e orais, compreendendo a importância das mesmas.

A revisão do guia orientador das consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil dos 0 aos 2 anos foi outra das atividades por mim levada a cabo, sobretudo por conjugação de interesses, uma vez que foi identificada essa necessidade por parte da EEESIP, pois a última revisão do documento datava de 2012, previamente à implementação do PNSIJ. Escolhi abordar as consultas preconizadas pelo PNSIJ entre estas idades, pois foram aquelas que assumi como carenciadas de maior investimento pessoal, após elaboração do autodiagnostico de competências específicas de EEESIJ. Ao elaborar o guia, acabei por fazer uma revisão da matéria, do próprio PNSIJ e PNV e harmonizar e cimentar conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento infantil destas idades concretas, fundamentais para conduzir adequadamente as CEVSIJ. O documento em si, será também ele fundamental para a equipa de enfermagem da UCSP, pois irá permitir uniformizar procedimentos e intervenções de

enfermagem junto da criança e família na consulta para cada idade chave. O guia reúne informação fulcral sobre a etapa de crescimento e desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo, emocional e social da criança ou adolescente, bem como parâmetros a avaliar e cuidados antecipatórios a abordar em cada Consulta de Enfermagem, num documento de fácil consulta.

A oportunidade de participar no projeto de visita domiciliar ao recém-nascido e puérpera e de ter uma observação participante em Consultas de Saúde Materna e Obstetrícia e em Consultas de Planeamento Familiar a adolescentes e jovens adultos, permitiu-me ter uma noção da tipologia de consultas existentes na UCSP e da rede de recursos comunitários de suporte à criança, adolescente e família existentes. Com a presença nas consultas de planeamento familiar foi possível estar mais perto do alcance da unidade de competência de EEESIP E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. Embora estes projetos sejam conduzidos maioritariamente por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é possível inferir enquanto futuro EEESIP sobre a importância dos mesmos para a criança, adolescente e família, pois todos os envolvidos experienciam fases de transição críticas. A visita domiciliária ao recém-nascido e família, consiste numa estratégia de intervenção precoce num momento de transição especialmente crítico para as famílias, que é o nascimento de um filho.

Tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira responsável pelo projeto numa visita domiciliária a um recém-nascido de 4 dias e sua família, que nasceu após uma gestação de 39 semanas e 2 dias, por cesariana por rutura prematura das membranas, mas sem intercorrências na adaptação à vida extrauterina. Antes da entrada no domicílio, dado o contexto de pandemia foi necessário colocar todo o equipamento de proteção individual (EPI's), não só para nossa proteção, mas também para proteção da própria criança. Durante os cerca de 45 minutos que durou a visita foi possível fazer uma avaliação do estado geral da criança e o teste do diagnóstico precoce. À mãe foi possível fazer ensinamentos para tratar o ingurgitamento mamário que apresentava, demonstrando técnicas como a expressão manual e a aplicação de água quente sobre a mama. Foi ainda referido o penso à ferida cirúrgica que a mãe apresentava na região abdominal e incentivada uma maior participação nos cuidados à criança por parte do pai, pois necessitava de apoiar a companheira neste momento, porque a mesma se apresentava muito debilitada e dolorida. O pai quando viu a sutura da ferida cirúrgica finalmente acreditou que as expressões de dor verbalizadas pela companheira não eram exageradas e que de facto o seu apoio era fundamental.

Denotei que a relação que se estabelece entre a tríade criança-família-enfermeiro neste contexto é mais próxima e a própria comunicação mais fluente e espontânea, associado

provavelmente ao ambiente de maior liberdade, sem formalidades relacionais tão bem delineadas como na UCSP. Este clima de maior descontração na relação não descarta o rigor de atuação e clara intencionalidade terapêutica das intervenções de enfermagem, acabando por tornar a relação mais coesa e estreita. Enquanto observadores conseguimos apropriar-nos dos rituais quotidianos do recém-nascido e família e comprová-los in loco, fazendo uma avaliação completa e realista do meio físico, familiar e social que serão fundamentais para o desenvolvimento e crescimento saudáveis da criança.

Realço também a realização do póster intitulado: “Como confortar o seu bebé (0-12 meses) durante a vacinação?”, com enfoque na amamentação como estratégia não farmacológica para alívio da dor e desconforto da criança durante a vacinação. Segundo a DGS (2012) a maior causa de dor aguda na criança são os procedimentos invasivos, e no contexto dos cuidados de saúde primários, a administração de vacinas intramusculares associadas ao cumprimento do PNV, é a fonte de dor iatrogénica mais comum na infância (Taddio et al., 2010). Este procedimento invasivo, traumático e doloroso é repetido variadas vezes, sobretudo ao longo do primeiro ano de vida.

Ficou definido que o público-alvo do póster são os pais de crianças com idade inferior a 12 meses, que dada a baixa literacia em saúde que caracteriza a maioria da população que recorre à UCSP, desconhecem intervenções não farmacológicas a adotar durante o procedimento invasivo da vacinação, como é exemplo a amamentação. É explicitado no mesmo as vantagens do ato da amamentação para a mãe e filho, as mais valias do leite materno para a criança e a forma como a amamentação deve ser implementada durante o procedimento doloroso. São ainda mencionados métodos alternativos, caso a mãe não esteja ou não queira amamentar, como são exemplo a sucção não-nutritiva, a oferta de soluções orais açucaradas, o contacto pele a pele ou o colo.

Importa também que os EEESIP e restantes enfermeiros de cuidados gerais que prestam cuidados à criança e família nos Cuidados de Saúde Primários sejam conhecedores e estejam despertos para estas várias intervenções não farmacológicas a utilizar no alívio da dor e desconforto da criança durante a vacinação. As diferentes estratégias podem ser utilizadas, quer isoladas ou em conjunto na consecução desse objetivo, sendo a amamentação uma intervenção natural que se tem revelado eficaz na diminuição da dor durante a vacinação. De acordo com Tansky e Lindberg (2010), a amamentação engloba três componentes confortáveis e analgésicos para as crianças: o paladar, a sucção e o contato pele a pele.

A concretização desta atividade permitiu-me estar mais próximo do alcance da unidade de competência de EEESIP: E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas e E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem

promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. O póster permitiu também suprir algumas necessidades do próprio contexto, pois de acordo com a Enfermeira Especialista e de acordo com aquilo que foi a minha observação, os pais encontram-se pouco sensibilizados para estas intervenções e os enfermeiros contam com insuficiente formação e talvez, por isso haja fraca adesão à implementação desta intervenção.

Ainda no âmbito da unidade de competência E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas., consegui controlo e alívio da dor de crianças com idades superiores a 12 meses, aplicando outras intervenções não farmacológicas, sobretudo através o brincar terapêutico e humor terapêutico integrado em estratégias cognitivo-comportamentais como a distração e imaginação guiada. Mantive a aposta em instrumentos humorosos como os dedos luminosos, fantoches e livros de anedotas durante a realização de procedimentos invasivos, logicamente adaptados à idade, estágio de desenvolvimento da criança e situação clínica.

Cumpri sempre princípios éticos inerentes à profissão de enfermagem, assim como normas deontológicas e valores inerentes à mesma. A arte de cuidar e o valor dos gestos simples, da presença, do conforto, no fundo a prestação de cuidados com carinho, com afeto e com amor ganharam outra dimensão na minha forma de atuação, uma vez que neste contexto específico, onde reinam inúmeras dificuldades e vicissitudes inerentes ao contexto pandémico atual e própria crise no SNS, estes valores nunca são descurados, provando que esta filosofia de cuidados é sempre possível de pôr em prática. Esta tomada de consciência também só foi possível porque procurei sempre a excelência do cuidar em enfermagem pediátrica durante este meu percurso de estágio.

Sinto que ao longo deste estágio prestei cuidados de enfermagem diferenciados e seguros, agregando e desenvolvendo elementos de competências na minha área de especialidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Nutrição (2019). *Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: um presente para o futuro* (nº 53). Associação Portuguesa de Nutrição. https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/1000_DIAS_EBOOK-2706.pdf
- Direção Geral da Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos)*. Circular normativa Nº 022/2012. Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores*. Direção-Geral da Saúde.
- Pimentel, D., Tomada, I., & Rego, C. (2018). Alimentação vegetariana nos primeiros anos de vida: considerações e orientações. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 14, 10-17. DOI: 10.21011/apn.2018.1403.
- Regulamento nº 422/2018 do Ministério da Saúde. (2018). Diário da República: II Série, nº 133/2018. <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>.
- Taddio, A., Appleton, M., Bortolussi, R., Chambers, C., Dubey, V., Halperin, S., Hanrahan, A., Ipp, M., Lockett, D., MacDonald, N., Midmer, D., Mousmanis, P., Palda, V., Pielak, K., Riddell, R., Rieder, M., Scott, J., & Shah, V. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), 1989-1995. DOI:10.1503/cmaj.101720.
- Tansky, C., & Lindberg, C. (2010). Breastfeeding as a Pain Intervention When Immunizing Infants. *Journal for Nurse Practitioners*, 6(4), 287-295. DOI:10.1016/j.nurpra.2009.09.014.

APÊNDICE V

**Guia Orientador das Consultas de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil
e Juvenil (0-2 anos)**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Guia Orientador das Consultas de Enfermagem de
Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (0-2 anos)**

Pedro Miguel Isidoro Silvestre

**Lisboa
2022**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Guia Orientador das Consultas de Enfermagem de
Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (0-2 anos)**

Pedro Miguel Isidoro Silvestre



Orientadora: Maria Teresa Gouvêa Magão



**Lisboa
2022**

	NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM
	GUIA ORIENTADOR DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL (0-2 ANOS)
UCSP	PROGRAMA: SAÚDE INFANTIL/JUVENIL 

1.OBJECTIVOS:

- Uniformizar procedimentos e intervenções de Enfermagem junto da criança, adolescente e família na Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (CVSIJ);
- Reunir informação fulcral sobre a etapa de crescimento e desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo, emocional e social da criança, bem como parâmetros a avaliar e cuidados antecipatórios a abordar em cada Consulta de Enfermagem, num documento informatizado e de fácil consulta;

2. PUBLICO-ALVO:

- Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

3. PONTOS IMPORTANTES:

3.1. A periodicidade das Consultas de Enfermagem e de Medicina de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil na UCSP rege-se pelo preconizado no Programa Nacional De Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) emanado pela Direção Geral da Saúde (DGS) em Maio de 2013.

Consultas Idades	Médica/Enfermagem	Enfermagem
3º ao 6º dia		X (Diagnóstico Precoces)
Desde nascimento até 21 dias	X	
1 mês	X	
2 meses	X	
4 meses	X	

6 meses	X	
9 meses	X	
12 meses	X	
15 meses	X	
18 meses	X	
2 anos	X	
3 anos	X	
4 anos	X	
5 anos	X (Exame Global Saúde)	
6/7 anos	X (Final 1º ano de escolaridade)	
8 anos	X	
10 anos	X (Ano do início do 2º ciclo)	
12/13 anos	X (Exame Global Saúde)	
15/18 anos	X	

3.2. Esta periodicidade tem em conta “idades chave” que correspondem a acontecimentos marcantes na vida da criança correlacionados com a etapa de desenvolvimento psico-motor, socialização, alimentação e escolaridade.

3.3. Podem existir exames de saúde oportunistas (Consultas Médicas e/ou Consultas de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil): as idades referidas não são rígidas – se uma criança se deslocar à Unidade de Saúde, por outros motivos, pouco antes ou pouco depois da idade chave, poderá ser feito o exame indicado para essa idade. De igual modo, a periodicidade recomendada deverá adequar-se a casos particulares, podendo ser introduzidas ou suprimidas algumas consultas.

3.4. A CVSIJ contempla as seguintes etapas:

- O Acolhimento realizado pelo enfermeiro na Consulta é importante para estabelecer uma relação de empatia e de ajuda com a criança e sua família;
- A Identificação de problemas/necessidades da criança e família: o enfermeiro deve realizar uma colheita de dados, que permita identificar os problemas ou necessidades prioritárias de atuação;
- A Avaliação do crescimento e desenvolvimento: o enfermeiro que realiza a CVSIJ, deve integrar conhecimentos referentes ao desenvolvimento físico, psico-motor e psicossocial,

com o objetivo de analisar, comparar e detetar precocemente alterações no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, criança ou adolescente;

- A Valorização de cuidados antecipatórios, como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, 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. Incide sobre um vasto leque de comportamentos promotores de saúde, nomeadamente: Alimentação; Higiene; Hábitos de sono; Desenvolvimento; Eliminação; Sinais e sintomas de alerta mais comuns; Acidentes e segurança; Vacinação; Estilos de Vida saudáveis;
- A Intervenção face ao risco: o enfermeiro deve conhecer a legislação referente à proteção de menores, de apoio à maternidade/paternidade, mobilizando sempre que necessário os recursos da comunidade, para adequar o suporte social à situação problemática do recém-nascido/criança/jovem e família;
- Deve haver harmonização destas consultas com o esquema cronológico preconizado no novo Programa Nacional de Vacinação (PNV), de modo a reduzir o número de deslocações dos clientes pediátricos aos serviços de saúde;
- A colheita de dados deve ser realizada, de acordo com as etapas anteriormente referidas e os registos de enfermagem efetuados no Sistema de Informação em Saúde: *Sclínico®*.

4. SEQUÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS:

4.1. A CVSIJ é realizada previamente à consulta médica, salvo raras exceções em que haja necessidade detetada de determinada ação de enfermagem no decorrer da consulta médica ou necessidade de outro agendamento.

4.2. Preparação da CVSIJ pela Equipa de Enfermagem;

No dia agendado para a consulta o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) deve analisar se estão reunidas as condições necessárias para a consulta (climatização adequada da sala e reunir recursos/material necessários) e ativar contacto no *Sclínico®*;

4.3. Material necessário:

- Craveira;
- Fita métrica;

- Balança;
- Mala com utensílios/objetos/brinquedos terapêuticos para avaliar o desenvolvimento psicomotor da criança dos 0 aos 5 anos (de acordo com a escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada).

4.4. Execução do procedimento:

- Acolher a criança e os pais/cuidadores na sala onde será efetuada a CVSIIJ;
- Proceder à lavagem higiénica das mãos;
- Preparar a criança expondo apenas as áreas necessárias para a sua observação, com a colaboração dos pais/cuidadores;
- Efetuar a observação geral da criança (de acordo com os Parâmetros a Avaliar presentes neste Guia Orientador) e avaliar o seu desenvolvimento psicomotor com uso da escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada informando os pais/cuidadores sobre os procedimentos realizados;
- Proceder à avaliação dos parâmetros antropométricos e respetivo registo no Boletim de Saúde Individual (BSI) e no aplicativo informático;
- Proceder à lavagem higiénica das mãos;
- Informar os pais/cuidadores sobre os Cuidados Antecipatórios preconizados para cada consulta;
- Facultar folhetos informativos adequados aos pais/cuidadores;
- Informar os pais/cuidadores da criança sobre a vacina ou vacinas a administrar;
- Administrar as vacinas preconizadas segundo o PNV;
- Esclarecer eventuais dúvidas dos pais/cuidadores da criança;
- Registar as intervenções de Enfermagem no aplicativo informático: *Sclínico®*.

5. LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- BCG – Bacillus Calmette-Guérin;
- BIS – Boletim Individual de Saúde;
- CPP – Consulta de Enfermagem Pós-Parto;
- CP – Consulta de Puerpério;
- CEVSIJ – Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil;
- DGS – Direção Geral da Saúde;
- DP – Diagnóstico Precoce;
- DTPa - Difteria, tétano, tosse convulsa;
- EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Hib – Haemophilus influenzae b;
- MenB - Neisseria meningitidis B;
- MenC - Neisseria meningitidis C;
- NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco;
- Pn13 - Streptococcus pneumoniae;
- PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;
- PNV – Plano Nacional Vacinação;
- RN – Recém-Nascido;
- RSE – Registo de Saúde Eletrónico;
- SF 0,9% - Soro Fisiológico 0,9%;
- SMSL – Síndrome de Morte Súbita do Lactente;
- SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância;
- SUP – Serviço de Urgência Pediátrica;
- UCSP – Unidade de Cuidados de saúde Personalizados;
- VASPR - Sarampo, Parotidite epidémica, Rubéola;
- VIP – Poliomielite;
- VHB – Vacina contra a Hepatite B.

1ª CONSULTA (do nascimento até aos 21 dias)

- Acolher a família e Recém-nascido (RN);
- Iniciar registo informático do cliente no Sistema de Informação em Saúde *Sclínico*®:
 - Selecionar o Programa de Saúde Infantil;
 - Realizar Avaliação Inicial:
 - Utilização do Centro de Saúde:
 - Situação de doença;
 - Consulta de vigilância;
 - Receitas/Atestados;
 - Vacinação;
 - Apoio Domiciliário;
 - Tratamentos.
 - Dados gerais:
 - Nome preferido;
 - Contacto telefónico dos pais (incluir nos alertas).
 - Saúde Infantil:
 - Desenvolvimento Infantil:
 - Diagnóstico precoce:
 - Data;
 - Local.
 - Cordão umbilical:
 - Cicatrização;
 - Queda do cordão (dia);
 - Aspeto.
 - Prescrições médicas – Atitudes terapêuticas:
 - Colheita de sangue para estudo de Diagnóstico Precoce.
 - Processo – Programa Nacional de saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ):
 - Levantamento de Fenómenos e Intervenções de acordo com situação clínica:
 - Desenvolvimento Infantil;
 - Avaliar desenvolvimento infantil e juvenil;
 - Preencher *template*:
 - Período Pré-Natal e Natal:
 - Doenças durante a gravidez;
 - Duração da gravidez;
 - Nº de consultas de gravidez;

- Tipo de parto;
 - Índice de Apgar (1º/5º/10º minuto);
 - Antropometrias ao nascimento (peso, comprimento, perímetro cefálico);
 - Grupo Sanguíneo;
 - Local de Parto;
 - Risco na gravidez;
 - Necessidade de Epidural;
 - Necessidade de Reanimação;
 - Contacto pele com pele e aleitamento materno pelo menos durante a primeira hora de vida.
- Período Neo-Natal:
 - Intercorrências associadas ao nascimento e à adaptação à vida extrauterina (Asfixia perinatal; Ventilação mecânica; Displasia Broncopulmonar; Icterícia com Fototerapia; Doença metabólica; Alterações genéticas; Malformações congénitas; Cirurgia Neonatal; Doença Cardíaca; Ecografia Transfontanelar; Alterações Neurológicas; Convulsões; Infecção Neonatal; Lesão do Plexo Braquial; Internamento em Neonatologia; Rastreio Doenças Metabólicas; Vómitos; Hemorragias);
 - Resumo do Internamento Neonatal;
 - Verificar rastreios realizados: rastreio auditivo neonatal universal; rastreio oftalmológico neonatal; Rastreio de cardiopatias congénitas por oximetria de pulso;
 - Aleitamento materno até à alta (Artificial, Exclusivo, Misto).
- Adesão vacinação;
 - Papel Parental;
 - Mamar;
 - Amamentar.
- Abrir aplicação centralizada VACINAS® integrada no Registo de Saúde Eletrónico® (RSE) e registar vacinas administradas no local de parto (BCG/VHB 1);
- Preencher zona reservada à primeira CVSIIJ no Boletim Individual de Saúde (BIS), parâmetros antropométricos avaliados e respetivas curvas de crescimento;

- Esclarecer dúvidas sobre o funcionamento da UCSP, objetivos e idades-chave das CVSIIJ e contacto dos profissionais de Enfermagem;
- Validar a marcação de:
 - Consulta Médica de Saúde Infantil (até ao 21º dia, limite 28 dias);
 - Consulta do Puerpério (CP) (entre 4-6 semanas).

Parâmetros a avaliar	Cuidados Antecipatórios
▪ Executar Diagnóstico Precoce, caso não tenha sido realizado até à data da consulta: ▪ Colheita da amostra entre o 3º e o 6º dia de vida; ▪ Avaliar estado geral do RN; ▪ Monitorizar parâmetros antropométricos: ▪ Peso: ○ Perda de peso fisiológica: Perda ponderal até 10% do peso de nascimento, com recuperação entre os 10 a 14 dias de vida. ▪ Se perda superior a 10%: Observar amamentação e eventuais sinais de alerta de amamentação ineficaz; Reavaliação ponderal em 24-48h; Ponderar início de suplementação. ▪ Se perda de peso $\geq$ 12%: Solicitar observação médica na UCSP; Possível referenciação ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP). ▪ Comprimento; ▪ Perímetro Cefálico; ▪ Índice de Massa Corporal; ▪ Avaliar desenvolvimento do RN: ▪ Avaliar Reflexos Primitivos: ○ Sucção e Deglutição; ○ Preensão palmar e plantar; ○ Marcha automática; ○ Babinski; ○ Moro; ▪ Se detetadas alterações no desenvolvimento psicomotor fazer referenciação no Sistema Nacional de	Educar / Informar sobre: ▪ Diagnóstico Precoce: ▪ Do que se trata; ▪ Doenças rastreadas; ▪ Consulta de resultado. ▪ Vigilância periódica: ▪ Próxima CVSIIJ: 1 mês de vida; ▪ Próximas vacinas: 2 meses de vida: ○ VHB 2; Hib 1; DTPa 1; VIP 1; Pn13 1; MenB 1; ○ Consultar Anexo I – PNV Esquema geral recomendado. ▪ Perda de peso fisiológica; ▪ Ganho de peso: 150 a 200 g por semana nos primeiros 6 meses; ▪ Ter em conta que todas as crianças são diferentes e essa diferença contempla também um ritmo próprio de crescimento. Importa saber avaliar sinais de má progressão ponderal. ▪ Promover a manutenção do aleitamento materno exclusivo pelo menos até aos 6 meses, salvo contraindicações absolutas; ▪ Se aleitamento artificial/misto: ▪ Necessidades hídricas diárias: 150ml/kg/dia; ▪ Reforço dos cuidados na preparação do biberão: ○ 1 colher de medida por cada 30 ml de água; ○ Colocar primeiro a água e só depois o pó; ○ Como lavar e esterilizar o biberão. ▪ Ensino dos sinais de alerta de amamentação ineficaz: ▪ Intervalos longos entre as mamadas, sucção débil, sonolência excessiva, diminuição do número de dejeções e de micções e icterícia da pele e mucosas; ▪ Cuidados de Higiene: ▪ Indicados 2 a 3 banhos por semana e higiene da zona ano-genital diária; ▪ Duração do banho < 5 minutos;

Intervenção Precoce na Infância (SNIPI); ▪ Palpar Fontanelas (Anterior e Posterior): tamanho e pulsatilidade; ▪ Avaliar a Pele: hidratação, coloração, temperatura, textura e alterações: ▪ Fisiológicas do RN: lesões traumáticas; fenômenos vasculares; alterações da pigmentação; alterações das mucosas; alterações hormonais; ▪ Transitórias do RN: eritema tóxico; pustulose melânica neonatal transitória; acropustulose da infância; pustulose cefálica transitória; miliária; necrose do tecido celular subcutâneo. ▪ Observar Coto umbilical/ Cicatriz; ▪ Validar alimentação: tipo de aleitamento; periodicidade e duração das refeições, frequência da regurgitação; ▪ Avaliar eliminação intestinal; ▪ Avaliar eliminação vesical; ▪ Cumprir calendário vacinal segundo PNV, administrando as vacinas preconizadas VHB 1 e BCG, quando cumpridos critérios de elegibilidade; ▪ Avaliar comportamentos de vinculação do principal cuidador com o RN: ▪ Satisfação do principal cuidador com o seu bebé (enamoramento); ▪ Adaptação da família às novas rotinas e reações dos irmãos, se existirem; ▪ Sinal de alerta – Falta de interesse no RN, desespero e ideação suicida. ▪ Questionar sobre a exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente; ▪ Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus-tratos: ▪ Fazer avaliação do risco familiar e eventual referenciação ao Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR).	▪ Temperatura ambiente > 22°C e da água a 36-37°C (colocar primeiro a água fria e depois a quente de forma a evitar queimaduras); ▪ Gel de lavagem com pH neutro e sem perfumes nem aditivos; ▪ Creme a aplicar após o banho sem perfumes nem parabenos; ▪ Ritual do banho antes de dormir melhora a qualidade de sono do RN; ▪ Não deve ser feita limpeza dos ouvidos com cotonetes; ▪ A lavagem do nariz, se necessária, deve ser feita com soro fisiológico a 0,9% (SF 0,9%); ▪ As unhas deverão ser limadas com lima de papel ou cortadas com tesoura de pontas redondas. ▪ Cuidados ao coto umbilical ou cicatriz: ▪ Manter o cordão umbilical limpo e seco, sem aplicar qualquer tipo de antisséptico ou desinfetante, apenas SF 0,9%; ▪ Não colocar compressas, nem cobrir com a fralda ou com uma faixa; ▪ Ensinar sobre sinais inflamatórios/infeciosos do local. ▪ Eliminação Intestinal/Cólicas: ▪ Ensino sobre estratégias não farmacológicas para alívio da cólica como a massagem abdominal, posicionamento e redução de estímulos externos. ▪ Promoção de uma boa higiene do sono; ▪ O ritual de adormecimento deve ser proporcionado pelo cuidador e não deve depender de elementos externos, como televisão e automóvel; ▪ Deve dormir em berço próprio e não na cama com os pais; ▪ Posição: decúbito dorsal. ▪ Acidentes e Segurança ▪ Roupas: ○ Confortável e preferencialmente de algodão ou fibras naturais; ○ Retirar todas as etiquetas que se encontrem em contato com a pele; ○ Utilizar mais 2 camadas de roupa e associar ao uso de gorro. ▪ Prevenção da Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL): ○ Decúbito dorsal durante o sono do RN; ○ Colchão firme e bem-adaptado ao berço ou alfofa, coberto por um lençol ajustado. ○ Evitar o sobreaquecimento da cama e do quarto (ideal 22°C)
---	---

	○ Não devem ser colocados objetos na cama do RN; ▪ Chupeta: Evitar fios ou cordões pelo risco de asfixia; ▪ Prevenção de quedas: ○ Não deixar o RN sozinho em locais altos como mesas de muda de fraldas ou camas sem grades; ○ Outras crianças não devem pegar em RN sem a supervisão de um adulto; ○ Ao transportar o RN na cadeira de transporte os cintos devem estar colocados e bem-adaptados. ▪ Transporte de automóvel: ○ Sistemas de retenção no transporte automóvel Grupo 0+ (até 13Kg) com a cadeira virada para trás. ▪ Ensino sobre medição da temperatura corporal do RN e valores de febre; ▪ Explicar sobre outros sinais de alarme de doença aguda: ▪ Recusa alimentar (recusar 2 mamadas seguidas), gemido, irritabilidade, prostração, cianose, choro inconsolável, oligúria e anúria.
Sinais de alarme	
▪ Hiper ou hipotonicidade; ▪ Sem reação a sons altos e súbitos; ▪ Sem resposta adequada a teste de reflexos primitivos;	
Atividades promotoras do desenvolvimento	
▪ Pegar no(a) bebé e embalá-lo(a) suavemente. Pode aconselhar-se uma cadeira de balouço; ▪ Falar e cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves e suaves. Chamar o(a) bebé pelo nome; ▪ Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se; ▪ Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas; ▪ Comunicar com o(a) bebé olhando-o(a) nos olhos, encostado ao peito; ▪ Colocar o(a) bebé sobre os joelhos, deixar que ela(e) agarre o indicador com as mãos e converse com ela(e); ▪ Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando o(a) bebé em estado de alerta e com a cabeça em posição central; ▪ Dar oportunidade ao bebé de experimentar cheiros diferentes (flor, laranja...) ▪ Fazer massagem suave corporal, observando sempre o(a) bebé calmamente, sem movimentos muito elaborados. Não forçar movimentos, fazer pouca pressão, não exceder os 20 minutos; ▪ Pegar ao colo, olhar olhos nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, quando em estado de alerta; ▪ Oferecer o polegar do(a) bebé para que esta(e) se autoconforte e reorganize; ▪ Evitar ambientes hiperestimulantes. Observar o(a) bebé.	

CONSULTA DO 1º MÊS

- Averiguar ocorrências desde a última consulta:
 - ✓ Episódios de doença aguda, acidentes e internamentos;
 - ✓ Recorrências ao SUP;
 - ✓ Consultas de especialidades;
 - ✓ Exames complementares de diagnóstico;
 - ✓ Terapêutica e suplementação habitual;
 - ✓ Alterações do meio envolvente.
- ✓ Responder a preocupações dos pais/cuidadores, no que diz respeito à saúde global da criança;
- ✓ Verificar se os pais consultaram o resultado do Diagnóstico Precoce;
- ✓ Preencher zona reservada à CVSIIJ do 1º mês no BIS, parâmetros antropométricos avaliados e respetivas curvas de crescimento.

Parâmetros a avaliar	Cuidados Antecipatórios
▪ Avaliar estado geral do lactente; ▪ Monitorizar parâmetros antropométricos: ▪ Peso; ▪ Comprimento; ▪ Perímetro Cefálico; ▪ Índice de Massa Corporal. ▪ Avaliar desenvolvimento do lactente: Consultar Anexo II – Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Itens para as 4-6 semanas). ▪ Se detetadas alterações no desenvolvimento psicomotor fazer referência no SNIPI; ▪ Palpar Fontanelas (Anterior e Posterior): tamanho e pulsabilidade. ▪ Avaliar a Pele: hidratação, coloração, temperatura, textura e alterações ▪ Observar cicatriz umbilical. ▪ Validar alimentação: tipo de aleitamento, periodicidade e duração das refeições, frequência da regurgitação. ▪ Avaliar eliminação intestinal; ▪ Avaliar eliminação vesical; ▪ Verificar a realização das vacinas VHB 1 e BCG, quando cumpridos critérios de elegibilidade, e avaliar respetiva cicatriz vacinal;	Educar / Informar sobre: ▪ Vigilância periódica: ▪ Próxima CVSIIJ: 2 meses de vida; ▪ Próximas vacinas: 2 meses de vida: ○ VHB 2; Hib 1; DTPa 1; VIP 1; Pn13 1; MenB 1; ○ Consultar Anexo I – PNV Esquema geral recomendado. ▪ Vacinas Extra-PNV; ▪ Ganho de peso: 150 a 200 g por semana nos primeiros 6 meses; ▪ Ter em conta que todas as crianças são diferentes e essa diferença contempla também um ritmo próprio de crescimento. Importa saber avaliar sinais de má progressão ponderal. ▪ Promover a manutenção do aleitamento materno exclusivo pelo menos até aos 6 meses, salvo contra-indicações absolutas; ▪ Se aleitamento artificial/misto: ▪ Necessidades hídricas diárias: 150ml/kg/dia; ▪ Reforço dos cuidados na preparação do biberão;

▪ Avaliar comportamentos de vinculação do principal cuidador com o RN: ▪ Satisfação do principal cuidador com o seu bebé (enamoramento); ▪ Adaptação da família às novas rotinas e reações dos irmãos, se existirem; ▪ Sensibilidade e consequente resposta do principal cuidador às manifestações do bebé; ▪ Sinal de alerta – Falta de interesse no lactente, desespero e ideação suicida. ▪ Questionar sobre a exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente: ▪ Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus-tratos: ▪ Fazer avaliação do risco familiar e eventual referência ao NACJR.	○ 1 colher de medida por cada 30 ml de água; ○ Colocar primeiro a água e só depois o pó; ○ Como lavar e esterilizar o biberão. ▪ Ensino dos sinais de alerta de amamentação ineficaz: ▪ Intervalos longos entre as mamadas, sucção débil, sonolência excessiva, diminuição do número de dejeções e de micções e icterícia da pele e mucosas; ▪ Ensino sobre a diferenciação entre regurgitação e vómito; ▪ Cuidados de Higiene: ▪ Indicado banho diário, com especial atenção para a zona ano-genital e pregas cutâneas; ▪ Duração do banho < 5 minutos; ▪ temperatura ambiente > 22°C e da água a 36-37°C (colocar primeiro a água fria e depois a quente de forma a evitar queimaduras); ▪ Gel de lavagem com pH neutro e sem perfumes nem aditivos. ▪ Creme a aplicar após o banho sem perfumes nem parabenos; ▪ Ritual do banho antes de dormir melhora a qualidade de sono do lactente; ▪ Não deve ser feita limpeza dos ouvidos com cotonetes; ▪ A lavagem do nariz, se necessária, deve ser feita com soro fisiológico a 0,9% (SF 0,9%); ▪ As unhas deverão ser limadas com lima de papel ou cortadas com tesoura de pontas redondas. ▪ Aplicar compressa molhada nos rebordos alveolares após os períodos de aleitamento como cuidado de higiene oral antes do nascimento do 1º dente. ▪ Eliminação Intestinal/Obstipação/Cólicas: ▪ Ensino sobre estratégias não farmacológicas para alívio da cólica e obstipação como a massagem abdominal, posicionamento e redução de estímulos externos. ▪ Promoção de uma boa higiene do sono; ▪ O ritual de adormecimento deve ser proporcionado pelo cuidador e não deve depender de elementos externos, como televisão e automóvel;
---	---

	▪ Respeitar ritmo circadiano: sesta durante o dia em locais com luz natural e à noite dormir em quarto escuro, apenas com pequena luz de presença; ▪ Deve dormir em berço próprio e não na cama com os pais; ▪ Posição: decúbito dorsal. ▪ Acidentes e Segurança ▪ Roupas ○ Confortável e preferencialmente de algodão ou fibras naturais; ○ Retirar todas as etiquetas que se encontrem em contato com a pele; ○ Utilizar mais 1 camada de roupa do que os adultos e associar ao uso de gorro. ▪ Prevenção da SMSL: ○ Decúbito dorsal durante o sono do lactente; ○ Colchão firme e bem-adaptado ao berço ou alcofa, coberto por um lençol ajustado; ○ Evitar o sobreaquecimento da cama e do quarto (ideal 22°C); ○ Não devem ser colocados objetos na cama do lactente. ▪ Chupeta: Evitar fios ou cordões pelo risco de asfixia; ▪ Prevenção de quedas: ○ Não deixar o lactente sozinho em locais altos como mesas de muda de fraldas ou camas sem grades; ○ Outras crianças não devem pegar em lactente sem a supervisão de um adulto; ○ Ao transportar na cadeira de transporte os cintos devem estar colocados e bem-adaptados ao lactente. ▪ Transporte de automóvel ○ Sistemas de retenção no transporte automóvel Grupo 0+ (até 13Kg) com a cadeira virada para trás. ▪ Fora de casa: ○ Usar protetor solar e roupas que cubram o corpo para evitar queimaduras solares. ▪ Promover passeios ao ar livre durante cerca 20 minutos/dia para exposição solar. Evitar ambientes fechados, com muitas pessoas, como centros comerciais e restaurantes.
--	---

	Crianças com menos 6 meses, não devem ir à praia; ▪ Ensino sobre medição da temperatura corporal do lactente e valores de febre: ▪ Informar acerca do Paracetamol, com indicação da dose (segundo cálculo 15 mg/Kg de 8/8h, para uso em SOS) – Anexo III: Tabela de Antipiréticos. ▪ Conduta face a sinais e sintomas comuns: choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre; ▪ Explicar outros sinais de alarme de doença aguda: ▪ Recusa alimentar (recusar 2 mamadas seguidas), gemido, irritabilidade, prostração, cianose, choro inconsolável, oligúria e anúria.
Sinais de alarme	
▪ Ausência de tentativa de controlo da cabeça na posição sentado; ▪ Hiper / hipotonicidade na posição de pé; ▪ Não segue a face humana; ▪ Não vira os olhos ou a cabeça para seguir o som (voz humana); ▪ Não estabelece qualquer tipo de interação; ▪ Não se mantém em situação de alerta, nem por períodos breves.	
Atividades promotoras do desenvolvimento	
▪ Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto do rosto da criança, a uma distância um pouco superior a 20 cm e não necessariamente em forma de esfera; ▪ Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção; ▪ Observar o(a) bebé sobre a forma como dorme, sossega, se alimenta e procura auto conforto; ▪ Conversar com carinho, aprender a tocá-lo(a), embalá-lo(a), estar em sincronia com o seu comportamento. Manter tonalidades de voz diferentes e suaves. Continuar a usar a cadeira de balouço; ▪ Mudar periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto, sem utilização do decúbito ventral para dormir; ▪ Continuar a massajar de forma simples, sem movimentos bruscos e muito elaborados e sem muita pressão. Não exceder os 20 minutos; ▪ Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes hiperestimulantes.	

CONSULTA DOS 2 MESES

- Averiguar ocorrências desde a última consulta:
 - ✓ Episódios de doença aguda, acidentes e internamentos;
 - ✓ Recorrências ao SUP;
 - ✓ Consultas de especialidades;
 - ✓ Exames complementares de diagnóstico;
 - ✓ Terapêutica e suplementação habitual;
 - ✓ Alterações do meio envolvente.
- ✓ Responder a preocupações dos pais/cuidadores, no que diz respeito à saúde global da criança;
- ✓ Preencher zona reservada à CVSIJ do 2º mês no BIS, parâmetros antropométricos avaliados e respetivas curvas de crescimento.

Parâmetros a avaliar	Cuidados Antecipatórios
▪ Avaliar estado geral do lactente; ▪ Monitorizar parâmetros antropométricos: ▪ Peso; ▪ Comprimento; ▪ Perímetro Cefálico; ▪ Índice de Massa Corporal; ▪ Avaliar desenvolvimento do lactente: Consultar Anexo II – Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Itens para as 4-6 semanas); ▪ Se detetadas alterações no desenvolvimento psicomotor fazer referência no SNIPI. ▪ Palpar Fontanela Anterior: tamanho e pulsatilidade; Fontanela Posterior deverá estar encerrada; ▪ Avaliar a Pele: hidratação, coloração, temperatura, textura e alterações; ▪ Validar alimentação: tipo de aleitamento, periodicidade e duração das refeições, frequência da regurgitação; ▪ Avaliar eliminação intestinal; ▪ Avaliar eliminação vesical; ▪ Cumprir calendário vacinal segundo PNV, administrando as vacinas preconizadas para os 2 meses: VHB 2; Hib 1; DTPa 1; VIP 1; Pn13 1; MenB 1; ▪ Administrar vacinas extra-PNV se for essa a intenção dos pais/cuidadores;	Educar / Informar sobre: ▪ Vigilância periódica: ▪ Próxima CVSIJ: 4 meses de vida; ▪ Próximas vacinas: 4 meses de vida: ○ Hib 2; DTPa 2; VIP 2; Pn13 2; MenB 2; ○ Consultar Anexo I – PNV Esquema geral recomendado. ▪ Antecipar reações secundárias mais frequentes às vacinas administradas; ▪ Vacinas Extra-PNV; ▪ Ganho de peso: 150 a 200 g por semana nos primeiros 6 meses; ▪ Ter em conta que todas as crianças são diferentes e essa diferença contempla também um ritmo próprio de crescimento. Importa saber avaliar sinais de má progressão ponderal. ▪ Promover a manutenção do aleitamento materno exclusivo pelo menos até aos 6 meses, salvo contra-indicações absolutas; ▪ Se aleitamento artificial/misto: ▪ Necessidades hídricas diárias: 150ml/kg/dia; ▪ Ensino dos sinais de alerta de amamentação ineficaz:

▪ Vacinação contra o rotavírus: ○ A partir das 6 semanas de vida no esquema de 2 doses (Rotarix® – 2 e 4 meses); ○ Esquema de 3 doses (Rotateq® – 2, 4 e 6 meses). ▪ Avaliar comportamentos de vinculação do principal cuidador com o lactente: ▪ Sinal de alerta – bebê inconsolável/bebê apático sem períodos de comunicação. ▪ Questionar sobre a exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente; ▪ Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus-tratos; ▪ Fazer avaliação do risco familiar e eventual referência ao NACJR.	▪ Intervalos longos entre as mamadas, sucção débil, sonolência excessiva, diminuição do número de dejeções e de micções e icterícia da pele e mucosas. ▪ Cuidados de Higiene: ▪ Indicado banho diário, com especial atenção para a zona ano-genital e pregas cutâneas; ▪ Duração do banho < 5 minutos; ▪ temperatura ambiente > 22°C e da água a 36-37°C (colocar primeiro a água fria e depois a quente de forma a evitar queimaduras); ▪ Gel de lavagem com pH neutro e sem perfumes nem aditivos; ▪ Creme a aplicar após o banho sem perfumes nem parabenos; ▪ Ritual do banho antes de dormir melhora a qualidade de sono do lactente; ▪ Não deve ser feita limpeza dos ouvidos com cotonetes; ▪ A lavagem do nariz, se necessária, deve ser feita com soro fisiológico a 0,9% (SF 0,9%); ▪ As unhas deverão ser limadas com lima de papel ou cortadas com tesoura de pontas redondas; ▪ Aplicar compressa molhada nos rebordos alveolares após os períodos de aleitamento como cuidado de higiene oral antes do nascimento do 1º dente. ▪ Eliminação Intestinal/Obstipação/Cólicas: ▪ Ensino sobre estratégias não farmacológicas para alívio da cólica e obstipação como a massagem abdominal, posicionamento e redução de estímulos externos. ▪ Promoção de uma boa higiene do sono; ▪ O ritual de adormecimento deve ser proporcionado pelo cuidador e não deve depender de elementos externos, como televisão e automóvel; ▪ Deve dormir em berço próprio e não na cama com os pais; ▪ Posição: decúbito dorsal. ▪ Acidentes e Segurança ▪ Roupas: ○ Confortável e preferencialmente de algodão ou fibras naturais; ○ Retirar todas as etiquetas que se encontram em contato com a pele;
--	--

	○ Utilizar mais 1 camada de roupa do que os adultos e associar ao uso de gorro. ▪ Prevenção da SMSL: ○ Decúbito dorsal durante o sono do lactente; ○ Colchão firme e bem-adaptado ao berço ou alcofa, coberto por um lençol ajustado; ○ Evitar o sobreaquecimento da cama e do quarto (ideal 22°C); ○ Não devem ser colocados objetos na cama do lactente. ▪ Chupeta: Evitar fios ou cordões pelo risco de asfixia; ▪ Prevenção de quedas: ○ Não deixar o lactente sozinho em locais altos como mesas de muda de fraldas ou camas sem grades; ○ Outras crianças não devem pegar em lactente sem a supervisão de um adulto; ○ Ao transportar na cadeira de transporte os cintos devem estar colocados e bem-adaptados ao lactente. ▪ Transporte de automóvel ○ Sistemas de retenção no transporte automóvel Grupo 0+ (até 13Kg) com a cadeira virada para trás. ▪ Fora de casa: ○ Usar protetor solar e roupas que cubram o corpo para evitar queimaduras solares. ▪ Promover passeios ao ar livre durante cerca 20 minutos/dia para exposição solar. Evitar ambientes fechados, com muitas pessoas, como centros comerciais e restaurantes. Crianças com menos 6 meses, não devem ir à praia; ▪ Ensino sobre medição da temperatura corporal do lactente e valores de febre: ▪ Informar acerca do Paracetamol, com indicação da dose (segundo cálculo 15 mg/Kg de 8/8h, para uso em SOS). – Anexo III: Tabela de Antipiréticos. ▪ Conduta face a sinais e sintomas comuns: choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre; ▪ Explicar outros sinais de alarme de doença aguda:
--	---

	▪ Recusa alimentar (recusar 2 mamadas seguidas), gemido, irritabilidade, prostração, cianose, choro inconsolável, oligúria e anúria.
Sinais de alarme	
▪ Ausência de tentativa de controlo da cabeça na posição sentado; ▪ Hiper / hipotonicidade na posição de pé; ▪ Não segue a face humana; ▪ Não vira os olhos ou a cabeça para seguir o som (voz humana); ▪ Não estabelece qualquer tipo de interação; ▪ Não se mantém em situação de alerta, nem por períodos breves.	
Atividades promotoras do desenvolvimento	
▪ Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto do rosto da criança, a uma distância um pouco superior a 20 cm e não necessariamente em forma de esfera; ▪ Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção; ▪ Observar o(a) bebé sobre a forma como dorme, sossega, se alimenta e procura auto conforto; ▪ Conversar com carinho, aprender a tocá-lo(a), embalá-lo(a), estar em sincronia com o seu comportamento. Manter tonalidades de voz diferentes e suaves. Continuar a usar a cadeira de balouço; ▪ Mudar periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto, sem utilização do decúbito ventral para dormir; ▪ Continuar a massajar de forma simples, sem movimentos bruscos e muito elaborados e sem muita pressão. Não exceder os 20 minutos; ▪ Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes hiperestimulantes.	

CONSULTA DOS 4 MESES

- Averiguar ocorrências desde a última consulta:
 - ✓ Episódios de doença aguda, acidentes e internamentos;
 - ✓ Recorrências ao SUP;
 - ✓ Consultas de especialidades;
 - ✓ Exames complementares de diagnóstico;
 - ✓ Terapêutica e suplementação habitual;
 - ✓ Alterações do meio envolvente.
- ✓ Responder a preocupações dos pais/cuidadores, no que diz respeito à saúde global da criança;
- ✓ Preencher zona reservada à CVSIIJ do 4º mês no BIS, parâmetros antropométricos avaliados e respetivas curvas de crescimento.

Parâmetros a avaliar	Cuidados Antecipatórios
▪ Avaliar estado geral do lactente; ▪ Monitorizar parâmetros antropométricos: ▪ Peso - Aproximadamente o dobro do peso à nascença; ▪ Comprimento; ▪ Perímetro Cefálico; ▪ Índice de Massa Corporal; ▪ Avaliar desenvolvimento do lactente: Consultar Anexo II – Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Itens para os 3 meses): ▪ Se detetadas alterações no desenvolvimento psicomotor fazer referência no SNIPI. ▪ Palpar Fontanela Anterior: tamanho e pulsatilidade; ▪ Avaliar a Pele: hidratação, coloração, temperatura, textura e alterações; ▪ Validar alimentação: tipo de aleitamento, periodicidade e duração das refeições, frequência da regurgitação; início da alimentação complementar; ▪ Avaliar eliminação intestinal; ▪ Avaliar eliminação vesical; ▪ Cumprir calendário vacinal segundo PNV, administrando as vacinas preconizadas para os 4 meses: Hib 2; DTPa 2; VIP 2; Pn13 2; MenB 2;	Educar / Informar sobre: ▪ Vigilância periódica: ▪ Próxima CVSIIJ: 6 meses de vida; ▪ Próximas vacinas: 6 meses de vida: ○ VHB 3; Hib 3 DTPa 3; VIP 3; ○ Consultar Anexo I – PNV Esquema geral recomendado; ▪ Antecipar reações secundárias mais frequentes às vacinas administradas; ▪ Vacinas Extra-PNV; ▪ Ganho de peso: 150 a 200 g por semana nos primeiros 6 meses; ▪ Ter em conta que todas as crianças são diferentes e essa diferença contempla também um ritmo próprio de crescimento. Importa saber avaliar sinais de má progressão ponderal. ▪ Promover a manutenção do aleitamento materno exclusivo pelo menos até aos 6 meses, salvo contraindicações absolutas; ▪ Orientar a conciliação do aleitamento materno com a atividade profissional da mãe. ○ Licença de amamentação: Interrupção diária do trabalho em 2 períodos distintos de 1 hora cada; ○ Possibilidade de extrair leite através de uma bomba e acondicioná-lo de forma segura, de modo que o bebé possa

▪ Administrar vacinas extra-PNV se for essa a intenção dos pais/cuidadores: ▪ 2ª dose da vacina contra rotavírus (última dose no caso da Rotarix®). ▪ Questionar sobre o reingresso da mãe ao trabalho e futuros cuidadores da criança (creche, ama ou familiares); ▪ Avaliar comportamentos de vinculação do principal cuidador com o lactente: ▪ Sinal de alerta – não acalma preferencialmente com a figura do cuidador/ausência de prazer interativo (interação desadaptada). ▪ Questionar sobre a exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente; ▪ Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus-tratos; ▪ Fazer avaliação do risco familiar e eventual referência ao NACJR.	continuar a alimentar-se do leite materno na ausência da mãe. ▪ Se aleitamento artificial/misto: ▪ A alimentação complementar deve iniciar-se entre os 4 e os 6 meses. Neste caso, ou na ausência de leite materno manter a utilização de leite para lactentes até aos 12 meses: ○ Substituir uma ou duas refeições de leite por sopa de legumes e/ou papa de cereais; ○ 1ª sopa: batata + cenoura + legume verde (substituir ou introduzir um legume novo a cada 3 dias como alface, abóbora, feijão-verde, agrião, alho-francês, brócolos, curgete, couve-flor, ervas-aromáticas, etc.); ○ Adicionar 5 mL de azeite no final da cozedura; não adicionar sal no 1º ano de vida da criança; ○ Dar como sobremesa após a sopa: Fruta crua, cozida, assada, ralada ou esmagada; Regra de nova fruta a cada 3 dias; ○ Preparar papas não-lácteas com o leite que o bebe está a tomar; as papas lácteas preparar com água; ○ Introduzir o glúten (farinha de trigo, cevada, aveia e centeio) em pequenas quantidades entre os 4 e 7 meses. ▪ Ensino sobre sinais e sintomas de alergia alimentar ou intolerância alimentar; ▪ Manter Cuidados de Higiene diários; ▪ Eliminação Intestinal/Obstipação/Cólicas; ▪ Alteração das características das dejeções (frequência, consistência e coloração) com o início da diversificação alimentar. ▪ Promoção de uma boa higiene do sono: ▪ Número total de horas diárias de 12 a 16 horas (incluindo sesta); ▪ No ritual de adormecimento, deve promover-se a autorregulação da criança, podendo-se diminuir, progressivamente, o uso do colo e substituí-lo por outras modalidades interativas como o toque e a voz; ▪ Estabelecer rotinas para dormir; ▪ Ao adquirir uma cama para o bebé, verifique se é estável, sólida e com grades de pelo menos 60 cm de altura. A distância entre as grades não deve ser superior a 6,5 cm. ▪ Acidentes e Segurança ▪ Prevenção da SMSL: ○ Decúbito dorsal durante o sono do lactente; ○ Colchão firme e bem-adaptado à cama ou berço, coberto por um lençol ajustado;
--	---

	○ Evitar o sobreaquecimento da cama e do quarto (ideal 22°C); ○ Não devem ser colocados objetos na cama do lactente. ▪ Chupeta: Evitar fios ou cordões pelo risco de asfixia; ▪ Prevenção de quedas: ○ Não deixar o lactente sozinho em locais altos como mesas de muda de fraldas ou camas sem grades; ○ Outras crianças não devem pegar em lactente sem a supervisão de um adulto; ○ Ao transportar na cadeira de transporte os cintos devem estar colocados e bem adaptados ao lactente. ▪ Escolha de brinquedos que promovam a manipulação e interação com pais/cuidadores: ○ Brinquedos simples, de dimensões adequadas (maiores que uma moeda de 2 euros), sem partes soltas ou fios compridos, com cores vivas, facilmente manipuláveis e laváveis para que possa levar à boca sem perigo de asfixia ou estrangulamento (exemplo: rocas, caixas de música, bonecos de borracha). ▪ Engasgamento: ○ Não deixar pedaços grandes de comida nas papas e purés. ▪ Transporte de automóvel ○ Sistemas de retenção no transporte automóvel Grupo 0+ (até 13kg) com a cadeira virada para trás. ▪ Fora de casa: ○ Usar protetor solar e roupas que cubram o corpo para evitar queimaduras solares. ▪ Promover passeios ao ar livre durante cerca 20 minutos/dia para exposição solar. Evitar ambientes fechados, com muitas pessoas, como centros comerciais e restaurantes. Crianças com menos 6 meses, não devem ir à praia; ▪ Ensino sobre medição da temperatura corporal do lactente e valores de febre: ▪ Informar acerca do Paracetamol, com indicação da dose (segundo cálculo 15 mg/kg de 8/8h, para uso em SOS). – Anexo III: Tabela de Antipiréticos; ▪ Conduta face a sinais e sintomas comuns: choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre; ▪ Explicar outros sinais de alarme de doença aguda: ▪ Recusa alimentar (recusar 2 mamadas seguidas), gemido, irritabilidade, prostração, cianose, choro inconsolável, oligúria e anúria.
--	---

Sinais de alerta
▪ Não fixa, nem segue objetos; ▪ Não sorri; ▪ Não há qualquer controlo da cabeça; ▪ Tem as mãos sempre fechadas; ▪ Tem os membros rígidos em repouso; ▪ Apresenta sobressalto ao menor ruído; ▪ Chora e grita quando se toca; ▪ Pobreza de movimentos.
Atividades promotoras do desenvolvimento
▪ Interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais; ▪ Ouvir música suave na companhia do cuidador. Dançar, em ritmo suave, com o(a) bebé ao colo. Cantar. ▪ Mobilizar o(a) bebé, evitando que esteja deitada(o) demasiado tempo e na mesma posição. ▪ Procurar levantá-lo(a) devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo(a). ▪ Oferecer-lhe objetos para segurar, colocar objetos pendentes para que possa segui-los. ▪ Desenvolver um ritual de apoio à hora de dormir, sem deixar chorar desenfreadamente;

CONSULTA DOS 6 MESES

- Averiguar ocorrências desde a última consulta:
 - ✓ Episódios de doença aguda, acidentes e internamentos;
 - ✓ Recorrências ao SUP;
 - ✓ Consultas de especialidades;
 - ✓ Exames complementares de diagnóstico;
 - ✓ Terapêutica e suplementação habitual;
 - ✓ Alterações do meio envolvente.
- ✓ Responder a preocupações dos pais/cuidadores, no que diz respeito à saúde global da criança;
- ✓ Preencher zona reservada à CVSIJ do 6º mês no BIS, parâmetros antropométricos avaliados e respetivas curvas de crescimento.

Parâmetros a avaliar	Cuidados Antecipatórios
▪ Avaliar estado geral do lactente; ▪ Monitorizar parâmetros antropométricos: ▪ Peso; ▪ Comprimento; ▪ Perímetro Cefálico; ▪ Índice de Massa Corporal; ▪ Avaliar desenvolvimento do lactente: Consultar Anexo II – Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Itens para os 6 meses): ▪ Se detetadas alterações no desenvolvimento psicomotor fazer referenciação no SNIPI. ▪ Palpar Fontanela Anterior: tamanho e pulsatilidade; ▪ Avaliar a Pele: hidratação, coloração, temperatura, textura e alterações; ▪ Validar alimentação: tipo de aleitamento; alimentação complementar – início, alimentos já introduzidos, possíveis alergias ou intolerâncias. ▪ Verificar erupção dentária e higiene oral: Aumento da sialorreia; ▪ Avaliar eliminação intestinal; ▪ Avaliar eliminação vesical; ▪ Cumprir calendário vacinal segundo PNV, administrando as vacinas preconizadas para os 6 meses: VHB 3; Hib 3; DTPa 3; VIP 3;	Educar / Informar sobre: ▪ Vigilância periódica: ▪ Próxima CVSIJ: 9 meses de vida; ▪ Próximas vacinas: 12 meses de vida: ○ Pn13 3; MenB 3; MenC; VASPR 1; ○ Consultar Anexo I – PNV Esquema geral recomendado. ▪ Antecipar reações secundárias mais frequentes às vacinas administradas; ▪ Vacinas Extra-PNV; ▪ Início ou progressão da alimentação complementar: ▪ A partir dos 6 meses introduzir uma ou duas sopas de legumes com carne: ○ Carne: 10g por refeição; ○ Iniciar com carnes magras (frango, peru, coelho). ▪ Dos 7 aos 8 meses introduzir: ○ 15g de peixe por refeição (Pescada, solha, linguado, maruca, salmão, etc.) fresco ou congelado; ○ Ovo cozido: começar por dar 1/4, depois metade e mais tarde inteiro; ○ Iogurte natural, podendo acrescentar fruta ralada. Não adicionar açúcar ou mel.

▪ Administrar vacinas extra-PNV se for essa a intenção dos pais/cuidadores: ▪ 3ª dose da vacina contra rotavírus (se Rotateq®) ▪ Questionar sobre adaptação da criança aos novos cuidadores (creche, ama ou familiares); ▪ Questionar sobre hábitos e rotinas diárias na creche, na ama ou perante outros cuidadores; ▪ Reação materna perante o regresso à sua atividade profissional; ▪ Avaliar comportamentos de vinculação do principal cuidador com o lactente: ▪ Sinal de alerta – cuidador NÃO responde aos sinais do bebé. ▪ Questionar sobre a exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente; ▪ Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus-tratos; ▪ Fazer avaliação do risco familiar e eventual referência ao NACJR.	▪ Reforço de ensinamentos sobre sinais e sintomas de alergia alimentar ou intolerância alimentar; ▪ Manter Cuidados de Higiene diários; ▪ Cuidados de Higiene Oral: ▪ Escovagem realizada pelos pais a partir da erupção do primeiro dente, 2x/dia (uma obrigatoriamente ao deitar), utilizando uma gaze, dedeira ou escova macia de tamanho adequado com dentífrico fluoretado 1000/1500 ppm, equivalente ao tamanho da unha do 5º dedo da mão da criança. ▪ Eliminação Intestinal/Obstipação/Cólicas: ▪ Alteração das características das dejeções (frequência, consistência e coloração) com o início e progressão da alimentação complementar. ▪ Promoção de uma boa higiene do sono: ▪ Número total de horas diárias de 12 a 16 horas (incluindo sesta); ▪ No ritual de adormecimento, deve promover-se a autorregulação da criança, podendo-se diminuir, progressivamente, o uso do colo e substituí-lo por outras modalidades interativas como o toque e a voz; ▪ Estabelecer rotinas para dormir; ▪ Ao adquirir uma cama para o bebé, verifique se é estável, sólida e com grades de pelo menos 60 cm de altura. A distância entre as grades não deve ser superior a 6,5 cm; ▪ Planear a transição para o quarto próprio. ▪ Acidentes e Segurança ▪ Prevenção da SMSL: ○ Decúbito dorsal durante o sono do lactente; ○ Colchão firme e bem-adaptado à cama ou berço, coberto por um lençol ajustado; ○ Evitar o sobreaquecimento da cama e do quarto (ideal 22°C); ○ Não devem ser colocados objetos na cama do lactente. ▪ Chupeta: Evitar fios ou cordões pelo risco de asfixia; ▪ Prevenção de quedas: ○ Não deixar o lactente sozinho em locais altos como mesas de muda de fraldas ou camas sem grades; ○ Outras crianças não devem pegar em lactente sem a supervisão de um adulto;
---	--

	○ Ao transportar na cadeira de transporte os cintos devem estar colocados e bem-adaptados ao lactente; ○ Cadeiras de refeição adequadas, seguras e estáveis; ○ Se existirem escadas na habitação, é necessário colocar cancelas no primeiro e no último degrau para evitar quedas. Se há portas ou janelas com acesso a varandas ou terraços, verifique se precisam de ser protegidas, colocando cancelas, fechos de segurança ou redes de proteção. Bloqueie a abertura das janelas com um dispositivo adequado, para que não possam abrir mais de 10 cm. ▪ Escolha de brinquedos que promovam a manipulação e interação com pais/cuidadores: ○ Os bebés exploram com a boca os objetos que os rodeiam e divertem-se a atirá-los. Por isso, os brinquedos devem ser macios, facilmente laváveis e suficientemente grandes (maiores do que uma moeda de 2 euros), para que não possam ser engolidos ou aspirados. Atenção às partes soltas ou destacáveis e aos fios compridos que possam sufocar a criança. ▪ Queimaduras: ○ Atenção aos fornos de micro-ondas: quando aquecidos, os alimentos ficam mais quentes do que os recipientes; ○ Usar protetores de tomadas e de fichas triplas e evitar fios soltos. Assegurar a proteção de lareiras, radiadores e outras fontes de aquecimento. ▪ Transporte de automóvel ○ Sistemas de retenção no transporte automóvel Grupo 0+ (até 13kg) com a cadeira virada para trás. ▪ Fora de casa: ○ Usar protetor solar e roupas que cubram o corpo para evitar queimaduras solares.
--	--

	▪ Ensino sobre medição da temperatura corporal do lactente e valores de febre; ▪ Informar acerca do Paracetamol, com indicação da dose (segundo cálculo 15 mg/Kg de 8/8h, para uso em SOS) e acerca do Ibuprofeno, com indicação da dose (segundo cálculo 7,5mg/Kg de 8/8h, para uso em SOS) – Anexo III: Tabela de Antipiréticos. ▪ Conduta face a sinais e sintomas comuns: choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre; ▪ Explicar outros sinais de alarme de doença aguda: ▪ Recusa alimentar (recusar 2 mamadas seguidas), gemido, irritabilidade, prostração, cianose, choro inconsolável, oligúria e anúria.
Sinais de alerta	
▪ Ausência de controlo da cabeça. ▪ Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar. ▪ Não olha nem pega em qualquer objeto. ▪ Apresenta assimetrias. ▪ Não reage aos sons. ▪ Não vocaliza. ▪ Tem desinteresse pelo ambiente. ▪ Apresenta irritabilidade. ▪ Tem estrabismo manifesto e constante.	
Atividades promotoras do desenvolvimento	
▪ Oferecer brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas redondas, de modo a estimulá-lo(a) a passar o objeto de uma mão para a outra. ▪ Sentá-lo(a) com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia; ▪ Incentivar para que produza novos sons com a boca. Conversar e dançar com o(a) bebé. ▪ Colocar o(a) bebé num tapete adequado e incentivá-lo(a) a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe. ▪ Proporcionar brincadeiras de interação, colocar à frente do espelho e não prevenir situações que lhe causem frustrações (elemento forte de aprendizagem). ▪ Não entrar em conflito durante a refeição, que constitui uma oportunidade de interação sem pressão. ▪ Ritual do sono reforçado antes de dormir	

CONSULTA DOS 9 MESES

- Averiguar ocorrências desde a última consulta:
 - ✓ Episódios de doença aguda, acidentes e internamentos;
 - ✓ Recorrências ao SUP;
 - ✓ Consultas de especialidades;
 - ✓ Exames complementares de diagnóstico;
 - ✓ Terapêutica e suplementação habitual;
 - ✓ Alterações do meio envolvente.
- ✓ Responder a preocupações dos pais/cuidadores, no que diz respeito à saúde global da criança;
- ✓ Preencher zona reservada à CVSIJ do 9º mês no BIS, parâmetros antropométricos avaliados e respetivas curvas de crescimento.

Parâmetros a avaliar	Cuidados Antecipatórios
▪ Avaliar estado geral do lactente; ▪ Monitorizar parâmetros antropométricos: ▪ Peso; ▪ Comprimento; ▪ Perímetro Cefálico; ▪ Índice de Massa Corporal; ▪ Avaliar desenvolvimento do lactente: Consultar Anexo II – Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Itens para os 9 meses): ▪ Se detetadas alterações no desenvolvimento psicomotor fazer referência no SNIPI. ▪ Palpar Fontanela Anterior: tamanho e pulsatilidade; ▪ Avaliar a Pele: hidratação, coloração, temperatura, textura e alterações; ▪ Validar alimentação: tipo de aleitamento; alimentação complementar – início, alimentos já introduzidos,	Educar / Informar sobre: ▪ Vigilância periódica: ▪ Próxima CVSIJ: 12 meses de vida; ▪ Próximas vacinas: 12 meses de vida: ○ Pn13 3; MenB 3; MenC; VASPR 1; ○ Consultar Anexo I – PNV Esquema geral recomendado. ▪ Progressão da alimentação complementar: ▪ A partir dos 9 meses introduzir: ○ Leguminosas (feijão, grão, ervilhas e lentilhas); ○ Arroz e massa. ▪ Os alimentos devem ser dados em pequenos pedaços e separados por sabores (sopa + prato + fruta); ▪ Reforço de ensinamentos sobre sinais e sintomas de alergia alimentar ou intolerância alimentar; ▪ Manter Cuidados de Higiene diários; ▪ Cuidados de Higiene Oral: ▪ Escovagem realizada pelos pais a partir da erupção do primeiro dente, 2x/dia (uma obrigatoriamente ao deitar), utilizando uma gaze, dedeira ou escova macia de tamanho adequado com dentífrico fluoretado 1000/1500 ppm, equivalente ao tamanho da unha do 5º dedo da mão da criança. ▪ Eliminação Intestinal/Obstipação/Cólicas:

possíveis alergias ou intolerâncias. ▪ Verificar erupção dentária e higiene oral; ▪ Questionar sobre sono: local onde dorme, número de horas de sono, rotinas antes de adormecer, despertares noturnos; ▪ Avaliar órgãos genitais: confirmar a presença de testículos nas bolsas e, em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina; ▪ Avaliar eliminação intestinal; ▪ Avaliar eliminação vesical; ▪ Verificar cumprimento do calendário vacinal segundo PNV; ▪ Avaliar principais dificuldades nos atuais cuidadores (creche, ama ou familiares); ▪ Adaptação da família aos novos papéis (conciliar papel mãe/pai-trabalhador) ▪ Avaliar comportamentos de vinculação do principal cuidador com o lactente: ▪ Sinal de alerta – não faz “gracinhas” e não procura preferencialmente a proximidade do cuidador principal. ▪ Questionar sobre a exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente; ▪ Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus-tratos; ▪ Fazer avaliação do risco familiar e eventual referência ao NACJR.	▪ Alteração das características das dejeções (frequência, consistência e coloração) com a progressão da diversificação alimentar. ▪ Promoção de uma boa higiene do sono; ▪ Número total de horas diárias de 12 a 16 horas (incluindo sesta); ▪ Reforço da importância das medidas da higiene do sono. ▪ Acidentes e Segurança ▪ Prevenção da SMSL: ○ Decúbito dorsal durante o sono do lactente; ○ Colchão firme e bem-adaptado à cama ou berço, coberto por um lençol ajustado; ○ Evitar o sobreaquecimento da cama e do quarto (ideal 22°C); ○ Não devem ser colocados objetos na cama do lactente. ▪ Chupeta: Evitar fios ou cordões pelo risco de asfixia; ▪ Prevenção de quedas: ○ Não deixar o lactente sozinho em locais altos como mesas de muda de fraldas ou camas sem grades; ○ Outras crianças não devem pegar em lactente sem a supervisão de um adulto; ○ Ao transportar na cadeira de transporte os cintos devem estar colocados e bem-adaptados ao lactente; ○ Cadeiras de refeição adequadas, seguras e estáveis; ○ Se existirem escadas na habitação, é necessário colocar cancelas no primeiro e no último degrau para evitar quedas. Se há portas ou janelas com acesso a varandas ou terraços, verifique se precisam de ser protegidas, colocando cancelas, fechos de segurança ou redes de proteção. Bloqueie a abertura das janelas com um dispositivo adequado, para que não possam abrir mais de 10 cm. ▪ Escolha de brinquedos que promovam o desenvolvimento psicomotor e interação com pais/cuidadores: ○ Colocar uma manta no chão ou, adquirir um parque (que obedeça às normas europeias) e habituar o lactente a gostar de estar nesse espaço. ▪ Queimaduras: ○ Atenção aos fornos de micro-ondas: quando aquecidos, os alimentos ficam mais quentes do que os recipientes; ○ Usar protetores de tomadas e de fichas triplas e evitar fios soltos. Assegurar a proteção de lareiras, radiadores e outras fontes de aquecimento. ▪ Meio ambiente: ○ Durante este período, a bebé vai começar a sentar-se, possivelmente a gatinhar e a pôr-se de pé. Tente
---	--

	detetar os perigos que podem ameaçá-la em casa, ao nível do chão. ▪ Transporte de automóvel ○ Sistemas de retenção no transporte automóvel Grupo 0+ (até 13kg) com a cadeira virada para trás. ▪ Fora de casa: ○ Usar protetor solar e roupas que cubram o corpo para evitar queimaduras solares. ▪ Ensino sobre medição da temperatura corporal do lactente e valores de febre; ▪ Informar acerca do Paracetamol, com indicação da dose (segundo cálculo 15 mg/Kg de 8/8h, para uso em SOS) e acerca do Ibuprofeno, com indicação da dose (segundo cálculo 7,5mg/Kg de 8/8h, para uso em SOS) – Anexo III: Tabela de Antipiréticos. ▪ Conduta face a sinais e sintomas comuns: choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre; ▪ Nesta idade, a bebé perdeu as defesas que recebeu da mãe durante a gravidez e está ainda a desenvolver as suas próprias. É natural que, por isso, desenvolva doenças, com alguma frequência. ▪ Explicar outros sinais de alarme de doença aguda: ▪ Recusa alimentar, gemido, irritabilidade, prostração, cianose, choro inconsolável, oligúria e anúria.
Sinais de alerta	
▪ Não se senta. ▪ Permanece sentado(a) e imóvel sem procurar mudar de posição. ▪ Apresenta assimetrias. ▪ Não tem preensão palmar, não leva objetos à boca. ▪ Não reage aos sons. ▪ Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização. ▪ É apático(a), sem relação com familiares. ▪ Engasga-se com facilidade. ▪ Tem estrabismo	
Atividades promotoras do desenvolvimento	
▪ Oferecer objetos diferentes e afastados, no sentido de incentivar o posicionamento. ▪ Colocar objetos em cima de uma cadeira, de forma a incentivá-lo(a) a colocar-se de pé, colocando um tapete à volta caso caia. ▪ Chamar os objetos pelos nomes, ensinar a colocar fora e dentro da caixa. ▪ Oferecer papel para amassar e rasgar. ▪ Dar a experimentar diferentes texturas. ▪ Oferecer dois objetos para a mão e posteriormente um terceiro, deixando que ele «resolva o problema». ▪ Brincar ao «esconde». ▪ Ser firme e terno no «não». ▪ Utilizar brincadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos (bater palmas, acenar...). ▪ Realizar massagem (sem grandes alterações), com a exceção do apoio de um brinquedo para o manter quieto.	

- Imitar sons de animais e objetos fazendo mímica e pedindo para a criança imitar.

CONSULTA DOS 12 MESES

- Averiguar ocorrências desde a última consulta:
 - ✓ Episódios de doença aguda, acidentes e internamentos;
 - ✓ Recorrências ao SUP;
 - ✓ Consultas de especialidades;
 - ✓ Exames complementares de diagnóstico;
 - ✓ Terapêutica e suplementação habitual;
 - ✓ Alterações do meio envolvente.
- ✓ Responder a preocupações dos pais/cuidadores, no que diz respeito à saúde global da criança;
- ✓ Preencher zona reservada à CVSIJ do 12º mês no BIS, parâmetros antropométricos avaliados e respetivas curvas de crescimento.

Parâmetros a avaliar	Cuidados Antecipatórios
▪ Avaliar estado geral do lactente; ▪ Monitorizar parâmetros antropométricos: ▪ Peso - Aproximadamente o triplo do peso à nascença; ▪ Comprimento; ▪ Perímetro Cefálico; ▪ Índice de Massa Corporal; ▪ Avaliar desenvolvimento do lactente: Consultar Anexo II – Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Itens para os 12 meses): ▪ Se detetadas alterações no desenvolvimento psicomotor fazer referência no SNIPI. ▪ Palpar Fontanela Anterior: tamanho e pulsatilidade; ▪ Avaliar a Pele: hidratação, coloração, temperatura, textura e alterações; ▪ Validar alimentação: alimentação complementar - alimentos já introduzidos, possíveis alergias ou intolerâncias. ▪ Verificar o estado dentário: Se for detetado algum dente cariado, a situação é considerada de alto risco, justificando intervenção e encaminhamento adequado; ▪ Questionar sobre sono: local onde dorme, número de horas de sono, rotinas antes de adormecer, despertares noturnos;	Educar / Informar sobre: ▪ Vigilância periódica: ▪ Próxima CVSIJ: 15 meses de vida; ▪ Próximas vacinas: 18 meses de vida: ○ Hib 4; DTPa 4; VIP 4; ○ Consultar Anexo I – PNV Esquema geral recomendado. ▪ Antecipar reações secundárias mais frequentes às vacinas administradas; ▪ Progressão da alimentação complementar: ▪ Pode manter o leite materno, fórmula infantil ou outro indicado pelo profissional de saúde; O consumo de leite e derivados deve corresponder a apenas 1/3 da oferta alimentar diária (300-500 ml/dia); ▪ Os alimentos devem ser dados em pequenos pedaços e separados por sabores (sopa + prato + fruta); ▪ Habituar progressivamente a criança aos horários e regime alimentar da família; ▪ Aproveitar para reduzir a quantidade de sal da comida familiar e fazer refeições em família. ▪ Redução natural do apetite; ▪ Reforço de ensinamentos sobre sinais e sintomas de alergia alimentar ou intolerância alimentar;

▪ Avaliar órgãos genitais: confirmar a presença de testículos nas bolsas e, em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina; ▪ Avaliar eliminação intestinal; ▪ Avaliar eliminação vesical; ▪ Cumprir calendário vacinal segundo PNV, administrando as vacinas preconizadas para os 12 meses: Pn13 3; MenB 3; MenC; VASPR 1; ▪ Avaliar vida da criança nos atuais cuidadores (creche, ama ou familiares); ▪ Avaliar comportamentos de vinculação do principal cuidador com o lactente: ▪ Sinal de alerta – dificuldade do bebê em estabelecer relações diferenciadas e em explorar. ▪ Questionar sobre a exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente; ▪ Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus-tratos; ▪ Fazer avaliação do risco familiar e eventual referência ao NACJR.	▪ Anorexia fisiológica do segundo ano de vida; ▪ Desenvolvimento infantil: ▪ Afirmção da personalidade, birras e regras sociais; ▪ Reforço positivo da capacidade exploratória da criança. ▪ Manter Cuidados de Higiene diários; ▪ Cuidados de Higiene Oral duas vezes/dia; ▪ Eliminação Intestinal; ▪ Promoção de uma boa higiene do sono: ▪ Número total de horas diárias de 11 a 14 horas (incluindo sesta); ▪ Reforço da importância das medidas da higiene do sono: necessidade de acalmar para adormecer, estabelecer rotinas se acordar durante a noite (tranquilizar a criança na própria cama). ▪ Calçado: com reforço posterior e laterais; ▪ Acidentes e Segurança ▪ Prevenção de quedas: ○ Não deixar a criança sozinha em locais altos como mesas de muda de fraldas, camas sem grades, sofás; ○ Cadeiras de refeição adequadas, seguras e estáveis; ○ Se existirem escadas na habitação, é necessário colocar cancelas no primeiro e no último degrau para evitar quedas. Se há portas ou janelas com acesso a varandas ou terraços, verifique se precisam de ser protegidas, colocando cancelas, fechos de segurança ou redes de proteção. Bloqueie a abertura das janelas com um dispositivo adequado, para que não possam abrir mais de 10 cm. ▪ Escolha de brinquedos que promovam o desenvolvimento psicomotor e interação com pais/cuidadores: ○ Brinquedos de fácil modelação e formas variadas. ▪ Queimaduras: ○ Usar protetores de tomadas e de fichas triplas e evitar fios soltos. Assegurar a proteção de lareiras, radiadores e outras fontes de aquecimento. ▪ Intoxicações: ○ Comprar produtos tóxicos ou corrosivos com tampa de
---	---

	segurança. Mantenha sempre os medicamentos e os produtos químicos e de limpeza em segurança, bem rotulados e bem fechados, fora do alcance das crianças. ▪ Transporte de automóvel ○ Sistemas de retenção no transporte automóvel Grupo 0+ (até 13kg) com a cadeira virada para trás ou Grupo I (9-18Kg) com a cadeira virada para a frente. ▪ Fora de casa: atropelamentos, afogamentos, queimaduras solares, acidentes em parques infantis, perder-se dos pais. ▪ Estilos de vida saudáveis: brincar, passear, dormir. ▪ Ensino sobre medição da temperatura corporal do lactente e valores de febre; ▪ Informar acerca do Paracetamol, com indicação da dose (segundo cálculo 15 mg/kg de 8/8h, para uso em SOS) e acerca do Ibuprofeno, com indicação da dose (segundo cálculo 7,5mg/kg de 8/8h, para uso em SOS) – Anexo III: Tabela de Antipiréticos.
Sinais de alerta	
▪ Não aguenta o peso nas pernas; ▪ Permanece imóvel, não procura mudar de posição; ▪ Apresenta assimetrias; ▪ Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão; ▪ Não responde à voz; ▪ Não brinca nem estabelece contacto; ▪ Não mastiga.	
Atividades promotoras do desenvolvimento	
▪ Promover a aquisição de capacidades motoras; ▪ Deixar a criança tomar algumas decisões visando a segurança; ▪ Reagir calmamente e com firmeza às birras; ▪ Manter os rituais do sono; ▪ Não entrar em conflito na hora da refeição; ▪ Estimular as tarefas/ordens simples; dar estímulo positivo após a realização destas; ▪ Oferecer cubos, dar vários objetos para as mãos; ▪ Falar sobre as separações com antecedência progressiva e cumprir as promessas; ▪ Evitar pressões para o controlo esfinteriano; ▪ Incentivar para que a criança peça quando quer algo, verbalizando o pedido, mesmo que se saiba o que ela deseja; ▪ Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.	

CONSULTA DOS 15 MESES

- Averiguar ocorrências desde a última consulta:
 - ✓ Episódios de doença aguda, acidentes e internamentos;
 - ✓ Recorrências ao SUP;
 - ✓ Consultas de especialidades;
 - ✓ Exames complementares de diagnóstico;
 - ✓ Terapêutica e suplementação habitual;
 - ✓ Alterações do meio envolvente.
- ✓ Responder a preocupações dos pais/cuidadores, no que diz respeito à saúde global da criança;
- ✓ Preencher zona reservada à CVSIJ do 15º mês no BIS, parâmetros antropométricos avaliados e respetivas curvas de crescimento.

Parâmetros a avaliar	Cuidados Antecipatórios
▪ Avaliar estado geral do toddler; ▪ Monitorizar parâmetros antropométricos: ▪ Peso; ▪ Comprimento; ▪ Perímetro Cefálico; ▪ Índice de Massa Corporal; ▪ Avaliar desenvolvimento do lactente: Consultar Anexo II – Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Itens para os 12 meses): ▪ Se detetadas alterações no desenvolvimento psicomotor fazer referência no SNIPI. ▪ Palpar Fontanela Anterior: tamanho e pulsatilidade; ▪ Avaliar a Pele: hidratação, coloração, temperatura, textura e alterações; ▪ Validar alimentação: verificar adaptação à dieta familiar, frequência das refeições, diversidade alimentar, alergias ou intolerâncias. Avaliar principais erros alimentares. ▪ Verificar o estado dentário: Se for detetado algum dente cariado, a situação é considerada de alto risco, justificando intervenção e encaminhamento adequado;	Educar / Informar sobre: ▪ Vigilância periódica: ▪ Próxima CVSIJ: 18 meses de vida; ▪ Próximas vacinas: 18 meses de vida: ○ Hib 4; DTPa 4; VIP 4; ○ Consultar Anexo I – PNV Esquema geral recomendado. ▪ Alimentação: ▪ Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras; ▪ Deixar o biberão (principalmente como ritual de adormecimento) e oferecer-lhe o leite por um copo com “bico” ou pela palhinha. ▪ Desenvolvimento infantil: ▪ Afirmação da personalidade, birras e regras sociais. ▪ Independência, ansiedade da separação, terrores noturnos. ▪ Promover o equilíbrio entre a necessidade de autonomia e a continuidade da proteção da criança. ▪ Manter Cuidados de Higiene diários; ▪ Cuidados de Higiene Oral duas vezes/dia; ▪ Eliminação Intestinal; ▪ Promoção de uma boa higiene do sono;

▪ Questionar sobre sono: local onde dorme, número de horas de sono, rotinas antes de adormecer, despertares noturnos; ▪ Avaliar eliminação intestinal; ▪ Avaliar eliminação vesical; ▪ Averiguar cumprimento do calendário vacinal, de acordo com o PNV; ▪ Avaliar ambiente familiar, cuidadores; ▪ Avaliar comportamentos de vinculação do principal cuidador com o lactente: ▪ Procura o cuidador como “base estável” quando algo o perturba. ▪ Questionar sobre a exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente; ▪ Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus-tratos; ▪ Fazer avaliação do risco familiar e eventual referenciação ao NACJR.	▪ Número total de horas diárias de 11 a 14 horas (incluindo sesta); ▪ Reforço da importância das medidas da higiene do sono: necessidade de acalmar para adormecer, estabelecer rotinas se acordar durante a noite (tranquilizar a criança na própria cama). ▪ Calçado: com reforço posterior e lateral; ▪ Acidentes e Segurança ▪ Prevenção de quedas: ○ Não deixar a criança sozinha em locais altos como mesas de muda de fraldas, camas sem grades, sofás; ○ Cadeiras de refeição adequadas, seguras e estáveis; ○ Se existirem escadas na habitação, é necessário colocar cancelas no primeiro e no último degrau para evitar quedas. Se há portas ou janelas com acesso a varandas ou terraços, verifique se precisam de ser protegidas, colocando cancelas, fechos de segurança ou redes de proteção. Bloqueie a abertura das janelas com um dispositivo adequado, para que não possam abrir mais de 10 cm. ▪ Escolha de brinquedos que promovam o desenvolvimento psicomotor e interação com pais/cuidadores: ○ Brinquedos de fácil modelação e formas variadas. ▪ Queimaduras: ○ Usar protetores de tomadas e de fichas triplas e evitar fios soltos. Assegurar a proteção de lareiras, radiadores e outras fontes de aquecimento. ▪ Intoxicações: ○ Comprar produtos tóxicos ou corrosivos com tampa de segurança. Mantenha sempre os medicamentos e os produtos químicos e de limpeza em segurança, bem rotulados e bem fechados, fora do alcance das crianças. ▪ Engasgamento: ○ Os objetos pequenos, como peças de brinquedos, papel dos rebuçados e também os frutos secos (amendoins, nozes, avelãs), podem causar engasgamento e sufocação. ▪ Esmagamento:
---	--

	○ Fixar as estantes, prateleiras e armários à parede para que não possam tombar sobre a criança. ▪ Transporte de automóvel: ○ Sistemas de retenção no transporte automóvel Grupo 0+ (até 13kg) com a cadeira virada para trás ou Grupo I (9-18Kg) com a cadeira virada para a frente. ▪ Fora de casa: atropelamentos, afogamentos, queimaduras solares, acidentes em parques infantis, perder-se dos pais. ▪ Estilos de vida saudáveis: brincar, passear, dormir; ▪ Ensino sobre medição da temperatura corporal do lactente e valores de febre: ▪ Informar acerca do Paracetamol, com indicação da dose (segundo cálculo 15 mg/kg de 8/8h, para uso em SOS) e acerca do Ibuprofeno, com indicação da dose (segundo cálculo 7,5mg/kg de 8/8h, para uso em SOS) – Anexo III: Tabela de Antipiréticos.
Sinais de alerta	
▪ Não aguenta o peso nas pernas; ▪ Permanece imóvel, não procura mudar de posição; ▪ Apresenta assimetrias; ▪ Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão; ▪ Não responde à voz; ▪ Não brinca nem estabelece contacto; ▪ Não mastiga.	
Atividades promotoras do desenvolvimento	
▪ Promover a aquisição de capacidades motoras; ▪ Deixar a criança tomar algumas decisões visando a segurança; ▪ Reagir calmamente e com firmeza às birras; ▪ Manter os rituais do sono; ▪ Não entrar em conflito na hora da refeição; ▪ Estimular as tarefas/ordens simples; dar estímulo positivo após a realização destas; ▪ Oferecer cubos, dar vários objetos para as mãos; ▪ Falar sobre as separações com antecedência progressiva e cumprir as promessas; ▪ Evitar pressões para o controlo esfinteriano; ▪ Incentivar para que a criança peça quando quer algo, verbalizando o pedido, mesmo que se saiba o que ela deseja; ▪ Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.	

CONSULTA DOS 18 MESES

- Averiguar ocorrências desde a última consulta:
 - ✓ Episódios de doença aguda, acidentes e internamentos;
 - ✓ Recorrências ao SUP;
 - ✓ Consultas de especialidades;
 - ✓ Exames complementares de diagnóstico;
 - ✓ Terapêutica e suplementação habitual;
 - ✓ Alterações do meio envolvente.
- ✓ Responder a preocupações dos pais/cuidadores, no que diz respeito à saúde global da criança;
- ✓ Preencher zona reservada à CVSIJ do 18º mês no BIS, parâmetros antropométricos avaliados e respetivas curvas de crescimento.

Parâmetros a avaliar	Cuidados Antecipatórios
▪ Avaliar estado geral do toddler; ▪ Monitorizar parâmetros antropométricos: ▪ Peso; ▪ Comprimento; ▪ Perímetro Cefálico; ▪ Índice de Massa Corporal; ▪ Avaliar desenvolvimento do lactente: Consultar Anexo II – Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Itens para os 18 meses): ▪ Se detetadas alterações no desenvolvimento psicomotor fazer referenciação no SNIPI. ▪ Palpar Fontanela Anterior: tamanho e pulsatilidade; ▪ Avaliar a Pele: hidratação, coloração, temperatura, textura e alterações; ▪ Validar alimentação: verificar adaptação à dieta familiar, frequência das refeições, diversidade alimentar, alergias ou intolerâncias. Avaliar principais erros alimentares; ▪ Verificar o estado dentário: Se for detetado algum dente cariado, a situação é considerada de alto risco,	Educar / Informar sobre: ▪ Vigilância periódica: ▪ Próxima CVSIJ: 24 meses de vida; ▪ Próximas vacinas: 5 ano de vida: ○ DTPa 5; VIP 5; VASPR 2; ○ Consultar Anexo I – PNV Esquema geral recomendado. ▪ Alimentação: ▪ Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras; ▪ Deixar o biberão (principalmente como ritual de adormecimento) e oferecer-lhe o leite por um copo com “bico” ou pela palhinha. ▪ Desenvolvimento infantil: ▪ Afirmação da personalidade, birras e regras sociais. ▪ Independência, ansiedade da separação, terrores noturnos. ▪ Aprendizagem de regras e rotinas na vida diária; ▪ O cuidador deve assegurar o cumprimento de regras e de limites comportamentais, sem cedência a chantagens. ▪ Manter Cuidados de Higiene diários; ▪ Cuidados de Higiene Oral duas vezes/dia; ▪ Eliminação Vesical/ Intestinal: ▪ Começar o treino do bacio, sem insistir; ▪ Promoção de uma boa higiene do sono;

justificando intervenção e encaminhamento adequado; ▪ Questionar sobre sono: local onde dorme, número de horas de sono, rotinas antes de adormecer, despertares noturnos; ▪ Avaliar eliminação intestinal; ▪ Avaliar eliminação vesical; ▪ Cumprir calendário vacinal segundo PNV, administrando as vacinas preconizadas para os 18 meses: Hib 4; DTPa 4; VIP 4; ▪ Avaliar ambiente familiar, cuidadores: ▪ Alterações significativas da vida e avaliação de fatores de risco relacionados com o nascimento de irmãos e situação de luto face à perda de entes queridos; ▪ Avaliar comportamentos de vinculação do principal cuidador com o toddler; ▪ Questionar sobre a exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente; ▪ Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus-tratos: ▪ Fazer avaliação do risco familiar e eventual referência ao NACJR.	▪ Número total de horas diárias de 11 a 14 horas (incluindo sesta); ▪ Reforço da importância das medidas da higiene do sono: necessidade de acalmar para adormecer, estabelecer rotinas se acordar durante a noite (tranquilizar a criança na própria cama). ▪ Acidentes e Segurança ▪ Prevenção de quedas: ○ Não deixar a criança sozinha em locais altos como mesas de muda de fraldas, camas sem grades, sofás; ○ Ensinar a descer a cama ou o sofá de barriga para baixo; ○ Cadeiras de refeição adequadas, seguras e estáveis; ○ Se existirem escadas na habitação, é necessário colocar cancelas no primeiro e no último degrau para evitar quedas. Se há portas ou janelas com acesso a varandas ou terraços, verifique se precisam de ser protegidas, colocando cancelas, fechos de segurança ou redes de proteção. Bloqueie a abertura das janelas com um dispositivo adequado, para que não possam abrir mais de 10 cm. ▪ Escolha de brinquedos que promovam o desenvolvimento psicomotor e interação com pais/cuidadores: ○ Brinquedos de fácil modelação e formas variadas. ▪ Queimaduras: ○ Usar protetores de tomadas e de fichas triplas e evitar fios soltos. Assegurar a proteção de lareiras, radiadores e outras fontes de aquecimento; ○ Não deixar a criança sozinha na cozinha, afastando-a quando estiver a cozinhar; ○ Evitar circular com líquidos quentes na mão (água, chá, café, leite, etc.); ○ Ter atenção aos fornos de micro-ondas: quando aquecidos, os alimentos ficam mais quentes do que os recipientes. ▪ Intoxicações: ○ Comprar produtos tóxicos ou corrosivos com tampa de segurança. Manter sempre os medicamentos e os produtos químicos e de limpeza em segurança, bem rotulados e bem fechados, fora do alcance das crianças. ▪ Engasgamento: ○ Os objetos pequenos, como peças de brinquedos, papel dos rebuçados e também
--	---

	os frutos secos (amendoins, nozes, avelãs), podem causar engasgamento e sufocação. ▪ Esmagamento: ○ Fixar as estantes, prateleiras e armários à parede para que não possam tombar sobre a criança. ▪ Transporte de automóvel: ○ Sistemas de retenção no transporte automóvel Grupo I (9-18Kg) com a cadeira virada para a frente. ▪ Fora de casa: atropelamentos, afogamentos, queimaduras solares, acidentes em parques infantis, perder-se dos pais; ▪ Estilos de vida saudáveis: brincar, desenhar, hábitos de televisão e vídeos, ritual de adormecer; ▪ Ensino sobre medição da temperatura corporal do lactente e valores de febre: ▪ Informar acerca do Paracetamol, com indicação da dose (segundo cálculo 15 mg/kg de 8/8h, para uso em SOS) e acerca do Ibuprofeno, com indicação da dose (segundo cálculo 7,5mg/kg de 8/8h, para uso em SOS) – Anexo III: Tabela de Antipiréticos.
Sinais de alerta	
▪ Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas; ▪ Anda sempre na ponta dos pés; ▪ Apresenta assimetrias; ▪ Não faz pinça – não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador; ▪ Não responde quando o(a) chamam; ▪ Não vocaliza espontaneamente; ▪ Não se interessa pelo que o(a) rodeia; não estabelece contacto; ▪ Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca; ▪ Tem estrabismo.	
Atividades promotoras do desenvolvimento	
▪ Ensinar a criança a guardar os brinquedos numa caixa ou num saco, para que aprenda a organizar-se; ▪ Pedir à criança que olhe e repita o nome de partes do corpo do boneco; ▪ Ensinar a criança a «rabiscar» na areia, na terra ou num papel, de modo a estimular a destreza manual e a área sensorial; ▪ Demonstrar o que é, e o que não é perigoso para ela; ▪ Elogiar a criança quando for capaz de realizar algo sozinha; ▪ Continuar a incentivar o convívio; ▪ Realizar atividades com música, incentivando a criança a dançar e a cantar; ▪ Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.	

CONSULTA DOS 24 MESES

- Averiguar ocorrências desde a última consulta:
 - ✓ Episódios de doença aguda, acidentes e internamentos;
 - ✓ Recorrências ao SUP;
 - ✓ Consultas de especialidades;
 - ✓ Exames complementares de diagnóstico;
 - ✓ Terapêutica e suplementação habitual;
 - ✓ Alterações do meio envolvente.
- ✓ Responder a preocupações dos pais/cuidadores, no que diz respeito à saúde global da criança;
- ✓ Preencher zona reservada à CVSIIJ do 24º mês no BIS, parâmetros antropométricos avaliados e respetivas curvas de crescimento.

Parâmetros a avaliar	Cuidados Antecipatórios
▪ Avaliar estado geral do toddler; ▪ Monitorizar parâmetros antropométricos: ▪ Peso; ▪ Comprimento; ▪ Perímetro Cefálico; ▪ Índice de Massa Corporal; ▪ Avaliar desenvolvimento do lactente: Consultar Anexo II – Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Itens para os 24 meses): ▪ Se detetadas alterações no desenvolvimento psicomotor fazer referência no SNIPI. ▪ Fontanela Anterior deverá estar encerrada; ▪ Avaliar a Pele: hidratação, coloração, temperatura, textura e alterações; ▪ Validar alimentação: frequência das refeições, diversidade alimentar, alergias ou intolerâncias. Avaliar principais erros alimentares;	Educar / Informar sobre: ▪ Vigilância periódica: ▪ Próxima CVSIIJ: 3 anos de vida; ▪ Próximas vacinas: 5 anos de vida: ○ DTPa 5; VIP 5; VASPR 2; ○ Consultar Anexo I – PNV Esquema geral recomendado. ▪ Alimentação: ▪ Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras; ▪ Abordar a neofobia (entre os 2-3 anos, a criança frequentemente brinca com a comida, recusando ingerir certos alimentos e em experimentar novas texturas e sabores). ▪ Desenvolvimento infantil: ▪ Independência, ansiedade da separação, terrores noturnos; ▪ O cuidador deve assegurar o cumprimento de regras e de limites comportamentais, sem cedência a chantagens. ▪ Manter Cuidados de Higiene diários; ▪ Cuidados de Higiene Oral duas vezes/dia: ▪ Desmame da chupeta; ▪ Eliminação Vesical/ Intestinal: ▪ Começar o treino do bacio, sem insistir; ▪ Promoção de uma boa higiene do sono:

▪ Verificar o estado dentário: Se for detetado algum dente cariado, a situação é considerada de alto risco, justificando intervenção e encaminhamento adequado; ▪ Questionar sobre sono: local onde dorme, número de horas de sono, rotinas antes de adormecer, despertares noturnos; ▪ Avaliar eliminação intestinal; ▪ Avaliar eliminação vesical; ▪ Cumprir calendário vacinal segundo PNV, administrando as vacinas preconizadas para os 18 meses: Hib 4; DTPa 4; VIP 4; ▪ Conversar sobre o infantário (adaptação e socialização), valorizar a opinião de outros técnicos – ligação à Saúde Escolar; ▪ Avaliar ambiente familiar, cuidadores: ▪ Alterações significativas da vida e avaliação de fatores de risco relacionados com o nascimento de irmãos e situação de luto face à perda de entes queridos. ▪ Avaliar comportamentos de vinculação do principal cuidador com o toddler: ▪ Incapacidade do cuidador em impor regras e limites. Averiguar se este comportamento se repete nos diferentes contextos de vida da criança. ▪ Questionar sobre a exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente; ▪ Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus-tratos;	▪ Número total de horas diárias de 11 a 14 horas (incluindo sesta); ▪ Reforço da importância das medidas da higiene do sono: necessidade de acalmar para adormecer, estabelecer rotinas se acordar durante a noite (tranquilizar a criança na própria cama). ▪ Acidentes e Segurança ▪ Prevenção de quedas: ○ Não deixar a criança sozinha em locais altos como mesas de muda de fraldas, camas sem grades, sofás; ○ Ensinar a descer a cama ou o sofá de barriga para baixo; ○ Cadeiras de refeição adequadas, seguras e estáveis; ○ Se existirem escadas na habitação, é necessário colocar cancelas no primeiro e no último degrau para evitar quedas. Se há portas ou janelas com acesso a varandas ou terraços, verifique se precisam de ser protegidas, colocando cancelas, fechos de segurança ou redes de proteção. Bloqueie a abertura das janelas com um dispositivo adequado, para que não possam abrir mais de 10 cm. ▪ Escolha de brinquedos que promovam o desenvolvimento psicomotor e interação com pais/cuidadores: ○ Brincadeiras e brinquedos que se aproximem de atividades reais, que estimulem a atividade física. ▪ Queimaduras: ○ Usar protetores de tomadas e de fichas triplas e evitar fios soltos. Assegurar a proteção de lareiras, radiadores e outras fontes de aquecimento; ○ Não deixar a criança sozinha na cozinha, afastando-a quando estiver a cozinhar; ○ Evitar circular com líquidos quentes na mão (água, chá, café, leite, etc.); ○ Ter atenção aos fornos de micro-ondas: quando aquecidos, os alimentos ficam mais quentes do que os recipientes. ▪ Intoxicações: ○ Comprar produtos tóxicos ou corrosivos com tampa de segurança. Manter sempre os medicamentos e os produtos químicos e de limpeza em segurança, bem rotulados e bem fechados, fora do alcance das crianças. ▪ Engasgamento:
---	---

▪ Fazer avaliação do risco familiar e eventual referência ao NACJR.	○ Os objetos pequenos, como peças de brinquedos, papel dos rebuçados e também os frutos secos (amendoins, nozes, avelãs), podem causar engasgamento e sufocação. ▪ Esmagamento: ○ Fixar as estantes, prateleiras e armários à parede para que não possam tombar sobre a criança. ▪ Transporte de automóvel: ○ Sistemas de retenção no transporte automóvel Grupo I (9-18Kg) com a cadeira virada para a frente. ▪ Fora de casa: atropelamentos, afogamentos, queimaduras solares, acidentes em parques infantis, perder-se dos pais; ▪ Estilos de vida saudáveis: brincar, desenhar, hábitos de televisão e vídeos, ritual de adormecer; ▪ Ensino sobre medição da temperatura corporal do lactente e valores de febre: ▪ Informar acerca do Paracetamol, com indicação da dose (segundo cálculo 15 mg/kg de 8/8h, para uso em SOS) e acerca do Ibuprofeno, com indicação da dose (segundo cálculo 7,5mg/kg de 8/8h, para uso em SOS) – Anexo III: Tabela de Antipiréticos.
Sinais de alerta	
▪ Não anda sozinho(a); ▪ Deita os objetos fora; ▪ Não constrói nada; ▪ Não parece compreender o que se lhe diz; ▪ Não pronuncia palavras inteligíveis; ▪ Não se interessa pelo que está em seu redor; ▪ Não estabelece contacto; ▪ Não procura imitar; ▪ Tem estrabismo	
Atividades promotoras do desenvolvimento	
▪ Proporcionar brincadeiras como: pular num só pé, correr, saltar uma corda, de modo a estimular a coordenação motora; ▪ Controlo esfinteriano se a criança tiver desenvolvido competência da fala; ▪ Estimular a arrumação, imitação e declínio do negativismo; ▪ Ajudar a criança a pronunciar palavras, mas pelo estímulo positivo; ▪ Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar; ▪ Dar-lhe a conhecer várias texturas e materiais; ▪ Contar histórias e dar puzzles; ▪ Facilitar oportunidade de jogo simbólico; ▪ Pedir para ajudar em pequenas tarefas diárias; ▪ Dar oportunidade para a criança emitir o próprio pensamento e desejo, mantendo os limites; ▪ Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.	

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Nutrição (2019). *Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: um presente para o futuro* (nº 53). Associação Portuguesa de Nutrição. https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/1000_DIAS_EBOOK-2706.pdf
- Askin, D. (2014). Problemas de Saúde dos Recém-Nascidos. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 1, pp. 249-330). Lusociência.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores*. Direção Geral da Saúde;
- Direção Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. Direção Geral da Saúde;
- European Resuscitation Council. (2015). *Suporte Avançado de Vida Pediátrico Europeu*. European Resuscitation Council.
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellof, M., Embleton, N., Mis, N., Hojsak, I., Hulst, J., Indrio, F., Lapillonne, A., & Molgaard, C. (2017). Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 64(1), 119-132. DOI: 10.1097/MPG.0000000000001454.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Sharma, A., & Cockerill, H. (2014). *Mary Sheridan's From Birth to Five Years: Children's Developmental Progress* (4ª ed.). Routledge.
- Szajewska, H., Shamir, R., Mearin, L., Ribes-Koninckx, C., Catassi, C., Domellof, M., Fewtrell, M., Husby, S., Papadopoulou, A., Vandenplas, Y., Castillejo, G., Kolacek, S., Koletzko, S., Korponay-Szabó, I., Lionetti, E., Polanco, I., & Troncone, R. (2016). Gluten Introduction and the Risk of Coeliac Disease: A Position Paper by the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 62(3), 507-513. DOI: 10.1097/MPG.0000000000001105.
- Wilson, D. (2014). 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. I, pp. 331-386). Lusociência.

- Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde do Toddler/Infante e da Família. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I, pp. 420-448). Lusociência.
- Wheeler, B. (2014). Promoção da Saúde do Recém-nascido e da Família. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I, pp. 204-248). Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-7480-04-1;

7. ANEXOS:

Anexo I – PNV Esquema geral recomendado;

Anexo II – Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada;

Anexo III - Tabela de Antipiréticos;

Anexo IV - Valores de referência de sinais vitais por idade.

~

Anexo I – PNV Esquema geral recomendado.

Vacina Doença	Idade											
	Nasci-mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
<i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5					
<i>Streptococcus pneumoniae</i>		Pn ₁₃ 1	Pn ₁₃ 2		Pn ₁₃ 3							
<i>Neisseria meningitidis B</i>		MenB 1	MenB 2		MenB 3							
<i>Neisseria meningitidis C</i>					MenC							
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus Papiloma humano								HPV 1,2				
Tétano, difteria e tosse convulsa									Tdpa - Grávidas			
Tétano e difteria								Td	Td	Td	Td	Td

Anexo II – Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada

	4 – 6 Semanas	3 M	6 M	9 M	12 M
Postura e Motricidade Global	• Em decúbito ventral – levanta a cabeça. • Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. • Em tração pelas mãos – a cabeça cai. • Quando sentado(a) – dorso em arco e mãos fechadas. • Em suspensão vertical – cabeça ereta membros semi-fletidos.	• Em decúbito ventral – apoio nos antebraços. • Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados. • Em tração pelas mãos – cabeça ereta e coluna dorsal direita. • De pé – flete os joelhos, não faz apoio.	• Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos. • Em decúbito dorsal – levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos. • Em tração pelas mãos – faz força para se sentar. • Mantém-se sentado(a) sem apoio. • De pé faz apoio.	• Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos. • Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se.	• Passa de decúbito dorsal a sentado(a). • Tem equilíbrio sentado(a). • Gatinha. • Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos.
Visão e Motricidade Fina	• Segue uma bola pendente a 20-25 cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média).	• Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas. • Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. • Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal. • Apresenta convergência ocular. • Faz pestanejo de defesa.	• Tem preensão palmar. • Leva os objetos à boca. • Transfere objetos. • Esquece imediatamente o objeto quando este cai. • Apresenta boa convergência (estrabismo anormal).	• Tem preensão e manipulação. • Leva tudo à boca. • Aponta com o indicador. • Faz pinça. • Atira os objetos ao chão deliberadamente. • Procura o objeto que caiu ao chão.	• Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão. • Procura um objeto escondido. • Tem interesse visual para perto e longe.

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

	18 M	2 A	3 A	4 A	5 A
Postura e Motricidade Global	• Anda bem. • Apanha brinquedos do chão.	• Corre. • Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau.	• Tem equilíbrio momentâneo num pé. • Sobe escadas alternadamente. • Desce com os dois pés no mesmo degrau.	• Fica num pé sem apoio 3 a 5 segundos. • Sobe e desce as escadas alternadamente. • Salta num pé.	• Fica num pé 3 a 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax. • Salta alternadamente num pé.
Visão e Motricidade Fina	• Constrói torre de 3 cubos. • Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. • Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez.	• Constrói torre de 6 cubos. • Imita rabisco circular. • Gosta de ver livros. • Vira uma página de cada vez.	• Constrói torre de 9 cubos. • Imita (3A) e copia (3A e meio) a ponte de 3 cubos – copia o círculo – imita a cruz. • Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde).	• Constrói escada de 6 cubos. • Copia a cruz. • Combina e nomeia quatro cores básicas.	• Constrói 4 degraus com 10 cubos. • Copia o quadrado e o triângulo. • Conta cinco dedos de uma mão e nomeia quatro cores.
Audição e Linguagem	• Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais. • Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.	• Diz o primeiro nome. • Fala sozinho(a) enquanto brinca. • Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. • Apresenta linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares. • Nomeia objetos.	• Diz o nome completo e o sexo. • Tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos. • Tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem.	• Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. • Apresenta linguagem compreensível. • Tem apenas algumas substituições infantis.	• Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. • Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons.

	18 M	2 A	3 A	4 A	5 A
Comportamento e Adaptação Social	• Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. • Segura a colher e leva alimentos à boca. • Não gosta que lhe peguem. • Exige muita atenção. • Indica necessidade de ir à casa de banho. • Começa a copiar atividades domésticas.	• Coloca o chapéu e os sapatos. • Usa bem a colher. • Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar.	• Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. • Vai sozinho(a) à casa de banho. • Come com colher e garfo.	• Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços. • Gosta de brincar com crianças da sua idade. • Sabe esperar pela sua vez.	• Veste-se sozinho(a). • Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a). • Escolhe o(a)s amigo(a)s. • Compreende as regras do jogo.

Anexo III - Tabela de Antipiréticos.

	Paracetamol (15mg/kg/dose – Max:90mg/kg/dia)		
Peso	Dose (mg)	40mg/ml PO	Retal (mg)
3	45	1,1	75
4	60	1,5	
5	75	1,9	
6	90	2,3	125
7	105	2,6	
8	120	3,0	
9	135	3,4	250
10	150	3,8	
11	165	4,1	
12	180	4,5	
13	195	4,9	
14	210	5,3	
15	225	5,6	
16	240	6,0	
17	255	6,4	500
18	270	6,8	
19	285	7,1	
20	300	7,5	
21	315	7,9	
22	330	8,3	
23	345	8,6	
24	360	9,0	
25	375	9,4	
26	390	9,8	
27	405	10,1	
28	420	10,5	
29	435	10,9	
30	450	11,3	

	Ibuprofeno (7,5mg/kg/dose – Max:40mg/kg/dia)		
Peso	Dose (mg)	20mg/ml PO	Retal (mg)
3	23	1,1	Não recomendado
4	30	1,5	
5	38	1,9	
6	45	2,3	
7	53	2,6	
8	60	3,0	75
9	68	3,4	
10	75	3,8	
11	83	4,1	150
12	90	4,5	
13	98	4,9	
14	105	5,3	
15	113	5,6	
16	120	6,0	
17	128	6,4	
18	135	6,8	
19	143	7,1	
20	150	7,5	
21	158	7,9	
22	165	8,3	150 + 75
23	173	8,6	
24	180	9,0	
25	188	9,4	
26	195	9,8	
27	203	10,1	
28	210	10,5	
29	218	10,9	
30	225	11,3	

Anexo IV - Valores de referência de sinais vitais por idade

Idade	Frequência respiratória (ciclos/minuto)
Prematuros	50
<1 ano	30-40
2-5 anos	24-30
5-12 anos	20-24
>12 anos	12-20

Tabela 1 – Valores referência FR por idade

Idade	Frequência cardíaca (batimentos/minuto)		
	Média	Acordado	Sono
Recém-nascido – 3 meses	140	85-205	80-140
3 meses – 2 anos	130	100-190	75-160
2 anos – 10 anos	80	60-140	60-90
>10 anos	75	60-100	50-90

Tabela 2 – Valores referência FC por idade

Idade	Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	Pressão Arterial Diastólica (mmHg)	Pressão Arterial Média (mmHg)
Prematuro <1Kg	39-59	16-36	24-43
Recém-nascido (cerca de 3Kg)	50-70	25-45	33-53
Recém-nascido (4 dias)	60-90	20-60	33-70
Lactente	87-105	53-66	64-79
1-6 anos	95-105	53-66	67-79
7-10 anos	97-112	57-71	70-84
Adolescente	112-128	66-80	81-96

Tabela 3 – Valores referência TA por idade

(European Resuscitation Council, 2015).

APÊNDICE VI

Póster: Como confortar o seu bebê (0-12 meses) durante a vacinação?



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Póster: Como confortar o seu bebé (0-12 meses)
durante a vacinação**

Pedro Miguel Isidoro Silvestre

**Lisboa
2022**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Póster: Como confortar o seu bebé (0-12 meses)
durante a vacinação**

Pedro Miguel Isidoro Silvestre



Orientadora: Maria Teresa Gouvêa Magão



**Lisboa
2022**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNT – Cuidados Não Traumáticos

DGS - Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL– Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN – Recém-Nascido

UC – Unidade Curricular

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. JUSTIFICAÇÃO	6
2. PÓSTER	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) integrado na Unidade Curricular (UC) – Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) propus a realização de um póster intitulado: “Como confortar o seu bebé (0-12 meses) durante a vacinação?”, com enfoque na amamentação como estratégia não farmacológica para alívio da dor e desconforto da criança com idade inferior a 12 meses durante a vacinação.

Ficou definido que o público-alvo do póster são os pais de crianças com idade inferior a 12 meses, que dada a baixa literacia em saúde que caracteriza a maioria da população que recorre à UCSP onde fiz estágio, desconhecem intervenções não farmacológicas a adotar durante o procedimento invasivo da vacinação, como é exemplo a amamentação. É explicitado no mesmo as vantagens do ato da amamentação para a mãe e filho, as mais valias do leite materno para a criança e a forma como a amamentação deve ser implementada durante o procedimento doloroso. São ainda mencionados métodos alternativos, caso a mãe não possa ou não queira amamentar, como são exemplo a sucção não-nutritiva, a oferta de soluções orais açucaradas, o contacto pele a pele ou o colo.

O póster permitiu também suprir algumas necessidades do próprio contexto, pois de acordo com a Enfermeira Especialista e de acordo com aquilo que foi a minha observação, também os enfermeiros da equipa contam com insuficiente sensibilização e formação no que concerne à utilização de intervenções não farmacológicas durante procedimentos invasivos e talvez, por isso, haja fraca adesão à implementação desta intervenção terapêutica válida nesta unidade de saúde.

Esta atividade surge como meio para facilitar a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), dando resposta ao segundo objetivo geral previamente definido no meu projeto de estágio: Desenvolver competências no âmbito da promoção do conforto da criança, adolescente e família nos diferentes contextos pediátricos recorrendo ao humor enquanto instrumento terapêutico. A concretização desta atividade permitiu-me estar mais próximo do alcance da unidade de competência de EEESIP: E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas e E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de

enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência (Regulamento n.º 422/2018).

1. JUSTIFICAÇÃO

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2003), a dor pode ser definida como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado, a dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial (DGS, 2003). A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013), acrescenta que a dor é por definição uma experiência subjetiva, pelo que a sua experiência e classificação é pessoal, única e intransmissível.

A dor, enquanto experiência, apresenta algumas características específicas junto dos clientes pediátricos que devem ser consideradas, em termos da sua avaliação, compreensão e tratamento (OE, 2013). A crescente preocupação com a dor dos clientes pediátricos resulta do reconhecimento que as crianças têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo (DGS, 2010; Tansky & Lindberg, 2010; Batalha, 2010). No entanto, a avaliação, controlo e gestão da dor nas crianças assume determinadas particularidades e exige uma intervenção individualizada que vai muito além da administração de fármacos analgésicos (DGS, 2010; OE, 2013). Isto porque o controlo e gestão da dor das crianças é considerado um direito, consignado na Carta da Criança Hospitalizada, onde é mencionado que “deve tentar-se reduzir-se ao mínimo as agressões físicas ou emocionais e a dor” (Instituto de Apoio à Criança, 2017).

A filosofia dos cuidados não traumáticos (CNT) é uma das filosofias mais abrangentes do cuidar em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica onde assenta a avaliação e gestão da dor. Segundo Hockenberry e Barrera, 2014, são definidos três eixos na filosofia dos CNT: “prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, promover a sensação de controlo e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor” (p. 12). A assunção desta filosofia de cuidados exige a prestação de cuidados de Enfermagem com o uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico vivido pela criança e família, em todas os contactos com instituições de saúde (Hockenberry & Barrera, 2014).

Segundo a DGS (2012), a maior causa de dor aguda na criança são os procedimentos invasivos e no contexto específico dos cuidados de saúde primários a fonte de dor iatrogénica mais comum é a administração de vacinas intramusculares associadas ao cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV) (Taddio et al., 2010; OE, 2020). Este procedimento invasivo, traumático e doloroso é repetido variadas vezes, sobretudo ao longo do primeiro ano de vida das crianças, dadas as múltiplas vacinas preconizadas para esta faixa etária. Importa por isso realizar uma correta avaliação e gestão da dor em crianças até aos 12 meses, onde se englobam o recém-nascido (RN) e o lactente. No entanto esta avaliação e gestão da dor

constitui um desafio para os enfermeiros, dada a dificuldade dos clientes pediátricos nesta faixa etária comunicarem claramente qual a intensidade e frequência da dor (Jerónimo et al., 2015).

De realçar que as manifestações de dor mais evidentes no lactente são o choro, alterações na expressão facial como os olhos fechados, sobrancelhas elevadas e marcadas, abertura das fossas nasais e ainda alterações na expressão corporal como hipertonia, arqueamento do tronco, agitação psicomotora, movimentos de fuga e flexão dos membros e proteção da zona dolorosa (Batalha, 2010).

Através da adoção e combinação de diferentes estratégias, tanto farmacológicas como não farmacológicas, os enfermeiros, principalmente os que trabalham nos cuidados de saúde primários, podem contribuir para a prevenção e controlo da dor na criança até 12 meses sujeita a vacinação e ajudar a criança e sua família a lidarem da melhor forma com os *stressores* despoletados por este evento traumático (OE, 2020). Para Barros (2003), é fundamental que os enfermeiros elejam a estratégia mais adequada dentro da panóplia de intervenções terapêuticas disponíveis para que consigam contribuir para diminuir a ansiedade, proporcionar um ambiente acolhedor e diminuir a perceção de dor da criança e família.

Assim sendo, o controlo e gestão da dor da criança e família sujeitos a injeções intramusculares para cumprimento da imunização deve ter por base intervenções não farmacológicas válidas e eficazes que podem e devem ser implementadas pelos enfermeiros antes do procedimento (Jerónimo et al., 2015). Sabemos, ainda, que as intervenções não farmacológicas de alívio da dor têm maior benefício na criança se a família for envolvida no procedimento, através do fornecimento de informação antecipatória, pois facilitará a aplicação e aumentará a eficácia destas mesmas estratégias (Taddio et al., 2010).

Neste sentido, e assumindo-se que o controlo da dor é um fenómeno universal importa também que os EEESIP's e restantes enfermeiros de cuidados gerais que prestam cuidados à criança e família nos cuidados de saúde primários adquiram e desenvolvam competências que lhes permitam identificar, reconhecer e minorar o mais rapidamente possível as manifestações de dor presentes nas crianças destas idades (OE, 2020). Existem diferentes estratégias não farmacológicas que podem ser utilizadas, quer isoladas ou em conjunto para consecução desse objetivo, sendo a amamentação uma intervenção natural que se tem revelado eficaz na diminuição da dor durante a vacinação (Taddio et al., 2010; Tansky & Lindberg, 2010; OE, 2013; OE, 2020). De acordo com Tansky e Lindberg (2010), a amamentação engloba três componentes confortáveis e analgésicos para as crianças: o paladar, a sucção e o contato pele a pele. Ainda segundo os mesmos autores, a amamentação, quando corretamente aplicada, durante procedimentos dolorosos de curta duração pode diminuir ou eliminar a perceção de dor e a memória da dor da criança.

As boas práticas recomendam que se coloque o lactente à mama antes do procedimento, cerca de 2 minutos, mantendo a amamentação durante o ato da vacinação e deve ser mantido ainda alguns minutos após terminar o mesmo (Taddio et al., 2010; DGS, 2012; OE, 2013). Em diversos estudos verificou-se uma diminuição significativa das manifestações fisiológicas e comportamentais nos RN e lactentes amamentados quando comparados com crianças da mesma faixa etária que não foram submetidos a esta intervenção não farmacológica durante procedimentos invasivos (Gray et al., 2002; Osinaike et al., 2007; Harrison et al., 2010).

Por outro lado, segundo a OE (2020), a amamentação também aumenta a segurança da mãe durante os procedimentos e diminui a sua ansiedade. O leite materno contém endorfina, uma substância química que ajuda a suprimir a dor e reforça a eficiência da vacina (OE, 2020). A amamentação é uma estratégia natural, que pode ser facilmente adotada pelos prestadores de cuidados de saúde e pelos pais (Shah et al., 2006). Também para Tansky e Lindberg (2010), a amamentação é uma intervenção natural, que não tem custos, é fácil de usar e é livre de intervenção, para além da comprovada diminuição da dor durante a vacinação. No entanto os mesmos autores mencionam que é preciso fornecer tempo para que o RN e lactente inicie a amamentação antes do procedimento e é preciso deixar a mãe confortável, esclarecida e encorajada para o mesmo. No entanto, tempo é uma matéria-prima que urge nos atuais contextos de prestação de cuidados de saúde, e é preciso convicção e resiliência por parte dos enfermeiros para que a amamentação seja aplicada como intervenção não farmacológica.

Com a elaboração do presente póster pretende-se que os pais de crianças com idade inferior a 12 meses que se desloquem à UCSP para cumprimento do esquema vacinal segundo o PNV, ao atentarem no mesmo, conheçam e reconheçam que, de facto, a amamentação é uma técnica não farmacológica eficaz no alívio da dor aguda associada a procedimentos traumáticos e dolorosos como a vacinação, podendo ser uma opção de primeira linha. Caso não se sintam confortáveis ou não possam utilizar esta estratégia existem outras facilmente disponíveis também.

O póster relembrará e incentivará os próprios Enfermeiros da equipa para a utilização da amamentação já que se verifica um desfasamento substancial entre aquilo que se encontra preconizado e recomendado na literatura e o que se verifica e aplica na prática (OE, 2020, Batalha, 2010)

2. PÓSTER

Como confortar o seu bebé (0-12 meses) durante a vacinação?

Amamentando-o!



O leite materno é o alimento mais completo para o seu bebé, sendo responsável pela promoção de um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

O aleitamento materno ajuda-a a si e ajuda o seu bebé a produzir uma hormona (oxitocina) que reduz o stress e a ansiedade e aumenta a ligação mãe-filho.



O leite materno contém hormonas com propriedades de alívio da dor (endorfinas) que ajudam a superar o desconforto da vacinação.

É uma estratégia natural, acessível, fácil de usar e eficaz.



Coloque o bebé a mamar cerca de 2 minutos antes da vacinação, durante e alguns minutos após terminar.

Ou então...



Ofereça o biberão ao seu bebé.



Promova a sucção com a chupeta.



Estabeleça contacto pele a pele ou coloque-o ao seu colo.

- A vacinação é o procedimento doloroso mais comum na criança, sobretudo no seu primeiro ano de vida.
- A amamentação é a estratégia mais eficaz para conforto do seu filho durante a vacinação porque combina: o abraço à criança, o contacto pele a pele, o sabor doce do leite, a sucção e a ingestão de endorfinas naturalmente presentes no leite materno.
- Quando não for possível amamentar, qualquer uma das outras estratégias sugeridas conforta o seu bebé durante a vacinação permitindo diminuir as manifestações de dor.

Elaborado por:

Pedro Miguel Isidoro Silvestre, nº4208

12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Novembro de 2021

Orientado por:

Professora Orientadora: Maria Teresa Magão



Referências Bibliográficas:

Chen, M., & Arora, N. (2018). Amamentação como estratégia de alívio da dor no lactente. *Revista pediátrica, Revista Ibero-Americana de Saúde e Desenvolvimento*, 4(2), 3431-3441. [DOI: 10.1089/ibid.2018.0041](https://doi.org/10.1089/ibid.2018.0041).
 Galvão, D., Padua, R., & Barreto, S. (2015). Intervenção não farmacológica da redução da dor em caso de vacinação de lactentes. *Revista de Pediatria, Sociedade de Pediatria, 111*, 52-58. [DOI: 10.1007/s00381-015-0124-4](https://doi.org/10.1007/s00381-015-0124-4).
 Galvão, D., Padua, R., & Barreto, S. (2015). Guia Orientador de Boas Práticas - Estratégias não farmacológicas no conforto da dor na criança. (Caderno 02, Série 1, 1ª Ed., Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 152pp, 978-989-9444-02-3).
 Galvão, D., Padua, R., & Barreto, S. (2015). Efectiveness and feasibility of breastfeeding and contact (skin-to-skin) for reducing neonatal pain: use of a non-pharmacological and non-invasive approach. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 40(1), 637-643. [DOI: 10.1111/jcpt.12251](https://doi.org/10.1111/jcpt.12251).
 Galvão, D., Padua, R., & Barreto, S. (2015). The use of a non-pharmacological and non-invasive approach for reducing neonatal pain: use of a non-pharmacological and non-invasive approach. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 40(1), 637-643. [DOI: 10.1111/jcpt.12251](https://doi.org/10.1111/jcpt.12251).
 Galvão, D., Padua, R., & Barreto, S. (2015). The use of a non-pharmacological and non-invasive approach for reducing neonatal pain: use of a non-pharmacological and non-invasive approach. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 40(1), 637-643. [DOI: 10.1111/jcpt.12251](https://doi.org/10.1111/jcpt.12251).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.). Climepsi Editores.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para mudar*. Lidel – edições técnicas, Lda.
- Chora, M., & Alves, N. (2018). A amamentação como estratégia de alívio da dor no lactente: Revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(2), 1431-1441.
<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27609/1/A%20amamenta%C3%A7%C3%A3o%20como%20estr...pdf>.
- Direção Geral da Saúde (2003). A dor como 5º sinal vital: Registo sistémico da intensidade da dor. *Circular Normativa nº 9/DGCG*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. *Circular Normativa Nº 014/2010*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos). *Circular Normativa Nº 022/2012*. Ministério da Saúde. https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_em_procedimentos_invasivos_nas_crianças.pdf
- Erkul, M., & Efe, E. (2017). Efficacy of breastfeeding on babies pain during vaccinations. *Breastfeeding Medicine*, 12(2), 110-115. DOI: 10.1089/bfm.2016.0141.
- Galvão, D., Pedroso, R., & Ramalho, S. (2015). Intervenções não farmacológicas de redução da dor em uso na vacinação de lactentes. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 1(1), 89-98. DOI: 10.17060/ijodaep.2015.n1.v1.254.
- Gray, L., Miller, L., Philipp, B., & Blass, E. (2002). Breastfeeding Is Analgesic in Healthy Newborns. *Pediatrics*, 109(4), 590-593. DOI: 10.1542/peds.109.4.590.
- Harrison, D., Yamada, J., & Stevens, B. (2010). Strategies for the Prevention and Management of Neonatal and Infant Pain. *Current Pain Headache Reports*, 14(2), 113-123. DOI: 10.1007/s11916-009-0091-0.
- 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. I, pp. 1–20). Lusociência.

- Jerónimo, R., Freitas, C., Nunes, C., & Rodrigues, M. (2015). Amamentação: Técnica não farmacológica em procedimentos dolorosos em RN e Lactentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 41-51. DOI: 10.17060/ijodaep.2015.n1.v1.23.
- Instituto de Apoio à Criança. (2017). *Carta da criança hospitalizada* (5ª ed.). Instituto de Apoio à Criança.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança* (Cadernos OE: Série 1, nº6). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2020). *Parecer da mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nº07/2020*. Ordem dos Enfermeiros.
- Osinaike, B., Oyedeji, A., Adeoye, O., Dairo, M., & Aderinto, D. (2007). Effect of breastfeeding during venepuncture in neonates. *Annals of Tropical Paediatrics*, 27(3), 201-205. DOI: 10.1179/146532807X220316.
- Regulamento nº 422/2018 do Ministério da Saúde. (2018). Diário da República: II Série, nº 133/2018. <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>.
- Shah, P., Aliwalas, L., & Shah, V. (2006). Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 19(3), 1-42. DOI: 10.1002/14651858.CD004950.pub2.
- Taddio, A., Appleton, M., Bortolussi, R., Chambers, C., Dubey, V., Halperin, S., Hanrahan, A., Ipp, M., Lockett, D., MacDonald, N., Midmer, D., Mousmanis, P., Palda, V., Pielak, K., Riddell, R., Rieder, M., Scott, J., & Shah, V. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), 1989-1995. DOI:10.1503/cmaj.101720.
- Tansky, C., & Lindberg, C. (2010). Breastfeeding as a Pain Intervention When Immunizing Infants. *Journal for Nurse Practitioners*, 6(4), 287-295. DOI:10.1016/j.nurpra.2009.09.014.

APÊNDICE VII

Estudo de Caso no contexto de Internamento de Pediatria



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Estudo de Caso no contexto de Internamento de
Pediatria**

Pedro Miguel Isidoro Silvestre

**Lisboa
2022**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Estudo de Caso no contexto de Internamento de
Pediatria**

Pedro Miguel Isidoro Silvestre



Orientadora: Maria Teresa Gouvêa Magão



**Lisboa
2022**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACF – Anemia das Células Falciformes

AVP – Acesso Venoso Periférico

CVO – Crise vaso-oclusiva

DIB – Infusor Elastométrico

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EN – Escala Numérica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

MEOPA – Mistura Equimolar de Oxigénio e Protóxido de Azoto 50%/50%

PNV – Plano Nacional de Vacinação

SAOS – Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono

SIP – Serviço de Internamento de Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TEEP – Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UCIPED – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. APRECIACÃO GLOBAL DO UTENTE PEDIÁTRICO.....	5
1.1. Dados Pessoais	5
1.2. História de Vida Pessoal e Familiar	5
1.2.1. Genograma	8
1.2.2. Ecomapa.....	8
1.3. Antecedentes pessoais, familiares, vigilância de saúde e stilos de vida.....	9
1.3.1. Antecedentes Pessoais.....	9
1.3.2. Medicação habitual	10
1.3.3. Antecedentes Familiares	10
2. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL	11
2.1. Medicação no contexto de Internamento.....	12
2.2. Avaliação Cognitiva, psicológica e emocional	13
2.3. Avaliação de acordo com a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba	17
2.4. Plano de Cuidados de Enfermagem.....	20
3. CONCLUSÃO.....	Erro! Marcador não definido.
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio no Serviço de Internamento de Pediátrica (SIP) integrado na Unidade Curricular (UC) – Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa propus a realização de um estudo de caso sobre uma situação específica de cuidados de enfermagem, com foco na promoção do conforto do utente pediátrico internado. Esta atividade surge como meio para facilitar a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista (EE) e de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), dando resposta aos dois objetivos gerais previamente definidos no meu projeto de estágio: 1. Desenvolver competências especializadas no cuidado de enfermagem à criança, adolescente e família nos seus processos saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento e 2. Desenvolver competências no âmbito da promoção do conforto da criança, adolescente e família nos diferentes contextos pediátricos recorrendo ao humor enquanto instrumento terapêutico.

Durante o estágio realizado neste contexto tive a oportunidade de acompanhar a situação clínica de um adolescente com diagnóstico de anemia das células falciformes (ACF), ao longo da sua hospitalização por crise vaso-oclusiva (CVO), num total de seis turnos de contacto, o primeiro deles precisamente no dia da sua transferência do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) para o SIP. Para que fosse possível a realização deste trabalho académico pedi informalmente autorização ao utente e aos profissionais de saúde da equipa multidisciplinar para utilizar a informação clínica individual, que me foi facultada quer por consulta de processo informático, quer por entrevista ou observação. Ao longo do estudo de caso tentarei articular os dados concretos obtidos com conhecimentos teórico-científicos e com o meu próprio pensamento crítico e reflexivo conforme exige o processo de enfermagem. Na tentativa de maximizar aprendizagens, partilharei pontos positivos, inquietações e dificuldades, conduzindo a exposição do caso e a respetiva análise reflexiva do mesmo no sentido do meu desenvolvimento pessoal e profissional, comprovando a importância das ferramentas reflexivas e cientificamente verificadas para melhorar a prestação de cuidados, promovendo a excelência do cuidar.

1. APRECIACÃO GLOBAL DO UTENTE PEDIÁTRICO

1.1. Dados Pessoais

Nome: R. F. S. L.

Data de Nascimento: 18/06/2004

Idade: 17 anos;

Sexo: Masculino;

Nacionalidade: Portuguesa;

Raça: Negra;

Estado Civil: Solteiro;

Religião: Católico;

Escolaridade: A frequentar Curso Profissional de Desenho Digital 3D numa Escola Profissional privada para obter equivalência ao 12º ano;

Profissão: Estudante e operador de restauração em part-time (4 horas/dia);

Morada: Amadora;

1.2. História de Vida Pessoal e Familiar

O R. é um adolescente de 17 anos do sexo masculino que vive atualmente com a mãe S. de 40 anos e o irmão J. de 21 anos num apartamento alugado de duas assoalhadas no concelho da Amadora. O R. recorreu ao SUP, no passado dia 6 de dezembro de 2021, acompanhado pelo irmão e durante o tempo de internamento no SIP apenas contou com duas visitas presenciais por parte do irmão e não teve qualquer visita presencial por parte da mãe.

Obviamente que o contexto pandémico vigente dificultava as visitas presenciais dos familiares dada a obrigatoriedade de apresentação de resultado negativo no teste PCR para diagnóstico de COVID-19 realizado até 72 horas antes ou no teste antigénio para diagnóstico de COVID-19 realizado até 48 horas antes e estando o horário de visitas limitado das 14:00 às 18:00 horas. Tentei por variadas vezes conhecer e abordar a história de vida pessoal e familiar do R., no entanto este adotava sempre uma postura de evitamento, com fuga ou negação às perguntas, acabando por abordar outro assunto díspar ou mencionando apenas que naquele preciso momento necessitava de descansar pela exacerbação dos sintomas que o conduziram à situação de internamento. Ainda assim, à medida que os contactos entre nós se foram tornando constantes, senti um estreitar da relação terapêutica e um incremento da sua confiança em mim, provavelmente identificando-me como profissional de enfermagem de

referência. Apenas no quarto turno em conjunto foi possível obter mais informações sobre a sua situação de doença atual, antecedentes pessoais e familiares e acerca da história de vida pessoal e familiar.

Nesse mesmo turno, quando questionado sobre o emprego da mãe, o R. menciona que ela trabalha de forma precária como auxiliar de limpeza durante todos os sete dias da semana, em duas empresas distintas, começando o dia de trabalho às 07:00h e terminando apenas às 22:00h. Esse facto explica o porquê de não receber visitas presenciais da mãe durante o seu internamento. No entanto, recebe duas chamadas telefónicas diárias por parte da mãe, uma da manhã e outra à noite, estando a equipa multidisciplinar identificada com estas limitações, recorrentes já em internamentos anteriores e por isso comunicando toda a evolução do internamento do R. e esclarecendo eventuais dúvidas da progenitora também por esta via. Refere que a mãe trabalha tantas horas para conseguir suportar as despesas da casa e para conseguir dar o melhor a si e ao seu irmão, no entanto, tem muita pena e sente-se triste que ela não passe tanto tempo com ele e que não o acompanhe de perto durante os internamentos e em todas as consultas multidisciplinares a que acaba por ir acompanhado somente pelo irmão J. Menciona que o sonho da mãe é ter uma empresa de limpeza em nome próprio, para gerir a sua própria equipa e acabar por trabalhar menos horas por dia e que ficaria muito feliz se conseguisse ajudar a mãe a alcançar esse sonho.

Assim sendo, o irmão J. é a pessoa com quem tem uma relação mais próxima. O irmão trabalha na mesma empresa de restauração que o R. e foi ele quem lhe arranjou o trabalho em part-time na mesma, útil para conseguir suportar os custos da Escola Profissional privada. Refere que trabalhar como operador de restauração não é o emprego com que sempre sonhou, nem tenciona mantê-lo por muito mais tempo, até porque não se identifica com a gestão do local, nem com os colegas de trabalho. Menciona que o seu chefe e os restantes colegas, embora conheçam, não compreendem a sua situação de doença. Inclusivamente, pela intensificação súbita da dor por quadro de CVO e pelos internamentos longos recorrentes já o ameaçaram com o despedimento, dizendo-lhe que a situação é incomportável. Pesaroso, afirma que este é o problema com que se depara no seu dia-a-dia: na escola, no trabalho, no ginásio e até no grupo de amigos, que não conhecendo a fundo a sua patologia, pensam que este exacerba sintomas para tirar proveito da situação, como faltar às avaliações, ao trabalho ou a encontros de amigos.

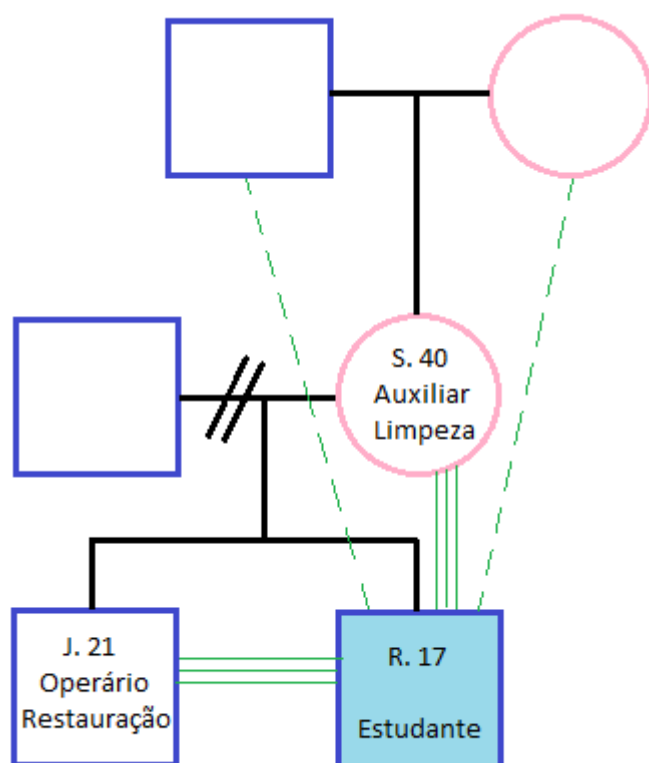
No entanto, menciona que atualmente, sente-se mais acompanhado, passando mais tempo com o irmão, porque este terminou recentemente a relação com a namorada. Tem também ido ao ginásio com o J. e feito treinos de musculação com um amigo de longa data, o F., com quem também joga on-line.

Quando questionado sobre o pai, diz que o mesmo separou-se da sua mãe e abandonou a família quando ele tinha apenas 6 ou 7 anos e que por isso não quer falar sobre esse “senhor” (SIC), desconhecendo o seu paradeiro atual. O R. tem uma relação distante com os avós maternos que residem em Cabo-Verde, falando com eles apenas em épocas festivas como aniversários, Páscoa e Natal.

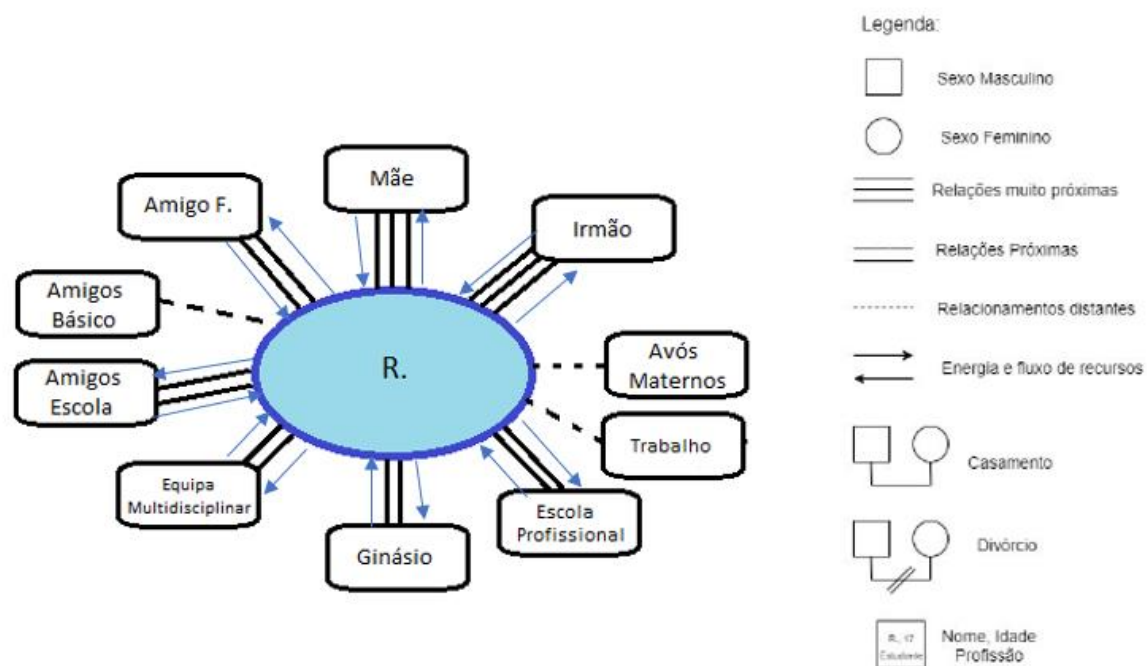
Refere ter envergado primeiramente por um curso profissional de Eletrónica, Automação e Computadores na escola pública onde tinha cumprido o ensino básico e para onde seguiram também os amigos mais próximos. Menciona que não gostou do curso, das disciplinas e das matérias abordadas e que estava cada vez mais desmotivado com o mesmo, acabando por mudar ao fim de um ano para o Curso de Desenho Digital 3D que estava disponível apenas na Escola Profissional privada que atualmente frequenta. Com essa mudança acabou por se afastar da maioria dos amigos mais antigos que o acompanhavam desde o ensino básico, mas refere que fez facilmente novas amizades na nova escola, mantendo atualmente uma relação positiva com o grupo de pares. Refere que teve uma relação de namoro durante alguns meses no ano transato que terminou sem razão aparente por iniciativa dela e que por isso não pensa em novas relações amorosas num futuro próximo porque: “as mulheres são complicadas de entender” (SIC).

Durante o internamento foi possível comprovar a motivação e envolvimento com os trabalhos de banda desenhada e edição digital do novo curso. Não tem atividades extracurriculares específicas, para além de ir ao ginásio, jogar jogos on-line e de gostar de ir ao cinema, para analisar a componente de realização e produção dos filmes de forma a evoluir no seu curso.

1.2.1. Genograma



1.2.2. Ecomapa



1.3. Antecedentes pessoais, familiares, vigilância de saúde e estilos de vida

1.3.1. Antecedentes Pessoais

- ✓ Anemia das células falciformes com hemoglobina basal de 7,5 g/dL;
- ✓ Múltiplos internamentos com quadro clínico grave no SIP e/ou Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPED), o último de 7 a 10 de novembro de 2021 por crise vaso-oclusiva nos ombros e crista ilíaca direita. Outro internamento prévio com alta a 25 de outubro 2021 por Síndrome Torácico Agudo e crise vaso-oclusiva na grelha costal à esquerda, com necessidade de colocação de Infusor Elastométrico (DIB) epidural para controlo de dor;
- ✓ Em programa transfusional crónico desde dezembro de 2017;
- ✓ Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) ligeiro, tendo sido submetido a adenoamigdalectomia em 2015;
- ✓ Insuficiência Cardíaca com dilatação do ventrículo esquerdo;
- ✓ Perturbação da adaptação com sintomas de ansiedade;
- ✓ Circuncisão cultural em 2006;
- ✓ Pitiríase versicolor;
- ✓ Suspeita de alergia a Morfina e Fentanil por prurido tardio, mas sem reação a opióides fracos ou diluídos;
- ✓ Seguimento multidisciplinar em variados hospitais - Consultas de Hematologia, Pneumologia, Cardiologia, Dor, Dermatologia, Imunoalergologia, Psicologia e Pedopsiquiatria;
- ✓ Plano Nacional de Vacinação (PNV) atualizado;
- ✓ Vacinas extra-PNV: Vacina meningocócica B (MenB); Vacina meningocócica conjugada quadrivalente (ACWY); Vacina conjugada pneumocócica de 13 serotipos (Pn13); Vacina pneumocócica polissacarida 23-valente (Pneumo23); Vacina contra a Hepatite A (HepA) e Vacina contra a Covid-19 (BioNtech, Pfizer).

1.3.2. Medicação habitual

Medicação	Dosagem	Via	Horário
Hidroxiureia	1500mg	Oral	09:00h
Tapentadol	50mg	Oral	09:00h e 19:00h
Pregabalina	100mg	Oral	09:00h e 19:00h
Colecalciferol	2 gotas	Solução oral	09:00h
Enalapril	2,5mg	Oral	09:00h
Pantoprazol	20mg	Oral	07:00h
Sertralina	50mg	Oral	09:00h
Paracetamol	1G	Oral	SOS
Metamizol Magnésico	575mg	Oral	SOS
Diazepam	10mg	Oral	SOS

1.3.3. Antecedentes Familiares

O R. não conhece ao pormenor todos os antecedentes familiares, nem estão descritos no seu processo clínico. Segundo o R. os familiares mais próximos, a mãe e o irmão, são saudáveis e não têm doenças conhecidas.

2. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

O R. deu entrada no SUP, por volta das 17:00h do dia 6 de dezembro de 2021, por quadro de dor lombar com irradiação para o membro inferior direito com 9 horas de evolução. Negava queda ou trauma, assim como outras queixas. No domicílio terá feito Paracetamol 1G oral por volta das 08:00h e posteriormente Metamizol Magnésico 575mg oral por volta das 13:00h, enquanto medicações analgésicas prescritas em SOS, mas sem real redução ou alívio das queixas álgicas.

À observação no SUP, segundo as informações transmitidas oralmente pelo colega de enfermagem e descritas no seu processo clínico, o R. apresentava-se com agitação psicomotora pelo quadro de dor severa e desconforto, embora estivesse colaborante dentro das possibilidades. Adotava o decúbito lateral esquerdo como posição de alívio. Apresentava-se orientado na pessoa, tempo e espaço e com score de 15 na Escala de Coma de Glasgow. Hemodinamicamente estável, embora tendencialmente hipotenso. Eupneico em ar ambiente, apirético e normoglicêmico. Score de dor de 10/10, de acordo com aplicação da escala numérica (EN). Apresentava fácies coincidente com quadro de dor intensa. A dor estava localizada na região lombar e membro inferior direito a nível da coxa. Refere que no domicílio antes da administração da medicação SOS anteriormente descrita o score de dor era de 6/10 e vinha a sofrer agravamento progressivo. A dor agravava com a movimentação e com a palpação.

Segundo descrição em notas clínicas, o R. apresentava a pele e mucosas coradas e hidratadas, com as escleróticas ligeiramente ictéricas. Continente de esfíncteres e independente nas atividades de vida diárias.

De acordo com informação do colega foi puncionado acesso venoso periférico (AVP) no antebraço direito com recurso a mistura equimolar de oxigénio e protóxido de azoto medicinal 50%/50% (MEOPA), enquanto gás analgésico, ansiolítico e amnésico eficaz na redução de dor e ansiedade associadas aos procedimentos traumáticos. Esta terapêutica inalatória permite garantir o conforto e colaboração do adolescente durante os procedimentos invasivos de curta duração, bem como uma maior eficácia na realização dos procedimentos traumáticos e uma redução da experiência psicológica negativa, o que se traduz na redução da ansiedade e medo em procedimentos subsequentes. Esta intervenção farmacológica combinada com intervenções não farmacológicas como a distração era frequentemente utilizada no caso concreto do R., dadas as suas recorrências ao SUP. A colocação de AVP e a colheita de sangue era uma técnica difícil de realizar no adolescente dada a repetição constante deste procedimento, havendo inclusivamente marcas de punções venosas anteriores nos membros do R. O MEOPA e a distração combinados, demonstravam ser estratégias bastante eficazes na redução da dor

e ansiedade associada a procedimentos invasivos no caso do R., sendo até um pedido expresso do próprio, segundo informações transmitidas pela orientadora clínica que me acompanhava.

No momento da colocação do AVP foi também colhido sangue para tubos de hemograma, bioquímica e coagulação. As análises clínicas não demonstravam alterações significativas, apresentando uma hemoglobina de 10g/L e PCR 1.2mg/dL. Foi também colhido exsudado naso e orofaríngeo por zaragatoa para pesquisa de SARS-CoV2, cujo resultado foi negativo.

Posteriormente foi dada indicação médica para internamento no SIP com diagnóstico clínico de CVO lombar e no membro inferior direito. Fomos contactos no SIP pelos colegas do SUP para proceder à transferência do R. por volta das 04.00 horas do dia 7 de dezembro de 2021, tendo eu mesmo participado nesse processo uma vez que estava a realizar o turno da noite.

À chegada ao SIP, o R. estava sonolento, mas facilmente despertável, muito por culpa da medicação analgésica endovenosa (EV) administrada anteriormente no SUP, da qual destaco Morfina 5mg EV, Paracetamol 1G EV, Cetorolac 30mg EV e Metamizol Magnésico 2G EV. Apresentava-se hemodinamicamente estável, mas tendencialmente hipotenso. Referia diminuição do quadro de dor, atualmente com um score de 2/10, segundo aplicação da EN, e assim permaneceu até à passagem do turno pela manhã.

Apesar de ser um novo episódio de internamento, o diagnóstico clínico de CVO era já recorrente, contando o R com internamentos anteriores pelo mesmo motivo e, portanto, já conhecia o SIP, nomeadamente as suas rotinas e dinâmicas, bem como toda a equipa multidisciplinar. Este passou os seus dias de internamento a intercalar entre o leito e cadeirão, mantendo as queixas álgicas a nível lombar e coxa direita, com redução efetiva dos episódios e do score de dor ao longo do internamento. O quadro de dor do R. apresentava variações importantes ao longo do dia, que irei especificar mais tarde.

2.1. Medicação no contexto de Internamento

Medicação	Dosagem	Via	Horário	Notas
Hidroxiureia	1500mg	Oral	09:00h	
Tapentadol	100mg	Oral	09:00h e 19:00h	
Pregabalina	100mg	Oral	09:00h e 19:00h	
Colecalciferol	2 gotas	Solução oral	09:00h	

Enalapril	2,5mg	Oral	09:00h	
Pantoprazol	20mg	Oral	07:00h	
Sertralina	50mg	Oral	09:00h	
Paracetamol	1G	EV	8/8h	Esquema fixo;
Cetorolac	30mg	EV	8/8h	Esquema fixo;
Metamizol Magnésico	2G	EV	SOS	8/8h se dor não controlada com Paracetamol e Cetorolac;
Morfina	5mg	EV	SOS	8/8h se dor não controlada com Paracetamol e Cetorolac;
Tramadol	100mg	EV	SOS	8/8h se dor não controlada com Paracetamol e Cetorolac;
Ondasentron	8mg	EV	SOS	Se náuseas ou vómitos;
Diazepam	10mg	Oral	SOS	Se crise de ansiedade;

2.2. Avaliação Cognitiva, psicológica e emocional

Existem diversos estudos com crianças e adolescentes com diagnóstico de ACF que têm identificado problemas de adaptação nesses mesmos utentes, despoletados pelos *stressores* associados à doença crónica e à gestão dos seus sintomas. Esses problemas podem incluir o autoconceito comprometido, problemas de ajustamento social, alterações de comportamento, sintomas depressivos e de ansiedade (Benton et al., 2007). Os estudos sugerem ainda que os problemas de adaptação parecem aumentar com a idade e têm maior prevalência em crianças e adolescentes do sexo masculino (Gil et al., 1993; Benton et al., 2007).

O R. é exemplo claro do que foi anteriormente descrito, tendo diagnosticada perturbação da adaptação com sintomas de ansiedade, estando medicado com Diazepam 10mg oral em SOS, com seguimento em consultas de Pedopsiquiatria e Psicologia. Segundo Benton et al. (2007), diagnosticar transtorno de ansiedade e depressão em utentes com ACF pode ser difícil porque os sintomas de descompensação da própria doença crónica podem ser confundidos com os sintomas dos distúrbios mentais. Muitos dos sintomas de ansiedade ou depressão como prostração ou agitação psicomotora, diminuição do apetite e concentração, humor irritável, insónia ou hipersónia podem também ser resultado da própria ACF e do quadro de dor implícito, ou ser efeito adverso dos medicamentos usados no seu tratamento (Benton et al., 2007).

Por outro lado, os sintomas depressivos e de ansiedade também foram identificados como fatores limitativos no desenvolvimento de estratégias de *coping* nas crianças e adolescentes com ACF para lidar com a dor associada ao diagnóstico. Existe uma relação definida entre os sintomas depressivos e a dor. Sintomas depressivos complicam o quadro de dor, podendo diminuir o limiar de tolerância à dor e interferir na capacidade da criança ou adolescente de enfrentar a mesma (Gil et al., 1993; Benton et al., 2007). Por outro lado, de acordo Benton et al. (2007), quadros de dor recorrente com gestão inadequada podem precipitar sintomas depressivos ou de ansiedade em indivíduos vulneráveis, como são exemplo os que têm diagnosticada determinada doença crónica como a ACF. As crianças e adolescentes nestas condições podem passar a depender cada vez mais dos serviços de saúde para uma gestão e alívio da sua dor, contando com elevado número de admissões nos serviços de urgência e com um elevado número de hospitalizações prolongadas (Gil et al., 1993).

Toda a literatura anteriormente referida encontra paralelo no caso concreto do R. Dados os contactos continuados entre mim e o R. ao longo do seu internamento foi possível inferir sobre a sua condição cognitiva, psicológica e emocional. Este apresentou-se, na maioria das vezes calmo, consciente e orientado nas três valências, com score de 15 na Escala de Coma de Glasgow. Nos períodos em que não apresentava dor, estando sob efeito de medicação analgésica, encontrava-se com humor eufórico, comunicativo e colaborante, e era neste estado que melhor conseguia conversar com ele, colher dados para a elaboração deste estudo de caso e realizar determinadas intervenções terapêuticas. O score de dor que apenas à data da admissão no SUP foi de 10/10, indicativo de dor severa, apresentou flutuações importantes e previsíveis ao longo do dia, e consequentemente ao longo de todo o internamento.

Irei de seguida relatar como era um dia de internamento do R., de forma a tentar explicar as variações previsíveis no quadro de dor e tentar fazer uma associação importante à sua vertente psicológica e emocional. Durante o internamento, sobretudo no decorrer do turno da manhã e início do turno tarde o R. referia episódios de dor moderada, variando o score entre

4/10 a 7/10, segundo aplicação da EN, havendo necessidade de administração de medicação analgésica prescrita em esquema fixo e muito raramente com necessidade de outra medicação analgésica prescrita em SOS. Durante estes turnos alimentava-se, cumpria os cuidados de higiene, assistia a aulas on-line do seu curso profissional, comunicava telefonicamente com a mãe, com o irmão e com outros amigos, jogava no computador e via televisão. Com o avançar do dia, os episódios de dor eram mais frequentes e o score de dor também exacerbava, sendo o período noturno o mais difícil no que diz respeito ao controlo e alívio da sua dor, havendo frequentemente a necessidade de administração de terapêutica analgésica de 2 em 2 horas. Neste período também era notório um aumento dos sintomas de ansiedade, entre os quais destaco o humor irritável, labilidade emocional, agitação psicomotora e insónia. O R. estava num quarto individual e a redução de contactos a partir do final do turno da tarde não só com familiares e amigos, mas também com a própria equipa multidisciplinar, que funcionavam como elemento de distração, pode no meu entender ser explicação para um intensificar de sintomas de ansiedade, que por sua vez aumentavam o score de dor porque diminuía o limiar de tolerância à dor e interferiam na capacidade do R. em enfrentar e gerir a mesma.

Um episódio concreto que ocorreu com o R. e que é revelador da íntima relação entre os sintomas de ansiedade e a dor, ocorreu no dia 15/12/2021, o meu último dia de estágio no SIP e que coincidiu precisamente com o dia da alta clínica do adolescente. Nos dois dias anteriores, toda a medicação analgésica estava a ser administrada por via oral, situando-se a dor, segundo avaliação do próprio, num score de dor ligeira. No final do turno da manhã do dia 15/12/2021, a médica assistente responsável pelo caso do R., informou-o que o irmão já havia sido contactado telefonicamente e que vinha, naquele preciso momento, a caminho do hospital para levá-lo para o domicílio, pois já contava com alta clínica. A partir do momento da comunicação da alta foi experimentado todo um role de emoções negativas pelo R. e segundo o próprio, vivenciada uma súbita escalada do quadro de dor. Mencionou poucos minutos após a comunicação da alta por parte da médica, uma dor de intensidade severa na região lombar, score de intensidade que não mencionava desde a data da admissão. Foi administrada medicação prescrita em esquema fixo e em SOS e durante 8 horas consecutivas, já na presença do irmão, mencionou que a dor não cessava, nem melhorava, apresentando-se sempre prostrado e pouco comunicativo, respondendo apenas com respostas simples e curtas às perguntas. Perante o exposto, foi informada a médica assistente do que estava a ocorrer, tendo sido pedida observação pela médica hematologista responsável pelo seu caso e pela psicóloga, que de pouco beneficiou, pois assumiu durante esse período uma postura hostil, mencionando que com um quadro de dor intensa não iria para casa. A postura era corroborada e de certa forma incitada pelo irmão que referia que o R. não estava em condições de ter alta e encontrando-se até incomodado

pelo facto da equipa médica ter pensado sequer nessa possibilidade. Tentámos relembrar o irmão que nos dias anteriores toda a medicação estava a ser administrada por via oral e que o quadro de dor era ligeiro, tal como ele mencionava nas chamadas telefónicas entre ambos. Experimentámos diversas intervenções não-farmacológicas, sobretudo distrativas, para obter alívio da sua dor, mas nenhuma delas surtiu efeito pela não colaboração e animosidade adotada por parte do R.

Dado o exposto, a alta acabou por ser protelada com anuência dos clínicos das várias especialidades e o irmão J. acabou por partir sozinho para o domicílio. Fica assim demonstrada a dificuldade na gestão da dor nestes casos concretos e a linha ténue existente entre a valorização ou desvalorização, por parte da equipa de saúde, dos sintomas dolorosos sentidos pelo adolescente. Creio que a ansiedade nesta situação específica estava associada ao receio do R. em ir para o domicílio, temendo não ter o acompanhamento necessário ou receando não dispor de estratégias de coping suficientes para lidar com o quadro de dor.

Dado o exposto, fica bem visível como os fatores familiares também adquirem particular importância na adaptação e vivência da criança e adolescente à doença, funcionando como fator mediador (Kliwer & Lewis, 1995). De acordo com os mesmos autores, maior coesão familiar tem sido associada a um enfrentamento mais adaptativo à ACF e ao desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes, enquanto uma família destruturada tem sido associada a um enfrentamento menos adaptativo. Fazendo nova transposição para o caso em estudo, o compromisso claro no enfrentamento pode em parte ser explicado pelo facto de estar sem acompanhantes durante o internamento, havendo um afastamento físico real das unidades de referência familiares. Mesmo no domicílio, o R. mantém pouco acompanhamento por parte da mãe e do irmão, e pouco apoio por parte da rede de contactos como são exemplo os amigos, colegas de trabalho e patrões, o que pode explicar as várias admissões ao SUP.

De realçar que a avaliação psicológica da criança ou adolescente com ACF é importante e deve incluir uma avaliação completa de distúrbios psicossociais ou sintomas psiquiátricos, especialmente os que estão diretamente relacionados com a ansiedade ou depressão. Importa também não descurar a avaliação de eventuais problemas escolares ou sociais pois podem refletir problemas cognitivos e problemas na gestão da dor aguda ou crónica. O R., conta com acompanhamento clínico diferenciado desde a data do diagnóstico de ACF e foi importante perceber que este acompanhamento é real e continuado tendo contado com variadas visitas da psicóloga de referência durante o tempo em que permaneceu internado.

2.3. Avaliação de acordo com a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

Tentarei de seguida fazer uma avaliação do caso concreto do R., de acordo com a aplicação da teoria do conforto de Kolcaba. Kolcaba (1991, p.238) definiu o conforto como “a experiência de ter alcançado as necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência” e mais tarde, como “a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de stress, em cuidados de saúde nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental” (1994, p.1178). Os pressupostos básicos que sustentam a teoria são: os seres humanos têm respostas holísticas perante um estímulo complexo; o conforto é um resultado holístico desejável que está associado à disciplina de enfermagem e os seres humanos empenham-se ativamente, por satisfazer ou terem as suas necessidades básicas de conforto satisfeitas (Kolcaba, 1994).

No caso concreto do R, o quadro de dor intensa foi o principal motivo de internamento do adolescente associado à doença crónica de base e, portanto, o fator fisiológico mais premente de resolução para a melhoria da sua condição de saúde. A ACF é a doença genética mais comum em todo o mundo (Colombatti et al., 2021). Todos os anos, uma média de 300.000 crianças nascem com síndromes falciformes e a prevalência da doença entre os recém-nascidos varia de 0,1/1000 em países não endémicos para 20/1000 em países do continente Africano (Weatherall & Clegg, 2001). A ACF causa anemia hemolítica crónica, vaso-oclusão e lesões em vários órgãos, que têm um impacto profundo na qualidade de vida dos utentes (Colombatti et al., 2021). Estes contam com episódios frequentes de dores intensas e um risco elevado de infeções, sequestro esplénico e acidentes vasculares cerebrais. Apesar de nas últimas décadas ter-se assistido a um aumento da esperança média de vida dos utentes com ACF sobretudo devido a avanços significativos no atendimento clínico em países desenvolvidos, as CVO coincidentes com quadros de dor intensa, as admissões recorrentes em unidades de saúde e os longos internamentos hospitalares perturbam o ambiente familiar e social destas crianças e adolescentes repercutindo-se numa qualidade de vida pobre, em comparação com os seus pares (Webb, 2020; Colombatti et al., 2021).

Considero que durante o tempo de internamento do R. foi possível alcançar a necessidade humana básica de alívio, que diz respeito à satisfação de uma determinada necessidade expressa, neste caso a necessidade do controlo da dor, para que o adolescente restabeleça as suas funções habituais. Para atingir um estado de tranquilidade foi importante a implementação de estratégias farmacológicas conjugadas com intervenções não farmacológicas, como as

estratégias imagéticas, distração pela recreação e o humor terapêutico através da visualização de filmes humorosos e utilização de anedotas e jogos de palavras. Foi possível fazer o ensino e treino de estratégias não farmacológicas para alívio e controlo da dor, mesmo em momentos em que esta não estava presente, mas também foram reforçadas estratégias de coping a ser utilizadas em situações de agudização dos sintomas de ansiedade, como a musicoterapia e a imaginação guiada. No entanto do papel à prática vai uma grande distância e de facto perante a situação real de exacerbação de dor e dos sintomas de ansiedade, o R. tinha dificuldade em utilizar as estratégias de coping anteriormente treinadas, o que impedia o alcance do estado superior de transcendência no conforto físico e psicoespiritual. A transcendência dita a capacidade de o adolescente ultrapassar ou suplantar os seus desconfortos quando estes não podem ser evitados ou suprimidos (Dowd, 2004; Apóstolo, 2009).

Aliado ao anteriormente exposto, considero que também não foi possível alcançar a transcendência no conforto sociocultural e ambiental, dadas todas as condicionantes familiares e ambientais presentes no internamento. O contexto sociocultural refere-se a aspetos tanto da cultura do R. como ser individual, mas também a todo o apoio social e familiar que dispõe. E de facto neste caso concreto, dado o afastamento físico das unidades de referência familiares houve dificuldade em ultrapassar os problemas sentidos, apesar de termos sugerido e tentado várias soluções para atenuar esse distanciamento. Sugerimos à mãe e ao irmão realizar visitas presenciais ao serviço, mesmo fora do horário preconizado para as visitas, o que nunca foi possível. Ainda assim, incentivámos a realização de chamadas e videochamadas a outros familiares e amigos, que eram efetuadas várias vezes ao longo dos turnos. O apoio social de que dispõe é muito díspar, segundo as suas próprias palavras. Por um lado, sente-se apoiado e suportado pelas diversas equipas multidisciplinares, tendo maior expressão o acompanhamento da Psicóloga, por outro lado sente-se desapoiado por parte dos colegas de trabalho e amigos que com ele se relacionam todos os dias, por não compreenderem a fundo a sua patologia.

Por fim, o contexto ambiental centra-se nos elementos circundantes ao R., durante a situação de hospitalização. O maior fator de stress neste campo, notório durante o tempo de internamento, foi o facto de estar sozinho num quarto de internamento individual, que embora lhe conferisse maior privacidade, aumentava o isolamento social e dificultava a socialização com pares e profissionais, o que piorava a experiência hospitalar, contribuindo para o seu desconforto. A mobilização para uma nova unidade de internamento, assim que reconhecida esta necessidade, para junto de outro adolescente com o qual se tinha identificado anteriormente, foi certificada como uma intervenção adequada e promotora de conforto.

Para que fossem alcançadas as necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência no caso concreto do R., nos quatro contextos da experiência, importava primeiramente considerar a estabilização sintomática do adolescente e posteriormente fazer com que a relação terapêutica assenta-se em dimensões de confiança, empatia e segurança, de forma a ser possível uma ajustada identificação de problemas, gestão de expectativas, definição de prioridades e reformulação de projetos, para no fundo, promover a homeostasia individual. Posso assim considerar o processo de enfermagem como algo pessoal e multidimensional. Todo o processo deve atender a pessoa nas suas dimensões bio-psico-socio-espiritual, privilegiando-se a comunicação, a relação interpessoal, o apoio multidimensional e a melhoria da qualidade de vida. Ao longo do internamento do adolescente, após identificação das necessidades, foi delineado um plano de cuidados de enfermagem, que irei expor de seguida.

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	Dor;	Intervenções farmacológicas e não-farmacológicas (técnicas imagéticas, distração pela recreação, humor terapêutico);	-
Psicoespiritual	Ansiedade; Desmotivação;	Estratégias de coping (Imaginação guiada, musicoterapia)	-
Sociocultural	Poucas visitas da família;	Participação em chamadas telefónicas e videochamadas para mãe, irmão e amigos.	-
Ambiental	Isolamento num quarto individual;	Socialização num quarto partilhado;	-

(Adaptado de Kolcaba & Dimarco, 2005)

2.4. Plano de Cuidados de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Avaliação dos resultados
Autocuidado: higiene dependente	- Avaliar autocuidado: higiene (1 vez dia – turno da manhã); - Assistir no autocuidado: higiene (1 vez dia – turno da manhã); - Incentivar no autocuidado: higiene (1 vez dia – turno da manhã); - Providenciar dispositivos para o autocuidado: higiene (cadeira sanitária) (1 vez dia – turno da manhã).	06/12/2021-15/12/2021: O R. apresenta dor lombar e dor no membro inferior direito a nível da coxa desde a admissão no SUP, mantendo-a no SIP, sendo o quadro consistente com o diagnóstico de CVO lombar e membro inferior direito. O quadro de dor apresentou flutuações importantes ao longo do dia e ao longo de todo o internamento. A dor é controlada com medicação analgésica prescrita em esquema fixo e com medicação analgésica prescrita em SOS. Nos dois primeiros dias de internamento no SIP o R. recusou efetuar levante por quadro mais exacerbado de dor, cumprindo o autocuidado higiene no leito com auxílio. À medida que o controlo algico foi sendo eficaz com redução efetiva do score de dor, o R. foi cumprindo levante para a casa de banho, primeiramente com recurso à cadeira sanitária, de forma a evitar efetuar carga

		sobre o membro inferior direito dolorido e numa fase posterior deambulando autonomamente e cumprindo os cuidados de higiene de forma independente.
Autocuidado: Uso do vestuário dependente	• Avaliar autocuidado: uso do vestuário (1 vez dia – turno da manhã); • Incentivar no autocuidado: uso do vestuário (1 vez dia – turno da manhã); • Assistir no autocuidado: uso do vestuário (1 vez dia – turno da manhã).	06/12/2021-15/12/2021: A redução progressiva dos episódios e do score de dor e o controlo algico efetivo alcançado ao longo do internamento foi consistente com o alcance de independência no autocuidado onde se engloba a atividade de vestir e despir. Na fase inicial do internamento, sobretudo nos dois primeiros dias, dado o quadro de dor mais exacerbado era necessária assistência na execução desta atividade. Com a gestão adequada da dor, o R. foi ganhando agilidade na sua habilidade de vestir e despir, apesar de sentir sempre maior dificuldade na colocação de roupa na parte inferior do corpo quer pela dor na região lombar quer pela dor no membro inferior direito, intensificada quando o mobilizava. Na fase final do

		internamento apesar da manter uma dor ligeira, o R. realizava esta atividade já de forma totalmente independente.
Autocuidado: Uso do sanitário dependente	• Avaliar autocuidado: uso do sanitário (1 vez dia – turno da manhã); • Assistir no uso do sanitário (1 vez turno); • Providenciar dispositivos para o uso do sanitário (urinol ou arrastadeira) (1 vez turno); • Vigiar eliminação urinária (1 vez turno); • Vigiar eliminação intestinal (1 vez turno); • Monitorizar eliminação intestinal (1 vez turno).	06/12/2021-15/12/2021: A redução progressiva do score de dor e o controlo algico efetivo alcançado ao longo do internamento foi consistente com o alcance de independência no autocuidado: uso do sanitário. Numa fase inicial do internamento, pelo quadro de dor mais intenso o R. preferia realizar a eliminação vesical e intestinal no leito, com recurso a urinol e arrastadeira. Com a evolução favorável da situação clínica foi reduzindo a dependência destes dispositivos e deslocando-se à casa de banho, primeiramente com a cadeira sanitária e posteriormente de forma independente.
Autocuidado: recreativo comprometido	• Avaliar autocuidado: atividade recreativa (1 vez dia - turno da manhã); • Incentivar o autocuidado: atividade recreativa (1 vez turno);	09/12/2021: Estando ciente que um internamento é sempre uma situação de crise, geradora de desconforto, medo e ansiedade no adolescente hospitalizado, agravados no caso concreto

	• Planear atividades de lazer (1 vez dia -turno da manhã); • Incentivar distração (1 vez turno); • Promover ligação entre familiar cuidador e adolescente (1 vez turno); • Promover autoestima (1 vez turno); . • Estabelecer relacionamento terapêutico entre profissional de saúde e adolescente (1 vez turno); • Promover relacionamento terapêutico entre profissional de saúde e adolescente (1 vez turno); • Incentivar socialização entre profissional de saúde e adolescente (1 vez turno); • Estabelecer confiança (1 vez turno); • Incentivar socialização entre adolescente e crianças/adolescentes (1 vez turno).	do R., pelo facto de permanecer sozinho e sem visitas, tentei promover a atividade recreativa. Esta atividade estimula a distração e constitui um recurso inerente à prática de cuidados de enfermagem, importante para minimizar os efeitos adversos da hospitalização no adolescente. Durante o turno da tarde deste dia, passei algum tempo com o R., tendo permanecido com o mesmo no seu quarto individual. Este contacto mais prolongado apenas foi facilitado dados os variados contactos em turnos anteriores, que permitiram o estabelecimento de uma relação terapêutica efetiva assente em pilares de confiança, empatia e respeito. O principal tema da nossa conversação foi o Curso Profissional de Técnico de Desenho Digital 3D que o R. se encontra a frequentar e os trabalhos que tem de elaborar durante o tempo de hospitalização, para conseguir entregar antes das férias escolares. Solicitou a minha ajuda para um trabalho
--	---	---

		concreto a elaborar em formato Power-Point que consistia na análise de um filme épico no género de ficção científica, que fizesse uso diferenciado de efeitos especiais, técnicas que está a estudar com maior pormenor numa determinada disciplina do Curso. Após um delongado <i>brainstorm</i> acabámos por optar pelo filme Dune, de 2021, de Denis Villeneuve, uma reedição do filme de 1984 com o mesmo nome de David Lynch. Durante o turno conseguimos visualizar partes significativas de ambos os filmes e fazer comparação de características técnicas dos dois, acreditando eu na comparação feita pelo R. porque da temática pouco percebo. Partilhámos filmes e séries marcantes para cada um de nós, e como não podia deixar passar a oportunidade, acabei por fazer sugestões de filmes e séries humorosas, facilmente acessíveis na internet, dada a temática do meu projeto de estágio. Ficou ainda prometida a visualização do filme: As férias
--	--	---

		de Mr. Bean de 2007, num próximo turno, um dos seus filmes preferidos do género comédia e que o R. gostaria de aproveitar para rever. 10/11/2021: No início do turno da tarde deste dia, o R. mostrou-me um caderno com desenhos feitos a carvão e a apetência que tem pelo desenho, daí que tenha optado pelo mencionado Curso Profissional. Durante esse mesmo turno e em articulação com a Educadora do SIP foi incentivada a participação do adolescente em atividades de Natal como o desenho de motivos natalícios e o seu recorte em materiais diversos para enfeite do próprio serviço de internamento. Durante a realização desta tarefa na sala de atividades do SIP, o R. acabou por conhecer outro jovem internado o F. e com ele despendeu algum tempo a conversar e a partilhar experiências, e foi óbvio o aumento do seu contentamento. 11/10/2021 – Comprovada a agudização do quadro de dor
--	--	--

		durante o período noturno, manifestamente pela exacerbação de sintomas de ansiedade pelo isolamento num quarto individual e redução de contactos com outras pessoas, durante o turno da tarde deste mesmo dia, decidimos em consonância com toda a equipa de multidisciplinar, transferir o R. para um quarto partilhado onde estava o F. permitindo que este socialize com outro adolescente internado, com o qual já se tinha identificado anteriormente. O R., previamente à mudança de quarto, partilhou comigo que quando terminava as aulas on-line, quando parava para descansar da elaboração dos trabalhos ou desligava os jogos de computador, sentia-se triste e fatigado por experimentar uma monotonia na vivência do seu cotidiano de internamento, agravada por estar sem companhia no quarto. Nesse mesmo dia acabámos por visualizar todos juntos, com o F. e a sua mãe, já no novo quarto, o filme: As
--	--	---

		férias de Mr. Bean de 2007 e partilhar momentos humorosos que geraram riso, alegria e diversão nos intervenientes e que certamente por momentos fizeram estes jovens alhear-se da situação desconfortável de internamento.
Conforto Comprometido	• Avaliar conforto (adolescente) (1 vez dia - turno da manhã); • Avaliar sinais de desconforto (1 vez dia - turno da manhã); • Promover conforto (1 vez turno); • Vigiar comportamento (1 vez turno); • Gerir ambiente (1 vez turno); • Promover relacionamento terapêutico entre profissional de saúde e adolescente (1 vez turno); • Incentivar socialização entre profissional de saúde e adolescente (1 vez turno); • Incentivar socialização (1 vez turno);	06/12/2021-15/12/2021: As atividades realizadas por mim e pelo R., durante o seu internamento e que foram mencionadas anteriormente, parecem simples e elementares, mas careceram de planeamento, ponderação e definição de acordo com a intencionalidade terapêutica pretendida, tendo sido validadas pela orientadora clínica. Todas elas pretendiam estimular a criatividade, recreação e a distração do adolescente, funcionando como estratégias para lidar com a monotonia e frustração do internamento, auxiliando na resolução de problemas. O objetivo maior das mesmas é potenciar o conforto do adolescente durante o internamento, sobretudo o conforto físico, psicoespiritual

	• Estabelecer confiança (1 vez turno); • Incentivar distração. (1 vez turno).	e ambiental. Isto é alcançado através do controlo e gestão adequada da sua dor, promovendo o divertimento e recreação e combatendo o isolamento. Durante a visualização dos filmes, elaboração do trabalho escolar e elaboração de motivos natalícios para enfeitar o SIP foi visível o incremento de sentimentos positivos no R. Era notória a alegria e contentamento durante e após a execução destas tarefas prazerosas. Todas estas intervenções de enfermagem foram registadas em notas gerais no processo clínico do R., de forma a serem replicadas por outros elementos da equipa de enfermagem e de forma a comprovar a eficácia das mesmas na promoção do seu conforto.
Dor Presente	• Avaliar dor (4/4 horas); • Monitorizar dor (Escala Numérica) (4/4 horas); • Vigiar dor (4/4 horas); • Administrar medicação para a dor (Esquema fixo e SOS);	06/12/2021-15/12/2021: Ao longo do internamento do R. tentei fazer uma caracterização mais precisa da sua dor, indagando sobre fatores de alívio ou de agravamento e fazendo treino de diversas intervenções não

	• Executar tratamentos com estratégias não farmacológica (Comportamentais como o relaxamento; cognitivo-comportamentais como a distração e imaginação guiada; físicas como a aplicação de calor superficial ou ambientais como a melhoria das condições ambientais, nomeadamente no que diz respeito à luz, ao ruído, à temperatura e à decoração, Musicoterapia e Humor) (SOS).	farmacológicas para controlo e alívio da sua dor em vários dias consecutivos, mais concretamente nos dias 9, 10 e 11 de dezembro de 2021. Nestes contactos foi identificado um dos fatores que o R. considerava como impulsionador major do seu quadro de dor durante o internamento: as verbalizações que os profissionais de saúde fazem, como por exemplo “calma” ou “respira”, que segundo o R. acabam por funcionar como ativadores ou maximizadores do quadro de dor. Esta informação foi transmitida a toda a equipa multidisciplinar de maneira a cessar essas verbalizações. Referiu também o impacto que sente que a solidão tem na gestão da dor no decorrer do internamento e no domicílio, onde passa muito tempo sozinho sem interagir pessoalmente com alguém. Revelou dificuldade na identificação das estratégias que considera eficazes para gerir a sua dor, mas menciona aquelas que frequentemente
--	--	--

		utiliza e que surtem algum efeito. A redução da estimulação externa, desligando as luzes e ouvir música do género Low-Fi Pop, enquanto música caracterizada pela leveza e simplicidade, e por ser, em grande parte, livre de vocais, que segundo o R. proporciona-lhe relaxamento. Nestes diversos contactos foram exploradas principalmente técnicas imagéticas para alívio e controlo da dor. Tentou aprofundar-se o exercício da imaginação guiada (“o meu lugar preferido”). Neste contexto, o R. apontou “o Oriente” como um dos locais que imagina como mais securizante e tranquilizador. Ao consultar notas prévias no processo clínico denoto a realização de intervenções por parte da psicologia com a mãe e com o irmão com enfoque no controlo da dor e no papel a desempenhar durante os episódios de dor do R. No dia 9/11/2021 foi curioso perceber que durante a visualização dos filmes
--	--	---

		mencionados e com o desenrolar da conversa ao longo de 4h de partilha, o R. nunca mencionou novos episódios de dor, tendo permanecido um total de 5h sem necessidade de qualquer intervenção farmacológica, o maior espaçamento de tempo até então. Como nem todos os filmes tem o final esperado, este relato termina também com a administração de Cetorolac EV por novas queixas álgicas na região lombar e coxa direita. A certa altura, durante a visualização dos filmes o R. apresenta maior agitação psicomotora, tentando confortar-se em variadas posições no leito e acaba por revelar uma escala célere da dor, até um score de 7/10 de acordo com aplicação da EN. Durante o episódio de agudização da dor crónica, uma estratégia não farmacológica que se demonstra eficaz no alívio da sua dor é a aplicação de calor local com recurso a uma luva de água quente ou a um saco de Soro Fisiológico 0,9% de 250ml aquecido em banho-
--	--	--

		maria. Acredito que o jovem apresenta mecanismos de coping limitados para lidar com situações dolorosas e emocionalmente perturbadoras e o simples facto de ser disponibilizado algum tempo na implementação de estratégias como a distração, ou no ensino sobre a imaginação-guiada, acaba por revelar-se suficiente para facilitar o processo de adaptação e enfrentamento. Relato outra experiência de dor ocorrida no dia 10/12/2021. O R. mantinha AVP com soroterapia em curso, local por onde era administrada toda a medicação analgésica prescrita. Pelas elevadas quantidades de fluidos administradas, que geravam sobrecarga sobre a veia puncionada, o R. referia frequentemente dor no local de inserção do AVP, sendo necessário voltar a puncionar novo acesso. Este procedimento repetiu-se variadas vezes ao longo do internamento. O SIP conta
--	--	---

		com o protocolo para administração de MEOPA, e sempre que era necessário realizar intervenções traumáticas de curta duração, como a cateterização venosa era usada esta terapêutica inalatória que se revelava bastante eficaz. No entanto era ainda mais eficaz quando combinada com outra intervenção não farmacológica como o humor terapêutico, tendo sido feita uma partilha de anedotas e jogos de palavras antes, durante e imediatamente após a realização da intervenção. Com o recurso ao humor é proporcionado ao R. uma sensação de bem-estar e relaxamento através da criação de um ambiente descontraído onde todos riem. A relação terapêutica e de confiança aumenta, assim como a ligação dos envolvidos na situação de saúde-doença do jovem.
Papel parental comprometido	Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização (1 vez dia - turno da manhã);	06/12/2021-15/12/2021: Por motivos laborais, o R. não contava com a companhia da mãe no hospital, nem com visitas presenciais por parte

	• Avaliar condição do papel parental (1 vez dia - turno da manhã); • Promover papel parental (1 vez turno).	da mesma. Segundo apurado, durante os dias de internamento o R. apenas teve uma visita presencial por parte do irmão, no domingo dia 12/12/2021 e no dia da alta, que acabou protelada, dia 15/12/2021. No entanto, o R. contava com chamadas telefônicas ou videochamadas diárias para ambas as unidades familiares de referência. Num dos contactos por videochamada com a mãe tive a oportunidade de participar e sinalizar a importância do acompanhamento parental no internamento e indaguei a possibilidade da mãe realizar uma visita. A mãe referiu que era de todo impossível, desloca-se em transportes públicos e abandona o local de trabalho apenas às 22:00h. Obviamente que o adolescente se sentiria mais seguro com a mãe junto dele, no entanto esta era uma condição importante e irreversível e tínhamos de aceitar e contornar.
Risco de compromisso da ingestão nutricional	• Avaliar ingestão nutricional (adolescente)	06/12/2021-15/12/2021: O R. desde a data da admissão no

	(1 vez dia - turno da manhã); • Avaliar ingestão de líquidos (adolescente) (1 vez dia - turno da manhã); • Vigiar refeição (09:00h, 13:00h, 17:00h, 20:00h, 23:00h); • Monitorizar peso corporal (1 vez dia - turno da manhã).	SIP que apresentou sempre o mesmo peso, na ordem dos 57kg. Mantinha apetite e alimentava-se da totalidade da dieta geral prescrita. Houve momentos em que os episódios de agudização da dor coincidiam com o horário das refeições, que acabavam por ser proteladas, alimentando-se posteriormente com tolerância e agrado.
Risco de Úlcera de Pressão Presente: Baixo risco de UP	• Avaliar risco de úlcera de pressão (adolescente) (1 vez dia - turno da manhã); • Incentivar a posicionar-se (1 vez turno); • Vigiar sinais de úlcera de pressão (1 vez turno); • Aplicar dispositivos de prevenção de úlcera de pressão (almofada) (1 vez turno).	06/12/2021-15/12/2021: Mesmo nos primeiros dias de doença, onde o score de dor do adolescente era coincidente com dor intensa ou moderada, este apresentava capacidade de se autoposicionar no leito, adotando o decúbito lateral esquerdo como posição de maior conforto. O R. foi ensinado sobre a necessidade de alternância frequente de decúbitos e sobre dispositivos de prevenção de úlcera de pressão, sobretudo nas proeminências ósseas, como almofadas, que utilizava. Nos dias subsequentes dados os

		episódios de dor coincidentes com dor moderada ou ligeira e dado o controlo álgico adequado, o R. alternava entre o cadeirão e o leito, deambulando por vezes pelo serviço com supervisão.
Risco de Queda Presente: Baixo risco de queda	• Avaliar risco de queda (adolescente) (1 vez dia – turno da manhã); • Baixar a cama (1 vez turno); • Elevar as grades da cama (1 vez turno); • Manter as grades da cama (1 vez turno); • Otimizar ambiente físico (1 vez turno);	06/12/2021-15/12/2021: Sem registo de episódios prévios ao internamento de quedas, nem foram observadas ou registadas quaisquer evidências de queda durante o internamento. A partir do momento em que passou a efetuar levante do leito de forma frequente que foram colocados aparelhos antiderrapantes no chuveiro para minimizar este risco.
Sono Comprometido	• Avaliar sono (07:00h) • Planejar sono (1 vez dia – turno da noite); • Orientar para uso de técnicas de relaxamento (1 vez dia – turno da noite);	06/12/2021-15/12/2021: Durante o internamento, o R. foi incentivado a fazer planeamento do sono, com pouco sucesso. Feitas diversas tentativas de redução de estímulos externos, sobretudo a exposição a ecrãs, durante o turno da noite sem sucesso, sobretudo porque o R. não aceitava e não colaborava

		com as sugestões. Como relatado anteriormente, coexistiam durante o período noturno episódios de intensificação de sintomas de ansiedade e descompensação do quadro de dor, com necessidade de administração de medicação analgésica em esquema e em SOS, por vezes de 2/2 horas. Houve necessidade de administração de medicação psicotrópica prescrita em SOS, algumas vezes, para redução do quadro ansiogénico, com efeito. Na maioria dos dias o R. acabava por adormecer por volta das 03:00h ou 04.00h a ver televisão ou a jogar no computador, acordando sonolento por volta das entre as 09h00 para tomar o pequeno-almoço. Permanecia a dormir durante o resto do turno da manhã, como foi comprovado no turno da manhã de dia 08/12/2021 em que estive presente. Incentivado a pôr em prática nestas situações, mesmo sem a minha presença, as técnicas imagéticas indutoras
--	--	---

		de relaxamento, que havíamos treinado anteriormente.
--	--	--

3. CONCLUSÃO

A dor ocupa uma posição central na experiência das crianças e adolescentes com ACF. Os episódios recorrentes de dor aguda severa nas crianças e adolescentes com ACF estão maioritariamente associados a CVO e têm por isso localização variável, frequência e duração imprevisíveis e constituem a principal causa de retorno destes utentes aos serviços de urgência, sendo responsáveis também por hospitalizações prolongadas (Román et al., 2020). Estes episódios de dor aguda estão associados a um aumento da mortalidade ou a sequelas irreversíveis nos diversos órgãos e têm um impacto profundo na qualidade de vida destes utentes (Román et al., 2020). De acordo com os mesmos autores, além dos episódios de dor aguda, tem sido estimado que 30 a 40% dos adolescentes e adultos com ACF desenvolvem dor crónica que agrava com o aumento da idade. Podemos assim considerar que a fisiopatologia subjacente à dor na ACF é complexa, o que torna a gestão e controlo da dor um desafio crescente para as equipas multidisciplinares que lidam diretamente com estes utentes.

O estigma vivenciado pelas crianças e adolescentes com dor aguda ou crónica associada ao diagnóstico de ACF, como explicitado no caso em estudo, ocorre nos variados contextos de interação: círculo familiar e de amigos, ambiente de trabalho e de estudo ou nos próprios contextos de saúde (Carvalho et al., 2021). Ainda de acordo com os mesmos autores, os utentes com ACF sofrem violência, são desqualificados, diminuídos, adjetivados com termos pejorativos e vítimas de abandono e maus-tratos. Isso traduz-se numa dificultada gestão da doença, baixa adesão às medidas de autocuidado e dificuldades no acesso ao tratamento, a orientações de qualidade e a ações preventivas que melhorem a sua qualidade de vida (Carvalho et al., 2021). De facto, é fundamental uma gestão adequada da doença, prevenindo os episódios de dor, para assegurar qualidade de vida a estas crianças e adolescentes, o que consequentemente irá garantir qualidade de vida igualmente às suas famílias, seja pelas implicações imediatas da doença com interferência nas diferentes atividades diárias, seja pelas complicações futuras decorrentes da repetição destes episódios dolorosos.

A equipa multidisciplinar, ao prestar assistência integral e possibilitar o acesso do utente pediátrico e família a orientações de qualidade, pode contribuir para vencer a invisibilidade da ACF, esclarecer dúvidas e desmistificar crenças que colocam o utente em condição de depreciação (Carvalho et al., 2021). De acordo com os mesmos autores, cabe a estas equipas, onde se incluem os enfermeiros, sobretudo EEESIP sensibilizar a família e a sociedade quanto às limitações físicas e psicoemocionais que a dor na criança, adolescente e família com ACF produz (Carvalho et al., 2021). Só assim é possível conseguir uma adaptação adequada da

criança e adolescente à vida escolar, familiar e comunitária que permita dar resposta às suas necessidades.

Segundo Carvalho et al. (2021), no contexto dos serviços de saúde, urge tornar os profissionais qualificados sobre a doença, a fim de que reconheçam a dor como uma das complicações mais severas da mesma, para que estejam aptos a avaliar e tratar o episódio de dor, entendendo que constitui uma emergência clínica com necessidade de uma intervenção rápida e eficaz. Os EEESIP no seu quotidiano de cuidados, pela proximidade aos utentes pediátricos e suas famílias, podem implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde e ajudá-los a adaptarem a sua vida aos condicionalismos desta doença, muito marcada pela dor, contribuindo para que possam prosseguir as suas vidas com qualidade e esperança, considerando o domínio psicológico, social ou físico.

Ter em atenção as efetivas necessidades de cuidados da criança, adolescente e família, não só em termos de conforto físico, mas também psicoespiritual, ambiental e sociocultural, transporta a intervenção de enfermagem para uma dimensão superior que se constitui como um enorme desafio. Como comprovado com este estudo de caso, cuidar da criança ou adolescente com quadro de dor é uma missão árdua, sobretudo a nível emocional. É impreterível que o EEESIP ajude a criança a adquirir estratégias de coping e ensine a usá-las para que enfrente positivamente os episódios dolorosos e restrinja sentimentos negativos. O EEESIP tem de estar apto a não somente atuar durante as crises dolorosas, como deve também educar o utente pediátrico a evitar que as crises de dor ocorram, orientando-os a como evitar e perceber esses sinais (Silva & Marques, 2007).

A escolha do caso clínico do R. para elaboração deste estudo de caso deveu-se a múltiplos fatores: o facto de ser um adolescente com a referida doença crónica, com múltiplos internamentos anteriores, com um previsível novo episódio de internamento prolongado e com um contexto social e familiar complexo, pelo que poderia beneficiar de um acompanhamento continuado por um novo profissional de enfermagem e de novas intervenções não farmacológicas com base no humor para controlo e gestão da sua dor. O SIP e todo o departamento de pediatria conta com normas e protocolos no âmbito da gestão e controlo da dor bem implementados, com orientações fundamentadas e sistematizadas. Assim sendo, as práticas de enfermagem estão uniformizadas entre toda a equipa, o que promove uma intervenção atempada, adequada e eficaz na gestão e controlo da dor da criança, adolescente e família, sendo este outro dos critérios que me levou a optar por este caso de estudo concreto.

De uma forma geral, o controlo da dor da criança ou adolescente decorrente de uma CVO implica a administração de medicação analgésica em esquema fixo, com intervalos regulares, para além de administrações de medicação analgésica extra em SOS, recorrendo-se

principalmente a opióides fortes em situações de dor moderada a severa. No entanto, estas estratégias farmacológicas necessitam de complementaridade com intervenções não farmacológicas, cabendo ao EEESIP, após uma avaliação correta da dor, escolher as intervenções não farmacológicas mais adequadas ao caso clínico. Posteriormente, deve avaliar os resultados obtidos com consequente alteração do plano de cuidados se não estiver a ser eficaz, não esquecendo o respetivo registo para promoção da continuidade de cuidados.

Foi notório ao longo dos turnos realizados e ao longo do crescendo da relação terapêutica o facto do adolescente identificar o enfermeiro de referência como alguém em quem pode confiar, que acredita em si e na sua dor, que a compreende e que o ajuda no controlo da mesma. Como mencionado, o quadro de dor do R. era exacerbado também pela agudização de sintomas de ansiedade e, portanto, uma adequada gestão e controlo da dor implica reconhecer a complexidade e subjetividade que também lhe é inerente. Foi possível ao longo do internamento capacitar o R. para Intervenções não farmacológicas adequadas às suas preferências para alívio da dor, mas também fazer o ensino de estratégias de *coping*, como a distração e a estimulação da criatividade para redução da ansiedade, de forma a habilitá-lo para práticas autónomas a adotar durante o internamento e posteriormente no domicílio.

Mesmo tratando-se de um adolescente foi importante englobar estratégias distrativas e atividades lúdicas intimamente ligadas ao brincar, enquanto comportamento de escolha livre, dirigido pessoalmente, com um propósito explorador, de risco e procura adaptativa (Neto, 2020). De realçar que nesta situação concreta de cuidados foi possível fazer uso adequado das intervenções não farmacológicas mencionadas, uma vez que o R. foi o meu único alvo de cuidados durante alguns turnos. Com isto foi possível despende todo o tempo necessário no acompanhamento ao adolescente, tempo esse que escasseia no contexto habitual de cuidados, já que temos mais crianças, adolescentes e famílias a nosso cargo. De realçar que o humor terapêutico foi outra das intervenções que com intencionalidade bem definida, adequada personalização, oportunidade e conteúdo pode integrar a prestação de cuidados das crianças e adolescentes, proporcionando um ambiente indicado à sua recuperação (José, 2012). Esta intervenção, apesar de ser trabalhosa de aplicar, dada a situação de doença do adolescente, revelou-se uma estratégia eficaz para complementar os diagnósticos de enfermagem anteriormente descritos, uma vez que consegui previamente conhecer as preferências humorosas do R.

Em suma, posso afirmar pelos conhecimentos adquiridos através da realização do presente estudo de caso que a gestão do controlo da dor em crianças e adolescentes com ACF consiste num processo complexo e dinâmico que exige do EEESIP competências comunicacionais e relacionais, e competências no âmbito da tomada de decisão consciente e refletida para permitir

obtenção de ganhos em saúde do utente pediátrico, nomeadamente melhoria do estilo de vida, da capacidade funcional, na manutenção da autonomia através dum melhor conhecimento e compreensão da doença.

A realização deste trabalho revelou-se de extrema importância para a minha formação nesta área específica e melhoria sistemática da qualidade dos cuidados a prestar, podendo aprofundar conhecimentos e habilidades de uma forma mais desafiante, baseados na evidência e mediante o contacto com uma situação de cuidados real.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(9), 61-67. <http://www.index-f.com/referencia/2009/9-6167.php>.
- Benton, T. D., Ifeagwu, J. A., & Smith-Whitley, K. (2007). Anxiety and Depression in Children and Adolescents with Sickle Cell Disease. *Current Psychiatry Reports*, 9(2), 114-121. DOI: 10.1007/s11920-007-0080-0.
- Carvalho, E., Carneiro, J., Gomes, A., Freitas, K., & Jenerette, C. (2021). Why does your pain never get better? Stigma and coping mechanism in people with sickle cell disease. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3), 1-9. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0831.
- Colombatti, R., Casale, M., & Russo, G. (2021). Disease burden and quality of life in children with sickle cell disease in Italy: time to be considered a priority. *Italian Journal of Pediatrics*, 47(163), 1-3. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01109-1>.
- Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba: Teoria do conforto. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp.481-496). Lusociência.
- Gil, K. M., Thompson, R. J., Keith, B. R., Tota-Faucette, M., Noll, S., & Kinney, T. R. (1993). Sickle cell disease pain in children and adolescents: Change in pain frequency and coping strategies over time. *Journal of Pediatric Psychology*, 18(5), 621–637. DOI: 10.1093/jpepsy/18.5.621.
- José, H. (2012). Humor – um cuidado holístico e promotor da criança. *Revista enfermagem UFPE online*, 6(10), 2551-2555; DOI: 10.5205/reuol.3111-24934-1-LE.0610201230 ISSN: 1981-8963.
- Kliwer, W., & Lewis, H. (1995). Family Influences on Coping Processes in Children and Adolescents with Sickle Cell Disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 20(4), 511-525. DOI: 10.1093/jpepsy/20.4.511.
- Kolcaba, K. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic Comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187-194. https://www.researchgate.net/profile/Katharine_Kolcaba/publication/7686145_Comfort_Theory_and_its_application_to_pediatric_nursing/links/551578720cf2d70ee27039a5.pdf.

- Neto, C. (2020). *Libertem as crianças - A urgência de brincar e ser ativo*. Contraponto Editores.
- Roman, M. E, Highland, J., Retherford, D., Pan, A. Y., Panepinto, J. A., & Brandow, A. M. (2020). Neuropathic pain is associated with poor health-related quality of life in adolescents with sickle cell disease: A preliminar report. *Pediatric Blood & Cancer*, 67(12), 1-7. DOI: 10.1002/pbc.28698.
- Silva, D. G., & Marques, I. R. (2007). Intervenções de enfermagem durante crises algicas em portadores de Anemia Falciforme. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 327-330. DOI: 10.1590/S0034-71672007000300015.
- Weatherall, D. J., & Clegg, J. B. (2001). Inherited haemoglobin disorders: an increasing global health problem. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(8), 704–712. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566499/>.
- Webb, J. (2020). Social aspects of chronic transfusions: addressing social determinants of health, health literacy, and quality of life. *Hematology ASH Education Program*, 2020(1), 175–183. DOI: 10.1182/hematology.2020000104.

APÊNDICE VIII

Kit sem Dor Humoroso



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

Kit sem Dor Humoroso

Pedro Miguel Isidoro Silvestre

**Lisboa
2022**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

Kit sem Dor Humoroso

Pedro Miguel Isidoro Silvestre



Orientadora: Maria Teresa Gouvêa Magão



**Lisboa
2022**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AATH – *Association for Applied and Therapeutic Humor*

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

NCD – Núcleo Contra a Dor

OE – Ordem dos Enfermeiros

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UC – Unidade Curricular

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DA CRIANÇA, ADOLESCENTE E FAMÍLIA PERANTE A SITUAÇÃO DE DOENÇA OU HOSPITALIZAÇÃO	5
2. O HUMOR COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO	7
3. MODELO DE DESENVOLVIMENTO DO HUMOR.....	10
4. KIT SEM DOR HUMOROSO.....	17
CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), integrado na Unidade Curricular (UC) – Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) propus a elaboração de uma adenda ao “Kit sem dor” em vigor no SUP e nos demais serviços do Departamento da Criança e do Jovem do Hospital, elaborada pelo Núcleo contra a dor (NCD). Esta adenda pretende justificar a adaptação do “Kit sem dor” num “kit sem dor humoroso”.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013) o kit sem dor tem como principal objetivo diminuir a dor, a ansiedade e o medo da criança, adolescente e família em situação de doença ou hospitalização através da implementação de medidas não farmacológicas durante os procedimentos traumáticos, dolorosos e potencialmente ansiogénicos de curta duração. Com este complemento ao Kit pré-existente pretendo também capacitar os profissionais de enfermagem, integrantes dos vários serviços de atendimento pediátrico, para a utilização e adequação de instrumentos terapêuticos humorosos e lúdicos ao estágio de desenvolvimento do alvo de cuidados, estimulando a cooperação e a criatividade dos vários intervenientes, através do ato de brincar (OE, 2013).

Ao consultar a norma de procedimento, respeitante ao “Kit sem dor”, constatei que o humor terapêutico integra, de forma vaga, as intervenções não farmacológicas sugeridas, tentando assim através da elaboração desta adenda sensibilizar os profissionais de enfermagem para a sua validade e adequação prática.

Esta atividade surge como meio para facilitar a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), dando resposta aos objetivos gerais previamente definidos no meu projeto de estágio: 2. Desenvolver competências no âmbito da promoção do conforto da criança, adolescente e família nos diferentes contextos pediátricos recorrendo ao humor enquanto instrumento terapêutica.

1. VIVÊNCIAS EMOCIONAIS DA CRIANÇA, ADOLESCENTE E FAMÍLIA PERANTE A SITUAÇÃO DE DOENÇA OU HOSPITALIZAÇÃO

Para compreender as vivências emocionais da criança, adolescente e família perante uma situação de doença ou hospitalização proponho que nos imaginemos a entrar, enquanto clientes, num hospital. Surge primeiramente no pensamento um silêncio traiçoeiro, dadas as manifestações transitórias de sofrimento de quem ao hospital acorre e que irrompem pela calma enganadora. Acrescento ainda o ambiente frio e imenso, as paredes brancas, os tetos baixos e sobretudo a distância no olhar de quem por nós passa, seja profissional ou cliente. Agora proponho essa mesma imagem, aos olhos de uma criança, habituada à cor, ao ruído, movimento, alegria, fantasia e brincadeira. É tarefa árdua de conceber. O hospital apresenta-se como um ambiente hostil para a criança e a situação de doença ou hospitalização, independentemente da gravidade, constitui sempre uma situação de crise na sua vida, muita das vezes a primeira com que as crianças se deparam (Tavares, 2011).

Dada a tonalidade negativa das experiências emocionais da criança, adolescente e família, enquanto expressão de sofrimento, perante a situação de doença ou hospitalização, torna-se importante que os enfermeiros saibam acolher os clientes pediátricos, de maneira que vivenciem positivamente estas experiências turbulentas e as consigam superar. O ato de acolher envolve o estabelecimento de uma interação entre o enfermeiro e os clientes pediátricos, conseguido através de uma comunicação eficaz que apresente primeiramente o desconhecido, que engloba entre outros, as pessoas, o local e os procedimentos terapêuticos prementes a realizar, maioritariamente invasivos, traumáticos e dolorosos (Tavares, 2011).

Segundo Dowle e Siddal (2006) citados por Tavares (2011), a idade, o desenvolvimento da criança, as experiências anteriores de saúde-doença e hospitalização, assim como o estado emocional dos pais, vão influenciar e determinar a eficácia desse acolhimento e das intervenções terapêuticas. Importa seguir modelos de cuidados relevantes em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica como o Modelo de Cuidados não traumáticos e o Modelo de Cuidados Centrados na Família que se baseia sobretudo em acolher a criança e a família de forma mais efetiva e humanizada possível perante uma eventual situação de hospitalização, reconhecendo o papel integral da família na vida da criança e, reconhecendo-a também, como uma parceira essencial no cuidado à mesma e na sua experiência da doença (Vaz & Trigo, 2020).

Com aumento do número de crianças, adolescentes e famílias que recorrem atualmente aos serviços de saúde, o maior pendor tecnológico e a exigida rapidez de processos associados ao cuidado desses mesmos clientes, existe pouco espaço à implementação de intervenções

não traumáticas e ao estabelecimento de relações terapêuticas efetivas, sobrepondo-se muitas das vezes o cuidado técnico e biomédico a um cuidado holístico e humanizado. Essencial assumir como prioridade dos cuidados em enfermagem a gestão emocional e o apoio psicológico à criança, adolescente e família, conseguida através de intervenções terapêuticas baseadas na prática e evidência científica, como é exemplo o humor terapêutico.

2. O HUMOR COMO INSTRUMENTO TERAPÊUTICO

O humor, enquanto intervenção terapêutica, não está circunscrito à habilidade do profissional de saúde em contar uma anedota ou à manifestação de alegria no seu cuidado, pois trata-se de um processo complexo que abarca muitas outras dimensões. O humor, quando corretamente utilizado, pode ser um elixir para a confiança, esperança e contentamento dos intervenientes na relação e um antídoto para o desconforto, incerteza e desprazer. De acordo com McCreaddie e Wiggins (2008), o humor é um processo desafiante, totalmente variável e flexível consoante a situação, e constitui uma parte integral da interação entre pessoas. De facto, o humor trata-se de uma forma de comunicação muito diversificada e que permite à pessoa fazer face a uma variedade de situações, estando associado à tolerância, sinceridade, criatividade e sabedoria (José, 2002). Efetivamente, o humor possibilita comunicar, ver o mundo de uma outra forma, colorindo-o, consistindo numa ferramenta útil de melhorar a saúde (José, 2012).

O humor tem diversas conotações, podendo ser usado para nos referirmos a um estímulo humoroso como uma anedota, música ou um filme cómico, um processo mental através da perceção ou criação de incongruências divertidas ou uma resposta fisiológica através do riso, sorriso ou alegria. De acordo com José (2002), rir é uma expressão humana inata, é uma experiência física e fisiológica, enquanto o humor é uma experiência cognitiva.

A *Association for Applied and Therapeutic Humor* (AATH, 2020), define o humor terapêutico como sendo qualquer intervenção que promova saúde e o bem-estar do cliente por estimular uma descoberta divertida, uma expressão, ou apreciação do absurdo e das incongruências da vida. Esta intervenção pode melhorar a saúde, acentuar a produtividade no trabalho, apoiar a aprendizagem, ou até ser utilizada como uma terapia complementar na doença ou hospitalização para ajudar a lidar com a situação ou para conseguir uma ajuda quer seja emocional, física, cognitiva, social ou espiritual (AATH, 2020). Para que o humor possa ser utilizado em benefício da criança, adolescente e família hospitalizados, o enfermeiro precisa primeiramente de reconhecê-lo como intervenção terapêutica válida, praticar e posteriormente aplicá-lo no seu dia-a-dia de cuidados de forma alcançar os sentimentos e responder às reais necessidades do utente pediátrico em situação de doença ou hospitalização (José, 2012).

Existem três critérios para o uso apropriado do humor: oportunidade, receptividade e conteúdo (José, 2002). Devemos assegurar-nos que enquanto enfermeiros não nos rimos dos clientes, mas sim com eles. A intervenção humorosa deve, por isso, ser planeada e recheada de intencionalidade, necessitando de responder a um objetivo previamente definido para

melhorar a experiência de doença ou hospitalização da criança, adolescente e família e de mais facilmente a ultrapassar.

De acordo com a OE (2003), o humor terapêutico engloba as estratégias não farmacológicas cognitivo-comportamentais enquanto estratégia de comunicação com a criança e adolescente em situação de doença ou hospitalização. O humor enquanto intervenção terapêutica proporciona sobretudo a distração, mas também o relaxamento muscular e o envolvimento ativo da criança antes e durante o procedimento doloroso de curta duração. Trata-se da aptidão para criar um clima de leveza e de prazer, desdramatizando situações difíceis (José, 2002; Phaneuf, 2005; OE, 2013).

Como vimos, o humor estimula expressões como o sorriso e o riso, associadas ao prazer e ao bem-estar, capazes de desviar a atenção da criança e adolescente dos estímulos potencialmente dolorosos (OE, 2013). O riso aumenta a atividade respiratória e as trocas de oxigénio, a atividade muscular e o ritmo cardíaco, estimula o sistema nervoso simpático e a produção de catecolaminas que estimulam a produção de endorfinas e um aumento da adrenalina no cérebro (José, 2002). Estas hormonas vão permitir diminuir a intensidade dos fenómenos dolorosos e a reatividade do organismo à dor (OE, 2013). Ainda de acordo com José, (2002) posteriormente ao estado de boa disposição, despoletado pelo humor, segue-se um estado de relaxamento muscular, semelhante ao precipitado pelo exercício físico, sendo assumido pela OE (2013) que um minuto de riso equivale a 45 minutos de relaxamento. Este relaxamento pode reduzir o medo, a ansiedade, o stress, a náusea, o vómito e a dor (OE, 2013).

De referir que o humor enquanto estratégia de distração, direciona a atenção da criança e adolescente para situações não relacionadas com o procedimento doloroso. É especialmente útil para controlar os episódios de dor decorrentes da própria situação clínica ou dos procedimentos invasivos de curta duração necessários. Uma criança hospitalizada, sobre a atuação do Doutores Palhaço da Operação Nariz Vermelho, que utilizaram o humor como estratégia de distração durante o episódio de dor aguda, diz-nos que: "... quando estamos com dores, nós estamos focados na dor e eles vêm aqui e fazem-nos rir, sorrir e sentimo-nos melhor, nós abstraímos-nos da dor e focamo-nos mais neles; é outro foco e acho que é bom." (Operação Nariz Vermelho, 2016, p.50).

As intervenções humorosas de distração podem ser utilizadas durante ou previamente ao próprio procedimento traumático. O necessário é adaptar a intervenção humorosa ao estágio de desenvolvimento da criança e ao contexto situacional, podendo os utentes pediátricos ser distraídos durante o procedimento com música, vídeos, histórias ou jogos de palavras humorosos de forma a descentrar o seu pensamento do procedimento em causa. Antes do procedimento podem ser realizadas atividades físicas humorosas que irão deixar a criança ou

adolescente mais relaxada e menos preocupada, reduzindo o nível de ansiedade e de medo (OE, 2013).

Todas as intervenções humorosas propostas para o kit sem dor humoroso têm íntima relação com o brincar terapêutico pois não é possível dissociar os conceitos. É tarefa espinhosa aplicar o humor sem a componente lúdica característica do brincar, ou aplicar o brincar sem pretender atingir um estado de satisfação, contentamento e bem-estar. De acordo com Fromberg e Bergen (2006), tanto o humor como o brincar são parte integrante da experiência humana. Ambos aumentam a qualidade de vida dos clientes, estando normalmente presentes como estratégias de *coping* para amenizar eventos stressantes e traumáticos, como por exemplo, os decorrentes da situação de doença/hospitalização (Dowling, 2002; Fromberg & Berger, 2006).

Por pretender uma abordagem centrada no brincar e no humor terapêutico é justificado este complemento ao “kit sem dor”, integrando instrumentos lúdicos e humorosos destinados ao alívio do medo, ansiedade e dor da criança, adolescente e família hospitalizados, tornando-os capazes de se sentir menos ameaçados, mais confortáveis e adquirir algum controle sobre a situação de doença ou hospitalização.

3. MODELO DE DESENVOLVIMENTO DO HUMOR

Na tentativa de obter respostas sobre os padrões habituais de desenvolvimento do humor em crianças e adolescentes e sobre a forma como o desenvolvimento das capacidades cognitivas, sociais e emocionais nas crianças interage com a sua habilidade para entender, desfrutar e produzir humor, alguns psicólogos do desenvolvimento têm estudado a relação entre o desenvolvimento cognitivo e o humor (Dowling, 2002; Martin & Ford, 2018). A incongruência é considerada uma componente essencial na compreensão e apreciação do humor pelas crianças e adolescentes e têm relação íntima com o seu desenvolvimento cognitivo (Hart & Rollins, 2011). A incongruência pode ser assumida como um desfasamento entre aquilo que esperamos que as coisas sejam e aquilo que elas realmente são, sendo o riso a celebração de uma frustração: a frustração de uma expectativa (Pereira, 2016). Essa expectativa é baseada nos esquemas cognitivos do indivíduo, enquanto representações mentais armazenadas na memória. As crianças, adolescentes e adultos tendem a rir de objetos ou eventos que não têm conformidade com seus esquemas mentais previamente existentes (Martin & Ford, 2018). Assim, podemos considerar que o desenvolvimento do humor nas crianças tem paralelo com o seu desenvolvimento cognitivo geral.

Um dos modelos de desenvolvimento do humor em crianças e adolescentes com maior aceitação pela comunidade científica foi concebido por Paul McGhee (1979), um psicólogo do desenvolvimento e, consiste num modelo de quatro estádios com íntima relação com as quatro fases Piagetianas do desenvolvimento cognitivo. Embora as idades cronológicas possam variar entre os indivíduos de um estágio para outro, acredita-se que a sequência seja idêntica para todos (Hart & Rollins, 2011).

O primeiro estágio do desenvolvimento do humor segundo o modelo de McGhee denomina-se de ações incongruentes com objetos e mantendo o paralelismo com Piaget, corresponde à fase sensoriomotora do desenvolvimento cognitivo (0-2 anos). Nesta fase, o lactente progride do comportamento puramente reflexivo para a imitação de atividades através da simples recriação de atos (Wilson, 2014). Ainda de acordo com Wilson (2014), três eventos cruciais ocorrem durante esta fase: a separação, quando os lactentes começam a separar-se a si próprios de outros objetos no ambiente; o conceito de objeto permanente, a compreensão de que os objetos que saem do seu campo visual continuam a existir; e a capacidade de representação mental e de simbolização que permite pensar num objeto ou situação sem necessariamente experimentá-los.

Dado o exposto, o jogo do esconde-esconde é relevante na interação com lactentes, mas sobretudo com toddlers e faz a criança rir através do uso de um boneco significativo ou

instrumento luminoso que desaparece repentinamente de um lado do berço e surge depois inesperadamente do outro lado ou através da utilização de bolas de sabão que vão rebentando ou desaparecem por trás da cortina da unidade de internamento (Dowling, 2002; Hart & Rollins, 2011; Martin & Ford, 2018).

Crianças neste estágio de desenvolvimento conseguem também representar objetos de acordo com esquemas mentais internos, e o seu humor consiste em assimilar objetos de maneira lúdica em esquemas aos quais normalmente não pertencem, criando obviamente ações incongruentes (Hart & Rollins, 2011). Por exemplo, uma criança neste estágio de desenvolvimento pode encostar uma peça de lego retangular à orelha e começar a falar como se estivesse numa chamada telefónica ou colocar um cão-peluche a andar somente nas patas dianteiras (Dowling, 2002; Martin & Ford, 2018).

Segundo Martin & Ford (2018), o reconhecimento da criança da inadequação da ação é um componente importante do humor. Se a criança simplesmente aplica mal um esquema sem reconhecer o erro, isso pode gerar humor nos observadores, mas não na criança porque a mesma não o compreende (Martin & Ford, 2018).

Ao segundo estágio de desenvolvimento do humor, McGhee denominou identificação incongruente de objetos e situações e começa por volta do segundo ano de vida da criança. Nesta idade, a criança entra na fase pré-conceitual do desenvolvimento cognitivo, uma subdivisão do estágio pré-operatório, que dura até cerca dos 4 anos de idade. O pensamento pré-operatório implica que as crianças não conseguem pensar em termos de operações, pensam basicamente em termos de perceção de eventos (Wilson, 2014). Durante o segundo ano de vida, a criança usa cada vez mais a linguagem simbólica e embora a presença de objetos possa continuar a desempenhar um papel importante, a linguagem por si só pode gerar humor (Hart & Rollins, 2011). Depois de dominarem uma nova palavra ou objeto, as crianças brincam com ela, atribuem-lhe um novo significado e, muitas vezes, desfrutam desta nomeação incongruente (Hart & Rollins, 2011; Martin & Ford, 2018). Por exemplo, as crianças nesta idade podem achar graça quando trocam um cão por gato, a camisa pelas calças, o nariz pela orelha ou utilizam a bacia descartável de vômito como um chapéu. Para que a criança consiga conceber o humor deve compreender o significado correto da palavra ou objeto e deve estar ciente de que o está a aplicar incorretamente (Martin & Ford, 2018).

O pensamento mágico é outra das características do estágio pré-operatório, onde a realidade é aquilo que a criança sonha e deseja, e dá explicações com base na sua imaginação, sem ter em consideração questões de lógica (Wilson, 2014). A utilização de instrumentos mágicos, como por exemplo os dedos luminosos, geram humor na criança toddler e pré-escolar.

A terceira fase do humor, chamada de incongruência conceitual, começa por volta dos três anos de idade, englobando maioritariamente a fase do pensamento intuitivo (4-7 anos). A Linguagem continua a desenvolver-se durante a fase pré-escolar, sendo a fala um veículo de comunicação egocêntrica (Monroe, 2014). A criança começa paulatinamente a associar os conceitos a categorias específicas e a objetivar as suas características definidoras (Martin & Ford, 2018). Ainda segundo Martin e Ford (2018), o humor nesta fase envolve a violação das características-chave de um conceito, em vez de simplesmente os rotular incorretamente. Por exemplo, em vez achar engraçado chamar um gato de cão, as crianças nesta fase, podem gerar humor ao imaginar um gato que faz "muuu", ver uma imagem de uma bicicleta com as rodas quadradas ou de um elefante sentado num galho de uma árvore (Dowling, 2002). De acordo com Hart & Rollins (2011), o humor encontrado nos livros do Dr. Seuss faz sucesso nesta faixa etária, como por exemplo no livro "O gato do chapéu" ou "Ovos verdes e presunto", livros recomendados pelo Plano Nacional de Leitura.

O quarto e último estágio de desenvolvimento do humor de McGhee, chamado de significados múltiplos, começa por volta dos sete anos de idade, quando as crianças passam para o estágio das operações concretas (7-11), mantendo-se até ao final do estágio das operações formais (11-17). As crianças em idade escolar desenvolvem o pensamento lógico, adquirindo capacidades para realizar operações mentais, pois compreendem que existem ações reversíveis (Rodgers, 2014). Ainda de acordo com Rodgers (2014), a capacidade de ler é adquirida durante os anos escolares e torna-se uma ferramenta significativa para explorar, imaginar e expandir o seu conhecimento e criatividade.

No que diz respeito às habilidades linguísticas, as crianças nesta fase começam a reconhecer a ambiguidade inerente à linguagem a vários níveis, incluindo fonologia, morfologia, semântica e sintaxe (Hart & Rollins, 2011; Martin & Ford, 2018). As crianças em idade escolar são capazes de desfrutar de jogos de palavras como trava línguas complexos e trocadilhos e dos significados duplos dos conceitos enquanto componente importante de muitas anedotas e enigmas (Hart & Rollins, 2011; Martin & Ford, 2018).

Este quarto estágio do modelo de McGhee prolonga-se até ao início da idade adulta, englobando também o período das operações formais com início aos 11 anos. Segundo Kollar, (2014), o pensamento cognitivo culmina com a capacidade de pensamento abstrato, onde o adolescente é capaz de se desprender do real e raciocinar sem se apoiar em factos, ou seja, não precisa de operacionalizar e movimentar toda a realidade para chegar a conclusões. Em suma, os adolescentes têm uma visão mais flexível, crítica e abstrata do mundo (Martin & Ford, 2018). Todas essas capacidades cognitivas permitem que o adolescente brinque com ideias e conceitos de uma maneira mais abstrata, apreciando anedotas existenciais, assim como

anedotas que jogam com as estruturas e formas tradicionais da sua concepção (Martin & Ford, 2018; Hart & Rollins, 2011). É enaltecida, não só, a habilidade do adolescente em perceber e explicar o humor mais complexo, mas também de gerar as suas próprias anedotas (Dowling, 2002; Martin & Ford, 2018; Goldstein & Rush, 2018). Os adolescentes têm, no humor, um modo privilegiado de comunicação e de relação, sendo um dos recursos que mais usam quando se trata de gerir a ansiedade ou tratar temas relacionados com a sexualidade, e outros ligados ao processo de crescimento (José, 2012).

Em conclusão o modelo de desenvolvimento de humor de McGhee sugere que os estímulos humorosos são apreciados se forem congruentes com a complexidade dos esquemas cognitivos da criança (Hart & Rollins, 2011; Martin & Ford, 2018)

Quadro1: Relação entre os estádios do Desenvolvimento do Humor de McGhee com as Fases do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget

Estádios do Modelo de Desenvolvimento do Humor de McGhee	Fases do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget	Idades	Características da Fase	Uso do Humor
Ações incongruentes com objetos	Fase Sensoriomotora	0-2 anos	• Separação; • Conceito de objeto permanente; • Capacidade de representação mental e de simbolização	• Usa a incongruência na brincadeira; • Usa ações incongruentes com objetos, pessoas e animais
Identificação incongruente de objetos e situações	Fase Pré-Operatória: Pensamento Pré Conceptual	2-4 anos	• Capacidade jogo simbólico • Egocentrismo intelectual; • Pensamento mágico;	• Nomeação incongruente de objetos e situações; • Cria ações incongruentes com objetos;
Incongruência conceptual	Fase Pré-Operatória: Pensamento Intuitivo	4-7 anos	• Egocentrismo intelectual;	• Aprecia a incongruência relacionada com a

			• Pensamento mágico; • Raciocínio semi-lógico; • causalidade	aparência e expressões verbais; • Aprecia e cria palavras novas, palavras, imagens e trava-línguas;
Significados Múltiplos	Fase Operacional Concreta	7-11 anos	• Pensamento lógico; • Pensamento conceptual;	• Compreende humor abstrato com base em incongruências lógicas e que exigem pensamento inferencial; • Procura por significados múltiplos dos conceitos; • Capaz de explicar a razão para o seu divertimento;

Significados Múltiplos	Fase Operacional Formal	11-17 anos	• Pensamento abstrato; • Raciocínio hipotético-dedutivo	• Aprecia a estrutura complexa do humor e as motivações para o seu uso; • Capaz de gerar os próprios jogos de palavras.
------------------------	-------------------------	------------	--	--

(Adaptado de Hart & Rollins, 2011)

4. KIT SEM DOR HUMOROSO

O Kit sem dor humoroso adota o formato do kit sem dor pré-existente no SUP, que consiste num pequeno armário móvel, dividido em 5 gavetas, correspondentes aos diversos estádios de desenvolvimento da criança. Esta divisão é a sugerida pela OE (2013) e cada gaveta contém instrumentos humorosos e terapêuticos, adequados à idade-chave, de modo que os enfermeiros possam escolher de forma célere qual o item a usar previamente ao procedimento potencialmente doloroso. O armário é móvel permitindo aos enfermeiros deslocá-lo para a sala de tratamentos de enfermagem onde se encontra a criança. O seguinte quadro 2 apresenta os materiais físicos a estarem presentes em cada divisória e expõe hiperligações, facilmente acessíveis através de dispositivos móveis, para aceder a vídeos ou músicas humorosas. Apesar de existirem instrumentos humorosos passíveis de serem utilizados para diversos estádios de desenvolvimento, optou-se por diversificar o máximo possível o leque de instrumentos sugeridos e disponíveis no kit para uma escolha adequada do profissional de enfermagem.

Quadro 2: Kit sem dor humoroso

Estádios de Desenvolvimento	Instrumentos humorosos e terapêuticos	Estratégia não farmacológica engobando o humor
0-12 meses	- Músicas humorosas para crianças (Ex: O galo e a pata – A fazenda do Zenon: https://www.youtube.com/watch?v=2Bq-ZaO1dvE; A galinha pintadinha – A fazenda do Zenon: https://www.youtube.com/watch?v=1xU-OEhsluA; O sapo não lava o pé – Panda e os Caricas: https://www.youtube.com/watch?v=XgtBKBn-Wlo; Sou uma taça – Panda e os Caricas: https://www.youtube.com/watch?v=pZ5NxMN88J; O Panda manda – Panda e os Caricas: https://www.youtube.com/watch?v=wCm0CsgOy0I) - Instrumentos musicais (Ex: kazoo, roca);	- Distração através da perceção visual, auditiva, tátil e olfativa; - Jogo do esconde-esconde;

	• Boneco significativo (Jogo do esconde-esconde); • Instrumento luminoso (bola com luz);	
1-3 anos	• Músicas humorosas para crianças (Ex: O galo e a pata – A fazenda do Zenon2: https://www.youtube.com/watch?v=2Bq-ZaO1dvE; A galinha pintadinha – A fazenda do Zenon: https://www.youtube.com/watch?v=1xU-OEhsluA; O sapo não lava o pé – Panda e os Caricas: https://www.youtube.com/watch?v=XgtBKBn-Wlo; Sou uma taça – Panda e os Caricas: https://www.youtube.com/watch?v=pZ5NxMN88J; O Panda manda – Panda e os Caricas: https://www.youtube.com/watch?v=wCm0CsgOy0I) • Boneco significativo (Jogo do esconde-esconde e modelo para simular os procedimentos); • Instrumentos musicais (Ex: kazoo, roca, tambor); • Instrumentos de magia (Ex: dedos luminosos https://www.youtube.com/watch?v=tHFXM_FsNrc) • Bolas de sabão; • Fantoches de dedo;	• Simulação de procedimentos efetuados pela criança através da imitação sobre o que vai acontecer e experimentar (faz-de-conta); • Distração através da percepção visual, auditiva, tátil e olfativa; • Jogo do esconde-esconde;
4-6 anos	• Instrumentos de magia (Ex: dedos luminosos https://www.youtube.com/watch?v=tHFXM_FsNrc) • Bolas de sabão; • Fantoches; • Jogo “o sorriso da Mona Lisa”; • Jogo “Põe um sorriso na cara”; • Autocolantes divertidos de bom comportamento;	• Distração através da percepção visual, auditiva e tátil; • Distração comportamental ; • Arteterapia através do

		desenho e da pintura;
7-11 anos	• Bolsa da Alegria; • Livros com jogos de palavras: anedotas, adivinhas, trocadilhos;	• Leitura; • Distração;
11-18 anos	• Livros com jogos de palavras mais complexos: anedotas, adivinhas, trocadilhos; • Vídeos de sketches humorosos (Ex: Gato Fedorento – Documentário sobre CR7 https://www.youtube.com/watch?v=xWJsVBOPrGI ; Gato Fedorento – Condutor da Ambulância https://www.youtube.com/watch?v=jxYsPoCNu_4; The Office – Treinamento de emergência https://www.youtube.com/watch?v=VWvH4FnT38g)	• Leitura; • Distração;

Jogo: “O sorriso da Mona Lisa”

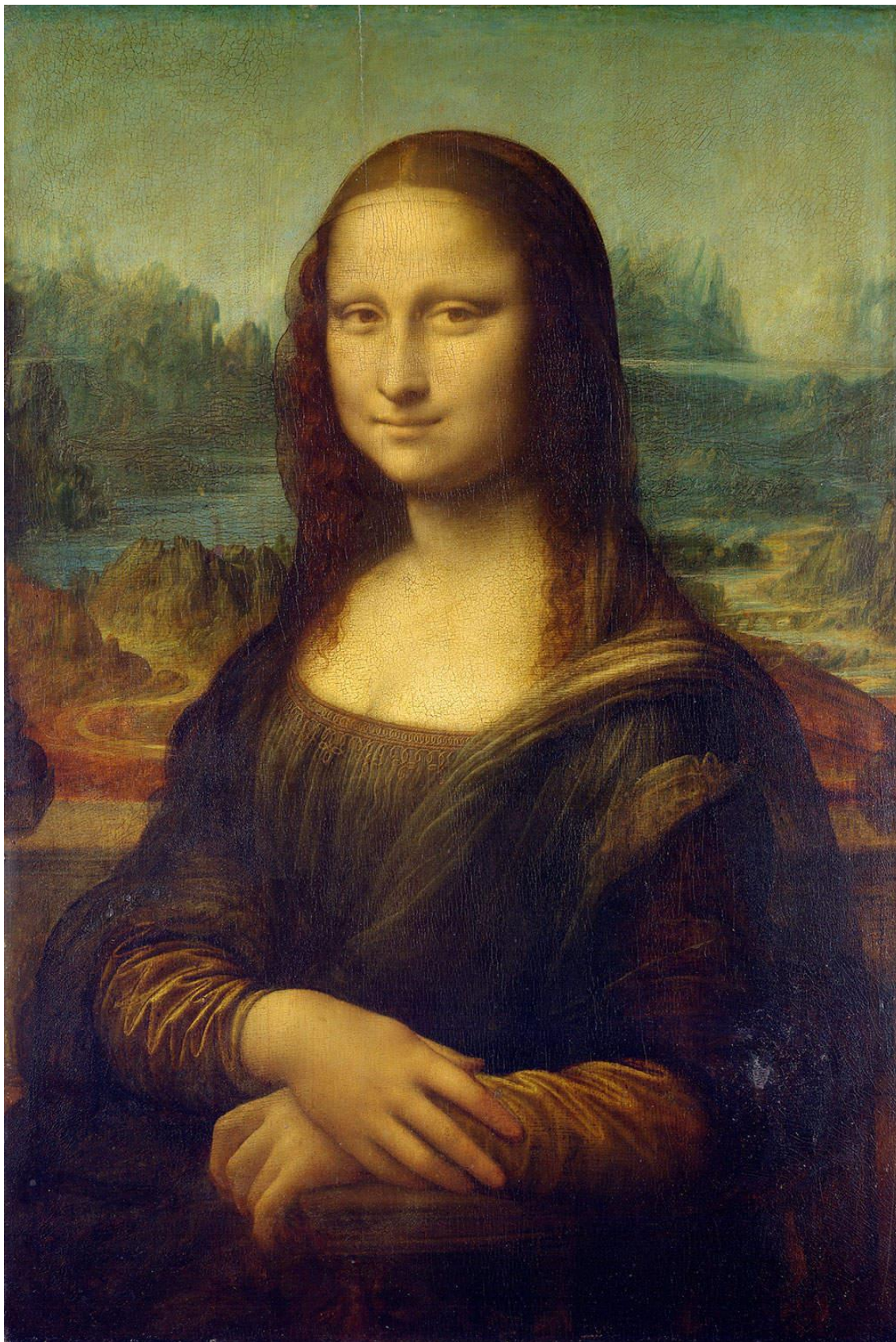
Esta é uma variação do conhecido jogo infantil: prender o rabo no burro;

Objetivo terapêutico:	Usar o humor para promover a descontração, alegria e riso e aumentar a confiança da criança no enfermeiro, estreitando a relação terapêutica;
Estádio de desenvolvimento:	Pré-escolares e escolares;
Tempo requerido para jogar:	5-15 minutos;
Restrições e precauções:	• Atentar se as crianças estão conectadas a determinados dispositivos ou equipamentos; • Não fazer girar crianças com problemas vestibulares/neurológicos; • Limpar e arrumar a área onde as crianças irão jogar;
Material:	• Quadro plastificado da Mona Lisa de Leonardo Da Vinci; • 2 ou mais sorrisos plastificados; • Massa adesiva Bostik/Patafix;

Processo:

- 1 Pendurar o quadro plastificado da Mona Lisa na parede;
- 2 Colocar um pedaço de massa adesiva na parte posterior do sorriso plastificado;
- 3 Vendar os olhos de um dos participantes (enfermeiro ou criança);
- 4 Rodar sobre si mesmo 2 ou 3 vezes com apoio;
- 5 Encaminhar o participante para o quadro.
- 6 Colocar o sorriso o mais perto possível do local onde pertence;
- 7 Repetir o processo para outro participante;
- 8 O participante que ficar mais perto do local apropriado ganha o jogo;

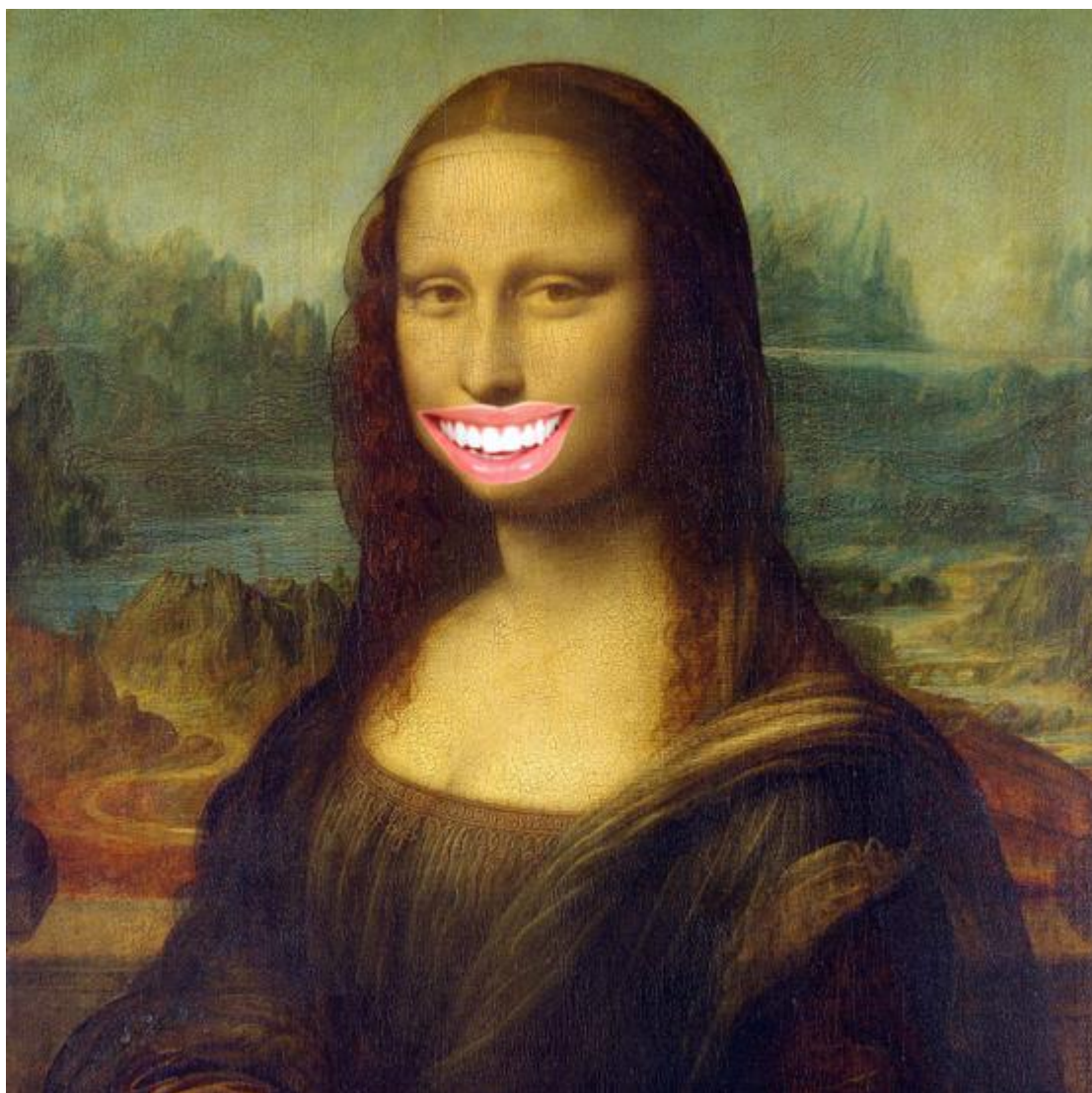
Quadro da Mona Lisa:



Sorriso:



Objetivo:



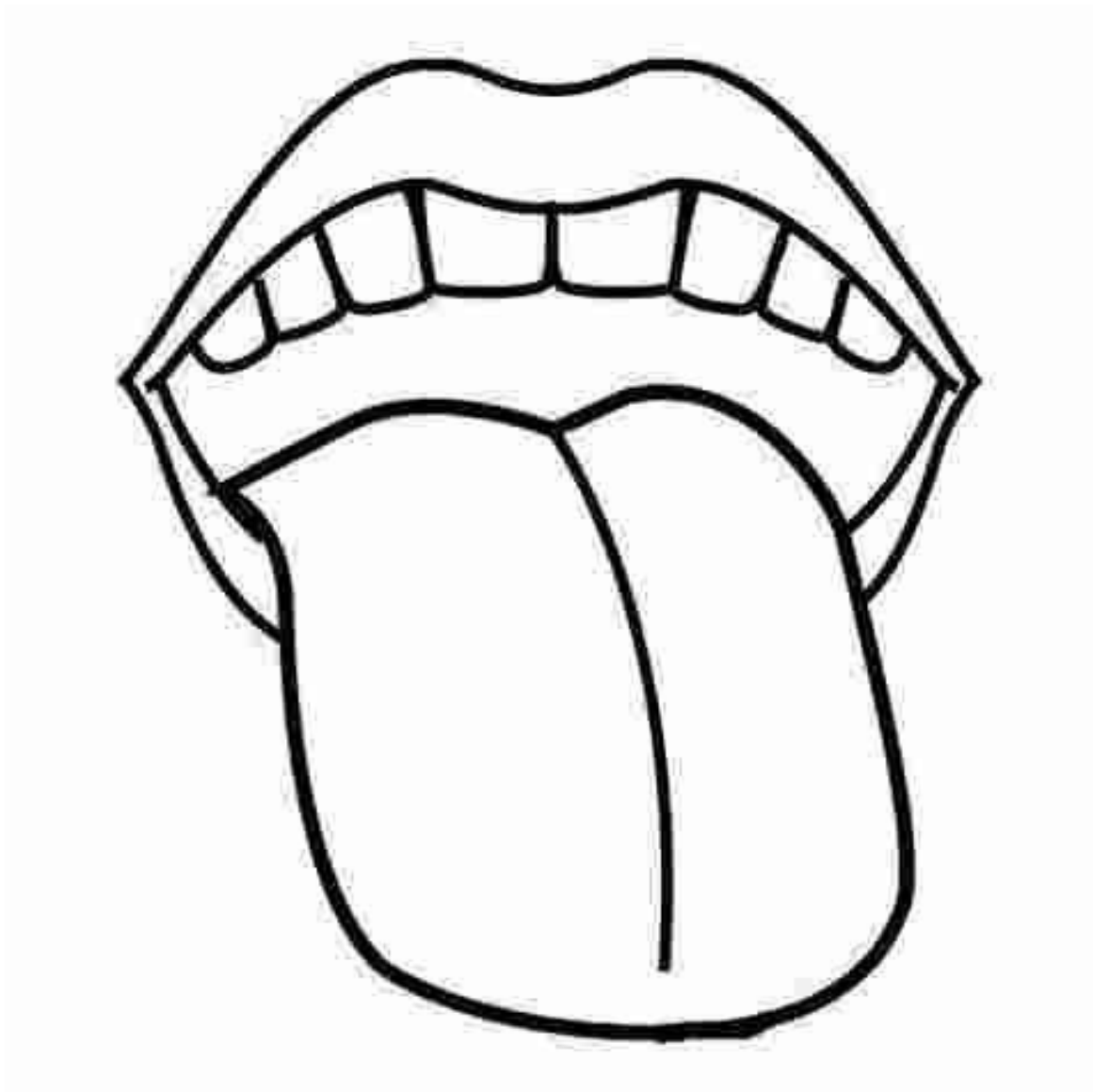
Jogo: “Põe um sorriso na cara”

Objetivo terapêutico:	Usar o humor para promover a descontração, alegria e riso e aumentar a confiança da criança no enfermeiro, estreitando a relação terapêutica;
Estádio de desenvolvimento:	Pré-escolares e escolares;
Tempo requerido para jogar:	15-20 minutos;
Restrições e precauções:	Ter precaução no uso da tesoura;
Material:	• Imagens de sorrisos para colorir; • Lápis ou canetas de várias cores; • Tesoura; • Fio de nastro.

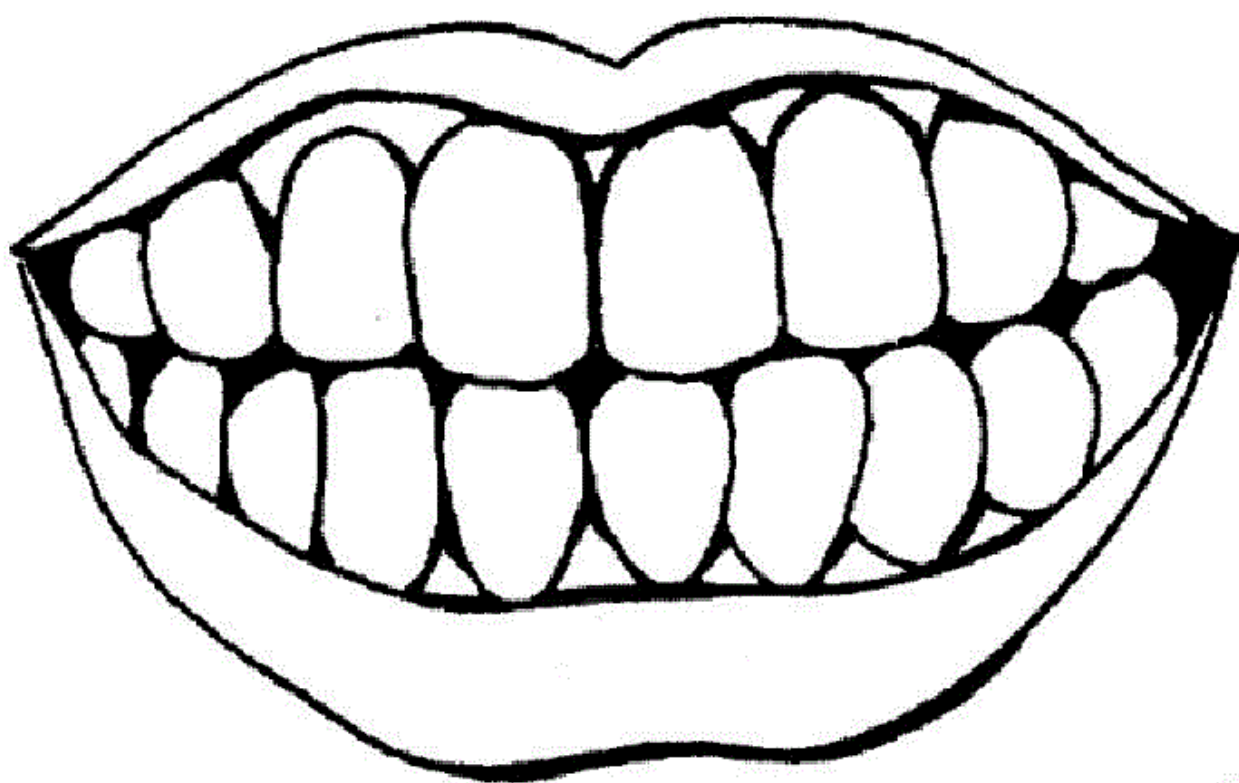
Processo:

1. Pedir à criança para selecionar uma das imagens de sorrisos para colorir;
2. Incentivar a criança a colorir o sorriso e se adequado, pintarmos também nós, (enfermeiros) um outro sorriso;
3. Recortar os sorrisos;
4. Colocar fita de nastro nas extremidades dos sorrisos de maneira a poder colocá-los sobre a nossa própria face, no local apropriado;
5. Incentivar a sua utilização durante a realização do procedimento traumático de curta duração ou durante episódios de maior stress/ansiedade durante a hospitalização;

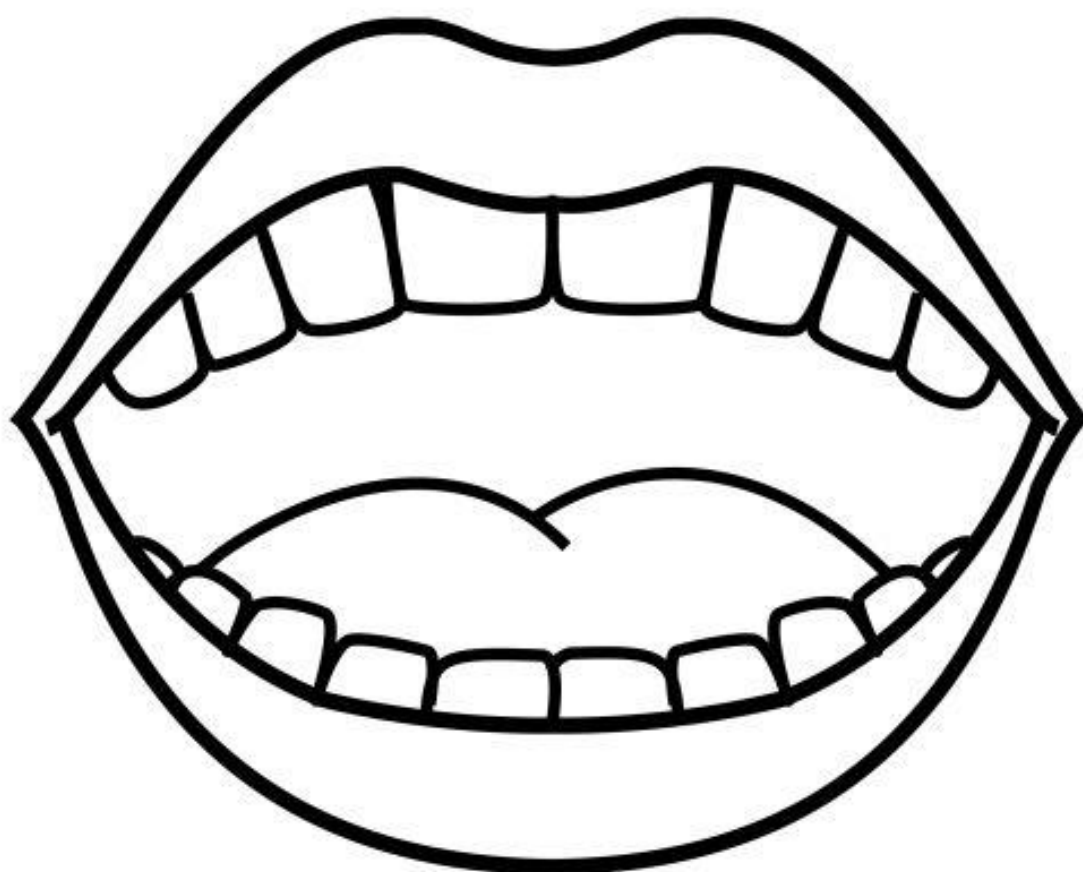
Sorriso 1:



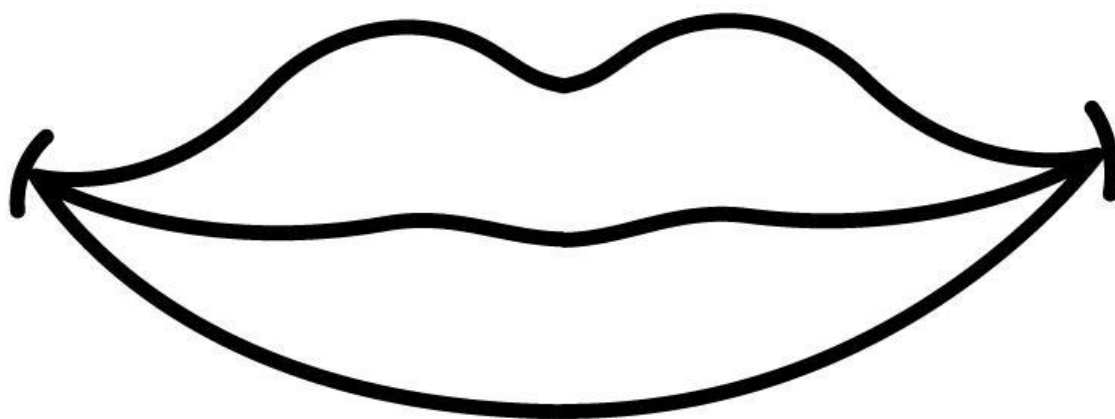
Sorriso 2:



Sorriso 3:



Sorriso 4:



Bolsa da alegria

Bolsa que à semelhança de um kit de primeiros socorros contém os itens essenciais para providenciar os cuidados necessários a determinada emergência. Com os cartões presentes na bolsa da alegria, o medicamento a utilizar é o humor e o efeito pretendido é a manifestação de risos, sorrisos e alegria. Daí que seja considerado por muitos o melhor remédio!

Objetivo terapêutico:	Usar o humor para promover a descontração, alegria e riso e aumentar a confiança da criança no enfermeiro, estreitando a relação terapêutica; Estratégia de coping a usar perante situações de emocionalidade negativa;
Estádio de desenvolvimento:	Escolar
Tempo requerido para jogar:	10-20 minutos;
Restrições e precauções:	Atentar se a criança sabe ler;
Material:	Cartões plastificados com anedotas, adivinhas, trocadilhos e trava-línguas;

Processo:

1. Explicar à criança que a bolsa da alegria é uma coleção de jogos de palavras engraçados que iremos usar perante uma situação presente ou futura geradora de ansiedade, stress ou dor;
2. Tentar aceder às preferências humorosas da criança pedindo para descrever coisas que a façam sorrir ou rir;
3. Avaliar a pertinência da utilização do humor tendo em conta a situação saúde-doença da criança e família;
4. Cada participante tira um cartão de cada vez e em voz alta diz o jogo de palavra aí mencionado, seja na forma de anedota, adivinha, trocadilho ou trava-língua;
5. Perde o primeiro participante a soltar uma gargalhada audível;

Qual é o animal que tem sempre os pés na cabeça? O piolho!	Qual a tecla preferida dos astronautas? O espaço!
Porque é que a PlayStation é amiga da televisão? Porque a consola!	Que nome se dá a um cão muito saltitão? Cãoguru!
Porque é que os elefantes não praticam boxe? Têm medo de partir a tromba!	Qual o céu que não tem estrelas? O céu da boca!
O que diz um pato a outro pato? Estamos empatados	O que é um cão com febre? Um cachorro-quente!
Qual é o peixe mais engraçado? O peixe-palhaço!	Quem casa muitas vezes e fica sempre solteiro? Opadre!
Qual é o antónimo de skate? Molhei-te!	Qual é a fonte de luz da ovelha? A lâterna!
Porque é que os pulmões são artistas? Porque têm muita inspiração!	Qual é a melhor coisa para se colocar nos bolos? A boca!
Como fazer um curioso esperar 24 horas? Amanhã conto-te!	Qual é o cereal preferido dos enfermeiros? Aveia!

Quem é que corta o cabelo 20 vezes por dia e não fica careca? O barbeiro!	O que é que tem 4 pernas de dia e 6 à noite? A tua cama!
Qual é o bolo mais parecido com uma árvore? O mil-folhas!	Porque é que o mar é azul? Porque os peixes fazem blue, blue, blue!
Paga o pato, dorme o gato. Foge o rato, paga o gato. Dorme o rato, foge o pato. Paga o rato, dorme o pato. Foge o gato, paga o pato.	Um ninho de mafagafos, cheio de mafagafinhos. Quem desmafagafar o ninho de mafagafos, bom desmafagafador será!
O rato roeu a roupa do rei de Roma, e o rei roxo de raiva ralhou com a rainha que resolveu remendar a roupa do rei que o rato roeu, mas o rato roer roía, e a rainha do rato a roer se ria!	Três tigres tristes para três pratos de trigo. Três pratos de trigo para três tigres tristes.

CONCLUSÃO

Face a uma situação inesperada de doença ou hospitalização de crianças, adolescentes e família, estas unidades são colocadas num contexto de incerteza e medo, causadores de ansiedade e stress que podem ser fortemente geridos através do uso do humor terapêutico (José, 2012). Quando adequadamente aplicado, o humor pode aliviar a tensão instalada no ambiente de cuidados, transformar positivamente as emoções das crianças, adolescentes e família em situação de doença ou hospitalização, trazendo a alegria, esperança, resiliência e autoconfiança, permitindo também regular a disposição para cuidar dos próprios enfermeiros, inseridos em contextos de cuidados exigentes (José, 2002; Sousa & José, 2016).

Assim sendo, o humor assume-se como uma das intervenções terapêuticas mais acessíveis, mas também menos utilizada ou incorretamente aplicada pelos profissionais de enfermagem, capaz de demonstrar carinho, disponibilidade e estima para com os clientes pediátricos (José, 2002). No entanto, à semelhança de outras intervenções não-farmacológicas para alívio e controlo da dor ou estratégias de *coping* a utilizar perante situações de emocionalidade intensa negativa, também a utilização do humor terapêutico necessita de treino e prática por parte do profissional, não bastando um sentido de humor característico, e necessita de responder a um objetivo terapêutico claro antes da sua aplicação.

Esta ferramenta não descarta a explicação necessária do procedimento invasivo a realizar, sendo fundamental encontrar o instrumento humoroso e terapêutico adequado ao estágio de desenvolvimento e às preferências humorosas da criança ou adolescente. O humor terapêutico integra sobretudo a distração, através de brincadeiras, tons jocosos ou partilha de histórias engraçadas ou de jogos de palavras, comprovando ser uma intervenção terapêutica válida a integrar o kit sem dor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Association for Applied and Therapeutic Humor. (2020, Dezembro 16). *HOME: What is therapeutic humor?*. <https://www.aath.org>.
- Dowling, J. (2002). Humor: a coping strategy for pediatric patients. *Pediatric Nursing*, 28(2), 123-131.
https://www.researchgate.net/publication/11405814_Humor_a_coping_strategy_for_pediatric_patients;
- Fromberg, D. P., & Bergen, D. (2006). *Play from birth to twelve: contexts, perspectives, and meanings* (2ª ed.). Taylor & Francis Group.
- Goldstein, J., & Ruch, W. (2018). Paul McGhee and humor research. *De Gruyter Mouton*. 31(2), 169-181. DOI: 10.1515/humor-2018-0031.
- Hart, R., & Rollins, J. (2011). *Therapeutic Activities for Children and Teens Coping with Health Issues*. John Willey & Sons.
- José, H. (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Lusociência.
- José, H. (2012). Humor – um cuidado holístico e promotor da criança. *Revista enfermagem UFPE online*, 6(10), 2551-2555. DOI: 10.5205/reuol.3111-24934-1-LE.0610201230.
- Kollar, L. (2014). Promoção da saúde do adolescente e da família. In M. Hockenberry, & D. Wilson (Eds), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I, pp. 528-551). Lusociência.
- Martin, R., & Ford, T. (2018) *The Psychology of Humor: An Integrative Approach* (2º ed.). Academic Press.
- McCreaddie, M., & Wiggins, S. (2008). The purpose and function of humour in health, health care and nursing: a narrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 584–595. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04548.x.
- Monroe, R. (2014). Promoção da saúde do pré-escolar e da família. In M. Hockenberry, & D. Wilson (Eds), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I, pp. 449-464). Lusociência.

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança* (Cadernos OE: Série 1, nº6). Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, R. A. (2016). *A Doença, o Sofrimento e a Morte entram num Bar – Uma espécie de Manual de Escrita Humorística*. Tinta-da-china.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Rodgers, C. (2014). Promoção da saúde do escolar e da família. In M. Hockenberry, & D. Wilson (Eds), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. I, pp. 507-527). Lusociência.
- Sousa, L., & José, H. (2016). Benefícios do humor na saúde: revisão sistemática da literatura. *Enformação*, 22–32.
https://www.researchgate.net/publication/304037897_Beneficios_do_humor_na_saude_Revisao_Sistematica_da_Literatura.
- Tavares, P. P. (2011). *Acolher Brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Lusociência.
- Vaz, F., & Trigo, R. (2020). A Criança e o Jovem em Contexto de Urgência. In A. L. Ramos, & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp.293-310). Lidel.
- 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. I, pp. 331-386). Lusociência.

APÊNDICE IX

**Plano da Sessão de Formação: O Humor enquanto intervenção terapêutica: Kit
sem Dor Humoroso**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Plano da Sessão de Formação
O Humor enquanto intervenção terapêutica: Kit sem
Dor Humoroso**

Pedro Miguel Isidoro Silvestre

**Lisboa
2022**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Plano da Sessão de Formação
O Humor enquanto intervenção terapêutica: Kit sem
Dor Humoroso**

Pedro Miguel Isidoro Silvestre



Orientadora: Maria Teresa Gouvêa Magão



**Lisboa
2022**

INDICE

INTRODUÇÃO	3
1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	4
2. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	6
1. SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	8
3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	25
4. CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio no Serviço de Urgência Pediátrica, integrado na Unidade Curricular – Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa tive a oportunidade de elaborar uma adenda à norma do “Kit sem Dor” em vigor nos serviços afetos aos Departamento da Criança e do Jovem do Hospital, de forma a complementar o Kit atual com intervenções humorosas para que se designe “Kit sem Dor Humoroso”.

Após a elaboração da referida adenda e partilha da mesma com a Enfermeira Chefe do SUP e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que é também um dos elementos integrantes do Núcleo Contra a Dor, propus a realização de uma sessão de formação em contexto de trabalho à equipa de enfermagem do serviço, intitulada: O Humor enquanto intervenção terapêutica: Kit sem Dor Humoroso. A realização desta sessão foi considerada pertinente por ambas as Enfermeiras e por mim mesmo, tendo em conta a necessidade de melhoria da prática de cuidados da equipa no que respeita à gestão da dor e do bem-estar da criança, adolescente e família que recorrem ao serviço em situação de doença aguda.

Uma vez que os destinatários da sessão são os enfermeiros que prestam cuidados no SUP, esta mesma sessão foi estruturada tendo em conta os seis principais postulados para a formação de adultos no modelo andragógico de Knowles et al. (1998), dos quais destaco a “prontidão para aprender” já que os adultos estão dispostos a aprender aquilo que precisam de conhecer, para assim enfrentarem com êxito as situações reais da vida (Rurato & Lima, 2000). Realço ainda a “necessidade de saber”, uma vez que os adultos querem saber a razão por que devem aprender alguma coisa antes de aceitar aprendê-la, aprendendo melhor se compreenderem a sua aplicação prática (Knowles et al., 1984; Rurato & Lima, 2000).

O presente plano de sessão está estruturado em quatro capítulos: a justificação da sessão de formação; o planeamento da sessão, a avaliação da sessão e a conclusão.

1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Diversos autores têm defendido que o humor é uma importante intervenção terapêutica funcionando como estratégia de comunicação e mecanismo de *coping* ao qual o cliente recorre quando confrontado com problemas ou situações complicadas (Pina, 2002; José, 2010; Sousa & José, 2016).

Uma das situações complicadas para a criança, adolescente e família pode ser o contexto de doença e hospitalização. A hospitalização é considerada uma situação de vulnerabilidade onde, crianças, adolescentes e família são, muitas vezes inesperadamente, colocadas num contexto de incerteza e medo, podendo acarretar problemas psicológicos e sociais para os mesmos, interferindo na sua qualidade de vida e contribuindo para um declínio na sua condição de saúde e afastamento do contexto familiar e social (Barros, 2003; Tavares, 2011). A hospitalização é por si só um importante fator de stress para a criança e adolescente, que aliada à situação de doença, aos exames de diagnóstico e procedimentos terapêuticos necessários, na sua maioria invasivos e dolorosos, aumentam a sobrecarga emocional a que os mesmos podem estar sujeitos (Tavares, 2011).

De acordo com Motta et al. (2015), dada a quantidade de *stressores* presentes no contexto de hospitalização, a criança e adolescente podem utilizar diversas estratégias para a sua autorregulação comportamental, de modo a alterar ou diminuir as fontes de stress, auxiliando na adaptação às situações adversas. No entanto, os clientes pediátricos em situação de hospitalização apresentam um número limitado de mecanismos de *coping* para lidar com os *stressores* característicos dessa mesma situação, necessitando de suporte e apoio por parte de familiares, amigos ou profissionais de saúde (Sanders, 2014; Diogo et al. 2016). É, por isso, essencial o apoio e acompanhamento continuado por uma equipa multidisciplinar durante todo o processo de hospitalização, consciencializada que esta situação de crise representa uma ameaça para a criança e adolescente, podendo afetar a sua integridade e comprometer o seu desenvolvimento psicológico, social e emocional (Tavares, 2011).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), o humor terapêutico engloba as estratégias não farmacológicas cognitivo-comportamentais enquanto estratégia de comunicação com a criança e adolescente em situação de doença ou hospitalização. O humor enquanto intervenção terapêutica proporciona sobretudo a distração, mas também o relaxamento muscular e o envolvimento ativo da criança antes e durante o procedimento doloroso de curta duração. Trata-se da aptidão para criar um clima de leveza e de prazer, desdramatizando situações difíceis (José, 2002; Phaneuf, 2005; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

De referir que o humor enquanto estratégia de distração, direciona a atenção da criança e adolescente para situações não relacionadas com o procedimento doloroso (Ordem dos Enfermeiros, 2013). É especialmente útil para controlar os episódios de dor decorrentes da própria situação clínica ou dos procedimentos invasivos de curta duração necessários. É essencial adaptar a intervenção humorosa ao estágio de desenvolvimento da criança e ao contexto situacional, podendo os utentes pediátricos ser distraídos durante o procedimento com música, vídeos, histórias ou jogos de palavras humorosos de forma a descentrar o seu pensamento do procedimento em causa. Antes do procedimento podem ser realizadas atividades físicas humorosas que irão deixar a criança ou adolescente mais relaxada e menos preocupada, reduzindo o nível de ansiedade e de medo (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Se as intervenções humorosas com intencionalidade terapêutica forem devidamente aplicadas pelos enfermeiros, adaptadas ao contexto situacional, à idade do cliente pediátrico e estágio de desenvolvimento, podem desempenhar um importante papel junto das crianças e adolescentes hospitalizados, como meio facilitador das sucessivas adaptações que têm de realizar (José, 2010).

Por pretender utilizar o humor enquanto intervenção terapêutica válida na gestão e controlo da dor da criança, adolescente e família, é justificada a elaboração da adenda ao “Kit sem Dor” existente e a sua nova designação de “Kit sem Dor Humoroso”. Este Kit engloba agora não só instrumentos lúdicos, mas também instrumentos humorosos destinados ao alívio do medo, ansiedade e dor da criança, adolescente e família hospitalizados, tornando-os capazes de se sentir menos ameaçados, mais confortáveis e adquirir algum controlo sobre a situação de doença e/ou hospitalização (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Desta forma o Kit aumenta o leque de estratégias não farmacológicas disponíveis face às necessidades e preferências das crianças e adolescentes (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

É justificada a realização da presente sessão de formação já que importa que a equipa de enfermagem do SUP compreenda a relevância do humor para o cuidado em enfermagem pediátrica e conheça quais as intervenções humorosas operacionalizadas no “Kit sem Dor Humoroso”. Estas intervenções são úteis na diminuição da dor, ansiedade e o medo da criança e/ou adolescente, e sua família durante procedimentos dolorosos ou potencialmente ansiogénicos e são capazes de promover a adaptação e uma vivência positiva da situação de hospitalização pelo cliente pediátrico.

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: O Humor enquanto intervenção terapêutica: Kit sem Dor Humoroso;

Destinatários/População Alvo: Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica;

Data: 28 de janeiro de 2022;

Horário da sessão: 15:00 horas às 15:30 horas;

Duração: 30 minutos;

Local: Sala de reuniões de Serviço de Urgência Pediátrica;

Formador: Pedro Silvestre, estudante do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Metodologia: Expositiva, Interativa e Interrogativa

Objetivo Geral:

- Justificar o complemento ao “Kit sem Sor” em vigor no serviço, designando-o de “kit sem Dor Humoroso” através da concretização de instrumentos terapêuticos humorosos adequados a cada estágio de desenvolvimento da criança;

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar os profissionais de enfermagem que exercem funções no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital para a importância do humor enquanto intervenção terapêutica na promoção do conforto da criança e adolescente em situação de doença e/ou hospitalização;
- Capacitar os profissionais de enfermagem para a utilização e adequação de instrumentos terapêuticos humorosos e lúdicos ao estágio de desenvolvimento do cliente pediátrico, estimulando a cooperação e a criatividade dos vários intervenientes, através do ato de brincar.

Plano Curricular:

Conteúdos Programáticos	Métodos	Formador	Recursos	Tempo
Introdução: Apresentação do formador, do tema da sessão e objetivos	Expositivo	Pedro Silvestre	Meios audiovisuais do formando	5 min
Desenvolvimento: • O Humor: enquadramento conceptual; • Teorias do Humor; • Humor e Riso; • O Humor terapêutico; • O Humor como intervenção de Enfermagem; • A hospitalização de crianças, adolescentes e família; • Humor enquanto estratégia não farmacológica; • Relação do humor com o brincar; • Kit sem Dor Humorous;	Expositivo	Pedro Silvestre	Meios audiovisuais do formando	20 min
Conclusão: • Considerações finais; • Referências Bibliográficas • Avaliação da sessão	Interativo Interrogativo	Pedro Silvestre	Meios audiovisuais do formando	5 min

Quadro 1. Distribuição dos conteúdos programáticos do Plano de Sessão da Formação.

1. SESSÃO DE FORMAÇÃO



12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

O Humor enquanto intervenção
terapêutica: Kit sem dor humoroso

Discente: Pedro Isidoro Silvestre nº4208
Docente: Maria Teresa Magão

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Ano Letivo 2021/2022

Índice

- Objetivos;
- O Humor: enquadramento conceptual;
- Teorias do Humor;
- Humor e Riso
- O Humor terapêutico
- O Humor como intervenção de Enfermagem;
- A hospitalização de crianças, adolescentes e família;
- Humor enquanto estratégia não farmacológica;
- Relação do humor com o brincar;
- Kit sem dor humoroso;
- Conclusão;
- Referências Bibliográficas

Objetivos

Objetivo geral:

- ☺ Justificar o complemento ao “Kit sem dor” em vigor no serviço, designando-o de “kit sem dor humoroso” através da concretização de instrumentos terapêuticos humorosos adequados a cada estágio de desenvolvimento da criança

Objetivos específicos:

- ☺ Sensibilizar os profissionais de enfermagem que exercem funções no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital para a importância do humor enquanto intervenção terapêutica na promoção do conforto da criança e adolescente em situação de doença ou hospitalização;
- ☺ Capacitar os profissionais de enfermagem para a utilização e adequação de instrumentos terapêuticos humorosos e lúdicos ao estágio de desenvolvimento do cliente pediátrico, estimulando a cooperação e a criatividade dos vários intervenientes, através do ato de brincar.

O Humor



O Humor: Enquadramento Conceptual

O que é o humor? Que coisa é essa que nos faz rir? Porque têm os seres humanos necessidade de rir?

- ☹️ Definição não é consensual;
- ☹️ Fenómeno complexo;
- ☹️ Natureza individual e multidimensional;

(Robinson, 1991; José, 2002; Pereira, 2016)

O humor é uma forma de desempenho intelectual, caracterizado por um comportamento espontâneo ou agradável que interliga gentileza, a alegria, a genialidade e transporta uma mensagem de afeto, carinho e humanidade.

(Sumners, 1990)

Teorias do Humor

Três grandes teorias procuraram ao longo dos tempos explicar o riso e o humor:

Teoria da
Superioridade

- Dominante durante cerca de dois mil anos, iniciada por Platão, diz-nos em traços gerais que o riso é a manifestação de um sentimento de superioridade sobre os outros. Rimos daqueles que se desconhecem a si mesmos.

Teoria da
Incongruência

- Corroborada por Kant e Schopenhauer, diz que nos rimos quando percebemos um desfasamento entre aquilo que esperamos que as coisas sejam e aquilo que elas realmente são, sendo o riso a celebração de uma frustração: a frustração de uma expectativa.

Teoria do
Alívio

- Principiada por Freud, esta teoria vê no riso uma descarga de energia psíquica, aquela mesma energia que, não sendo libertada, anda entretida a reprimir as emoções.

(Pereira, 2016)

Humor e Riso

Normalmente utilizamos o termo humor com diversas conotações:

- **Estímulo humoroso:** anedota, música humorosa, um filme cómico, entre outras;
- **Processo mental:** percepção ou criação de incongruências divertidas;
- **Resposta fisiológica:** riso, sorriso ou alegria;

(Martin, 2006; José, 2002; Sousa et al., 2019)

O humor e riso estão associados, são influenciados mutuamente, mas não são sinónimos, mas também não podem ser discutidos separadamente.

(José, 2002; Sousa & José, 2016)

Humor

Experiência Cognitiva.



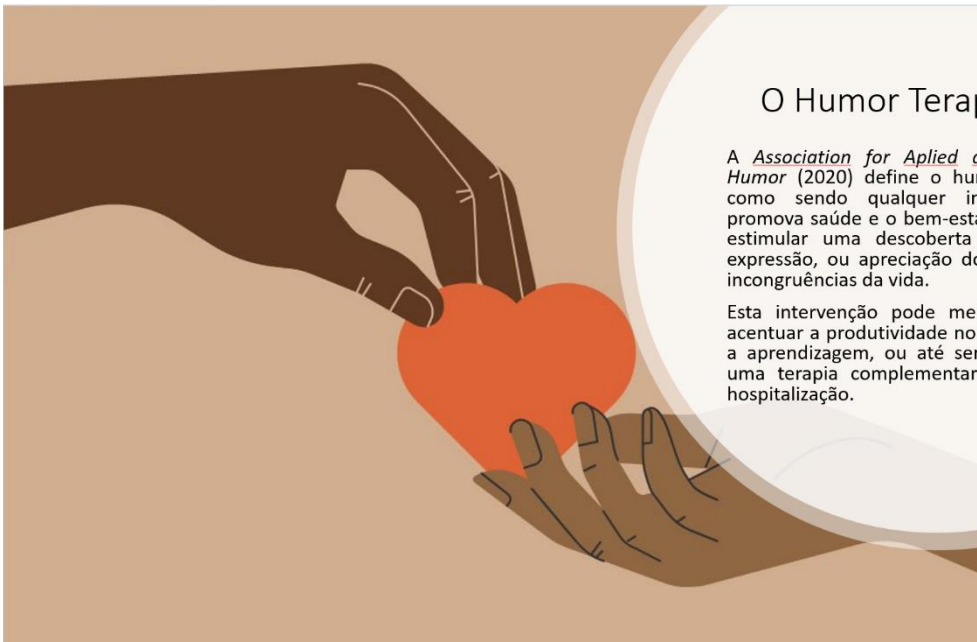
Riso

Expressão humana inata;
Experiência física e fisiológica a um estímulo humoroso.

O Riso

Todas as crianças, independentemente do seu estágio de desenvolvimento, cultura ou estrato socioeconómico, riem e o seu primeiro sorriso, que ocorre entre a quarta e a sexta semanas de vida, é uma das grandes estratégias de comunicação da criança com o outro.

(José, 2002)



O Humor Terapêutico

A *Association for Applied and Therapeutic Humor* (2020) define o humor terapêutico como sendo qualquer intervenção que promova saúde e o bem-estar do cliente por estimular uma descoberta divertida, uma expressão, ou apreciação do absurdo e das incongruências da vida.

Esta intervenção pode melhorar a saúde, acentuar a produtividade no trabalho, apoiar a aprendizagem, ou até ser utilizada como uma terapia complementar na doença ou hospitalização.

O Humor terapêutico

Critérios para o uso apropriado do humor terapêutico:

- **Fatores pessoais do cliente:** personalidade, idade, gênero, cultura;
- **Fatores contextuais/situacionais:** situação clínica, gravidade da doença, experiências prévias de doença/hospitalização;
- **Oportunidade e conteúdo;**

(José, 2002; Sousa & José, 2016)

O Humor para ser uma intervenção terapêutica deve ser planeado e recheado de intencionalidade!

O Humor enquanto intervenção de enfermagem

O humor é uma intervenção de enfermagem complexa, que apenas deve ser usada quando for apropriado. Requer cuidado, treino e o enfermeiro tem de adaptar as atividades da intervenção humor a cada criança, adolescente e família.

(Sousa et al., 2019)

É frequente o humor surgir de forma espontânea na relação enfermeiro-cliente, numa abordagem subjetiva e não intencional. Contudo, estudos recentes referem que os enfermeiros começam a recorrer ao humor de forma consciente e com intencionalidade terapêutica clara.

(Sousa et al., 2019; Van Der Krogt, Coombs & Rook, 2020).

O Humor enquanto intervenção de enfermagem



O humor é classificado como intervenção e como recurso na Classificação internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e como intervenção Humor (5320) com 15 atividades na Classificação de intervenções em enfermagem (Nursing, Intervention Classification, NIC).

(Butcher et al., 2018)

Aparece com intervenção sugerida em alguns diagnósticos de enfermagem como por exemplo ansiedade, dor e tensão do papel de cuidador.

(Johnson et al., 2013)

A hospitalização de crianças, adolescentes e família

A hospitalização é uma situação de uma vulnerabilidade imensa onde, crianças, adolescentes e família são, na maioria das vezes, colocadas inesperadamente num contexto de incerteza e medo, causadores de ansiedade e stress que podem ser fortemente geridos através do uso do humor terapêutico.

(José, 2012)

Essencial assumir como prioridade dos cuidados em enfermagem a gestão emocional e o apoio psicológico à criança, adolescente e família em situação de doença ou hospitalização, conseguida através de novas ou desconhecidas intervenções, baseadas na prática e evidência científica, com relevo na autonomia do cuidado, responsabilidade e intencionalidade terapêutica, como é exemplo o humor terapêutico.

Humor enquanto estratégia não farmacológica

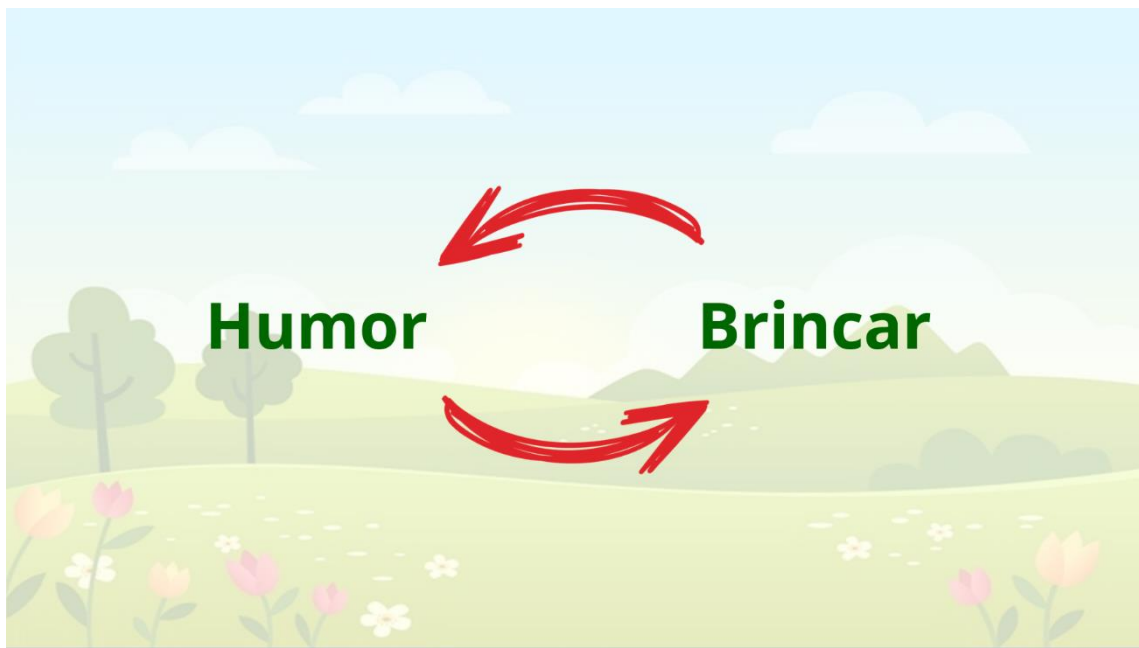
De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003), o humor terapêutico engloba as estratégias não farmacológicas cognitivo-comportamentais. O humor engloba a distração, mas também o relaxamento muscular e o envolvimento ativo da criança antes e durante o procedimento doloroso de curta duração. Trata-se da aptidão para criar um clima de leveza e de prazer, desdramatizando situações difíceis.

(José, 2002; Phaneuf, 2005; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

As Intervenções Humorosas:

- ☺ Despertam o **riso e/ou sorriso** pois estão associadas ao **conforto, prazer e ao bem-estar**;
- ☺ Desviam a **atenção** da criança ou adolescente dos estímulos (potencialmente) **dolorosos**;
- ☺ O **riso** estimula a produção de **catecolaminas** e **endorfinas**;
- ☺ Hormonas essas que permitem diminuir a **intensidade** dos fenómenos dolorosos e a **recetividade** do organismo à **dor**;
- ☺ Posteriormente ao estado de **boa disposição** alcançado com o **riso**, segue-se um estado de **relaxamento** muscular, semelhante ao precipitado pelo exercício físico;
- ☺ Está comprovado que **um minuto de riso** equivale a **45 minutos de relaxamento**!
- ☺ Este relaxamento pode também reduzir o **medo**, a **ansiedade**, o **stress**, a **náusea**, o **vómito** e a **dor**.

(Ordem dos Enfermeiros, 2013).



O Humor e o brincar

Os dois fenómenos estão diretamente relacionados com crescimento e desenvolvimento motor, emocional e social, mas sobretudo com o desenvolvimento cognitivo das crianças, na capacidade crescente de reconhecer a incongruência.

Ambos aumentam a qualidade de vida dos clientes pediátricos, estando normalmente presentes como estratégias de *coping* para amenizar eventos stressantes e traumáticos, como por exemplo, os decorrentes da situação de doença/hospitalização

(Dowling, 2002; Fromberg & Berger, 2006, Tavares, 2011).



Kit sem dor humoroso

O Kit sem dor humoroso adota o formato do kit sem dor pré-existente no serviço, que consiste num pequeno armário móvel, dividido em 5 gavetas, correspondentes aos diversos estádios de desenvolvimento da criança.

Esta divisão é a sugerida pela Ordem dos Enfermeiros (2013) e cada gaveta contém instrumentos humorosos e terapêuticos, adequados à idade-chave, de modo que os enfermeiros possam escolher de forma célere qual o item a usar previamente ao procedimento potencialmente doloroso.

Os instrumentos humorosos distrativos que integram o kit podem ser utilizados previamente ou durante o procedimento traumático. O necessário é adaptar a intervenção humorosa ao estágio de desenvolvimento da criança e ao contexto situacional.

Apresentarei de seguida o kit e os materiais físicos a estarem presentes em cada divisória, expondo também hiperligações, facilmente acessíveis através de dispositivos móveis, para aceder a vídeos ou músicas humorosas.

Apesar de existirem instrumentos humorosos passíveis de serem utilizados para diversos estádios de desenvolvimento, optou-se por diversificar o máximo possível o leque de instrumentos sugeridos e disponíveis no kit para uma escolha adequada do profissional de enfermagem

Kit sem dor humoroso

Estádios de Desenvolvimento	Instrumentos humorosos e terapêuticos	Estratégia não farmacológica engobando o humor
0-12 meses	- Músicas humorosas para crianças (Ex: O galo e a pata – A fazenda do Zenon2: https://www.youtube.com/watch?v=2Bq-ZaO1dvE; A galinha pintadinha – A fazenda do Zenon: https://www.youtube.com/watch?v=1xU-OEhsluA; O sapo não lava o pé – Panda e os Caricas: https://www.youtube.com/watch?v=XgtBKBn-Wlo; Sou uma taça – Panda e os Caricas: https://www.youtube.com/watch?v=pZ5NxMN88j; O Panda manda – Panda e os Caricas: https://www.youtube.com/watch?v=wCm0CsgOy0I) - Instrumentos musicais (Ex: kazoó, roca); - Boneco significativo (Jogo do esconde-esconde); - Instrumento luminoso (bola com luz);	- Distração através da perceção visual, auditiva, tátil e olfativa; - Jogo do esconde-esconde;

Instrumentos humorosos 0-12 meses



Kazoo



Roca



Bola com luz

Kit sem dor humoroso

Estádios de Desenvolvimento	Instrumentos humorosos e terapêuticos	Estratégia não farmacológica engobando o humor
1-3 anos	- Músicas humorosas para crianças (Ex: O galo e a pata – A fazenda do Zenon2: https://www.youtube.com/watch?v=2Bq-ZaO1dvE; A galinha pintadinha – A fazenda do Zenon: https://www.youtube.com/watch?v=1xU-OEhsluA; O sapo não lava o pé – Panda e os Caricas: https://www.youtube.com/watch?v=XgtBKBn-WIo; Sou uma taça – Panda e os Caricas: https://www.youtube.com/watch?v=pZ5NxMN88J; O Panda manda – Panda e os Caricas: https://www.youtube.com/watch?v=wCm0CsgOy0I); - Boneco significativo (Jogo do esconde-esconde e modelo para simular os procedimentos); - Instrumentos musicais (Ex: kazoo, roca, tambor); - Instrumentos de magia (Ex: dedos luminosos https://www.youtube.com/watch?v=tHFXM_FsNrc); - Bolas de sabão; - Fantoches de dedo;	- Simulação de procedimentos efetuados pela criança através da imitação sobre o que vai acontecer e experimentar (faz-de-conta); - Distração através da percepção visual, auditiva, tátil e olfativa; - Jogo do esconde-esconde.

Instrumentos humorosos 1-3 anos



Dedos mágicos luminosos



Bolas de sabão



Fantoches de dedo

Kit sem dor humoroso

Estádios de Desenvolvimento	Instrumentos humorosos e terapêuticos	Estratégia não farmacológica engobando o humor
4-6 anos	- Instrumentos de magia (Ex: dedos luminosos https://www.youtube.com/watch?v=tHFXM_FsNrc); - Bolas de sabão; - Fantoches; - Jogo "o sorriso da Mona Lisa"; - Jogo "Põe um sorriso na cara"; - Autocolantes divertidos de bom comportamento;	- Distração através da percepção visual, auditiva e tátil; - Distração comportamental; - Arteterapia através do desenho e da pintura;

Jogo: O Sorriso da Mona Lisa

Esta é uma variação do conhecido jogo infantil: prender o rabo no burro;

Objetivo terapêutico:	Usar o humor para promover a descontração, alegria e riso e aumentar a confiança da criança no enfermeiro, estreitando a relação terapêutica;
Estádio de desenvolvimento:	• Pré-escolares e escolares;
Tempo requerido para jogar:	• 5-15 minutos;
Restrições e precauções:	• Atentar se as crianças estão conectadas a determinados dispositivos ou equipamentos; • Não fazer girar crianças com problemas vestibulares/neurológicos; • Limpar e arrumar a área onde as crianças irão jogar; • Quadro plastificado da Mona Lisa de Leonardo Da Vinci;
Material:	• 2 ou mais sorrisos plastificados; • Massa adesiva Bostik/Patafix;
Procedimento	• Pendurar o quadro plastificado da Mona Lisa na parede; • Colocar um pedaço de massa adesiva na parte posterior do sorriso plastificado; • Vendar os olhos de um dos participantes (enfermeiro ou criança); • Rodar sobre si mesmo 2 ou 3 vezes com apoio; • Encaminhar o participante para o quadro; • Colocar o sorriso o mais perto possível do local onde pertence; • Repetir o processo para outro participante; • O participante que ficar mais perto do local apropriado ganha o jogo;

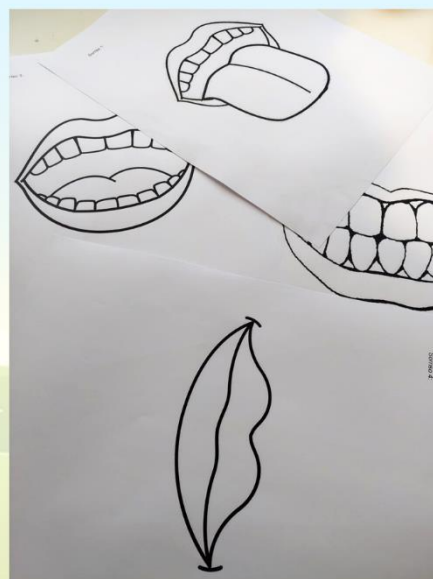
Jogo: O Sorriso da Mona Lisa



Jogo: Põe um sorriso na cara

Objetivo terapêutico:	Usar o humor para promover a descontração, alegria e riso e aumentar a confiança da criança no enfermeiro, estreitando a relação terapêutica;
Estádio de desenvolvimento:	• Pré-escolares e escolares;
Tempo requerido para jogar:	• 15-20 minutos;
Restrições e precauções:	• Ter precaução no uso da tesoura; • Imagens de sorrisos para colorir; • Lápis ou canetas de várias cores;
Material:	• Tesoura; • Fio de nastro
Procedimento	• Pedir à criança para selecionar uma das imagens de sorrisos para colorir; • Incentivar a criança a colorir o sorriso e se adequado, pintarmos também nós, (enfermeiros) um outro sorriso; • Recortar os sorrisos; • Colocar fita de nastro nas extremidades dos sorrisos de maneira a poder colocá-los sobre a nossa própria face, no local apropriado; • Incentivar a sua utilização durante a realização do procedimento traumático de curta duração ou durante episódios de maior stress/ansiedade durante a hospitalização;

Jogo: Põe um sorriso na cara



Kit sem dor humoroso

Estádios de Desenvolvimento	Instrumentos humorosos e terapêuticos	Estratégia não farmacológica engobando o humor
7-11 anos	• Kit SOS riso; • Livros com jogos de palavras: anedotas, adivinhas, trocadilhos;	• Leitura; • Distração;

Kit SOS riso

Kit que, à semelhança de uma mala de primeiros socorros, contém instrumentos humorosos essenciais a determinada situação dolorosa. Com os cartões presentes no Kit SOS riso, o medicamento a utilizar é o humor e o efeito pretendido é a manifestação de risos, sorrisos e alegria. Daí que seja considerado por muitos o melhor remédio!

Objetivo terapêutico:	Usar o humor para promover a descontração, alegria e riso e aumentar a confiança da criança no enfermeiro, estreitando a relação terapêutica; Estratégia de coping a usar perante situações de emocionalidade negativa;
Estádio de desenvolvimento:	• Escolar
Tempo requerido para jogar:	• 10-20 minutos;
Restrições e precauções:	• Atentar se a criança sabe ler;
Material:	• Cartões plastificados com anedotas, adivinhas, trocadilhos e trava-línguas; • Explicar à criança que a bolsa da alegria é uma coleção de jogos de palavras engraçados que iremos usar perante uma situação presente ou futura geradora de ansiedade, stress ou dor; • Tentar aceder às preferências humorosas da criança pedindo para descrever coisas que a façam sorrir ou rir; • Avaliar a pertinência da utilização do humor tendo em conta a situação saúde-doença da criança e família;
Procedimento	• Cada participante tira um cartão de cada vez e em voz alta diz o jogo de palavra aí mencionado, seja na forma de anedota, adivinha, trocadilho ou trava-língua; • Perde o primeiro participante a soltar uma gargalhada audível;

Kit SOS riso



Kit sem dor humoroso

Estádios de Desenvolvimento	Instrumentos humorosos e terapêuticos	Estratégia não farmacológica engobando o humor
11-18 anos	- Livros com jogos de palavras mais complexos: anedotas, adivinhas, trocadilhos; - Vídeos de sketches humorosos (Ex: Gato Fedorento – Documentário sobre CR7 https://www.youtube.com/watch?v=xWJsVBOprGI; Gato Fedorento – Conductor da Ambulância https://www.youtube.com/watch?v=jxYsPoCNU_4; The Office – Treinamento de emergência https://www.youtube.com/watch?v=VWvH4FnT38g)	- Leitura; - Distração;

Conclusão

O humor assume-se como uma das intervenções terapêuticas mais acessíveis, mas também menos utilizada ou incorretamente aplicada pelos profissionais de enfermagem, capaz de demonstrar carinho, disponibilidade e estima para com os clientes pediátricos (José, 2002).

O humor enquanto estratégia não farmacológica engloba a distração, direcionando a atenção da criança e adolescente para situações não relacionadas com o procedimento doloroso (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

É uma estratégia válida e especialmente útil para controlar os episódios de dor decorrentes da própria situação clínica ou dos procedimentos invasivos de curta duração necessários.

De realçar que os estímulos humorosos são apreciados se forem congruentes com a complexidade dos esquemas cognitivos da criança (Martin, 2006; Hart & Rollins, 2011).

Acrescento que o profissional de enfermagem não deve ter medo de deixar emergir as dimensões lúdicas e alegres da sua personalidade já que, desse modo está a tentar implementar o uso terapêutico do seu eu no contacto com os clientes.



OBRIGADO!

Referências Bibliográficas

- Association for Applied and Therapeutic Humor. (2020). *HOME: What is therapeutic humor?*. Acedido em 14-01-2022. Disponível em: <https://www.aath.org>;
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2018). *Nursing interventions classification (NIC)*. (7ª ed.). St Louis: Elsevier Health Sciences;
- Dowling, J. (2002). Humor: a coping strategy for pediatric patients. *Pediatric Nursing*, 28(2), 123-131. Acedido em 20-01-2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/11405814_Humor_a_coping_strategy_for_pediatric_patients;
- Durvan, S. A. (Ed.). (2004). *Grande Enciclopédia Universal*. (Vol. 11, Holanda-Keiser). Lisboa: Durclub, S.A. ISBN: 84-96330-11-7;
- Fromberg, D. P., & Bergen, D. (2006). *Play from birth to twelve: contexts, perspectives, and meanings* (2ª ed.). New York: Taylor & Francis Group. ISBN: 0-415-95111-9;
- Hart, R., & Rollins, J. (2011). *Therapeutic Activities for Children and Teens Coping with Health Issues*. New Jersey: John Wiley & Sons. ISBN: 978-0-470-55500-2;
- Johnson, M., Bulechek, G., Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S., Swanson, E., & Butcher, H. (2013). *NANDA, NOC, and NIC linkages: Nursing diagnoses, outcomes, & interventions*. St. Louis: Mosby Elsevier. ISBN: 978-0323031943;
- José, H. (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Loures: Lusociência. ISBN: 912-8383-34-7;
- José, H. (2012). Humor – um cuidado holístico e promotor da criança. *Revista enfermagem UFPE online*, 6(10), 2551-2555;
- Martin, R. A. (2006). *The Psychology of Humor – An Integrative Approach*. Cambridge: Academic Press. ISBN: 9780123725646
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança* (Cadernos OE: Série 1, nº6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Referências Bibliográficas

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. ISBN: 9789728383848;
- Pereira, R. A. (2016). *A Doença, o Sofrimento e a Morte entram num Bar – Uma espécie de Manual de Escrita Humorística*. Lisboa: Tinta-da-china. ISBN: 978-989-671-353-9;
- Robinson, V. (1991). *Humor and the health professions: the therapeutic use of humor in health care* (2ª ed.). Thorofare: Slack Incorporated;
- Sousa, L., & José, H. (2016). Benefícios do humor na saúde: revisão sistemática da literatura. *Enformação*, 22–32. Acedido em: 18-01-2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/304037897_Beneficios_do_humor_na_saude_Revisao_Sistematica_da_Literatura;
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Antunes, A., Frade, M., Severino, S., & Valentim, O. (2019). Humor in intervention in the nurse-patient interaction. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1136-1143. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0609;
- Summers, A. (1990). Professional nurses' attitudes towards humour. *Journal of Advanced Nursing*, 15(2), 196-200. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1990.tb01802.x;
- Tavares, P. P. (2011). *Acolher Brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-70-7;
- Van der Krogt, S. R., Coombs, M., & Rook, H. (2020). Humour: A purposeful and therapeutic tool in surgical nursing practice. *Nursing Praxis in Aotearoa New Zealand*, 36(2), 20–30. DOI: 10.36951/27034542.2020.008.
- Imagens retiradas de www.google.pt.

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Após a realização desta sessão de formação foi fundamental proceder à avaliação da satisfação da equipa de enfermagem relativamente à sessão de formação e relativamente ao desempenho do formador. Foi aplicado um questionário de avaliação da sessão formativa conforme mostra o Quadro 2. Para a colheita de dados do referido questionário foi mantida a consideração pelos princípios éticos e deontológicos, tendo sido potenciado o respeito e anonimato dos participantes, bem como o seu consentimento livre e esclarecido no preenchimento deste instrumento de avaliação.

A sessão contou com um total de 14 participantes da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica. A duração preestabelecida revelou-se insuficiente atendendo ao grau de participação dos intervenientes, tendo sido excedida em quinze minutos, sobretudo pela partilha de experiências no final da sessão.

Finalizo, apresentando os resultados do questionário de avaliação, relativo à sessão e ao formador. Não foram adicionadas sugestões aos questionários.

Quadro 2. Resultados da Avaliação da Sessão de Formação

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
Relativo à sessão					
Pertinência do tema				4	10
Formato da sessão				1	13
Duração da sessão (30 minutos)				1	13
Pertinência do conteúdo para a prática			1	3	10
Relativo ao Formador					
Clareza na comunicação				3	11

Domínio dos conteúdos				1	13
Capacidade de transmissão de conhecimentos				1	13
Relação com os participantes				1	13

4. CONCLUSÃO

Dado o que observei na prática e pelo que foi partilhado pelos participantes no espaço final da sessão, posso assumir que a equipa de enfermagem considera o humor como uma das intervenções terapêuticas mais acessíveis, mas também menos utilizada ou incorretamente aplicada pelos profissionais de enfermagem. Esta intervenção é capaz de demonstrar carinho, disponibilidade e estima para com os clientes pediátrico e facilitar a sua adaptação à situação de doença e/ou hospitalização. Certo é que quando adequadamente aplicado, o humor pode aliviar a tensão instalada no ambiente de cuidados, transformar positivamente as emoções das crianças, adolescentes e família pois carrega alegria, esperança, resiliência e autoconfiança (Dowling, 2002).

O humor também permite regular a disposição para cuidar dos próprios enfermeiros, ajudando os profissionais a lidar e ultrapassar dificuldades intrínsecas à profissão já que estão inseridos em contextos de cuidados exigentes (Astedt-Kurki et al., 2001; José, 2002; José, 2010). Com o uso acessório do humor na prestação de cuidados, o enfermeiro introduz o riso, o brincar e a descontração, sentimentos que habitualmente não florescem em ambiente hospitalar devido à condição de saúde dos clientes pediátricos e à carga emocional negativa que estes possuem (José, 2002).

Em suma, considero que na sua globalidade este momento de formação atingiu os objetivos pré-estabelecidos e recebeu uma crítica positiva por parte de todos os participantes. Com a adenda ao kit e posterior sessão de formação foi possível apresentar literatura científica válida quanto à temática do humor terapêutico e fazer o acréscimo de materiais práticos humorosos ao Kit. Desta forma os enfermeiros do SUP podem passar a utilizar esta estratégia, agora de forma concertada e informada para atingir metas terapêuticas como o controlo dos episódios de ansiedade decorrentes da própria situação clínica ou da dor relacionada com procedimentos invasivos de curta duração necessários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Astedt-Kurki, P., Isola, A., Tammentie, T., & Kervinen, U. (2001). Importance of humor to cliente-nurse relationships and clientes well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 119-125. DOI: 10.1046/j.1440-172x.2001.00287.x.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.). Climepsi Editores.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47.
https://www.researchgate.net/publication/315661355_Os_Medos_das_Crianças_em_Contexto_de_Urgencia_Pediatrica_Enfermeiro_Enquanto_Gestor_Emocional_The_Fears_of_Children_in_Pediatric_Emergency_Context_Nurse_as_Emotional_Manager
- Dowling, J. (2002). Humor: a coping strategy for pediatric patients. *Pediatric Nursing*, 28(2), 123-131.
https://www.researchgate.net/publication/11405814_Humor_a_coping_strategy_for_pediatric_patients.
- José, H. (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Lusociência.
- José, H. (2010). *Resposta humana ao humor: humor como resposta humana*. Lusociência.
- Knowles, M. S., Holton III, E. F., & Swanson, R. A. (1998). *The adult learner: The definitive classic in adult education and resource development* (5ª ed.). Gulf Publishing Co.
- Motta, A. B., Perosa, G. B., Barros, L., Silveira, K. A., Lima, A. S., Carnier, L., Hostert, P. C., & Caprini, F. R. (2015). Comportamentos de coping no contexto da hospitalização infantil. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(2), 331-341. DOI: 10.1590/0103-166X2015000200016.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança* (Cadernos OE: Série 1, nº6). Ordem dos Enfermeiros.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.

- Pina, J. A. (2014). *Comunicar com Humor, Insensatez ou Profissionalismo?*. Pactor.
- Rurato, P., & Santos, N. L. (2000). Formação profissional e desenvolvimento de recursos humanos: questões e desafios para o novo milénio. *Revista da UFP*, 315-330. <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/11316/1/315-330.pdf>.
- Sanders, J. (2014). Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. II, pp. 675-702). Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-7480-04-1;
- Sousa, L., & José, H. (2016). Benefícios do humor na saúde: revisão sistemática da literatura. *Enformação*, 22–32. https://www.researchgate.net/publication/304037897_Beneficios_do_humor_na_saude_Revisao_Sistematica_da_Literatura;
- Tavares, P. (2011). *Acolher Brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Lusociência.

APÊNDICE X

Panfleto: Como promover o conforto do recém-nascido prematuro – o papel especial dos pais



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Panfleto: Como promover o conforto do recém-
nascido prematuro – o papel especial dos pais**

Pedro Miguel Isidoro Silvestre

**Lisboa
2022**



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Panfleto: Como promover o conforto do recém-
nascido prematuro – o papel especial dos pais**

Pedro Miguel Isidoro Silvestre



Orientadora: Maria Teresa Gouvêa Magão



**Lisboa
2022**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. JUSTIFICAÇÃO	5
2. PANFLETO	7
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	9

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) integrado na Unidade Curricular (UC) – Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria propus a realização de um panfleto intitulado: “Como promover o conforto do recém-nascido prematuro – o papel especial dos pais.” A oportunidade de desenvolver este panfleto surgiu após discussão com a Enfermeira Chefe de Serviço, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) e Professora Orientadora, dada a própria temática do relatório, a identificação de necessidades formativas pessoais dentro deste contexto de estágio.

Neste sentido a elaboração do panfleto surge aliada à procura de intervenções que orientassem os pais para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança no momento presente de hospitalização em UCIN e que fomentassem o conforto e bem-estar do recém-nascido pré-termo (RNPT) e sua família nos quatro contextos da experiência segundo a Teoria do Conforto de Kolcaba. Esta atividade revelou-se relevante para o próprio serviço pela falta de suporte físico e didático quanto esta temática a fornecer aos pais durante a hospitalização. Este panfleto, que ficou sujeito a aprovação da chefia do serviço, ficará disponível na UCIN para os Enfermeiros entregarem aos pais de RNPT.

Esta atividade surge como meio para facilitar a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), nomeadamente a E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas, a E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência, a E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e a E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais (Regulamento n.º 422/2018).

Este documento procura também dar resposta aos dois objetivos gerais previamente definidos no meu projeto de estágio: 1. Desenvolver competências especializadas no cuidado de enfermagem à criança, adolescente e família nos seus processos saúde-doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento e 2. Desenvolver competências no âmbito da promoção do conforto da criança, adolescente e família nos diferentes contextos pediátricos recorrendo ao humor enquanto instrumento terapêutica.

1. JUSTIFICAÇÃO

Para a elaboração do panfleto parti do pressuposto que a UCIN é um local onde os RNPT contactam com grande número de procedimentos considerados dolorosos ou potencialmente dolorosos, agressivos e stressantes, passíveis de lhes provocarem desorganização fisiológica e comportamental (Castro, 2003; Carbajal et al., 2008; Batalha, 2010; Franck, 2013). São exemplo deste tipo de procedimentos as colheitas de sangue, colocação de cateter endovenoso para administração de fluidos e/ou medicação, ligação a dispositivos de ventilação, entre outros. Estima-se que cada RN hospitalizado em UCIN esteja sujeito, em média, a dez eventos dolorosos por dia (Castro, 2003; Carbajal et al., 2008).

As vias nervosas ascendentes necessárias à experiência de dor estão presentes na vida fetal a partir das 20 semanas de gestação e estão totalmente desenvolvidas por volta das 28 semanas de gestação (Direção Geral de Saúde, 2010; Batalha, 2010; Hatfield 2014; Walker 2014). Por outro lado, as vias de controlo descendente são ainda imaturas, o que faz com que os RNPT se apresentem hiperálgicos e hipersensíveis aos estímulos dolorosos (Batalha, 2010; Grunau et al., 2006; Hatfield, 2014). Askin e Wilson (2014), referem que o RNPT é altamente sensível não só a procedimentos dolorosos, mas também ao toque, pelo que é importante programar as intervenções e agrupá-las, realizá-las de forma respeitosa, objetivando a preservação do seu padrão de sono e estabilidade hemodinâmica.

Vários estudos indicam ainda que experiências de dor reiteradas e continuadas durante o início da vida da criança, modificam as capacidades de processamento da dor, comprometem o seu desenvolvimento neuro-comportamental e têm sido associadas a uma maior vulnerabilidade para a dor crónica (Grunau et al., 2006; Hatfield, 2014; Low & Schweinhardt, 2012). Batalha (2010), menciona que o controlo e gestão da dor do RNPT hospitalizado em UCIN deve ser encarado como uma prioridade comum a todos os enfermeiros, do ponto de vista humanitário e ético, para além de constituir um indicador de qualidade nos cuidados de saúde

Importa incorporar os pais nos cuidados ao RNPT, estes podem e devem ser educados e estimulados a participar, sobretudo na implementação de intervenções não farmacológicas para prevenção e gestão da dor associada a procedimentos invasivos (Anand 2001; American Academy of Pediatrics, 2006; Franck, 2013). De acordo com Franck et al. (2012), são duas fontes ativas de stress parental a carência de conhecimento, informação e compreensão por parte dos mesmos sobre a experiência de dor do seu filho RNPT hospitalizado, e o seu envolvimento limitado nos cuidados. Segundo Franck (2013), o conhecimento reduz o medo e a ansiedade face ao desconhecido que tanto afeta os pais num ambiente hospitalar. É fulcral

que os pais compreendam e reconheçam sinais de dor e stress do seu filho RN e que sejam envolvidos durante procedimentos dolorosos, para que sejam capazes de lhes proporcionarem conforto e consolo (Ferraz, 2017). Isto permitirá aumentar o sentido de competência parental e a satisfação com a equipa multidisciplinar na gestão e controlo da dor ao seu filho RNPT (Franck et al., 2011). Franck et al. (2011), afirma que os pais desejam obter mais informações sobre a dor neonatal e o seu tratamento, e pretendem aceder a esse conhecimento o mais cedo possível no percurso de hospitalização do seu filho na UCIN.

Assim sendo no panfleto por mim elaborado para além de serem apresentados sinais de dor ou desconforto da criança RNPT, são sugeridas diversas estratégias não farmacológicas que os pais podem aprender e treinar até sentirem confiança para as porem em prática de forma autónoma, mediante avaliação da condição clínica do seu filho. Destaco o posicionamento terapêutico, o envolver, a contenção, o método canguru e a amamentação. De acordo com Anand et al. (2001), a prevenção, o controlo e a gestão da dor no RNPT, assim como a seleção da estratégia não farmacológica mais eficaz, devem constituir uma prioridade no planeamento dos cuidados de enfermagem. Importa que os pais saibam que a equipa multidisciplinar tudo fará para evitar, procurar sinais de dor e aliviar a mesma, mas que também estará disposta a fornecer ensinamentos e apoio para que os pais colaborem em parceria, no sentido de proporcionar conforto físico e ambiental à criança.

2. PANFLETO

Método Canguru:

Este tipo de contacto é feito pele a pele com o bebé e um dos pais. O bebé é colocado diretamente sobre o peito, por baixo da roupa. Reduz a atividade comportamental, as sensações dolorosas e promove a vinculação.



Leite materno na chucha e amamentação:

Colocar uma gota de leite materno na chucha pode ajudar os bebés a acalmar depressa após os procedimentos desconfortáveis. A amamentação conforta-o através do toque, do cheiro, dos sons e do sabor doce do leite.



Os profissionais de saúde da Unidade irão fazer tudo ao seu alcance para evitar, identificar e aliviar a dor e desconforto do vosso filho.

Com o tempo, vocês pais, conhecerão melhor que ninguém os comportamentos do vosso bebé e por isso podem e devem participar ativamente nas decisões relativas ao alívio da sua dor e desconforto.

Em caso de dúvida questione o enfermeiro responsável.

Elaborado por:

Pedro Miguel Isidoro Silvestre, nº4208
12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Referências Bibliográficas:

Batalha, L. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 73-80. DOI: 10.12707/Rli1037; Franck, L. (2013). *Comforting Your Baby in Intensive Care*. San Francisco: Franck; Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança* (Cadernos OE: Série 1, nº6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; SPARADRAP (2014). *Look at me – I'm talking to you. Watching and understanding your premature baby* (2nd Ed.). London: Bliss – The special Care Baby Charity. Imagens retiradas de Franck, L. (2013). *Comforting Your Baby in Intensive Care*. San Francisco: Franck e google imagens.

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

Como promover o conforto do recém-nascido prematuro: O papel dos pais



Hospital

Olá papás...

A prematuridade do vosso filho e o consequente internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais alteraram certamente todos os planos que tinham concebido e a vossa própria dinâmica familiar, no entanto, importa agora encontrar uma forma positiva de funcionamento perante a antecipação do vosso bebé.



Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais o vosso bebé será exposto a fontes adicionais de stress e a procedimentos que podem provocar dor e desconforto como:

- Colheitas de sangue para análises;
- Ligação a uma máquina de respiração;
- Manipulações,
- Descolar adesivos,
- Entre outras.

Sinais de dor ou desconforto



Choro: É a manifestação mais comum de dor ou desconforto. O choro de dor súbita pode ser muito agudo ou começar com soluços curtos e fortes.

Expressão facial: Na presença de dor, os bebés tendem a cerrar os olhos com força, a franzir o sobrolho e ficar com rugas profundas no nariz e nos cantos da boca. Costumam abrir a boca, que fica com a forma de um quadrado, e dobrar a língua.

Movimento: Aumentam a atividade dos braços e das pernas, contorcendo o corpo, cerrando os punhos ou abrindo e esticando os dedos.

Estratégias promotoras de conforto

Envolver (Swaddling):

Dar apoio com uma manta fina ou pano em redor do tronco, impedindo os movimentos excessivos e evitando a desorganização motora. Pode ser usado antes, durante e após procedimentos dolorosos. Envolver facilita o autoconsolo do bebé aproximando as suas mãos da boca.



Contenção: Consiste em colocar uma mão na cabeça do bebé e a outra sobre as pernas, de forma fixa, enquanto este permanece deitado na incubadora ou berço. Este procedimento acalma-o durante e após procedimentos dolorosos e por isso não tire as mãos enquanto estiverem ambos confortáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics (2006). Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics*, 118(1), 2231-2241. DOI: 10.1542/peds.2006-2277.
- Anand, K., & The International Evidence-Based Group for Neonatal Pain (2001). Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine Journal*, 155(2), 173-180. DOI:10.1001/archpedi.155.2.173.
- Askin, D., & Wilson, D. (2014). Recém-nascido de alto risco e a família. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed. Vol I, pp. 331-411). Lusociência;
- Batalha, L. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 73-80. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239961012.pdf>.
- Carbajal, R., Rousset, A., Danan, C., Coquery, S., Nolent, P., Ducrocq, S., Saizou, C., Lapillonne, A., Granier, M., Durand, P., Lenclen, R., Coursol, A., Hubert, P., Blanquat, L., Boelle, P., Annequin, D., Cimerman, P., Anand, K., & Bréart, G. (2008). Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA*, 300(1), 60-70. DOI: 10.1001/jama.300.1.60.
- Castro, M. (2003). Perfil da indicação de analgésicos opióides em recém-nascidos em ventilação pulmonar mecânica. *Jornal de Pediatria*, 79(1), 41-48. DOI: 10.1590/S0021-75572003000100008.
- Ferraz, L. (2017). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Comum. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=48621&codigo=103
- Franck, L. (2013). *Comforting Your Baby in Intensive Care*. Franck. <https://familynursing.ucsf.edu/sites/familynursing.ucsf.edu/files/wysiwyg/Comfy%20PDF%20ENGLISH%20Dec%2017.pdf>.

- Franck, L., Oulton, K., & Bruce, E. (2012). Parental involvement in neonatal pain management: an empirical and conceptual update. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 45-54. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2011.01434.x.
- Franck, L., Cox, S., Allen, A., & Winter, I. (2004). Parental concern and distress about infant pain. *Archives of Diseases in Childhood, Fetal & Neonatal Edition*, 89(1), F71-F75. DOI: 10.1136/fn.89.1.F71.
- Franck, L., Oulton, K., Nderitu, S., Lim, M., Fang, S., & Kaiser, A. (2011). Parent involvement in pain management for NICU infants: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 128(3), 510-518. DOI: 10.1542/peds.2011-0272.
- Grunau, R. E., Holsti, L., & Peters, J. W. (2006). Long-term consequences of pain in human neonates. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 11(4), 268-275. DOI: 10.1016/j.siny.2006.02.007.
- Hatfield, L. A. (2014). Neonatal pain: What's age got to do with it?. *Surgical Neurology International*, 5(13), S479-S489. DOI: 10.4103/2152-7806.144630.
- Low L., & Schweinhardt, P. (2012). Early life adversity as a risk factor for fibromyalgia in later life. *Pain Research and Treatment*, 2012(140832), 1-15. DOI: 10.1155/2012/140832.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança* (Cadernos OE: Série 1, nº6). Ordem dos Enfermeiros;
- Regulamento nº 422/2018 do Ministério da Saúde. (2018). Diário da República: II Série, nº 133/2018. <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
- SPARADRAP (2014). *Look at me – I'm talking to you. Watching and understanding your premature baby* (2ª ed.). Bliss – The special Care Baby Charity.
- Walker, S. M. (2014). Neonatal pain. *Paediatric Anaesthesia*, 24(1), 39-48. DOI: 10.1111/pan.12293.

ANEXO I

Certificado de Presença na Sessão Clínica Nutribén®: “Alimentação no 1º ano de vida”



Certificado de participação

Certifica-se que
PEDRO SILVESTRE

participou na Nutrisession "Alimentação no 1º ano de vida",
com a Dra. [REDACTED] no dia 4 de NOVEMBRO de 2021, às 20 h 30 m
com a duração de 1 hora.

