

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny
Escola Superior Saúde Santa Maria

GESTÃO DA DOR NA CRIANÇA PRÉ-ESCOLAR
UMA COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA: a música como estratégia não
farmacológica

Heloísa Maria Dias Júlio

Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior de Saúde Santa Maria para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

Funchal,
2023

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny
Escola Superior Saúde Santa Maria

GESTÃO DA DOR NA CRIANÇA PRÉ-ESCOLAR
UMA COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA: a música como estratégia não
farmacológica

Heloísa Maria Dias Júlio

Orientadora: Prof.^a Maria de Lourdes Oliveira

Coorientadora: Prof.^a Maria Filomena Sousa

Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior de Saúde Santa Maria para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

Funchal,

2023

“Grande é a poesia, a bondade e as danças, mas o melhor do mundo são as
crianças.”

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, irmã e pai, os pilares da minha vida, que me deram educação, valores e o exemplo do trabalho.

À minha família que sempre me incentivou, motivou e apoiou.

Às minhas manas que são o exemplo da melhor amizade, presentes em todos os momentos incondicionalmente.

A todos os meus amigos que me incentivaram ao longo desta formação.

Às Professoras Maria de Lourdes Oliveira e Maria Filomena Sousa pela dedicação, orientação e apoio ao longo deste percurso de formação.

À Professora Olívia Barcelos e a todos os professores de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pelo apoio e transmissão de conhecimentos.

Às instituições de saúde e a todos os enfermeiros que me acompanharam neste percurso, pela partilha de conhecimentos e profissionalismo demonstrado.

A todas as crianças e famílias com quem me cruzei neste percurso que me fizeram crescer todos os dias.

O meu Muito Obrigado!

RESUMO

Este relatório integra-se no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior de Saúde Santa Maria, que após discussão pública permitirá a obtenção do grau académico de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e, consequentemente, o título profissional de especialista na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este relatório tem como finalidade descrever o percurso de aprendizagem nos variados contextos de ensino clínico, com vista à promoção do aperfeiçoamento e desenvolvimento de competências Comuns, Específicas e de Mestre do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O Estágio decorreu em cinco contextos diferentes de cuidados de enfermagem. Para cada estágio foram definidos objetivos e planeadas atividades. A minha prestação de cuidados de enfermagem à criança e família foi sustentada na filosofia de cuidados centrados na família e nos cuidados não traumáticos. A filosofia dos cuidados centrados na família reconhece-a como uma constante na vida da criança, e os enfermeiros devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a força e a competência da família. Os cuidados não traumáticos tiveram como propósito prevenir ou minimizar o stress psicológico e o sofrimento físico da criança. Durante o Estágio a dor na criança pré-escolar foi foco de especial atenção, assim como a musicoterapia para o seu alívio.

A dor é uma fonte de stress com efeitos negativos, não só na criança, mas também na família, pelo que é imperioso intervir na prevenção, na gestão e no tratamento eficaz. Katharine Kolcaba defende o conforto como uma necessidade fundamental de todos os seres humanos. Foi nesta teórica que sustentei os cuidados prestados à criança com dor e família. Nos diferentes contextos de estágio, tive em atenção a idade e o desenvolvimento da criança e a família, bem como a promoção da saúde. Todo o percurso formativo foi pautado pelo respeito da criança e família e os valores da profissão.

As atividades desenvolvidas permitiram a aquisição de conhecimentos em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, proporcionando ferramentas para uma prestação de cuidados especializados, numa perspetiva mais humana e holística. A metodologia utilizada, foi descritiva, analítica e reflexiva sobre a prática, fundamentada em bibliografia de referência.

Palavras-chave: Criança, Enfermagem pediátrica, Dor, Musicoterapia.

ABSTRACT

This report is part of the Master's Course in Child and Pediatric Health Nursing, at the Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, in partnership with the Escola Superior de Saúde Santa Maria, which after public discussion will allow the obtaining of the academic degree of Master in Child and Pediatric Health Nursing and, consequently, the professional title of specialist nurse in the field of Child and Pediatric Health Nursing. This report aims to describe the learning path in the various clinical teaching contexts, with a view to promoting the improvement and development of Common, Specific and Master's competencies of the Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing.

The Internship took place in five different nursing care contexts. Goals and activities were planned for each stage. My provision of nursing care to children and families was based on the philosophy of family-centered care and non-traumatic care. The philosophy of family-centered care recognizes the family as a constant in the child's life, and nurses must support, respect, encourage and enhance the family's strength and competence. Non-traumatic care aimed to prevent or minimize the child's psychological stress and physical suffering. During the Internship, pain in preschool children was the focus of special attention, as was music therapy for its relief.

Pain is a source of stress with negative effects, not only on the child, but also on the family, so it is imperative to intervene in prevention, management and effective treatment. Katharine Kolcaba defends comfort as a fundamental need for all human beings. It was on this theory that I supported the care provided to children in pain and their families. In the different internship contexts, I took into account the age and development of the child and the family, as well as health promotion. The entire training path was guided by respect for children and families and the values of the profession.

The activities developed allowed the acquisition of knowledge in Child and Pediatric Health Nursing, to arrange tools for providing specialized care, from a more human and holistic perspective. The methodology used was descriptive, analytical and reflective about practice, based on scientific evidence.

Keywords: Child Preschool; Nursing; Pain; Music.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCF – Cuidados Centrados na Família

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNT – Cuidados não Traumáticos

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

IAC – Instituto de Apoio à Criança

MESIP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PNSIJ – Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAP – Serviço de Atendimento Permanente

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1. Enfermagem Pediátrica	13
1.2. Desenvolvimento infantil na idade pré-escolar	15
1.3 A dor no pré-escolar	18
1.4 Intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança em idade pré-escolar	21
1.4.1 A utilização da música na gestão da dor na criança	24
1.5 Teoria do conforto de Katharine Kolcaba	26
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	27
2.1. Serviço de Internamento de Pediatria	28
2.2. Serviço de Atendimento Permanente Pediátrico	33
2.3. Centro de Desenvolvimento da Criança	36
2.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos	38
2.5. Cuidados de Saúde Primários	40
3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E ADQUIRIDAS	46
3.1. As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	46
3.2. As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica	49
3.3. As Competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	53
4. PERSPETIVAS RUMO AO FUTURO PROFISSIONAL	55
CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	i
ANEXO A – Escala de FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)	i
ANEXO B – FPS-R (Faces Pain Scale – Revised) e Escala de faces de Wong-Baker	i
APÊNDICES	ii

APÊNDICE A – Quadro de objetivos para o estágio no serviço de internamento de pediatria – unidades de medicina	iii
APÊNDICE B – Estudo de caso – infecção no trato urinário no latente.....	vi
APÊNDICE C – Quadro de objetivos para o estágio no serviço de internamento de pediatria – unidades de cirurgia.....	xxiii
APÊNDICE D – Estudo de caso – a criança submetida a apendicectomia	xxv
APÊNDICE E – Quadro de objetivos para o estágio no serviço de atendimento permanente pediátrico.....	xlii
APÊNDICE F – Quadro de objetivos para o estágio no centro de desenvolvimento da criança	xliv
APÊNDICE G – Quadro de objetivos para o estágio na unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos	xlvii
APÊNDICE H – Quadro de objetivos para o estágio nos cuidados de saúde primários	xlix
APÊNDICE I – Revisão integrativa: a música e a gestão da dor na criança pré-escolar	li

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi elaborado no âmbito da unidade curricular Relatório, inserida no primeiro semestre do segundo ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior Saúde Santa Maria. O título: “Gestão da dor na criança pré-escolar uma competência do Enfermeiro Especialista: a música como estratégia não farmacológica”, pretende dar visibilidade ao trabalho desenvolvido nos diversos contextos de estágio especializados, que conduziram à aquisição de competências Comuns, Específicas e de Mestre do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

De acordo com o que pude constatar no meu percurso profissional e académico, é dado mais ênfase às medidas farmacológicas no controlo da dor, verificando-se, ainda, algumas dificuldades na valorização das intervenções não farmacológicas, autónomas de enfermagem, como é o caso da intervenção da música. Consciente da necessidade e importância de uma formação especializada na área de saúde infantil e pediátrica em geral, e no controlo da dor em particular, elegi como foco de atenção especial do meu estudo trabalhar esta área, mais precisamente os efeitos da musicoterapia na criança pré-escolar.

Algumas situações de saúde da criança e os cuidados de enfermagem, são inevitavelmente causadores de dor e sofrimento. A dor é uma das principais causas de sofrimento na infância, com importantes repercussões no desenvolvimento da criança. A criança vivencia a experiência de dor, de acordo com experiências dolorosas anteriores, a que foi sujeita, a cultura e a idade.

Em qualquer circunstância, a dor na criança provoca sensação de mal-estar e desconforto. Foi com base na teoria do conforto de Katharine Kolcaba, que orientei a prestação de cuidados especializados a todas as crianças durante os estágios. Esta autora orienta para um cuidado holístico que restabeleça o funcionamento habitual e a tranquilidade, estado de satisfação necessário para um desempenho eficiente.

A enfermagem pediátrica assenta na filosofia dos cuidados centrados na família e nos cuidados não traumáticos e tem por finalidade a proteção, a promoção e a otimização das competências, prevenção da doença e tratamento da criança, da família e comunidade (Hockenberry, 2014). A criança, pela sua fragilidade, carece de cuidados de saúde especiais tendo em atenção não só a idade, como o desenvolvimento, a situação de saúde, a cultura e

os valores da família. Cuidar da criança e família exige do enfermeiro competências específicas e pensamento crítico que lhe permitam uma observação cuidada e intervenção rigorosa adequado à situação de saúde da criança e desenvolvimento e uma prática ética baseada no respeito pela pessoa e pelos valores da profissão. A busca da excelência do exercício em enfermagem deverá ser uma preocupação constante do enfermeiro especialista, sendo que, perante cada pessoa é preciso agir com a preocupação de atingir progressivamente um nível elevado de proficiência, respeitando as normas de boas práticas e deontológicas (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

Segundo a Convenção dos Direitos da Criança elaborado pelo Comité Português para a UNICEF (2019), a infância tem direito a uma ajuda e assistência especiais, bem como a família, elemento natural e fundamental da sociedade para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros, e em particular das crianças, que devem receber proteção e a assistência necessárias.

De acordo com a OE (2018), Regulamento nº 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas, o EESIP trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que estas se encontram, para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde, bem como, identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

A Ordem dos Enfermeiros (2011) preconiza que “todas as crianças/jovens e suas famílias ou pessoas significativas/prestador informal tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados em Saúde da Criança e do Jovem, numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, respeitando os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível” (p.3).

A família por ser uma constante na vida da criança deve ser envolvida na parceria de cuidados, no planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem. Os cuidados centrados na família envolvem parcerias entre as famílias e os enfermeiros, nos pontos fortes, escolhas e valores da família. Este envolvimento é benéfico para a qualidade dos cuidados, não apenas para a criança, mas também para a família. Além dos cuidados centrados na família, a enfermagem pediátrica presta cuidados não traumáticos. Estes cuidados implicam

intervenções que eliminem ou minimizem o sofrimento psicológico e físico, vivenciado pelas crianças e famílias, na prestação de cuidados de saúde (Hockenberry, 2014).

Embora na última década se tenha verificado uma maior preocupação com a dor pediátrica, resultando num movimento profissional e político dirigido a esta problemática, ainda se verificam situações em que a dor da criança é subvalorizada. A negligência no controlo da dor é um problema amplamente reconhecido em Portugal. Na opinião de Batalha, (2013), a investigação tem revelado uma diminuição significativa da prevalência da dor, verificando-se o cumprimento de normas de boa prática na sua avaliação nos próprios serviços de saúde (Batalha, 2013). Estudos realizados no âmbito das estratégias não farmacológicas revelam que a musicoterapia utilizada, isolada ou em conjugação com outras terapêuticas tem efeito benéfico no alívio da dor na criança.

A metodologia adotada foi descritiva, analítica e reflexiva, apoiada na revisão sistemática de literatura de referência, recorrendo a várias fontes, como livros, trabalhos académicos publicados nas bases de dados, a EBSCO, RCAAP e UpToDate), de forma a garantir a confiabilidade e a qualidade técnica e científica do relatório de estágio apresentado.

Procurei sistematizar os conhecimentos obtidos e as experiências profissionais nos diferentes contextos de estágios, conducentes ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

Para facilitar a leitura e a compreensão do relatório organizei o trabalho com 4 capítulos. O 1º aborda o enquadramento conceptual do tema selecionado; o 2º inclui a análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas; o 3º espelha as competências desenvolvidas e adquiridas durante o percurso formativo rumo à aquisição de competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e o 4º refere-se aos projetos futuros.

A formatação deste relatório teve por base o modelo proposto pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, conforme o documento de “Elaboração de Trabalhos Académicos – Síntese de Orientações”.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período desde o nascimento aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, incapacidade e deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 ou 25 anos, até que a transição apropriada para a vida adulta seja conseguida com sucesso (OE, 2018).

É o EEESIP quem reúne as competências para a gestão do bem-estar da criança e família. A enfermagem pediátrica fundamenta-se em pilares como o desenvolvimento infantil, os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados.

A dor é um fenómeno presente na vida da criança em qualquer idade, saudável ou doente e provoca desconforto. A teoria do conforto de Katharine Kolcaba ajuda a compreender e dá orientações ao enfermeiro como intervir e o modo a repor o bem-estar da pessoa. Diversas são as intervenções para a gestão e alívio da dor, desde as não farmacológicas podendo ser utilizadas isolada ou concomitantemente com as farmacológicas. A musicoterapia é uma intervenção que produz resultados positivos no alívio da dor, nomeadamente na criança pré-escolar.

1.1. Enfermagem Pediátrica

Ao longo de vários séculos procurou sempre ver o adulto na criança sem atender às suas particularidades e necessidades desta etapa do ciclo de vida. Isto é revelado, na literatura, por múltiplos exemplos do quotidiano da época e pela ausência da representação da criança na arte, até ao séc. XII (Cardoso & Sousa, 2019). Já no século XIX, com a Revolução Industrial, verifica-se uma progressiva consciencialização dos perigos do trabalho excessivo e inadequado, imposto às crianças, em fábricas e minas. Partindo de uma análise desses efeitos prejudiciais e nocivos surgiram as primeiras reações e medidas de proteção à criança contra trabalhos insalubres e a urgência em satisfazer as suas necessidades de saúde. O autor referido anteriormente defende que, a afirmação da criança como um ser diferente do adulto, atendendo às suas características bio-psico-sociais, está na origem de diferentes olhares das ciências, que entenderam a necessidade de perceber melhor a criança, para assegurar a satisfação de todas as suas necessidades. Desta forma, surge a enfermagem

pediátrica que entre os diversos ramos da ciência dedicados à infância acompanhou o desafio lançado.

Dados os primeiros passos, surge em Philadelphia nos Estados Unidos da América, em 1885, o primeiro hospital de atendimento exclusivo de crianças, acontecimento que assinala o início da enfermagem pediátrica como especialidade (Taylor, 2006 citado por Cardoso & Sousa, 2019). A necessidade de formação específica para os enfermeiros que cuidavam das crianças surgiu em simultâneo com o aparecimento de unidades separadas de assistência à criança, primeiro em orfanatos, depois em hospitais pediátricos e, por fim, nas unidades pediátricas de hospitais gerais (Waechter & Blake, 1976 citado por Cardoso & Sousa, 2019).

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças em 1989 reconhece a criança como ser vulnerável e com direitos, como tal deve ser protegida. Os direitos da criança assentam em quatro pilares fundamentais: a não discriminação, o superior interesse da criança, sobrevivência e desenvolvimento, e a opinião da criança (UNICEF, 2019). Este organismo define criança como todo o ser humano com menos de 18 anos de idade, salvo quando, em conformidade com a lei aplicável à criança, a maioridade seja alcançada antes.

Atualmente, a criança é vista, quer pela sua condição humana, quer pelas suas características, como um ser frágil e vulnerável, não independente, cabendo à família a responsabilidade de promover o seu pleno desenvolvimento. A UNICEF refere que para o pleno e harmonioso desenvolvimento de sua personalidade, a criança, deve crescer no seio da família.

O maior objetivo da enfermagem pediátrica é manter a maximização da qualidade da saúde da criança e da família, através da satisfação das necessidades do binómio criança/família. (Hockenberry & Wilson, 2014). Cuidar da criança implica uma abordagem integrada centrada no seu desenvolvimento, focada no seu bem-estar, na família e na comunidade. A enfermagem pediátrica assenta em dois pilares fundamentais: os Cuidados Centrados na Família (CCF) e os Cuidados não Traumáticos (CNT). O Institute for Patient and Family Centered Care (2021) define os CCF como uma abordagem para o planeamento, prestação e avaliação de cuidados de saúde baseando-se em parcerias que são benéficas para os clientes, famílias e profissionais de saúde, apontando que, os seus conceitos centrais são a dignidade e o respeito, a partilha de informações, participação e colaboração. Este conceito assenta no pressuposto de que os profissionais, a criança e a família são parceiros na

prestação de cuidados, estabelecendo-se uma relação que tem por base o respeito, a dignidade, a colaboração e a partilha de informação (Ramos & Barbieri, 2020).

Os conceitos básicos associados aos CCF são a capacitação e o empoderamento. A capacitação tem a ver com a criação de oportunidades e meios para que todos os elementos atendam às necessidades da criança e família. O empoderamento refere-se à interação dos profissionais, de modo que a família mantenha e adquira o sentido de controlo da sua vida e reconheçam as mudanças positivas resultantes das suas forças e ações (Hockenberry & Barrera, 2014).

Além dos CCF, os CNT são fundamentais na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Os CNT são um direito abordado na convenção dos direitos da criança e na carta da criança hospitalizada. Os cuidados não traumáticos definem-se como cuidados terapêuticos prestados por profissionais, utilizando intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico, experimentado pela criança e família em qualquer situação, local ou sistema de saúde. O objetivo primordial na prestação de CNT é não causar dano à criança e assentam em três premissas que ajudam a estruturar os cuidados: evitar ou minimizar a separação da criança e da família, promover uma sensação de controle e evitar ou minimizar lesões ou dor (Hockenberry & Barrera, 2014). É de primordial importância a preparação da criança para os procedimentos dolorosos e a sua participação nos cuidados atendendo às suas necessidades de acordo com o seu desenvolvimento em qualquer situação de saúde.

Uma vez que a criança pré-escolar é o alvo da minha atenção especial faz todo o sentido abordar o desenvolvimento infantil nesta faixa etária de forma a melhor o compreender.

1.2. Desenvolvimento infantil na idade pré-escolar

Em pediatria, desenvolvimento, é definido como um processo de aquisição de competências, habilidades e comportamentos cada vez mais complexos, que resulta da interação de influências exteriores à criança, com a própria criança, congregando múltiplas potencialidades (Vale, 2008).

Figueiras et al. (2005), definem desenvolvimento infantil como um processo que vai desde a conceção, contemplando o crescimento físico, passando pela maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança e pretende torná-la

competente para responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando os seus contextos de vida.

O período do ciclo de vida compreendido entre os 3 e os 5 anos é usualmente designado por idade pré-escolar, de acordo com Whaley e Wong (1989). Ramos e Barbieri (2020) citando Rodgers (2014), defendem que esta fase do crescimento está compreendida entre os 3 e os 6 anos. Esta faixa do ciclo de vida é caracterizada pelo aperfeiçoamento das competências a nível biológico, psicossocial, cognitivo, espiritual e adaptativo, essenciais para a etapa de desenvolvimento que se segue e das exigências a ela inerentes - a entrada para a escola.

Os autores citados anteriormente defendem também que as habilidades cognitivas se desenvolvem do mesmo modo que o crescimento biológico – novas realizações são construídas sobre habilidades previamente adquiridas. Para explicar o desenvolvimento infantil nesta faixa etária existem diferentes teorias que apontam as suas características específicas. A teoria cognitiva de Piaget refere que o pré-escolar se encontra no estágio pré-operacional, cuja característica principal é o egocentrismo correspondendo à incapacidade para se colocar no lugar do outro, onde o pensamento pré-operatório é concreto e tangível, a criança não consegue raciocinar além do observável, nem tem capacidade de fazer deduções ou generalizações.

De acordo com a teoria psicosexual de Freud, a criança pré-escolar encontra-se na fase fálica. Para Freud, neste período do ciclo de vida, a criança concentra-se nas questões controvertidas dos complexos Édipo e Electra, reconhece as diferenças entre os sexos e torna-se curiosa sobre os mesmos e a genitália constitui-se uma área interessante e sensível do corpo. Erikson na sua teoria psicossocial refere que a criança dos três aos cinco anos encontra-se na etapa de iniciativa versus Culpa. De acordo com esta teoria, a criança em idade pré-escolar apresenta um comportamento vigoroso, intrusivo, de forte imaginação onde explora o mundo físico com todos os sentidos e forças, as suas atividades e imaginação são consideradas por si como inaceitáveis e geram o sentimento de culpa sendo que os adultos servem de modelos.

A teoria do julgamento Moral de Lawrence Kohlberg defende que o pré-escolar tem uma moralidade pré-convencional. Segundo o autor, a integração das noções do bem e mal, certo e errado e com associação das mesmas, as consequências das suas ações marcam esta faixa etária como sendo a determinação da bondade e maldade das ações associadas a

consequência uma das suas múltiplas características. Para Bolander (1998) citado por Moita (2015), é na idade pré-escolar que são lançados os alicerces para o desenvolvimento moral e espiritual da criança. Os conhecimentos sobre fé e religião são transmitidos pelas pessoas significativas que a rodeiam, adotando habitualmente as práticas religiosas dos pais. O desenvolvimento da consciência está intimamente ligado ao desenvolvimento espiritual e o egocentrismo, característico desta idade, faz com que a criança adote uma posição autocentrada nela própria, não conseguindo ver o mundo senão do seu ponto de vista.

O crescimento físico das crianças em idade pré-escolar apresenta igualmente algumas especificidades: diminui de ritmo face aos anos anteriores e existem necessidades nutricionais específicas, onde a criança está mais sensível a carências, aos desequilíbrios ou desadequação alimentares. A quantidade de alimentos que uma criança deve ingerir depende das necessidades energéticas e do balanço entre aquilo que perde ou elimina e o que ingere regularmente imposto pelas funções do organismo, pelo crescimento e pelo gasto de energia associado à atividade física intensa nesta faixa etária (Ramos & Barbieri, 2020).

A alimentação nesta idade inclui toda a diversidade alimentar, sendo as crianças autónomas nesta atividade. Os dentes de leite estão habitualmente presentes e aos 5 anos pode iniciar a erupção dentária permanente. Este período etário é igualmente caracterizado pela aquisição do controlo diurno e noturno de esfíncteres. Normalmente, o controlo diurno precede o noturno, bem como o controlo intestinal precede o vesical. As crianças necessitam de dormir cerca de 9 a 12 horas, todavia, algumas já deixaram de dormir durante o dia, visto que em alguns estabelecimentos escolares, o período da sesta já não está incluído nas suas rotinas (Moita, 2015).

A personalidade da criança em idade pré-escolar, constrói-se através da aquisição, com sucesso, de confiança, autonomia e iniciativa e os pais têm nesta fase uma importância fulcral na formação da criança e na aquisição/aperfeiçoamento destas competências (Whaley & Wong, 1989). A criança canaliza a sua energia para novas aprendizagens, demonstrando-as aos pais, com entusiasmo. Segundo Moita (2015), as brincadeiras nesta faixa etária, são geralmente por imitação, representando assim, a realidade que vivenciam, os papéis da vida de várias pessoas com quem se relacionam, os seus medos e fantasias. É neste marco do ciclo de vida que as crianças retêm facilmente canções novas, principalmente se estas forem acompanhadas de mímica.

O autor anteriormente referido defende que os anos pré-escolares desempenham um papel fundamental na construção da imagem corporal da criança, e esta reconhece a diferença de cor e raça e o significado de bonito ou feio. Porém, estas crianças têm ainda pouco definida a noção dos seus limites corporais e qualquer intervenção invasiva as assusta pensando pôr em risco a sua integridade e a noção de totalidade do corpo.

Quando falamos em necessidades de saúde neste período do ciclo de vida, Ramos e Barbieri (2020) defendem que devem ser encaradas como uma continuidade e reforço das intervenções desenvolvidas nos estádios anteriores, realçando as tarefas desenvolvimentais características e enfatizando os cuidados antecipatórios na abordagem da criança e da família. O pré-escolar vivencia diversos medos e stresses que advêm do modo singular como compreendem o mundo e do seu pensamento imaginário (Hockenberry & Barrera, 2014). Entre esses stresses destaco o provocado pela dor.

1.3 A dor no pré-escolar

A dor, quinto sinal vital, é definido como um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural, podendo ser percebida como presente ou subjacente às descrições das experiências de dor ou da nossa própria vivência (Batalha, 2016). Cada pessoa atribui um significado próprio à dor marcado pela particularidade e unicidade do seu ser e por isso não há dor sem significado afetivo, ou seja, sem sofrimento.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2019) define dor como:

Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.

Quando falamos em experiência de dor pediátrica é fundamental compreender que esta apresenta uma enorme variabilidade na forma como se expressa, de acordo com as especificidades de cada grupo etário estando frequentemente associados o medo e a ansiedade, fatores que dificultam não só a sua avaliação, mas também a tomada de decisão dos profissionais de saúde quanto à intervenção (OE, 2013). Segundo a Direção-Geral da

Saúde (DGS) (2010), as crianças diferem na forma como respondem a eventos dolorosos. É consensual que a ansiedade potencia a dor e a dor propicia a ansiedade, um ciclo difícil de quebrar refletindo-se na falta de cooperação, recusa e adiamentos na procura dos cuidados de saúde. A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2021) refere que as crianças e os pais/cuidadores devem ser educados para utilizarem estratégias adequadas nas intervenções antecipatórias e prevenção da dor.

A elevada ansiedade dos pais está, muitas vezes associada com o *stress* e intensidade da dor experienciada pela criança e com gravidade da dor sentida durante procedimentos dolorosos. Batalha (2010) aponta que pais preparados para apoiarem os filhos quando estes são sujeitos a procedimentos dolorosos contribuem de forma eficaz para uma menor perceção.

Hoje é consensual que se deve fazer uma gestão adequada da dor. A este respeito o Instituto de Apoio à Criança (IAC), (2006) sublinha que é fundamental intervir ativamente, quer na prevenção, quer no tratamento eficaz da dor nas crianças. A intervenção na dor da criança passa pela sua adequada avaliação e intervenção.

Para Huguet (2009) citado por Campos (2012), de acordo com estudos realizados no Canadá apontam que a avaliação por parte dos enfermeiros faz-se com maior facilidade nas crianças que verbalizam a dor e a reconhecem na escala analógicas visual e escala de faces.

Identificar a individualidade da dor na criança e a sua variabilidade, quer na perceção, quer na manifestação e nas respostas, é função dos enfermeiros. Ajudar a criança a lidar com cada situação de dor, facilitando a sua expressão e planeando intervenções individualizadas no sentido do autocontrolo.

A avaliação da dor deve ser sempre multifacetada considerando os fatores de variabilidade individual e os relacionados com o contexto da dor. A avaliação da dor pediátrica consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, considerando o tipo de dor, a idade da criança e a situação clínica. É importante que os enfermeiros, em parceria com os pais, saibam avaliar e interpretar o estado emocional da criança, de forma a intervir corretamente. A DGS (2010) refere que, apesar de existirem instrumentos para avaliar a dor nas diversas idades pediátricas e situações clínicas, não existe uma resolução universalmente aceite.

Em Portugal um estudo realizado em 2015 de acordo com Batalha (2016) revelou que a história de dor pediátrica registada nos processos clínicos era de 397 (47,8%), sendo que em 373 (94,0%) foi obtida nas primeiras 24 horas de internamento da criança. O enfermeiro identificou a técnica não farmacológica preferida da criança em 124 (31,2%) dos casos. A prevalência de avaliação da intensidade da dor foi de 297 (35,8%) e a adequação da escolha da escala de dor em função da idade da criança foi considerada correta em apenas 359 (59,3%) das situações (Batalha et al., 2014).

A avaliação correta da dor permite identificar e reconhecer a criança com dor, padronizar a linguagem dentro da equipa de saúde dando ferramentas para a tomada de decisões homogéneas, adaptar de forma personalizada o seu controlo e avaliar a eficácia das intervenções e sua correção em tempo útil (DGS, 2010). Na avaliação da dor há variáveis a ter em consideração, tais como a localização e a intensidade.

A avaliação da intensidade da dor deve ser feita de forma regular e sistemática a todas as crianças, desde o primeiro contato. De acordo com a idade, são recomendadas a utilização de diversos instrumentos, sendo que na faixa etária dos 3 aos 5 anos está preconizado a utilização da escala de FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*), FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*) válida a partir dos 4 anos e a Escala de faces de Wong-Baker, utilizada a partir dos 3 anos (DGS, 2010).

O pré-escolar tem medo da aniquilação por recear perder parte do seu corpo em consequência duma lesão, por pequena que esta seja. A reação à dor na criança em idade pré-escolar vai-se modificando ao longo da faixa etária. As crianças mais pequenas reagem com fuga do estímulo doloroso, empurram a pessoa ou agarram o equipamento ou escondem-se. A criança mais crescida, face à experiência dolorosa verbaliza o seu desagrado, grita ou suplica e, por vezes tenta negociar com o enfermeiro ou com os pais Silva et al. (s/d).

Cabe ao EESIP avaliar e adequar a sua intervenção às características da criança e família que recorrem aos cuidados de saúde de forma a prevenir e aliviar a dor. O sucesso da estratégia de intervenção depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes. É importante realçar que o controlo da dor é um direito que assiste a todos os indivíduos e atinge o seu máximo nas crianças, seres indefesos a quem queremos poupar todo e qualquer sofrimento, e para os enfermeiros o controlo da dor assume-se como um dever e um indicador de boa prática (OE, 2013). Cuidar da criança com dor exige, para além

de um conhecimento dos fármacos analgésicos existentes, uma consciência profunda da utilização de terapias não farmacológicas no alívio da dor, e o EESIP pode responder ao fenómeno de dor na sua componente fisiológica, atendendo à forma como esta afeta os valores e as crenças das crianças e das suas famílias.

1.4 Intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança em idade pré-escolar

Os cuidados de enfermagem pediátricos centram-se na necessidade de preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família. É o EESIP que possui mais competências para gerir diferenciadamente a dor e o bem-estar da criança, otimiza as respostas, recorrendo às medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor. De acordo com a OE (2013) compete aos “enfermeiros especialistas a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (p. 9).

O recurso a intervenções não farmacológicas permite a prestação de cuidados não traumáticos, pilar fundamental dos cuidados pediátricos, sendo um importante recurso para o alívio da dor de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas (OE, 2013); define as medidas não farmacológicas na gestão da dor como “...intervenções de carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento dos analgésicos” (2013, p13). Estas, aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e da família. A importância da utilização destas intervenções tem a ver com o facto de elas modificarem o significado da dor, permitindo uma reestruturação cognitiva, direccionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor. Desta forma, torna-se importante abordar as diversas intervenções existentes e a sua importância na prevenção e tratamento na dor pediátrica.

A seleção das medidas não farmacológicas na gestão da dor da criança “deve ter em consideração o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, bem como o contexto envolvente e a situação específica” (OE, 2013, p13) e, ainda com os recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências e habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de *coping*, do tipo de dor, do

contexto e das suas características. Assim, conforme o nível em que se processa a modulação do estímulo doloroso, as estratégias não farmacológicas podem classificar-se: em comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas, suporte emocional e ambientais. A OE (2013) destaca, ainda, como princípios orientadores uma abordagem individualizada e integrando os pais no processo de decisão, para implementar um esquema de intervenção de acordo com as especificidades da criança e família.

As estratégias comportamentais têm a ver com o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor (por exemplo, o relaxamento); as cognitivas utilizam métodos mentais para lidar com a dor (por exemplo, a informação prévia); as cognitivo-comportamentais mobilizam estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, que modificam a perceção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar (por exemplo, a distração e a imaginação guiada); as físicas ou periféricas permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular. (por exemplo, a aplicação de calor superficial seco ou húmido, o frio, o toque/massagem superficial, o posicionamento ou a Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea); o suporte emocional implica a presença de alguém significativo que proporciona conforto e as ambientais diz respeito à melhoria das condições ambientais, nomeadamente no que diz respeito à luz, ao ruído, à temperatura e à decoração OE (2013). Todas estas intervenções poderão ser utilizadas na criança pré-escolar.

Nas intervenções comportamentais na idade pré-escolar deve recorrer-se à distração comportamental promovendo a realização de exercícios, como atividades físicas antes dos procedimentos dolorosos; deixa a criança menos preocupada e relaxada e, conseqüentemente, o nível de ansiedade e de medo é francamente reduzido. O relaxamento muscular é uma estratégia importante que ajuda preparar a criança para uma situação de *stress* nos eventos dolorosos, contribuindo para o controlo da ansiedade, medo, dor e melhoria do humor, aumentando o envolvimento noutras atividades (OE, 2013).

As intervenções cognitivas, nas crianças em idade pré-escolar, destacam-se o fornecimento de informação antecipatória - informação sobre os procedimentos a realizar, adequada à idade da criança, coincidindo com o momento em que é realizado o procedimento, explicando à criança suas etapas e/ou sensações por ele evocadas, através de desenhos, vídeos ou manipulação do equipamento, de forma a reduzir a sua ansiedade e medo e aumentar o seu autocontrolo. A OE (2013) destaca a distração como intervenção não

farmacológica adequada às crianças em idade pré-escolar. Esta técnica direciona a atenção para situações não relacionadas com o procedimento doloroso, as crianças podem ser distraídas com leitura, música, vídeos de ação ou televisão, exercícios de respiração, em simultâneo à realização do procedimento. Ressalva-se, ainda, nas intervenções cognitivas a utilização do reforço positivo, técnica que promove o elogio da criança ou recompensa após procedimentos dolorosos, quando utilizou estratégias positivas para o alívio da dor. Na imaginação guiada a OE (2013) destaca esta técnica para obter uma sensação de bem-estar e relaxamento através da indução de um estado de concentração, intensificado numa ideia ou imagem particular. A simulação ou modelação permite a demonstração e/ou simulação do procedimento por outra criança ou adulto, demonstrando comportamentos de confronto positivo da situação, permite informar a criança acerca do procedimento e sugerir comportamentos que a ajudem a lidar com a dor e a ansiedade.

Relativamente às intervenções cognitivo-comportamentais, intervenções que combinam pelo menos uma intervenção cognitiva e uma comportamental, a OE (2013) defende que:

estas intervenções visam modificar os processos cognitivos da criança de forma a atenuar a sua perceção de dor, com base no pressuposto de que as cognições ou avaliações da pessoa acerca de determinados eventos ou situações influenciam o modo como ela sente e percebe tais procedimentos.

Os métodos físicos são também estratégias fundamentais no controlo da dor na criança. Destacam-se a aplicação de calor na zona dolorosa através de compressas, hidroterapia, bolsas térmicas que promovem a circulação sanguínea e o efeito analgésico associado à ativação do sistema supressor da dor e relaxamento muscular; a aplicação de frio diminui a circulação sanguínea e atua de forma anti-inflamatória favorecendo o alívio da dor e redução do edema; a massagem provoca a estimulação cutânea e permite alívio da dor através de relaxamento e distração ativando mecanismos inibitórios da dor. Por fim, o posicionamento, intervenção que visa a alternância de decúbitos tem como finalidade a promoção do conforto e o alívio da dor.

A utilização das estratégias anteriormente descritas deve constituir-se como um recurso primordial na prestação de cuidados à criança rumo à prevenção, controlo da dor e humanização dos cuidados. Existem ainda outras estratégias relatadas como eficazes no

alívio da dor pediátrica que abordarei a seguir, nomeadamente a importância da utilização da música e os seus benefícios na gestão da dor na criança.

1.4.1 A utilização da música na gestão da dor na criança

O recurso à música como intervenção terapêutica está enquadrada dentro das estratégias cognitivas. A musicoterapia remota aos primórdios da história da enfermagem. De acordo com Franzoi (2015), *Florence Nightingale* em 1859 foi a primeira enfermeira a referenciar a música como um cuidado em saúde realçando os instrumentos de sopro, de corda e a voz humana com efeito reconfortante e tranquilizador, enquanto os instrumentos que não produzem som contínuo ou utilizados com intensidade muito alta podem causar agitação.

Efetivamente, ao longo das décadas o uso da música ganhou destaque e Franzoi (2015) defende que foram as enfermeiras norte-americanas *Isa Maud Ilse* e *Harriet Ayer Seymour* no cuidado aos feridos da guerra as precursoras no ensino, na investigação e uso da Musicoterapia. A autora destaca que a utilização da música como intervenção terapêutica na área da enfermagem, por vezes, tem sido denominada de musicoterapia não sendo a melhor nomenclatura utilizada, visto atualmente existirem profissionais com formação diferenciada para utilizar a música na prevenção, reabilitação e/ou tratamento de um indivíduo ou grupo de indivíduos.

Numa breve abordagem sobre os benefícios da música no controlo da dor na criança, a OE (2013) defende que a música é uma técnica que ajuda não só a diminuir o *stress*, mas induz ao relaxamento, ativa a produção de endorfinas endógenas, permitindo a fuga para um universo sem dor ao abrigo da imaginação.

De acordo com Oliveira et al. (2014), a música é um recurso terapêutico de baixo custo, não-farmacológico nem invasivo e produz conforto, promove o desenvolvimento da criança e proporciona relaxamento e distração. Santa (2021) acrescenta que a música é uma intervenção terapêutica, atende às necessidades psicológicas, físicas, sociais e espirituais e cita Dobek (2014), que no seu estudo sobre modulação musical da percepção da dor e da atividade relacionada à dor no cérebro constatou que as emoções produzidas pela música afetam a atividade neural no tronco encefálico e na medula espinhal onde a dor experienciada foi significativamente menor quando a música e os estímulos dolorosos foram vivenciados em simultâneo comparativamente sem aplicação da música.

De entre os diversos benefícios da música, enquanto intervenção no cuidado, Silva (2016) destaca o fortalecimento dos vínculos entre a criança e a família e o alívio da dor proporcionando um cuidado individualizado e humanizado. Brazoloto (2021) reforça que esta intervenção não farmacológica incentiva a fantasia e o relaxamento através da música e a sua escolha deve adequar-se à idade da criança, à sua condição de saúde e ao seu estado mental e físico. Segundo Carvalho (2016) citando Blood & Zatorre (2001), a música promove experiências de bem-estar nos ambientes clínicos contribuindo para o alívio da dor e a promoção da saúde.

Bradshaw et al. (2011) citando Carvalho (2016), acrescentam que a música pode interferir com a transmissão de sinais nociceptivos, ao nível da medula espinhal, mesmo antes de estes chegarem ao cérebro e que embora o gosto musical seja subjetivo, existem características musicais comuns, por exemplo, a maioria das pessoas percebem melodias consonantes (harmonias ou acordes) como agradáveis e melodias dissonantes como desagradáveis. O mesmo autor concluiu através dos seus estudos que a música pode ter um impacto positivo na criança entre os 3 e os 11 anos quando submetidas à colocação de cateteres intravenosos. A música é um recurso que faz parte da panóplia das intervenções de enfermagem promovendo o cuidado biopsicossocial, espiritual e a relação do enfermeiro com o cliente devido à sua ação integrativa (Cardoso et al., 2016). O autor cita Bergold et al. (2006), alertando para a importância de sensibilizar os enfermeiros na utilização da música na prática do cuidar.

O Regulamento nº 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do EESIP estabelecido pela OE (2018), no seu segundo descritivo referencia que o EESIP “mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapia”; para tal “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” através da aplicação de “conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem”, garantindo “a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” e a aplicação de “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (p. 19193).

1.5 Teoria do conforto de Katharine Kolcaba

A arte de cuidar em enfermagem tem a sua essência no conceito de conforto, com raiz no latim – *confortus-confortare* e significa dar força, consolo e apoio na dor. Este conceito é considerado como uma dimensão ou uma componente de processos, de experiências e de conceitos dinâmicos (Siefert, 2002 citado por Apóstolo, 2009). A CIPE (2019) define conforto como “Status: sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.” (p. 45).

O conforto do utente é, sem dúvida uma preocupação dos enfermeiros. Para (Kolcaba, 2003 citado por Apóstolo, 2012), a promoção do conforto é reconhecida como um resultado de um cuidado holístico que diz respeito às respostas da pessoa como um todo. A teoria de médio alcance de Katharine Kolcaba, (1994) define conforto como “a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de stresse”.

O alívio, a tranquilidade e transcendência, são os pilares da teoria de Kolcaba. O alívio é definido como o estado em que uma necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; tranquilidade, é o estado de satisfação necessário para um desempenho eficiente; a transcendência é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear o seu destino e resolver os seus problemas, denominado também por estado de renovação (Apóstolo, 2012).

Os estados de conforto acima descritos aplicam-se em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. O contexto físico diz respeito às sensações corporais; o contexto sociocultural às relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto “psicoespiritual” à consciência de si, incluindo a autoestima e o autoconceito, a sexualidade e o sentido de vida, podendo também envolver uma relação com uma ordem ou ser superior e o contexto ambiental envolve aspetos como a luz, barulho, equipamento (mobiliário), cor e elementos naturais ou artificiais do meio (Kolcaba, 1991; 2003 citado por Apóstolo, 2012).

Esta teoria promove o conforto e garante a satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência, e tem um grande campo de aplicabilidade na saúde infantil e pediátrica. No contexto da pediatria, as questões relacionadas com o conforto da criança e da família, nomeadamente com alívio da dor, têm sido uma preocupação, levando a um aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O estágio teve início em novembro de 2022 e terminou em maio de 2023, e foi realizado em diferentes contextos: Serviço de Internamento de Pediatria; Serviço de Atendimento Permanente Pediátrico; Centro de Desenvolvimento da Criança; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos e Unidade de Cuidados de Saúde Primários. A seleção dos locais de estágio teve por base as exigências da OE, a problemática em estudo e os objetivos definidos a fim de darem resposta às minhas necessidades de aprendizagem em cuidados de saúde infantil e pediátrica e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESIP. Assim, defini como objetivos gerais do estágio: 1) desenvolver competências do enfermeiro especialista na área em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, na prestação de cuidados à crianças em diferentes fases do desenvolvimento, nas várias diversas situações de saúde, culturas e à família; 2) Desenvolver competências na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica com especial atenção na intervenção da música no alívio da dor na criança em idade pré-escolar e sua família.

Como objetivos específicos: conhecer a dinâmica nos contextos clínicos na sua vertente estrutural, funcional e organizacional, na área da saúde infantil; adquirir competências em liderança e gestão de cuidados e recursos numa unidade de cuidados/serviço; prestar cuidados de enfermagem especializados à criança em situação de saúde e/ou de doença aguda e crónica, nas diferentes fases do desenvolvimento; aprofundar conhecimentos sobre as intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança em idade pré-escolar; observar como os EEESIP utilizam, na prática, a música no controlo da dor na criança em idade pré-escolar; desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados à criança e família nos vários contextos de estágio.

Para cada local de estágio foram definidos objetivos e planeadas atividades que permitissem o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESIP (Apêndices A, C, E, F, G e H).

2.1. Serviço de Internamento de Pediatria

A primeira experiência foi realizada no Serviço de Pediatria no Hospital Central, que recebe crianças/jovens com idades compreendidas entre os 0 e 18 anos, com necessidade de internamento hospitalar, em unidade de medicina, patologias de diversas especialidades médicas: pediatria geral, hematologia, neurologia, doenças metabólicas, endocrinologia e nefrologia e em unidade de cirurgia quando portadoras de patologias do foro cirúrgico. Esta unidade compreende o hospital de dia de pediatria e hospital de dia de hemato-oncologia para crianças/jovens e famílias que necessitam de cuidados durante algumas horas.

O serviço reúne condições para prestar cuidados diferenciados a todas as crianças e família. O espaço físico é constituído por 12 quartos com casa de banho, 11 triplos com três camas e 1 com quatro berços podendo ser adaptados consoante o número de crianças em internamento e de acordo com a idade e os cuidados. A unidade dispõe de uma sala de atividades, sala de trabalho de enfermagem, gabinete da enfermeira chefe, gabinete de enfermagem, copa de leite, sanitários para famílias, para profissionais, sala de tratamentos, arrecadação de material, rouparia, uma sala com diversos cadeirões para o hospital de dia de pediatria e duas áreas com três salas para o hospital de dia de hemato-oncologia.

A unidade contém equipamento adequado a todas as faixas etárias: aparelhos de monitorização de pressão sanguínea e um carro de urgência. A sala de atividades conta com a presença diária de duas educadoras, bem apetrechada com material lúdico (livros, jogos, puzzles), decorações apelativas, televisão, computadores, *playstation* sendo o local predileto das crianças e adolescentes para brincar.

A Equipa de Enfermagem é constituída por 31 enfermeiros, dos quais 14 são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e 3 especialista em Enfermagem de Reabilitação. O método de trabalho é por distribuição individual e em cada turno são atribuídas as crianças/jovens internados aos enfermeiros mantendo-se responsáveis pelas mesmas crianças e famílias. Os registos de enfermagem são realizados em papel e em sistema informático atendendo a todo o processo de enfermagem e a passagem de turno é realizada numa sala com a presença de todos os enfermeiros do turno proporcionando a discussão de casos clínicos.

Após uma breve referência à estrutura e funcionamento do serviço focar-me-ei na descrição e análise dos objetivos específicos que nortearam a minha experiência neste contexto de estágio, que decorreu em dois espaços temporais contemplando a minha

experiência numa unidade de internamento medicina e, posteriormente, numa unidade de cirurgia no mesmo serviço de pediatria. No apêndice A, apresento um quadro com os objetivos gerais, específicos, atividades planeadas e recursos mobilizados para este primeiro estágio.

Para todos os locais de estágio delinieie o objetivo específico conhecer a estrutura, dinâmica do serviço e filosofia subjacente aos cuidados. Uma vez que exerço funções num serviço de internamento de adultos, tornou-se primordial compreender a dinâmica de um serviço de internamento infantil de modo a ser capaz de prestar cuidados à criança e família em segurança. A consulta de protocolos do serviço, manuais e normas foi uma estratégia adotada para alcançar o objetivo delineado e progredir na aquisição de competências enquanto EESIP. Para alcançar este objetivo, fiz uma visita guiada, consultei protocolos e normas de serviço. Foi minha preocupação reunir com a enfermeira de referência, minha orientadora, para conhecer o quadro teórico subjacente aos cuidados de enfermagem.

Neste serviço, pude constatar que se desenvolve um trabalho em equipa multidisciplinar, enfermeiros, médicos, psicólogos e educadores de infância.

A equipa multidisciplinar do Serviço de Pediatria articula-se entre si de forma exímia para privilegiar os cuidados de excelência às crianças/jovens e famílias no atendimento das suas necessidades de cuidados, tendo como pilar – os cuidados centrados na família, o que me permitiu, através das estratégias adotadas, a aquisição de conhecimentos e habilidades, enquanto EESIP. Neste local de estágio participei na discussão de casos onde se planeavam intervenções a fim de responder à satisfação das necessidades das crianças e das famílias.

Ao longo deste estágio colaborarei e prestei cuidados a várias crianças e famílias em situações de doença procurando promover a melhoria do seu estado de saúde, o crescimento e desenvolvimento, de acordo com o que a OE (2010) preconiza para o EESIP: devendo adotar uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil; associar o seu conhecimento ao perfil de desenvolvimento da criança utilizando um instrumento de avaliação de desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização.

Mais se refere que todas as crianças devem ser submetidas a rastreio para identificar precocemente atrasos de ritmo ou incapacidades de desenvolvimento para receberem tratamentos rápidos e adequados de forma a minimizar os prejuízos para a criança e família e os custos na saúde, favorecendo a sua qualidade de vida.

No desenvolvimento das atividades neste estágio foi meu objetivo fundamental, desenvolver competências de comunicação com a criança de diferentes idades e família atendendo às suas especificidades. Cuidar da criança de forma isolada, sem olhar ao seu todo e à sua família, não vai de encontro aquilo que os cuidados pediátricos preconizam. Farrel (1994) citado por Silva (2015), defende que o Enfermeiro deve prestar cuidados especializados de enfermagem em vários momentos do internamento da criança, estabelecer estratégias de apoio permitindo o envolvimento dos membros da família nos cuidados, desenvolver um plano de intervenção e ensinamentos, partilhando técnicas e conhecimentos e valorizar as capacidades da família para cuidar da criança doente. Assim, foi possível treinar estas habilidades para o ganho de competências como EESIP.

O familiar que acompanha a criança no hospital deve ser alvo de atenção pelos profissionais de saúde, pois também ele é o centro dos cuidados. De acordo com Costa et al. (2019), uma boa comunicação entre o familiar e o enfermeiro favorece a aceitação e o envolvimento no processo de doença da criança, sendo que pais mentalmente equilibrados influenciam positivamente a adaptação da criança à hospitalização.

É imprescindível compreender que a hospitalização constitui um processo que provoca mudanças na dinâmica familiar. Para Darbyshire, (1993) & Jorge, (2004) citando Lopes (2012), a rutura no estilo de vida habitual implica uma nova reorganização das suas atividades uma vez que implica deslocações frequentes, aumento das despesas, faltas ao trabalho e ausência do lar. Por outro lado, constitui uma situação geradora de stress, de sentimentos de angústia, impotência, preocupação e incerteza, capaz de afetar o desempenho do papel parental.

Para o autor, anteriormente referido, o sucesso da resposta dos pais à hospitalização, bem como a sua capacidade para enfrentar a situação é amplamente influenciada pelo trabalho do enfermeiro que deve desenvolver um papel ativo e interventivo, quer com a criança, quer com a família, uma vez que é o profissional que mais de perto os acompanha. É indispensável que os enfermeiros reconheçam a família como parceiros e como alvo da sua atenção, desenvolvendo uma relação de ajuda, com benefícios crescentes para a adequação do papel parental e, conseqüentemente, para a adaptação da criança doente e hospitalizada. Durante a minha prática clínica, realizei um estudo de caso sobre um latente de um mês de idade com infeção do trato urinário, patologia frequente em idade pediátrica (Apêndice B).

Num segundo momento temporal, fiz o estágio na unidade de cirurgia no mesmo serviço de pediatria. Neste local, aprofundei conhecimentos e prestei cuidados especializados às crianças e famílias enriquecendo competências previamente desenvolvidas, como se pode verificar no quadro (Apêndice C).

Tive a oportunidade de prestar cuidados a crianças nas situações de especial complexidade, algumas inseridas em famílias de contextos sociais adversos e com necessidade de mobilizar recursos da comunidade, como por exemplo: a escola e assistente social da área de residência, permitindo igualmente desenvolver competências específicas e, pela avaliação efetuada, observar a eficácia da aplicação das mesmas.

Neste estágio procurei desenvolver competências na parceria de cuidados com a família, demonstrando receios e medos pela situação de doença pelo qual o seu filho estava a passar. Procurei transmitir tranquilidade, esclarecer as dúvidas e mostrar a importância do seu papel no processo de recuperação de saúde do filho.

Enquanto agente facilitador do processo de transição, o EESIP encontra-se numa posição privilegiada para com a criança e família prestando cuidados de proximidade e de excelência, promovendo uma relação de parceria de cuidados, cuja intervenção deve ser centrada na família. Desta forma, o enfermeiro apoia constantemente os pais e a criança na sua adaptação a novas realidades da doença, enfrentando os seus desafios. De acordo com a OE (2015b), a doença é um fator desfavorável ao desenvolvimento da criança e a família e influencia positivamente o seu estado emocional. Daí, a importância da presença dos pais/família e no acompanhamento da criança durante o internamento.

Ao EESIP compete incentivar a parentalidade durante a hospitalização indo de encontro às suas competências específicas, descritas pela OE (2015B): assistir a criança e o jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança, jovem e família nas situações de elevada complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem.

Nesta experiência clínica tive oportunidade de prestar cuidados a várias crianças com patologias do foro cirúrgico e famílias, fazer o acolhimento de crianças vindas do bloco operatório de acordo com o protocolo em vigor no serviço. Brázio (2014) defende que as crianças com idade superior a seis anos devem passar por um processo de preparação pré-operatória cerca de uma semana antes da cirurgia planeada, de forma a conhecer algumas particularidades e desmistificar pré-conceitos. Os programas de preparação pré-operatória

existentes nos hospitais procuram dar a conhecer aos pais e às crianças os espaços do serviço hospitalar pelo qual vão passar, assim como os recursos humanos, recursos materiais, regras e rotinas a que estarão sujeitos (Brázio, 2014; Diogo et al., 2016). No entanto, nem todas as cirurgias são eletivas, pelo que a sua preparação não acontece sempre do mesmo modo (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

O tempo para processar e assimilar a informação sobre a preparação cirúrgica é menor, pois as emoções impedem, muitas vezes, as crianças e os pais de assimilar e interpretar com lucidez o conhecimento transmitido. Ainda assim, ambas as partes devem ser informadas previamente sobre a cirurgia e os procedimentos a implementar sequencialmente, de forma que se sintam esclarecidos.

De acordo com a Equipa de Auto-avaliação (2021) do Gabinete de Qualidade, a assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato concentra-se em intervenções destinadas a prevenir, detetar ou tratar complicações que possam surgir como consequência da intervenção cirúrgica ou da anestesia. Por menor que seja a cirurgia, o risco de complicações estará sempre presente. A cirurgia altera a homeostase do organismo, alterando o equilíbrio hidroelectrolítico, os sinais vitais e a temperatura corporal. Desta forma, os cuidados de enfermagem à criança no pós-operatório são direccionados no sentido de alcançar o equilíbrio homeostático.

A criança, depois da cirurgia fica em vigilância no recobro, onde permanecerá até recuperar a consciência e estar hemodinamicamente estável, sendo mais tarde transferida para o serviço. O enfermeiro do Serviço de Pediatria recebe informação através do enfermeiro do recobro do estado geral da criança, analgesia efetuada, complicações existentes durante a intervenção cirúrgica e evolução no recobro, presença de drenos, sondas e medicação que tem em curso e acompanham a criança/familiar no regresso à enfermaria.

As intervenções de enfermagem no pós-operatório imediato concentram-se em avaliar os sinais vitais uma vez por turno ou de acordo com o estado da criança/protocolo do serviço; observar características do penso; vigiar soros e perfusões; orientar para o repouso, de acordo com a intervenção cirúrgica; vigiar náuseas e vômitos e suas características e validar com o cirurgião pediátrico a necessidade de colocar SNG; oferecer dieta líquida progressiva a geral segundo indicação médica; vigiar eliminação vesical e intestinal

Se a criança foi submetida a cirurgia minor orientar e supervisionar o levante precoce e progressivo de acordo com o estado da criança; se cirurgia major fazer levante

apenas quando prescrito e será sempre necessária a colocação de meias elásticas nas crianças acima dos 50 kg e com fatores de risco associados (Equipa de Auto-avaliação, 2021).

Neste estágio clínico tive oportunidade de prestar cuidados a crianças submetidas a apendicectomia e famílias e trabalhei um caso (Apêndice D), dado ser uma patologia frequente em idade pediátrica, com incidência e prevalência que considero significativa.

O período de estágio no serviço de internamento de pediatria permitiu-me vivenciar diversas situações de cuidados, que culminou no desenvolvimento de competências de EESIP, para prestar cuidados de excelência à criança/jovem e família internados com vista a um desenvolvimento e crescimento saudável.

2.2. Serviço de Atendimento Permanente Pediátrico

A segunda experiência de estágio decorreu no Serviço de Atendimento Permanente (SAP) Pediátrico, num Hospital da Madeira, considerado referência de cuidados de saúde em toda a região e na área do turismo de saúde, com uma forte aposta na inovação tecnológica e em recursos humanos de excelência, focados no bem-estar, no conforto e sobretudo na segurança. Situado no 1º andar de um Hospital da Madeira, funciona desde 30 de maio de 2019 e estrutura compreende um 1 gabinete médico, uma sala de observação (SO) e áreas de apoio aos pais, funcionando todos os dias da semana no horário das 9h às 23h, e aos sábados e domingos das 9h às 17h. Este serviço tem como missão prestar cuidados de saúde a crianças dos 0 anos aos 18 anos – 1 dia e oferecer aos pais uma alternativa em situações de doença aguda urgente, que impliquem mais cuidados. Estruturalmente, o SAP Pediátrico reúne boas condições para responder às necessidades das crianças e dos pais a nível de cuidados de saúde.

O SAP Pediátrico prima pela multidisciplinariedade e pelo trabalho em equipa, na sua constituição, inclui 5 EESIP, 1 Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, 7 enfermeiros generalistas, 10 pediatras, 4 assistentes operacionais e 7 administrativos. Por turno a equipa é constituída por 2 enfermeiros, 1 pediatra, 1 assistente operacional e 2 administrativos. O serviço articula-se com as demais unidades quando assim é necessário tais como: laboratório de análises clínicas, raio-x e TAC.

Quando uma criança e família recorrem ao SAP Pediátrico iniciam o seu processo de acolhimento na receção, feito por um administrativo e após aguardam a consulta médica. Se ocorrer uma situação com necessidade de cuidados urgentes como por exemplo: criança

apresenta febre alta ou vômitos frequentes o administrativo contata de imediato o enfermeiro para intervir. Iniciado o processo de acolhimento e após consulta médica o hospital possui um sistema informatizado que permite ao enfermeiro observar a criança, ou a outros técnicos para exames complementares de diagnóstico. Se a criança necessita de fazer terapêutica, o enfermeiro assume os cuidados à criança e família.

No desenvolvimento e ganho de competências, enquanto futura mestre em ESIP, elaborei também um quadro com os objetivos gerais, específicos, atividades planeadas e recursos mobilizados para este estágio (Apêndice E).

Para concretizar o primeiro objetivo neste estágio, conhecer a estrutura e dinâmica do serviço, recorri à consulta de normas, manuais e procedimentos do serviço e a entrevista aos enfermeiros, permitindo uma rápida adaptação ao espaço físico e compreensão do circuito, desde o acolhimento à alta da criança e sua família.

Neste estágio especializado colaborarei com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança/jovem e família em situações urgentes, acompanhando a enfermeira de referência nos cuidados e refletindo posteriormente a prática clínica.

Sendo este estágio desenvolvido num serviço em que a criança e família estão em situação de urgência ou internamento hospitalar de curta duração, procurei aprofundar conhecimentos através de revisão de literatura e reflexão da prática clínica, sobre o papel do enfermeiro e a sua intervenção nos cuidados de enfermagem à criança e família neste contexto de saúde.

Tacsi et al. (2004) citado por Henriques (2015), defende que a assistência à criança e a intervenção de enfermagem passa pela admissão e avaliação, planeamento e atuação, exigindo conhecimento, competência (técnica e tecnológica), habilidade e agilidade, tomada de decisões e trabalho de equipa, manifestando segurança, calma, empatia e racionalidade, para atender à criança e a família em situação de emergência. Neste sentido, o enfermeiro especialista identifica situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, presta cuidados de enfermagem adequados à situação, mobiliza conhecimentos e habilidades para identificação de focos de instabilidade e resposta antecipatória, bem como demonstra conhecimentos em suporte avançado de vida pediátrico.

Neste percurso de ganho de competências, procurei ainda neste estágio especializado desenvolver aptidões para cuidar das necessidades emocionais da criança e família, como facilitar a gestão da ansiedade, do medo e da insegurança, através da

observação e colaboração na prestação de cuidados em situação de internamento em urgências pediátricas.

Passos (2018) salienta que compete aos EESIP e como futura EESIP, criar condições para facilitar a gestão de emoções das crianças/famílias e moderar os relacionamentos terapêuticos promovendo um ambiente de confiança e segurança, empoderar as crianças e famílias, regular e ajustar as nossas próprias emoções para o cuidar terapêutico. Os enfermeiros assumem um papel preponderante, tanto ao nível de uma intervenção adequada junto da criança, como no apoio, educação e supervisão dos pais fomentando a autonomia, a responsabilidade e confiança inerentes ao seu papel parental (Zeferino & Nunes, 2011).

Os enfermeiros especialistas em pediatria possuem competências inerentes à sua formação, bem como a nível da comunicação e negociação, partilhando experiências e conhecimentos, se a família ou a criança o desejarem. Durante a realização do estágio no SAP Pediátrico pude constatar que um dos motivos mais comuns de acesso à urgência é a febre. Daí, ter abordado no relatório de progresso, neste estágio, os cuidados à criança com febre e família.

Nas atividades desenvolvidas observei que os EESIP utilizam a música em muitas das suas intervenções, nomeadamente nos procedimentos dolorosos, por exemplo, nos cateterismos de veias periféricas e colheita de análises. Prestei cuidados às crianças de diversas idades, mas sobretudo a crianças em idade pré-escolar, utilizando a música como estratégia não farmacológica no controlo da dor. Pude, ainda, como a música, em algumas crianças, transmitir tranquilidade e em alguns casos atuava como distração no momento do procedimento doloroso.

Desta forma, através do meu estágio no SAP Pediátrico foi possível desenvolver conhecimentos, competências específicas e prestar cuidados de enfermagem baseados na evidência científica, às crianças em situação de internamento hospitalar em Urgências Pediátricas e compreender o seu impacto. Em suma, consegui consolidar conhecimentos que me permitiram o desenvolvimento de competências específicas de EESIP e de Mestre para a prestação cuidados à criança com doença aguda.

2.3. Centro de Desenvolvimento da Criança

A terceira experiência de estágio decorreu num Centro de Desenvolvimento da Criança na ilha da Madeira. A intervenção precoce, centrada na criança e na família, abrange um conjunto de medidas de apoio de natureza preventiva e reabilitação, particularmente eficaz nas crianças que apresentam fatores de risco, com melhoria significativa da evolução e diminuição dos comportamentos de risco. Na perspetiva de Correio (2020), a precocidade do início da intervenção é diretamente proporcional à maximização dos resultados e diminuição do tempo de terapêutica.

O Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), fica localizado no 2º andar do edifício destinado a uma Unidade de Cuidados de Saúde Primários a funcionar desde junho de 2021. Neste espaço existem gabinetes e áreas de apoio aos pais, disponíveis de segunda a sexta-feira no horário das 8h às 20h. As consultas médicas e de enfermagem são agendadas entre as 8h e as 15h e as restantes horas destinam-se às terapias.

O acesso faz-se por elevador e escadas; existem gabinetes que servem a diversos profissionais de saúde e assistentes técnicos com valências internas e externas: preparação para o parto, psicoprofilaxia, terapia ocupacional, psicologia, nutrição, biblioteca e o gabinete do Enfermeiro Chefe do Centro de Saúde. É de salientar a existência de uma sala destinada a situações de urgência, equipada com todos os recursos necessários à monitorização e estabilização das crianças e/ou, eventualmente adultos. Os gabinetes e corredores encontram-se bem decorados e atrativos com desenhos alusivos às crianças e aos pais.

Os recursos humanos dão resposta às necessidades das crianças e famílias, embora se encontre algumas em lista de espera. O CDC é o único serviço público existente na Região Autónoma da Madeira. Todas as crianças que necessitem de vigilância e intervenções ao nível do desenvolvimento infantil, após referenciação, são encaminhadas para este serviço. Em 2021 foram realizadas 1385 consultas de enfermagem e até novembro de 2022 foram executadas 1213. Foi possível perceber, por observação e por entrevista aos colegas, que as crianças e famílias são em grande número.

A equipa do CDC é constituída por 2 EESIP (sendo que o segundo só atua na ausência do primeiro); 5 pediatras, 3 educadoras do ensino especial; 2 psicólogas; 6 terapeutas ocupacionais; 9 terapeutas da fala; 4 assistentes técnicas; 4 fisioterapeutas e 1 assistente operacional. O centro trabalha em proximidade com o serviço de Medicina Física

e de Reabilitação, constituído por médicos e terapeutas próprias, com necessidade de referenciação mútua.

No sentido do desenvolvimento de competências, enquanto futura mestre em EESIP, defini objetivos gerais e específicos para este estágio como se pode verificar no (Apêndice F).

No início deste estágio procurei conhecer a dinâmica organizacional e estrutural do serviço, através da consulta e leitura de manuais, normas do serviço e entrevista informal à enfermeira de referência. Foi muito importante ter acompanhado a enfermeira de referência nas diversas consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil a crianças com atrasos no desenvolvimento, aproveitando todas as oportunidades de interação com as mesmas e a família e colaborar na avaliação do desenvolvimento, através da aplicação da Escala *Growing Skills*.

Proporcionar à criança oportunidades para um desenvolvimento adequado é o mais importante que se pode oferecer. Acompanhar o desenvolvimento da criança nos dois primeiros anos de vida é fundamental, pois é na etapa da vida extrauterina que o tecido nervoso se desenvolve, estando sujeito a alterações. Devido à sua plasticidade, é ainda nesta etapa, que a criança tem respostas mais eficazes às terapias e aos estímulos que recebe do meio ambiente. Este período exige do profissional de saúde, da família e da comunidade uma vigilância rigorosa sobre o desenvolvimento das crianças (Figueiras et al., 2005).

Neste estágio colaborei nas consultas de seguimento a crianças com patologias várias: perturbações da fala, atraso do crescimento e desenvolvimento, entre outras. Fiz revisão de literatura sobre algumas dessas patologias, a fim aprofundar conhecimentos e poder dar um contributo mais rico, não só às crianças, mas também às famílias.

Pude constatar a qualidade dos cuidados prestados pelo EESIP a estas crianças e suas famílias, com vários problemas de saúde e sujeitas a determinado tipo de terapias. Observei a intervenção do EESIP dirigida à criança e à mãe e a preocupação para que as terapias resultassem num contributo positivo em relação limitações físicas de que eram portadoras.

Durante o estágio no CDC foi possível aprofundar conhecimentos sobre a intervenção do EESIP em crianças e famílias com atrasos no desenvolvimento, salientando a necessidade dos cuidados em parceria para melhorar/recuperar a independência e bem-estar. O apoio à inclusão das crianças e jovens com necessidades de saúde educativas

especiais, o trabalho em parceria com outras instituições e recursos da comunidade são uma mais-valia, para os utentes, resultando também em ganhos em saúde.

Saliento a oportunidade de poder observar a pertinência das intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança, enquanto competência específica do EESIP, nomeadamente através da musicoterapia, aplicada durante a consulta de enfermagem a uma criança pré-escolar com dificuldades na fala e alimentares. Procurei ajudar crianças e famílias no desenvolvimento de experiências de bem-estar e de tranquilidade contribuindo para uma consulta mais humanizada e esclarecedora.

Neste contexto, as atividades desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas EESIP definidas no Regulamento nº 422/2018 do Diário da República II, nomeadamente: assisti a criança/jovem e a família na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

2.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP) é o único serviço na Região Autónoma da Madeira e os recém-nascidos e crianças em situação crítica são encaminhados para esta unidade. Por observação e entrevista informal à minha enfermeira tutora, EESIP constatei que as situações mais frequentes nesta unidade são politraumas e traumatismos crânio encefálicos, que surgem essencialmente em períodos de pausa escolar, e alguns pós-operatórios de neurocirurgia ou cirurgias gerais. Já nos Intensivos Neonatais, é frequente encontrarmos em recém-nascidos prematuros situações: choque séptico, asfixias durante o parto (por aspiração de mecónio, por exemplo) e malformações congénitas.

Nesta experiência clínica de 36h procurei ir de encontro aos objetivos da unidade curricular e elaborei um quadro com os objetivos gerais, específicos, atividades planeadas e recursos mobilizados para este estágio (Apêndice G).

Dado ao curto espaço temporal dedicado a esta experiência clínica, procurei através de observação e entrevista à EESIP tutora compreender a estrutura física, circuitos e os recursos humanos a unidade.

Nesta unidade através do acompanhamento e colaboração com EESIP tutora ao longo de cinco turnos, pude observar e refletir sobre os cuidados prestados pelo EESIP ao binómio criança-família em situação de internamento e em cuidados intermédios neonatais. Ao longo desta minha experiência colaborei nas intervenções de enfermagem no cuidar de duas crianças em situação de prematuridade e das famílias. Importa sublinhar que o envolvimento da família nos cuidados ao recém-nascido contribui para a crescente aquisição de autonomia e desenvolvimento de competências parentais com o objetivo de desenvolver uma parentalidade positiva, numa relação de parceria, no respeito pelas inseguranças, sentimentos e necessidades.

Conhecer a especificidade dos cuidados ao recém-nascido, em resposta às necessidades das crianças neste estágio do ciclo de vida e situações de prematuridade, permitiu-me estabelecer uma relação de proximidade e parceria com os pais. Pude, ainda, observar as estratégias implementadas no serviço para o desenvolvimento saudável das crianças, sendo que, o recurso a rastreios frequentes, as sessões de fisioterapia com treino de reflexos e terapia da fala, procuram estimular essencialmente o desenvolvimento oral e a capacidade para se alimentar em segurança. O risco de infeção controla-se com cuidados de assépsia minuciosos da equipa de saúde a fim de proteger os recém-nascidos de possíveis agentes patogénicos e através do ensino objetivo e claro às famílias. O 5º sinal vital, a dor, despista-se utilizando escalas específicas e através da sensibilidade dos profissionais para este risco, diminui-se o tempo de resposta e consequências nefastas da dor para o bebé e para a sua evolução clínica.

Neste estágio administrei alimentação por sonda nasogástrica a recém-nascidos prematuros e fiz ensinamentos aos pais salientando a importância da sua autonomia nos cuidados aos filhos. Pus em prática as características da relação de ajuda, nomeadamente a escuta ativa sobre os receios e medos procurando tranquilizá-los. Procurei promover a esperança realista escutando, fornecendo conhecimento científico disponível e valorizando as pequenas conquistas realçando as experiências positivas.

A promoção das competências parentais são uma prioridade na intervenção dos EESIP que trabalham na UCINP. A dor dos pais é difícil e pode criar barreiras a nível da relação, como instabilidade emocional e dificuldades de adaptação ao papel parental. Os enfermeiros podem ajudar nestas dificuldades através da proximidade, a escuta ativa, a empatia, a compaixão e o incentivo na participação nos cuidados ao bebé.

Na abordagem às famílias de outras culturas, a aceitação e o respeito pela sua cultura e valores foi uma atitude que procurei manter neste estágio favorecendo uma relação de proximidade e facilitadora da expressão de emoções, de dificuldades e necessidades vividas em contexto de internamento.

Constatei que a música faz parte do dia-a-dia desta unidade e com efeitos no bem-estar e tranquilidade, quer para as crianças, quer nos próprios pais. As atividades desenvolvidas neste contexto contribuíram para o desenvolvimento das competências específicas do EESIP, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2018) através do Regulamento nº 422/2018 do Diário da República II, nomeadamente no cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

2.5. Cuidados de Saúde Primários

O último estágio decorreu numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP). Esta UCSP funciona num edifício de dois andares. A área de saúde infantil e pediátrica funciona no piso superior, cujo acesso é feito através de escadas ou de elevador. Neste andar existem vários gabinetes médicos e de enfermagem. No UCSP existe um ginásio destinado às aulas de preparação para o parto e massagem infantil.

A equipa do UCSP é constituída por 3 EESIP, 2 Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, 2 Enfermeiras Especialistas em Saúde Mental, 1 Enfermeira Especialista em Reabilitação, 3 Enfermeiro Especialista em Comunidade e 33 enfermeiros generalistas. Desta equipa ainda fazem parte 22 médicos de família, psicólogo, fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes técnicas e operacionais.

Os EESIP do UCSP não conseguem dar resposta às necessidades de toda a população infantil da zona de abrangência do UCSP, razão pela qual, as crianças são acompanhadas só durante o 1º mês de vida pelo enfermeiro especialista. Após esta idade e não tendo sido detetadas situações de risco, os latentes e famílias são encaminhadas para as equipas de enfermagem de família ou recurso.

No primeiro mês de vida, salvo exceções, as consultas de enfermagem realizam-se semanalmente, com ênfase na avaliação antropométrica, a adaptação à parentalidade e o incentivo ao aleitamento materno. As consultas seguintes são de acordo com as necessidades, quer do latente/criança, quer da família indo de encontro às “idades chave”

preconizadas pelo PNSIJ. Podem ser em idades diferentes, caso seja necessário. As consultas de enfermagem, sempre que possível, são agendadas em coincidência com consulta médica e com o Plano Nacional de Vacinação, a fim de se evitarem múltiplas deslocações ao UCSP.

No estágio desenvolvido no UCSP pude constatar que a primeira consulta de enfermagem ao recém-nascido é feita após agendamento pelas EESIP, entre o 3º e 6º dia de vida, de forma a realizar o teste de *Guthrie* para rastreio de doenças metabólicas.

Para este local de estágio defini objetivos gerais e específicos, assim como, as atividades planeadas e os recursos mobilizados (Apêndice H).

Neste estágio tive a oportunidade de realizar consultas de saúde infantil a crianças de diversas faixas etárias. Durante as consultas, dei atenção às preocupações dos pais e da criança, no que diz respeito à saúde; informei-me das possíveis intercorrências desde a consulta anterior, frequência de outras consultas e medicação em curso; da frequência e adaptação ao infantário, ama, ATL e escola; dos hábitos alimentares, prática de atividades desportivas ou culturais e ocupação de tempos livres; da dinâmica do crescimento e desenvolvimento, comentando a evolução das curvas de crescimento e os aspetos do desenvolvimento psicossocial, tendo em atenção a avaliação específica preconizada para cada idade e o cumprimento do calendário vacinal PNV, como recomenda o PNSIJ.

Dei orientações gerais e específicas à criança e família, de acordo com o seu desenvolvimento, no sentido de manutenção e promoção da saúde. No âmbito da promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis do latente, nas consultas do primeiro mês de vida, incidi na promoção e incentivo à amamentação. Os benefícios da amamentação foi um tema abordado durante as consultas que realizei. O suporte oferecido, instruindo e incentivando as mães, constituiu-se essencial para a sua promoção, através da observação da mamada, verificação da pega correta, realização de ensinamentos sobre a prevenção da mastite, promoção da vinculação e esclarecimento de dúvidas apresentadas pelas mães de forma a diminuir o abandono precoce do aleitamento materno. Ao 4º mês de vida, avaliei os efeitos do regresso da mãe à sua atividade laboral, de forma a colmatar as dificuldades ou promover estratégias de extração de leite e iniciar a diversificação alimentar com hábitos e estilos de vida saudáveis.

Durante o estágio no UCSP destaco o planeamento e realização de uma consulta de enfermagem a uma jovem de 16 anos que me permitiu, entre diversos aspetos, avaliar conhecimentos e comportamentos da jovem e da mãe relativos à saúde, proporcionando

informação sobre a importância em manter uma saúde saudável e atender às especificidades inerentes desta fase de vida. Foi ainda importante estar atenta, nesta consulta, a possíveis evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico, bem como, observar situações de risco para a jovem. Durante a consulta dei primordial atenção aos aspectos relacionados com a sexualidade. A prevenção de acidentes e do consumo de nocivos, foi alvo da minha atenção, assim como a alimentação e importância do exercício físico.

Outra atividade que destaco no UCSP foi a colaboração na consulta realizada a uma lactante de 6 meses e família. Esta criança nascida na ilha da Madeira, era filha de mãe romena e pai anónimo. A família tinha a particularidade de ser vegetariana. Esta consulta permitiu-me constatar como é imperativo estar atenta a necessidades culturalmente sensíveis. Durante a consulta na interação com a mãe houve espaço para a partilha de preocupações com uma realidade diferente da que estava habituada e relacionadas com a alimentação da criança.

Nas consultas de saúde infantil tomei consciência da importância da comunicação verbal e não verbal permite uma troca de informação que nem sempre corresponde a verbal à não verbal. É necessário que o enfermeiro esteja atento a todo o tipo de informação de modo a compreender as reais necessidades da criança e família transmitindo-lhes toda informação possível, adequada e compreensível.

Para uma interação adequada e efetiva com a criança e família considerei sempre importante apresentar-me e explicar o meu papel nesse contexto. Procurei envolver sempre a criança, especificadamente as crianças mais crescidas, não fazendo apenas perguntas aos pais, mas permitindo-lhes a participação no diálogo. Adotei uma postura de abertura perante todas as dúvidas que surgiam, permitindo a expressão de emoções e considerando que a família é a principal fonte de informação sobre a criança. A faixa etária da criança e o seu nível de desenvolvimento determinam a fase do processo de pensamento e da linguagem em ela se encontra e o que me serviu de referencial para a comunicação com elas.

A Direção Geral da Saúde (2013), através do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), alerta para situações de risco ou ocorrência de maus-tratos nas crianças e os jovens apresentando necessidades especiais que implicam uma atenção específica e o recurso a estratégias de intervenção adequadas. A prevenção de maus-tratos foi uma das minhas preocupações durante o estágio no UCSP.

Ao longo deste estágio tive a oportunidade de planear e realizar uma consulta domiciliária a um recém-nascido sinalizada pela Comissão de Proteção de crianças e jovens

(CPCJ), com o objetivo de avaliar as condições habitacionais e a capacidade dos pais para desempenharem o seu papel como cuidadores da criança.

Neste estágio vacinei crianças de diferentes idades de acordo com o PNV. Na realização de procedimentos dolorosos, como vacinação e o teste de rastreio de doenças metabólicas, foi fundamental a utilização da música como estratégia não farmacológica para diminuir a dor nas crianças. Algumas crianças e pais demonstraram mais tranquilidade no momento de vacinar os seus filhos, mostrando que tal intervenção foi eficaz. Para além da utilização desta intervenção não farmacológica foi possível aplicar a vibração associada à crioterapia, com um objeto denominado de *buzzy*, revelando-se muito eficaz nas crianças de diversas faixas etárias.

Ao longo do estágio tive a oportunidade de colaborar na convocatória de crianças para cumprir o esquema vacinação preconizado no PNV. É da responsabilidade dos enfermeiros, não só os contatos e administração de vacinas, mas sensibilizar as famílias sobre as vantagens e riscos para a saúde associados ao não cumprimento do PNV, para que os pais e a criança possam tomar uma decisão consciente e informada.

Neste percurso de desenvolvimento de competências enquanto futura EESIP, pude colaborar com a EESIP, no curso de massagem infantil destinado às mães e latentes com 2 e 3 meses, na execução da mesma. Durante esta experiência tive a oportunidade de partilhar os benefícios da massagem infantil. Desenvolvi uma sessão sobre o desenvolvimento infantil expectável aos 3, 4, 5 e 6 meses e esclarecer dúvidas colocadas pelos pais. Com esta sessão fui ao encontro da unidade de competência descrita pela Ordem dos Enfermeiros (2018), que refere que o EESIP deve providenciar 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.

É importante que o EESIP, no ato de cuidar, adote uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, associando o conhecimento ao perfil de desenvolvimento da criança utilizando um instrumento de avaliação de desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização. Mais se recomenda, que todas as crianças devem ser submetidas a rastreio para se identificar precocemente atrasos de ritmo ou incapacidades de desenvolvimento de modo a receberem tratamentos rápidos e adequados que minimizem os prejuízos para a criança/família e os custos na saúde, favorecendo a sua qualidade de vida (OE, 2010). Na avaliação da criança recorri, nas consultas realizadas, à

Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil - *Growing Skills* que segundo Varajidás et al. (2017) é um instrumento de avaliação preciso e fiável. Esta, avalia 10 áreas de desenvolvimento psicomotor nas 14 faixas etárias em contexto de vigilância infantil. Este instrumento tem um papel essencial na identificação precoce de crianças com atrasos ou perturbações no desenvolvimento, permitindo a intervenção precoce do EESIP, dar orientações precisas aos pais, bem como fazer o encaminhamento para uma equipa multidisciplinar e respetivos programas de intervenção adaptados às necessidades e ao ambiente específicos da criança.

Colaborei nas consultas a crianças com perturbações do desenvolvimento já identificadas e que aguardam em lista de espera por uma resposta do SESARAM, dando a conhecer outros recursos que a comunidade dispõe, nomeadamente instituições privadas a que os pais podem recorrer de acordo com os seus rendimentos, bem como informar as famílias sobre os apoios às terapias de que a segurança social dispõe. É fundamental que o EESIP concentre os seus cuidados na parceria de forma a conduzir à independência e bem-estar da criança e família, o apoio à inclusão das crianças e jovens com necessidades de saúde educativas especiais, o trabalho em parceria com a comunidade em busca da melhoria da acessibilidade aos cuidados, o encaminhamento para outros profissionais e a transmissão de conhecimentos relativos à saúde e segurança.

Em cada consulta fiz a avaliação do crescimento e desenvolvimento de acordo com os parâmetros a avaliar, indicados pelo PNSIJ, incluindo a monitorização do peso e dependendo da idade, do comprimento/altura, índice de massa corporal (IMC) e perímetro cefálico. O registo nas curvas de percentil é uma intervenção indispensável, uma vez que, permite compreender a evolução estatuto-ponderal ao longo do tempo, sendo que um atraso nessa evolução ou uma alteração ao padrão habitual pode ser a primeira manifestação de alguma patologia.

No que concerne à vacinação, considerei uma oportunidade, não só para imunizar, mas também para proceder à avaliação da criança e criação de uma relação terapêutica, enfermeiro-criança-família. O EESIP tem um papel preponderante na desmistificação de falsos conceitos sobre a vacinação e perante a diversidade de vacinas existente e respetivos efeitos secundários, onde concentrei a minha intervenção sobretudo no ensino aos pais/cuidadores sobre os benefícios e os cuidados pós-vacinais, esclarecendo que os efeitos secundários são benignos e que comprovadamente qualquer risco é superado pelo benefício

de estar imunizado, contribuindo para a imunidade de grupo. Os locais anatómicos de administração das vacinas do PNV, segundo a Direção Geral da Saúde (2020) dependem da via de administração, a idade e as possíveis reações, e tem por objetivos promover as boas práticas em vacinação e facilitar a fármaco-vigilância, descrita em cada vacina. Na administração de vacinas procurei respeitar os princípios e normas recomendadas.

Relativamente à saúde oral, é importante iniciar os cuidados adequados logo desde o nascimento, a Direção Geral da Saúde (2019) aponta que, quanto maior for o envolvimento dos pais/cuidadores, dos profissionais de saúde e de educação, bem como de todos os que poderão acompanhar e contribuir para a promoção da saúde oral, melhores e mais duradouros serão os resultados. A consultas de saúde oral foi um dos focos de atenção, tendo verificado que algumas crianças e jovens apresentavam sinais de uma escovagem insuficiente, e em alguns casos a existência de cáries. A intervenção em conjunto com a EESIP abordamos, com os pais a importância e a técnica da escovagem dos dentes e a cavidade oral, da sua participação ativa na higiene oral, especialmente com criança pequenas e a importância do exemplo dos próprios pais. Foi focado a importância da eliminação ou evitação de alimentos cariogénicos. Fiz encaminhamentos para a consulta de saúde oral noutra centro de saúde.

Considero que as minhas intervenções realizadas neste campo de estágio, contribuíram para a tranquilidade da criança e da sua família em situações de dor, como a vacinação ou teste de *Gutrie*, através da aplicação de medidas não farmacológicas. Foi minha preocupação prestar cuidados em parceria com a criança e família, baseado no respeito pelo outro na sua singularidade e diversidade, e na negociação. O estágio neste local, e tendo por base os conhecimentos e as competências adquiridas nos outros locais, permitiu-me desenvolver competências que possibilitarão prestar cuidados de enfermagem à criança e família baseados nos princípios dos cuidados não traumáticos e na parceria de cuidados.

3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E ADQUIRIDAS

No capítulo anterior realizei uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas nos diversos locais de estágio rumo ao ganho de competências, enquanto mestre em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, no sentido de evidenciar claramente as oportunidades de desenvolvimento das mesmas. Este capítulo destina-se à descrição geral da importância do desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica e de mestre em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Para Benner (2001), a competência desenvolve-se ao longo da atividade profissional, de forma gradativa e temporal, nos contextos de trabalho, sendo que “compreender o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um puro sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática, revela o conhecimento e a competência que o cuidar excelente requer” (p. 16).

Ser Enfermeiro, como refere a Lei nº111/2009, de 16 de setembro, que de acordo com a primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, artigo 7º, implica “competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, aos três níveis de prevenção” (p. 6529). A prática da profissão de enfermagem deve pautar-se por princípios de responsabilidade profissional e de respeito pelos direitos humanos. Este é o caminho para a verdadeira excelência.

3.1. As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, um dos valores universais a observar na relação dos profissionais de saúde é a competência e o aperfeiçoamento profissional (OE, 2015). O aperfeiçoamento profissional é mais do que a mera atualização dos conhecimentos com que se cumpre o dever de zelo, próprio dos trabalhadores por conta de outrem, mas sim a procura do desenvolvimento de competências para a prestação de melhores cuidados de saúde.

De acordo com Le Boterf (2003), ser competente é como, “saber gerir uma situação profissional complexa”. A aquisição de competências faz-se pela autoformação, pela formação contínua e pelo processo de avaliação de desempenho. A aquisição e

desenvolvimento de competências profissionais faz-se na prática (Benner, 2001). Esta mesma autora refere que no processo de aquisição de competências é necessário refletir nas aprendizagens que a prática oferece, aliando os saberes da prática à teoria sem descuidar o comportamento ético, com o estabelecimento das responsabilidades, preocupações e compromissos da profissão.

A OE (2019), no Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns define competências comuns como:

“São competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.”

A entidade supracitada acrescenta que as competências comuns do enfermeiro especialista se encontram divididas em quatro domínios, sendo estes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que diz respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal as competências contempladas são as seguintes:

- Desenvolve uma prática profissional, ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontologia profissional;
- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

Ao longo dos diferentes estágios desenvolvi este domínio, suportando a minha conduta e as atividades desenvolvidas no Código Deontológico da profissão, adotando práticas de respeito pelos direitos humanos e responsabilidade profissional, atendendo ao Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Estes têm por finalidade a promoção da saúde e prevenção da doença, planeando o tratamento e a recuperação, respeitando os princípios da parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, abordando de forma holística, ética e culturalmente sensível, estando em consonância com estas competências apresentadas (OE, 2013).

Já no domínio na melhoria contínua da qualidade a OE (2019) aponta como competências:

- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Para desenvolver as competências acima descritas procurei nos diferentes estágios ir de encontro às diretrizes de cada serviço com vista a adotar práticas de qualidade no sentido da melhoria contínua e refletindo sobre as práticas que permitiam um ambiente terapêutico e seguro.

Durante os estágios as intervenções desenvolvidas com a criança e família tiveram na sua base os conhecimentos teóricos adquiridos em locais de estágio anteriores. A capacidade de tomada de decisão, foi desenvolvida com base na apreciação e identificação das necessidades das crianças e família considerando as respostas mais adequadas. Foi de grande importância para a minha aprendizagem o exercício de tomada de decisão discutida e assumida em equipa multidisciplinar. Destaco a importância da reflexão contínua solicitada no processo de tomada de decisão, avaliando e partilhando os resultados obtidos.

No que diz respeito ao domínio da gestão dos cuidados, são definidas pela OE (2019) as seguintes competências:

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

No desenvolvimento da capacidade de gestão dos cuidados de forma a alcançar uma boa resposta da equipa de enfermagem e de saúde, procurei ao longo dos estágios manter a segurança e a qualidade nas atividades delegadas, adaptando os recursos existentes e do contexto onde estava inserida. No estágio no Serviço de Internamento de Pediatria, o facto de a enfermeira tutora ser chefe de equipa, permitiu-me participar em atividades inerentes à gestão de recursos humanos, tais como, distribuição dos enfermeiros pelas crianças de acordo com as suas necessidades, gestão de material e equipamentos, delegação de tarefas aos assistentes operacionais, verificação das condições da unidade, promoção de um

ambiente favorável à prática humanizada, bem como a resolução de problemas que surgiam de forma inesperada como a ausência de algum elemento da equipa.

No que diz respeito ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a OE (2019) aponta como competências:

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Neste domínio procurei desenvolver a capacidade do autoconhecimento e a assertividade nos diferentes estágios, uma vez que a perceção do eu e da forma como nos relacionamos com o outro assume uma importância relevante no estabelecimento e manutenção da relação terapêutica com a equipa multidisciplinar, minimizando-se também os possíveis conflitos. A gestão de emoções foi um aspeto importante nos diversos contextos de estágio, na medida em que os momentos vividos pautaram-se de intensidades variadas, exigindo uma grande capacidade de autocontrolo para garantir a qualidade da minha prática. Considero que o contato estabelecido com as diferentes equipas multidisciplinares, crianças e famílias foi caracterizado por uma postura de excelência, permitindo uma adaptação individual e nas respetivas organizações.

A minha prática clínica caracterizou-se por uma preocupação permanente na busca da evidência científica mais atual, de forma a potencializar as aprendizagens e o desenvolvimento de competências, nos diferentes contextos de estágio procurando sempre potenciar os ganhos em saúde.

3.2. As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

A OE (2018) preconiza as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica e os critérios de avaliação dos cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica são descritas pela OE (2018) como:

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

Para o sucesso da intervenção do EESIP é indispensável que ele considere as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, respondendo eficazmente, promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação à juventude.

Kelly et al. (2007) citado pela OE (2018) refere que:

A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente. (p. 19192)

No que concerne à competência “*Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*” e às suas unidades de competências a OE (2018) aponta que, se deve considerar a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família, como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, estabelecendo com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

De salientar, que em todos os estágios procurei negociar a participação da criança e família no decorrer do processo de cuidar, procurando a independência e o bem-estar. A comunicação que estabeleci com a criança e família teve sempre em conta o seu estágio de desenvolvimento, adequando ao contexto onde estavam inseridas.

Saliento como exemplo, as consultas de enfermagem em que colaborei e realizei em cuidados de saúde primários, foi possível constatar a relação terapêutica baseada na empatia e confiança estabelecida por mim e pela enfermeira tutora com as crianças e as suas famílias, proporcionando que as orientações dadas fossem ao encontro das necessidades dos clientes, potenciadoras da promoção da saúde e prevenção da doença.

Deste modo, as competências parentais foram maximizadas, conferindo-lhes estratégias eficazes e havendo espaço para a partilha de questões no sentido de reduzir eventuais inseguranças que pudessem comprometer a parentalidade. É importante salientar que os ganhos em saúde estão diretamente relacionados com a relação interpessoal e terapêutica que o EESIP estabelece com a criança e a família.

Os enfermeiros, em particular os EESIP devem, de acordo com Ramos & Barbieri (2020), procurar centrar os seus cuidados na criança e família, como binómio, em qualquer

contexto onde estes se insiram, visando alcançar o melhor estado de saúde possível e proporcionando educação para a saúde em paralelo à identificação e imobilização de recursos de suporte a este binómio.

Relativamente à competência “*Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*” realço a aquisição de conhecimentos que me permitiram reconhecer e identificar focos de instabilidade, em busca de uma resposta antecipatória, nomeadamente no estágio no Serviço de Atendimento Pediátrico onde o agravamento do estado clínico das crianças pode estar iminente sendo, por isso, necessário o seu reconhecimento.

Os cuidados terapêuticos e humanizados também denominados por cuidados não traumáticos segundo Hockenberry et Wilson (2014), devem ser prestados pelos enfermeiros, de forma a não causarem dano, utilizando intervenções cuja finalidade seja eliminar ou reduzir o desconforto físico e/ou psicológico das crianças e família. Aqui englobo a gestão diferenciada da dor sempre presente em todos os estágios. Na gestão de medidas farmacológicas no controlo da dor foi possível aperfeiçoar competência em terapias não farmacológicas, nomeadamente utilizando a música e a vibração associada à crioterapia com um objeto denominado de *buzzy*.

Na promoção da adaptação da criança e família à doença crónica, foi possível desenvolver competências no Centro de Desenvolvimento da Criança, sendo necessário mobilizar conhecimentos específicos de acordo com as patologias existentes, de forma a capacitar a criança e família na adaptação à sua doença. Saliento a importância dos cuidados em parceria que visam a independência e bem-estar da criança e família, o apoio à inclusão das crianças e jovens com necessidades de saúde educativas especiais, o trabalho em parceria com a comunidade em busca da melhoria da acessibilidade aos cuidados, o encaminhamento para outros profissionais e a transmissão de conhecimentos relativos à saúde e segurança,

Em relação à competência “*Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem*”, evidencio a importância do papel do EESIP na maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, sendo para isso necessário a detenção de conhecimentos sobre estes processos, a sua capacidade de avaliação, com recurso a orientações antecipatórias.

O acompanhamento baseado em programas estruturados de vigilância da criança em vários momentos do seu desenvolvimento estabelecendo uma parceria com os

pais/prestadores de cuidados é uma intervenção fundamental do EESIP. O enfermeiro, através da comunicação efetiva deve promover a adoção de comportamentos de promoção do desenvolvimento infantil (OE, 2010). O autor, aponta ainda que o acompanhamento do desenvolvimento infantil pelo EESIP, faz-se pela gestão e promoção da saúde, através da observação e avaliação com recurso a instrumentos de avaliação do desenvolvimento psicomotor que permitam identificar e prevenir potenciais problemas.

Desenvolvi a competência acima supracitada em todos os contextos estágios, sendo possível treiná-la e aperfeiçoá-la sistematicamente, visto que em qualquer contexto é essencial que o ESIP esteja na posse de conhecimentos que lhe permitam avaliar a criança de forma holística, procurando um melhor crescimento e desenvolvimento, atribuindo conhecimentos antecipatórios com vista à maximização de todo o seu potencial.

A promoção da parentalidade e vinculação são pilares na atuação do EESIP. É determinante que a promoção da parentalidade seja suportada de forma plena, identificando a aquisição de competências da família rumo à responsabilização progressiva. No estágio desenvolvido na UCINP foi possível envolver os pais na prestação de cuidados, bem como na promoção da amamentação verificando o contacto entre os pais e os recém-nascidos, um importante recurso para os acalmar.

Nas consultas de vigilância de saúde infantil, procurei pôr em prática os conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento da criança, considerando os cuidados antecipatórios necessários, transmitindo os diversos conhecimentos sobre amamentação, vinculação, segurança, higiene oral, diversificação alimentar, vacinação, entre outros, potencializando-se a parentalidade visando a maximização da saúde.

Nos diversos estágios desenvolvi e aprofundei habilidades comunicacionais, procurando sempre a adaptação da comunicação efetiva tendo em consideração o estágio de desenvolvimento da criança e recorrendo a técnicas de comunicação no relacionamento com as famílias.

Considero que adquiri e desenvolvi aptidões no âmbito das três competências, na medida em que prestei cuidados e assisti o recém-nascido, crianças/adolescentes e famílias; desenvolvi uma prática promotora da maximização da sua saúde; cuidei do recém-nascido, crianças, adolescentes e famílias em situação de elevada complexidade e, por fim, prestei cuidados específicos que responderam às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento do recém-nascido, crianças, adolescentes e famílias. O desenvolvimento das atividades

descritas anteriormente, permitiram adquirir habilidades inerentes à prestação de cuidados especializados.

3.3. As Competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A busca da excelência do exercício em enfermagem é uma procura constante, sendo que, perante cada pessoa precisamos de agir com a preocupação de atingir progressivamente um nível elevado de proficiência, respeitando as normas de boas práticas e deontológicas (OE, 2015).

Tendo em conta o citado pela OE e o Decreto de Lei n.º 65/2018, de 16 de Agosto, artigo nº 15, que destaca “grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização” (p. 4162), torna-se fundamental refletir neste relatório sobre as competências que o indivíduo deve desenvolver para que o grau de mestre lhe seja conferido:

- Demonstrar possuir conhecimentos e capacidade de compreensão sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; permitir e constituir a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

- Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Ao longo dos estágios demonstrei conhecimentos e capacidade de compreensão adquiridos no nível do 1.º ciclo e ao longo da minha prática profissional. Através das atividades desenvolvidas nos estágios, nomeadamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados às crianças e famílias, bem como na discussão de casos clínicos com os enfermeiros em situações diversificadas.

A capacidade para comunicar as minhas perceções, raciocínios e conclusões de forma clara e consistente, considero uma competência desenvolvida ao longo do meu percurso profissional tendo sido aperfeiçoada no decorrer dos estágios através das discussões de casos clínicos com os EESIP.

Considero que através das intervenções de enfermagem realizadas nos campos de estágio, nomeadamente, tranquilizar a criança e a sua família em situações de dor através de estratégias não farmacológicas como a utilização da música nos cuidados não traumáticos, as intervenções mais técnicas como a vacinação, bem como o desenvolvimento da minha relação com os pais e crianças em busca da parceria de cuidados, permitiu adquirir competências que possibilitarão uma aprendizagem ao longo da vida e no meu desempenho profissional de um modo autónomo.

Por último, saliento a importância da recomendação da OE (2015) sobre o dever de atualização decorrente do direito do cliente a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições de saberes nos diversos domínios, sublinhando a pertinência do contínuo e constante desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais.

4. PERSPETIVAS RUMO AO FUTURO PROFISSIONAL

A utilização da música como estratégia não farmacológica na gestão dor, é algo que me fascina e uma das minhas áreas de eleição que procurei desenvolver ao longo do meu percurso formativo, e me foi movendo a investir em conhecimentos e aquisição de competências, através de revisão integrativa de literatura, para uma prestação de cuidados especializados e humanizados à criança, jovem e família que espero dar continuidade no futuro, a fim de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e desempenho profissional.

Neste contexto, pretendo continuar a investigar sobre a temática desenvolvida, após a discussão do relatório, através de entrevistas ou aplicação de formulários aos EEESIP que trabalham com crianças, quer a nível de cuidados diferenciados, quer a nível de cuidados de saúde primários, e escrever um artigo para publicação.

Pretendo pôr em prática e partilhar com os colegas de trabalho toda a formação recebida ao longo do mestrado e transpor as experiências vividas, os conhecimentos obtidos nas aulas, as competências adquiridas no período da prática clínica especializada e suportada em evidência científica, para a minha atividade profissional que muito desejo e espero seja na área da saúde infantil e pediátrica.

Ao terminar esta etapa de formação considero que muito ficou ainda por realizar, contudo, gostaria, como projetos futuros, a curto ou a médio prazo, trabalhar com crianças, a nível de cuidados diferenciados ou cuidados de saúde primários e criar um Kit sem dor para o serviço, onde venha a ser colocada, com base nas linhas de intervenção estratégicas que delas resultarem.

CONCLUSÃO

A dor é uma das principais causas de sofrimento na infância, podendo afetar o crescimento e desenvolvimento da criança. Na última década tem aumentado a preocupação com a dor pediátrica, resultando num movimento profissional e político dirigido a esta problemática. A investigação atual revela uma diminuição significativa da prevalência da dor em Portugal, verificando-se o cumprimento de normas de boa prática na avaliação da dor nos serviços de saúde. Para que esta realidade se generalize é fundamental implementar programas de melhoria contínua de qualidade no âmbito dos cuidados e no controlo da dor nas crianças.

O recurso a intervenções não farmacológicas permite a prestação de cuidados não traumáticos, pilar fundamental dos cuidados pediátricos, sendo um importante recurso para o alívio da dor de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas (OE, 2013). Estas intervenções prendem-se com o facto de muitas delas modificarem o significado da dor, permitindo uma reestruturação cognitiva, direcionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor.

De entre os diversos benefícios da música, enquanto intervenção no cuidar da criança, Brazoloto (2021) defende que a utilização da música conduz à fantasia e ao relaxamento, e a sua escolha deve ser adequada à idade da criança, à condição de saúde e ao estado mental e físico. Na perspetiva de Carvalho (2016) citando Blood & Zatorre (2001), a música promove experiências de bem-estar contribuindo para o alívio da dor em ambientes clínicos.

A família desempenha um papel determinante não só na vida da criança, mas nos cuidados em relação ao alívio da dor. Neste sentido, é fundamental o seu envolvimento no acompanhamento, planeamento e na prestação dos cuidados. O enfermeiro não deve ignorar a presença dos pais, mas envolvê-los na parceria de cuidados, apoiando-os no seu papel parental; fornecendo-lhes informações precisas sobre a criança e conhecimentos para que possam gerir autonomamente os processos de saúde/doença dos seus filhos com vista ao controlo da dor.

A elaboração deste relatório permitiu-me viver momentos de reflexão profunda e oportunidades de aprendizagem em enfermagem de saúde infantil e pediátrica com base nos objetivos gerais e específicos definidos para os ensinos clínicos, bem como o planeamento

e execução das atividades desenvolvidas. Considerando este trabalho um instrumento importante para o meu desempenho profissional no futuro, pois traduz todo o processo formativo ao longo de 6 meses.

Considero ter alcançado e com sucesso os objetivos definidos para este relatório assim como, os meus objetivos pessoais. Sinto que adquiri um conjunto de conhecimentos e competências para uma abordagem holística, personalizada e baseada na mais recente evidência científica, garantindo assim, maior segurança aquando da minha prática especializada de enfermagem.

As principais dificuldades sentidas prendem-se sobretudo com a gestão do tempo para conciliar horário laboral, vida de estudante e familiar. Apesar disso, com o empenho, pessoal, apoio dos colegas de trabalho, familiares e amigos foi ultrapassar estas barreiras com sucesso.

O percurso desenvolvido ao longo dos ensinamentos clínicos convergiu para o aprofundamento de conhecimentos e aperfeiçoamento de competências inerentes ao título de Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Esta caminhada contribuiu, também, para a mobilização e a consolidação de conhecimentos científicos teóricos e práticos fundamentais na minha prática clínica, para o meu desenvolvimento pessoal, como para uma futura prática de nível avançado, norteando o meu desenvolvimento profissional.

O controlo da dor implica uma abordagem pluridisciplinar e multidimensional, e cabe ao enfermeiro a responsabilidade de diagnosticar situações de dor, implementar intervenções não farmacológicas e/ou farmacológicas de acordo com os procedimentos necessários em termos de diagnóstico e terapêutica, avaliar a sua eficácia e transmitir informação à equipa. Incluir os pais na prestação de cuidados direcionados para o controlo da dor é, em si mesmo, uma estratégia não farmacológica fundamental. Valorizar a dor da criança é uma exigência profissional que reconhece a criança como pessoa a quem se presta um cuidado personalizado e de excelência.

Em forma de sugestão, considero que as intervenções não farmacológicas na gestão e controlo da dor ainda são pouco valorizadas pelos enfermeiros. Cabe ao EESIP, desenvolver conhecimentos neste tipo de terapias, como preconizado pela OE no regulamento de competências do EESIP e formar a sua equipa neste sentido, promovendo simultaneamente a investigação como forma de contribuir para a produção de mais

conhecimento. É importante sublinhar que esta temática implica atitude reflexiva na prática de todos os profissionais que cuidam de crianças, de forma a proporcionar cuidados de saúde menos traumáticos possíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem Referência*. 2(9), 714-735. Retrieved from <http://scielo.pt/pdf/rpesm/n7/n7a06.pdf>
- 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. Retrieved from <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239956007>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2021). *Recomendações da associação portuguesa para o estudo da dor para o controlo da dor na vacinação pediátrica: linhas orientadoras para a prática clínica*. Author.
- Batalha, L. M. C. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar* (1ª Ed.). Lidel.
- Batalha, L. M. C. (2013) Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Revista Saúde & Tecnologia*, (Supl. 2013), e16-e21.
- Batalha, L. M. C. (2016). *Avaliação da dor* (1ª Ed.). Coimbra: ESEnfC; (Manual de estudo – versão 1).
- Batalha, L., Costa, L., Reis, G., Jacinto, F., Machado, R. & Santos, P. (2014). Dor pediátrica em Portugal: resultados da sensibilização e formação. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 45(2), 99–106.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (1a ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Brázio, P. (2014). *Ansiedade Infantil em Contexto Cirúrgico: Estudo Experimental*. (Dissertação para obtenção de grau de Doutor em Psicologia, área de especialização em

Psicologia Geral). Universidade da Madeira, Madeira.
<https://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/864/1/DoutoramentoPedroBr%C3%A1zio.pdf>

Brazoloto, T. M. (2021). Intervenções musicais e musicoterapia no tratamento da dor: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Pain*. 4(4), 369-373. DOI 10.5935/2595-0118.20210059

Campos, T. E. (2012). *Dificuldades manifestadas pelos enfermeiros na avaliação da dor da criança/adolescente em contexto de urgência*. (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/9310>

Cardoso, F. M. B. V. D. C. & Sousa, M. C. M. P. (2019). Ensino da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: importância da interdisciplinaridade na sua evolução. *História da Ciência e Ensino*, 20(2019), 353-360. <https://doi.org/10.23925/2178-2911.2019v20espp352-360>

Cardoso, A. V. M., Souza, A. A. M., Silva, P. L. N., Carvalho, H. L. A., Alves, E. D. & Filho, A. H. (2016). Cuidando com Arte: a promoção da saúde por meio da música. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. 14(1), 714-735. <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v14i1.2531>

Carvalho, J. M. P. Q. (2016). *Influência da exposição à música na percepção da dor aguda pós-operatória: Um estudo com crianças de 4 e 5 anos*. (Dissertação para obtenção do Título de Mestre em Ciência Cognitiva). Universidade de Lisboa, Lisboa. Retrieved from https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/24021/1/ulfpie051076_tm.pdf

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

- Correio, S. F. A. (2020). A importância da vigilância do neurodesenvolvimento na consulta de saúde infantil e juvenil em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 36(2), 215-220. doi: 10.32385/rpmgf.v36i2.12501
- Costa, A., Nobre, C., Gomes, G., Nornberg, P. & Rosa, G. (2019). Sentimentos gerados na família pela internação hospitalar da criança. *Journal of nursing and health*, 9(2), 1-12. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14012>
- Decreto-Lei nº 65/2018. **Diário da República I Série**. 157 (16-08-2018) 4147-4182. [Consult. 20 Março 2023]. Disponível em <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- 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://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23729/1/Doc2_26_47.pdf
- EQUIPA DE AUTO-AVALIAÇÃO. Serviço de Saúde da RAM – **Manual de Acreditação: Cuidados de Enfermagem no pós-operatório**. 2021. Acessível no SESARAM, Funchal, Portugal.
- Figueiras, A. C., Souza, I. C. N., Rios, V. G. & Benguigui, Y. (2005). *Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da Aidpi* (1ª ed.). Organização Pan-Americana da Saúde.
- Franzoi, M. A. H. (2015). *Audição musical como intervenção de enfermagem para alívio da ansiedade na criança em situação cirúrgica: ensaio clínico randomizado*. (Dissertação para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem). Universidade de Brasília, Brasília. <http://dx.doi.org/10.26512/2015.08.D.19014>

Institute for Patient and Family Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals - how to get started*. Bethesda. https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf

Instituto de Apoio à Criança. (2006). *A Dor na Criança – Atendimento de Crianças e Jovens nos Centros de Saúde*. Author.

Henriques, F. A. J. (2015). *Aquisição de Competências em Emergência Pediátrica*. (Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem). Instituto Politécnico de Santarém, Santarém. Retrieved from <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1375/1/Aquisição%20e%20Competencias....pdf>

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição). Loures: Lusodidata.

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

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

Lei nº 111/2009. Diário da República. I Série. 180 (16-09-2009) 6528-6550.?????

Le Boterf, G. (2003). *Développer la compétence des professionnels*. Paris: Editions des Organisations.

Lopes, N. M. Q. (2012). *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspetiva dos enfermeiros*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Retrieved from

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE%20NATALIA%20LOPES.pdf>

Moita, H. C. A. N. (2015). *Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar - Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro* (Relatório de Estágio para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem da Criança e do Jovem). Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém. Retrieved from <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1485/1/Relatorio%20estagio%20II%20mestrado.pdf>

Oliveira, M.F., Oselame, G.B., Neves, E. B. & Oliveira, E. M. (2014). Musicoterapia como ferramenta terapêutica no setor da saúde: uma revisão sistemática. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 12(2), 871-878.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos Ordem dos Enfermeiros*. 1(3), 1-136.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadrosqualidadecuidadosespecializadosenfermagensaudecriancajovem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de Boa Prática - estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos Ordem dos Enfermeiros*. 1(6), 1-80.

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

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Cadernos Ordem dos Enfermeiros*. 1 (8), 1 - 43.

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Regulamento n.º 422/2018*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8348/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa.
- Passos, M. A. S. (2018). *Cuidados Não Traumáticos: Gestão da Emocionalidade da Criança e do Jovem nos Processos de Saúde-Doença*. (Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Infantil e Pediátrica). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Retrieved from <https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28338/1/Relatório%20FINAL%20Marisa%20Passos%20com%20correções%20resultantes%20da%20discussão%20pública.pdf>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Author.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Author.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2019). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Author.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. Author.
- Ramos, A. L., & Barbieri, M. do C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel.

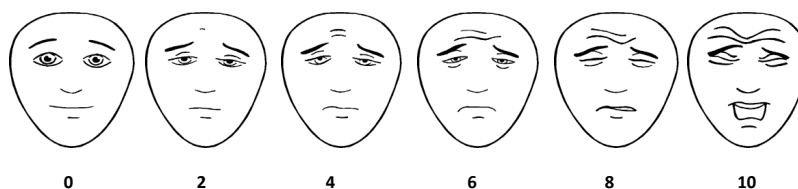
- Santa, I. N. S. (2021). *Intervenções Musicais em Oncologia Pediátrica: Revisão sistemática e metanálise*. (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências). Universidade São Paulo, São Paulo. Retrieved from <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde-24032022-133802/publico/IvoneNunesdaSilvaSanta.pdf>
- Silva, L. A. G. P., Faran, F. D. P. & Mercês, N. N. A. (2016). A música no cuidado às crianças e adolescentes com câncer: revisão integrativa. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 25(4), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001720015>
- Silva, E. M. H. (2015). *A Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade: pais com criança em situação de doença*. (Tese para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem). Instituto Politécnico de Santarém, Santarém. Retrieved from <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1346/1/A%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20do%20Enfermeiro%20na%20promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Parentalidade%20-%20Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20Elsa%20Silva.pdf>
- Silva, M. L. (2021). *Carga de Trabalho dos Enfermeiros na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil*. (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39550/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Marlene%20Lebreiro.pdf
- Silva, R., Pereira, N. & Pereira, P. (n.d.). *Abordagem e tratamento da dor aguda na criança* (1ª ed.). Author.
- Torquaro, I. M. B., Collect, N., Souza, M. H. N., Vaz, E. M. C., Vieira, D. S. & Reichert, A. P. S. (2022). Estimulação de crianças com risco para atraso no desenvolvimento: impacto de uma intervenção com mães. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 1(1), 1-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210154.pt>

- Vale, M.C. (2008). Desenvolvimento. In Amaral, J.M.V. (Eds.) *Tratado de Clínica Pediátrica* (1ªed.) (Vol. 1) (pp. 120-122).
- Varajidás, C., Machado, M., Mota, M., Martins, R., Lisboa, M., Soares, I., Sousa, S., & Leitão, J. (2017). Psychometric properties of the schedule of growing skills II: Portuguese version. *Psychologica*. 60(1). 7-18. DOI: https://doi.org/10.14195/1647-8606_60-1_1
- Whaley, L. e Wong, D. (1989). *Enfermagem Pediátrica. Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva*. (2ªed.). Editora Guanabara.
- Zeferino, L. S. & Nunes, E. (2011). Febre na Criança: Pais e Enfermeiros, parceiros nos cuidados. *Enformação*. (15)16-18. Retrieved from <https://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/783/1/Enformação%202011%2016.pdf>

ANEXOS

ANEXO B – FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*) e Escala de faces de Wong-Baker

ESCALA DE FACES Revista

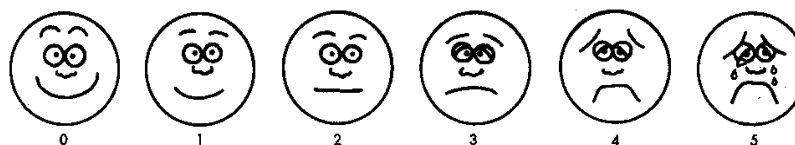


Nas instruções que se seguem, diga “magoar” ou “doer”, de acordo com o que lhe parece correcto para determinada criança.

“Estas caras mostram o quanto algo pode magoar. Esta cara [aponte para a face mais à esquerda] não mostra dor. As caras mostram cada vez mais dor [aponte para cada uma das faces da esquerda para a direita] até chegar a esta [aponte para a face mais à direita] – que mostra muita dor. Aponta para a cara que mostra o quanto te dói [neste momento].”

Hicks et al., 2001; Bieri et al., 1990: <http://painsourcebook.ca/pdfs/pps92.pdf>

ESCALA DE FACES WONG-BAKER



Instruções:

Explique às crianças que cada face representa uma pessoa que está feliz porque não tem dor, ou triste por ter um pouco ou muita dor.

Face 0 está muito feliz porque não tem nenhuma dor.

Face 1 tem apenas um pouco de dor.

Face 2 tem um pouco mais de dor.

Face 3 tem ainda mais dor.

Face 4 tem muita dor.

Face 5 tem uma dor máxima, apesar de que nem sempre provocar o choro.

Peça à criança que escolha a face que melhor descreve como ela se sente.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Quadro de objetivos para o estágio no serviço de internamento de pediatria – unidades de medicina

<p>1º Objetivo Geral: Desenvolver competências do enfermeiro especialista na área em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, na prestação de cuidados a crianças em diferentes fases do desenvolvimento, nas diversas situações de saúde e nas diferentes culturas e família.</p>		
Objetivos Específicos	Atividades Planeadas	Recursos
<p>1. Conhecer a estrutura, dinâmica do serviço e a filosofia subjacente aos cuidados;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integração na equipa de enfermagem; - Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Entrevista à enfermeira chefe e EESIP tutora; - Compreensão da articulação existente entre o serviço e outras unidades de apoio à criança e família. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Chefe; - EESIP; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos do serviço.
<p>2. Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e jovem/família, em situações de internamento, no sentido da melhoria do seu estado de saúde e promoção do seu crescimento e desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Leitura do processo das crianças; - Observação do estado geral da criança e estado emocional da família; - Promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança; 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Chefe; - EESIP; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos do serviço.

atendendo às suas especificidades;	- Prestação de cuidados de acordo com o preconizado pelo serviço.	
3. Desenvolver competências de comunicação com a criança de diferentes idades e família.	- Pesquisa bibliográfica; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Interação com a criança para observar e escutar os seus receios e medos; - Comunicação adequada à idade da criança; - Interação com os pais para conhecer o que pensam e sentem face à situação de saúde da criança.	Humanos: - EESIP; Materiais: - Normas e protocolos do serviço.
2º Objetivo Geral: Desenvolver competências na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica com especial atenção na intervenção da música no alívio da dor na criança em idade pré-escolar e suas famílias.		
Objetivos Específicos	Atividades Planeadas	Recursos
1. Aprofundar conhecimentos sobre as intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança;	- Pesquisa bibliográfica; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Entrevista à enfermeira chefe e EESIP tutora;	Humanos: - Enfermeira Chefe; - EESIP; Materiais: - Normas e protocolos do serviço.
2. Observar como os EESIP utilizam na prática, a música no controlo da dor na criança em idade pré-escolar	- Entrevista à enfermeira chefe e EESIP; - Observação na prática da utilização da música como estratégia não farmacológica;	Humanos: - Enfermeira Chefe; - Enfermeiros Especialista em ESIP;

		Materiais: - Normas e protocolos do serviço.
--	--	--

APÊNDICE B – Estudo de caso – infecção no trato urinário no latente



INFEÇÃO NO TRATO URINÁRIO NO LATENTE: Estudo de Caso

URINARY TRACT INFECTION IN INFANTS Case study

Heloísa Júlio ¹

¹ Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny em parceria da Escola de Saúde Santa Maria

RESUMO

A infecção no trato urinário (ITU) constitui um importante e comum problema em idade pediátrica, não só pela sua alta frequência, mas também pela necessidade de hospitalização quando acometidos latentes. A hospitalização de uma criança é sempre geradora de instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, capaz de desencadear uma situação de crise.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) tem um papel preponderante na intervenção junto a estas crianças e famílias, onde deverá estabelecer uma relação de confiança com base na empatia e no respeito mútuo, devendo centrar-se no papel parental, identificar quais as necessidades sentidas durante a hospitalização facilitando a adaptação da criança e da família à situação de crise. Para uma intervenção mais adequada, o Modelo de Parceria de Cuidados da Anne Casey torna-se um instrumento de excelência, uma vez que assume a negociação da parceria de cuidados, sustentada na relação terapêutica, como possibilidade de atingir o mais elevado nível de envolvimento dos pais na maximização da saúde.

Defini como objetivos, através da análise de um caso clínico (metodologia adotada tendo por base as *guidelines* da *case reports*): executar uma avaliação inicial de enfermagem que contemple a aplicação da Escala Growing Skills; formular diagnósticos de enfermagem, tendo em conta os focos e possíveis intervenções de enfermagem na CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem de 2019); e, em última instância, aumentar conhecimentos para uma intervenção especializada enquanto EESIP.

Com a elaboração deste trabalho, fui capaz de compreender a estrutura e dinâmica familiar do caso apresentado, o desenvolvimento infantil preconizado para um latente de 1 mês, assim como aferir que existem diversos focos, diagnósticos (dos quais destaco a “infecção”, “*stress parental*” e “processo familiar comprometido”) e intervenções de enfermagem fundamentais para uma intervenção especializada do EESIP perante um latente com infecção no trato urinário.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Latente; Família; Infecção no Trato Urinário

ABSTRACT

Urinary tract infection (UTI) is a significant and common problem in children, not only because of its high incidence, but also because of the implied need to hospitalize infants. The hospitalization of a child always generates instability and imbalance in the family system, being capable of triggering a crisis situation.

The Specialist Nurse in Child and Pediatric Health (EESIP) has a leading role in intervening with these children and families, where they must establish a relationship of trust based on empathy and mutual respect, focusing on the parental role, identifying their needs during hospitalization, aiming to facilitate the adaptation of the child and family to the crisis situation. For a more adequate intervention, the Anne Casey Care Partnership Model becomes an instrument of excellence, since it



assumes the negotiation of the care partnership, sustained in the therapeutic relationship, as a possibility of reaching the highest level of involvement of the parents in maximizing health.

I defined the following objectives, through the analysis of a clinical case (methodology adopted based on the case reports guidelines): perform an initial nursing assessment that includes the application of the Growing Skills Scale; formulate nursing diagnoses, considering the focuses and possible nursing interventions in the ICNP (2019 International Classification for Nursing Practice); and, ultimately, increase knowledge for a specialized intervention as EESIP.

In executing this academic study, I was able to understand the structure and family dynamics of the case presented, the child development recommended for a 1-month-old infant, as well as to verify that there are several focus, diagnoses (of which I highlight "infection", "stress parental" and "compromised family process") and fundamental nursing interventions for a specialized intervention of the EESIP in the face of a infant with urinary tract infection.

KEYWORDS: Nursing; Infant; Family; Urinary Tract Infections

INTRODUÇÃO

A infecção no trato urinário é uma patologia frequente em idade pediátrica, estimando-se que cerca de 2% das crianças aos dois anos de idade terão tido pelo menos um episódio. A *Escherichia coli* é, em idade pediátrica, o micro-organismo responsável por cerca de 85% das ITU. A etiologia dos restantes casos tem uma variação local, sendo implicados vários micro-organismos como a *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Staphylococcus saprophyticus*, e *Enterococcus* e mais raramente a *Pseudomonas aeruginosa* (Rebello, 2014).

Para Caetano (2012), a ITU constitui um importante e comum problema em idade pediátrica, não só pela sua alta frequência, mas também pela morbidade associada. Destaca-se como complicações, a curto prazo: pielonefrite severa ou sépsis e a longo prazo: cicatrizes renais, hipertensão e insuficiência renal crónica.

O autor referido anteriormente destaca que o sistema imunitário incompletamente desenvolvido nos recém-nascidos e latentes são um fator de risco da ITU, sendo que a amamentação tem sido proposta como meio suplementar do sistema imune imaturo; a raça/etnia é também considerada como fator risco, crianças de raça branca têm duas a quatro vezes maior prevalência de ITU que a raça negra, ainda se desconhece a razão; a colonização fecal e perineal, são fatores importantes no desenvolvimento de ITU; as anomalias anatómicas aumentam a limpeza inadequada. Estas malformações aumentam as infecções no trato urinário inferior, que podem ascender para o trato superior; as anomalias funcionais, fatores genéticos e a eliminação

disfuncional são ainda fatores de risco referido pelo mesmo autor.

Campos et al. (2006) refere que os fatores de risco da ITU em idade pediátrica são diversos, entre os quais: fatores perineais ou uretrais, rapazes não circuncidados têm um risco de infecção urinária no primeiro ano de vida de três a quinze vezes superior aos circuncidados, devido a maior colonização periuretral. A uretra mais curta representa um fator de risco responsável pela maior incidência de infecções urinárias no sexo feminino depois do primeiro ano de vida; fatores vesicais, o esvaziamento frequente e completo da bexiga, promovendo a eliminação de bactérias representa um papel importante na prevenção da infecção urinária, sendo que vários tipos de disfunção vesical estão associados a infecções urinárias recorrentes: bexiga neurogénica, instabilidade vesical, micções infrequentes resultando distensão vesical e residuo pós-miccional; o refluxo vesico-uretral é a anomalia mais frequentemente encontrada nas crianças com infecção urinária, em que a urina reflui via retrógrada da bexiga para o trato urinário superior facilitando assim a progressão de bactérias até ao parênquima renal; por fim a obstrução do trato urinário onde as válvulas da uretra posterior ou síndrome de junção pielo-ureteral provocam distensão do trato urinário e estase da urina com risco aumentado de infecção urinária.

Os autores referidos anteriormente salientam que é essencial o diagnóstico correto da ITU, a instituição precoce de terapêutica e a orientação da criança para investigação posterior apropriada para diminuir as complicações.

O autor referido anteriormente acrescenta ainda que quanto mais nova a criança mais inespecíficos e variados podem ser as manifestações de uma ITU. Estudos demonstraram uma prevalência da ITU é de 3 a 5% em latentes febris (<1ano) mesmo naqueles que aparentemente apresentavam outra causa para a febre como infecção respiratória alta, otite ou gastroenterite. Desta forma, na criança mais jovem o sinal mais frequente de ITU é a febre. As manifestações neste grupo etário são inespecíficas como recusa alimentar, má progressão ponderal, irritabilidade ou letargia, vômitos, diarreia, dor abdominal, mau odor na urina, podendo no recém-nascido manifestar-se apenas como uma icterícia prolongada. Assim a ITU deve ser sempre considerada em qualquer criança menor de 2 anos com febre de etiologia não esclarecida.

No que concerne ao diagnóstico da infecção do trato urinário em idade pediátrica de acordo com a Norma nº 008/2012 da Direção-Geral da Saúde, a análise laboratorial de urina é obrigatória, sempre que haja a suspeita clínica de ITU: nas crianças de idade inferior ou igual a 24 meses com febre, sem foco e nas crianças com idade superior a 24 meses e com sintomatologia sugestiva de ITU, nomeadamente febre e dor abdominal ou lombar, disúria, polaquiúria, hematúria ou incontinência urinária de início recente.

Caetano (2012) acrescenta que história clínica e o exame físico completos e cuidados são essenciais para qualquer diagnóstico da ITU. Os objetivos do tratamento das infeções do trato urinário são a eliminação da infecção, prevenção da urosépsis, alívio sintomático e a prevenção de recorrência e de complicações a longo prazo.

Para Campos et al. (2006) devem ser internados para efetuar terapêutica endovenosa todos os recém-nascidos, latentes com menos de 6 meses ou crianças com compromisso importante do estado geral, com via oral não mantida, ou incapacidade parental para cumprimento de terapêutica e aqueles com nefrouropatia conhecida. É sugerido ainda que a escolha do antibiótico deverá ser em recém-nascidos: ampicilina e gentamicina e em latentes com menos de 3 meses e crianças com nefrouropatia conhecida: cefuroxime e gentamicina.

Os autores referidos anteriormente indicam que em todas as crianças com ITU

confirmada deve proceder-se a investigação imagiológica sendo o objetivo da investigação identificar as crianças com anomalias estruturais do trato urinário ou predisposição para ITU de repetição e aquelas com eventuais cicatrizes renais. Um dos exames imagiológicos mais úteis na avaliação destas crianças são a ecografia renal e vesical que permite avaliar a anatomia dos rins e bexiga e pode ser realizada na fase aguda ou posteriormente.

Posto isto no decorrer da minha prática clínica no serviço de internamento de pediatria, optei pela escolha um caso clínico de um latente (1 mês de idade) com o diagnóstico médico de infecção no trato urinário, uma vez que é uma patologia frequente em idade pediátrica, com incidência e prevalência que considero significativa, sendo imperativo intervir eficazmente junto destas crianças e famílias enquanto EESIP.

Perante esta problemática, optei por recorrer ao Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey uma vez que este modelo assenta na relação de parceria entre os enfermeiros e os pais para cuidar dos seus filhos, com vista ao bem-estar físico e mental da criança.

Smith & Coleman (2010), afirmam que os cuidados centrados na criança e família e os cuidados negociados são dois conceitos principais que facilitam a abordagem na parceria de cuidados. A negociação da parceria é considerada como o mais elevado nível de participação na prática de cuidados, requerendo uma forte comunicação entre os vários intervenientes no processo do cuidar (Lopes, 2012). Os enfermeiros especialistas em pediatria detêm competências ao nível da comunicação e negociação, estando predispostos a partilhar a sua experiência e conhecimentos, se a família ou a criança o desejar.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015) a doença é um fator desfavorável ao desenvolvimento da criança e que, pelo contrário, a família determina positivamente o estado emocional da mesma, quando esta se encontra internada é importante ter o pai, a mãe ou ambos ao seu lado, sobretudo em ambientes que desconhece e que lhe infligem ansiedade e dor, quer seja física ou mental. Cabe ao EESIP incentivar a parentalidade durante a hospitalização indo de encontro às suas competências específicas,

descritas pela entidade supracitada anteriormente, onde este deve assistir a criança e o jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança, jovem e família nas situações de elevada complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem.

É crucial para além do exposto anteriormente, que o EESIP adote uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, devendo associar o seu conhecimento ao perfil de desenvolvimento da criança utilizando um instrumento de avaliação de desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização. Mais se aponta que todas as crianças devem ser submetidas a rastreio para identificar precocemente atrasos de ritmo ou incapacidades de desenvolvimento para receberem tratamentos rápidos e adequados que minimizem os prejuízos para a criança / família e os custos na saúde, favorecendo a sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Desta forma um dos instrumentos que podemos recorrer é Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil - Growing Skills que segundo Varajidás et al. (2017) é um instrumento de avaliação preciso e fiável, que avalia 10 áreas de desenvolvimento psicomotor em 14 faixas etárias em contexto de vigilância infantil. Este instrumento tem um papel essencial na identificação precoce de crianças com atrasos ou perturbações no desenvolvimento, permitindo a intervenção precoce do EESIP, bem como o encaminhamento para uma equipa multidisciplinar e respetivos programas de intervenção precoce adaptados às necessidades e ao ambiente específicos da criança.

Delineie como objetivos para a elaboração deste estudo de caso: executar uma avaliação inicial de enfermagem que contemple a aplicação da Escala Growing Skills; formular diagnósticos de enfermagem, tendo em conta os focos e possíveis intervenções de enfermagem na CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem de 2019); e, em última instância, aumentar conhecimentos para uma intervenção especializada enquanto EESIP.

MÉTODO

De acordo com a CARE (s.d.), a metodologia do estudo de caso tem se mostrado relevante para reconhecer patologias novas ou raras, avaliar efeitos de intervenções terapêuticas, assim como eventos adversos e custos associados. Também permite melhorar a educação e a investigação em saúde baseada em problemas práticos. Fornecem evidências para se atingirem resultados positivos em contexto real da prática.

Posto isto, a metodologia adotada para a realização deste trabalho foi, precisamente, um estudo de caso, tendo por base as *guidelines* da *case reports*.

Seguidamente, passo a apresentar o caso clínico em estudo, assim como a sua apreciação inicial de enfermagem recorrendo ao genograma, ecomapa e avaliação do desenvolvimento infantil.

Caso Clínico

O latente L. (sigla fictícia para garantir o anonimato e confidencialidade dos dados dos intervenientes), do género masculino, de 1 mês, recorre ao serviço de urgência no dia 02/11/2022 por indicação do Centro de Saúde, devido a multistix com alguns leucócitos com história de urina com cheiro fétido, mas sem febre nem alterações do estado geral. Realizou estudo analítico, urina tipo II e urocultura, tendo tido alta para a residência com indicação de seguimento por telefone. O pai do latente contactou no dia 05/11/2022 o serviço de pediatria para informar sobre evolução afirmando resolução do cheiro fétido da urina e para saber resultado de urocultura realizada. Esta encontrava-se positiva para *Escherichia coli* (sensível a amoxclav. / cefuroxime; resistente a ampicilina) e quanto ao estudo analítico realizado no dia 02/11/2022 revelou leucócitos 17000, neutrófilos 20%, linfócitos 61% e PCR > 0,6, urina tipo II sem alterações. Mantinha-se apirético, com bom estado geral, mucosas coradas e hidratadas e sem sinais de dificuldade respiratória. Após discussão da equipa médica decidiram internar o latente no serviço de pediatria dado à sua idade e para iniciar antibioterapia cefuroxima, gentamicina e fluidoterapia endovenosa (NaCl 0,9% + glicose 5%).

Ao longo do internamento atendendo à excelente evolução clínica com hemocultura

negativa, foi decidido ao quinto dia alterar a antibioterapia instituída para amoxicilina + ácido clavulânico que manteve durante cinco dias. Após cumprimento de terapêutica instituída, o latente teve alta encontrando-se com bom estado geral, clinicamente melhorado, evolução ponderal satisfatória, alimentando-se na totalidade com boa tolerância e com ganho ponderal médio diário: 66g/dia, dejeções e micções mantidas. Regressa ao domicílio com esquema terapêutico que contempla profilaxia antibiótica (trimetopim 0,5 ml) durante 60 dias e consulta de nefrologia pediátrica agendada.

Apreciação Inicial de Enfermagem

Relativamente à apreciação inicial de enfermagem o latente L. é nascido a 07/10/2022 de parto eutócico, peso à nascença de 2850 g, estatura 47 cm, perímetro cefálico 33.0 cm, índice de Apgar 9/10, grupo sanguíneo ARh+. Apresenta bom estado geral, mucosas coradas e hidratadas, eupneico em ar ambiente, sem sinais de dificuldade respiratória. Mãe nega medicação habitual (ainda não iniciou vitamina D), sem internamentos ou cirurgias prévias, desconhece alergias medicamentosas e até à data programa nacional de vacinação atualizado. Quanto à sua alimentação cumpre com leite materno em livre demanda e leite adaptado cerca de 90 ml após cada aleitamento.

O latente L. reside com a sua mãe de 38 anos aparentemente saudável, o pai de 39 anos que como antecedente portador de artrite reumatoide e três irmãos do sexo masculino com 13, 9 e 3 anos todos aparentemente saudáveis. Segundo o pai e a mãe residem numa habitação com as condições básicas asseguradas, sem animais de estimação e sem exposição ao tabaco.

Durante o internamento teve um aumento de peso a 7/11 = 3500 g, a 10/11 = 3900 g e a 14/10 = 4160 g, após indicação médica foi alterado antibioterapia e realizado exame complementar de diagnóstico (ecografia renal e vesical a 09/11) que não revelou qualquer alteração. Os pais acompanharam o latente ao longo do internamento demonstrando afetividade e prestaram cuidados sempre com segurança. No final do internamento os mesmos

apresentavam labilidade emocional visto o irmão de 9 anos ter sido hospitalizado para uma intervenção cirúrgica programada mas que alterou por ainda mais a rotina familiar e suporte aos restantes filhos no domicílio, acrescentando ao facto de que o atual internamento do latente L. estar a prolongar-se ao longo dos dias devido à alteração da antibioterapia.

Figura 1 – Genograma (Anexo A)

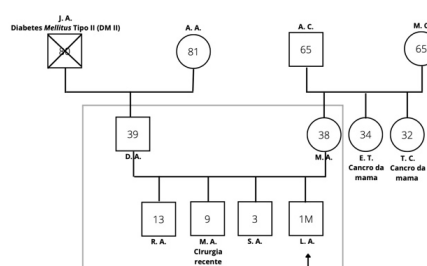
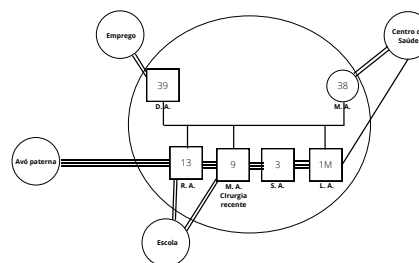


Figura 2 - Ecomapa (Anexo B)



Para executar a avaliação do desenvolvimento infantil do latente alvo deste estudo caso, recorri à Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil - Growing Skills que seguidamente irei apresentar as competências que o latente revela e se estas vão de encontro ao que é expectável que um latente de 1 mês cumpra.

- Colaborar com a família: na busca de estratégias e soluções;
- Reforçar a importância da estrutura familiar de suporte (avó materna e tias).

DISCUSSÃO

Formuladas as intervenções para os diagnósticos selecionados, dediquei esta secção do trabalho à análise e reflexão pessoal, tendo por base um enquadramento teórico-científico fidedigno e atual.

Infeção

Segundo a CIPE infeção é um processo patológico, invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo.

Para Carvalhães & Andrade (2007) citado por Fiol et al. (2008) o objetivo do tratamento da infeção urinária na criança, no primeiro episódio, é o alívio do quadro sintomático do paciente e a preservação do trato urinário superior, minimizando o aparecimento de lesões cicatriciais do parênquima renal. É aconselhável, sempre que possível a antibioticoterapia, ser baseada no antibiograma realizado com uma amostra de urina do paciente. O início do tratamento não deve ser retardado e a terapêutica empírica deve ser instituída após a colheita da urina para os exames já citados.

De acordo com Pinho et al. (2013) os recém-nascidos e latentes apresentam um risco acrescido a infeções devido à sua imaturidade imunológica e exposição frequente a procedimentos e dispositivos invasivos, a antibióticos de amplo espectro e a múltiplos cuidadores. Quanto menor a idade gestacional e o peso ao nascimento, maior o risco de infeção. É crucial adotar estratégias que visam diminuir o risco de infeção através da evicção da transmissão dos microrganismos pelos profissionais de saúde (higiene das mãos), do uso criterioso dos antimicrobianos, de cuidados rigorosos de assepsia na colocação e manutenção dos cateteres vasculares e do aumento das defesas do hospedeiro.

Recomenda-se alertar os pais para a possibilidade de nova ITU, aconselhando medidas higiénicas preventivas adequadas,

informar sobre sintomas para reconhecimento da ITU (febre sem origem e sintomas urinários como frequência das micções, cheiro e dor) e alertar para a necessidade de recorrer aos serviços de saúde caso apresente algum destes sintomas (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

O mesmo autor aponta que a área puriuretral é colonizada por bactérias anaeróbias e aeróbias do trato gastrointestinal que fazem parte da barreira de defesa contra microrganismos patogénicos. Em algumas circunstâncias, como o uso de certas fraldas na população pediátrica podem quebrar o equilíbrio dessa barreira e constituir fatores de risco para infeção no trato urinário ao favorecer a colonização periuretral por bactérias patogénicas das fezes, cabe ao EESIP alertar os pais para a mudança da fralda e cuidados de higiene frequentes.

Queiroz & Barroso (2005) citado por Silva (2015) referem que a hospitalização de uma criança oferece oportunidade para desenvolver medidas de promoção da saúde, ação indispensável em todas as fases de crescimento e desenvolvimento infantil. A Direção-Geral da Saúde (2013) acrescenta que uma das intervenções fundamentais para a obtenção contínua de ganhos em saúde na população pediátrica passa por prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e outros cuidadores, alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde.

Torna-se imprescindível que o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica vá de encontro às suas Competências Específicas, onde segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), este tem um papel preponderante a desempenhar na hospitalização da criança/jovem e sua família. A prestação de cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente proporciona educação para saúde, identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoas significativas, em qualquer contexto em que estes se encontrem. As intervenções promotoras de conforto e de prevenção ou gestão da dor são uma preocupação na maximização do potencial de desenvolvimento e na gestão do bem-estar da criança e dos pais em situações de especial



complexidade e em qualquer altura do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem.

Stress Parental

A hospitalização de uma criança é sempre geradora de instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, capaz de desencadear uma situação de crise: os pais podem considerar que falharam no exercício do seu papel e nas expectativas que colocaram a si próprios, o que poderá prejudicar o seu funcionamento e as capacidades de apoio ao sofrimento do filho (Subtil et al., 1995 citado por Silva, 2015).

Segundo a CIPE *Stress* pode ser definido como um sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, constitui-se um sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis associado à dor e cansaço físico e mental. Muitos pais / cuidadores podem experienciar este sentimento ao longo da hospitalização dos seus filhos tal como relatado no caso clínico apresentado, cabe ao EESIP adotar um conjunto de intervenções e mecanismos para apoiá-los.

Jorge (2004) citado por Rocha (2012) aponta que a condição de doença e a eminência da hospitalização aparecem muitas vezes sem avisar e a família depara-se com uma nova realidade tendo que dar todo um conjunto de respostas de forma a encarar esta situação. Esta experiência de transição parental do tipo situacional, como é a situação de doença e hospitalização, implica equacionar mudanças individuais e familiares capazes de perturbar o desenvolvimento emocional da criança e dos pais. A autora refere ainda que o afastamento entre pais e crianças durante a hospitalização, seja qual for a idade da criança, o seu estágio de desenvolvimento, o ciclo vital da família, a relação com a pessoa ausente e a natureza da separação, podem produzir efeitos transitórios leves e/ou sequelas significativas, tendo em conta as relações existentes no seio familiar.

Farrel (1994) citado por Silva (2015) aponta que o Enfermeiro deve prestar cuidados especializados de enfermagem em vários momentos do internamento da criança, estabelecer estratégias de apoio que permitem o envolvimento dos membros da família nos cuidados à criança doente, desenvolver um

plano de intervenção e ensinamentos, partilhando técnicas e conhecimentos, salientando as capacidades da família para cuidar da criança e também possui responsabilidades no encaminhamento e recurso para outros profissionais de saúde.

A capacidade da família e a vontade demonstrada devem ser reconhecidas e valorizadas no planeamento e prestação de cuidados, sendo primordial que as enfermeiras pediátricas no dia-a-dia do seu trabalho sigam esta filosofia colaborando com os principais responsáveis pelo cuidado à criança, os seus pais. Os estudos demonstraram que quando os pais sentem que os profissionais de saúde confiam neles e são participantes ativos nos cuidados à criança, dão continuidade ao seu papel parental no ambiente hospitalar, reduzindo a sua ansiedade e *stress* (Rocha, 2012).

A autora referida anteriormente acrescenta ainda que a ansiedade dos pais diminui quando estes permanecem com os seus filhos no hospital, quando a interação com os profissionais é boa e sobretudo se recebem informações adequadas às suas necessidades e à medida que se vão familiarizando com o ambiente, passando a sentir necessidade de modificar o seu papel. Os enfermeiros poderão desta forma ter um papel vital no *empowerment* dos pais, facilitando a compreensão do desenvolvimento da criança, que possibilite uma aprendizagem sobre o seu potencial e principalmente apoiando os pais a empreenderem o seu papel.

Desta forma é fundamental que o EESIP vá de encontro ao preconizado nas suas Competências Específicas, que de acordo a Ordem dos Enfermeiros (2018), este deve comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura atendendo que deve demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. Só assim o EESIP conseguirá apoiar a família diminuindo o *stress* e proporcionando uma parentalidade positiva promotora de um adequado desenvolvimento infantil.

Processo familiar comprometido

Segundo o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey os pais são os



melhores prestadores de cuidados dos seus filhos e os enfermeiros têm como principal papel promover o empoderamento dos mesmos no processo de cuidar. Para preservar o crescimento e o desenvolvimento da criança, esta precisa de proteção, estímulo e amor, reconhecendo-se aqui a primazia no papel fundamental da família, nomeadamente dos pais, na participação dos cuidados prestados à criança (Mano, 2002).

Sabe-se que a hospitalização de um membro da família causa inúmeras mudanças nas rotinas e nas relações familiares, atingindo também as crianças. Elas sofrem muito quando afastadas das pessoas com quem mantém os seus vínculos, devido ao facto de possuírem recursos mais restritos para lidar com essa situação, o que pode aumentar significativamente o nível de *stress* provocado pelo impacto desse evento (Bezerra & Veríssimo, 2012).

Processo familiar é definido pela CIPE como um processo de interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família.

Tendo em conta a família abordada neste estudo caso e as dificuldades que passaram após a hospitalização do latente e posteriormente do irmão, torna-se imprescindível compreender que a hospitalização constitui um processo que provoca mudanças na dinâmica familiar e rutura com o estilo de vida habitual, exigindo uma nova organização das suas atividades, pois implica deslocamentos frequentes, aumento das despesas, faltas ao trabalho e ausência do lar. Revela-se, ainda, uma situação geradora de stress, e de sentimentos de angústia, impotência, preocupação e incerteza, capaz de afetar o desempenho do papel parental (Darbyshire, 1993 & Jorge, 2004 citado por Lopes, 2012).

A mesma autora realça que o sucesso da resposta dos pais à hospitalização, bem como a sua capacidade para enfrentar a situação, é amplamente influenciada pelo trabalho executado pelo enfermeiro que deve desenvolver um papel ativo e interventivo, quer com a criança quer com a família, uma vez que é o profissional que mais de perto os acompanha. É indispensável que os enfermeiros reconheçam a família como alvo da sua atenção, desenvolvendo uma relação de ajuda, com benefícios crescentes para a

adequação do papel parental e, consequentemente para a adaptação da criança doente e hospitalizada.

Quando as crianças adoecem, os pais sofrem no seu amor, mas também vivem a rutura do seu projeto e da sua ambição. A sua angústia ajusta-se muito a um sentimento de fracasso e impotência, e traduz-se, muitas vezes, por uma agressividade dirigida a si próprios, mas que se repercute em todo o sistema, gerando, por vezes, conflitos no seio familiar e entre a família e os profissionais de enfermagem (Jorge, 2004. Citado por Lopes, 2012). Cabe ao EESIP reconhecer a família como alvo da sua atenção, desenvolvendo uma relação de ajuda, com benefícios crescentes para a adaptação do papel parental e, consequentemente para a adaptação da criança doente e hospitalizada. A consciencialização desta premissa permite ao enfermeiro reconhecer o recurso ímpar e natural que tem a seu alcance - os pais - que se constituem, simultaneamente, como clientes dos cuidados de enfermagem.

Em suma através da implementação das intervenções delineadas para cada diagnóstico de enfermagem anteriormente apresentados, foi possível atingir com sucesso os seguintes resultados: infeção a nível decrescente (visto que o latente teve alta com indicação para cumprimento de antibioterapia no domicílio e valores analíticos melhorados), stress parental a nível decrescente (os pais demonstraram emoções positivas e tranquilidade) e processo familiar efetivo (mãe verbalizou que agora poderia dar mais atenção aos outros filhos e à sua relação em quanto casal).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A infeção no trato urinário é uma patologia frequente em idade pediátrica, com fatores de risco, sintomas e meios de diagnóstico diversos levando em quase todos os casos de latentes a serem hospitalizados.

A hospitalização de uma criança acarreta inúmeras alterações nas dinâmicas familiares podendo levar a que o seu processo familiar fique comprometido. Uma abordagem em que a escuta e a promoção da relação de ajuda sejam privilegiadas, permite que o EESIP potencie a promoção, a autonomia e o bom funcionamento familiar. Os cuidados a um latente com ITU não se baseiam apenas na manutenção das suas

necessidades básicas, mas sim, na promoção da parentalidade durante a hospitalização e nos cuidados em parceria, bem como no apoio à família durante a prestação de cuidados de saúde à criança que muitas vezes passam por situações de *stress*. O enfermeiro deve ainda manifestar genuíno interesse e preocupação pelo estado de saúde do latente e da família, procurando criar um clima que promova, ao mesmo tempo, segurança, confiança e compreensão.

O EESIP deve ter em conta que a avaliação do desenvolvimento infantil constitui-se como uma intervenção indispensável no cuidado à criança sendo a Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil - Growing Skills um instrumento essencial na identificação precoce de crianças com atrasos ou perturbações no desenvolvimento, permitindo uma intervenção precoce.

Na minha perspetiva, o modelo de parceria de cuidados da Anne Casey é deveras importante aquando o cuidar de um latente com ITU, pois a negociação da parceria de cuidados, sustentada na relação terapêutica, irá possibilitar o mais elevado nível de envolvimento dos pais na maximização da saúde. Este modelo possibilita também a promoção do exercício de uma parentalidade positiva, pois o enfermeiro, através da educação e partilha de experiência, estará a disponibilizar ferramentas para que os pais e as crianças enfrentem a hospitalização como uma experiência menos negativa.

Desta forma, após análise e reflexão fundamentada do estudo de caso exposto, considero que atingi, com sucesso, os objetivos inicialmente delineados. Alcancei um aumento dos meus conhecimentos para uma intervenção especializada enquanto EESIP, perante um latente com infeção no trato urinário e sua família, planeando intervenções direcionadas para a infeção, o *stress* e o processo familiar.

Aponto como limitações à elaboração deste estudo caso, a gestão de tempo para execução minuciosa e refletida do mesmo, tendo em conta outros projetos laborais e familiares.

Em suma, é fundamental compreender que a hospitalização de uma criança é sempre geradora de instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, com capacidade para desencadear uma situação de crise, logo, para

que os pais possam ajudar a criança durante a hospitalização é necessário que os enfermeiros se centrem no papel parental, identifiquem quais as suas necessidades sentidas durante a mesma facilitando a adaptação da criança e da família à hospitalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bezerra, S. L., Verissimo. M. L. R. (2002). A experiência de ser irmão de uma criança doente e hospitalizada: uma análise da literatura. *Revista Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. 2(1), 29 – 35.

Caetano, F. I. R. (2012). *A criança com infeção urinária* (Tese para obtenção do Grau de Mestre em Medicina). Universidade do Porto, Porto. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72061/2/28990.pdf>

Campos, T., Mendes, P. & Maio, J. (2006). Infecção urinária na criança. *Acta Urológica*. 23(4), 19-23.

CARE. (s.d.). The importance of case reports. Case Report Guidelines. Retrieved from <https://www.care-statement.org/case-reports>

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_010_2013-05.2013.pdf

Fiol, F. S. D., Lopes, L. C. & Bôro, A. C. (2008). Tratamento antimicrobiano das infeções do Trato urinário em crianças. *Revista Eletrônica de Farmácia*. 3, 39 – 45.

Lopes, N. M. Q. (2012). *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspetiva dos enfermeiros*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE%20NATALIA%20LOPES.pdf>

Mano, M. J. (2002). Cuidados em parceria as crianças hospitalizadas: Predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Revista Referência*, 53–60.



Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Guía de Práctica Clínica sobre Infección del Tracto Urinario em la Población Pediátrica. *Guías de Práctica Clínica em El SNS, 1*, 1 - 284.

Norma nº 008/2012. **Direção-Geral da Saúde**. 008 (16-12-12) 1-15. [Consult. 21 nov. 2022]. Disponível em http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIA%20EM%20PEDIATRIA/NORMA%20GS_008.2012.pdf

Rocha, C. M. S. (2012). *Stress parental em pais de crianças hospitalizadas: influência de variáveis socio demográficas e clínicas*. (Dissertação para obtenção do do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem). Instituto Politécnico de Viseu, Viseu. Retrieved from <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1526/1/ROCHA%20Cristina%20Maria%20Sousa%20Figueirinha%20c%20Stress%20parental%20em%20pais%20de%20crianças%20hospitalizadas.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica *Cadernos Ordem dos Enfermeiros*. 1 (3), 1 - 136.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Cadernos Ordem dos Enfermeiros*. 1 (8), 1 - 43.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Regulamento nº 422/2018. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8348/1919219194.pdf>

Pinho, L. Pinto, J. Braga, A. C., Gouveia, S. Matos, L. Pombeiro, J. & Almeida, A. (2013).

Infeções associadas aos cuidados de saúde numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: avaliação da eficácia das estratégias de prevenção implementadas. *Nascer e Crescer*. 22(4), 210-215.

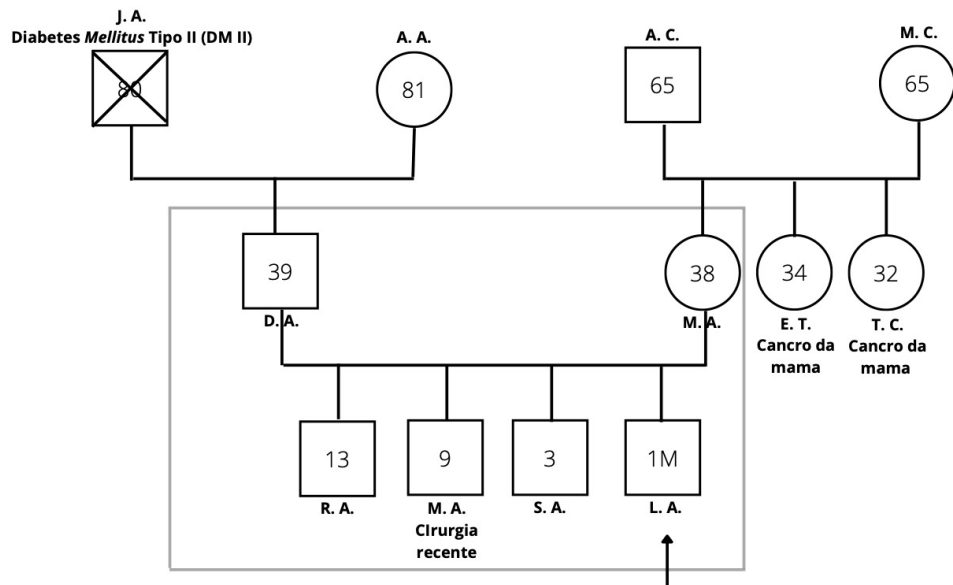
Rebello, A. M. C. N. (2014). *Infeções do trato urinário por Escherichia coli e proteus mirabilis em Idade pediátrica: justificam diferentes Atuações?* (Tese para obtenção do Grau de Mestre em Medicina). Universidade de Coimbra, Coimbra. Retrieved from https://eg.uc.pt/bitstream/10316/31869/1/Infeções%20do%20trato%20urinário%20por%20Escherichia%20coli%20e%20Proteus%20mirabilis%20em%20idade%20pediátrica-justificam%20diferentes%20atuações_fm~1.pdf

Silva, E. M. H. (2015). *A Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade: pais com criança em situação de doença*. (Tese para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem). Instituto Politécnico de Santarém, Santarém. Retrieved from <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1346/1/A%20Intervenção%20do%20Enfermeiro%20na%20promoção%20da%20Parentalidade%20-%20Relatório%20de%20Estágio%20Elsa%200Silva.pdf>

Smith, L. & Coleman, V. (2010). *Child and family-centred healthcare: Concept, theory, and practice*. 2^o edition Houndmills, Basingstoke England; New York: Palgrave Macmillan.

Varajidás, C., Machado, M., Mota, M., Martins, R., Lisboa, M., Soares, I., Sousa, S., & Leitão, J. (2017). Psychometric properties of the schedule of growing skills II: Portuguese version. *Psychologica*. 60(1). 7-18. DOI: https://doi.org/10.14195/1647-8606_60-1_1

Anexo A – Genograma



Legenda:

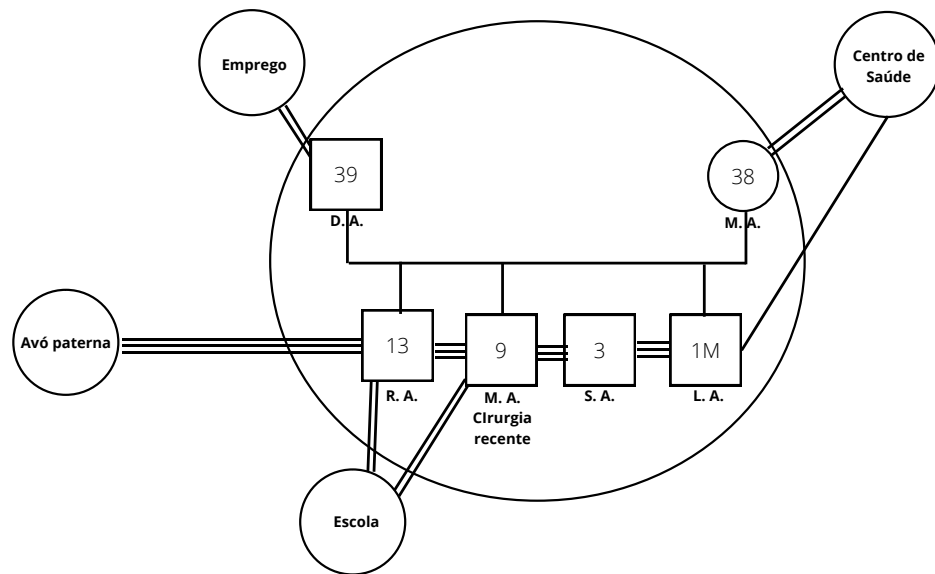
 Masculino

 Femenino

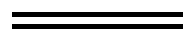
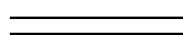
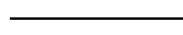
 Casamento

 Agregado familiar

Anexo B – Ecomapa



Legenda:

-  Relação muito forte
-  Relação forte
-  Relação fraca

Anexo C - Aplicação da Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil
- Growing Skills

SGS II – ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL
Folha de Registo - 1 M

Nº de Ficha:

Nome: L. J. C. A. Data de Nascimento: 07/10/22

Morada: SANTA CRUZ Data de Nascimento Esperada: _____

Nome dos Pais: Pai: D. F. V. A. Sexo: Feminino Masculino
Mãe: M. T. F. V. C. A.

	Primeira Avaliação	Segunda Avaliação	Terceira Avaliação	Quarta Avaliação
Data e Local da avaliação	<i>amento Pediatria 10-11</i>			
Idade	<i>1 mês</i>			
Comentários	<i>Normal</i>			
Acção	<i>Nova avaliação dentro de 2 meses (Janeiro 2023)</i>			
Avaliador	<i>Heloísa Júlio</i>			



Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial, sob qualquer forma ou meio, nomeadamente fotocópia.
As infracções serão penalizadas nos termos da legislação em vigor.

Data das Avaliações

Data das Avaliações

Gestão da dor na criança pré-escolar uma competência do Enfermeiro Especialista: a música como estratégia não farmacológica | 2023



COMPETÊNCIAS NO CONTROLO POSTURAL PASSIVO	Desenvolvimento	Infatig		
Decúbito Dorsal				
1. Cabeça centrada em relação ao tronco	1	X		
2. Levanta as pernas até à posição vertical e agarra os (olha para os pés)	2			
Suspensão Ventral				
3. Cabeça em alinhamento com o tronco, ancas em semi-extensão	1	X		
4. Cabeça acima da linha do tronco, ancas e ombros em extensão	2			
Puxar para sentar				
5. Cabeça descaída para trás, quando se puxa a criança para a sentar com o tronco vertical; a cabeça fica momentaneamente direita, antes de descair para a frente	1	X		
6. Cabeça pouco ou nada descaída	2			
7. Puxa os ombros para a frente e faz força para se sentar	3			
Posição Sentada (com apoio de um adulto)				
8. Costas curvadas	1			
9. Costas direitas	2			
Resultado das Competências no Controlo Postural Passivo	3			

COMPETÊNCIAS NO CONTROLO POSTURAL ACTIVO	Desenvolvimento	Infatig		
Decúbito Ventral				
10. Cabeça de lado, apoiada numa das faces, nádegas elevadas com os joelhos flectidos sob o abdómen, braços junto ao peito com os cotovelos flectidos	1			
11. Levanta a cabeça momentaneamente, nádegas	2	X		
12. Levanta a cabeça e a parte superior do tronco, se nos antebraços e mantendo as nádegas no plano de apoio	3			
13. Suporta o peso do corpo sobre os braços estendidos e as palmas das mãos abertas	4			
14. Adopta a posição de gatinhar	5			
Posição Sentada (sem apoio)				
15. Mantém-se sentado/a sem apoio embora só por uns momentos	1			
16. Mantém-se sentado/a sem apoio, por períodos prolongados (pelo menos durante 10 segundos)	2			
17. Consegue adoptar a posição sentada a partir das posições ventral ou dorsal	3			
Posição de Pé				
18. Quando segurado/a na posição de pé, suporta algum peso do corpo nos pés	1			
19. Quando segurado/a na posição de pé, suporta a totalidade do peso do corpo nos pés	2			
20. Consegue manter-se de pé com apoio	3			
21. Consegue pôr-se de pé	4			
Resultado das Competências no Controlo Postural Activo	2			

COMPETÊNCIAS MANIPULATIVAS (CONT.)	Desenvolvimento	Infatig		
Cubos				
(55). ■ Torre com 2 cubos	1			
(56). ■ Torre com 3 cubos	2			

COMPETÊNCIAS LOCOMOTORAS	Desenvolvimento	Infatig		
Movimento e Equilíbrio				
22. Rebola e contorce-se para se deslocar	1			
23. Tenta gatinhar, rastejar ou deslocar-se na posição sentada (nati-gradação/"shuffler"), para se movimentar	2			
24. Consegue andar quando lhe seguram as mãos, suportando todo o peso do corpo nos pés	3			
25. Anda agarrado/a à mobília (ou empurrando rodas)	4			
26. Anda sozinho/a, com os pés afastados e os braços levantados para manter o equilíbrio	5			
27. Anda bem, com os pés ligeiramente afastados; consegue contornar esquinas e parar bruscamente	6			
28. Apanha objectos do chão sem cair	7			
29. Corre de forma confiante, parando e recomeçando cuidadosamente e evitando obstáculos	8			
30. Salta, levantando os dois pés do chão	9			
31. Anda em bicos de pés	10			
32. Corre em bicos de pés	11			
33. Salta de pé-coxinho três vezes	12			
34. Consegue andar, pé ante pé (dedos com e calcanhar), dando, no mínimo, 4 passos	13			
35. Apoia-se, pelo menos durante 8 segundos, em cada um dos pés separadamente	14			
Subir e Descer Escadas				
36. Sobe escadas gatinhando	1			
37. Sobe escadas de mão dada, colocando os 2 pés em cada degrau	2			
38. Sobe e desce escadas de forma confiante, colocando os 2 pés em cada degrau	3			
39. Sobe escadas sozinho/a (colocando 1 pé em cada degrau) e desce (colocando os 2 pés em cada degrau)	4			
40. Sobe e desce escadas sozinho/a - colocando um pé em cada degrau (tal como os adultos)	5			
41. Sobe escadas a correr	6			
Resultado das Competências Locomotoras				

COMPETÊNCIAS MANIPULATIVAS	Desenvolvimento	Infatig		
Aptidão Manual				
42. Mãos fechadas sobre o polegar	1	X		
43. Olha para as mãos e brinca com os dedos	2			
44. Aperta as mãos pressionando as palmas uma contra a outra	3			
45. ■ Preensão palmar	4			
46. ■ Passa um brinquedo de uma mão para a outra	5			
47. ■ Segura dois cubos, um em cada mão, juntando-os	6			
48. ■ Preensão de pinça inferior	7			
49. ■ Preensão de pinça fina	8			
50. ■ Atira brinquedos para o chão intencionalmente (lançamento)	9			
51. ■ Vira páginas de um livro, várias em simultâneo	10			
52. ■ Vira páginas de um livro, uma de cada vez	11			
53. ■ Coloca 10 pinos dentro de uma chávena em 30 segundos	12			
54. ■ Coloca 8 pinos no tabuleiro para pinos em 30 segundos	13			

Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial, sob qualquer forma ou meio, nomeadamente fotocópia. As infracções serão penalizadas nos termos da legislação em vigor.

COMPETÊNCIAS NA AUDIÇÃO E LINGUAGEM	Desenvolvimento	Infatig		
Função Auditiva				
90. Sobressalta-se devido a um barulho súbito	1			
91. Responde à voz	2			

Tabela de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil				
(57) ■ Torre com 7 ou mais cubos	4			
(58) ■ Constrói uma ponte, após demonstração	5			
(60) ■ Constrói 3 degraus com 6 cubos após demonstração	6			
Desenho				
(61) ■ Faz rabiscos, movimentando o lápis de um lado para o outro	1			
(62) ■ Faz rabiscos circulares	2			
(63) ■ Imita uma linha vertical e/ou horizontal	3			
(64) ■ Imita um círculo	4			
(65) ■ Imita uma cruz	5			
(66) ■ Imita um quadrado	6			
Desenho da Figura Humana				
(67) ■ Desenha a cabeça e outra parte do corpo	1			
(68) ■ Desenha a cabeça, as duas pernas e dois braços	2			
(69) ■ Desenha a face, o tronco, as pernas e os braços	3			
Resultado das Competências Manipulativas	1			

COMPETÊNCIAS VISUAIS				
Função Visual				
70. ■ Volta-se na direcção de uma luz difusa	1			
71. ■ Fixa, por um breve período de tempo, um pompom à distância de 30 cm	2			
72. ■ Segue com o olhar um objecto que oscila num movimento pendular de 90°	3	X		
73. ■ Segue com o olhar um objecto que oscila num movimento pendular de 180°	4			
74. ■ Converte os olhos quando um objecto se aproxima	5			
75. ■ Aponta o dedo com precisão para um objecto pequeno	6			
Compreensão Visual				
(76) ■ Vê o brinquedo cair, mas não o procura no chão com o olhar (não há noção de permanência do objecto)	1			
(77) ■ Procura o brinquedo com o olhar no local correcto onde este caiu (há noção de permanência do objecto)	2			
(78) ■ Procura o brinquedo perdido	3			
(79) Observa, com interesse, movimentos das pessoas que se encontram a alguma distância ou que vê através de uma janela	4			
(80) Aponta com o dedo para objectos distantes	5			
(81) ■ Mostra interesse por imagens	6			
(82) ■ Reconhece detalhes no Livro de Figuras	7			
(83) ■ Completa o Quadro de Encaixe com formas geométricas	8			
(84) ■ Completa o Quadro de Encaixe com peixes	9			
(85) ■ Reconhece pequenos detalhes de uma imagem	10			
(86) ■ Combina 2 cores	11			
(87) ■ Combina 4 cores	12			
(88) ■ Combina todas as 10 cores do cartão	13			
89. ■ Realiza o teste de visão linear (6 metros)	14			
Resultado das Competências Visuais	3			

Data das Avaliações				
COMPETÊNCIAS NA FALA E LINGUAGEM (CONT)				
122. Junta 2 ou mais palavras para construir frases simples	7			
123. Nomeia objectos e figuras familiares	8			
124. Fala numa linguagem habitualmente entendida pela mãe	9			
125. Utiliza palavras interrogativas (p.e. o quê, onde?) e utiliza 2 pronomes pessoais (p.e. eu, tu)	10			
126. Consegue manter conversas simples e descrever acontecimentos	11			

92. Olha em direcção da voz dos pais	3			
Compreensão da Linguagem				
93. Vira a cabeça em direcção da fonte sonora	1			
94. Está atento/a aos sons do seu dia a dia	2			
95. Compreende o significado de "não"/"adeus"	3			
96. Reconhece o próprio nome	4			
97. Compreende o nome de objectos ou pessoas que lhe são familiares	5			
98. ■ Consegue seleccionar 2 objectos de um grupo de 4	6			
99. Consegue indicar 2 partes do corpo que lhe são (p.e. olhos e mãos)	7			
100. ■ Consegue indicar as partes do corpo de uma boneca (p.e. olhos e barriga)	8			
101. ■ Executa uma ordem com duas acções	9			
102. ■ Mostra compreender os verbos, utilizando figuras que representam diferentes acções	10			
103. ■ Mostra compreender as funções dos objectos, utilizando figuras	11			
104. ■ Mostra compreender preposições	12			
105. ■ Mostra compreender adjectivos relacionados com o tamanho	13			
106. ■ Mostra compreender a negação	14			
107. ■ Executa uma ordem com duas instruções	15			
108. Compreende perguntas de alguma complexidade	16			
109. ■ Executa uma ordem com três instruções	17			
110. ■ Compreende a negação em frases complexas	18			
Resultado das Competências na Audição e Linguagem				

COMPETÊNCIAS NA FALA E NA LINGUAGEM				
Vocalização				
111. Emite sons guturais	1	X		
112. Vocaliza quando está contente	2			
113. Ri, sorri e grita quando brinca	3			
114. Palavra continua e melodiosamente (variando a voz)	4			
115. Imita sons produzidos pelos adultos (tosse, "brrrr" estalar os lábios)	5			
Linguagem Expressiva				
116. "Jargão" constante recorrendo a vogais e muitas consoantes	1			
117. Utiliza uma palavra com significado	2			
118. Comunica, recorrendo simultaneamente a gestos e vocalizações	3			
119. Utiliza várias palavras (pelo menos 4) com	4			
120. Utiliza mais de 7 palavras com significado	5			
121. Tenta repetir as palavras que são verbalizadas por outros	6			

Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial, sob qualquer forma ou meio, nomeadamente fotocópia. As infracções serão penalizadas nos termos da legislação em vigor.

Data das Avaliações				
COMPETÊNCIAS NA AUTONOMIA PESSOAL				
Alimentação				
157. Leva as mãos ao biberão quando alimentado/a	1			
158. Agarra a colher	2			
159. Segura, morde e mastiga pequenos pedaços de comida	3			
160. Consegue beber um copo, com ajuda	4			
161. Segura a colher mas não se alimenta	5			




128. Com alguma imprecisão, consegue relatar acontecimentos recentes	13				
129. Discurso claro e fluente	14	Resultado das Competências na Fala e Linguagem			
130. ■ Consegue construir uma frase com 5 ou mais palavras	15	1			
131. ■ Consegue descrever uma sequência de eventos	16				
132. ■ Consegue dar uma explicação para os eventos	17				

COMPETÊNCIAS NA INTERACÇÃO SOCIAL					
Comportamento Social					
133. Sorri	1	X			
134. Responde positivamente ao toque amistoso	2				
135. Aprecia o banho e os cuidados diários	3				
136. ■ Leva tudo à boca	4				
137. Mostra aborrecimento quando é contrariado/a	5				
138. Bate palmas ou acena "adeus"	6				
139. Explora os objectos no ambiente circundante	7				
140. Imita as actividades diárias	8				
141. Comportamento rebelde	9				
142. Brinca com outras crianças mas não partilha os brinquedos	10				
(143). Partilha brinquedos	11				
(144). Mostra interesse pelos irmãos e companheiros de brincadeira	12				
145. Ajuda activamente os irmãos e companheiros de brincadeira	13				
146. Nomeia os melhores amigos	14				
Brincar					
147. ■ Abana uma roca	1				
148. ■ Procura um brinquedo que está parcial, mas não totalmente, escondido	2				
149. ■ Encontra rapidamente um brinquedo escondido	3				
(150). ■ Explora, com interesse, as propriedades e funcionalidades dos brinquedos e de outros objectos	4				
151. Brinca com satisfação sozinho/a ou junto de um familiar	5				
(152). Brinca com destreza	6				
153. ■ Chuta uma bola pequena	7				
154. ■ Atira uma bola pequena com o braço erguido	8				
(155). ■ Espera pela sua vez nas brincadeiras	9				
(156). Participa em brincadeiras de forma cooperativa e imaginativa, respeitando as regras	10				
Resultado das Competências na Interação Social	1				

162. Segura a colher e leva-a à boca mas não consegue evitar que ela se vire	6				
163. Segura o copo com ambas as mãos e bebe sem derramar muito líquido	7				
164. Segura a colher e leva a comida à boca com segurança	8				
165. Levanta o copo com uma mão, bebe e volta a colocá-lo no lugar	9				
166. Come bem com a colher	10				
167. Come bem com a colher e o garfo	11				
168. Come com garfo e faca (apenas com uma pequena ajuda)	12				
169. Faz a refeição completa sem ajuda	13				
Higiene e Vestir					
170. Indica que as fraldas estão molhadas ou sujas, chorando ou contorcendo-se	1				
171. Antecipa a necessidade de cuidados de higiene com vocalizações ou agitação	2				
172. Mantém-se seco/a durante o dia	3				
173. Vocaliza ou chama a atenção para a necessidade de cuidados de higiene, em tempo razoável	4				
174. Mantém-se habitualmente seco/a durante a noite	5				
175. Lava as mãos	6				
176. Lava e seca as mãos, tenta escovar os dentes	7				
177. Lava e seca completamente a face e as mãos	8				
178. Veste-se e despe-se sozinho/a, excluindo abotoar botões ou fechos	9				
179. Veste-se e despe-se sozinho/a, incluindo abotoar botões ou fechos	10				
Resultado das Competências na Autonomia Pessoal					

Resultado das Competências Cognitivas					
Resultado das Competências no Controlo Postural Passivo	3				
Resultado das Competências no Controlo Postural Activo	2				
Resultado das Competências Locomotoras					
Resultado das Competências Manipulativas	1				
Resultado das Competências Visuais	3				
Resultado das Competências na Audição e Linguagem					
Resultado das Competências na Fala e Linguagem	1				
Resultado das Competências na Interação Social	1				
Resultado das Competências na Autonomia Pessoal					


 Authors: Martin Bellman, Susana F. Lingam e Anne Aslett
 Copyright © 1998 by NFER-Nelson Publishing Company, Ltd., UK.
 Copyright © 2003 by CEGOC-IEA para a tradução e adaptação portuguesa.
 Tradução e adaptação portuguesa: Amélia Moreira Rocha,
 Mónica Mota-Buda e Carla Ferreira.
 Edição CEGOC-IEA, Av. António Augusto Aguiar Nº21, 2º 1050-012 Lisboa.
 ISBN: 972-8817-09-6, Depósito Legal: 286281/04.
 Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial,
 sob qualquer forma ou meio, nomeadamente fotográfica. As infracções serão
 punidas nos termos da legislação em vigor. Este exemplar está impresso
 em tinta negra e azul. Apenas a negro é uma reprodução ilegal. Não a utilize.

APÊNDICE C – Quadro de objetivos para o estágio no serviço de internamento de pediatria – unidades de cirurgia

<p>1º Objetivo Geral: Desenvolver competências do enfermeiro especialista na área em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, na prestação de cuidados a crianças em diferentes fases do desenvolvimento, nas diversas situações de saúde, nas diferentes culturas e à família.</p>		
Objetivos Específicos	Atividades Planeadas	Recursos
<p>1. Conhecer a estrutura, dinâmica do serviço e a filosofia subjacente aos cuidados;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integração na equipa de enfermagem; - Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Entrevista à enfermeira chefe e EESIP tutora; - Compreensão da articulação existente entre o serviço e outras unidades de apoio à criança e família. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Chefe; - EESIP; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos do serviço.
<p>2. Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e jovem/família, em situações de internamento em situação doença/cirurgia programada, no sentido da melhoria do seu estado de saúde, promoção do seu crescimento e</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Leitura do processo das crianças; - Observação do estado geral da criança e estado emocional da família; - Promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança; 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Chefe; - EESIP; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos do serviço.

desenvolvimento atendendo às suas especificidades;	- Prestação de cuidados de acordo com o preconizado pelo serviço.	
2º Objetivo Geral: Desenvolver competências na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica com especial atenção na intervenção da música no alívio da dor na criança em idade pré-escolar e suas famílias.		
Objetivos Específicos	Atividades Planeadas	Recursos
1. Aprofundar conhecimentos sobre as intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança;	- Pesquisa bibliográfica; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Entrevista à enfermeira chefe e EESIP tutora;	Humanos: - Enfermeira Chefe; - EESIP; Materiais: - Normas e protocolos do serviço.
2. Observar como os EESIP utilizam na prática a música no controlo da dor na criança em idade pré-escolar	- Entrevista à enfermeira chefe e EESIP; - Observação na prática da utilização da música como estratégia não farmacológica;	Humanos: - Enfermeira Chefe; - Enfermeiros Especialista em ESIP; Materiais: - Normas e protocolos do serviço.

APÊNDICE D – Estudo de caso – a criança submetida a apendicectomia



A CRIANÇA SUBMETIDA A APENDICECTOMIA: Estudo de Caso

THE CHILD SUBMITTED TO APPENDECTOMY Case study

Heloísa Júlio ¹

¹ Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem de São José Cluny em parceria da Escola de Saúde Santa Maria

RESUMO

A apendicite aguda é a doença cirúrgica abdominal mais comum em idade pediátrica e continua a ser um dos principais diagnósticos diferenciais no abdómen agudo em qualquer idade. A apendicectomia por laparotomia, videoassistida ou laparoscópica é apontada como o tratamento standard desta patologia, tendo como objetivo prevenir complicações. Este meio de tratamento acarreta a hospitalização das crianças/jovem, que é sempre geradora de instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, capaz de desencadear uma situação de crise.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) tem um papel preponderante na intervenção junto a estas crianças e famílias, onde deverá estabelecer uma relação de confiança com base na empatia e no respeito mútuo, devendo centrar-se no papel parental, identificar quais as necessidades sentidas durante a hospitalização facilitando a adaptação da criança e da família à situação de crise. Para uma intervenção mais adequada, o Modelo de Parceria de Cuidados da Anne Casey torna-se um instrumento de excelência, uma vez que assume a negociação da parceria de cuidados, sustentada na relação terapêutica, como possibilidade de atingir o mais elevado nível de envolvimento dos pais na maximização da saúde.

Defini como objetivos, através da análise de um caso clínico (metodologia adotada tendo por base as *guidelines da case reports*): executar uma avaliação inicial de enfermagem; formular diagnósticos de enfermagem, tendo em conta os focos e possíveis intervenções de enfermagem na CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem de 2019); e, em última instância, aumentar conhecimentos para uma intervenção especializada enquanto EESIP.

Com a elaboração deste trabalho, fui capaz de compreender a estrutura e dinâmica familiar do caso apresentado, o desenvolvimento infantil preconizado para uma criança de 9 anos, assim como aferir que existem diversos focos, diagnósticos (dos quais destaco a “ferida cirúrgica no abdomen”, “dor” e “processo familiar comprometido”) e intervenções de enfermagem fundamentais para uma intervenção especializada do EESIP perante uma criança submetida a uma apendicectomia.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Criança; Família; Apendicectomia

ABSTRACT

Acute appendicitis is the most common abdominal surgical disease in children and remains one of the main differential diagnoses in the acute abdomen at any age. Appendectomy by laparotomy, video-assisted or laparoscopic, is considered the standard treatment for this pathology, with the aim of preventing complications. This means of treatment leads to the hospitalization of children/young people, which always generates instability and imbalance in the family system, capable of triggering a crisis situation.

The Specialist Nurse in Child and Pediatric Health (EESIP) has a leading role in intervening with these children and families, where they must establish a relationship of trust based on empathy and mutual respect, focusing on the parental role, identifying their needs during hospitalization,

aiming to facilitate the adaptation of the child and family to the crisis situation. For a more adequate intervention, the Anne Casey Care Partnership Model becomes an instrument of excellence, since it assumes the negotiation of the care Partnership Model, sustained in the therapeutic relationship, as a possibility of reaching the highest level of involvement of the parents in maximizing health.

I defined the following objectives, through the analysis of a clinical case (methodology adopted based on the case reports guidelines): perform an initial nursing assessment that includes the application of the Growing Skills Scale; formulate nursing diagnoses, considering the focuses and possible nursing interventions in the ICNP (2019 International Classification for Nursing Practice); and, ultimately, increase knowledge for a specialized intervention as EESIP.

In executing this academic study, I was able to understand the structure and family dynamics of the case presented, the child development recommended for 1 a 9-year-old child, as well as to verify that there are several focus, diagnoses (of which I highlight "surgical wound in the abdomen", "pain" and "compromised family process") and fundamental nursing interventions for a specialized intervention of the EESIP in the face of a child submitted to an appendectomy.

KEYWORDS: Nursing; Child; Family; Appendectomy.

INTRODUÇÃO

A apendicite aguda é uma das patologias mais comum em idade pediátrica com necessidade de tratamento cirúrgico. A sua incidência geral, nos Estados Unidos da América, é de cerca de 9.38 por 10 mil habitantes, sendo este número semelhante ao de estudos idênticos realizados em outros países de todo o mundo. Segundo dados da Organization for Economic Cooperation and Development, em Portugal, em 2015, foram realizadas 9.526 apendicectomias, num total de 92 procedimentos por 100.000 habitantes (Mendes, 2018).

Henriques et al. (2009) reforça que, a apendicite aguda é a doença cirúrgica abdominal mais comum em idade pediátrica e continua a ser um dos principais diagnósticos diferenciais no abdómen agudo em qualquer idade.

Para Lucena et al. (2016) a apendicite é mais incidente na segunda década de vida, sendo que menos de 5% dos diagnósticos são feitos em crianças com cinco anos ou menos, e que quanto mais nova for a criança, maior é a taxa de perfuração do apêndice, em decorrência da demora na confirmação diagnóstica, devido à natureza inespecífica do quadro.

No que concerne aos sintomas de uma apendicite aguda, Mendes (2018) destaca a dor abdominal periumbilical com início gradual que migra para o quadrante inferior direito, associada a náuseas, vômitos, anorexia, febre e sinais de irritação peritoneal. Lucena et al. (2016) destaca ainda que podem estar presentes os sinais de peritonite

localizada ou difusa, como defesa involuntária da musculatura abdominal, dor no quadrante inferior direito à palpação do quadrante inferior esquerdo (sinal de Rovsing positivo), dor no quadrante inferior direito à flexão e rotação interna da anca direita (sinal do obturador), dor no quadrante inferior direito à extensão da anca direita (sinal do ileopsoas) e dor à descompressão abdominal na região do ponto de Mc Burney (sinal de Blumberg).

Apesar dos sintomas clássicos descritos, estes constituem-se como inespecíficos, podendo ocorrer em doentes sem apendicite, sendo que em muitas crianças com a patologia apresentam algum aspeto atípico. Desta forma, a variedade de sintomas, aliada à dificuldade da anamnese e a falta de colaboração durante o exame físico em idades pediátricas, tornam do diagnóstico desafiante (Mendes, 2018).

O autor referido anteriormente destaca que, se o diagnóstico permanece incerto após a avaliação inicial pela história clínica, exame físico e avaliação laboratorial (leucócitos, neutrófilos e proteína C reativa) poderá haver necessidade de realização de exames complementares de imagem. A ecografia abdominal é apontada como um método não invasivo, livre de radiação ionizante, económico e eficaz no auxílio do diagnóstico de grande parte dos casos de apendicite pediátrica.

A abordagem da apendicite aguda varia com a sua extensão na apresentação. Apesar dos esforços das últimas décadas, as taxas de perfuração permanecem altas nas crianças, sendo, portanto, fundamental o diagnóstico precoce e tratamento atempado. Desta forma,

a apendicectomia por laparotomia, videoassistida ou laparoscópica é apontada como o tratamento standard desta patologia, tendo como objetivo prevenir complicações. Nas últimas décadas, a abordagem não cirúrgica desta patologia tem sido estudada, sendo que, a viabilidade e segurança do tratamento médico exclusivo, com antibioterapia em detrimento da apendicectomia, permanecem incertas em doentes pediátricos, sendo necessários mais estudos para definir indicações precisas na orientação do tratamento (Mendes, 2018).

Para Lucena et al. (2016), uma vez confirmado o diagnóstico de apendicite aguda, deve ser avaliado a integridade do apêndice cecal: se intacto, perfurado, com plastrão apendicular ou abscesso associados. Esta avaliação é baseada nos achados clínicos, define a conduta a ser seguida sendo que, todos os doentes com diagnóstico confirmado, independentemente da fase da doença, devem receber fluidoterapia, antibioterapia direcionada para a flora intestinal e analgesia.

Na apendicite aguda não complicada, vários estudos comprovaram a eficácia de uma dose de antibióticos profiláticos pré-operatória na redução das complicações infecciosas, sendo a antibioterapia após a cirurgia geralmente desnecessária. Na apendicite aguda complicada há necessidade do uso de antibióticos após a apendicectomia, para tratar a infeção local e prevenir as potenciais complicações. Mendes (2018) destaca ainda que pós- operatoriamente é adotado o esquema clássico de antibioterapia tripla (isto é, ampicilina, gentamicina e clindamicina ou metronidazol) fornecendo uma cobertura de amplo espectro para bactérias gram-positivas, gram-negativas e anaeróbicas, sendo seguro e eficaz.

Roque et al. (2018) reforça a ideia de que nas crianças com sintomas de apendicite aguda o diagnóstico deverá ser precoce com vista a não atrasar a intervenção cirúrgica. Destaca ainda a importância do uso de antibióticos no perioperatório, considerado uma ação de grande importância na diminuição da incidência de infeção persistente ou recorrente. O autor realça ainda que os doentes com apendicite complicada ou perfurada (definida pelo diagnóstico intraoperatório e/ou histopatológico de perfuração do apêndice) são mais propensos à formação de abscessos intra-abdominais do

que aqueles com apendicite não complicada, com necessidade de cobertura para agentes gram-negativos e anaeróbios. O mesmo é válido para profilaxia de infeção da zona em que ocorreu a intervenção cirúrgica.

Posto isto no decorrer da minha prática clínica no serviço de internamento de pediatria, optei pela escolha de um caso clínico de uma criança de 9 anos de idade com o diagnóstico de apendicite aguda submetido a uma apendicectomia por via laparoscópica, uma vez que é uma cirurgia frequente em idade pediátrica, com incidência e prevalência que considero significativa, sendo imperativo intervir eficazmente junto destas crianças e famílias enquanto EESIP.

Nesta linha de pensamento torna-se fundamental compreender que os processos de doença que se desenvolvem numa criança previamente saudável comprometem diretamente o bem-estar geral da sua família, na medida em que a mesma se vê forçada a enfrentar uma reformulação da sua estrutura, organização e dinâmica, de forma a cuidar da criança (Ramos e Figueiredo, 2020). O processo de adaptação à mudança, como é o caso da alteração do estado de saúde das crianças, obriga a que a família experimente um processo de adaptação à mudança, entendido por Afaf Meleis como “transição” e descrito como um acontecimento multidimensional e complexo que exige dos indivíduos uma reestruturação interior, dependente de fatores facilitadores e/ou inibidores que influenciam a sua passagem por um estado de instabilidade, como é exemplo da situação de doença, até atingir um novo estado de organização plena (Meleis, 2010).

Na Teoria das Transições de Afaf Meleis é descrito que a ocorrência de uma alteração no estado de saúde implica a ativação da transição saúde-doença, não só por parte da criança afetada, como também das pessoas e familiares que lhe são próximos (Meleis, 2012). O conhecimento do enfermeiro sobre a natureza das transições é então essencial para a compreensão do processo transicional que a família vivencia. Neste sentido, é imperatriz que o EESIP acompanhe de perto a criança e a família que passam pela transição saúde-doença, para que esta retorne da forma mais equilibrada possível ao seu estado de saúde pleno.

Os princípios descritos na Teoria das Transições de Afaf Meleis vão de encontro ao



Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey que coloca a criança e a respetiva família no centro dos cuidados de enfermagem.

Posto isto, perante a problemática descrita neste estudo de caso, foi crucial recorrer ao Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey uma vez que o mesmo destaca a parceria entre os enfermeiros e os pais para cuidar dos seus filhos, com vista ao bem-estar físico e mental da criança.

Enquanto agente facilitador do processo de transição, o EESIP encontra-se numa posição privilegiada para com a criança e família desenvolver cuidados de proximidade e excelência, promovendo uma relação de parceria de cuidados, cuja intervenção deve ser centrada na família. Desta forma, o enfermeiro apoia constantemente os pais e a criança na sua adaptação a novas realidades insurgentes da doença, enfrentando os seus desafios.

Smith & Coleman (2010), afirmam que os cuidados centrados na criança e família e os cuidados negociados são dois conceitos principais que facilitam a abordagem na parceria de cuidados. A negociação da parceria é considerada como o mais elevado nível de participação na prática de cuidados, requerendo uma forte comunicação entre os vários intervenientes no processo do cuidar (Lopes, 2012). Os enfermeiros especialistas em pediatria detêm competências ao nível da comunicação e negociação, estando predispostos a partilhar a sua experiência e conhecimentos, se a família ou a criança o desejar.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015) a doença é um fator desfavorável ao desenvolvimento da criança e que, pelo contrário, a família determina positivamente o estado emocional da mesma, quando esta se encontra internada é importante ter o pai, a mãe ou ambos ao seu lado, sobretudo em ambientes que desconhece e que lhe infligem ansiedade e dor, quer seja física ou mental. Cabe ao EESIP incentivar a parentalidade durante a hospitalização indo de encontro às suas competências específicas, descritas pela entidade supracitada anteriormente, onde este deve assistir a criança e o jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança, jovem e família nas situações de elevada complexidade e prestar cuidados específicos

em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem.

É crucial para além do exposto anteriormente, que o EESIP adote uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, devendo associar o seu conhecimento ao perfil de desenvolvimento da criança utilizando um instrumento de avaliação de desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização. Mais se aponta que todas as crianças devem ser submetidas a rastreio para identificar precocemente atrasos de ritmo ou incapacidades de desenvolvimento para receberem tratamentos rápidos e adequados que minimizem os prejuízos para a criança / família e os custos na saúde, favorecendo a sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Desta forma um dos instrumentos que podemos recorrer é Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil - Growing Skills que segundo Varajidás et al. (2017) é um instrumento de avaliação preciso e fiável, que avalia 10 áreas de desenvolvimento psicomotor em 14 faixas etárias em contexto de vigilância infantil (dos 0 aos 5 anos de idade).

Assim, o EESIP detém competências que permitem compreender o desenvolvimento infantil de cada faixa etária da criança, sendo que, este estudo caso foi elaborado com base num caso clínico de uma criança de 9 anos de idade.

O período do ciclo vital compreendido entre os 6 e os 10 anos, é designado por idade escolar. É um período marcado e influenciado pelo ambiente escolar, sendo este o contexto que maior influência tem, provocando um impacto expressivo nesta fase do desenvolvimento da criança e nas suas relações entre pares (Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo o autor referido anteriormente, a criança em idade escolar, fisiologicamente, tem determinadas características físicas e anatómicas típicas. Inicia-se com a queda dos primeiros dentes e terminará com o início da puberdade, sendo que é nesta fase que as diferenças visíveis entre os pares são superiores às do início, podendo desencadear perturbações emocionais se o aspeto físico não corresponder ao idealizado pela criança ou pelos próprios pares. É ainda realçado que a



maturação física não implica uma maturação social e emocional correlacionada.

Para Hockenberry e Wilson (2014) as crianças que entram na idade escolar começam a ter capacidade de relacionar as representações mentais com a representação verbal e simbólica, ou seja, tem competência para a representação mental de ações sem ter de as realizar fisicamente para as compreender. A esta fase do desenvolvimento cognitivo Piaget designou como estágio das operações concretas, sendo a competência mais relevante a aquisição da capacidade de leitura, passando a ser o recurso mais influente para a independência no sucesso escolar.

No que concerne ao desenvolvimento social, a criança em idade escolar ao entrar na escola, começa a explorar o meio ambiente, intensifica as relações interpessoais, começa um processo de independência em relação aos pais, tornando-se a identificação com os pares e a aceitação dos mesmos um pilar para a aquisição de sentimentos de segurança e construção da sua personalidade. (Hockenberry & Wilson, 2014).

Delineei como objetivos para a elaboração deste estudo de caso: executar uma apreciação inicial de enfermagem; formular diagnósticos de enfermagem, tendo em conta os focos e possíveis intervenções de enfermagem na CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem de 2019); e, em última instância, aumentar conhecimentos para uma intervenção especializada enquanto EESIP.

MÉTODO

De acordo com a CARE (s.d.), a metodologia do estudo de caso tem se mostrado relevante para reconhecer patologias novas ou raras, avaliar efeitos de intervenções terapêuticas, assim como eventos adversos e custos associados. Também permite melhorar a educação e a investigação em saúde baseada em problemas práticos. Fornecem evidências para se atingirem resultados positivos em contexto real da prática.

Posto isto, a metodologia adotada para a realização deste trabalho foi, precisamente, um estudo de caso, tendo por base as *guidelines* da *case reports*.

Seguidamente, passo a apresentar o caso clínico em estudo, assim como a sua

apreciação inicial de enfermagem recorrendo ao genograma e ecomapa.

Caso Clínico

A criança T. (sigla fictícia para garantir o anonimato e confidencialidade dos dados dos intervenientes), do género masculino, de 9 anos de idade, recorre ao serviço de urgência no dia 11/02/2023 por apresentar febre de temperatura máxima 38°C desde ontem (três episódios com intervalos de 6 horas entre si), um episódio de vômito alimentar no dia anterior, cinco dejeções de fezes pastosas sem sangue ou muco (no próprio dia) e dor ao nível da anca direita desde o dia anterior. A mãe e a criança negam história de traumatismo ou esforço físico bem como outras queixas algicas.

Após execução do exame objetivo, a criança deambulava inclinado para a frente, revelava dor à percussão abdominal e blumberg positivo. Foi realizado estudo analítico tendo este revelado leucócitos 13300, neutrófilos 10100 e PCR 150.46, sendo que, após foi contactado a cirurgia pediátrica que deu indicação para realização de uma ecografia abdominal e pélvica que confirmou uma apendicite aguda. Após os resultados de exames complementares de diagnóstico a equipa médica deu indicação para a criança ser internada no serviço de pediatria até disponibilidade do bloco operatório ficando em dieta zero, iniciando soroterapia e antibioterapia (cefotaxima endovenosa).

No dia 12/02/2023 foi realizada uma apendicectomia sob anestesia geral por via laparoscópica por apendicite gangrenada perfurada com abscesso localizado no flanco inferior direito, sendo que após ficou com indicação para cumprimento de antibioterapia (gentamicina e metronidazol) e fluidoterapia endovenosa (NaCl 0,9% + glicose 5%).

Ao longo do internamento a criança teve uma boa evolução clínica, tendo executado levante progressivo com tolerância, deambulou inicialmente com posição de defesa que normalizou. Iniciou água e progrediu para dieta geral e tolerou, bem como apresentou o padrão de eliminação intestinal e vesical normais. Relativamente aos pensos foram realizados a 17/02/2023, ferida cirúrgica com bordos coaptados e sem sinais inflamatórios. Os pais acompanharam

alternadamente a criança e colaboraram nos cuidados com segurança.

Apreciação Inicial de Enfermagem

Relativamente à apreciação inicial de enfermagem a criança T. é nascido a 31/12/2013 de parto eutócico, peso à nascença de 3200 g, estatura 45 cm, perímetro cefálico 32.0 cm, índice de Apgar 9/10, grupo sanguíneo ARh+. Apresenta bom estado geral, pele ligeiramente pálida e mucosas hidratadas, eupneico em ar ambiente, sem sinais de dificuldade respiratória. Pai nega medicação habitual, alergias medicamentosas desconhecidas, programa nacional de vacinação atualizado e foi submetido em 2017 a criptorquidia programada que decorreu sem intercorrências.

No que concerne à sua alimentação, o T. cumpre com uma dieta diversificada sem restrições ou alergias alimentares conhecidas e segundo mãe tentam que as principais refeições sejam com a família nuclear reunida.

A criança T. reside com a sua mãe de 36 anos e o pai de 39 anos aparentemente saudáveis e um irmão do sexo masculino com 5 anos aparentemente saudável. Segundo o pai e a mãe residem numa habitação com as condições básicas asseguradas, sem animais de estimação e sem exposição ao tabaco.

O T. frequenta o 3º ano numa escola pública, revelando que gosta muito dos professores e colegas. Tem uma atividade extracurricular – o karaté que segundo a criança é a sua parte favorita do dia.

O T. apresentou ao longo do internamento preocupação por não estar a frequentar a escola, as atividades extracurriculares e por ter saudades do irmão e dos amigos.

Os pais acompanharam a criança ao longo do internamento demonstrando afetividade e colaboraram nos cuidados sempre com segurança, contudo, revelaram preocupação na alteração das rotinas familiares dado a hospitalização repentina do T. e na gestão de sentimentos do irmão.

Figura 1 – Genograma (Anexo A)

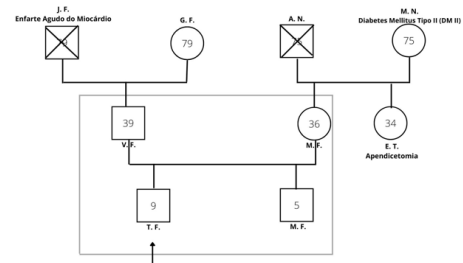
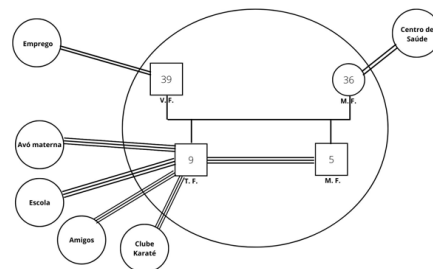


Figura 2 - Ecomapa (Anexo B)



A criança alvo deste estudo de caso segundo indicação da mãe foi sempre avaliada nos cuidados de saúde primários por uma EESIP tendo sido utilizado Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil - Growing Skills apresentando até aos 5 anos um desenvolvimento infantil adequado à idade.

Aos 9 anos idade o T. apresenta um desenvolvimento infantil adequado ao preconizado para a criança em idade escolar.

RESULTADOS

Após reflexão sobre o caso clínico apresentado e avaliação inicial de enfermagem executada, passo a apresentar os diagnósticos de enfermagem que considere relevantes a abordar neste estudo caso, tendo como referência a CIPE acessível através do respetivo browser, online.

Optei por aprofundar os seguintes três diagnósticos de enfermagem: “Ferida Cirúrgica no Abdómen”, “Dor” e “Processo Familiar Comprometido”. Selecionei estes três uma vez que a criança foi submetida a



uma apendicectomia, apresenta três feridas cirúrgicas que lhe provocam dor, necessitando de cuidados e ensinamentos. Tendo em conta ao expressado pelos pais face à hospitalização do filho considere prudente priorizar intervenções mais direcionadas ao processo familiar e para a parentalidade durante a hospitalização da criança. De seguida apresento as intervenções respetivas aos diagnósticos supracitados.

Ferida cirúrgica no abdómen

- Monitorizar temperatura corporal; (Gelape, 2007 citado por Carvalho, 2008; Equipa de Auto-avaliação, 2021)
- Monitorizar pressão sanguínea e frequência cardíaca; (Equipa de Auto-avaliação, 2021)
- Vigiar sinais e sintomas de infeção; (Gelape, 2007 citado por Carvalho, 2008)
- Vigiar penso ferida; (Gelape, 2007 citado por Carvalho, 2008)
- Executar penso ferida (5 dias após cirurgia); (Equipa de Auto-avaliação, 2021).
- Vigiar local de inserção do cateter venoso periférico;
- Administrar antibiótico de forma segura (preparar com assepsia e administrar tendo em conta os cinco certos da medicação - gentamicina e metronidazol); (Mendes, 2018)
- Validar conhecimentos dos pais sobre cuidados com o penso ferida;
- Reforçar conhecimentos dos pais sobre cuidados com o penso ferida: manter o penso limpo e seco e prevenir pele húmida;
- Validar conhecimentos dos pais sobre sinais de alarme (penso repassado, cheiro, rubor e/ou prurido);
- Reforçar conhecimentos dos pais sobre sinais de alarme; (Queiroz & Barroso, 2005 citado por Silva, 2015)
- Assegurar continuidade dos cuidados após a alta: marcação de consulta no centro de saúde da área de residência.

Dor

- Monitorizar dor (Escala Numérica); (Direção Geral da Saúde, 2010)
- Gerir terapêutica analgésica; (Equipa de Auto-avaliação, 2021)
- Aplicar intervenções não farmacológicas de controlo da dor; (Ordem dos Enfermeiros, 2013)
- Gerir técnica de distração: utilização de música preferida e de vídeos; (Ordem dos Enfermeiros, 2013)
- Assegurar a presença da mãe e/ou pai; (Ordem dos Enfermeiros, 2011a)
- Encorajar o repouso;
- Elogiar comportamentos positivos.

Processo familiar comprometido

- Escutar a família; (Lopes, 2012); (Costa et al., 2019)
- Avaliar disponibilidade para a parentalidade;
- Atender ao processo familiar: padrão relacional e funcionamento; (Darbyshire, 1993 & Jorge, 2004 citado por Lopes, 2012)
- Apoiar na crise familiar: mecanismos de coping familiar na adaptação à hospitalização;
- Avaliar expectativas: em relação aos cuidados de enfermagem;
- Colaborar com a família: na busca de estratégias e soluções;
- Incentivar a organização familiar; (Jorge, 2004 citado por Rocha, 2012)
- Reforçar a importância da estrutura familiar de suporte (avó paterna);
- Gerir regime de visitas: permitir visita do irmão;
- Incentivar mobilidade da mãe e a pai: idas a casa.

DISCUSSÃO

Formuladas as intervenções para os diagnósticos selecionados, dediquei esta secção do trabalho à análise e reflexão pessoal, tendo por base um enquadramento teórico-científico fidedigno e atual.

Ferida cirúrgica no abdómen

Segundo a CIPE (2019) ferida cirúrgica é definido como:

Ferida: Corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus.

Mendes (2018) reforça que na apendicite aguda há necessidade do uso de antibióticos após a apendicectomia, para tratar a infeção local e prevenir as potenciais complicações

Para Wilson e Hockenberry (2014), citados por Rodrigues (2018), as crianças reúnem diversos fatores facilitadores do processo de cicatrização, uma vez que a sua pele tem um abundante tecido cicatricial, com boa perfusão tecidual e um rápido metabolismo que lhe confere uma elasticidade incomparável. No entanto, Martins et al. (2012) reforçam que pelo facto de as crianças sofrerem com alguma frequência infeções nosocomiais, estas devem merecer uma maior vigilância no período pós-cirúrgico, com o intuito de despistar eventuais infeções do local cirúrgico.

Gelape (2007) citado por Carvalho (2008) aponta que a febre é o sinal clínico inicial mais comum de infeção. No caso de eritema, calor, drenagem de secreções, endurecimento das incisões que, geralmente, se iniciam no terceiro ou quarto dia de pós-operatório, estes são os sinais mais frequentes de uma ferida infetada.

Brázio (2014) defende que as crianças com idade superior aos seis anos devem passar por um processo de preparação pré-operatória cerca de uma semana antes da cirurgia planeada, de forma a conhecer algumas particularidades e desmistificar alguns pré-conceitos. Os programas de preparação pré-operatória existentes nos hospitais procuram dar a conhecer aos pais e às crianças os espaços do serviço hospitalar pelo qual vão passar, assim como os recursos humanos, recursos materiais, regras e rotinas a que estarão sujeitos (Brázio, 2014; Diogo et al., 2016). No entanto, conforme o estudo de caso apresentado, nem todas as cirurgias são eletivas, pelo que a preparação para as mesmas não acontece sempre do mesmo modo (Ordem dos Enfermeiros, 2011a). Desta forma

o tempo para processar e assimilar a informação é menor, as diversas emoções impedem que as crianças e os pais interpretem com lucidez o conhecimento transmitido. Ainda assim, ambas as partes devem ser informadas previamente sobre a cirurgia e os restantes procedimentos que lhe são implementados sequencialmente, de forma que se sintam esclarecidos.

De acordo com a Equipa de Auto-avaliação (2021) do Gabinete de Qualidade a assistência de enfermagem durante o período pós-operatório imediato concentra-se em intervenções destinadas a prevenir, detetar ou tratar complicações que possam surgir como consequência da intervenção cirúrgica ou da anestesia. Por menor que seja a cirurgia, o risco de complicações estará sempre presente. A cirurgia altera a homeostase do organismo, alterando o equilíbrio hidroeletrólítico, os sinais vitais e a temperatura do corpo. Desta forma os cuidados de enfermagem na assistência à criança no pós-operatório são direcionados no sentido de alcançar o equilíbrio homeostático.

A identidade acima supracitada salienta que, após terminar a cirurgia a criança fica em vigilância no recobro, onde permanece até recuperar a consciência e estar hemodinamicamente estável, sendo depois transferida para o serviço. O enfermeiro do Serviço de Pediatria recebe informação através do enfermeiro do recobro do estado geral da criança, analgesia efetuada, complicações existentes durante a intervenção cirúrgica e evolução no recobro, presença de drenos, sondas e medicação que tem em curso e acompanha a criança/familiar no regresso à enfermaria.

Chegada à enfermaria as intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato concentram-se em avaliar sinais vitais uma vez por turno ou de acordo com o estado da criança/ protocolo do serviço; observar características do penso; vigiar soros e perfusões; orientar para o repouso, de acordo com a intervenção cirúrgica; vigiar náuseas e vômitos, se vômitos persistentes, abundantes, validar com cirurgião pediátrico a necessidade de colocar SNG; oferecer dieta líquida progressiva a geral segundo indicação médica; vigiar eliminação vesical; vigiar eliminação intestinal, auscultar ruídos intestinais (uso de laxantes se a criança não defecar até 48 horas, se abdómen distendido e timpanizado ou



consoante orientação médica); na cirurgia minor orientar e supervisionar o levante precoce e progressivo de acordo com o estado da criança; se cirurgia major fazer levante apenas quando prescrito e será sempre necessária a colocação de meias elásticas nas crianças acima dos 50 kg e com fatores de risco associados (Equipa de Auto-avaliação, 2021).

O autor referido anteriormente acrescenta que proteger o penso com plástico aquando dos cuidados de higiene, encorajar a presença dos pais/acompanhante para diminuir o stress e a ansiedade, explicar os procedimentos à criança/familiar e pedir a sua colaboração, providenciar atividades lúdicas, brinquedos e jogos, de acordo com a situação da criança e logo que possível incentivar a ida à sala de atividades ou pedir apoio à educadora são intervenções de enfermagem cruciais para adequada intervenção do enfermeiro no cuidar da criança submetida a um ato cirúrgico.

Queiroz & Barroso (2005) citado por Silva (2015) referem que a hospitalização de uma criança oferece oportunidade para desenvolver medidas de promoção da saúde, ação indispensável em todas as fases de crescimento e desenvolvimento infantil. A Direção-Geral da Saúde (2013) acrescenta que uma das intervenções fundamentais para a obtenção contínua de ganhos em saúde na população pediátrica passa por prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e outros cuidadores, alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde.

Torna-se imprescindível que o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica vá de encontro às suas Competências Específicas, onde segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), este tem um papel preponderante a desempenhar na hospitalização da criança/jovem e sua família. A prestação de cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente proporciona educação para saúde, identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoas significativas, em qualquer contexto em que estes se encontrem. As intervenções promotoras de conforto e de prevenção ou gestão da dor são uma preocupação na maximização do potencial de desenvolvimento e na gestão do bem-estar da

criança e dos pais em situações de especial complexidade e em qualquer altura do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem.

Dor

A dor pode ser definida como um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural que pode ser percebida como presente ou subjacente às descrições das experiências de dor ou da nossa própria vivência. Cada pessoa tem um significado próprio de dor marcado pela particularidade e unicidade do seu ser e por isso é que não há dor sem significado afetivo ou seja, sem sofrimento (Batalha, 2016).

Segundo a CIPE (2019) dor é definida como:

Perceção comprometida: aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contato social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.

A dor nas crianças apresenta algumas características específicas que devem ser levadas em conta, em termos da sua compreensão, avaliação e tratamento (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Para a criança e jovem, a doença e a hospitalização representam dor e sofrimento porque não possuem os mecanismos necessário para enfrentar a situação de crise que a doença representa.

De acordo com a Direção Geral da Saúde (2010), a avaliação da intensidade da dor consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, considerando o tipo de dor, situação clínica e a idade da criança. Apesar de existirem instrumentos para as várias idades e situações clínicas, não existe uma solução universalmente aceite. Esta avaliação deve ser feita de forma regular e sistemática a todas as crianças, desde o primeiro contacto e no caso da criança internada, a avaliação deve ser feita, pelo menos, uma vez em cada turno.

A Equipa de Auto-avaliação (2021) salienta que, uma das intervenções no período pós-operatório mediato na criança passa por

administrar analgésicos de acordo com a prescrição médica e nível de dor, bem como, alertar o médico se complicações ou se dor não controlada.

A Ordem dos Enfermeiros (2011b) acrescenta ainda que o enfermeiro no período pós-operatório deve avaliar, prevenir e aliviar a intensidade da dor; avaliar a eficácia dos analgésicos; preparar a criança para a administração da analgesia, reforçando o efeito do analgésico e dizendo quando começará a sentir-se melhor; promover a prescrição preventiva de analgesia e pela via menos traumática para evitar causar dor adicional; administrar analgesia de acordo com o esquema preventivo e avaliar a dor depois de cada intervenção potencialmente dolorosa.

De acordo com o referido anteriormente, torna-se importante refletir sobre as intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2013) estas intervenções funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. A sua utilização tem sido considerada importante nas situações potencialmente dolorosas.

Um das intervenções não farmacológicas do controlo da dor é a técnica de distração, que consiste em direcionar a atenção para situações não relacionadas com o procedimento doloroso, útil para as crianças de todas as idades e podem ser distraídas com leitura, música, vídeos de ação ou televisão, exercícios de respiração, em simultâneo à realização do procedimento (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

O autor referido anteriormente, salienta ainda que, as crianças mais velhas e os adolescentes podem distrair-se com uma conversa sobre acontecimentos passados, presentes ou futuros, o que irá ajudá-los a descentrar o seu pensamento do procedimento em causa. O envolvimento ativo da criança com o procedimento doloroso pode facilitar o seu comportamento como, por exemplo, falar sobre suas preferências, dentro de alternativas possíveis e com aprendizagem de autocontrolo na situação (falar, respirar profundamente, relaxar).

A presença e envolvimento dos pais torna-se uma condição imprescindível para incentivar a comunicação e ajudar a criança a

abrir-se ao diálogo e a expressar as suas necessidades, melhorando a eficácia das intervenções. Reconhece-se ainda o papel que os pais desempenham no apoio afetivo, sentimento de segurança, no reforço de expectativas positivas e na forma como a criança lida com os tratamentos médicos e cirúrgicos mas também precisam de um suporte, conselho e orientação (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

É o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica que detém as competências chaves para o alívio da dor na criança, como descrito nas suas Competências Específicas, onde segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), este mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias. Cabe ao EESIP adotar intervenções que permitem fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas, aplicar conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem, garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e aplicar conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.

Processo familiar comprometido

Processo familiar é definido pela CIPE como um processo de interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família.

Segundo o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey os pais são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos e os enfermeiros têm como principal papel promover o empoderamento dos mesmos no processo de cuidar. Para preservar o crescimento e o desenvolvimento da criança, esta precisa de proteção, estímulo e amor, reconhecendo-se aqui a primazia no papel fundamental da família, nomeadamente dos pais, na participação dos cuidados prestados à criança (Mano, 2002).

Sabe-se que a hospitalização de um membro da família causa inúmeras mudanças nas rotinas e nas relações familiares, atingindo também as crianças. Elas sofrem muito quando afastadas das pessoas com quem mantém os seus vínculos, devido ao facto de

possuírem recursos mais restritos para lidar com essa situação, o que pode aumentar significativamente o nível de *stress* provocado pelo impacto desse evento (Bezerra & Veríssimo, 2012).

Para Jorge (2004) citado por Rocha (2012) a condição de doença e a eminência da hospitalização aparecem muitas vezes sem avisar e a família depara-se com uma nova realidade tendo que dar todo um conjunto de respostas de forma a encarar esta situação. Esta experiência de transição parental do tipo situacional, como é a situação de doença e hospitalização, implica equacionar mudanças individuais e familiares capazes de perturbar o desenvolvimento emocional da criança e dos pais. A autora refere ainda que o afastamento entre pais e crianças durante a hospitalização, seja qual for a idade da criança, o seu estágio de desenvolvimento, o ciclo vital da família, a relação com a pessoa ausente e a natureza da separação, podem produzir efeitos transitórios leves e/ou sequelas significativas, tendo em conta as relações existentes no seio familiar.

Para Costa et al. (2019), o familiar que acompanha a criança no hospital deve ser alvo da melhor atenção dos profissionais de saúde e também ele o centro dos cuidados prestados. O autor acrescenta que uma boa comunicação entre o familiar e o enfermeiro favorece o enfrentamento e a aceitação do processo de doença da criança, sendo que pais mentalmente equilibrados influenciam positivamente a adaptação da criança à hospitalização.

É imprescindível compreender que a hospitalização constitui um processo que provoca mudanças na dinâmica familiar e rutura com o estilo de vida habitual, exigindo uma nova organização das suas atividades, pois implica deslocamentos frequentes, aumento das despesas, faltas ao trabalho e ausência do lar. Revela-se, ainda, uma situação geradora de stress, e de sentimentos de angústia, impotência, preocupação e incerteza, capaz de afetar o desempenho do papel parental (Darbyshire, 1993 & Jorge, 2004 citado por Lopes, 2012).

A mesma autora realça que o sucesso da resposta dos pais à hospitalização, bem como a sua capacidade para enfrentar a situação, é amplamente influenciada pelo trabalho executado pelo enfermeiro que deve desenvolver um papel ativo e interventivo, quer com a criança quer com a família, uma

vez que é o profissional que mais de perto os acompanha. É indispensável que os enfermeiros reconheçam a família como alvo da sua atenção, desenvolvendo uma relação de ajuda, com benefícios crescentes para a adequação do papel parental e, consequentemente para a adaptação da criança doente e hospitalizada.

Quando as crianças adoecem, os pais sofrem no seu amor, mas também vivem a rutura do seu projeto e da sua ambição. A sua angústia ajusta-se muito a um sentimento de fracasso e impotência, e traduz-se, muitas vezes, por uma agressividade dirigida a si próprios, mas que se repercute em todo o sistema, gerando, por vezes, conflitos no seio familiar e entre a família e os profissionais de enfermagem (Jorge, 2004 citado por Lopes, 2012).

Cabe ao EESIP reconhecer a família como alvo da sua atenção, desenvolvendo uma relação de ajuda, com benefícios crescentes para a adaptação do papel parental e, consequentemente para a adaptação da criança doente e hospitalizada. A consciencialização desta premissa permite ao enfermeiro reconhecer o recurso ímpar e natural que tem a seu alcance - os pais - que se constituem, simultaneamente, como clientes dos cuidados de enfermagem.

É aqui que se reconhece as diversas competências do EESIP e indo de encontro ao preconizado nas suas Competências Específicas, que de acordo a Ordem dos Enfermeiros (2018), este deve comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura atendendo que deve demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. Só assim o EESIP conseguirá apoiar a família e proporcionar uma parentalidade positiva promotora de um adequado desenvolvimento infantil.

Em suma através da implementação das intervenções delineadas para cada diagnóstico de enfermagem anteriormente apresentados, foi possível atingir com sucesso os seguintes resultados: ferida cirúrgica no abdómen melhorada (visto que a criança teve alta e mantinha as feridas cirúrgicas com cicatrização em progressão sem sinais de intercorrência), sem dor (o T. não verbalizou nem apresentou nenhum sinal de dor aquando do momento da alta) e processo familiar



efetivo (mãe e o pai verbalizaram que agora poderiam voltar à sua rotina normal).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apendicite aguda é a doença cirúrgica abdominal mais comum em idade pediátrica e continua a ser um dos principais diagnósticos diferenciais no abdómen agudo em qualquer idade.

A hospitalização de uma criança acarreta inúmeras alterações nas dinâmicas familiares podendo levar a que o seu processo familiar fique comprometido. Uma abordagem em que a escuta e a promoção da relação de ajuda sejam privilegiadas, permite que o EESIP potencie a promoção, a autonomia e o bom funcionamento familiar.

Os cuidados a uma criança submetida a uma apendicectomia não se baseiam apenas na manutenção das suas necessidades básicas, mas sim, na promoção da parentalidade durante a hospitalização e nos cuidados em parceria, bem como no apoio à família durante a prestação de cuidados de saúde à criança que muitas vezes passam por situações de *stress*. O enfermeiro deve ainda manifestar genuíno interesse e preocupação pelo estado de saúde da criança e da família, procurando criar um clima que promova, ao mesmo tempo, segurança, confiança e compreensão.

A presença e envolvimento dos pais torna-se uma condição imprescindível para incentivar a comunicação e ajudar a criança a abrir-se ao diálogo e a expressar as suas necessidades, melhorando a eficácia das intervenções. As intervenções não farmacológicas constituem-se como um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas.

O EESIP deve ter em conta que a avaliação do desenvolvimento infantil constitui-se como uma intervenção indispensável no cuidado à criança sendo a Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil - Growing Skills um instrumento essencial na identificação precoce de crianças com atrasos ou perturbações no desenvolvimento, permitindo uma intervenção precoce. Apesar de ser uma escala a aplicar até aos 5 anos, esta fornece dados do desenvolvimento infantil da criança até essa idade, sendo que, o EESIP detém competências que permitem

compreender o desenvolvimento infantil de cada faixa etária da criança, como é o caso da criança de 9 anos de idade alvo deste estudo de caso.

O conhecimento do sobre a natureza das transições é essencial para a compreensão do processo transicional que a família vivencia. Neste sentido, é imperatriz que o EESIP acompanhe de perto a criança e a família que passam pela transição saúde-doença, para que esta retorne da forma mais equilibrada possível ao seu estado de saúde pleno.

Na minha perspetiva, o modelo de parceria de cuidados da Anne Casey é deveras importante aquando o cuidar de uma criança submetida a uma apendicectomia, pois a negociação da parceria de cuidados, sustentada na relação terapêutica, irá possibilitar o mais elevado nível de envolvimento dos pais na maximização da saúde. Este modelo possibilita também a promoção do exercício de uma parentalidade positiva, pois o enfermeiro, através da educação e partilha de experiência, estará a disponibilizar ferramentas para que os pais e as crianças enfrentem a hospitalização como uma experiência menos negativa.

Desta forma, após análise e reflexão fundamentada do estudo de caso exposto, considero que atingi, com sucesso, os objetivos inicialmente delineados. Alcancei um aumento dos meus conhecimentos para uma intervenção especializada enquanto EESIP, perante uma criança submetida a uma apendicectomia e sua família, planeando intervenções direcionadas para a ferida cirúrgica, a dor e o processo familiar.

Aponto como limitações à elaboração deste estudo caso, a gestão de tempo para execução minuciosa e refletida do mesmo, tendo em conta outros projetos laborais e familiares.

Em suma, é fundamental compreender que a hospitalização de uma criança é sempre geradora de instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, com capacidade para desencadear uma situação de crise, logo, para que os pais possam ajudar a criança durante a hospitalização é necessário que os enfermeiros se centrem no papel parental, identifiquem quais as suas necessidades sentidas durante a mesma facilitando a adaptação da criança e da família à hospitalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, S., Salva, J., Albuquerque, C., Cunha, F. & Sousa, H. (2016). Acidentes em Crianças e Jovens, Que Contexto e Que Abordagem? Experiência de Nove Meses no Serviço de Urgência num Hospital de Nível II. *Acta Pediátrica Portuguesa*, (47), 30-37. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/12717>
- Bezerra, S. L., Verissimo. M. L. R. (2002). A experiência de ser irmão de uma criança doente e hospitalizada: uma análise da literatura. *Revista Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. 2(1), 29 – 35.
- Brázio, P. (2014). *Ansiedade Infantil em Contexto Cirúrgico: Estudo Experimental*. (Dissertação para obtenção de grau de Doutor em Psicologia, área de especialização em Psicologia Geral). Universidade da Madeira, Madeira. <https://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/864/1/DoutoramentoPedroBr%C3%A1zio.pdf>
- CARE. (s.d.). The importance of case reports. Case Report Guidelines. Retrieved from <https://www.care-statement.org/case-reports>
- Carvalho, C. R. R. (2008). Atuação de enfermagem diante da ferida cirúrgica infectada. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 6(18), 69 – 73.
- Costa, A., Nobre, C., Gomes, G., Nornberg, P. & Rosa, G. (2019). Sentimentos gerados na família pela internação hospitalar da criança. *Journal of nursing and health*, 9(2), 1-12. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14012>
- 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://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23729/1/Doc2_26_47.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIA%20EM%20PEDIATRIA/DGS_010_2013-05.2013.pdf
- EQUIPA DE AUTO-AVALIAÇÃO. Serviço de Saúde da RAM – **Manual de Acreditação: Cuidados de Enfermagem no pós-operatório**. 2021. Acessível no SESARAM, Funchal, Portugal.
- Henriques, J., Reimão, C., Pereira, S., Figueiredo, B. Vital, V. & Casella, P. (2009). Apendicite Aguda – Clínica Versus Histologia. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 2(11), 23-32.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed.). Lusociência.
- Lucena, A. C. G., Kuhn. I. M., Lodi, L. O. & Bastos, J. C. (2016). Abdome agudo inflamatório em pediatria. *Acta Médica (Porto Alegre)*. 37(7), 1-7. Retrieved from <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882905/38-abdome-agudo-inflamatorio-em-pediatria.pdf>
- Lopes, N. M. Q. (2012). Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspetiva dos enfermeiros. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE%20NATALIA%20LOPES.pdf>
- Mano, M. J. (2002). Cuidados em parceria as crianças hospitalizadas: Predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Revista Referência*, 53–60.
- Martins, M., Goulart, E., França, E. & Alberti, L. (2012). Infecções de sítio cirúrgico na criança e no adolescente. *Revista Médica Minas Gerais*, 22(3), 308-314. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-698449>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing - Development and Progress* (5th ed.). Pensilvânia: Lippincott Williams & Wilkins
- Mendes, J. C. S. (2018). Otimização do protocolo de antibioterapia para a apendicite



aguda. (Dissertação de mestrado integrado em medicina). Universidade do Porto, Porto. Retrieved from https://sigarra.up.pt/ffup/en/pub_geral.show_file?pi_doc_id=160287

Ramos, A. & Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem*. Lidel

Rodrigues, C. (2018). *Lesão por pressão em pacientes pediátricos: fluxograma de prevenção e sistematização do cuidado de enfermagem*. (Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/10822/1/tese_12893_Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Carla%20Braga2018.pdf

Roque, F. M. C. B., Filho, A. A. M., Roque, A. J. C. B., Roque, H. C. B., Moreira, T. M. M. & Chaves, E. M. C. (2018). Antibióticos para apendicectomia em crianças e adolescentes no Perioperatório: uma revisão integrativa. *Revista Paulista de Pediatria*, 37 (4), 494-502. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;4;00013>

Rocha, C. M. S. (2012). *Stress parental em pais de crianças hospitalizadas: influência de variáveis socio demográficas e clínicas*. (Dissertação para obtenção do do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem). Instituto Politécnico de Viseu, Viseu. Retrieved from <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1526/1/ROCHA%20Cristina%20Maria%20Sousa%20Figueirinha%2c%20Stress%20parental%20em%20pais%20de%20crianças%20hospitalizadas.pdf>

Silva, E. M. H. (2015). *A Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade: pais com criança em situação de doença*. (Tese para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem). Instituto Politécnico de Santarém, Santarém. Retrieved from <https://repositorio.ipsantarém.pt/bitstream/10400.15/1346/1/A%20Intervenção%20do%20Enfermeiro%20na%20promoção%20da%20Parentalidade%20->

%20Relatório%20de%20Estágio%20Elsa%200Silva.pdf

Smith, L. & Coleman, V. (2010). *Child and family-centred healthcare: Concept, theory, and practice*. 2º edition Houndmills, Basingstoke England; New York: Palgrave Macmillan.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos Ordem dos Enfermeiros*. 1 (3), 1 - 136.

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume III*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume II*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VolII.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos Ordem dos Enfermeiros*. 1 (6), 1 - 74.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Cadernos Ordem dos Enfermeiros*. 1 (8), 1 - 43.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Regulamento nº 422/2018. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8348/1919219194.pdf>

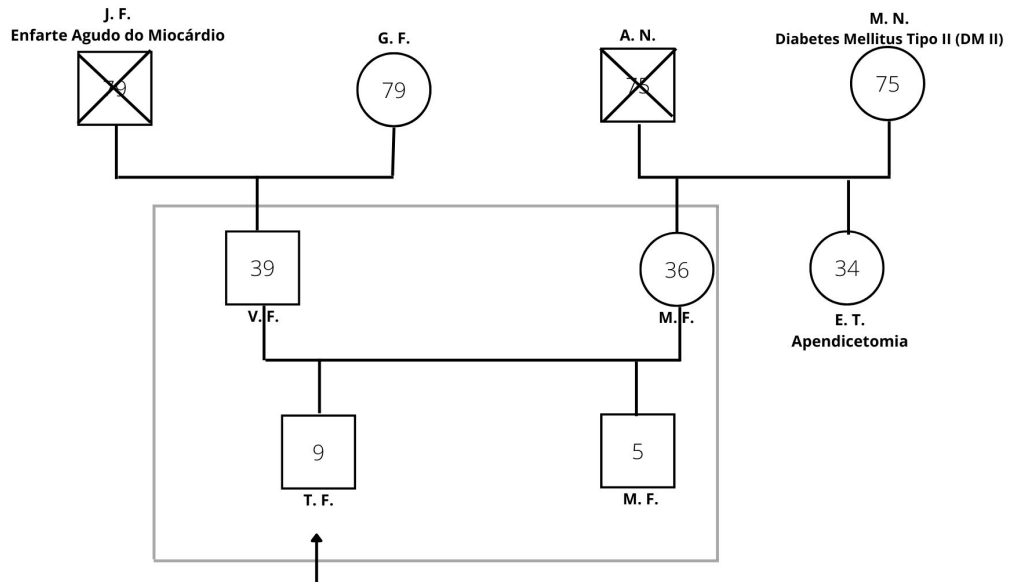
Orientação nº 014/2010. **Direção-Geral da Saúde**. 014 (14-12-10) 1-10. [Consult. 20 fev. 2023]. Disponível em https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf



Varajidás, C., Machado, M., Mota, M., Martins, R., Lisboa, M., Soares, I., Sousa, S., & Leitão, J. (2017). Psychometric properties of the schedule of growing skills II:

Portuguese version. *Psychologica*. 60(1). 7-18. DOI: https://doi.org/10.14195/1647-8606_60-1_1

Anexo A – Genograma



Legenda:

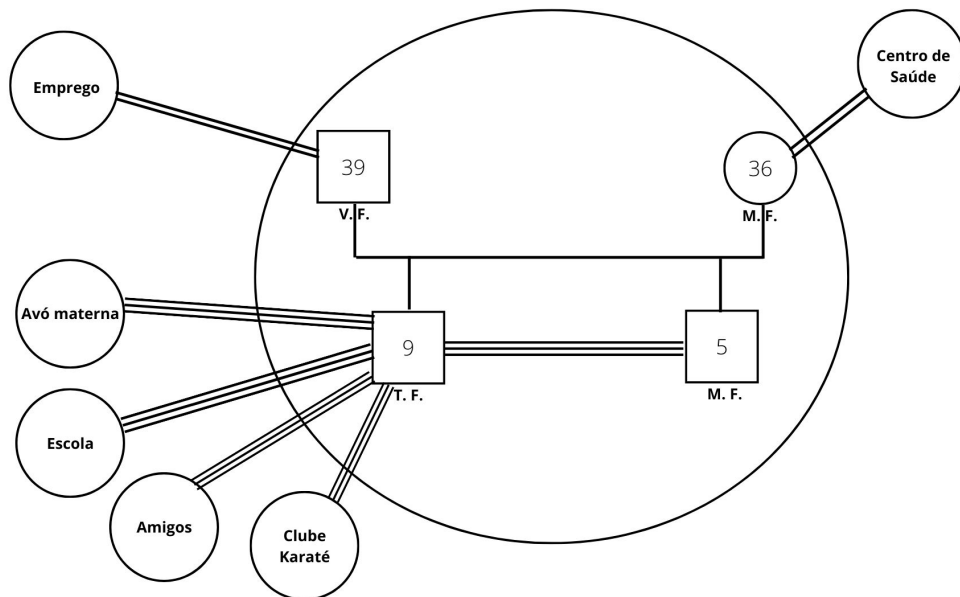
□ Masculino

○ Femenino

□ ○ Casamento

□ Agregado familiar

Anexo B – Ecomapa



Legenda:

-  Relação muito forte
-  Relação forte
-  Relação fraca

APÊNDICE E – Quadro de objetivos para o estágio no serviço de atendimento permanente pediátrico

<p>1º Objetivo Geral: Desenvolver competências do enfermeiro especialista na área em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, na prestação de cuidados a crianças em diferentes fases do desenvolvimento, nas diversas situações de saúde, nas diferentes culturas e à família.</p>		
Objetivos Específicos	Atividades Planeadas	Recursos
<p>1. Conhecer a estrutura, dinâmica do serviço e a filosofia subjacente aos cuidados;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integração na equipa de enfermagem; - Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem; - Conhecimento do circuito desde o acolhimento até a alta da criança/família; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Entrevista à enfermeira chefe e EESIP tutora; - Compreensão da articulação existente entre o serviço e outras unidades de apoio à criança e família. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Chefe; - EESIP; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos do serviço.
<p>2. Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e jovem/família, em situações de internamento hospitalar em Urgências Pediátricas;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Leitura do processo das crianças; - Observação do estado geral da criança e estado emocional da família; 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Chefe; - EESIP; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos do serviço.

	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança; - Prestação de cuidados de acordo com o preconizado pelo serviço. 	
3. Desenvolver competências no cuidar das necessidades emocionais da criança e família.	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Interação com a criança para observar e escutar os seus receios e medos; - Interação com os pais para conhecer o que pensam e sentem face à situação de saúde da criança. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - EESIP; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos do serviço.
<p>2º Objetivo Geral: Desenvolver competências na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica com especial atenção na intervenção da música no alívio da dor na criança em idade pré-escolar e suas famílias.</p>		
Objetivos Específicos	Atividades Planeadas	Recursos
1. Aprofundar conhecimentos sobre as intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança;	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Entrevista à enfermeira chefe e EESIP tutora; 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Chefe; - EESIP; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos do serviço.
2. Observar como os EESIP utilizam na prática a música no controlo da dor	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista à enfermeira chefe e EESIP; 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Chefe; - Enfermeiros Especialista em ESIP;

na criança em idade pré-escolar	- Observação na prática da utilização da música como estratégia não farmacológica;	Materiais: - Normas e protocolos do serviço.
---------------------------------	--	--

APÊNDICE F – Quadro de objetivos para o estágio no centro de desenvolvimento da criança

<p>1º Objetivo Geral: Desenvolver competências do enfermeiro especialista na área em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, na prestação de cuidados a crianças em diferentes fases do desenvolvimento, nas diversas situações de saúde, nas diferentes culturas e à família.</p>		
Objetivos Específicos	Atividades Planeadas	Recursos
<p>1. Conhecer a estrutura, dinâmica do serviço e a filosofia subjacente aos cuidados;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integração na equipa de enfermagem; - Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Entrevista à enfermeira chefe e EESIP tutora; - Compreensão da articulação existente entre o serviço e outras unidades de apoio à criança e família. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Chefe; - EESIP; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos do serviço.
<p>2. Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e família, no contexto de consultas de desenvolvimento infantil, no sentido da melhoria do seu estado de saúde, promoção do seu crescimento e desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Leitura do processo das crianças; - Observação do estado geral da criança e estado emocional da família; - Observação da prestação de cuidados especializados de enfermagem à criança e família 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Chefe; - EESIP; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos do serviço.

atendendo às suas especificidades;	em contexto de consulta de desenvolvimento infantil; - Realização de consulta de enfermagem e avaliação do desenvolvimento infantil através da aplicação da Escala <i>Growing Skills</i> a uma criança com dificuldades na fala e alimentares.	
2º Objetivo Geral: Desenvolver competências na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica com especial atenção na intervenção da música no alívio da dor na criança em idade pré-escolar e suas famílias.		
Objetivos Específicos	Atividades Planeadas	Recursos
1. Aprofundar conhecimentos sobre as intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança;	- Pesquisa bibliográfica; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Entrevista à enfermeira chefe e EESIP tutora;	Humanos: - Enfermeira Chefe; - EESIP; Materiais: - Normas e protocolos do serviço.
2. Observar como os EESIP utilizam na prática a música no controlo da dor na criança em idade pré-escolar com atraso no desenvolvimento.	- Entrevista à enfermeira chefe e EESIP; - Observação na prática da utilização da música como estratégia não farmacológica;	Humanos: - Enfermeira Chefe; - Enfermeiros Especialista em ESIP; Materiais: - Normas e protocolos do serviço.

APÊNDICE G – Quadro de objetivos para o estágio na unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos

<p>1º Objetivo Geral: Desenvolver competências do enfermeiro especialista na área em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, na prestação de cuidados a crianças em diferentes fases do desenvolvimento, nas diversas situações de saúde, nas diferentes culturas e à família.</p>		
Objetivos Específicos	Atividades Planeadas	Recursos
<p>1. Conhecer a estrutura, dinâmica do serviço e a filosofia subjacente aos cuidados;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integração na equipa de enfermagem; - Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Entrevista à enfermeira chefe e EESIP tutora; - Compreensão da articulação existente entre o serviço e outras unidades de apoio à criança e família. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Chefe; - EESIP; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos do serviço.
<p>2. Prestar cuidados de enfermagem especializados com supervisão da EESIP tutora ao prematuro/recém-nascido e sua família, em situações de internamento, no sentido da melhoria do seu estado de saúde, promoção do seu crescimento e</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Leitura do processo das crianças; - Observação sobre o estado geral da criança e estado emocional da família; - Promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança; 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Chefe; - EESIP; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos do serviço.

desenvolvimento atendendo às suas especificidades;	- Prestação de cuidados de acordo com o preconizado pelo serviço.	
2º Objetivo Geral: Desenvolver competências na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica com especial atenção na intervenção da música no alívio da dor na criança em idade pré-escolar e suas famílias.		
Objetivos Específicos	Atividades Planeadas	Recursos
1. Aprofundar conhecimentos sobre as intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança;	- Pesquisa bibliográfica; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Entrevista à enfermeira chefe e EESIP tutora;	Humanos: - Enfermeira Chefe; - EESIP; Materiais: - Normas e protocolos do serviço.
2. Observar como os EESIP utilizam na prática a música no controlo da dor.	- Entrevista à enfermeira chefe e EESIP; - Observação na prática da utilização da música como estratégia não farmacológica;	Humanos: - Enfermeira Chefe; - Enfermeiros Especialista em ESIP; Materiais: - Normas e protocolos do serviço.

APÊNDICE H – Quadro de objetivos para o estágio nos cuidados de saúde primários

<p>1º Objetivo Geral: Desenvolver competências do enfermeiro especialista na área em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, na prestação de cuidados a crianças em diferentes fases do desenvolvimento, nas diversas situações de saúde, nas diferentes culturas e à família.</p>		
Objetivos Específicos	Atividades Planeadas	Recursos
<p>1. Conhecer a estrutura, dinâmica do serviço e a filosofia subjacente aos cuidados;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integração na equipa de enfermagem; - Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Entrevista à enfermeira chefe e EESIP tutora; - Compreensão da articulação existente entre o serviço e outras unidades de apoio à criança e família. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Chefe; - EESIP; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos do serviço.
<p>2. Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e família, no contexto de consultas de cuidados de saúde primários, no sentido da melhoria do seu estado de saúde, promoção do seu crescimento e desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Leitura do processo das crianças; - Observação sobre o estado geral da criança e estado emocional da família; - Prestação de cuidados de enfermagem à criança e sua família em contexto de consulta 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Chefe; - EESIP; <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos do serviço.

atendendo às suas especificidades;	de enfermagem de saúde infantil, vacinação e avaliação do desenvolvimento infantil; - Promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança;	
2º Objetivo Geral: Desenvolver competências na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica com especial atenção na intervenção da música no alívio da dor na criança em idade pré-escolar e suas famílias.		
Objetivos Específicos	Atividades Planeadas	Recursos
1. Aprofundar conhecimentos sobre as intervenções não farmacológicas no controlo da dor na criança;	- Pesquisa bibliográfica; - Consulta de protocolos e normas do serviço; - Entrevista à enfermeira chefe e EESIP tutora;	Humanos: - Enfermeira Chefe; - EESIP; Materiais: - Normas e protocolos do serviço.
2. Observar como os EESIP utilizam na prática a música no controlo da dor na criança em idade pré-escolar	- Entrevista à enfermeira chefe e EESIP; - Observação na prática da utilização da música como estratégia não farmacológica;	Humanos: - Enfermeira Chefe; - Enfermeiros Especialista em ESIP; Materiais: - Normas e protocolos do serviço.

APÊNDICE I – Revisão integrativa: a música e a gestão da dor na criança pré-escolar

A MÚSICA E A GESTÃO DA DOR NA CRIANÇA PRÉ-ESCOLAR

MUSIC AND PAIN MANAGEMENT IN PRESCHOOL CHILDREN

Heloísa Júlio ¹

¹ Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem de São José Cluny em parceria com a Escola de Saúde Santa Maria

RESUMO

Objetivo: Conhecer a forma como a música pode ser uma estratégia na gestão da dor da criança pré-escolar.

Introdução: A dor é um fenómeno presente na vida da criança em qualquer idade, saudável ou doente e provoca desconforto e sofrimento. Cuidar da criança com dor exige, para além do conhecimento dos fármacos analgésicos existentes, uma consciência profunda da utilização de terapias não farmacológicas. A forma como se olha e se gere a dor pediátrica tem sofrido alterações nos últimos anos. As medidas não farmacológicas têm tido grande relevância na gestão da dor na criança, isoladas ou associadas aos fármacos. A música é um recurso terapêutico de baixo custo, não-farmacológico nem invasivo e produz conforto, promove o desenvolvimento da criança e proporciona relaxamento e distração.

Método: Esta revisão integrativa de literatura foi feita a partir da seleção de documentos que abordam a música como método de gestão da dor na criança pré-escolar. Os critérios de inclusão foram: artigos científicos publicados entre janeiro de 2013 e dezembro de 2023, investigação quantitativa, qualitativa e mista em crianças pré-escolar e ainda literatura cinzenta. A amostra final fez um total de 5 artigos e 5 documentos da literatura cinzenta, que foram analisados e discutidos para a formulação de conclusões relevantes ao objetivo.

Conclusão: A música possui inúmeros benefícios, desde a redução do impacto causado pelos procedimentos invasivos e a hospitalização da criança e principalmente na gestão da dor na criança pré-escolar. O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), conhecendo os benefícios da utilização da música no controlo da dor na criança, estará mais capacitado para cuidar das crianças e famílias, colaborar com a investigação e movendo esforços para sensibilizar as equipas de saúde.

Descritores MeSH: *Music; Child; Pain.*

INTRODUÇÃO

A dor é uma experiência sensorial, emocional e desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (Ordem dos Enfermeiros, 2008 citando IASP 1994) De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2019), a dor é uma sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento, perturba e interfere na qualidade de vida da pessoa. A dor, quinto sinal vital, é definido por Batalha, (2016), como um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural, podendo ser percebida como presente ou subjacente às descrições das experiências de dor ou da nossa própria vivência. É um fenómeno presente na vida da criança em qualquer idade, saudável ou doente e provoca desconforto.

Quando falamos em experiência de dor na criança é fundamental compreender que esta apresenta uma enorme variabilidade na forma como se expressa, de acordo com as especificidades de cada grupo etário, estando frequentemente associados o medo e a ansiedade, fatores que dificultam não só a sua avaliação, como também a tomada de decisão dos profissionais de saúde quanto à intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A ansiedade da criança potencia a dor e esta, propicia a ansiedade. Este ciclo é difícil de quebrar refletindo-se algumas vezes na falta de cooperação e recusa. A reação à dor vai-se modificando ao longo da faixa etária. As crianças mais pequenas reagem com fuga do estímulo doloroso, empurram a pessoa ou agarram o equipamento ou escondem-se. A criança mais crescida, face à experiência dolorosa verbaliza o seu desagrado, grita ou suplica e, por vezes, tenta negociar com o enfermeiro ou com os pais Silva et al. (s/d).

O controlo da dor é um objetivo prioritário para os enfermeiros, e um direito que assiste a todos os indivíduos e atinge o seu máximo nas crianças, seres indefesos a quem queremos poupar todo e qualquer sofrimento (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Cuidar da criança com dor exige, para além de um conhecimento dos fármacos analgésicos existentes, uma consciência profunda da utilização de medidas não farmacológicas. As medidas não farmacológicas podem ser utilizadas isoladas ou como coadjuvantes da terapêutica e de acordo com a intensidade da dor.

São diversas as terapias não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros. A música constitui-se como intervenção terapêutica não farmacológica enquadrada dentro das estratégias cognitivas. De acordo com Franzoi (2015), ao longo das décadas o uso da música nos cuidados de saúde ganhou grande destaque.

A música é uma técnica que ajuda não só a diminuir o stress, mas induz ao relaxamento, ativa a produção de endorfinas endógenas, permitindo a fuga para um universo sem dor ao abrigo da imaginação Ordem dos Enfermeiros (2013). Para Oliveira et al. (2014), a música é um recurso terapêutico de baixo custo, não-farmacológico nem invasivo e produz conforto, promove o desenvolvimento da criança e proporciona relaxamento e distração. Diz Santa (2021), que a música é uma intervenção terapêutica que atende às necessidades psicológicas, físicas, sociais e espirituais. Os benefícios da música destacados por Silva (2016) são o fortalecimento dos vínculos entre a criança e a família e o alívio da dor proporcionando um cuidado individualizado e humanizado. Esta intervenção não farmacológica incentiva a fantasia e o relaxamento (Brazoloto, 2021). Ainda, de acordo com este autor, a escolha da música deve ser adequada à idade da criança, à sua condição de saúde e ao seu estado mental e físico.

METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado de acordo com o que defendem os autores sobre como uma revisão integrativa da literatura é elaborada. Permite a compilação de informação bem como a possibilidade de conclusões por análise de resultados de determinado assunto, é um método minucioso de procura, seleção e avaliação das pesquisas frente à relevância e validade desejada (Souza et al., 2010). Os autores referidos anteriormente acrescentam que a revisão integrativa da literatura consiste na mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, pois permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais aliados a dados da literatura teórica e empírica para uma compreensão completa do fenómeno analisado. De acordo com Mendes et al. (2008), a revisão integrativa é um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, como também, a identificação de lacunas para direcionar a realização de futuras pesquisas. Através dessa metodologia é possível obter a síntese de múltiplos estudos publicados, possibilitando conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. Pretendo, assim, compilar informação que vá ao encontro do objetivo definido.

Este trabalho desenvolveu-se em diferentes etapas de acordo com o recomendado pelos autores anteriormente mencionados. A partir da identificação do problema, foi feita a pergunta de partida, definiram-se objetivos, estabeleceram-se critérios de inclusão e exclusão do estudo, análise dos documentos aceites, bem como interpretação dos resultados.

Os artigos foram obtidos através de uma pesquisa com descritores MeSH de artigos das bases de dados: *CINAHL complete; NURSING and allied health collection; COCHRANE central register of controlled trials; COCHRANE database of systematic reviews; COCHRANE methodology register and MEDLINE* (através da EBSCO) no período compreendido entre novembro e dezembro de 2023. Os descritores MeSH definidos para esta pesquisa foram os seguintes: *Music; Child; Pain*.

No primeiro cruzamento dos descritores foram encontrados 19 310 artigos. Tendo em conta a extensão dos artigos encontrados, foi limitada a amostra, reunindo apenas os artigos publicados entre janeiro de 2013 e dezembro de 2023, tendo reduzido o número para 9 118, e com texto integral disponível, o que resultou em 8 262 artigos. Como delimitador de busca utilizei também o idioma, selecionando o inglês, espanhol e português, perfazendo um total de 8 155 artigos, e com população de idade compreendida entre 2 e 5 anos, ficando com uma amostra de 373 artigos. Por fim, defini como critério de inclusão constar no título “*Music*”, que permitiu a exclusão de outros artigos, ficando com um total de 27.

Nesta fase procedi à leitura de todos os títulos, excluindo 17 artigos e permanecendo com 10, dos quais excluí mais 5 após leitura dos resumos, por não me parecer relevante para a revisão. No final, a revisão contou com uma amostra total de 5 artigos.

Os artigos selecionados foram submetidos a leitura integral e identificação de informação pertinente para a realização desta revisão, com inclusão dos principais resultados num instrumento concebido para a realização da mesma (tabela 1), de forma a reunir a principal informação para dar resposta à questão de partida.

De acordo com Souza et al, 2010). a revisão integrativa, é a mais vasta abordagem metodológica referente às revisões. Esta, permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenómeno analisado. Estes autores acrescentam que a revisão integrativa “...combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular” (p.103)

Para a elaboração desta revisão integrativa pesquisei literatura cinzenta. De acordo com Botelho & Oliveira (2017) citando Côrtes (2006), a literatura cinzenta pode ser entendida como o conjunto de documentos técnicos ou científicos, dos mais variados tipos, tais como relatórios, manuais, apostilas, resumos, sites diversos, dentre outros, disponíveis sob as mais variadas formas (sejam elas eletrônicas ou impressas) que não foram publicados em canais habituais de transmissão científica e não foram submetidos a uma análise prévia de uma comissão editorial.

Desta forma, reuni 5 documentos com informação pertinente para a realização da revisão, com inclusão dos principais resultados num instrumento concebido para a realização da mesma (tabela 2).

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Tabela 1. Análise dos Artigos Eleitos

Autores	Título do Artigo	Questão de Investigação ou Objetivo	População ou Amostra	Metodologia	Principais Conclusões
Yinger, O. S.	<i>Music Therapy as Procedural Support for Young Children Undergoing Immunizations: A Randomized Controlled Study</i>	Examinar os efeitos da musicoterapia durante a imunização no comportamento das crianças, nos pais e enfermeiras e a percepção dos pais.	58 crianças entre os 4 e 6 anos que foram, 62 pais e 19 enfermeiras que vacinaram.	Estudo Randomizado Controlado	Foram encontradas diferenças entre os grupos de musicoterapia e de controle nas taxas de enfrentamento das crianças e comportamentos de sofrimento e comportamentos de promoção de sofrimento dos pais. Os pais de crianças que receberam musicoterapia relataram que o nível de sofrimento dos seus filhos foi menor do que durante experiências médicas anteriores, enquanto os pais das crianças do grupo de controle relataram que o nível de sofrimento dos seus filhos foi maior.
Heijden, M. J. E., Mevius, P. H., Heijde, N., Rosmalen, J., Sebastian, P. & Monique, P.	<i>Children Listening to Music or Watching Cartoons During ER Procedures: A RCT</i>	Determinar se ouvir música ou assistir desenhos animados são eficazes para reduzir a dor e o sofrimento a crianças durante procedimentos na urgência.	Todas as crianças de 3 a 13 anos atendidas na unidade de trauma cirúrgico e na urgência submetidas a procedimentos.	Ensaio Clínico Randomizado	Ouvir música gravada é uma distração benéfica para crianças que sentem dor durante procedimentos de emergência, enquanto assistir desenhos animados não parece reduzir a dor ou o sofrimento.

Heidi, L.	<i>The Pediatric Perioperative Experience with Music Therapy</i>	Determinar a eficácia da musicoterapia na dor pediátrica, ansiedade e parâmetros hemodinâmicos no ambiente perioperatório.	6 ensaios clínicos randomizados.	Revisão Literatura	A pesquisa valida que a musicoterapia diminui as respostas simpáticas à dor e à estimulação, alivia o medo, a ansiedade e fornece uma alternativa às intervenções farmacológicas.
Hartling, L., Newton, A. S., Liang, Y., Jou, H., Hewon, K., Klassen, T. P., & Curtis, S.	<i>Music to Reduce Pain and Distress in the Pediatric Emergency Department</i>	Comparar os cuidados com a utilização da música com os cuidados padrão para controlar a dor e o sofrimento.	42 crianças de 3 a 11 anos submetidas à punção intravenosa.	Ensaio Clínico Randomizado	A música pode ter um impacto positivo na dor e stress em crianças submetidas à punção intravenosa. Os benefícios observados para os pais e prestadores de cuidados de saúde tiveram importantes implicações clínicas.
Huang, Y., Lei, Y., Liu, J., Cao, H., Yu, X. & Chen, Q.	<i>The music video therapy in postoperative analgesia in preschool children after cardiothoracic surgery</i>	Observar o efeito da terapia com vídeo e música na dor pós-operatória precoce em crianças pré-escolares após cirurgia cardiorádica.	116 crianças pré-escolares submetidas à cirurgia cardiorádica.	Ensaio Clínico Randomizado	A aplicação de uma intervenção favorável de terapia com vídeo e música pode reduzir a sensibilidade à dor em crianças com doença cardiorádica após toracotomia e estabilizar a frequência cardíaca, a pressão arterial e a frequência respiratória. A terapia com vídeo e música pode ser usada como uma intervenção não farmacológica eficaz para aliviar a dor pós-operatória em crianças após cirurgia cardiorádica. É fácil de operar, seguro, eficaz, de alta aceitação pelas crianças e digno de aplicação clínica.

Tabela 2. Análise dos Documentos Eleitos

Autores	Título	Objetivo	Metodologia	Principais Conclusões
Silva, T. V. V., Silva, E. A., Silva, J. S. L. G., Silva, C. M. S. D., Vieira, C. L. J. & Souza, A. S.	<i>Aplicabilidade da musicoterapia no contexto da criança hospitalizada: sob a ótica da enfermagem</i>	Apresentar os benefícios da musicoterapia como ferramenta do cuidar da criança hospitalizada e descrever os efeitos da música da criança hospitalizada no setor de pediatria.	Pesquisa descrita e retrospectiva	A musicoterapia oferece inúmeros benefícios além de uma assistência humanizada para a criança pediátrica reduz os impactos causados pelos procedimentos invasivos e as alterações da sua rotina causada pelos longos períodos de hospitalização.
Mendes, B. V., Furlan, M. S. & Sanches, M. B.	<i>Intervenções não farmacológicas em procedimentos dolorosos com agulha em crianças: revisão integrativa</i>	Investigar quais são as intervenções não farmacológicas mais descritas na literatura para o controle da dor em procedimentos dolorosos com agulha em crianças acima de um ano.	Revisão integrativa	Os resultados deste estudo indicam que a estratégia mais utilizada para o alívio da dor foi a distração, sobres- saindo a distração audiovisual.
Santa, I. N. S.	<i>Intervenções Musicais em Oncologia Pediátrica: Revisão sistemática e metanálise</i>	Identificar os efeitos terapêuticos das intervenções musicais em termos psicológicos e fisiológicos e na qualidade de vida de crianças em tratamento oncológico.	Dissertação	Evidenciou-se que há evidências que sustentam o uso da música para reduzir a dor e a ansiedade e melhorar a qualidade de vida de crianças em tratamento contra o câncer.

Brazoloto, T. M.	<i>Intervenções musicais e musicoterapia no tratamento da dor: revisão de literatura</i>	Investigar os efeitos das intervenções musicais e da musicoterapia no tratamento da dor aguda ou crónica.	Revisão de literatura	A música pode minimizar a dor, porém, os resultados mostram que há controvérsia nos trabalhos analisados sobre o papel analgésico da música sobre a dor. Há controvérsia sobre os efeitos da musicoterapia ou de intervenções musicais sobre a dor, bem como sobre seus efeitos adversos. Isso pode estar relacionado aos métodos e seus resultados com baixa evidência científica.
Carvalho, J. M. P. Q. G.	<i>Influência da exposição à música na percepção da dor aguda pós-operatória: Um estudo com crianças de 4 e 5 anos.</i>	Averiguar se a exposição à música reduz a percepção da dor aguda pós-operatória, com especial incidência em crianças com 4 e 5 anos.	Dissertação	O projeto revela que efetivamente a música promove uma diminuição da percepção da dor aguda pós-operatória em crianças de 4 e 5 anos.

DISCUSSÃO

Após a análise da amostra de artigos selecionada e documentos eleitos, torna-se evidente que a música tem benefícios para a gestão da dor na criança pré-escolar.

Por forma a dar resposta às necessidades da criança com dor, a música tem ganho muita relevância no que diz respeito às intervenções não farmacológicas. De acordo com Yinger (2016) no seu estudo clínico randomizado, as intervenções baseadas na música têm sido utilizadas para o apoio durante as imunizações pediátricas e cita Noguchi (2006) que no seu estudo salienta que a música foi implementada por um musicoterapeuta dentro de uma história infantil interativa durante as imunizações, mostrando diminuição da dor relatada e no sofrimento observado que não foram estatisticamente significativas. O estudo realizado por Yinger (2016) concluiu que os pais das crianças expostas à musicoterapia relataram, que o nível de sofrimento dos seus filhos foi menor do que durante procedimentos anteriores, enquanto os pais das crianças do grupo de controlo relataram que o nível de sofrimento dos seus filhos foi maior.

O ensaio clínico randomizado de Hartling et al. (2013) conclui que a música tem um impacto positivo na diminuição da dor e ansiedade nas crianças submetidas a procedimentos dolorosos, e acrescenta que foram observados benefícios para os próprios pais e prestadores de cuidados com importantes implicações clínicas.

A utilização das técnicas de distração é apontada por Heijden et al. (2019) no seu ensaio clínico como benéficas para o controlo da dor pediátrica, o autor refere que a música está contemplada nestas técnicas citando MacLaren & Cohen (2005), onde apontam que as técnicas de

distração passiva incluem, entre outras, ouvir música gravada ou assistir a um filme. O mesmo autor acrescenta que as intervenções de distração, como a música, podem ser benéficas para as crianças que sentem dor e ansiedade durante procedimentos dolorosos. A revisão integrativa realizada por Mendes et al. (2022) concluem que a distração passiva é um método que permite à criança manter-se calma e relaxada durante o procedimento e nela incluem-se o uso de música e desenhos animados revelando serem eficazes ou moderadamente eficazes na redução da dor em procedimentos dolorosos provocados por agulha nas crianças.

Também Huang et al. (2021) no seu ensaio clínico randomizado reforça que a principal intervenção não farmacológica para o controlo da dor pós-operatória é a distração e que a musicoterapia é um método auxiliar eficaz para reduzir a dor pós-operatória a crianças submetidas a grandes cirurgias. O mesmo autor cita Bradt et al. (2014) que através do seu estudo mostrou que a musicoterapia reduziu a frequência respiratória e estabilizou a respiração. Refere, ainda, um estudo de Mok que mostrou de igual forma, como a musicoterapia pode afetar o hemisfério direito do cérebro, fazer a hipófise produzir endorfina e reduzir o nível de catecolaminas, causando assim a diminuição da frequência cardíaca e da pressão sanguínea. Também os autores Silva et al. (2021) e Santa (2021) defendem que a música atua constantemente sobre os estímulos sensoriais, produzindo respostas benéficas, como redução da frequência respiratória, redução do ritmo cardíaco, proporcionando relaxamento e sensação de bem-estar.

No que diz respeito aos benefícios da utilização da música como intervenção não farmacológica, Heidi (2013) considera na sua revisão de literatura que a musicoterapia diminui as respostas simpáticas à dor e à estimulação, alivia o medo, a ansiedade e fornece uma alternativa às intervenções farmacológicas. O autor acrescenta que os programas de musicoterapia implementados em maior escala podem garantir a qualidade dos cuidados, diminuindo consistentemente a ansiedade pediátrica, aumentar os padrões de segurança, aumentando a adesão pediátrica aos procedimentos, criando um ambiente seguro e económico diminuindo as intervenções farmacológicas.

Silva et al. (2021) direcionaram a sua pesquisa para os cuidados de enfermagem referindo que a hospitalização da criança muitas torna-se muitas vezes longa e dolorosa sujeita a procedimentos que lhe causam dor, stress, medo, solidão, tristeza, espanto, tensão muscular e ansiedade e que a música não pode deixar de compor o leque de estratégias do cuidado e. Os autores acrescentam que todos os estudos analisados demonstraram como a musicoterapia pode ser um auxiliar no tratamento nas unidades pediátricas, proporcionando um novo olhar para o cuidado da criança.

Na revisão de literatura elaborada por Brazoloto (2021) são apontados estudos que afirmam que a música é um bom recurso na redução da ansiedade pré-operatória, caracterizada por um efeito calmante, mobilizador das emoções humanas mais intensas, benéfica para a maioria das pessoas, pois proporciona sensação de bem-estar, relaxamento, distração, recordações agradáveis e conforto. O autor acrescenta que a utilização da música deveria tornar-se uma rotina na busca de uma prática mais humanizada na área da saúde.

Em adição aos benefícios da música na gestão da dor na criança já descritos, Carvalho (2016) salienta na sua dissertação citando Nobre et al. (2012) que a música pode ter um impacto positivo sobre a dor e ansiedade em crianças submetidas a procedimentos dolorosos e que há uma redução seja devido a um balanço entre o sistema nervoso autónomo simpático e parassimpático, em favor do parassimpático, através do qual é possível o envolvimento de regiões límbicas que modulam funções hipotálamo-hipofisárias. A música pode ter um papel real na regulação dos valores da tensão arterial, da frequência cardíaca e respiratória entre outros benefícios, tais como redução da ansiedade e dor.

Numa perspetiva futura Hartling et al. (2013) defende que são necessários mais ensaios sobre o efeito da música na dor e, particularmente em diferentes ambientes e para diferentes procedimentos clínicos. Heidi (2013) reforça que pesquisas adicionais podem averiguar a relevância entre faixas etárias e tipos específicos de música, de como a música afeta diferentes faixas etárias validaria e comprovaria ainda mais a eficácia da musicoterapia e do ambiente peri operatório pediátrico para cuidados seguros e de qualidade.

Enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, tendo por base o meu conhecimento sobre as crianças, as famílias e os recursos disponíveis, acredito que a minha intervenção poderá ser crucial para os próximos passos na investigação da Música no controlo da dor na criança pré-escolar e suas famílias.

CONCLUSÃO

Com esta revisão, concluí que a música possui inúmeros benefícios, para além de um cuidado humanizado à criança, reduz impactos causados pelos procedimentos invasivos e por alterações da rotina causadas pela hospitalização, e principalmente contribui para a gestão da dor na criança pré-escolar, assim como à família.

Constatei, ainda, serem necessários mais esforços para sensibilizar as equipas de saúde a adotarem a música como estratégia de gestão da dor na criança, aliando a outras intervenções farmacológicas se assim se justificarem.

Conclui que o desenvolvimento tecnológico e a investigação permitem caminharmos rumo, não só a uma gestão mais eficaz da dor, mas também a melhor prognóstico do futuro, investindo-se na melhoria da qualidade de vida da população pediátrica e suas famílias. Investir numa gestão adequada e diminuição da dor contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2021). *Recomendações da associação portuguesa para o estudo da dor para o controlo da dor na vacinação pediátrica: linhas orientadoras para a prática clínica*. Author.
- Batalha, L. M. C. (2016). *Avaliação da dor* (1ª Ed.). Coimbra: ESEnfC; (Manual de estudo – versão 1).
- Botelho, R. G., & Oliveira, C. C. (2017). Literaturas branca e cinzenta: uma revisão conceitual. *Ciência da Informação*, 44(3), 501-513. <https://doi.org/10.18225/ci.inf.v44i3.1804>
- Brazoloto, T. M. (2021). Intervenções musicais e musicoterapia no tratamento da dor: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Pain*. 4(4), 369-373. DOI 10.5935/2595-0118.20210059
- Carvalho, J. M. P. Q. (2016). *Influência da exposição à música na percepção da dor aguda pós-operatória: Um estudo com crianças de 4 e 5 anos*. (Dissertação para obtenção do Título de Mestre em Ciência Cognitiva). Universidade de Lisboa, Lisboa. Retrieved from https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/24021/1/ulfpie051076_tm.pdf

- Franzoi, M. A. H. (2015). *Audição musical como intervenção de enfermagem para alívio da ansiedade na criança em situação cirúrgica: ensaio clínico randomizado*. (Dissertação para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem). Universidade de Brasília, Brasília. <http://dx.doi.org/10.26512/2015.08.D.19014>
- Hartling, L., Newton, A. S., Liang, Y., Jou, H., Hewon, K., Klassen, T. P., & Curtis, S. (2013). Music to Reduce Pain and Distress in the Pediatric Emergency Department. *Jama Pediatrics*, 167(9), 826-835. 10.1001/jamapediatrics.2013.200
- Heidi, L. (2013). The Pediatric Perioperative Experience with Music Therapy. *International Student Journal of Nurse Anesthesia*, 15(2), 86-92.
- Heijden, M. J. E., Mevius, P. H., Heijde, N., Rosmalen, J., Sebastian, P. & Monique, P. (2019). Children Listening to Music or Watching Cartoons During ER Procedures: A RCT. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(10), 1151–1162. 10.1093/jpepsy/jsz066
- Huang, Y., Lei, Y., Liu, J., Cao, H., Yu, X. & Chen, Q. (2021). The music video therapy in postoperative analgesia in preschool children after cardiothoracic surgery. *Journal of Cardiac Surgery*, 36(1), 2308–2313. 10.1111/jocs.15551
- Mendes, B. V., Furlan, M. S. & Sanches, M. B. (2022). Intervenções não farmacológicas em procedimentos dolorosos com agulha em crianças: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Pain*. 5(1), 61-67. DOI 10.5935/2595-0118.20220004
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17(4), 758-764.
- Oliveira, M.F., Oselame, G.B., Neves, E. B. & Oliveira, E. M. (2014). *Musicoterapia como ferramenta terapêutica no setor da saúde: uma revisão sistemática*. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 12(2), 871-878.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de Boa Prática - estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos Ordem dos Enfermeiros*. 1(6), 1-80.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa.
- Santa, I. N. S. (2021). *Intervenções Musicais em Oncologia Pediátrica: Revisão sistemática e metanálise*. (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências). Universidade São Paulo, São Paulo. Retrieved from <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde-24032022-133802/publico/IvoneNunesdaSilvaSanta.pdf>

- Silva, T. V. V., Silva, E. A., Silva, J. S. L. G., Silva, C. M. S. D., Vieira, C. L. J. & Souza, A. S. (2021). Aplicabilidade da musicoterapia no contexto da criança hospitalizada: sob a ótica da enfermagem. *Revista Pró-UniverSUS*, 12(1), 122-127.
- Silva, L. A. G. P., Faran, F. D. P. & Mercês, N. N. A. (2016). A música no cuidado às crianças e adolescentes com câncer: revisão integrativa. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 25(4), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001720015>
- Silva, R., Pereira, N. & Pereira, P. (n.d.). Abordagem e tratamento da dor aguda na criança (1ª ed.). Author.
- Souza, M., Silva, M. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-6. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Yinger, O. S. (2016). Music Therapy as Procedural Support for Young Children Undergoing Immunizations: A Randomized Controlled Study. *Journal of Music Therapy*, 53(4), 336–363. <http://jmt.oxfordjournals.org/>