



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Promoção do conforto através do Brincar enquanto estratégia não farmacológica: Atuação do Enfermeiro Especialista**

**Cátia Sofia Caldas Baptista da Silva**

Orientação: Professora Margarida Malcata

Coorientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

**Mestrado em Enfermagem**

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

*Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri*



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Promoção do conforto através do Brincar enquanto estratégia não farmacológica: Atuação do Enfermeiro Especialista**

**Cátia Sofia Caldas Baptista da Silva**

Orientação: Professora Margarida Malcata

Coorientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

**Mestrado em Enfermagem**

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

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, por todo o apoio, ajuda, disponibilidade, paciência, tolerância e compreensão nos momentos de ausência, assim como pela força e acreditar nos momentos mais difíceis ao longo deste processo.

Aos meus amigos, por estarem lá, por me apoiarem e incentivarem em todo o processo, transmitindo-me energia e apoio quando a força e o cansaço tomavam conta de mim.

A todos os enfermeiros que me orientaram, apoiaram e transmitiram os seus saberes, proporcionando experiências que me enriqueceram enquanto enfermeira e pessoa, ao longo de todo este processo.

Aos meus professores por todo o apoio e ajuda que me deram, neste processo nem sempre fácil.

Aos colegas de trabalho, pela colaboração e compreensão, sempre que necessário.

A todas as crianças e famílias a quem presto e prestei cuidados, pelos sorrisos e abraços, que me motivam a ser melhor todos os dias. Este percurso foi feito com eles e para eles.

A todos muito, muito obrigada!

## RESUMO

O conforto encontra-se intrínseco aos cuidados de enfermagem, sendo um elemento essencial para uma prestação de cuidados de excelência à criança, jovem e família em todos os contextos de saúde e doença.

Ao longo de todo o processo de cuidar são vários os procedimentos realizados, causadores de desconforto na criança. A avaliação da dor e a utilização de estratégias não farmacológicas são algumas das atividades passíveis de serem utilizadas e autónomas da enfermagem.

O Projeto de Estágio foi desenvolvido com recurso à metodologia de projeto aplicada transversalmente nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares, integrado na linha de investigação da segurança e qualidade de vida, tendo por base a temática da promoção do conforto através do Brincar enquanto estratégia não farmacológica.

O presente relatório tem como finalidade explicar as atividades e trabalhos desenvolvidos nos vários contextos de estágio, que tinham como principal objetivo sensibilizar as equipas de Enfermagem para a importância do brincar na dor e do uso de estratégias não farmacológicas como promotoras de conforto.

Este relatório conta ainda com a análise descritiva e reflexiva do percurso formativo realizado no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e jovem, nomeadamente na área da temática do projeto.

**Palavras-chave:** Conforto; Criança; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Estratégias não farmacológicas, Dor



## **ABSTRACT**

Comfort finds itself deeply intertwined with nursing care, being an essential part of a quality care service to the child, youth and family in all contexts of health and disease.

Across the caring process, several are the proceedings that cause discomfort in the infant. Proper pain evaluation and the use of non-pharmacological strategies are some of the possible methods that can be used, which are external to common nursing practices.

The internship project was developed with resort to the project methodology and transversally applied to primary health care services and hospital care services, integrated in the safety and quality of life line of investigation, using as basis the theme of the promotion of comfort through play as a non-pharmacological strategy.

This report aims to explain the activities and works developed within the different internship scenarios, that had as their primary objective the rise of awareness of nursing teams to the importance of playing in pain scenarios, and of the use of non-pharmacological strategies to promote comfort.

Within this report we also find a descriptive and reflexive analysis on the learning process experienced in the process of acquisition and development of the skills required of a Master's and nurse specialist in paediatric care, namely within the theme of the project.

**Key words:** Comfort, Child, Paediatric Nurse, non-pharmacological strategies, pain

## RÉSUMÉ

Le confort est intrinsèque aux soins infirmiers et est un élément essentiel pour une prestation de soins d'excellents à l'enfant, au jeune et à sa famille, en toutes les situations de santé et de maladie.

Pendant tout le prise en charge, plusieurs procédures sont effectuées, provoquant un malaise chez l'enfant. L'évaluation de la douleur et l'utilisation des stratégies non pharmacologiques font partie des activités autonomes des soins infirmiers, qui on peut utilisiez.

Le projet de stage a été élaboré avec l'aide de la méthodologie de projet et transversalement appliquée aux soins de santé primaires et aux soins hospitaliers, intégrée dans le champ d'investigation de la sécurité et de la qualité de vie, sur le thème : la promotion du confort par le jeu en tant que stratégie non pharmacologique.

Le présent rapport a pour objectif, expliqué les activités et les travaux menés aux différentes étapes du stage, dont l'objectif principal était de sensibiliser les équipes infirmières à l'importance du jeu, de la douleur et de l'utilisation de stratégies non pharmacologiques comme facteurs de confort.

Ce rapport contient encore une analyse descriptive et réflexive de la formation réalisée dans le cadre de l'acquisition et du développement des compétences de maîtres et d'infirmières spécialistes en soins infirmiers spécialisés dans la santé des enfants et des adolescents dans le domaine du projet.

**Mots-clés:** Confort, Enfant/jeune, Infirmière pédiatrique, Stratégies non pharmacologiques, Douleur

## ÍNDICE DE ANEXOS | APÊNDICES

### ANEXOS

**Anexo I** - Estrutura Taxonómica do Conforto Kolcaba.....II

### APÊNDICES

**Apêndice I** – Cronograma dos Estágios.....V

**Apêndice II** – Artigo científico - Estratégias não farmacológicas utilizadas em Neonatologia: quais as mais adequadas e suas vantagens (Resumo do artigo) .....VII

**Apêndice III** - Estudo de Caso .....XIV

**Apêndice IV** - Grelha de Observação.....XL

**Apêndice V** - Panfleto brincar: Crescer Brincando (brinquedo certo na idade certa.....XLII

**Apêndice VI** – Póster USF: Crescer Brincando (brinquedo certo na idade certa).....XLVI

**Apêndice VII** – Póster USF: Era uma vez as Tecnologias.....XLVIII

**Apêndice VIII** - Sessão de Educação para a Saúde - Promoção do Brincar na USF: A importância do Brincar na consulta de Saúde Infantil.....L

**Apêndice VIX** - Reflexão crítica: Ciclo de Gibbs.....LXIX

**Apêndice X** - Portfólio de Estágio - Dor em Neonatologia: Avaliação e estratégias não farmacológicas promotoras de conforto.....LXXIV

**Apêndice XI** – Guia Orientador das atividades de estágio: Brincar numa UCIPed.....CXXVIII

<b>Apêndice XII</b> – Folheto: Brincar na UCIPed.....	CXXXIX
<b>Apêndice XIII</b> – Documento informativo para as mesas da UCIPed.....	CXLII
<b>Apêndice XIV</b> – Dossier com Atividades para a UCIPed.....	CXLIV
<b>Apêndice XV</b> - Pedido de autorização à Enf.ª Chefe do Serviço de Pediatria.....	CXLVI
<b>Apêndice XVI</b> – Pedido de autorização ao Diretor do Departamento de Pediatria.....	CXLIX
<b>Apêndice XVII</b> – Consentimento e questionário preenchido pelos enfermeiros que participaram no levantamento de necessidades do serviço.....	CLII
<b>Apêndice XVIII</b> – Portfólio de estágio – Dor em Pediatria: Escalas da dor e estratégias não farmacológicas promotoras de conforto.....	CLX

## **ABREVIATURAS E SIGLA**

**ACES** - Agrupamentos de Centros de Saúde

**APA** - *American Psychological Association*

**APS** - *American Pain Society*

**ARSLVT** - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.

**BT** – Brinquedo Terapêutico

**CHKS** - *Caspe Healthcare Knowledge Systems*

**CCF** - Cuidados Centrados na Família

**CDC** - Centro de Desenvolvimento da Criança

**CDE** - Código Deontológico do Enfermeiro

**CNT** - Cuidados Não Traumáticos

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DGS** - Direção-Geral da Saúde

**ECMO** – *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

**EE** - Enfermeiro Especialista

**EEESIP** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**ELI** - Equipa Local de Intervenção

**Enf.<sup>a</sup> / Enf.<sup>o</sup>** - Enfermeira/o

**ESMP** - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**HAP** - Hospitais de Apoio Perinatal

**HAPD** – Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado

**IASP** - *International Association for the Study of Pain*

**ICN** - *International Council of Nurse*

**IPS** - Instituto Politécnico de Setúbal

**JCAHO** - *Joint Comission on Accreditation on Heathcare Organizations*

**MDAIF** - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PNCDoR** - Programa Nacional de Controlo da Dor

**REPE** - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**RN** - Recém-nascido

**RNPT** - Recém-nascido pré-termo

**SIP** - Serviço de Internamento de Pediatria

**TIP** - Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

**UCC** - Unidades de Cuidados na Comunidade

**UCIN** - Unidades de Cuidados Intensivos/intermédios Neonatais

**UCIPed** - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

**UCP** - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

**UNICEF** - *United Nations Children's Fund*

**URAP** - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

**USF** - Unidade de Saúde Familiar

**USP** - Unidades de Saúde Pública

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	12
1. PROMOÇÃO DO CONFORTO ATRAVÉS DO BRINCAR NA CRIANÇA .....	17
1.1. CONFORTO E A TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA.....	18
1.2. CUIDAR EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA – MODELOS E CONCEITOS .....	20
1.3. COMPETÊNCIAS E ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE .....	22
2. PROBLEMÁTICA DE ESTUDO - REVISÃO LITERATURA .....	26
2.1. HOSPITALIZAÇÃO EM PEDIATRIA.....	27
2.2. BENEFÍCIOS DO BRINCAR EM PEDIATRIA .....	30
2.3. COMUNICAR A BRINCAR EM PEDIATRIA .....	33
2.4. A DOR.....	34
2.4.1. Avaliação da dor / escalas .....	37
3. METODOLOGIA DE PROJETO.....	42
4. ANÁLISE DO PERCURSO DE APRENDIZAGENS: ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E HOSPITALARES .....	46
4.1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS/UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR (USF).....	48
4.1.1. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas .....	49
4.1.2. Reflexão de aprendizagens.....	53
4.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS NEONATAIS .....	56
4.2.1. Caracterização da UCIN .....	58
4.2.2. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas:.....	60
4.2.3. Reflexão de Aprendizagens .....	64
4.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIPED).....	67
4.3.1. Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.....	68
4.3.2. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas:.....	71

4.3.3. Reflexão de aprendizagens.....	75
4.4. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA.....	78
4.4.1. Caracterização do serviço de internamento de Pediatria .....	81
4.4.2. Estrutura do Serviço .....	82
4.4.3. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas:.....	84
4.4.4. Reflexão de aprendizagens.....	89
5. COMPETÊNCIAS DE EEESIP E MESTRE .....	94
5.1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM .....	105
5.1.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.....	105
5.2.2. Cuida da criança/jovem e famílias nas situações de especial complexidade.....	107
5.2.3. Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.....	109
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
7. REFERÊNCIAS.....	113



## INTRODUÇÃO

Em Portugal, nos últimos anos, a enfermagem tem evoluído ao nível científico de forma positiva na dignificação do exercício profissional, pela melhoria e eficiência dos cuidados que têm vindo a ser prestados.

Do ponto de vista ético, deontológico e profissional, são inúmeras as leis e decretos que governam a atuação dos enfermeiros, e que estão em constante adaptação à realidade dos cuidados. De entre os vários documentos que orientam a prática de todos os enfermeiros, importa ressaltar, o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE).

De acordo com o mencionado no artigo 109º do CDE, “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: (...) b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 10).

Foi com base no anteriormente mencionado, que surgiu o presente trabalho inserido no âmbito da Unidade Curricular Relatório, no ano letivo de 2018/2019, inserida no terceiro semestre do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, curso em associação entre a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Beja, Portalegre, Castelo Branco e a Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, da Universidade de Évora, sob a regência do Professor António Casa Nova, com a colaboração e orientação da Professora Margarida Malcata e da Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos.

Tendo em conta os objetivos estatuídos pelo regulamento do Mestrado em Enfermagem em Associação, o percurso desenvolvido, tem como finalidade (Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) - Escola Superior de Saúde (ESS), 2018, p. 1):

“a. Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciando em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;

- b. Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos;
- c. Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados nos diferentes contextos da prática clínica;
- d. Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.”

Concomitantemente ao supracitado o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria visa ainda a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP), conforme descrito no regulamento das competências, cujo propósito é de “(...) assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; (...) nas situações de especial complexidade; (...) em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018, pp. 19192 - 94), referenciando a **Teoria do Conforto de Kolcaba** que nos reporta para o conforto como um elemento central na promoção da saúde e na visão holística dos indivíduos. É da união do conceito conforto e cuidar que surge o papel da enfermagem e a forma como os utentes compreendem a interação que existe entre toda a equipa. Sempre que a criança e/ou família apresentam carências de conforto, o enfermeiro tem a função de intervir com o objetivo de maximizar o mesmo. Como tal o conforto é visto muitas vezes como um pré-requisito em situações de stress, podendo as ações centradas na enfermagem ser ativas, passivas ou cooperativas, todavia estas requerem sempre o envolvimento do paciente (Kolcaba K. , 1994).

Para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) (Ordem dos enfermeiros, 2019), do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018) relacionadas com o grau de mestre (Ministério da Educação e Ciência, 2013), nos diferentes domínios do exercício profissional, foram realizados estágios em diferentes contextos, perfazendo um total de vinte e duas semanas (Apêndice I).

O primeiro estágio decorreu durante seis semanas numa Unidade de Saúde Familiar (USF). O segundo estágio decorreu ao longo de dezasseis semanas, tendo sido dividido em três contextos diferentes: Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios Neonatais (UCIN) (quatro semanas); Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed.) (quatro semanas) e Internamento de Pediatria (oito semanas) onde me foi permitido realizar um turno de observação no Centro de Desenvolvimento da Criança e outro na consulta pré-operatória.

Este relatório de estágio foi desenvolvido utilizando a metodologia de projeto e uma aprendizagem reflexiva que contribua para um desenvolvimento consciente da prática do cuidar (Benner, 2001), baseada nos referenciais teóricos, nas evidências científicas e no enquadramento profissional do exercício de enfermagem. A reflexão é uma forma consciente de aprendizagem, que permite compreender determinadas situações através da transformação do conhecido e da reconstrução do saber decorrente de uma prática reflexiva na ação (Schön, 1994). Para uma melhor adequação das competências e saberes apreendidos nas diversas experiências vivenciadas, o meu percurso será redigido de acordo com uma metodologia descritiva, reflexiva e de análise crítica tendo em conta as práticas realizadas nos diferentes contextos.

Diariamente milhares de crianças são hospitalizadas e/ou sujeitas a procedimentos/intervenções causadores/as de stress para a elas e respetivas famílias (MacLaren Chorney & N. Kain, 2010). Além de sujeitas a procedimentos dolorosos, estas encontram-se num ambiente que não é o seu, rodeadas e obrigadas a conviver com pessoas que lhes são estranhas, sejam médicos, outros clientes e/ou familiares dos mesmos (Custodia de Faria Fioreti, Figueredo Manzo, & Ferreira Regino, 2016). Com base nisto, o EEESIP tem a responsabilidade de “trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que ela se encontre para promover o mais elevado estado de saúde possível” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018, p. 1).

É de forma a minimizar todo o sofrimento causado nestes procedimentos que surge o brincar, que ajuda não só na estimulação do desenvolvimento infantil, mas é também um importante aliado na promoção das medidas de distração e conforto (medida não farmacológica) durante os procedimentos invasivos e uma forma de comunicação. O Brincar tem como função a satisfação das necessidades recreativas da criança, tornando-a mais participativa nas atividades promotoras do seu desenvolvimento físico, mental, emocional e na sua socialização ao longo do internamento hospitalar (Hockenberry & Wilson, 2014). Através dele é possível a obtenção de melhores resultados terapêuticos por via da otimização dos cuidados, auxiliando a criança/jovem a compreender e defrontar melhor o seu processo de hospitalização, aceitando melhor o tratamento (Hockenberry & Wilson, 2014). A aplicação deste método é, hoje em dia reconhecida pelas equipas de saúde e pelos familiares, devendo a sua utilização ser incitada para a melhoria dos sentimentos inerentes ao processo de cuidar e à hospitalização (Custodia de Faria Fioreti, Figueredo Manzo, & Ferreira Regino, 2016; Ferraz Jansen, Maria dos Santos, & Favero, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014; Lima, *et al.*, 2014).

Dito isto, a escolha do tema ocorreu por interesse e motivação pessoal, fortalecida pela literatura científica e a realidade por mim vivenciada, e que foi partilhada com os enfermeiros nos contextos, constituindo-se uma problemática com necessidades de desenvolvimento. A finalidade da elaboração deste trabalho é: descrever e demonstrar toda a aprendizagem adquirida, tendo em conta os objetivos delineados para o efeito, com vista à obtenção dos melhores cuidados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica à criança/jovem e família; e analisar de forma reflexiva as competências comuns e específicas do EEESIP e de mestre. Assim sendo, este relatório espelha o projeto denominado **“A importância do Brincar enquanto estratégia não farmacológica, nos cuidados em Saúde Infantil e Pediatria”**, cujos objetivos gerais foram:

- Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas como enfermeira especialista e mestre em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na prestação de cuidados especializados à criança e família, em contextos de intervenção distintos;

- Integrar a promoção do conforto nos cuidados de enfermagem à criança, jovem e família, de acordo com a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem;

- Promover/Incentivar/Sensibilizar a utilização do Brincar enquanto estratégia não farmacológica com vista à minimização do sofrimento da criança aquando de um procedimento de enfermagem.

Tendo em consideração os diferentes locais de estágio, foram definidos objetivos gerais e específicos para cada contexto com base nas necessidades evidenciadas. A metodologia utilizada para a realização deste projeto foi a metodologia de projeto, sendo que numa fase inicial, foi efetuado um projeto transversal a todos os contextos de estágio a partir da definição do tema e dos objetivos gerais do mesmo. Posteriormente, foi elaborado em cada local de estágio um projeto específico relacionado com o tema onde, de acordo com o diagnóstico de situação efetuado pelo levantamento de um problema/necessidade do serviço, foram determinados os objetivos específicos, planeadas as atividades de forma exequível, e implementadas medidas promotoras de conforto que visassem diminuir a dor e o desconforto aquando do internamento e dos procedimentos de enfermagem, com vista à maximização da saúde e à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Em termos estruturais, o presente documento foi organizado em três partes: introdução, desenvolvimento e considerações finais. Na **introdução (1)**, identifica-se a importância e as competências

do enfermeiro especialista de forma resumida, fundamenta-se a temática elegida, enumerando-se os principais objetivos do relatório, e como será desenvolvido o trabalho. O **desenvolvimento (2)** encontra-se dividido em quatro subcapítulos: o primeiro inclui uma abordagem à promoção do conforto, através da teoria de Kolcaba, a análises dos modelos e conceitos do cuidar em enfermagem e a atuação do EEESIP e Mestre; o segundo onde será realizado um breve enquadramento conceptual decorrente de uma revisão da literatura onde serão reportadas as evidências científicas mais recentes que servirão de base à elaboração do relatório; o terceiro onde será explicado de forma sucinta em que consiste a metodologia de projeto e o quarto subcapítulo onde será analisado todo o percurso de aprendizagens, tendo por base a metodologia de projeto. O documento culmina nas **considerações finais (3)**, que consta num breve resumo sobre as principais conclusões obtidas do trabalho perspetivando o futuro. Serão ainda analisados se os objetivos foram alcançados, refletindo sobre os aspetos facilitadores e dificultadores sentidos ao longo de todo o processo, e qual a importância deste trabalho para o desenvolvimento académico, pessoal e profissional.

A execução e formatação deste documento seguiu os regulamentos de elaboração de relatórios de mestrado em enfermagem, fornecidos aos estudantes, estando a sua redação e bibliografia de acordo com as normas preconizadas pela *American Psychological Association* [APA] (6ª edição) e ao abrigo do novo Acordo Ortográfico.

## 1. PROMOÇÃO DO CONFORTO ATRAVÉS DO BRINCAR NA CRIANÇA

Ao longo dos últimos anos, a enfermagem em Portugal tem evoluído tanto a nível técnico-científico na qualidade e eficiência da prestação de cuidados, assim como no que respeita à dignificação do seu exercício profissional. São várias as leis e decretos que governam a atuação dos enfermeiros do ponto de vista ético, deontológico e profissional e que têm sido adaptadas à realidade inerente aos cuidados. De entre os vários documentos que orientam a prática de todos os enfermeiros importa ressaltar o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE).

De acordo com o artigo 109º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: (...) b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa; c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 10). Com base no anteriormente mencionado, surge então a necessidade de adquirir novas competências, conforme descrito no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria (EEESIP).

Aquando da prestação de cuidados o enfermeiro tem o dever de proporcionar o máximo conforto e bem-estar à criança/jovem e família restabelecendo o equilíbrio dos mesmos. Para que este equilíbrio seja possível é imprescindível para a criança brincar, comunicar, desenvolver-se, sendo por isso uma importante atividade e estratégia que pode ser usada pelos enfermeiros aquando das suas intervenções (Kolcaba, Tilton, & Drouin, 2006). Deste modo, ir-se-á desenvolver o trabalho, partindo da Teoria do Conforto de Kolcaba, explanando a importância do trabalho desenvolvido pelos EEESIP na prestação de cuidados de alta qualidade, uniformizando os cuidados com base nas evidências científicas e na prática dos cuidados. O capítulo que se segue pretende apresentar os fundamentos teóricos com base na revisão da literatura que direcionam e nortearam a escolha da temática selecionada na realização de todo este projeto.

## 1.1. CONFORTO E A TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA

O termo conforto tem origem no latim *confortare*, que expressa “restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar” (Apóstolo, 2009, p. 62), e tem sido reconhecido como um elemento integrante e uma filosofia importante nos cuidados de enfermagem (Apóstolo, 2009). Segundo Sousa (2014), o conforto é promovido através das intervenções de enfermagem e apesar de ser diferente para cada pessoa a sua finalidade é comum e visa a procura da satisfação das suas necessidades individuais (Sousa, 2014). De acordo com o mesmo autor, o conforto é uma medida de alívio do desconforto, onde confortar é a ação e o conforto é o resultado da ação (Sousa, 2014).

A primeira referência ao termo conforto apareceu por Florence Nightingale que o considerava imprescindível, nunca devendo ser esquecido aquando dos cuidados (Apóstolo, 2009). Nos anos de 1900-1929, um dos focos centrais dos cuidados era o conforto, porém nas décadas de 60, 70 e 80 este passou a ser menos relevante devido aos avanços da medicina (Apóstolo, 2009). Contudo, em 1990 Katharine Kolcaba seguiu um caminho iniciado em 1980 por Janice Morse, dedica-se ao estudo do conceito de conforto e à sua conceptualização e operacionalização para e nos cuidados de enfermagem, contribuindo para uma nova compreensão e desenvolvimento deste conceito, através da Teoria do Conforto de Kolcaba (Apóstolo, 2009; Ponte & Fátima da Silva, 2016). Esta consiste numa teoria de médio alcance da prática e investigação em Enfermagem, inserida na Escola do Cuidar, sendo caracterizada por possuir um baixo nível de abstração, ser de fácil aplicação à prática e possuir um número limitado de conceitos e pressupostos (Kolcaba K., 2001). Os conceitos metaparadigmáticos definidos na teoria são: enfermagem, pessoa, ambiente e saúde (Kolcaba K., 1994).

As atividades promotoras do conforto eram reforçadas e o paciente preparado para desenvolver comportamentos internos e/ou externos, promotores da sua saúde (Ponte & Fátima da Silva, 2016). Ao mesmo tempo, a instituição e equipa de cuidados aperfeiçoam os serviços, com o intuito de satisfazer o paciente, reduzir a morbilidade e a possibilidade de o mesmo ser reinternado (Kolcaba, 2003 citada por Ponte & Fátima da Silva, 2016).

Para Kolcaba (1994), o conforto é o resultado holístico, desejável e natural dos cuidados e decorre da satisfação das necessidades básicas decorrentes das intervenções de enfermagem, que originam estados de alívio, tranquilidade e transcendência nas pessoas (Kolcaba K., 1994; Ponte & Fátima da Silva, 2016). O “alívio” representa a sensação de ter uma necessidade de conforto satisfeita; “tran-

quilidade” indica um estado de calma e/ou contentamento para a obtenção de um desempenho eficiente; e “transcendência” uma condição na qual a pessoa consegue suplantar um problema ou dor, resolvendo os seus problemas (Kolcaba K. , 2001). Além dos estados mencionados anteriormente a teoria é composta também por quatro contextos de realização: “físico” onde estão presentes as sensações e o equilíbrio do corpo; “psicoespiritual” consciência sobre si, que inclui a autoestima, autoconceito, sexualidade; “sociocultural” envolve as relações interpessoais, familiares, sociais, tradições e rituais; e o “ambiental” suporte externo da experiência humana (temperatura, luz, som, ruídos, etc.) (Kolcaba K. , 2001; Kolcaba & Dimarco, 2005).

Existem ainda outros dez conceitos considerados menores nos postulados da teoria: “medidas de conforto, necessidades de cuidados de saúde, comportamentos de busca em saúde, integridade institucional, variáveis intervenientes, comportamentos internos, comportamentos externos, morte pacífica, melhores práticas e melhores políticas.” (Ponte & Fátima da Silva, 2016, pp. 217-218). Quando a pessoa é sujeita a fatores desconfortáveis e de stress que não são satisfeitos pelos processos naturais, surge a necessidades de cuidados de saúde – intervenções ativas, passivas ou cooperativas de enfermagem – em que o objetivo é aumentar o conforto da pessoa, estando esta sempre envolvida no processo (Kolcaba K. , 1994). Kolcaba (1994) define o conforto: “...como a satisfação (ativamente, passivamente ou cooperativamente) das necessidades básicas humanas de alívio, tranquilidade ou transcendência ascendentes de situações de cuidados de saúde que são stressantes” (Kolcaba K. , 1994, p. 1178). Na sua estrutura taxonómica do conforto estão presentes os três tipos de conforto e os quatro contextos da sua realização (Anexo I).

Torna-se perceptível o valor do conceito conforto na prática de enfermagem e a importância de se atuar na maximização do mesmo, para uma melhor prestação de cuidados. As intervenções utilizadas pelos enfermeiros podem ser: no conforto standard (p. ex.: controlar a dor), na orientação (reduzir a ansiedade, dar informação, escutar, explicar os procedimentos) e no conforto para a alma (pequenos “mimos” para as crianças se sentirem cuidadas, amadas, por ex.: massagem) (Kolcaba & Dimarco, 2005). De acordo com Kolcaba & Dimarco (2005) a utilização desta taxonomia é possível e satisfatória de ser usada em crianças/jovens, famílias e enfermeiros (Kolcaba & Dimarco, 2005). A promoção do conforto nas crianças, jovens e famílias, é uma preocupação dos enfermeiros, devendo este procurar conhecer as suas necessidades físicas, socioculturais, psico-espirituais e ambientais, com o intuito de intervir na promoção e obtenção do mesmo através da implementação de estratégias que permitam o alívio, tranquilidade e transcendência nos diferentes contextos, tal como nos menciona Kolcaba. Através da minimização dos aspetos negativos das situações traumáticas dos cuidados/hospitalização



é possível melhorar os sentimentos positivos da criança ajudando-a a atingir a saúde (Kolcaba & Dimarco, 2005). Para os mesmos autores, esta teoria nos cuidados pediátricos baseia-se na satisfação das necessidades da criança, jovem e família, tendo em conta as variáveis intervenientes e a possibilidade de sucesso, que não foram antes satisfeitas pelos recursos convencionais, assumindo um compromisso com vista a obtenção do conforto e comportamento saudáveis (Kolcaba & Dimarco, 2005).

## **1.2. CUIDAR EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA – MODELOS E CONCEITOS**

Quando foi concebida a Declaração dos Direitos Humanos, verificou-se que esta não se encontrava adequada às particularidades da população pediátrica, que embora jovem é detentora de direitos e de princípios éticos e legais sendo elementar que os profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros ajam em conformidade para o seu bem-estar com vista à promoção e proteção da sua saúde.

Com base nestes direitos particulares que as crianças passaram a ter, foi necessário rever e adaptar esta declaração, tendo sido concebida, mais tarde, a Declaração Universal dos Direitos das Crianças, cujo objetivo era garantir o adequado crescimento e desenvolvimento das mesmas (Augusto de Melo, Silva Marcon, & Teruya Uchimura, 2010). De acordo com o descrito na Convenção sobre os Direitos da Criança, retificada pelo Estado Português em 1990, as crianças eram percebidas como um grupo prioritário de seres humanos menores de 18 anos, que legitimam um maior empenho e disponibilidade por parte dos profissionais, e dos gestores dos serviços de saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2013), dotados de princípios éticos e legais, para a promoção e proteção da sua saúde (Dully Andrade, Falleiros Mello, Iossi Silva, & Arena Ventura, 2011).

Segundo Hockenberry & Wilson (2014), a principal finalidade da enfermagem pediátrica é a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde às crianças e suas famílias. As mudanças na sociedade moderna nos últimos anos conduziram a novos problemas médicos, centrados principalmente nos grupos de maior risco, como as crianças prematuras ou com muito baixo peso à nascença, as institucionalizadas, as que vivem em condições socioeconómicas mais débeis, as que apresentam alguma doença crónica, psiquiátrica ou são portadoras de deficiência. A nova morbilidade está associada aos problemas de comportamento, sociais e educacionais que as crianças e as famílias enfrentam (Hockenberry & Wilson, 2014).

A hospitalização de uma criança/jovem, constitui-se como um momento difícil e de elevada angústia e stress para a criança e família, não só pelas alterações da sua rotina habitual, mas também por estas possuírem menos mecanismos de defesa e gestão de stress que os adultos (Sanders, 2014). A prestação de cuidados de enfermagem que integrem esta tríade, com base numa filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF) e dos Cuidados não traumáticos (CNT), tem como finalidade minimizar o impacto de uma hospitalização não prevista (Sanders, 2014).

Os **cuidados centrados na família** são assim um pilar importante da prestação de cuidados, ao reconhecerem a família como elementar na vida da criança (Hockenberry & Wilson, 2014). O enfermeiro, enquanto parceiro de cuidados, é desafiado a integrar as preferências da família e da criança nos cuidados, com o intuito de diminuir os sentimentos negativos transmitidos pela hospitalização, proporcionando conforto e apoio a todos, uma vez que a família é essencial para a saúde e bem-estar da criança (Sanders, 2014). Os enfermeiros devem verificar as necessidades de todos os membros da família apoiando-os na prestação de cuidados e de tomada de decisão (Hockenberry & Wilson, 2014). Dois dos conceitos mais importantes dos CCF são a capacitação e o empoderamento. A capacitação consiste na criação de meios e de oportunidades, tendo em conta os conhecimentos que a família já possui, permitindo a aquisição de novos saberes (Hockenberry & Wilson, 2014). Por outro lado, o empoderamento “descreve a interação dos profissionais com as famílias, de forma a que estas mantenham ou adquiram um controlo sobre as suas vidas e reconheçam as mudanças positivas ...” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 11).

Mas o que é a **família**? Segundo a CIPE a família é definida como um “grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes” (International Council of Nurses (ICN), 2011, p. 143). A família pode ser definida de várias formas não existindo uma definição universal para a descrever. Segundo Hockenberry & Wilson (2014), “família é o que cada pessoa considera que é” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 49). Para a UNICEFF (1990), a família adquire uma especial relevância uma vez que esta é o “elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros, e em particular das crianças”, pelo que “deve receber a proteção e a assistência necessárias para desempenhar plenamente o seu papel na comunidade” (United Nations Children's Fund (UNICEF), 1990, p. 3), sendo por isso uma importante aliada na prestação de cuidados.

Em consonância com os CCF, os **cuidados não traumáticos** muito utilizados em pediatria, e têm como desígnio que os profissionais proporcionem cuidados terapêuticos através de intervenções que eliminem ou diminuam o sofrimento físico e psicológico vivenciado pelas crianças e famílias em contexto de saúde e/ou doença (Hockenberry & Wilson, 2014). Para tal, deve-se prevenir e/ou minimizar a separação da criança e da sua família, promover a sensação de controlo e diminuindo a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Wilson, 2014), através da utilização de estratégias, como a presença dos pais e a relação parental no controlo da dor, dando à criança e família a possibilidade de expressar os seus medos e receios, com a finalidade de as preparar da melhor maneira possível para os procedimentos e situações. Os cuidados parentais são essenciais e promotores do desenvolvimento infantil pelo que se deve incidir na capacitação e empoderamento dos pais (Hockenberry & Wilson, 2014).

Estes são assim fundamentais e integram um direito das crianças e dos jovens, mencionado no artigo 4º da Carta da Criança Hospitalizada, que nos relembra que “As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (Instituto de Apoio à Criança, 2008, p. 9), sendo fundamentais na redução dos sentimentos negativos associados a uma hospitalização (Hockenberry & Wilson, 2014).

O EEESIP tem assim a responsabilidade de “trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que ela se encontre para promover o mais elevado estado de saúde possível” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018, p. 1), assegurando a estabilização fisiológica e o apoio à criança e ao jovem ao mesmo tempo que diagnostica e satisfaz as necessidades da família (Wheeler, 2005), agindo sempre para a melhoria da saúde e /ou na minimização/eliminação do sofrimento físico e psicológico da família tendo em conta a tríade (criança, família, equipe de saúde) (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018).

### **1.3. COMPETÊNCIAS E ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE**

De acordo com o estatuto da OE, no artigo 103º, o enfermeiro assume o dever de “Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa”, recusando a “participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante”, com o intuito de valorizar a vida e promover sempre a qualidade de vida (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015: 8079).

Segundo o Decreto-Lei nº156/2015, nº3 do artigo 4º do REPE, o “enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...), a quem foi atribuído um

título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 99). O plano formativo, suportado pelas competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EEESIP preconizadas pela Ordem dos enfermeiros, tem como propósito adquirir e/ou desenvolver competências na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Ordem dos enfermeiros, 2019).

É esperado que o enfermeiro especialista obtenha competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais mencionados pela ordem dos enfermeiros. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal estão associadas as competências para **uma prática profissional** e ética no seu campo de intervenção promovendo os cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Em relação ao domínio da melhoria contínua da qualidade, este é composto pelas competências: desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade; criar e manter um ambiente terapêutico seguro (Ordem dos enfermeiros, 2019). O domínio da gestão de cuidados diz respeito à otimização da resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores à articulação na equipa multiprofissional e à liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados. Por último as competências no domínio das aprendizagens profissionais são: desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Ordem dos enfermeiros, 2019). O título de especialista, independentemente da área clínica, visa o desenvolvimento da investigação que leve à melhoria da prática clínica. Este concede ao enfermeiro um papel influente na educação dos indivíduos, grupos e comunidade alvo de cuidados, assim como dos pares, na orientação, aconselhamento e liderança da equipa (Ordem dos enfermeiros, 2019).

Não obstante a importância das competências anteriormente mencionadas, importa mencionar as competências EEESIP que são: - **Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde** (unidades de competência - implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem); **cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade** (unidades de competência - reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; faz a gestão diferenciada da dor e do bem estar da criança/jovem, otimizando as respostas; responde às doenças raras com

cuidados de enfermagem apropriados; providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade); **presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem** (unidades de competência - promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais; comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; promove a autoestima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde) (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018).

No que concerne ao grau de mestre, este é conferido no âmbito de uma especialidade e é atribuído aos enfermeiros especialistas que demonstrem possuir capacidade de reflexão e conhecimentos aprofundados nos diferentes níveis de conhecimento; que permitam a construção de desenvolvimentos e melhorias, em muitos casos em contexto de investigação, aplicando os seus conhecimentos e capacidades; na compreensão e resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares relacionados com a área de estudo (Decreto-Lei n.º 63/2016 , 2016).

O enfermeiro mestre deve possuir ainda a capacidade lidar com situações complexas, integrando os seus conhecimentos na prática, desenvolvendo soluções e/ou emitindo juízos em situações complexas, refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e/ou desses juízos, sendo capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, admitindo uma aprendizagem constante ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n.º 63/2016 , 2016).

Segundo isto, é da responsabilidade do enfermeiro promover o bem-estar e conforto da criança e família, na redução dos efeitos negativos da hospitalização, através dos recursos disponíveis (Hockenberry & Wilson, 2014). Durante a hospitalização e/ou doença infantil, o medo, a ansiedade da separação dos pais e das alterações das suas rotinas, a perda do controlo, de autonomia e a lesão corporal são alguns dos principais fatores promotores do desconforto, stress e dor experienciados pelas crianças e jovens (Sanders, 2014). Todavia, estas mudanças de rotina e hábitos, bem como, os sentimentos também são sentidos pela sua família, sendo uma das suas principais fontes de stress, medo, ansiedade e frustração (Sanders, 2014).

Cabe ao EEESIP intervir prestando cuidados específicos à criança, jovem e família tendo em conta o seu ciclo de vida e de desenvolvimento, promovendo o seu conforto, cuidando e gerindo o

bem-estar da criança, jovem e família em situações complexas durante o seu desenvolvimento, maximizando o estado de saúde, tal como nos indica a OE (2018) (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018).

Para Kolcaba, o conforto, é assim uma condição conseqüente das intervenções de enfermagem, para atenuar ou suprimir o stress, sendo por isso, importante que seja avaliado constantemente, uma vez que a hospitalização é um período gerador de grande ansiedade e desconforto para todos (Kolcaba & Dimarco, 2005).

O alívio da dor sentida durante a hospitalização e/ou os procedimentos, é uma forma de promover o conforto da criança, jovem e família. Esta tem como finalidade além do tratamento físico, a tranquilidade e a transcendência que descrevem o conforto, atuando no contexto psico-espiritual, social e ambiental para o alívio da mesma (Dowd, 2002), para uma maior satisfação da criança, jovem e família.

Tal como mencionado no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem, cabe EEESIP, a realização de atividades em conjunto com as famílias que promovam e potencializem a saúde, que visem a minimização do impacto dos fatores de *stress* relacionados com a hospitalização e que maximizem o seu bem-estar físico, psicossocial e espiritual e a gestão da dor através de medidas farmacológicas e não-farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Pode-se assim afirmar de forma sucinta que, o EEESIP presta cuidados à criança saudável e/ou doente, nos diversos contextos de atuação, em parceria com a família/pessoa significativa, através de ações de educação para a saúde, no sentido de fomentar e intensificar o seu potencial máximo, pela identificação e mobilização dos recursos de suporte no binómio criança/família (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018).

Além da componente prática esta formação permitiu ao EEESIP o seu desenvolvimento científico, ao facultar-lhe “*in loco*” matéria de reflexão sobre a forma de aplicação das aprendizagens e qual a melhor forma de as implementar de forma para fomentar e excelência na assistência.

Torna-se assim fundamental que como futuros enfermeiros especialistas e mestres, desenvolvamos as competências a cima mencionadas e reflitamos sobre as atitudes e ações diárias, readaptando o processo organizacional relativamente ao acolhimento, interação e fatores redutores de stress, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde realizados à criança/jovem.

## 2. PROBLEMÁTICA DE ESTUDO - REVISÃO LITERATURA

A principal preocupação e responsabilidade do enfermeiro pediátrico é a promoção da saúde e do bem-estar da criança/jovem e família, sendo o estabelecimento de uma relação terapêutica fundamental para uma prestação de cuidados de excelência. Nesta relação os enfermeiros têm de ser capazes de delimitar bem as fronteiras relacionais para o seu próprio bem-estar e a relação de proximidade com a família para uma melhor e mais correta prestação de cuidados, através de um pensamento crítico intencional e dirigido a um objetivo que lhe permita tomar as melhores decisões com base em evidências e não em suposições (Walsh and Seldomridge, 2006 citado por Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo Stephens, Barkey, & Hall (1999), existem vários procedimentos que podem ser adotados com o intuito de preparar e confortar a criança e família para os procedimentos dolorosos, como por exemplo: privilegiar a presença, o conforto e o contacto físico dos pais; realizar os procedimentos em sala apropriadas para os mesmos em detrimento do quarto onde a criança está internada; providenciar o ambiente acolhedor e calmo; explicar de forma apropriada e adequada à criança o que se vai realizar (Stephens, Barkey, & Hall, 1999).

A comunicação adequada e apropriada às crianças é essencial e determinante, não só na prestação de cuidados, uma vez que para a criança a adaptação ao ambiente hospitalar é por si só geradora de stress, mas também na relação destes para com os profissionais, permitindo uma melhor gestão da tríade (paciente, família e equipe) pela construção de relações baseadas no afeto e na confiança, pois uma boa relação terapêutica é construída por meio do respeito, carinho e amor mútuo (Azevedo, Lanconi junior, & Crepaldi, 2017; Esteves, Antunes, & Caires, 2014; Mattos dos Santos, Faria da Silva, Bastos Depiantil, Gallindo Cursino, & Ribeiro, 2016). É neste sentido que surge a atividade lúdica (brincar) como forma de comunicação na construção da relação de confiança com a criança/jovem e família, com o objetivo de diminuir os impactos causados não só pela doença, mas também pela hospitalização (Lima, Barbosa, & Monteiro, 2015; Neutzling, *et al.*, 2017). A presença do familiar/pessoa significativa é fundamental aquando da hospitalização, sendo muitas vezes vista como uma extensão dos profissionais de enfermagem, uma vez que é a pessoa com quem a criança/jovem tem maior confiança, permitindo assim que se estabeleça um clima agradável, promotor da realização dos melhores cuidados e facilitador da adesão ao tratamento (Azevedo, Lanconi junior, & Crepaldi, 2017).

O Brincar surge assim associado a três objetos: estimular o desenvolvimento infantil; como medida de conforto durante os procedimentos invasivos com o objetivo de minimizar a dor e o sofrimento; como forma de comunicação, tornando a criança mais participativa nos seus cuidados e nas atividades promotoras do seu desenvolvimento físico, mental, emocional e na sua socialização ao longo do internamento hospitalar (Hockenberry & Wilson, 2014). O seu uso deve ser incitado para a melhoria dos sentimentos inerentes ao processo de cuidar e à hospitalização (Custodia de Faria Fioreti, Figueredo Manzo, & Ferreira Regino, 2016; Ferraz Jansen, Maria dos Santos, & Favero, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014; Lima, *et al.*, 2014).

Como futuros EEESIP é fundamental operarmos no desenvolvimento de ações em tríade (criança, família, equipe de saúde), individualizando os cuidados, com a finalidade de prevenir, minimizar ou eliminar o sofrimento físico e psicológico - cuidados atraumáticos – já especificados anteriormente (Hockenberry & Wilson, 2014). Este deve ser o elemento referência para as mudanças da prática baseadas na evidência referida no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que preconiza, no âmbito das aprendizagens profissionais, que o enfermeiro "Baseia a sua praxis clínica especializada em evidências científicas" (Ordem dos enfermeiros, 2019, p. 4749).

Em suma compete ao EEESIP e Mestre providenciar juntamente com os demais elementos da tríade (equipa saúde/família/criança) a redução dos efeitos nefastos que um internamento/procedimento doloroso pode causar nas crianças e jovens.

## **2.1. HOSPITALIZAÇÃO EM PEDIATRIA**

Uma hospitalização em qualquer faixa etária é sempre um momento frágil, todavia quando falamos de internamento da população pediátrica, é importante ter-se uma atenção mais abrangente, uma vez que este implicará alterações nas dinâmicas familiares e sociais da criança e da família (Santos, *et al.*, 2011).

Em 1988, com a finalidade de proporcionar os melhores cuidados de saúde às crianças, várias associações internacionais redigiram a Carta da Criança Hospitalizada, que resume e reafirma os direitos das crianças que estão internadas. O conceito de Prática Baseada na Evidência, enfatiza deste modo a importância de uma conduta que garanta que são obtidos os melhores resultados tendo em conta



os recursos disponíveis, recorrendo aos conhecimentos teóricos de forma a garantir uma prestação de cuidados de excelência sustentada através da investigação (Pereira, Cardoso, & Maria, 2012).

Diariamente, milhares de crianças são hospitalizadas e/ou sujeitas a procedimentos dolorosos causadores de sentimentos de culpa, punição e stress para elas e respetivas famílias, prejudiciais ao seu crescimento e desenvolvimento saudável, uma vez que estas não compreendem, a necessidade e complexidade dos procedimentos e tratamentos que lhes estão a ser submetidos (MacLaren Chorney & N. Kain, 2010).

A hospitalização interfere na independência e autonomia das crianças, invade a sua privacidade e retira-lhe o direito de controlar o seu corpo e tomar decisões sobre si própria (Freitas Lapa & Vignuda de Souza, 2011), alterando não só as rotinas familiares mas também os seus hábitos e necessidades emocionais, sociais e recreativas básicas próprias da idade (Motta & Enumo, 2002; Viegas, 2007). O medo e/ou ansiedade vivida, tendem a diminuir a sua autoconfiança e/ou autoestima (Custodia de Faria Fioreti, Figueredo Manzo, & Ferreira Regino, 2016), uma vez que se encontrar rodeado, na maioria das vezes, de pessoas que lhe são desconhecidas e com quem é “obrigada” a conviver, sejam eles enfermeiros, médicos, outros pacientes e/ou familiares dos mesmos, num espaço e ambiente estranho, pouco acolhedor e confortável, que não identifica como sendo seu, considerando-o hostil com base nas inseguranças da família (Araújo, Aragão da Silva, Faro, & Oliveira Sobral, 2016; Calcagno Gomes & Kath de Oliveira, 2012; Custodia de Faria Fioreti, Figueredo Manzo, & Ferreira Regino, 2016; Motta & Enumo, 2002; Potasz, Varela, Carvalho, Prado, & Prado, 2013; Silva, *et al.*, 2016; Viegas, 2007). Tudo isto, cria um sentimento de revolta e/ou insatisfação, que é visível através das alterações físicas, mentais e sociais, evidenciadas pela regressão ou atraso no desenvolvimento, pelos distúrbios de comportamento, assim como por alterações de sono e/ou alimentares, dependência, agressão, apatia, fobias, ansiedade, insegurança, medo e distúrbios comportamentais em geral (Ferraz Jansen, Maria dos Santos, & Favero, 2010).

Já em 1990, Laurent & Rumeu (1990) firmavam que existem três tipos de fatores que podem interferir na hospitalização de uma criança e são eles: os fatores pessoais (idade, tipo de enfermidade, desenvolvimento biopsicossocial e experiências prévias); fatores familiares (forma como cada família, ou elemento da mesma lida com um processo de hospitalização) e fatores hospitalares (motivo do internamento e duração do mesmo, forma de adaptação ao ambiente hospitalar, características e organização do centro hospitalar, entre outros) (Laurent & Rumeu, 1990).

Ao longo de todo o processo, ela terá de se adaptar a novos horários, rotinas e pessoas desconhecidas permanecendo muitas vezes num quarto privado de brincar – situação antagônica às necessidades de uma criança (Motta & Enumo, 2004). De modo a que estas alterações não ocorram, elas precisam que mesmo durante o internamento, as suas habilidades sociais, de linguagem e capacidades psicológicas, como sentido de autonomia sejam mantidas. Sendo para tal fundamental a presença de uma pessoa significativa e um ambiente estimulante que lhe permita explorar e brincar ao mesmo tempo que é informada (dependendo da idade) de todos os procedimentos que vão sendo realizados. Embora a presença de pelo menos um familiar seja sempre promovida, as inseguranças e medos provenientes do internamento pelo afastamento dos seus familiares, entes queridos e amigos estão sempre presentes, se não houver uma mudança nos outros fatores (Araújo, Aragão da Silva, Faro, & Oliveira Sobral, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2015a; Viegas, 2007).

Segundo Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida (2015), os profissionais de saúde podem assim contribuir para a transformação de um momento de doença/internamento possivelmente traumatizante, numa experiência positiva, através de ações, como o incentivo à presença de uma pessoa significativa, a escuta, o incentivo à expressão dos medos e ansiedades, o brincar, entre outras (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2015). Um simples sorriso terapêutico no ambiente hospitalar promove momentos de alegria, descontração e relaxamento, criando um suporte à criança para superar as adversidades do internamento, afastando assim os sentimentos de dor e tristeza que lhe estão inerentes (Hockenberry & Wilson, 2014).

Por si só, a doença/hospitalização, constitui uma oportunidade de crescimento/amadurecimento para a criança, sendo uma oportunidade para o autodomínio. E no caso dos adolescentes, uma oportunidade para tomarem decisões, promovendo a sua independência e a autoconfiança. Todos estes processos de desenvolvimento podem ser enfatizados pelo reforço positivo realizado pelos diferentes profissionais de saúde (Wong, 2003). Um dos sinais de progresso, aquando da hospitalização de uma criança por doença, é a sua capacidade de brincar num meio que lhe é particularmente difícil, continuando desta forma a realizar as suas atividades habituais (Hockenberry & Wilson, 2014). É ainda de salientar que existem vários fatores que podem alterar a resposta da criança à hospitalização, sendo eles: estágio de desenvolvimento; experiências prévias; capacidade de confronto; gravidade do diagnóstico e os recursos externos disponíveis (Hockenberry & Wilson, 2014).

Desta forma, e quando a hospitalização é programada, as crianças devem ser preparadas e incentivadas a tocar e brincar com o material da saúde, podendo ser feitas pequenas demonstrações da

utilização dos mesmos nos seus bonecos favoritos, numa tentativa de redução dos efeitos negativos provenientes da hospitalização, de forma que estas expressem os seus medos e receios através das palavras ou de pinturas efetuadas, diminuindo assim o stress sentido (Artilheiro, Almeida, & Chacon, 2011; Laurent & Rumeu, 1990; McMahon, 2009; Rae, Worchel, Upchurch, Sanner, & Daniel, 1989). De acordo com alguns autores, quando a criança não é preparada ou auxiliada na adaptação ao internamento, esta pode manifestar comportamentos de insegurança, desconfiança e ansiedade, como forma de manifestação do medo sentido, como por exemplo: solicitar atenção, chorar frequentemente, ser agressiva e destruir os seus brinquedos (Santos, *et al.*, 2013).

Segundo Azevedo (1999), para as crianças mais novas é muito difícil compreender e expressar os sentimentos, ao contrário do que acontece com os escolares, que tendem a verbalizar os seus medos e dores (Azevedo M. , 1999). Assim, deve-se ter em conta que em pediatria as crianças, dependendo das suas idades, apresentam características muito próprias, devendo as atividades organizadas e os brinquedos utilizados na preparação para o internamento, e durante o mesmo, terem em conta as suas fases de desenvolvimento e os estímulos que estas necessitam.

## **2.2. BENEFÍCIOS DO BRINCAR EM PEDIATRIA**

“Brincar” é a linguagem Universal da criança, pois através da “brincadeira a criança revela as suas perceções sobre as relações interpessoais estabelecidas com a sua família ou pessoal hospitalar” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 130), sendo fundamental para o seu bem-estar físico, mental, social e emocional. Trata-se de uma necessidade básica para elas, por ser um veículo de crescimento que as permite explorar, descobrir, criar e recriar, socializar, aprender, entender e conhecer o mundo ao seu redor, sendo por isso tão importante como a higiene, alimentação, sono entre outras (Almeida, 2008; Artilheiro, Almeida, & Chacon, 2011; Borba, Ribeiro, & Almeida, 2008; Pessoa, Souza, & Fontes, 2012; Ribeiro, Borba, & Rezende, 2009; Silva, *et al.*, 2016). Segundo Marinelo & Jardim (2013), quando a criança brinca ela aumenta a sua imaginação tornando-se mais alegre, o que proporciona uma recuperação mais rápida e uma melhor comunicação com os profissionais (Marinelo & Jardim, 2013). Através da forma e complexidade do brincar da criança, os enfermeiros podem tentar descortinar pistas sobre o desenvolvimento físico, intelectual e social da mesma (Altimier & Phillips, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014).

Por ser uma atividade essencial para o seu bem-estar e desenvolvimento, esta não cessa quando ela adocece ou é hospitalizada (Hockenberry & Wilson, 2014; Viegas, 2007). Segundo Guimarães (1988), as crianças tendem a brincar com temas relacionados com o ambiente em que vivem, sendo que caso este se altere, as suas brincadeiras irão reformular-se e adaptar-se ao novo contexto (Guimarães, 1988). Através da brincadeira, ela aprende o que ninguém lhe pode ensinar sobre si mesma, sobre o que pode fazer, e quais as situações que o pode fazer, interagindo e adaptando-se à sociedade (Sanders, 2014) e ao ambiente em que está inserida, sem perder a sua essência enquanto criança (Silva M. , 2017). Para elas, brincar é fundamental na aquisição de novas aprendizagens e habilidades, pois permite-lhes fantasiar e explorar o mundo que as rodeia, relacionando-se com as pessoas e o meio ambiente, exteriorizando os sentimentos e medos (Borba, Ribeiro, & Almeida, 2008; Ribeiro, Borba, & Rezende, 2009).

À época, já Florence Nightingale tinha reconhecido a importância do brinquedo e a necessidade de cuidados diferenciados à criança, ressaltando a sua relevância no desenvolvimento da mesma, assim como na restituição da saúde. Segundo Nightingale o uso do brinquedo terapêutico (BT) não só promove o bem-estar, como a ajuda a ultrapassar situações difíceis e desconhecidas, com o objetivo de dominá-las (Oliveira, Maia, Borba, & Ribeiro, 2015).

Brincar é essencial para o seu processo educativo, intelectual, emocional e físico (Li & Lopez, 2008), tendo uma função curativa ligada ao bem-estar físico, psicológico e social, através de uma ação ativa no controlo das escolhas aquando da realização de certos procedimentos. Os seus sentimentos de medo e stress são assim diminuídos, reduzindo os efeitos traumáticos e encorajando o desenvolvimento de atitudes positivas para com os outros (Artilheiro, Almeida, & Chacon, 2011; Sanders, 2014). Quando utilizado no esclarecimento dos procedimentos cirúrgicos, é visível uma melhor compreensão e cooperação da criança (Araújo, Aragão da Silva, Faro, & Oliveira Sobral, 2016), pois permite que ela expresse melhor os seus sentimentos e interesses, aceitando melhor o seu tratamento e os medos inerentes ao mesmo, pois insere-se na realidade como ator e não só espectador. Isto permite que ele construa e destrua um mundo que lhe é significativo, integrando-se a si e aos outros no seu meio ambiente (Alves da Silva, Oliveira, Oliveira, & Pegoraro, 2011), reduzindo os sentimentos negativos e as queixas de dor, náusea, ansiedade e sentimentos depressivos, além de auxiliar na comunicação entre enfermeiros e crianças (Lima, *et al.*, 2014).

Por este motivo Oliveira, Gabarra, Marcon, Silva, & Macchiavern (2009) consideram o brincar como um complemento terapêutico inerente ao comportamento infantil, que auxilia na recuperação,

logo na promoção do bem-estar da criança (Oliveira, Gabarra, Marcon, Silva, & Macchiavern, 2009). Por outro lado, quando não se propicia a possibilidade de brincar, ela poderá apresentar distúrbios de comportamento, como alterações do sono, irritabilidade, agressividade, inadequação social e atraso no desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2014).

De acordo com a literatura científica, a brincadeira pode ser classificada de diversas formas. Contudo e tendo em conta a sua finalidade, esta pode ser subdividida em 4 domínios: **(1) recreativo**, no qual a criança apenas brinca pelo prazer de se divertir e distrair; **(2) estimuladora**, ajuda a criança no desenvolvimento de capacidades sejam elas criativas, cognitivas, sensório-motoras e sociais; **(3) socializadora**, auxilia a criança no estabelecimento de relações sociais com outras crianças, através da representação de papéis simbólicos, do conhecimento do que é certo e errado e do papel sexual (menino e menina); e **(4) terapêutica ou catártica**, tem uma função curativa, na diminuição da ansiedade e stress, através do diagnóstico de situações traumáticas vivenciadas pela criança, com um intuito de melhorar o sentimento em relação às mesmas. Torna-se assim evidente o motivo pelo qual as brincadeiras terapêuticas são muito utilizadas por profissionais de saúde, especialmente enfermeiros (Borba, Ribeiro, & Almeida, 2008; Ribeiro, Borba, & Rezende, 2009). O brinquedo terapêutico, tem por base os fundamentos da ludoterapia, e é mencionado em vários estudos científicos, por ser indicado para crianças de todas as idades (embora seja mais benéfico na idade pré-escolar pelo predomínio do pensamento mágico entre os 3 e os 5 anos (Hockenberry & Wilson, 2014; Viegas, 2007), que vivenciem uma situação potencialmente traumatizante ou atípica para a sua idade, podendo ser desenvolvida por profissionais de saúde em todos os locais (Borba, Ribeiro, & Almeida, 2008; Ribeiro, Borba, & Rezende, 2009). Uma das formas de minimizar o medo e o receio, é através da pintura, onde a criança pode mencionar os procedimentos dolorosos que mais a incomodaram, assim como, as pessoas que a marcaram pela positiva ou negativa (Hockenberry & Wilson, 2014).

Através do brincar, a criança, é capaz de descrever e demonstrar todos os sentimentos em relação a determinada situação, sendo também o importante instrumento de avaliação dos seus conhecimentos em relação à sua doença. Todavia, e apesar de a criança passar a confiar em quem brinca com ela, e ser previamente preparada para os procedimentos, sentindo-se à vontade para reagir livremente, sem medo de represálias, não se deve esperar que ela nunca chore ou grite no procedimento (Almeida, 2008).

Podemos então verificar que uma das metas mais importantes do cuidado de enfermagem durante a hospitalização consiste em minimizar as ameaças ao desenvolvimento da mesma, através da

utilização de estratégias promotoras de conforto como o brincar. As atividades lúdicas ajudam as crianças a expressarem o que se passa no seu mundo interior simbolicamente (Viegas, 2007), auxiliando-as nos momentos de distração, reduzindo a ansiedade e o choro, promovendo a melhoria do humor e a adesão ao tratamento, o que ajuda no processo de cuidar, com a finalidade de melhorar o bem-estar da criança (Clark, 2003). Todavia, hoje em dia, apesar dos estudos já realizados, a prioridade continua a ser minimizar os efeitos causados pela doença, contudo, as implicações desse impacto na qualidade de vida das crianças, têm de começar a ser vistas com fulcrais (Neman & Souza, 2003).

### **2.3. COMUNICAR A BRINCAR EM PEDIATRIA**

Os enfermeiros são conhecedores de várias técnicas que devem e podem ser utilizadas para estimular a relação e a comunicação, sendo esta última uma das bases fundamentais de todas as relações humanas. Algumas dessas técnicas, são pertinentes para se conseguir explorar as preocupações da criança/adolescente, de modo a que esta/e não se sinta ameaçada/ameaçado. Expressar verbalmente os sentimentos é muito difícil tanto para os adultos como para as crianças, contudo é imprescindível que estas transmitam o que sentem. Para tal, é importante a utilização de outras técnicas de comunicação não verbal como o brincar, que a auxiliem a expressar o que sente e o que a incomoda (Hockenberry & Wilson, 2014).

Atendendo à idade e estágio da criança a comunicação verbal é na maioria das vezes dirigida aos pais, no entanto, a criança deve ser sempre incluída em todo o processo, seja através de jogos ou da participação ativa. Segundo Hockenberry & Wilson (2014), para a criança brincar é “uma das formas mais importantes de comunicação e pode ser uma técnica efetiva na relação com esta” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 130), que remete ao prazer e alegria não somente das crianças, como dos próprios profissionais, melhorando a relação entre estes (Hockenberry & Wilson, 2014), pois, não tendo adquirido ainda na sua plenitude as suas capacidades de comunicação cognitiva e verbal, esta poderá expressar-se assim livremente (Melo, Santos, Ribeiro, & Borba, 2012; Silva, Cintra, & Ribeiro, 2006). É assim um excelente aliado dos profissionais na observação e atendimento da criança, assim como no controlo/diminuição dos seus medos e stresses decorrente da doença/hospitalização, assim como uma boa oportunidade para lhes permitir fazer escolhas. Além disso permite a socialização, o desenvolvi-

mento e expressão da criança e jovem em todos os momentos da sua vida, tornando-se uma das formas mais essenciais de autoexpressão dos seus sentimentos e emoções com a família, outras crianças e profissionais de saúde (Clark, 2003; Kourkouta & Papathanasiou, 2014; Silva, *et al.*, 2016).

Quando se comunica com crianças a componente não verbal é o principal fator a ter em conta, e é aquele que melhor expressa os sentimentos vividos e sentidos pela criança/jovem. Elas estão permanentemente em alerta em relação ao ambiente em que estão inseridas, interpretando cada gesto ou movimento por nós realizado, pelo que a veracidade em todo o processo relacional com a criança é fundamental para a aquisição de confiança (Hockenberry & Wilson, 2014).

## **2.4. A DOR**

Desde junho de 2003 que a Direção-Geral da Saúde (DGS), através da emissão da Circular Normativa n.º 09/DGCG, estabeleceu a dor como 5º sinal vital, crucial e fundamental para uma prática clínica de excelência, logo de avaliação obrigatória tal como a frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal (Direção-Geral da Saúde, 2003; Direção-Geral da Saúde, 2010; Ministério da Saúde., 2004). Um ano mais tarde, o Plano Nacional de Saúde 2004/2010 deu indicações estratégicas de prioridade para o incremento de ações de sensibilização e formação para os profissionais de saúde para uma boa gestão da dor (Ordem dos enfermeiros, 2008).

Mas só em 2008 foi criado e aprovado o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDor), por despacho da Ministra da Saúde, que previa a criação e implementação de estratégias para uma correta avaliação e tratamento da dor. Neste mesmo ano, devido ao insuficiente controlo da dor e ao importante papel que os enfermeiros podem desempenhar para a sua resolução, a OE elaborou um Guia Orientador de Boas Práticas especificamente para a área pediátrica sobre os cuidados à criança/jovem com dor, onde está refletido o papel do enfermeiro nesta matéria, tendo em conta que existem várias causas para a dor assim como diversas formas de avaliação, de controlo e/ou minimização da mesma (Direção-Geral da Saúde, 2008; Direção-Geral da Saúde, 2010).

Em 2010, sob a orientação da DGS, o grupo de trabalho da Dor na Criança da Comissão Nacional de Controlo da Dor, criou e publicou as primeiras diretrizes técnicas para a avaliação e controlo da dor em pediatria (Direção-Geral da Saúde, 2010). Posteriormente em 2012, foram publicadas mais três orientações técnicas sobre o controlo da dor: nos recém-nascidos (0 a 28 dias) (Direção-Geral da

Saúde, 2012c); nas crianças com doença oncológica (Direção-Geral da Saúde, 2012b) e uma terceira durante os procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos) (Batalha L. M., 2010; Direção-Geral da Saúde, 2012a).

Mas o que é a dor? De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE 2.0), a dor é uma "percepção comprometida", determinada pelo "aumento de 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, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite" (International Council of Nurses (ICN), 2011, p. 50). Esta definição está em consonância com a mencionada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor [*International Association for the Study of Pain*; IASP], sendo esta última a que reúne maior consenso dentro da comunidade científica. Para a IASP, a dor configura uma experiência desagradável e multidimensional, que abrange a componente emocional, sensorial e física, decorrente de um dano tecidual potencial ou real (*International Association for the Study of Pain* (IASP), 2012).

De uma forma sucinta, o modo de percepção de estímulo de dor é composto por quatro fases: fase de transdução, definida pela receção do estímulo de dor pelos nociceptores; fase de transmissão, em que aquele estímulo é transmitido até à espinal medula; fases de modulação e de percepção, onde esse estímulo pode ser aceite, ou não, como dor (Monahan, Sands, Neighbors, Marek, & Green, 2010). Subsequentemente a este processo são ativados estímulos químicos (Bolander, 1998), mecânicos e térmicos (Monahan, Sands, Neighbors, Marek, & Green, 2010).

Compreender a real dimensão da dor quantificando a sua intensidade e compreendendo as suas reais repercussões na vida das crianças não tem sido fácil, apesar dos inúmeros estudos que têm sido realizados ao longo dos últimos anos e que têm levado às múltiplas definições e classificações de dor, assim como ao surgimento de diferentes escalas de avaliação da mesma (Batalha L. M., 2013). A recente preocupação relativamente à dor, prende-se com as novas descobertas e ao reconhecimento que as crianças têm dor e guardam memória da mesma, o que pode desencadear consequências a longo prazo, caso essa dor não seja tratada ou minimizada (Direção-Geral da Saúde, 2010). As novas investigações demonstraram que, desde as 20 semanas de gestação que a criança sente dor e, desde às 28 semanas sentem dor (Direção-Geral da Saúde, 2010).

O controlo da dor "é um direito que assiste todos os indivíduos e atinge o seu máximo reduto nas crianças, seres indefesos a quem queremos poupar todo e qualquer sofrimento" (Ordem dos enfermeiros, 2013, p. 5). Por este motivo a *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations*



(JCAHO), a *American Pain Society* (APS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) incentivaram a implementação a avaliação, registro e controle da dor de forma sistemática pelos profissionais de saúde (Alves C. , Duarte, Azevedo, Nascimento, & Tavares, 2011; Gaglani & Gross, 2018).

Cada pessoa como ser único tem uma visão diferente do que é a dor, tendo em conta as particularidades das vivências de cada um. Por se tratar de um fenómeno complexo e multidimensional, ela compreende várias componentes que alteram a transmissão de estímulos nocivos ao cérebro, mudando a percepção à dor, tal como nos menciona a OMS e são elas: componente afetiva (respostas emocionais negativas ou positivas como: medo, depressão, raiva, ansiedade, angústia, agitação, irritabilidade e alívio); fisiológica (motivos físicos, neurológicos como a transmissão, percepção, vias de transmissão, síndromes que podem variar no decurso da própria doença); sensorial (detalha o local, intensidade e qualidade da dor); cognitiva (significado da dor, atitudes, estratégias de *coping*, conhecimentos e limitações); comportamental (por ex.: expressão facial, vocal, corporal, consolabilidade, alterações do sono, etc.); e sociocultural (fatores ambientais, étnicos, culturais, espirituais, religiosos, etc.) (Agoston & Sieberg, 2016; Batalha L. M., 2013; World Health Organization, 2012).

Devido à sua singularidade, aos fatores que a podem influenciar e à grande multiplicidade de experiências dolorosas, não tem sido difícil definir a dor de forma coesa, sendo apenas consensual que se trata de uma experiência única, individual, delineada pelas experiências pessoais prévias e estandardizada por modelos e valores culturais. Por este motivo aquando da sua avaliação e controlo é necessária uma intervenção interdisciplinar, multimodal e individualizada (Batalha L. M., 2013).

Existem dois tipos de dor: dor crónica/persistente é gerada na ausência de estímulo nocivo, sem função biológica, de longa duração e influenciada por fatores externos como os comportamentais, socioculturais, psicológicos, etc. Não se trata de uma lesão provisória, mas sim de uma doença que gera debilidade e causa depressão profunda no qual o sintoma - dor - permanecem mesmo após a lesão desaparecer, por incapacidade do sistema nervoso se restabelecer; e a dor aguda que tem como principal causa o excesso de nociceção associada a problemas agudos, como o nome indica, de duração inferior a 3 meses e cuja intensidade vai diminuindo até desaparecer ao fim de alguns dias ou semanas até à cura. São exemplos de dor aguda os traumatismos dos tecidos ou a inflamação causada pela cirurgia, as queimaduras, as fraturas ou exacerbação da dor em doenças crónicas (Agoston & Sieberg, 2016; Batalha L. M., 2013).

No que alude à dor aguda esta é bifásica e caracteriza-se, numa primeira fase, pela presença de alterações dos sinais fisiológicos (aumento da frequência cardíaca, respiratória e pressão arterial, sudorese, palidez, diminuição do tónus muscular e saturação de oxigénio) e comportamentais associadas ao stress (choro, gritos, agitação, agitação motora), por serem estas as mudanças mais consistentes e

os métodos mais acessíveis e práticos de avaliar a dor. Numa segunda etapa advém o surgimento gradual de inércia psicomotora, com alterações das atividades recreativas, sono e repouso, comer, falar ou de mobilização, embora não existam estudos consistentes sobre quanto tempo demora até que se chegue a esta etapa, sendo apenas concordante que deverá depender da intensidade da dor (Batalha L. M., 2013). A prevenção e o adequado controlo da dor baseiam-se na sua avaliação, quantitativa e qualitativa, mas para isso é fundamental treinar os profissionais de saúde para a correta utilização dos instrumentos de avaliação estandardizando a sua utilização (Agoston & Sieberg, 2016; Batalha L. M., 2013; Gaglani & Gross, 2018).

Batalha (2013), reforça ainda a ideia de que todos os indivíduos têm uma resposta única e variável à dor que é influenciada por fatores externos que podem ser classificados em biológicos, cognitivos, psicológicos e socioculturais, sendo os culturais aqueles que desempenham, na maioria das vezes um papel primordial, na resposta e nos comportamentos à dor. Todavia, também os profissionais de saúde têm de ter em atenção os seus próprios valores culturais sobre a dor, pois estes podem influenciar a sua avaliação, devendo seus comportamentos ser realizados com cuidado (Batalha L. M., 2013).

#### **2.4.1. Avaliação da dor / escalas**

Ninguém avalia a dor melhor que o próprio, pois só ele sabe perceber o quanto está a sofrer. No entanto, nem sempre é possível que seja o próprio a realizar esta avaliação, devendo nestas situações se realizada pelo enfermeiro, médico, pais ou familiar (Batalha L. M., 2013).

É importante quantificar a dor através de instrumentos válidos e seguros tendo em conta o tipo de dor, a situação clínica e a idade da criança/jovem (Beltramini, Milojevic, & Pateron, 2017). Não obstante a variedade de instrumentos disponíveis, nenhum é visto como uma solução universalmente aceite (Direcção-Geral da Saúde, 2010). Avaliar corretamente, planejar, intervir e reavaliar os resultados é deste modo essencial para uma prestação de cuidados de excelência (Batalha L. M., 2013). A reavaliação reiterada da dor e/ou das suas repercussões, bem como o ajustamento da terapêutica de controlo são imprescindíveis para o sucesso no alívio mesma. O seu registo deve ser posteriormente realizado no processo clínico, complementando o mesmo com informação qualitativa útil para compreender a dor da criança (Direcção-Geral da Saúde, 2003; Direcção-Geral da Saúde, 2010; Gaglani & Gross, 2018).

De forma a dar uma melhor resposta à avaliação da dor, foram criados dois métodos de avaliação da dor: a autoavaliação em que é o próprio que avalia a sua dor; e a heteroavaliação em que a avaliação da dor é realizada por um profissional de saúde, pelos pais ou pessoa significativa (Direcção-Geral da Saúde, 2010; Batalha L. M., 2013; *National Hospice and Palliative Care Organization*, s.d). Por se tratar de um sintoma tão pessoal e subjetivo, é sempre privilegiada a autoavaliação da mesma, porém e apesar dos vários estudos já realizados, ainda não é possível determinar com exatidão a idade a partir da qual a autoavaliação é fiável, apesar da maioria das associações recomendarem os 3 anos (Batalha L. M., 2013; Direcção-Geral da Saúde, 2010). Para que fosse possível quantificar a intensidade da dor sentida pela pessoa foram desenvolvidas várias escalas que pudessem dar resposta à variedade de respostas verbais e não verbais à dor existentes, dependendo das idades e situações clínicas (Batalha L. M., 2010; Batalha L. M., 2013; Beltramini, Milojevic, & Pateron, 2017; Direcção-Geral da Saúde, 2010; Gaglani & Gross, 2018).

A maioria das escalas de avaliação da dor são pontuadas de 0 a 10 em que quanto maior a pontuação maior a intensidade da dor. Habitualmente os critérios de dor tendo em conta os pontos utilizados são: 0-1 sem dor; 1-3 dor ligeira; 3-7 dor moderada; 7-10 dor intensa, ou então: 0-1 sem dor; 1-3 dor ligeira; 3-6 dor moderada; 6-9 dor intensa; 9-10; dor muito intensa (Brevik, *et al.*, 2008; Direcção-Geral da Saúde, 2003). Todavia e independentemente do nível de dor há condições que devem ser tidas em conta no que concerne às intervenções efetuadas, sendo que, de forma generalizada e numa escala de 0-10, um valor  $\geq 3$  implica sempre a aplicação de uma estratégia farmacológica (Batalha L. M., 2013). De acordo com Hockenberry & Wilson (2014) “em crianças com diminuição da capacidade de resposta à dor é imperativo pressupor que a dor existe em todas as situações que normalmente são consideradas dolorosas” (Hockenberry & Wilson, 2014, pp. 198-199).

Para uma adequada avaliação da dor, foram criados instrumentos de avaliação fiáveis e adequados à idade/desenvolvimento psicomotor, tipo de dor e situação clínica (Beltramini, Milojevic, & Pateron, 2017; Direcção-Geral da Saúde, 2010; Gaglani & Gross, 2018) que posteriormente foram validados para a população Portuguesa (Direcção-Geral da Saúde, 2010). Assim sendo e de acordo com a idade a DGS (2010), recomenda como instrumentos de avaliação (Direcção-Geral da Saúde, 2010):

**Recém-nascidos (RN)** - Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né (EDIN) sendo a escala de referência para os cuidados intensivos neonatais; Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), usada em prematuros e recém-nascidos de termo; Premature Infant Pain Profile (PIPP) – útil para ser usada durante os procedimentos; N- PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale) – em RN com ventilação assistida;

**Menores de 4 anos ou crianças sem capacidades para verbalizar** – FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability);

**Entre os 4 e os 6 anos** – FPS-F (Faces Pain Scale – Revised), válida a partir dos 4 anos; Escala de faces de Wong-Baker, válida a partir dos 3 anos.

**A partir dos 6 anos** – EVA (Escala Visual Analógica); EN (Escala Numérica); FPS-R (Faces Pain Scale – Revised); Escala de faces de Wong-Baker.

**Criança com multideficiência** – FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised).

Sintetizando, as crianças diferem na forma como respondem a eventos dolorosos pelo que a avaliação da dor deve ser sempre multifacetada tendo em conta a idade, o desenvolvimento e o comportamento habitual sem nunca esquecer que se deve acreditar sempre na criança e na dor por ela referida.

#### **2.4.2. Métodos de controlo da dor - brincar enquanto estratégia não farmacológica**

Toda a criança/jovem tem o direito a desenvolver atividades lúdicas, mesmo nas situações em que a sua saúde está comprometida e necessita de internamento hospitalar. Para elas brincar é um ótimo meio de expressão, uma estratégia de comunicação terapêutica, uma forma de manifestar os seus medos, desejos e vivências, possibilitando-a de revelar as suas emoções, tensões e frustrações, com o intuito de reduzir o nível de ansiedade e o medo associados aos procedimentos invasivos. Por outro lado, brincar também promove a sua diversão, satisfação, autoestima, possibilita a sua interação com os outros e permite que esta controle possíveis escolhas que tenha de fazer (Agoston & Sieberg, 2016; Ordem dos enfermeiros, 2013).

A dor nas crianças ostenta algumas particularidades específicas. A sua prevenção e o tratamento devem incluir intervenções não farmacológicas e farmacológicas, definidas de forma individual para cada criança em todas as fases do tratamento, sempre em colaboração com a família, numa abordagem multimodal adequada às preferências e vivências da criança, em todas as fases de tratamento (*National Hospice and Palliative Care Organization*, s.d; Srouji, Ratnapalan, & Schneeweiss, 2010;

Ordem dos enfermeiros, 2013). Apesar da evolução que tem sido notória relativamente ao conhecimento sobre a percepção da dor nos diferentes estádios de desenvolvimento, bem como dos tratamentos individualizados e adaptados a cada faixa etária, muitas vezes as crianças veem a sua dor subvalorizada ou desvalorizada no contexto clínico atual (Batalha L. M., 2010; Ordem dos enfermeiros, 2013).

As estratégias de brincar enquanto intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, não só quando utilizadas de forma isolada, mas também quando em conjunto com as medidas farmacológicas no caso de dores moderadas a intensas, uma vez que permitem à criança exprimir os seus sentimentos, suavizando o impacto de experiências desconhecidas e causadoras de stress e ansiedade (Agoston & Sieberg, 2016, Hockenberry & Wilson, 2014). Ao compreender a necessidade dos procedimentos que lhe são realizados durante a hospitalização, a criança/jovem permite que os profissionais de saúde a ajudem (Hockenberry & Wilson, 2014) centrando-se apenas nas suas capacidades e não na causa da dor, o que lhe dá liberdade para pensar, experimentar e explorar, sentindo orgulho em si mesma (National Hospice and Palliative Care Organization, s.d; Ordem dos enfermeiros, 2013; Srouji, Ratnapalan, & Schneeweiss, 2010). De fato, a finalidade das intervenções não farmacológicas em muitos casos, prende-se com a modificação das cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão, alterando desta forma o significado da dor (Agoston & Sieberg, 2016; Ordem dos enfermeiros, 2013).

Desta forma e dependendo da idade da criança existem alguns procedimentos/atividades que podem ser realizadas para minimização da dor, medo e ansiedade das crianças/jovens. A decisão sobre qual o recurso existente que pode ser utilizado, depende em grande parte dos recursos disponíveis em cada unidade de saúde. Todavia o contexto (procedimento, exame doloroso, cirurgia ou situação clínica) em que a criança se encontra, a sua sensibilidade à dor, o seu desenvolvimento cognitivo, as suas estratégias *de coping*, assim como o tipo de dor e as suas características, são elementos que têm de ser tidos em conta na seleção da estratégia que deve ser utilizada (Agoston & Sieberg, 2016; Batalha L. M., 2010; Chen, Joseph, & Zeltzer, 2000; Linhares & Doca, 2010).

Conforme o nível em que se processa a modulação do estímulo doloroso e o desenvolvimento psicomotor da criança (*National Hospice and Palliative Care Organization*, s.d; Srouji, Ratnapalan, & Schneeweiss, 2010; Direção-Geral da Saúde, 2012a; Direção-Geral da Saúde, 2012b; Direção-Geral da Saúde, 2012c) as estratégias não farmacológicas podem classificar-se (Batalha L. M., 2010; Chen, Joseph, & Zeltzer, 2000; McCaffery, Beebe, Latham, & Ball, 1994):

- Comportamentais – Ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor (Ex.: Técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios e reforço positivo);
- Cognitivas - Utilizam métodos mentais para lidar com a dor (por exemplo, a informação prévia, estratégias de coping, etc.);
- Cognitivo-comportamentais - Utilizam estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, que alteram a percepção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar (Ex.: a distração passiva ou ativa com música, livros, cartões, televisão ou jogos de vídeo e a imaginação guiada);
- Físicas ou periféricas - Permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular (Ex.: Aplicação de calor/frio, sucção não nutritiva, sacarose, amamentação, contenção/posicionamento/colo e massagens – algumas são particularmente eficazes em recém-nascidos e lactentes);
- Suporte emocional - Presença de uma pessoa significativa que proporcione conforto (a ausência dos pais pode gerar stress, podendo aumentar a sua percepção de dor, no entanto se os pais estiverem ansiosos, isso pode dificultar o controlo da criança sobre a dor, aumentando a sua ansiedade (Batalha L. M., 2010);
- Ambientais - Melhoria das condições ambientais, nomeadamente no que diz respeito à luz, ao ruído, à temperatura e à decoração.

Além do supracitado é imprescindível a avaliação da dor antes, durante e após o procedimento, para adequar as intervenções não farmacológicas e/ou farmacológicas necessárias ao procedimento que se vai realizar (Direcção-Geral da Saúde, 2010).

Há ainda terapias complementares que podem ajudar no alívio da dor, tais como: hipnose, Estimulação Elétrica Transcutânea, acupuntura, aromaterapia, Shiatsu, Reiki, meditação, ioga, entre outras (Malta, *et al.*, 2003; Silva, Neto, Figueiredo, & Barbosa-Branco, 2007; Ordem dos enfermeiros, 2008; Ordem dos enfermeiros, 2013).

### 3. METODOLOGIA DE PROJETO

Com o objetivo de desenvolver as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre, ao longo do Estágio I e do Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foi-me solicitado que desenvolvesse um projeto de intervenção cujo tema seria determinado por mim, tendo em conta os gostos pessoais e as necessidades existentes nas realidades por nós experienciadas e/ou vivenciadas. Este projeto tem como intuito promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde para uma excelência de cuidados, através de uma prática atualizada e baseada na investigação de evidências científicas nos referenciais éticos e deontológicos. Dito isto e tendo em conta a realidade conhecida, optou-se por um tema que embora do ponto de vista científico já seja abordado há alguns anos, nos últimos anos pouco tem sido desenvolvido a nível de prática clínica – Promoção do conforto através do Brincar enquanto estratégia não farmacológica: Atuação do Enfermeiro Especialista.

Este projeto acompanhou todo o meu percurso formativo ao longo dos Estágios efetuados nos quatro contextos por onde passei (USF, Neonatologia; UCIPed e Internamento Pediatria). Importa lembrar que optei por não realizar estágio no serviço de Urgência Pediátrica por ser o serviço onde me encontro a desempenhar funções há três anos. Tendo em conta a linha de investigação definida para este curso de mestrado “Necessidades de cuidados de Enfermagem em Populações Específicas” na qual a minha temática está inserida, este relatório estará delineado de acordo com a metodologia de trabalho de projeto.

O principal objetivo da Metodologia de Projeto é: adquirir as competências e capacidades através da resolução de problemas reais de uma equipa, através da recolha, obtenção e análise da informação/conhecimento científica/o pertinente e atualizada/o sobre o tema, para posterior aplicação na prática diária dos cuidados (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

Através da investigação e análise dos problemas é possível efetuar um balanço entre a teoria e a prática, orientando e direcionando o projeto, para uma melhor e mais direta planificação e intervenção. Isto permite ao investigador transformar melhor a realidade onde quer atuar (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010). Resumidamente pode dizer-se que a Metodologia de Projeto é “uma metodologia reflexiva, baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolve-los através de ações práticas” (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010, p. 5).

O processo de enfermagem é o que reflete a metodologia de trabalho. Ele permite identificar os problemas, intervindo de forma individual e especializada na promoção da qualidade de vida da criança/jovem e família, numa tentativa de resolver ou minimizar os problemas (Andrade, 2005 citado por Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010). Para que esta metodologia seja exequível ela necessita de assumir particularidades fundamentais à sua execução, sendo elas: atividade intencional (pressupõe um objetivo formulado pelos autores do projeto); iniciativa e autonomia (autores e corresponsáveis pela realização do trabalho); autenticidade (foca um problema real); complexidade e incerteza (projeção de atividades complexas), prolongado e faseado (por decorrer num período de tempo que é definido pelos autores, passando durante esse tempo por várias etapas, desde a formulação de objetivo à apresentação de resultados e consequente avaliação dos mesmos) (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010). Assim sendo, a metodologia é constituída pelas seguintes fases: diagnóstico da situação identificada e definição de objetivo; planeamento das atividades, meios e estratégias; execução; avaliação; divulgação e avaliação dos mesmos.

A primeira etapa é o **diagnóstico da situação**, cujo objetivo é a identificação de uma situação-problema, reconhecendo e descrevendo a realidade na qual se pretende intervir e modificar (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010). Em saúde, quando se pretende desenvolver um projeto é importante formar os profissionais para que possam intervir, analisando numa primeira instância as necessidades da população, desenvolvendo estratégias e ações que capacitem, motivem e tornem as pessoas/famílias mais autónomas. O diagnóstico da situação é dinâmico e deve-se adequar às carências da saúde da população (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010). Este é descrito como sendo “suficientemente alargado, suficientemente aprofundado, sucinto, suficientemente rápido, suficientemente claro e por corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento” (Tavares, 1990 citado por Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010, p. 11).

Para que seja possível identificar e validar os problemas para um correto diagnóstico de situação, são utilizados diversos instrumentos na prática clínica: Questionários (com respostas abertas ou fechadas); Escalas de avaliação (respostas às questões através de escalas graduadas em pontos); Escalas de Ordenação (graduar a intensidade do comportamento); Entrevista (Muito usado na recolha de informação/opiniões, podendo ser experimentada em grupo ou individualmente); Método de análise de situação – SWOT (os fatores são divididos em positivos e negativos, subdivididos em fraquezas, ameaças, forças e oportunidades); cadeia de valores (através da resposta a questões já existentes e standardizadas); FMEA (análise do tipo e efeito da falha, cujo objectivo é prevenir lacunas no projeto,



propondo ações de melhoria) e *stream analysis*. A observação está implícita a todos os métodos mencionados, intervenientes e contextos (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010). Assim sendo, é importante reconhecer os problemas, para que se possam determinar as necessidades (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

Após o diagnóstico da situação **definem-se os objetivos**, gerais e específicos, que delimitam o problema que o projeto visa resolver. A quantidade de objetivos específicos depende da complexidade do objetivo geral, das capacidades de aquisição dos formandos, da forma como estes expressam as suas capacidades e de como as avalia (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

Na fase de **planeamento** do esboço do projeto, avaliam-se os recursos e verificam-se as limitações do mesmo, definindo as atividades a desenvolver, assim como os métodos, técnicas de pesquisa e calendarização do início e do fim das atividades projetadas, podendo estas ser modificadas se for necessário ao longo do processo. Para facilitar o processo de planeamento é importante a utilização de atividades, estratégias e meios. As atividades são um elemento de trabalho com duração, custo e recursos esperados, sendo exemplos: a realização de *posters* e folhetos informativos; a realização sessões de educação para a saúde; de normas; de sessões de visionamento de filmes, de *role-playing*; de atividades em grupo, entre outras. As estratégias servem para a aplicação correta da tarefa, através da utilização dos recursos disponíveis de investigação científica, articulando os diferentes membros que integram o projeto. Os meios são as pessoas, equipamentos e materiais mais convenientes ao estudo aplicados nos diferentes meios (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

A **fase da execução** é a etapa em que se coloca em prática tudo o que foi planeado anteriormente. É uma fase de procura de documentos e conhecimentos científicos que contribuam para a resolução dos problemas. Nesta fase são previstos inúmeros resultados a nível de aprendizagens e aquisição de novas competências, assim como formas de resoluções de problemas (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

Por último, e para uma correta e rigorosa **avaliação** do projeto, é fulcral a utilização de instrumentos de avaliação, uma vez que esta é permanente, ou seja, é realizada ao longo de todo o projeto. Essa avaliação deve ser rigorosa, fornecendo os elementos necessários, de forma a que seja possível intervir de forma coerente, eficiente e eficaz, contemplando várias vertentes de análise e reflexão de modo a que se possa posteriormente **divulgar e avaliar os conhecimentos** apreendidos/adquiridos ou reforçados (Ferrito, Nunes, & Ruivo, 2010).

Partindo do anteriormente mencionado e tendo por base o enquadramento conceptual desenvolvido no capítulo anterior, torna-se claro que embora já existam vários estudos científicos que demonstram a importância do Brincar e do alívio da dor aquando dos procedimentos de enfermagem, sobretudo na idade pediátrica, ainda há muito a fazer nos serviços com o propósito de melhorar os sentimentos e as experiências negativas vivenciadas pelas crianças durante a hospitalização e/ou os procedimentos dolorosos. Após a leitura da literatura existente tornou-se claro a existência de uma diferença substancial entre aquilo que é recomendado e a realidade nos contextos de prestação de cuidados. Por este motivo ao longo dos vários estágios e da realização deste projeto esta foi a situação-problema que foi determinada como alvo de intervenção.

Hoje em dia, seja por falta de disponibilidade, por falta de tempo ou pelo excesso de trabalho, por vezes, o foco de atenção dos profissionais passam pelos cuidados à doença e não com os aspetos psicológicos que a mesma pode desencadear. Tal como mencionado anteriormente existem inúmeros fatores que podem marcar uma criança, contudo o simples ato de Brincar pode ajudar em muito os profissionais e as mesmas. Por tudo isto, considereei a realização deste projeto como uma oportunidade de relembrar a importância do Brincar para as crianças e de que forma este pode ser um aliado para os profissionais sobretudo durante o internamento e os procedimentos, tendo como finalidade a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a minimização os sentimentos negativos vivenciados pelas crianças aquando destes mesmos cuidados.

Deste modo, e tendo em conta as etapas da metodologia de Projeto, numa fase inicial ir-se-á caracterizar os serviços e os contextos onde foram realizados os estágios, planeando as atividades e os objetivos gerais e específicos para cada contexto, relatando o processo de execução com a descrição das atividades e estratégias realizadas. Por último, serão apresentados e debatidos os resultados avaliando todo o projeto.

#### **4. ANÁLISE DO PERCURSO DE APRENDIZAGENS: ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E HOSPITALARES**

Tal como mencionado anteriormente a OE (2018), descreve o EEESIP como sendo um perito na conceção e gestão dos cuidados capaz de executar intervenções de excelência que visem dar resposta às necessidades da criança/jovem e família. Para tal o EEESIP pode e deve desenvolver uma capacidade reflexiva que o conduza a um cuidado de excelência, através de uma prestação de cuidados de nível avançado (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018), empregando diversos recursos que visem um cuidado personalizado, humanizado e menos traumático, como é o caso do incentivo à permanência e participação dos pais/principais cuidadores, e do uso do Brincar como promotor de conforto durante os cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014).

Ao longo dos últimos meses foram sendo desenvolvidas atividades tanto no Estágio I como no Estágio Final (num total de quatro locais diferentes de estágio), com a finalidade de dar resposta ao projeto. O desenvolvimento transversal do mesmo tema nos diversos contextos, possibilitou compreender a importância da interação e comunicação entre os diferentes contextos em determinadas situações, mas sobretudo permitiu analisar e verificar de que forma o Brincar enquanto estratégia não farmacológica – temática por mim selecionada – é valorizado, trabalhado e a sua relevância em que estagiei, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, na neonatologia, nos cuidados intensivos e num serviço de internamento pediátrico.

Para que fosse possível atingir os objetivos delineados a nível curricular e de aprendizagem tendo em conta as competências mencionadas pela OE para o EEESIP, foram definidos objetivos gerais transversais aos três contextos de estágio: **Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas como enfermeira especialista e mestre em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na prestação de cuidados especializados à criança e família, em contextos de intervenção distintos; Integrar a promoção do conforto nos cuidados de enfermagem à criança, jovem e família, de acordo com a teoria do conforto de Katharine Kolcaba, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e Promover/Incentivar/Sensibilizar a utilização do Brincar, enquanto estratégia não farmacológica, com vista à minimização do sofrimento da criança aquando de um procedimento de enfermagem.**

A identificação e enumeração dos contextos, bem como a descrição e reflexão das ações por mim realizadas será apresentada por ordem cronológica em que os estágios ocorreram demonstrando, sempre que possível, as atividades que fui desenvolvendo nos mais variados níveis de complexidade e as aprendizagens que foram sendo apreendidas. A realização dos estágios nos vários contextos visa o desenvolvimento das competências comuns do EE, dando um maior ênfase às competências específicas do EEESIP, que intervém com o intuito de assistir “ (...) a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; (...) nas situações de especial complexidade; (...) em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018, p. 2). Considerei preponderante a minha escolha dos locais de estágios diversificada, onde fosse possível atingir não só todas as competências, mas também conhecer a articulação e o trabalho desenvolvido entre as diversas vertentes da prestação de cuidados às crianças, jovens e famílias. Ao longo dos estágios foi ainda redigido um artigo científico sobre o tema geral, que serviu de suporte à revisão da literatura presente (Apêndice II).

Para dar resposta ao anteriormente mencionado o Estágio I decorreu entre 14 maio e 22 junho 2018 (6 semanas) numa Unidade de Saúde Familiar (USF) e entre 17 setembro de 2018 e 18 de janeiro de 2019 teve lugar o Estágio Final, subdividido em três locais diferentes: Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios Neonatais (quatro semanas), Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed) (quatro semanas), e Serviço de Internamento Pediatria (oito semanas), perfazendo um total de 16 semanas de estágio. Em média o tempo de contato nos diferentes contextos em ambos os Estágios foi de cerca de 22 horas semanais. Assim sendo, no presente capítulo irei descrever de forma criteriosa os locais, as equipas e as características dos serviços onde decorreram os estágios, bem como os objetivos específicos, as atividades e ações planeadas e realizadas tendo em conta o diagnóstico inicial, refletindo sobre as realidades encontradas ao longo de todo o percurso nos diversos locais. Isto sem nunca esquecer a temática e o objetivo base de todo este projeto, que pretende contribuir para a melhoria dos cuidados através de estratégias realistas, no âmbito da revisão em estudo e aprender/potencializar as competências enquanto enfermeira especialista e mestre, de forma a contribuir para uma **prestação de cuidados mais especializada na melhoria dos cuidados no que respeita a facilitar a comunicação com a criança, diminuir a dor, e ansiedade, o stress e o sofrimento da mesma durante os cuidados prestados, através da utilização do brincar enquanto estratégia não farmacológica.**

#### 4.1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS/UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR (USF)

Em 1978 observou-se uma mudança de paradigma dos cuidados, mencionados na Declaração de Alma-Ata, com vista ao bem-estar das populações, dando o direito a todos os cidadãos de usufruírem dos cuidados de saúde primários (CSP), considerados pela OMS como fundamentais. Segundo a Declaração previamente mencionada, CSP constituem-se como um recurso essencial para a operacionalização dos valores de justiça e equidade (Organização Mundial de Saúde, 2008). Após as reestruturações efetuadas, descritas no Decreto-Lei 28/2008, os CSP foram divididos em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), constituídos por um ou dois concelhos dependendo da área abrangente e da proximidade entre eles, com autonomia administrativa, cujo objetivo passa por garantir a prestação de cuidados personalizados à população da área geográfica determinada (Ministério da Saúde, 2008). Cada ACES é composto por diferentes unidades funcionais, sendo estas: Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Pública (USP), as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

O primeiro estágio desde percurso formativo ocorreu entre 14 de Maio e 22 de Junho de 2018, num total de 6 semana e decorreu numa USF de um ACES da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT), tendo sido uma das primeiras a nível nacional, a passar a **Modelo B** que é o indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente (Ministério da Saúde, 2007).

A USF tem como referencial teórico e operativo em Enfermagem de Saúde Familiar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), preconizado pela Ordem dos Enfermeiros. Os seus pressupostos reconhecem a complexidade do sistema familiar, focalizando os cuidados centrados na família numa abordagem sistémica. O seu foco é tanto na família como um todo como em cada um dos membros individualmente. A sua estrutura é de cariz dinâmico, flexível e interativo, e vai ao encontro das necessidades da família, através do levantamento inicial das suas necessidades (Figueiredo, 2012). Desta forma o enfermeiro de família, pode ter um impacto muito positivo no bem-estar da população, através da relação terapêutica na prevenção da doença atuando de forma mais global, tendo o EEESIP um papel fulcral para uma intervenção mais personalizada não só nos aspetos físicos com vista à adoção de estilos de vida

saudáveis, mas também nas perturbações emocionais, do comportamento e nos maus tratos, tal como mencionado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direcção-Geral da Saúde, 2013). Sendo uma USF, no que diz respeito à metodologia, esta é suportada pela existência de um enfermeiro responsável (enfermeiro de família) associado a um médico (médico de família) e uma administrativa, possibilitando uma prestação de cuidados mais singularizados e humanizados centrados no conceito de família e em todas as suas problemáticas.

Importa ainda referir que na USF em questão existem quatro enfermeiras especialistas (uma em saúde comunitária, uma em enfermagem de saúde mental, uma em enfermagem de saúde materna e obstetrícia e uma em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – enfermeira orientadora do estágio), e três enfermeiras de cuidados gerais, associadas a oito médicos no momento, uma vez que dois deles apenas apresentam meia lista de utentes, estando os dois associados à mesma enfermeira. É ainda importante frisar que embora cada enfermeira apresente a sua lista de utentes, caso uma determinada situação suscite dúvidas, recorre-se ao enfermeiro de referência, sendo cada um dos enfermeiros especialistas o elemento de referência da sua área de domínio. Além deste apoio existem ainda reuniões em equipa para “discussões” sobre determinadas situações e famílias identificadas como prioritárias no sentido de uma maior vigilância ou uma possível necessidade de intervenção.

#### **4.1.1. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas:**

Como objetivos específicos do contexto de CSP defini:

- a) Desenvolver competências específicas de EEESIP no âmbito da maximização da saúde no cuidado à criança, jovem e sua família;*
- b) Desenvolver competências e intervenções tendo em conta o desenvolvimento da criança/ jovem e família em situação de ausência de doença;*
- c) Promover a utilização do Brincar durante as consultas de saúde Infantil, com vista à minimização do sofrimento da criança/jovem.*

No que diz respeito às atividades realizadas no contexto de CSP estas encontram-se expandidas no quadro seguinte (Quadro 1):

<b>Objetivo Gerais:</b>			
- Desenvolver competências específicas de EEESIP no âmbito da maximização da saúde no cuidado à criança, jovem e sua família; - Desenvolver competências e intervenções tendo em conta o desenvolvimento da criança/ jovem e família em situação de ausência de doença; - Promover a utilização do Brincar durante as consultas de saúde infantil, com vista à minimização do sofrimento da criança/jovem.			
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Recursos utilizados</b>	<b>Indicadores de Avaliação</b>
<b>A.</b> <i>Conhecer o funcionamento e a estrutura dos Cuidados de saúde primários</i>	<b>A1)</b> Pesquisa e leitura de bibliografia científica relativa à constituição e funcionamento dos CSP; <b>A2)</b> Conhecer o trabalho desenvolvido pela USF; <b>A3)</b> Análise da metodologia de trabalho e gestão presente nas USF; <b>A4)</b> Conhecer a parceria de cuidados existente na USF, assim como a ligação existente entre as diferentes unidades de cuidados.	- Bases de dados científicas; - Bibliografia; - Sites (diversos); - Enf <sup>a</sup> Orientadora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra conhecimentos sobre a evolução, a constituição e o funcionamento dos CSP;</li> <li>• Demonstra conhecer o trabalho desenvolvido nas USF e de que forma os cuidados são articulados com as outras unidades;</li> <li>• Demonstra conhecer de que forma é gerido e organizado o trabalho na USF.</li> </ul>
<b>B.</b> <i>Promover práticas de cuidados de enfermagem adequadas às necessidades da família da criança e jovem, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento</i>	<b>B1)</b> Pesquisa e leitura bibliografia sobre o desenvolvimento infantil, promoção e avaliação; <b>B2)</b> Observação e intervenção de forma participante nas consultas de saúde infantil nos diferentes estadios de desenvolvimento, identificando as estratégias utilizadas na avaliação do desenvolvimento infantil; <b>B3)</b> Aplicação da escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada; <b>B4)</b> Prestação de cuidados de saúde personalizados tendo em conta a criança/ família na sua globalidade; <b>B5)</b> Realização reuniões informais com o enfermeiro orientador para discussão, reflexão e trocas de ideias e opiniões	- Bases de dados científicas; - Bibliografia; - Sites (diversos); - Enf <sup>a</sup> Orientadora estágio; - Escala Mary Sheridan; - Equipa de Enf. <sup>gem</sup> USF; - Docente Orientador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil e como direcionar uma consulta, identificando possíveis problemas, antecipando-os através de estratégias associadas à criança/ jovem e família de acordo com o grau de desenvolvimento da criança;</li> <li>• Avalia o crescimento e desenvolvimento com recurso à escala de Mary Sheridan a pelo menos uma criança de cada uma das etapas de desenvolvimento (recém-nascido, latente, toddler, pré-escolar, escolar e adolescente);</li> <li>• Personaliza os cuidados tendo em conta a criança e a família, maximizando a sua saúde e potencialidades;</li> </ul>

	<p>sobre as famílias e a melhor forma de intervir em determinadas situações;</p> <p><b>B6)</b> Participação numa reunião da equipa multidisciplinar, para discussão de situações de intervenção precoce;</p> <p><b>B7)</b> Observação e participar ativamente numa reunião de discussão de casos potencialmente problemáticos;</p> <p><b>B8)</b> Realização de um Estudo de Caso, desenvolvendo intervenções e estratégias para resolução de possíveis problemas identificados.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra interesse na melhoria dos cuidados e na aquisição de novos conhecimentos;</li> <li>• Reflete sobre as práticas e as atividades observadas e realizadas;</li> <li>• Negoceia a participação da criança, jovem e família em todo o processo de cuidar, nomeadamente em situações de stress ou ansiedade;</li> <li>• Realiza um estudo de caso de uma família, desenvolvendo intervenções que visem a melhoria dos cuidados prestados à mesma.</li> </ul>
<p><i>C. Desenvolver técnicas adequadas de comunicação/conforto com a criança/jovem e família tendo por base o seu estágio de desenvolvimento, aquando dos procedimentos dolorosos</i></p>	<p><b>C1)</b> Revisão bibliográfica da literatura sobre a temática do Brincar em Enfermagem nas suas várias vertentes (desenvolvimento, distração/ conforto e comunicação);</p> <p><b>C2)</b> Pesquisa bibliográfica sobre estratégias de comunicação/conforto eficazes de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e jovem;</p> <p><b>C3)</b> Utilização de uma grelha de observação sobre a utilização do Brincar nos CSP;</p> <p><b>C4)</b> Identificação das estratégias de comunicação/ conforto através do uso do brincar utilizadas pelos enfermeiros (generalistas, especialistas e mestres) com a criança e jovem nos diferentes estádios de desenvolvimento;</p> <p><b>C5)</b> Prestação de cuidados de saúde personalizados tendo em conta a criança/ família na sua globalidade;</p> <p><b>C6)</b> Estabelecimento de relação de confiança com a criança/jovem e família através do uso do brincar;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bases de dados científicas;</li> <li>- Bibliografia;</li> <li>- Sites (diversos);</li> <li>- Enf<sup>a</sup> Orientadora estágio;</li> <li>- Escala Mary Sheridan;</li> <li>- Equipa de Enf.<sup>gem</sup>;</li> <li>- Docente Orientador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil;</li> <li>• Personaliza os cuidados tendo em conta a criança e a família, maximizando a sua saúde e potencialidades;</li> <li>• Demonstra interesse na melhoria dos cuidados e na aquisição de novos conhecimentos;</li> <li>• Reflete sobre as práticas e as atividades observadas e realizadas;</li> <li>• Negoceia a participação da criança, jovem e família em todo o processo de cuidar, nomeadamente em situações de stress ou ansiedade;</li> <li>• Relaciona-se com a criança, jovem e família, através do brincar como instrumento terapêutico;</li> <li>• Adequa a comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem;</li> <li>• Estabelece parcerias com a criança, jovem e família.</li> </ul>



	<p><b>C7)</b> Realização de um poster e panfleto sobre os brinquedos mais adequados a cada idade.</p>		
<p><i>D. Analisar as práticas de enfermagem tendo em conta a satisfação da criança e família, aquando dos procedimentos dolorosos</i></p>	<p><b>C1)</b> Revisão bibliográfica da literatura sobre a temática do Brincar em Enfermagem nas suas várias vertentes (desenvolvimento, distração/ conforto e comunicação);  <b>C2)</b> Pesquisa bibliográfica sobre estratégias de comunicação/conforto eficazes em procedimentos dolorosos e/ou potenciadores de stress;  <b>C3)</b> Identificação das estratégias de comunicação/ conforto através do uso do brincar utilizadas pelos enfermeiros (generalistas, especialistas e mestres) com a criança e jovem nos diferentes estádios de desenvolvimento;  <b>C4)</b> Prestação de cuidados de saúde personalizados tendo em conta a criança/ família na sua globalidade;  <b>C5)</b> Estabelecimento de relação de confiança com a criança/jovem e família através do uso do brincar;  <b>C6)</b> Realização de um panfleto e um poster sobre os brinquedos mais adequados a cada idade e etapa de desenvolvimento;  <b>C7)</b> Realização de um poster sobre os malefícios e benefícios das tecnologias, e o tempo ideal para se estar exposto às mesmas;  <b>C8)</b> Realização de uma sessão de Educação para a Saúde, com o intuito de identificar/ lembrar estratégias interventivas com o objetivo de diminuir o medo, dor, ansiedade inerentes aos procedimentos de enfermagem.</p>	<p>- Bases de dados científicas;          - Bibliografia;          - Sites (diversos);          - Enf<sup>a</sup> Orientadora estágio;          - Escala Mary Sheridan;          - Equipa de Enf.<sup>gem</sup> USF;          - Docente Orientador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra conhecimentos sobre a importância e as vantagens da utilização do Brincar;</li> <li>• Personaliza os cuidados tendo em conta a criança e a família, maximizando a sua saúde e potencialidades;</li> <li>• Demonstra interesse na melhoria dos cuidados e na aquisição de novos conhecimentos;</li> <li>• Reflete sobre as práticas e as atividades observadas e realizadas;</li> <li>• Negoceia a participação da criança, jovem e família em todo o processo de cuidar, nomeadamente em situações de stress ou ansiedade;</li> <li>• Relaciona-se com a criança, jovem e família, através do brincar como instrumento terapêutico;</li> <li>• Realiza uma atividade de Educação para a Saúde para os profissionais, sobre a importância do uso do brinquedo como medida de conforto/ relacional, como forma de comunicação e como potencializador do desenvolvimento.</li> </ul>

Quadro 1. Síntese das atividades desenvolvidas para dar resposta aos objetivos no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

#### 4.1.2. Reflexão de aprendizagens

Após terminar o estágio no âmbito dos CSP numa USF, considerámos que este foi bastante enriquecedor, pois permitiu aprofundar conhecimentos sobre o trabalho e as intervenções que são realizadas no âmbito dos cuidados de saúde primários, intervindo de forma ativa na consulta de saúde infantil e pediatria, assim como na prestação e na intervenção que é realizada para minimizar de fatores de stress, ansiedade e medo associados aos procedimentos de enfermagem. Além do mencionado, e uma vez que trabalho num serviço intra-hospitalar, considero bastante relevante compreender o trabalho que é desenvolvido ao nível dos cuidados de saúde primários de forma a melhorar a articulação com os mesmos.

No que respeita à experiência e ao trabalho desenvolvido na USF considero importante e fundamental, pois a existência de um enfermeiro de família, permite o acompanhamento dos vários elementos de uma mesma família nas diferentes fases do seu ciclo de vida, criando uma proximidade entre enfermeiro e utente, facilitadora da deteção de problemas que possam estar a ocorrer dentro do seio familiar. Esta relação é bastante evidente, quando se observa a consulta de uma família que é seguida há vários anos por uma enfermeira em relação a outra que só agora é seguida. A confiança demonstrada permite em muitas situações que a criança/ família exprima as suas necessidades físicas e emocionais, bem como os seus medos, estando mais aberta às sugestões e conselhos. Isto foi visível sobretudo na situação de uma mãe com um recém-nascido, visivelmente cansada e “deprimida” que por não conhecer a enfermeira, visto ser a primeira consulta na USF em causa, era notório o medo que tinha em ser julgada ou acusada de má mãe, por dizer que estava cansada e precisava de ajuda e que não estava a ser fácil adaptar-se a todo o processo. Apesar de não se ter conseguido a confiança suficiente para a mãe desabafar, tudo o que aparentava precisar, é uma família que ficará a ser vigiada mais de perto prevenindo possíveis problemas que possam ocorrer. Nesta situação é visível as vantagens do enfermeiro de família e da relação terapêutica. O fato de ir receber os utentes à sala de espera, cumprimentando-os e respeitando o seu espaço foi bastante promotor de uma relação.

No que concerne às atividades desenvolvidas não irei explanar todas, mas irei refletir seguidamente por as que considero mais significativas do meu ponto de vista de desenvolvimento pessoal.

**B3:** A utilização e aplicação da Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan modificada é uma ferramenta auxiliar muito importante na prestação de cuidados, pois permitir a criação de uma relação com a criança através das atividades por ela indicadas, adaptadas a cada idade, tornando-se facilitadora do processo terapêutico. Acabou por servir em várias situações de Brinquedo promotor da comunicação, da avaliação do desenvolvimento e da relação com a criança e família. Trata-se de uma escala extremamente bem construída que permite a uniformização da avaliação do desenvolvimento entre todos. A maior condicionante relativa à aplicação desta escala que detetei relaciona-se com o tempo que é necessário despende para uma correta avaliação da mesma, tornando-se muitas vezes incomportável com o tempo padronizado para as consultas. Não foi identificada em nenhuma situação, alterações relevantes no desenvolvimento, apenas pequenas fragilidades às quais foram indicadas estratégias, como é o caso do menino identificado no meu estudo de caso (Apêndice III).

**B8:** Estudo de caso (Apêndice III) – No meu entender a realização do estudo de caso foi bastante pertinente e indispensável pois permitiu ter uma visão global da família, avaliando todas as determinantes e condicionantes do crescimento e desenvolvimento do menino em causa, colocando em prática diversas aprendizagens realizadas anteriormente durante o curso. Através dele foi possível identificar possíveis lacunas, antecipando eventuais problemas com o objetivo de solucioná-los, ajudando a família em todo o processo. Foi por isso bastante enriquecedor, uma vez que até então, apenas tinha sido realizado o mesmo trabalho com uma família fictícia, com problemas por mim selecionados.

**B5 e B6:** Reuniões com a Enfermeira orientadora e restante equipa, é outro ponto que considero importante de ser mencionado, pois permite a troca de experiências e interajuda na análise de determinadas situações. Possibilita que cada um expresse os seus sentimentos, dúvidas, receios, lacunas no sentido de uma melhoria contínua de cuidados e de evolução, bem como um cuidado mais personalizado.

**B7:** Em consonância com as reuniões anteriormente descritas, considero bastante importante o trabalho desenvolvido pelo Aces em causa, no que diz respeito à identificação e encaminhamento precoce das crianças com necessidades especiais que frequentam os estabelecimentos de ensino. Mensalmente é realizada uma reunião, na qual pude estar presente, em que estão presentes representantes dos agrupamentos de escolas e um enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde Infantil e Pediátrica de todas as Unidades Funcionais do Concelho. Esta

reunião é liderada por uma Enfermeira coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade da área, sendo também esta a representante da Saúde na Equipa Local de Intervenção (ELI) do ACES em causa. A equipa de intervenção do ACES é constituída por técnicos de serviço social, técnicos escolares e representantes da saúde que atuam de acordo com as necessidades da criança. Estas intervenções podem ser realizadas nas escolas, nas unidades de saúde, em casa das crianças/jovens em causa ou até na sede do ACES. Elas têm como finalidade a identificação, discussão e encaminhamento de situações de risco detetadas pelas várias instituições, quer ao nível da saúde, social, ou escolar, entre outros, transmitindo aos profissionais envolvidos os planos de intervenção que foram delineados para cada criança, o encaminhamento efetuado, e a evolução de cada situação. Considerei estas reuniões muito importantes, pois foi possível verificar que embora existam várias situações complicadas, muitas delas já foram identificadas e ou já foram “resolvidas”, ou estão a ser acompanhadas.

**C3, C4, C6, C7 e C8:** Relativamente às alíneas mencionadas, todas elas se relacionam com o meu projeto que tem por base o Brincar enquanto estratégia não farmacológica.

Numa fase inicial e tendo por base uma reunião com a enfermeira orientadora de estágio, onde foi apresentado o tema e os objetivos gerais deste relatório de estágio, assim como a sua pertinência e importância nos cuidados prestados, foi levantado o diagnóstico da situação adequado ao contexto e aos objetivos específicos pretendidos com as atividades posteriormente mencionadas e que se encontram explanadas nos apêndices V, VI, VII e VIII. Para tal considerou-se relevante a realização de uma grelha de observação (Apêndice IV), que foi usada com autorização dos intervenientes e apenas para levantamento de necessidades da USF, de modo a uma intervenção mais direcionada, que permitisse verificar quais as técnicas de brincar usadas durante os procedimentos dolorosos nas consultas na USF e se estariam adequadas à idade das crianças. Embora exista uma grande adesão ao uso do brinquedo como forma de comunicação/conforto para a criança e jovem, por vezes essas técnicas podiam ser melhoradas ou mais adequadas à idade da criança em causa. O tipo de brinquedo usado nem sempre está adequado à idade da criança e isto ocorre, não só por parte dos enfermeiros, mas sobretudo dos pais.

Foi com base nesta observação que surgiu a realização do panfleto sobre o brincar (Apêndice V) e os *pósteres* (Apêndice VI e VII), um sobre o mesmo tema do panfleto e outro sobre os malefícios e benefícios das tecnologias, usadas hoje em dia na maioria das vezes em excesso pelas crianças. Sobre este último *poster* importa ainda ressaltar que devido à importância do

tema do mesmo, e à grande preocupação de todos os profissionais sobre o tempo que as crianças passam a empregar as novas tecnologias, foi proposta à ACES a implementação do mesmo em todas as Unidades de Saúde como forma de alertar os pais para os perigos e as consequências possíveis do uso excessivos das tecnologias, contudo ainda se aguarda a aprovação para tal.

Para finalizar todo este trabalho, realizou-se ainda uma Sessão de Educação para a Saúde, com o intuito de relembrar estratégias interventivas de forma a diminuir o medo, dor e a ansiedade inerente aos procedimentos de enfermagem. Considero que foi bastante relevante não só por relembrar a importância do brincar, mas sobretudo pela troca de experiências de todos os enfermeiros.

Ao longo de toda a execução do processo foram sendo realizados momentos de avaliação, contudo após a realização da sessão foi realizado um pequeno momento de “discussão” e troca de ideias sobre o tema, tendo sido distribuída uma grelha onde os enfermeiros da USF iriam avaliar a sessão e a pertinência do tema, tendo sido os resultados bastante bons, tal como se poderá observar aquando da leitura do projeto e avaliação da sessão (Apêndice VIII). Todos os trabalhos e documentos mencionados foram facultados à EEESIP e orientadora de estágio, para que pudesse ser divulgado e dada continuidade ao trabalho iniciado, tendo em conta o circuito existente relativo à comunicação e imagem da instituição, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados na promoção do conforto à criança e jovem, durante a realização de procedimentos doloroso.

#### **4.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMÉDIOS NEONATAIS**

A maior alteração a nível fisiológico que é exigido ao recém-nascido (período que decorre desde o nascimento até ao 28º dia de vida) é a transição da circulação fetal para a respiração independente. Durante este período o bebé está a adaptar-se à vida extrauterina e a vincular-se às pessoas significativas (Hockenberry & Wilson, 2014). Esta vinculação já foi muito estudada por John Bowlby autor da Teoria da Vinculação (1966), que num dos seus trabalhos com adolescentes chegou a afirmar que a "(...) privação materna no período crucial dos 0 aos 5 anos poderia

favorecer um comportamento antissocial e aparecimento de problemas emocionais, (...) revelavam maior falta de empatia com os outros, ausência de culpa e incapacidade de sustentar relações duradouras com significado." (Bowlby, 1944, cit. por Silva, 2014, p. 9).

Quando por algum motivo de ordem materna e/ou relacionado com a gravidez o bebê nasce antes do tempo (idade gestacional < 37 semanas), este é considerado prematuro, sendo este um dos principais motivos que leva à admissão nas unidades de cuidados intensivos/intermédios neonatais (UCIN), embora a principal causa da prematuridade seja desconhecida (Hockenberry & Wilson, 2014). Esta prematuridade pode trazer à criança complicações neonatais ao nível fisiológico, respiratório, neurológico, termorregulador, endócrino, digestivo, etc., e predispõe a mesma a problemas de desenvolvimento e/ou crescimento na idade adulta (Hockenberry & Wilson, 2014). Após o nascimento, devido à sua imaturidade, o recém-nascido pré-termo (RNPT) necessita de cuidados imediatos e individualizados, que proporcionem um equilíbrio hemodinâmico, sendo sujeito a inúmeros e diversificados estímulos, procedimentos técnicos, ruídos, luzes intensas, manipulações, que contribuem para a sua instabilidade hemodinâmica (Tamez, 2013).

No que concerne à população neonatal, o brincar surge com a finalidade de promover o conforto e o bem-estar do mesmo. A avaliação da dor através da escala mais apropriada à situação do neonato, assim como a utilização das estratégias não farmacológicas são por isso um elemento fundamental e um indicador de qualidade na prestação de cuidados ao neonato.

A escolha da realização de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios Neonatais emergiu pelo facto de ser uma unidade de referência para o recém-nascido (RN) onde a complexidade de cuidados, poderá contribuir para a aquisição de novos conhecimentos numa área que para mim é completamente desconhecida, uma vez que nem como estudante, nem como enfermeira possuo experiência ou conhecimento prático sobre os cuidados prestados. Considerei por este motivo de extrema importância a realização deste estágio com o intuito de identificar e analisar as práticas de enfermagem na satisfação das necessidades do RN e/ou da família de um bebé em situação de risco, desenvolvendo também competências relacionadas com os processos de vinculação, transição para a parentalidade e parceria de cuidados. O primeiro local de estágio nesta segunda etapa do mestrado foi assim numa UCIN e ocorreu entre 17 de setembro e 12 de outubro de 2018, num total de 4 semana (95h).

#### 4.2.1. Caracterização da UCIN

A UCIN onde foi realizada a primeira fase do Estágio Final está inserido num hospital categorizado na rede de referência materno-infantil como Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) de Lisboa e Vale do Tejo, na rede de urgência como hospital polivalente, quer pela sua zona de influência direta, quer pela referência para os hospitais de tipologia B1 e B2. Este está definido como sendo uma unidade hospitalar de tipologia A2, de referência para trauma (Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente (CNSMCA), 2012).

Quando comparados aos Hospitais de Apoio Perinatal (HAP), os HAPD como o hospital em questão, apresentam uma maior autonomia no que respeita aos recém-nascidos de risco, devido à sua capacidade de assistência materna e perinatal do mais alto nível, com exceção para os casos de especialidades diferenciadas e algumas cirurgias neonatais, tendo assim a responsabilidade de avaliar e formar os profissionais da instituição e região abrangida (Direção-Geral da Saúde, 2001). Porém, e para que seja possível tal articulação é fundamental a existência de um subsistema específico para o transporte inter-hospitalar do neonato, criança e/ou adolescente gravemente doentes, atualmente designado por Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP). O TIP é coordenado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, sendo a equipa constituída por médico, enfermeiro e técnico de emergência pré-hospitalar, garantindo o transporte e a estabilidade do doente crítico de idade pediátrica até à unidade recetora (Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão do Instituto Nacional de Emergência Médica (GPCG-INEM), 2015).

No que diz respeito ao serviço - UCIN, este faz parte do Departamento de Pediatria que se encontra-se subdividido entre o Centro de Desenvolvimento e o 1º Piso do edifício principal (Urgência Pediátrica e a Consultas Externas) ambos chefiados por uma Enfermeira Especialista, e o 5º Piso do edifício principal do hospital onde se encontra a Pediatria Médica e UCIN/UCIPed, onde a chefia se encontra ao cargo de outra Enfermeira Especialista.

A UCINP é constituída por três salas: Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed), Cuidados Intensivos Neonatais e Cuidados Intermédios Neonatais (UCIN) num total de 19 camas. Relativamente à população neonatal, a unidade tem adstritas duas salas: a sala 1 - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), assegurada habitualmente por dois enfermeiros, possui cinco vagas para ventilação invasiva estando apta para assistir recém-nascidos (RN) de pré-termo e

termo, com necessidade de ventilação assistida e/ou que, devido à sua patologia (anomalias congénitas; gastroquises, malformações do tubo neural, entre outras), prematuridade ou intercorrências peri-parto (por exemplo: asfixia, hipoglicémia, taquipneia transitória do RN) careçam de suporte avançado de vida ou vigilância mais rigorosa, que justifique o internamento em cuidados intensivos. No que respeita à sala 2 - Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais esta tem capacidade para dez RN em berço ou incubadora, sendo os motivos de internamento semelhantes ao anteriormente mencionados, mas com um nível de gravidade inferior e/ou maior estabilidade. Tal como na sala 1 esta também é assegurada por dois enfermeiros. A UCIPed, por outro lado, admite crianças entre os 28 dias e os 18 anos menos um dia, que já tenham tido alta hospitalar, mas que por motivos médico-cirúrgicos necessitam de ser internadas em intensivos. Os principais motivos de internamento são as infeções respiratórias com necessidade de ventilação assistida, os politraumatismos e a sepsis. A UCIP possui quatro vagas para ventilação invasiva se necessário, sendo também assegurada por dois enfermeiros. Por motivos logísticos e institucionais esta sala encontrou-se encerrada provisoriamente, tendo reaberto em outubro.

A equipa da UCIN/UCIPed é constituída por 37 enfermeiros, além da Enf.<sup>a</sup> Chefe, distribuídos da seguinte forma: 3 enfermeiros coordenadores, 5 equipas de quatro ou cinco elementos (3 equipas de quatro elementos e 2 equipas de cinco elementos), 6 elementos que não se encontram distribuídos em nenhuma equipa em particular devido às particularidades dos horários que realizam e ainda 6 elementos que se encontram de baixa por motivos médicos ou de parentalidade. Dos 38 enfermeiros que exercem funções na UCIN/UCIPed, 9 são EEESIP e 1 em Enfermagem de saúde mental e psiquiatria (ESMP), estando ainda 2 elementos a realizar o curso de especialização. A organização do trabalho da equipa de enfermagem é estabelecida pela chefia do serviço e/ou pelo enfermeiro chefe de equipa/turno, sendo a carga horária de 35h semanais, em horários rotativos, salvo algumas exceções. A rotatividade ocorre também nas diversas salas e entre enfermeiros da mesma equipa, proporcionando que todos prestem cuidados nas diversas salas, desde que integrados nas mesmas. Sempre que necessário, além do trabalho conjunto com a equipa médica com especialidade em neonatologia e/ou pediatria e com as assistentes operacionais (11 elementos), é ainda solicitado apoio da Terapeuta da Fala e da Fisioterapia.

No respeitante à metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, o método utilizado é o individual, em que cada profissional se responsabiliza pela globalidade dos cuidados a prestar a cada recém-nascido, criança e/ou adolescente atribuído no início de cada turno. No momento da admissão na unidade, é atribuído um enfermeiro de referência a cada utente e família,



tal como determinado pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015), gestor de todo o processo de internamento e articulação com outros serviços de saúde (serviço social, centro de saúde, etc.). O horário de funcionamento da unidade é de 24 horas podendo os pais acompanhar a criança internada durante esse tempo, porém, devido às condições de conforto possibilitadas, no período noturno os pais são aconselhados a irem descansar no domicílio. Todavia cada caso pode ser analisado em harmonia com os profissionais do serviço (Ordem dos enfermeiros, 2019).

#### **4.2.2. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas:**

Como objetivos específicos do contexto de neonatologia defini:

*a) Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem na prestação de cuidados de saúde individualizados, de especial complexidade ao RN e família;*

*b) Sensibilizar a equipa de enfermagem para a avaliação da dor e utilização das estratégias não farmacológicas como medida de conforto e desenvolvimento na relação com o bebé;*

*c) Promover a utilização do Brincar durante o internamento e os procedimentos dolorosos, com vista à minimização do sofrimento da criança/jovem e família.*

No que diz respeito às atividades realizadas no contexto de Cuidados Intensivos/Intermédios Neonatais encontram-se explanadas no quadro seguinte (Quadro 2):

<b>Objetivos Gerais:</b>			
<p>a) Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem na prestação de cuidados de saúde individualizados, de especial complexidade ao RN e família;</p> <p>b) Sensibilizar a equipa de enfermagem para a avaliação da dor e utilização das estratégias não farmacológicas como medida de conforto e desenvolvimento na relação com o bebé;</p> <p>c) Promover a utilização do Brincar durante o internamento e os procedimentos dolorosos, com vista à minimização do sofrimento da criança/jovem e família.</p>			
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Recursos utilizados</b>	<b>Indicadores de Avaliação</b>
<i>A. Conhecer o funcionamento, a gestão e os cuidados prestados num serviço de neonatologia</i>	<p><b>A1)</b> Análise reflexiva das metodologias de trabalho e gestão presentes na unidade de neonatologia;</p> <p><b>A2)</b> Conhecer o trabalho desenvolvido numa unidade de neonatologia;</p> <p><b>A3)</b> Observação participante nas intervenções de enfermagem desenvolvidas pelo Enfermeiro Orientador;</p> <p><b>A4)</b> Pesquisas científicas de forma a dar continuidade à revisão da literatura realizada no âmbito da temática;</p> <p><b>A5)</b> Reflexão sobre as aprendizagens e as situações apresentadas.</p>	<p>- Bases de dados científicas;</p> <p>- Bibliografia;</p> <p>- Sites (diversos);</p> <p>- Enf<sup>a</sup> Orientadora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra conhecimentos sobre a gestão e o funcionamento do serviço de neonatologia;</li> <li>• Demonstra conhecer o trabalho desenvolvido no serviço de neonatologia e de que forma os cuidados são articulados com as outras unidades;</li> <li>• Demonstra habilidades na procura sistemática de oportunidades de parceria.</li> </ul>
<i>B. Promover práticas de cuidados de enfermagem adequadas às necessidades da família do bebé prematuro</i>	<p><b>B1)</b> Pesquisa e leitura de bibliografia sobre a prematuridade e a capacitação/vinculação parental;</p> <p><b>B2)</b> Observação e intervenção de forma participante nos cuidados ao bebé prematuro nos diferentes estadios de desenvolvimento;</p> <p><b>B3)</b> Prestação de cuidados de saúde personalizados tendo em conta a criança/ família na sua globalidade;</p>	<p>- Bases de dados científicas;</p> <p>- Bibliografia;</p> <p>- Sites (diversos);</p> <p>- Enf<sup>a</sup> Orientadora estágio;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra interesse na aquisição de novos conhecimentos sobre a prematuridade e a capacitação/vinculação parental;</li> <li>• Demonstra conhecer os cuidados que devem ser prestados ao bebé prematuro, identificando possíveis problemas, antecipando-os;</li> <li>• Demonstra habilidades na procura sistemática de oportunidades de parceria;</li> </ul>

	<p><b>B4)</b> Realização de reuniões informais com o enfermeiro orientador para discussão e reflexão.</p>	<p>- Equipa de Enf.<sup>gem</sup>; - Docente Orientador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflete sobre as práticas e as atividades observadas e realizadas;</li> <li>• Negoceia a participação dos pais no processo de cuidar dando-lhes a literacia e o tempo necessário para o efeito.</li> </ul>
<p><i>C. Desenvolver técnicas adequadas promotoras de conforto ao bebé prematuro e de termo aquando dos procedimentos dolorosos</i></p>	<p><b>C1)</b> Revisão bibliográfica da literatura sobre a temática do brincar em Enfermagem para conforto do bebé;  <b>C2)</b> Utilização da observação informal para a identificação da necessidade do serviço relacionada com o tema central da tese;  <b>C3)</b> Identificação da escala da dor utilizada e a sua pertinência, bem como as estratégias não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros da neonatologia, com a finalidade de promover o conforto do bebe e da família;  <b>C4)</b> Prestação de cuidados de saúde personalizados tendo em conta o bebé na sua globalidade;  <b>C5)</b> Estabelecimento de relação de confiança com a família;  <b>C6)</b> Observar e intervir de forma participante nos cuidados ao bebé prematuro nos diferentes estadios de desenvolvimento;  <b>C7)</b> Reflexão sobre as estratégias de promoção de parceria mobilizadas pelos EEESIP para o estabelecimento da parceria com o bebé e família;  <b>C8)</b> Realização de uma Sessão de Educação para a Saúde com o tema – <u>Dor em Neonatologia: Avaliação e estratégias não farmacológicas</u> – onde serão exibidas as escalas da dor validadas em Portugal para a Neonatologia, sugerindo a utilização das</p>	<p>- Bases de dados científicas; - Bibliografia; - Sites (diversos); - Enf<sup>a</sup> Orientadora estágio; - Equipa de Enf.<sup>gem</sup>; - Docente Orientador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra conhecimentos sobre a prematuridade e os cuidados prestados ao bebe prematuro e de termo;</li> <li>• Personaliza os cuidados tendo em conta o RN e a família, maximizando a sua saúde;</li> <li>• Demonstra interesse na melhoria dos cuidados e na aquisição de novos conhecimentos;</li> <li>• Demonstra habilidades na procura sistemática de oportunidades de parceria;</li> <li>• Reflete sobre as práticas e as atividades observadas e realizadas;</li> <li>• Sensibiliza os enfermeiros para a importância da utilização da escala da dor, e da avaliação e reavaliação constante da mesma;</li> <li>• Sensibiliza-os para a utilização e importância das estratégias não farmacológicas no controlo da dor;</li> <li>• Negoceia a participação da família no processo de cuidar, nomeadamente em situações de stresse ou ansiedade;</li> <li>• Estabelece parceria de cuidados com a família.</li> </ul>

	<p>mais utilizadas, uma vez que neste momento apenas é utilizada 1 (que não está muito adequada), bem como as estratégias não farmacológicas que podem ser utilizadas no alívio ou diminuição da dor no neonato;</p> <p><b>C9)</b> Projeção de 2 protótipos de normas de procedimento sobre os temas presentes na sessão;</p> <p><b>C10)</b> Reflexão crítica sobre um momento marcante durante o estágio na neonatologia.</p>		
--	--	--	--

Quadro 2. Síntese das atividades desenvolvidas para dar resposta aos objetivos no contexto dos Cuidados Intensivos/Intermédios Neonatais.

### 4.2.3. Reflexão de Aprendizagens

Terminado o estágio na neonatologia, consideramos esta experiência bastante enriquecedora por permitir adquirir e consomar as aprendizagens adquiridas ao longo deste mestrado, bem como novas experiência e/ou vivência numa unidade de internamento de neonatologia. Sendo um serviço completamente novo e com muitas particularidades desconhecidas na prática, tornou-se um “desafio” e uma aprendizagem constante num curto período de tempo.

Relativamente ao trabalho desenvolvido no serviço de neonatologia, este mostrou-se bastante interessante e fundamental, na minimização do stress, medo e angústia vivenciada pelos pais/ familiares do bebé prematuro. Aquando da notícia da chegada de um novo membro na família, todos os intervenientes idealizam como será esse novo ser, desejando que venha com saúde e que tudo corra bem. Contudo, a vinda prematura de um bebé, que na maioria das vezes não é o idealizado, quebra com todas as ideias preconcebidas, exigindo aos pais um esforço acrescido, não só pelas mudanças que ocorrerão no imediato a nível pessoal, familiar e social, mas também porque se veem obrigados a num curto espaço de tempo realizarem o luto do bebé perfeito por todos sonhado e adquirirem forças para em conjunto com o filho combaterem e ultrapassarem da melhor forma possível os obstáculos que terão de enfrentar. Por desconhecer por completo o trabalho realizado, não tinha perceção da importância de pequenos gestos e atitudes que são realizadas nestes serviços e de pequenas observações que são realizadas constantemente ao longo dos turnos (como a observação do volume e coloração da região abdominal, por exemplo).

Mas de tudo o que foi vivenciado e experienciado ao longo das quatro semanas o que mais me marcou é o amor e dedicação que existe nos enfermeiros que trabalham num serviço tão específico. Julgamos, por ignorância, que devido à complexidade das situações a parte prática seria o mais relevante mas não, a vinculação, a parentalidade, a relação, a confiança entre outras são as palavras que estão maioritariamente presentes e melhor definem a neonatologia. E bastaram dois turnos para que isso fosse perceptível, quando pude vivenciar o momento em que uma mãe pegou pela primeira vez ao colo o filho após quase mês e meio do seu nascimento (não tinha sido possível mais cedo por razões e complicações médicas ao longo deste período) (Apêndice IX – Reflexão crítica). Por todo isto que me fez crescer muito como enfermeira e me

permitiu adquirir inúmeras competências enquanto especialista e mestre, mas sobretudo enquanto pessoa e profissional consideramos o estágio foi muito enriquecedor para nosso crescimento fazendo-nos apaixonar por uma área que não nos suscitava nenhum interesse.

No que respeita às atividades desenvolvidas, tal como mencionado no estágio anteriormente não elucidaremos, pelo que foram espelhadas apenas as que consideramos mais significativas para o desenvolvimento pessoal e profissional:

**A:** Tal como mencionado anteriormente todo o trabalho de pesquisa científica realizado pré e durante o estágio foi fundamental, pois sendo uma área não tão conhecida do ponto de vista prático, não sabia o que esperar e era importante ir preparada no que aos cuidados diz respeito. Ainda assim, pude verificar a dinâmica do serviço, refletindo forma constante sobre o que é o trabalho numa área tão específica como a neonatologia.

**B2 e B3:** Foi um momento de aprendizagem muito marcante, por nunca ter lidado com bebés pré-termo e grandes prematuros, o que foi numa fase inicial assustador por ter medo de fazer algo que não devia e que os magoasse ou prejudicasse. Sendo crianças tão pequenas foi bastante enriquecedor poder ver a sua evolução, pois embora quatro semanas seja pouco tempo de estágio para adquirir todas as aprendizagens e conhecimentos que gostaria, para quem nasce com 25 semanas de gestação, por exemplo, é muito tempo e muitas capacidades de desenvolvimento são adquiridas. É importante ainda referir que cada criança é uma criança e infelizmente nem sempre as coisas correm bem, tal como pude verificar. Por vezes está tudo a correr bem e algo ocorre que atrasa ou retrocede todo o processo, daí ser importante o apoio e a relação de empatia e confiança que toda a equipa tem com os pais, não lhes dando esperanças que tudo vai correr bem, mas também não lhes tirando os sonhos e desejos. Tem de ser uma relação baseada na verdade, como deve de ser sempre, mas que aqui adquire um significado mais relevante.

**B4:** Tal como no estágio anterior, as reuniões com Enfermeira orientadora e restante equipa foram outro dos elementos fundamentais na aquisição de competências, pois possibilitam a troca de experiências e interajuda na análise de determinadas situações, fazendo todos crescer enquanto profissionais e melhorar a prestação de cuidado. Permite que cada um expresse os seus sentimentos, dúvidas, receios, lacunas, tornando os cuidados mais personalizados.

**C2, C3, C7, C8, C8:** Relativamente às alíneas mencionadas, todas elas se relacionam com o meu projeto final cujo tema é o Brincar. Tendo em conta a população neonatal e duas das finalidades do brincar que se prendem com a promoção de conforto e a comunicação, e olhando para as necessidades do serviço em causa, foi realizada uma observação e uma conversa sobre as necessidades do serviço com a enfermeira chefe e orientadora do local de estágio tendo dessa observação e conversa sugerido o tema da Dor em Neonatologia - diagnóstico de situação.

Embora tenha observado que existe uma grande preocupação em proporcionar conforto ao Neonato, pude verificar que a escala da dor que estava a ser utilizada não era a mais apropriada, uma vez que a NIPPS (escala usada) não se encontra adequada a prematuros com idade gestacional inferior a 33,5 semanas nem a doentes ventilados, duas realidades existentes no serviço, sobretudo na unidade de cuidados intensivos neonatais. Foi ainda verificado que embora em todos os turnos se realize a avaliação da dor nos RN, na maioria das vezes esta é considerada 0, embora depois estejam descritas em notas que esteve agitado com dor por período. Mesmo quando se refere que tem dor e se age em conformidade com medidas não farmacológicas ou farmacológicas, a verificação da eficácia e a reavaliação da mesma não é efetuada.

No que estima à utilização das medidas farmacológicas, algumas como a sucção não nutritiva e a contenção são quase sempre realizadas, porém as outras medidas são muitas vezes esquecidas, pelo que foi essencial lembrar e sensibilizar os enfermeiros desta unidade a utilizarem-nas, nunca esquecendo que a dor é um indicador de qualidade e um dos sinais vitais, muito importante de ser avaliado de forma a prevenir as consequências que podem advir a curto, médio e longo prazo se a mesma não for tratada.

Foi com estes objetivos que foi planeada e realizada a Sessão de Educação para adultos e os protótipos das normas sobre o tema, permitindo um momento de reflexão e de troca de ideias, sensibilizando e lembrando a equipa sobre o tema em causa, com vista à melhoria dos cuidados. Após o planeamento, a execução da mesma decorreu de forma muito positiva, uma vez que trouxe conhecimentos novos, e permitiu discutir sobre um tema que embora muito falado, ainda é muito negligenciado não tanto na sua avaliação e intervenção, mas sobretudo no registo que espelha o trabalho pelos enfermeiros desenvolvido. Foi ainda importante para dar a conhecer uma escala, por muitos desconhecida, que estará mais adequada e adaptada aos cuidados prestados, deixando em aberto uma possível alteração da escala utilizada no serviço.

Mais uma vez ao longo de todo o processo foram sido realizados momentos de avaliação, contudo após a realização da sessão foi realizado um pequeno momento de “discussão” e troca de ideias sobre o tema, tendo sido novamente distribuída uma grelha para avaliar a sessão e a pertinência do tema, novamente com excelentes resultados. Todo o trabalho desenvolvido de revisão da literatura assim como a sessão e a avaliação da mesma podem ser analisados no Portfólio de Estágio (Apêndice X). No portfólio anteriormente mencionado estão ainda os protótipos de novas normas, contudo ainda tem de ser realizado um longo trabalho no serviço antes de ser possível implementar as mesmas. O portfólio mencionado foi facultado à EEESIP e orientadora de estágio, para que fosse dada continuidade ao trabalho iniciado tendo em conta o circuito existente relativo à comunicação e imagem da instituição, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados na promoção do conforto à criança e jovem.

### **4.3. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIPED)**

Compreender as famílias das crianças e jovens em situação crítica ou de especial complexidade é essencial para que se possam desenvolver intervenções de enfermagem adequadas, que visem a diminuição do stress (Aldridge, 2005) nestes contextos como o caso das unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIPed). O sofrimento vivenciado pela conjugação dos vários *stressores* da hospitalização, como a separação dos pais, a perda de controlo, o medo das lesões corporais e a dor (Mulrooney, 2010), deve ser tido em conta na minimização ou eliminação do sofrimento da criança e família durante todo o processo (Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo Foster, Young, Mitchell, Van, & Curtis (2017), no momento da admissão hospitalar, as necessidades e a perceção dos familiares da criança em situação crítica são por vezes “esquecidos” em detrimento da situação clínica da mesma (Foster, Young, Mitchell, Van, & Curtis, 2017). De acordo com Sanders (2014), também o ambiente acolhedor nestes serviços de maior complexidade é por vezes negligenciado, todavia outras medidas são disponibilizadas facilitando a comunicação, a relação e o desenvolvimento de sentimentos agradáveis (Sanders, 2014). O apoio, o conforto, a proximidade, a relação com as equipas, a comunicação/informação e a participação nos cuidados são das intervenções consideradas pelas famílias como as mais relevantes (Andrade, *et al.*, 2015; Butler, Copnell, & Willetts, 2013; Hsiao, *et al.*, 2017; Romero & Colmenares, 2015).



A escolha da realização de estágio na UCIPed do hospital onde realizei, surgiu por esta ser uma unidade de referência não só no tratamento de doente politraumatizado, mas também no tratamento/realização de outras técnicas, como o *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation (ECMO)*, na zona da grande Lisboa. Trata-se de um serviço completamente díspar daquele no qual me encontro, onde a complexidade de cuidados e técnicas contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos e competências numa área que para mim era desconhecida.

Considerarei por isso de extrema importância a realização deste estágio com o intuito de compreender o circuito e os tratamentos realizados ao doente crítico/instável, adquirindo conhecimentos técnicos e sociais, no que concerne ao apoio e ajuda que é prestada aos pais de uma criança internada num serviço com esta complexidade e especificidade, desenvolvendo igualmente competências no que à parceria de cuidados diz respeito.

O segundo serviço onde estagiei nesta segunda etapa do mestrado ocorreu assim entre 15 de outubro de 2018 a 9 de novembro de 2018, num total de 4 semana (85 h) no serviço supracitado.

#### **4.3.1. Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos**

O Departamento de Pediatria do hospital onde realizei este estágio, está integrado num Centro Hospitalar, e que desenvolve a sua estratégia e compromisso na melhoria da saúde dos doentes, através da sua capacidade de prestar cuidados assistenciais, de educação e de investigação. Os cuidados prestados em parceria com as famílias através do envolvimento de todos na prestação de cuidados e o respeito pela carta da criança Hospitalizada, são os pilares do trabalho desenvolvido neste departamento, cuja missão é a de liderar de forma inovadora, melhorando sempre os cuidados prestados através de atividades assistenciais, formativas e de investigação, com cuidados complexos e especializados, tecnologia sofisticada, maximizando as competências e os estímulos para os profissionais.

O departamento de Pediatria do hospital em causa, está organizado em unidades funcionais e técnicas cujo objetivo é proporcionar uma assistência diferenciada a crianças e jovens até

aos dezoito anos menos um dia, ou no caso dos doentes crónicos, sempre que clinicamente se justifique que mantenham o acompanhamento no serviço após perfazerem a idade limite.

No que respeita à UCIPED esta é dotada de recursos físicos e humanos que asseguram a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados em utentes de risco e/ou possível falência das funções vitais, médicos e cirúrgicos em idade pediátrica que sejam admitidos por via interna e/ou externa. Trata-se de uma unidade de referência em neuro-trauma grave, sendo também uma unidade plurivalente e multidisciplinar, que dispõe de recursos e técnicas avançadas de suporte ventilatório, hemodinâmico e cardíaco, com a finalidade de minimizar os efeitos secundários da doença e/ou tratamento, promovendo a plena recuperação no domínio físico, psicológico, espiritual, social e funcional.

A unidade é constituída por duas salas de cuidados intensivos num total de oito camas (6+2), estando de momento duas unidades fechadas por falta de enfermeiros que permitam assegurar a continuidade dos cuidados com as oito camas em funcionamento. É importante referir que uma destas seis unidades em funcionamento uma é um quarto de isolamento. Além das unidades o serviço dispõe ainda de uma sala de trabalho, uma copa, uma sala para os médicos, um gabinete para o médico coordenador do serviço e outro para a enfermeira responsável, havendo ainda outras salas logísticas. Este serviço recebe doentes oriundos do espaço intra, inter e extra-hospitalar, que apresentam as mais diversificadas patologias/situações como por exemplo: pós-cirurgias, politraumatizados, transplantes renais, bronquiolites ou pneumonias mais graves, hemorragias cranianas, Diabetes Mellitus I descompensadas, desidratações graves, sepsis, ECMO entre outros.

Durante o período de permanência das crianças / jovens, os pais podem ambos permanecer durante o dia, sendo apenas permitida a presença de um durante o período noturno. Todavia cada caso pode ser analisado em harmonia com os profissionais do serviço, sendo que em situações de risco de vida ou doenças graves a presença de ambos pode ser permitida mesmo durante o período noturno. Para conforto dos pais durante o período de permanência dos filhos na UCIPed, estes têm ao seu dispor uma casa de banho com duche integrado e uma sala para repousarem e poderem ingerir algum tipo de snack que precisem, dispendo de micro-ondas, máquina de café e chá. As crianças podem ainda em caso de ausência dos pais ser acompanhadas por outras pessoas.

A equipa do serviço é formada por uma assistente técnica, cinco assistentes operacionais, 6 elementos médicos da equipa fixa e por dezanove enfermeiros, sendo um especialista em enfermagem de reabilitação que assegura a prestação de cuidados de cinesiterapia respiratória e cinco especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. É ainda de referir que um dos enfermeiros é responsável pela coordenação da equipa de transportes intra-hospitalares pediátricos, e um tem funções no âmbito da formação em serviço. São distribuídos por turnos rotativos, excetuando a equipa fixa das manhãs. A distribuição é realizada do seguinte modo: quatro enfermeiros de manhã, quatro enfermeiros de tarde e três enfermeiros de noite (habitualmente seriam quatro, mas por falta de elementos de momento apenas ficam três enfermeiros). O serviço tem ainda o apoio técnico de fisioterapia, psicologia, assistente social, dietética, terapia da fala e assistência religiosa/espiritual. Mensalmente é realizada uma reunião com todos os elementos da equipa multidisciplinar para analisarem e discutirem os diversos incidentes críticos, delineando estratégias para que não tornem a ocorrer ou diminua a sua incidência.

No respeitante à metodologia de trabalho da equipa de enfermagem, o método utilizado é o individual, em que cada profissional se responsabiliza pela globalidade dos cuidados prestados a cada criança, promovendo a humanização dos cuidados e atitudes. Por norma o rácio de enfermeiro para doente é de 1:2, sendo que em casos particulares como o ECMO, o enfermeiro responsável pela criança que está a ser submetida ao procedimento apenas fica responsável por essa criança devido às particularidades e vigilância restrita e apertada a que tal procedimento obriga. A preparação para a alta é realizada desde que a criança é admitida, articulando-se desde cedo o posterior seguimento com o centro de saúde, com outro hospital e/ou instituições de saúde para onde irá ou será acompanhada, com o objetivo de assegurar a continuidade de cuidados.

Para que seja possível a articulação entre os vários hospitais da região sul do país, foi criado um subsistema específico para o transporte inter-hospitalar do neonato, criança e/ou adolescente gravemente doentes, atualmente designado por TIP - Transporte Inter-hospitalar Pediátrico. O TIP é coordenado pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, sendo a equipa constituída por médico, enfermeiro e técnico de emergência pré-hospitalar, que garantem o transporte e a estabilidade do doente crítico, de idade pediátrica, durante o transporte até à unidade recetora (Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão do Instituto Nacional de Emergência Médica (GPCG-INEM), 2015). Quinzenalmente o transporte inter-hospitalar Pediátrico da região sul do país, é assegurado pela equipa da UCIPed do hospital em questão, sendo

a outra quinzena assegurado por outro dos Centros Hospitalares a área de Lisboa (CHLC – M. Alfredo da Costa e H. Dona Estefânia), durante 24h por dia.

#### **4.3.2. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas:**

Como objetivos específicos do contexto de cuidados intensivos pediátricos defini:

- a) Desenvolver competências específicas de EEESIP no âmbito da maximização da saúde no cuidado à criança, jovem e sua família;*
- b) Desenvolver competências e intervenções tendo em conta o desenvolvimento da criança/ jovem e família em situação doença de especial complexidade;*
- c) Sensibilizar os enfermeiros da UCIPed, para a importância do Brincar durante o internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, com vista à promoção do bem-estar das crianças internadas.*

No que diz respeito às atividades realizadas no contexto de Cuidados Intensivos Pediátricos estas encontram-se explanadas no quadro seguinte (Quadro 3):

<b>Objetivo Gerais:</b>			
<p>- Desenvolver competências específicas de EEESIP no âmbito da maximização da saúde no cuidado à criança, jovem e sua família;</p> <p>- Desenvolver competências e intervenções tendo em conta o desenvolvimento da criança/ jovem e família em situação de doença de especial complexidade;</p> <p>- Sensibilizar os enfermeiros da UCIPed, para a importância do Brincar durante o internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, com vista à promoção do bem-estar das crianças internadas.</p>			
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Recursos utilizados</b>	<b>Indicadores de Avaliação</b>
<b>A. Conhecer o funcionamento e a estrutura de uma unidade de cuidados intensivos pediátricos</b>	<p><b>A1)</b> Pesquisa bibliografia científica relativas ao funcionamento de uma UCIPed;</p> <p><b>A2)</b> Aprender sobre a metodologia de trabalho e de gestão desenvolvidos numa UCIPed;</p> <p><b>A3)</b> Conhecer a parceria de cuidados existente entre a UCIPed, a comunidade, e os diversos serviços intra e extra-hospitalares para onde são encaminhadas as crianças/jovens após a alta.</p>	<p>- Bases de dados científicas;</p> <p>- Bibliografia;</p> <p>- Sites (diversos);</p> <p>- Enf<sup>o</sup> orientador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra conhecimentos sobre a evolução, a constituição e o funcionamento da UCIPed;</li> <li>• Demonstra conhecer o trabalho desenvolvido na UCIPed e de que forma os cuidados são articulados com as outras unidades;</li> <li>• Demonstra conhecer de que forma é gerida e organizado o trabalho numa UCIPed.</li> </ul>
<b>B. Promover práticas de cuidados de enfermagem adequadas às necessidades da família, criança e jovem, tendo em conta a sua situação clínica</b>	<p><b>B1)</b> Pesquisa e leitura bibliografia sobre o desenvolvimento infantil no que concerne aos benefícios do brincar no internamento;</p> <p><b>B2)</b> Observação e intervenção de forma participante nos cuidados de enfermagem em doentes em situação crítica ou de elevada complexidade, visando a excelência dos cuidados;</p> <p><b>B3)</b> Identificação de estratégias de brincar passíveis de serem utilizadas na minimização do sofrimento, medo e ansiedade decorrentes do internamento;</p>	<p>- Bases de dados científicas;</p> <p>- Bibliografia;</p> <p>- Sites (diversos);</p> <p>- Enf<sup>o</sup> orientador de estágio;</p> <p>- Equipa de Enf.<sup>gem</sup> da UCIPed;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil e os benefícios do brincar durante o internamento;</li> <li>• Demonstra saber como direcionar a prestação de cuidados, identificando possíveis problemas, antecipando-os através de estratégias associadas à criança/ jovem e família de acordo com o grau de desenvolvimento da criança;</li> <li>• Personaliza os cuidados tendo em conta a criança e a família, maximizando a sua saúde e potencialidades;</li> </ul>

	<p><b>B5)</b> Realização de reuniões informais com o enfermeiro orientador para discussão, reflexão e trocas de ideias e opiniões sobre as famílias e a melhor forma de intervir em determinadas situações;</p> <p><b>B6)</b> Participação na reunião mensal da equipa onde se analisam e discutem os diversos incidentes da equipa multidisciplinar com o intuito de melhorar os cuidados e diminuir possíveis incidentes;</p> <p><b>B8)</b> Realização de um folheto informativo com as indicações sobre o tipo de brinquedos que os pais podem trazer para a unidade (de acordo com as diretrizes do serviço) e as atividades que podem ser desenvolvidas como forma de distração/ diminuição stress;</p> <p><b>B9)</b> Realização de um dossier de atividades e desenhos educativas que promovam o desenvolvimento, a distração e diminuam o stress da criança/jovem durante o internamento.</p>	<p>- Docente Orientador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra interesse na melhoria dos cuidados e na aquisição de novos conhecimentos;</li> <li>• Reflete sobre as práticas e as atividades observadas e realizadas;</li> <li>• Negoceia a participação da criança, jovem e família em todo o processo de cuidar, nomeadamente em situações de stresse ou ansiedade;</li> <li>• Observa e avalia a pertinência das atividades desenvolvidas com a finalidade da promoção do bem-estar e diminuição de fatores de stress, proporcionando um espaço mais personalizado à criança (dentro das possibilidades do serviço).</li> </ul>
<p><b>C.</b> <i>Desenvolver técnicas adequadas de comunicação/ conforto/distração com a criança/jovem e família aquando dos procedimentos dolorosos e/ou invasivos</i></p>	<p><b>C1)</b> Revisão da literatura sobre a temática do Brincar em Enfermagem nas várias vertentes (desenvolvimento, distração, estratégia não farmacológica, conforto e comunicação);</p> <p><b>C2)</b> Pesquisa bibliográfica do brincar enquanto estratégia não farmacológica de comunicação, conforto e distração de acordo com o estadio de desenvolvimento da criança e jovem e a sua situação clínica;</p> <p><b>C3)</b> Identificação das estratégias de comunicação, conforto e distração através do uso do brinquedo utilizadas</p>	<p>- Bases de dados científicas;</p> <p>- Bibliografia;</p> <p>- Sites (diversos);</p> <p>- Enf<sup>o</sup> Orientador de estágio;</p> <p>- Equipa de Enf.<sup>gem</sup> UCIPed;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil;</li> <li>• Personaliza os cuidados tendo em conta a criança e a família, maximizando a sua saúde e potencialidades;</li> <li>• Demonstra interesse na melhoria dos cuidados e na aquisição de novos conhecimentos;</li> <li>• Reflete sobre as práticas e as atividades observadas e realizadas;</li> </ul>

	<p>pelos enfermeiros (generalistas, especialistas e mestres) com a criança e jovem nos diferentes estádios de desenvolvimento;</p> <p><b>C4)</b> Sensibilização da equipa de Enfermagem para os inúmeros benefícios do brincar durante o internamento, mesmo em doentes em situações de especial complexidade;</p> <p><b>C5)</b> Prestação de cuidados de saúde personalizados tendo em conta a criança/família na sua globalidade;</p> <p><b>C6)</b> Estabelecimento de relação de confiança com a criança/jovem e família através do uso do brincar;</p> <p><b>C7)</b> Mobilização de estratégias distrativas e sugestivas, adequadas à faixa etária, durante as intervenções e prestações de cuidados.</p>	<p>- Docente Orientador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negoceia a participação da criança, jovem e família em todo o processo de cuidar, nomeadamente em situações de stress ou ansiedade para todos;</li> <li>• Relaciona-se com a criança, jovem, e família, através do brincar como instrumento terapêutico;</li> <li>• Adequa a comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem;</li> <li>• Estabelece parcerias com a criança, jovem e família;</li> <li>• Utiliza o brincar, mas diversas vertentes, tendo em conta a situação clínica da criança e jovem, adequando as estratégias a cada situação e procedimento.</li> </ul>
--	---	------------------------------	---

Quadro 3. Síntese das atividades desenvolvidas para dar resposta aos objetivos no contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.

### 4.3.3. Reflexão de aprendizagens

Findado o estágio na UCIPed, analiso esta experiência como bastante produtiva e enriquecedora uma vez que me permitiu adquirir e consomar as aprendizagens adquiridas ao longo deste mestrado, adquirindo competências enquanto enfermeira especialista e mestra, tendo em conta que se trata de um serviço de complexa especificidade, e onde eu desconhecia na prática o trabalho realizado, não possuindo por este motivo competências neste âmbito.

Sendo um serviço completamente novo e com muitas particularidades foi mais uma vez um “desafio” em quatro semanas conseguir apreender e adquirir o máximo de conhecimentos, tendo em conta as inúmeras técnicas e procedimentos com os quais nunca tinha trabalhado, num serviço que abrange todas as crianças e jovens em idade pediátrica, ou seja, até aos dezoito anos menos um dia.

Relativamente ao trabalho desenvolvido na unidade de cuidados intensivos achei bastante aliciante e fulcral tendo em conta a situação crítica das crianças associada ao medo, angústia e stress vivenciados pelos pais/familiares. De uma forma geral, esta experiência permitiu-me mobilizar recursos na prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situações de especial complexidade, aliando a variada e elevada tecnologia utilizada no serviço, à humanização de cuidados realizada aquando e durante os procedimentos. Por este motivo, num serviço altamente assustador e stressante, onde existe uma vasta diversidade de sentimentos e emoções, são várias as intervenções da equipe de enfermagem no sentido de recuperar o nível físico, psicológico, emocional e social da criança (Harrison M. , 2010).

É com esta finalidade que entra o brincar enquanto promotor de conforto, de forma personalizada e individualizada às necessidades de cada criança e família, humanizando os cuidados num ambiente em que se prioriza correntemente as intervenções técnicas, por força da necessidade imediata, por vezes, de intervenção (Harrison M. , 2010).

No que respeita às atividades desenvolvidas, mais uma vez irei apenas explicar as que considere mais consideráveis para o percurso na aquisição de novas competências que me permitam desenvolver do ponto de vista pessoal e profissional:



Durante estas quatro semanas pude conhecer o funcionamento desta unidade e compreender todo o trabalho que aqui é desenvolvido. Por ser uma unidade tão específica, com patologias tão variadas e situações de gravidade diversificadas, em que o tempo de internamento por vezes é incerto e o número de camas limitado, torna-se fundamental uma gestão inteligente e muito rigorosa, não só das questões logísticas, mas também dos elementos do serviço, uma vez que devido à falta de enfermeiros, muitas vezes tem de se avaliar as patologias/situações de saúde vs número de elementos (é importante reforçar que certos doentes, devido à sua situação ou tratamento, necessitam de um enfermeiro em exclusivo para si, para poderem ter uma vigilância mais apertada da sua situação clínica).

Do mesmo modo, é importante que os serviços/hospitais para onde as crianças são transferidas, compreendam a importância de receberem estes doentes assim que estejam em condições de serem transferidos, pois a vaga pode ser necessária para uma situação emergente.

**B2 e B5:** Por se tratar de um serviço muito técnico, foi muito importante passar por esta experiência, não só por todas as técnicas mais específicas e complexas que pude apreender, mas sobretudo por poder compreender de que forma essas mesmas técnicas podem ser aliadas à humanização dos cuidados, mesmo quando se trata de uma situação de fim-de-vida. Foi muito importante compreender o trabalho que é desenvolvido neste serviço, no sentido de manter a integridade da criança e jovem enquanto ser humano, em situações de elevada complexidade, onde o ser humano é exposto, tornando-se vulnerável. Foi neste sentido, que também foram importantes algumas trocas de ideias e experiências realizadas com o enfermeiro orientador do local de estágio, no sentido de compreender e apreender como agir ou interagir em determinada situação, respeitando sempre a criança, jovem e família (embora já o fizesse é sempre importante observar e ter outras opiniões e sugestões).

**B6:** Considero relevante mencionar este ponto que me pareceu fundamental existir num serviço como estes, mas também em todos os outros, sendo uma ideia que levarei comigo para o meu local de trabalho com o intuito da melhoria dos cuidados.

Trata-se de uma reunião entre médicos e enfermeiros em que o intuito não é de castigar ou denegrir quem comete um erro, mas sim de refletir sobre determinadas situações levantadas naquele mês, consideradas potencialmente problemáticas, de forma a melhorar os cuidados.

**C1:** No que concerne a este ponto, para mim foi muito importante contribuir e prestar cuidados a crianças em situações de elevada complexidade, com técnicas com as quais nunca tinha lidado e pós-operatórios com os quais nunca tinha trabalhado. Sendo a cirurgia pediátrica uma área de grande interesse e desafio para mim, poder conhecer o trabalho pós-operatório realizado em cirurgia de elevada complexidade como transplantes renais e medulares ou drenagens ventriculares externas por exemplo, foi muito enriquecedor do ponto de vista pessoal e profissional.

Importa ainda ressaltar que durante a minha permanência na UCIPed, foi necessário lidar com uma situação de luto, que embora não tenha ocorrido durante o meu turno uma vez que as máquinas (encontrava-se em morte cerebral com suporte ventilatório após ter sofrido uma paragem cardiorrespiratória prolongada) não foram desligadas quando estava presente, foi uma criança com a qual já tinha convivido, uma vez que era seguida e ia várias vezes ao serviço no qual trabalho no momento, tendo sido transferida para a UCIPed devido à gravidade da sua situação clínica. O facto de ter convivido com esta criança saudável e em fim-de-vida, tornou claro que existem situações para as quais não estamos preparados e que terão de ser trabalhadas para uma melhor prestação de cuidados aos outros e proteção para nós mesmos.

**B8: e B9:** Por ser um serviço que abrange todas as idades, dentro da idade pediátrica, que recebe doentes com diversos estados de consciência, o brincar pode surgir aqui com várias finalidades, como forma de promover o conforto, a distração, a comunicação e o bem-estar. Por este motivo, o projeto que desenvolvi e que pretende ser transversal a todo este relatório, proporcionou-se após conversar com o enfermeiro orientador do local de estágio, tendo sido levantado o diagnóstico da situação e os objetivos relativamente ao que seria mais pertinente para a UCIPed (Guia orientador das atividades de estágio – Apêndice XI). Em conjunto considerámos pertinente a realização de um folheto que seria entregue aos pais, e outro que seria colocado nas mesas da UCIPed, com o intuito de lhes dar a conhecer dentro das limitações do serviço e de acordo com a autorização da chefia do mesmo, quais os objetos de distração (música, desenhos, peluches) que podem trazer de forma a tornar a cama/unidade do seu filho e o ambiente hospitalar mais acolhedor e menos stressante e assustador para o mesmo (Apêndice XII e Apêndice XIII). Criei ainda um dossier com desenhos para pintar e outras atividades (Apêndice XIV) que pode contribuir para o bem-estar da criança e jovem durante o internamento na UCIPed,

assim que a sua condição de saúde o permita. Todos estes projetos foram planeados e executados, tal como mencionado em colaboração e tendo em conta a imagem, limitações e especificidades do serviço.

Considero que este trabalho foi pertinente uma vez que não existia nada semelhante no serviço, o que permitiu contribuir de forma positiva na melhoria dos cuidados prestados. Por se tratar de um serviço tão técnico onde as melhores tecnologias são colocadas em prática diariamente, nem sempre é possível “brincar” com as crianças que se encontram internadas. Embora os enfermeiros tenham em atenção a humanização dos cuidados, nem sempre é possível colocar em prática várias estratégias que permitam minimizar o impacto da hospitalização na criança, quer por falta de tempo quer pela gravidade das situações. Deste modo, considero que ter um dossier já preparado com atividade com as quais se podem entreter, assim como existir um folheto/documento ilustrativo sobre de que forma os pais/profissionais podem minimizar o impacto que a hospitalização tem nas crianças e famílias, criando ao mesmo tempo uma relação de maior proximidade entre todos é imprescindível e vantajoso, sendo desta forma o trabalho por mim realizado uma mais valia para o serviço. Por ser um estágio muito curto não foi possível avaliar os resultados do trabalho iniciado, tendo sido os mesmos apenas apresentados à equipa.

Ainda assim penso que o estágio realizado na UCIPed foi extremamente enriquecedor e uma mais valia na aquisição de várias competências enquanto enfermeira especialista e enquanto ser humano, por todas as experiências que vivi, todas as técnicas que apreendi e todas os seres humanos, pais, crianças, profissionais de saúde com os quais convivi e que me ensinaram e ajudaram a ser melhor em situações de especial complexidade.

#### **4.4. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA**

O processo de hospitalização acarreta, na maioria das vezes, consequências negativas para a criança/jovem e sua família, não só pela sua fragilidade, mas sobretudo por ser um ser em desenvolvimento, incapaz de colmatar as exigências e adversidades que lhe são intrínsecos, pois carecem de estratégias para tal. Perante uma situação de necessidade de hospitalização, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011) existem 3 fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de medo e ansiedade sendo eles: a separação do ambiente que conhece e das suas

atividades normais, a perda de controlo sobre o que a rodeia e a dor associada às intervenções cirúrgicas (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Com vista a minimizar o impacto do internamento na criança, ao longo dos últimos anos, tem-se denotado uma evolução no que concerne ao acompanhamento familiar/pessoa significativa durante o internamento hospitalar nos serviços de Pediatria. Atualmente e de acordo com o Decreto lei n.º 106/2009 de 14 de setembro, é permitida a permanência durante 24h por dia de um acompanhante por cada criança, permitindo minimizar os sentimentos de medo e ansiedade causados pela hospitalização (Direção-Geral de Saúde, 2009). No caso dos jovens com idade superior a 16 anos, segundo o mesmo Decreto lei, estes têm a possibilidade de selecionar essa pessoa, podendo prescindir da presença de qualquer acompanhante, caso seja essa a sua vontade (Direção-Geral de Saúde, 2009).

Outro dos aspetos considerados fundamentais é a existência de uma Relação Terapêutica entre o enfermeiro e a criança baseada na confiança e respeito mútuo, valorizando sempre o potencial da criança/jovem, enaltecendo e levando sempre em consideração as suas capacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Trata-se de uma relação profissional que obriga a um envolvimento e uma intencionalidade por parte do profissional (Leal, 2005). É através desta relação que é possível aumentar o bem-estar da mesma e a sua esperança nos cuidados, diminuindo a ansiedade e tornando-a ativa na prestação dos cuidados (Reed, 2008, cit. por Dusseldorp, Gossens, & Achterberg, 2011). Segundo Watson (2002), a relação de cuidar, proveniente da relação terapêutica, é criada pela “união com outra pessoa (...) assente na preocupação pela dignidade e preservação da humanidade” (Watson, 2002, p. 111).

É com base nestes pressupostos e na criação desta relação que surge o Brincar como promotor de conforto na redução da ansiedade e do medo na criança em situação de hospitalização, proporcionando e facilitando aos enfermeiros a criação da relação mencionada de acordo com o grupo etário ao qual estão a ser prestados cuidados, assim como a integração da família e ou principais cuidadores/pessoa significativa em todo o processo de cuidar durante a hospitalização. Sendo a comunicação, o principal instrumento terapêutico utilizado pelos enfermeiros, a utilização de estratégias adaptadas a cada criança e ao seu grupo etário é desta forma fundamental tanto do ponto de vista afetivo como cognitivo (Hockenberry & Wilson, 2014).

Dito isto, e se pensarmos num serviço de internamento de Pediatria, são inúmeras as estratégias de Brincar para comunicar, que podem ser utilizadas num curto espaço de tempo dependendo da criança/jovem que se encontra à nossa frente no momento. Ainda assim há aspetos que se destacam nas diferentes fases do desenvolvimento. Para os lactentes, a presença dos pais/pessoa significativa é fundamental, não só por ser a pessoa que melhor conhece a criança, mas sobretudo por ser aquela em quem ele mais confia e com quem comunica, ainda que de forma não verbal. Já para os *toddlers* e numa fase em que o desenvolvimento da linguagem é tão marcante, a comunicação verbal apresenta uma expressão muito acentuada, não só por começarem a desenvolvê-la e a defini-la, mas sobretudo por ser nesta fase que começam a testar os limites e a definir os seus temperamentos, reconhecidos sobretudo pelos que lhes são próximos. É com os pré-escolares que a relação de confiança começa a ser mais notória, pois estes já apreciam explicações simples, recursos a técnicas sensitivas, comportamentais e distrativas para uma melhor e maior adesão ao tratamento. Para os escolares, as explicações e o consequente entendimento do procedimento realizado é algo fundamental, sendo importante para eles o envolvimento das pessoas que lhes são próximas. Devido à sua inquietação constante com a integridade corporal estes são muito sensíveis aos procedimentos que lhes transmitam dor. Por último, os adolescentes são caracterizados pelas mudanças de comportamento contantes entre as perspetivas dos adultos e das crianças, sendo o humor uma boa estratégia de comunicação com os mesmos. Nestas idades, eles gostam de se sentir intervenientes no seu processo de cuidar, emitindo as suas opiniões sempre que possível, sendo essencial atender aos sentimentos, preocupações e dúvidas, assegurando o sigilo.

Tendo em conta o supracitado, torna-se evidente a complexidade do processo de cuidar que se encontra presente num serviço de internamento de pediatria, devido à presença de todas as etapas de desenvolvimento num único serviço, o que dificulta por si só a criação de uma relação terapêutica assim como a correta utilização do brincar. Por este motivo, considerei pertinente culminar o meu percurso de aprendizagem no serviço em causa, pois permite aplicar vários conhecimentos e experiências já realizadas em contexto pediátrico.

O terceiro serviço onde estagiei nesta segunda etapa do mestrado ocorreu assim entre 11 de novembro de 2018 e 18 janeiro de 2019, num total de 8 semanas (171.5 h) no serviço supracitado e 6h de observação no CDC.

#### **4.4.1. Caracterização do serviço de internamento de Pediatria**

O Hospital onde realizei este último estágio é considerado um hospital de referência da sua área de abrangência, prestando cuidados de saúde diferenciados à população dos concelhos compreendidos. A sua missão prende-se com o desenvolvimento de atividades de investigação e formação de profissionais de saúde que possibilitem a melhoria contínua da qualidade, que permitam responder com eficiência às expectativas de acessibilidade dos cidadãos, e que levem ao reconhecimento externo, através da acreditação. O objetivo da Política da Qualidade é proporcionar a melhoria dos cuidados de saúde, visando a satisfação dos utentes, motivo que levou em 2011 o hospital em causa, a ser acreditado por um dos organismos internacionais de maior prestígio na área da Qualidade em Saúde, o *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS).

No que diz respeito à pediatria, este trata-se de um serviço geral, inaugurado em 1991, direcionado para a prestação de cuidados à população em idade pediátrica com a finalidade de ser um serviço de referência no tratamento e cuidados às crianças da sua área de influência, ou de outras regiões que necessitem de cuidados diferenciados que possam por nós ser prestados, com base nos cuidados humanizados.

Na filosofia da Pediatria, destaca-se a visão das crianças e jovens como seres singulares; o reconhecimento da importância do trabalho em equipa dentro e fora do Hospital; e a humanização de cuidados, sendo o internamento uma medida de último recurso e os cuidados em ambulatório uma prioridade, sendo estes alguns dos motivos que levaram à sua certificação desde 2005, como Hospital Amigo dos Bebés, em conjunto com o serviço de Obstetrícia.

A Pediatria está assim organizada em Unidades Funcionais Integradas, que assegura o cumprimento da sua missão: Urgência Pediátrica, Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) e Consulta Externa de Pediatria – Piso 1; Internamento de Pediatria Médica, Cirurgia Pediátrica e Hospital de dia; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, Puerpério, Assistência à Sala de Partos – Piso 1 e piso 5; Unidade de Neuro Pediatria e Desenvolvimento/CDC – Piso térreo, edifício externo ao edifício principal e Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência – Espaço exterior ao Hospital, na Unidade de Saúde Pública na Cova da Piedade.

#### 4.4.2. Estrutura do Serviço

No que respeita ao serviço onde realizei a terceira etapa do estágio final – Serviço de Internamento de Pediatria, este tal como a UCINP integra o Departamento de Pediatria. O serviço de Pediatria Médica e Cirurgia Pediátrica do hospital em questão admite todas as crianças desde os 0 dias de vida até aos dezoito anos menos um dia, que por motivos médico-cirúrgicos e sociais necessitam de ficar internadas, recebendo doentes provenientes de outros hospitais, das urgências do hospital em questão, do puerpério, da unidade de cuidados intensivos/intermédios neonatais e pediátricos, de casa com internamentos eletivos para cirurgia e do hospital de dia, que por motivos médicos e/ou cirúrgicos, por agravamento ou não melhoria necessitam de ficar internados.

É constituído por quatro enfermarias com três unidades cada e quatro quartos individuais com casa de banho integrada em três deles. Assim sendo o serviço tem capacidade para dezasseis camas, estando no momento a funcionar apenas com quinze, com autorização da administração do hospital, uma vez que uma das crianças internadas encontra-se infetada com uma bactéria multirresistente e necessita de ficar numa enfermaria (perto da sala de enfermagem, pela necessidade inerente à sua situação clínica que obriga a uma vigilância mais “apertada”), obrigando ao fecho de uma cama por medidas preventivas de controlo de infeções. Além das dezasseis camas/berços, o serviço é ainda constituído pelo hospital de dia (com lotação total de quatro-cinco crianças), cujo funcionamento decorre das 8h às 20h todos os dias da semana, permitindo que algumas crianças permaneçam no domicílio deslocando-se apenas ao hospital para realizar os tratamentos necessários. Complementar a estas áreas de trabalho, o serviço é ainda constituído por uma sala de trabalho, uma de tratamentos, uma sala de brincar, uma sala dos pais, entre as outras salas logísticas necessárias ao funcionamento do serviço e/ou destinadas ao trabalho das várias equipas multidisciplinares.

A equipa do serviço de Internamento de Pediatria é constituída por dezoito enfermeiros, além da Enfermeira-Chefe, distribuídos da seguinte forma: dois enfermeiros coordenadores, três enfermeiros que assumem o Hospital de Dia, oito enfermeiros com funções de chefes de equipa e mais cinco enfermeiros. É importante referir que dos dezoito enfermeiros, doze são enfermeiros de cuidados gerais, três especialistas e três têm mestrado, estando no momento alguns elementos a fazer a especialização e/ou mestrado. A organização do trabalho da equipa de enfermagem é estabelecida pela chefia do serviço e/ou pelos enfermeiros chefes de

equipa/turno, sendo a carga horária maioritária dos enfermeiros de 35h semanais, em horários rotativos, salvo algumas exceções. No que diz respeito ao número de elementos por turno, este é muito variável, sendo que por norma, nos dias de semana, no turno da manhã, estão presentes três enfermeiros na enfermaria e um em Hospital de Dia, embora nos dias em que existem mais internamentos para cirurgias, é feita uma tentativa de colocar um 4º elemento na enfermaria, e nos dias em que existem muitas cirurgias de ambulatório, um 2º elemento no Hospital de Dia. No turno da tarde em dias de semana, o número de elementos presentes será sempre três, e no turno da noite dois elementos. Nos fins de semana o número de elementos nas manhãs é por norma de três elementos, ficando as tardes e as noites com apenas dois elementos escalados. Contudo, o número de elementos nos diversos turnos, tanto em dias de semana como aos fins de semana é sempre avaliado, tendo em conta as situações clínicas das crianças, o número de crianças e o trabalho existente.

Dentro da equipa existem ainda alguns enfermeiros com funções específicas sendo elas: enfermeiro responsável pela qualidade dos procedimentos efetuados, através da realização de auditorias internas, com a finalidade da melhoria e atualização dos cuidados; enfermeiro responsável pela formação, cuja função é organizar os estágios, os horários dos alunos, as necessidades de formação dentro do serviço, etc.; dois enfermeiros responsáveis pelo risco clínico, com o intuito de identificar possíveis riscos, com o intuito de prevenir os mesmos através da melhoria da prática e dois enfermeiros responsáveis pela área da infeção, cujo trabalho é realizado com o objetivo de melhorar o controlo de infeção, prevenir a infeção cruzada e o controlo infeccioso aquando dos procedimentos (ex.: correta higienização das mãos).

Além destes “projetos” o serviço de Pediatria Médica e Cirurgia Pediátrica tem ainda quatro projetos em curso: - Enfermeiro de referência (atribuído à família após a análise de um algoritmo); - Satisfação do Cliente (através da entrega de um questionário às famílias de preenchimento anónimo e voluntário – os resultados são analisados semestralmente); - Preparação Individualizada para a cirurgia pediátrica (todas as 4<sup>as</sup> feiras são realizadas consultas de anestesia e de enfermagem (de forma individualizada e adaptada à família desde março 2018) com a finalidade de esclarecer dúvidas e explicar todo o processo que será realizado; - Contato telefónico 48h-72h após as cirurgias de ambulatório com a finalidade de compreender como está a correr o pós-operatório da criança (realizado em todas as cirurgias menos as pediátricas por estas terem mais acompanhamento devido ao internamento e na impossibilidade de realizar a todos).



Relativamente às equipas multidisciplinares que dão apoio ao serviço esta é composta pela: equipa médica pediátrica que se encontra presente durante as manhãs, ficando o “médico de banco” presente no serviço de urgências, e a equipa médica do serviço de neonatologia de apoio às necessidades que possam ir surgindo; assistentes operacionais, duas no turno da manhã e uma nos respetivos dois turnos (tarde e noite); educadora e assistente educação, presentes de segunda a sexta das 9h às 17h30; voluntários e ainda o apoio da assistente social, terapeuta da fala, fisioterapia e pedopsiquiatra quando solicitados.

A metodologia de trabalho utilizada no serviço é o método individual, em que cada profissional se responsabiliza pela globalidade dos cuidados a prestar a cada recém-nascido, criança e/ou adolescente que lhe é distribuído no início de cada turno. Em alguma situação identificada no momento da admissão na unidade é ainda atribuído um enfermeiro de referência ao utente e família, tal como determinado pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015a) gestor de todo o processo de internamento e articulação com outros serviços de saúde (serviço social, centro de saúde, etc.). O horário de funcionamento da unidade é de 24 horas podendo os pais acompanhar a criança internada durante esse tempo, porém, devido às condições existentes no período noturno apenas um dos pais pode estar presente. Além dos pais, a criança pode ainda ter entre as 15h e as 18h a visita de duas pessoas por dia, perfazendo um total de quatro visitas por criança por dia. Todavia cada caso pode ser analisado em harmonia com os profissionais do serviço (Ordem dos enfermeiros, 2019).

#### **4.4.3. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas:**

Como objetivos específicos do contexto de internamento de pediatria defini:

- a) *Desenvolver competências específicas de EEESIP no âmbito da maximização da saúde no cuidado à criança, jovem e sua família;*
- b) *Desenvolver competências e intervenções tendo em conta o desenvolvimento da criança/jovem e família em situação de internamento;*
- c) *Promover a utilização do Brincar enquanto estratégia não farmacológica durante o internamento de pediatria, com vista à minimização do sofrimento da criança/jovem.*

No que diz respeito às atividades realizadas no contexto Internamento de Pediatria estas encontram-se explanadas no quadro seguinte (Quadro 4):

<b>Objetivo Gerais:</b>			
<p>- Desenvolver competências específicas de EEESIP no âmbito da maximização da saúde no cuidado à criança, jovem e sua família;</p> <p>- Desenvolver competências e intervenções tendo em conta o desenvolvimento da criança/ jovem e família em situação de internamento;</p> <p>- Promover a utilização do Brincar enquanto estratégia não farmacológica durante o internamento de pediatria, com vista à minimização do sofrimento da criança/jovem.</p>			
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades a desenvolver</b>	<b>Recursos utilizados</b>	<b>Indicadores de Avaliação</b>
<b>A. Conhecer o funcionamento e a estrutura de um serviço de internamento de pediatria</b>	<p><b>A1)</b> Pesquisa bibliografia científica relativas ao funcionamento do serviço de internamento de pediatria (SIP);</p> <p><b>A2)</b> Saber a metodologia de trabalho e de gestão desenvolvidos num internamento de pediatria;</p> <p><b>A3)</b> Conhecer a parceria de cuidados existente entre o SIP, a comunidade, os diversos serviços disponíveis e especialidades.</p>	<p>- Bases de dados científicas;</p> <p>- Bibliografia;</p> <p>- Sites (diversos);</p> <p>- Enf<sup>a</sup> Orientadora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra conhecimentos sobre a evolução, a constituição e o funcionamento dos SIP;</li> <li>• Demonstra conhecer o trabalho desenvolvido nos SIP e de que forma os cuidados são articulados com as outras unidades;</li> <li>• Demonstra conhecer de que forma é gerido e organizado o trabalho num SIP.</li> </ul>
<b>B. Promover práticas de cuidados de enfermagem adequadas às necessidades da família, da criança e do jovem, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento</b>	<p><b>B1)</b> Pesquisa e leitura bibliografia sobre o desenvolvimento infantil relativamente à sua promoção e avaliação;</p> <p><b>B2)</b> Observação e intervenção nos cuidados de enfermagem nos diferentes estadios de desenvolvimento, identificando estratégias passíveis de serem utilizadas na minimização do sofrimento, medo e ansiedade decorrentes do internamento (promover o conforto);</p> <p><b>B3)</b> Prestação de cuidados de saúde personalizados tendo em conta a criança/família na sua globalidade, visando a excelência dos cuidados;</p> <p><b>B5)</b> Realização de reuniões informais com o enfermeiro orientador para discussão, reflexão e trocas de ideias e</p>	<p>- Bases de dados científicas;</p> <p>- Bibliografia;</p> <p>- Sites (diversos);</p> <p>- Enf<sup>a</sup> Orientadora estágio;</p> <p>- Equipa de Enf.<sup>gem</sup>;</p> <p>- Docente Orientador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil;</li> <li>• Demonstra saber como direcionar a prestação de cuidados, identificando possíveis problemas, antecipando-os através de estratégias associadas à criança/ jovem e família de acordo com o grau de desenvolvimento da criança;</li> <li>• Personaliza os cuidados tendo em conta a criança e a família, maximizando a sua saúde e potencialidades;</li> <li>• Demonstra interesse na melhoria dos cuidados e na aquisição de novos conhecimentos;</li> </ul>

	opiniões sobre as famílias e a melhor forma de intervir em determinadas situações.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflete sobre as práticas e as atividades observadas e realizadas;</li> <li>• Negoceia a participação da criança, jovem e família em todo o processo de cuidar, nomeadamente em situações de stress ou ansiedade.</li> </ul>
<p><b>C. Desenvolver técnicas adequadas de Brincar enquanto estratégias não farmacológicas, promovendo o conforto da criança/jovem e família tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento, aquando dos procedimentos dolorosos</b></p>	<p><b>C1)</b> Revisão bibliográfica da literatura sobre a temática do Brincar em Enfermagem nas suas várias vertentes (desenvolvimento, distração/conforto e comunicação);</p> <p><b>C2)</b> Pesquisa bibliográfica sobre estratégias de comunicação/conforto eficazes de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e jovem;</p> <p><b>C3)</b> Utilização de um questionário sobre o “O Brincar enquanto estratégia não farmacológica” direcionado aos enfermeiros do SIP, com o intuito de levantar as necessidades existentes no serviço e sentidas pelos profissionais sobre o tema;</p> <p><b>C4)</b> Análise dos resultados obtidos nos questionários efetuados.</p> <p><b>C5)</b> Prestação de cuidados de saúde personalizados tendo em conta a criança/família na sua globalidade;</p> <p><b>C6)</b> Estabelecimento de relação de confiança com a criança/jovem e família através do uso do brincar;</p> <p><b>C7)</b> Mobilização de estratégias distrativas e sugestivas, adequadas à faixa etária, durante as intervenções e prestações de cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bases de dados científicas;</li> <li>- Bibliografia;</li> <li>- Sites (diversos);</li> <li>- Enf<sup>a</sup> Orientadora estágio;</li> <li>- Equipa de Enf.<sup>gem</sup>;</li> <li>- Docente Orientador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil;</li> <li>• Personaliza os cuidados tendo em conta a criança e a família, maximizando a sua saúde e potencialidades;</li> <li>• Demonstra interesse na melhoria dos cuidados e na aquisição de novos conhecimentos;</li> <li>• Reflete sobre as práticas e as atividades observadas e realizadas;</li> <li>• Negoceia a participação da criança, jovem e família em todo o processo de cuidar, nomeadamente em situações de stress ou ansiedade;</li> <li>• Relaciona-se com a criança, jovem e família, através do brincar como instrumento terapêutico;</li> <li>• Adequa a comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem;</li> <li>• Estabelece parcerias com a criança, jovem e família.</li> </ul>

<p><b>D.</b> Analisar as práticas de enfermagem tendo em conta a satisfação da criança e família</p>	<p><b>D1)</b> Revisão bibliográfica da literatura sobre a temática do Brincar em Enfermagem nas suas várias vertentes (desenvolvimento, distração/conforto e comunicação);</p> <p><b>D2)</b> Pesquisa bibliográfica sobre estratégias de comunicação/conforto eficazes em procedimentos dolorosos ou potenciadores de stress;</p> <p><b>D3)</b> Identificação das estratégias de comunicação/conforto através do uso do brinquedo terapêutico utilizadas pelos enfermeiros (generalistas, especialistas e mestre) com a criança/jovem nos diferentes estádios de desenvolvimento;</p> <p><b>D4)</b> Prestação de cuidados de saúde personalizados tendo em conta a criança/família na sua globalidade e dimensão emocional;</p> <p><b>D5)</b> Estabelecimento de relação de confiança com a criança/jovem e família através do uso do brincar;</p> <p><b>D6)</b> Realização de uma mnemónica de bolso, sobre as estratégias não farmacológicas e as escalas da dor adequadas a cada idade;</p> <p><b>D7)</b> Realização de um dossier com diferentes atividades de distração/entretenimento para as crianças, com a finalidade de diminuir o medo, dor, ansiedade intrínsecas aos procedimentos de enfermagem (Promoção de conforto);</p> <p><b>D8)</b> Apresentação de uma proposta de alteração dos registos de enfermagem tendo em conta os resultados obtidos nos questionários e na observação empírica;</p>	<p>- Bases de dados científicas;</p> <p>- Bibliografia;</p> <p>- Sites (diversos);</p> <p>- Enf<sup>a</sup> Orientadora estágio;</p> <p>- Equipa de Enf.<sup>gem</sup>;</p> <p>- Docente Orientador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra conhecimentos sobre a importância e as vantagens da utilização do Brincar;</li> <li>• Personaliza os cuidados tendo em conta a criança e a família, maximizando a sua saúde e potencialidades;</li> <li>• Demonstra interesse na melhoria dos cuidados e na aquisição de novos conhecimentos;</li> <li>• Reflete sobre as práticas e as atividades observadas e realizadas;</li> <li>• Negoceia a participação da criança, jovem e família em todo o processo de cuidar, nomeadamente em situações de stress ou ansiedade;</li> <li>• Relaciona-se com a criança, jovem e família, através do brincar como instrumento terapêutico;</li> <li>• Adequa e melhora as práticas, através de uma correta utilização das escalas da dor, utilização das estratégias não farmacológicas, avaliação e reavaliação constante de todas as intervenções.</li> </ul>
--	---	--	---

	<p><b>D9)</b> Realização de uma sessão de formação para adultos sobre as diferentes escalas da dor e as estratégias não farmacológicas enquanto formas de brincar, demonstrando os resultados obtidos nos questionários e na grelha de observação;</p> <p><b>D10)</b> Observação da consulta de preparação Pré-operatória, do funcionamento do Hospital de Dia e do funcionamento/trabalho desenvolvido pela equipa multidisciplinar do CDC.</p>		
<p><i>E. Sensibilizar a equipe de enfermagem para a importância da utilização do Brincar enquanto estratégia não farmacológica</i></p>	<p><b>E1)</b> Continuação da revisão bibliográfica da literatura sobre a temática do Brincar em Enfermagem nas suas várias vertentes;</p> <p><b>E2)</b> Verificação de possíveis necessidades de formação da equipe sobre a temática em causa;</p> <p><b>E3)</b> Dinamização de uma formação em serviço para explorar aspetos sobre o brincar e as medidas não farmacológicas;</p> <p><b>E4)</b> Apresentação de estratégias de brincar, com o intuito de minimizar o medo, ansiedade e dor durante o internamento num SIP.</p>	<p>- Bases de dados científicas;</p> <p>- Bibliografia;</p> <p>- Sites (diversos);</p> <p>- Enf<sup>a</sup> Orientadora estágio;</p> <p>- Equipa de Enf.<sup>gem</sup>;</p> <p>- Docente Orientador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstra conhecimentos sobre a importância e as vantagens da utilização do Brincar;</li> <li>• Personaliza os cuidados tendo em conta a criança e a família, maximizando a sua saúde e potencialidades;</li> <li>• Compreende a importância e pertinência do uso do brincar, durante o internamento num serviço de pediatria;</li> <li>• Sensibiliza a equipe para a relevância e as vantagens do uso do brincar num SIP;</li> <li>• Utiliza as estratégias de brincar durante a prestação de cuidados e a estadia da criança no SIP.</li> </ul>

Quadro 4. Síntese das atividades desenvolvidas para dar resposta aos objetivos no contexto do Internamento de Pediatria.

#### 4.4.4. Reflexão de aprendizagens

A hospitalização é um momento de grande stress para a criança/ jovem e respetivas famílias que pode levar a consequências negativas, uma vez que estas se vêm longe da sua rotina habitual, rodeadas por pessoas que lhe são estanhas. Devido à fragilidade e inocência própria da idade, estas são incapazes de desenvolver estratégias que as ajudem a colmatar as adversidades que lhes vão aparecendo, sobretudo aquando da hospitalização. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), existem três agentes responsáveis pelo sentimento de medo e ansiedade vivido pelas crianças: a separação do ambiente que conhece e das suas atividades normais; a perda de controlo sobre o que a rodeia; e a dor associada às intervenções cirúrgicas (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Nos últimos anos têm sido vários os progressos ao nível do internamento em Pediatria. A permissão da presença de um dos pais/pessoa referência durante 24h, com o intuito de diminuir o stress e ansiedade sentida pela criança e jovem foi um dos ponto-chave na melhoria da experiência da hospitalização. A presença de alguém que é importante para a criança, aliada ao brincar que é uma necessidade fundamental, que não acaba quando esta é internada, são dois dos fatores fundamentais não só na distração e integração da criança num meio que lhe é estranho, mas sobretudo na criação de uma relação terapêutica e de confiança. O brincar surge assim como forma de personalizar e individualizar as necessidades de cada criança e família, com o intuito de melhorar o bem-estar físico, psicológico, emocional e social da criança.

No que alude às atividades desenvolvidas cujo intuito visa a aquisição de novas competências que me permitam desenvolver do ponto de vista pessoal e profissional, mais uma vez irei apenas especificar as que considere mais relevantes para o percurso:

No que concerne aos objetivos **A**: *Conhecer o funcionamento e a estrutura de um serviço de internamento de pediatria* e **B**: *Promover práticas de cuidados de enfermagem adequadas às necessidades da família da criança e jovem, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento*: observo que estes foram de grande importância, permitindo-nos conhecer o circuito que as crianças realizam em todo o processo de internamento, compreendendo a continuidade de cuidados que é dada e de que forma funciona o serviço de internamento de pediatria do hospital em causa. Conhecer a metodologia e todo o trabalho de gestão e organização que é necessário

neste serviço, permitiu compreender a necessidade e a importância de apenas serem transferidas crianças estáveis para este serviço, onde a quantidade de trabalho é muito elevada e o rácio de enfermeiros nem sempre é o que seria desejado. Além disso é importante lembrar que no serviço em causa, além dos meninos com doenças crónicas e internamentos prolongados por motivos de saúde, são recebidas crianças vindas da urgência, da neonatologia, do puerpério por motivos sociais, mas também do Hospital de Dia (se por algum motivo precisa de ser internado) e para cirurgias eletivas.

Ainda assim, e apesar da carga elevada de trabalho a que se encontram sujeitas as equipas, foi importante verificar o trabalho realizado com as famílias no momento e após a alta, através do envio de cartas para os centros de saúde e/ou realização de telefonemas para saber o estado clínico e esclarecer eventuais dúvidas. Para além deste trabalho, há que ressaltar igualmente o trabalho realizado em comunhão com as restantes valências tais como a medicina física e de reabilitação, as nutricionistas e as enfermeiras das consultas no CDC, por exemplo, que realizarão o acompanhamento após a alta.

Além disto, foi ainda importante estar presente na prestação de cuidados e ensinamentos, para conhecer os ensinamentos que são realizados, de forma, a que cada vez mais se uniformizem os cuidados, não só dentro de cada serviço, mas também dentro dos vários serviços do hospital, e entre as várias instituições de saúde.

Relativamente ao ponto **C**: *Desenvolver técnicas adequadas de Brincar enquanto estratégia não farmacológica, promovendo o conforto da criança/jovem e família tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento, aquando dos procedimentos dolorosos*, ao ponto **D**: *Analisar as práticas de enfermagem tendo em conta a satisfação da criança e família* e ao ponto **E**: *Sensibilizar a equipe de enfermagem para a importância da utilização do Brincar enquanto estratégia não farmacológica*: considero que estes foram importantes, uma vez que através da apresentação dos questionários e da observação dos registos, foi possível compreender as necessidades do serviço de uma forma mais esmiuçada atuando nas reais necessidades, propondo possíveis alterações e adequando estratégias com o intuito de melhorar os cuidados, criando de igual forma um momento de discussão e debate entre todos os profissionais.

Para tal foi realizado um diagnostico de situação após conversa com a enfermeira orientadora do estágio e com a enfermeira chefe do serviço, sobre eventuais necessidades dos enfermeiros, tendo por base o tema do relatório de estágio. Após a reunião foi levantada a necessidade de se realizar uma revisão da literatura e um levantamento dos conhecimentos e procedimentos dos enfermeiros no que à dor diz respeito cujo tema seria: Dor em pediatria: Escalas da dor e estratégias não farmacológicas promotoras de conforto. Para auxiliar em todo este processo foi feito numa fase inicial um pedido de autorização à enfermeira chefe do serviço (Apêndice XV) e ao diretor do departamento da pediatria (Apêndice XVI) para realização de uns questionários aos enfermeiros, que teriam igualmente de assinar um consentimento em como participavam de forma voluntária no levantamento das suas necessidades sobre o tema (Apêndice XVII).

Tendo em conta os resultados obtidos e as necessidades já identificadas pelo serviço, foram assim definidos os objetivos que se prendiam com: relembrar as diferentes escalas de dor validadas em Portugal e passíveis de serem utilizadas num serviço de Pediatria; sensibilizar a equipe de enfermagem para a importância da avaliação e reavaliação correta da mesma, não só por se tratar de um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, mas também pela promoção da saúde e bem-estar da criança e jovem; recordar as várias estratégias não farmacológicas sensibilizando os enfermeiros do serviço para a importância da utilização das mesmas. Tanto o levantamento do diagnostico de situação, com o preenchimento dos questionários e o levantamento dos objetivos, demoraram cerca de 2semanas a serem realizados.

Na fase de planeamento da sessão de formação que seria realizada e das atividades a que me propus, foi definido um plano tendo em conta os resultados obtidos nos questionários, calendarizadas as atividades e a própria sessão. Todo este processo demorou cerca de 1 semana a ser desenvolvido.

A etapa da execução da metodologia e o tratamento dos dados, foi sendo realizada ao longo do estágio e no período de férias escolares do natal, com o intuito não só de preparar a sessão que iria ser realizada, mas também de resolver ou dar sugestões para a resolução de um problema previamente levantado.

Durante todo este processo foi sendo avaliada e reavaliada a pertinência do tema, bem como se o mesmo seria exequível. A pertinência tornou-se ainda mais clara após a análise das



práticas e dos questionários, tal como se pode verificar no portfólio de estágio (Apêndice XVIII). Através dos trabalhos realizados que culminaram na sessão de educação para adultos foi possível compreender/relembrar e sensibilizar os enfermeiros para as várias estratégias de comunicação/conforto/distração que o brincar possui durante os procedimentos e o internamento, assim como da sua importância para a criança e para uma relação de confiança com a mesma, personalizando sempre esses cuidados a cada criança/família. Nessa mesma sessão foram ainda recordadas as diferentes escalas de dor possíveis para pediatria, com o intuito de melhorar a sua aplicação e uniformizar os cuidados, mas sobretudo melhorar os registos das estratégias não farmacológicas usadas, assim como das avaliações da dor efetuados e das reavaliações das mesmas (principais lacunas identificadas).

Tal como nas anteriores sessões, após a apresentação foi realizado um pequeno momento de “discussão”/troca de ideias sobre o tema, tendo sido distribuída uma grelha onde os enfermeiros tinham de avaliar a sessão e a pertinência do tema, tendo obtido uma vez mais resultados muito satisfatórios, como poderá mais uma vez observar no Apêndice XVIII. Foram ainda propostas alterações com o intuito de facilitar os registos (área como maior falha verificada no trabalho), no processo de avaliação de dor e na utilização de estratégias não farmacológicas.

Com o intuito de melhorar a prestação de cuidados e os registos foram então realizados alguns trabalhos, bem como atividades de brincar para distração das crianças nos procedimentos. A mnemónica de bolso, onde de um lado os enfermeiros podem relembrar as estratégias mais adequadas de brincar para cada idade e do outro qual a escala adequada a cada faixa etária; o dossier com diferentes atividades de distração/entretenimento e as bolas de sabão para que possam se entreter/distrair durante o internamento e os procedimentos. Foi ainda proposta uma alteração dos registos de enfermagem tendo em conta os resultados obtidos nos questionários e na observação empírica, de modo a que seja mais fácil para os enfermeiros os registos das estratégias efetuadas. Esta proposta foi aceite pela chefia de enfermagem, sendo que a alteração será realizada, assim que possível.

Com a formação foi ainda possível verificar que as normas sobre a dor, avaliação e reavaliação da mesma nos serviços de pediatria se encontram desatualizadas, pelo que será um trabalho que será posteriormente realizado pelos enfermeiros do serviço. Todo este trabalho desenvolvido pode ser analisado ao pormenor no portfólio de estágio realizado e presente como

já mencionado no Apêndice XVIII. Todos os trabalhos e documentos mencionados foram facultados à EEESIP e orientadora de estágio, para que pudesse ser dada continuidade ao trabalho iniciado, tendo em conta o circuito existente relativo à comunicação e imagem da instituição, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados na promoção do conforto à criança e jovem, durante a realização de procedimentos dolorosos.

Importa ainda ressaltar que os períodos de observação efetuados foram muito enriquecedores do ponto de vista pessoal e profissional. O trabalho desenvolvido pelas colegas do internamento de pediatria na consulta pré-operatória é de extrema importância na prevenção do stress e promoção do conforto associado ao internamento. Conhecer o procedimento que será efetuado, o espaço onde será internado (serviço), bem como todo o processo pelo qual irá passar tendo a possibilidade de possuir consigo objetos pessoais, tal como nos menciona a literatura científica, diminui o medo, logo é um importante aliado nos cuidados prestados. Assim sendo, estas consultas são sem dúvida uma mais valia e um procedimento de extrema importância para o seu desenvolvimento, assim como para a família e sua tranquilidade.

Do mesmo modo, foi muito importante observar todo o trabalho multidisciplinar realizado pelas enfermeiras e todos os profissionais no CDC. Trata-se de um serviço muito específico e complexo, onde estão presentes várias especialidades que atuam em conjunto na melhoria da qualidade de vida das famílias e das crianças com doenças crónicas. Quando numa família nasce uma criança com atrasos de desenvolvimento, paralisia cerebral, Mielomeningocele e/ou um bebé prematuro, toda a estrutura e todas as rotinas familiares são alteradas e nem sempre é só a criança que precisa de apoio. Por vezes, as famílias precisam de apoios técnicos, contudo é o apoio emocional aquele que as famílias mais precisam, sendo todo esse trabalho efetuado pelas colegas do CDC.

Por tudo o anteriormente descrito e vivenciado, considero o estágio realizado na Pediatria Médica muito enriquecedor e importante na aquisição de várias competências enquanto enfermeira especialista, mestre e ser humano. Ter a oportunidade de ver todo o trabalho desenvolvido com as crianças e jovens durante o internamento (momento que obriga a várias mudanças não só nas suas rotinas, mas também nas rotinas familiares) foi igualmente significativo pela aquisição de conhecimentos/ competências de gestão a que estes serviços obrigam quando se transfere uma criança para o internamento de Pediatria.

## 5. COMPETÊNCIAS DE EESIP E MESTRE

Um dos objetivos da realização dos diferentes estágios, das atividades desenvolvidas ao longo dos mesmos, assim como da realização deste relatório, foi a aquisição e consolidação de competências de enfermeiro especialista e mestre.

Segundo Sousa (2013) a “competência não é um estado ou um conhecimento possuído, não se reduz só a um saber, nem a um saber fazer, mas no saber utiliza-la com eficácia e eficiência” (Sousa D. , 2013, p. 2). Para Boterf (2003), para que exista competência tem de existir uma ação, sendo a mesma composta pelo domínio do sujeito social e a sua história pessoal e pela sua situação e formação profissional.

Para que um profissional seja considerado competente, este deve saber agir, expressando-se na ação com o auxílio de recursos (capacidades cognitivas e ou relacionais, conhecimentos, etc.). Além disso, deve ainda ter uma visão estratégica, saber comunicar, aprender e assumir responsabilidade. Corroborando com Benner (2001), o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem consiste em “desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre a teoria e pelo registo do “**saber fazer**” existente, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida, aquando da prática dessa disciplina” (Benner, 2001, p. 32). Quanto maior o nível de competência obtido, nas três áreas do saber – saber-saber, saber-fazer e saber ser e estar (Rego, *et al.*, 2015) – melhor será a apreensão dos fenómenos e, conseqüentemente, melhor será a capacidade de, e para agir indispensável a uma prestação de cuidados de excelência (Ferreira, 2015). A competência profissional em Enfermagem engloba assim três competências, a cognitiva, a técnica e a competência comunicacional, capazes de se adaptarem a todas as situações concretas.

Segundo a OE (2015a) - Artigo 2, as competências do enfermeiro são “um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção”. É assim importante investir no desenvolvimento de competências comuns e específicas, no processo de formação dos enfermeiros, pois promove a melhoria dos cuidados, indispensável ao exercício profissional de excelência, e benéfico para a população (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015a, p. 10087).

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este é definido como o enfermeiro dotado de competências comuns “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”, possuindo ainda conhecimentos técnicos, comunicar eficazmente sendo flexível e responsável, sempre dentro de uma conduta ética e deontológica; e de competências específicas “que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Ordem dos enfermeiros, 2019, p. 4745), tendo por isso aprofundado os domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. De acordo com o mesmo regulamento (regulamento n.º 140/2019), as competências comuns, encontram-se divididas em quatro domínios de competência com um fio condutor entre elas. Segundo Benner (2001), o enfermeiro especialista deve ainda possuir conhecimentos técnicos, comunicar eficazmente sendo flexível e responsável, sempre dentro de uma conduta ética e deontológica.

A análise das competências comuns de Enfermeiro Especialista que foram desenvolvidas ao longo deste processo de aprendizagem é apresentada tendo em conta os quatro domínios das competências comuns, nomeadamente, responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos enfermeiros, 2019). Este setor de competências implica uma prática ética com uma responsabilidade profissional acrescida, respeitando os direitos humanos. Enquanto enfermeiros temos o dever de demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, com base em tomadas de decisão ético-deontológicas, pelo superior interesse da pessoa (Ordem dos enfermeiros, 2019).

Dito isto, no presente capítulo iremos então refletir sobre as competências comuns e Específicas do EEESIP, bem como as de mestre que foram adquiridas ou consolidadas ao longo do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, analisando e evidenciando as oportunidades e as atividades desenvolvidas nos vários contextos de prestação de cuidados durante os estágios anteriormente mencionados, para vista a uma prestação de cuidados de saúde excelência.

Assim sendo, ao longo de todo o percurso realizado, que culminou na realização deste relatório, foi possível estabelecer uma ponte entre o conhecimento teórico e prestação de cuidados, consolidando os conhecimentos obtidos e aprofundados durante a fase teórica deste Curso de Mestrado, e o desenvolvimento de novos saberes e competências decorrentes da capacidade de reflexão crítica e fundamentação das decisões baseadas em evidências científicas.

Uma vez que o grau de mestre é conferido numa especialidade, que as suas competências pertencem aos mesmos domínios e que as atividades de estágio são, em grande parte, comuns e indissociáveis, estas serão explanadas de seguida em conjunto, uma vez a fundamentação das mesmas também é comum.

### A) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

<b>Competências comuns do enfermeiro especialista</b>
<b>A1</b> - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
<b>A2</b> - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
<b>Competências de mestre</b>
<b>C)</b> 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.

Tendo em conta os princípios gerais descrito no código deontológico - artigo 99º - que nos mencionam que “1- As intervenções de enfermagem são realizadas com preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, 2- São valores universais a observar na relação profissional: a) A igualdade; b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; c) A verdade e a justiça; d) O altruísmo e a solidariedade; e) A competência e o aperfeiçoamento profissional. 3 — São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados; c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais” (Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015, p. 8078), e tendo por base uma prestação de cuida-

dos baseada nos valores universais na relação profissional e os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, foram sendo realizadas várias atividades ao longo de todo este processo formativo.

Ao longo da nossa prestação de cuidados, numa tentativa de antecipação e resolução de alguns problemas da prática clínica, fomos sendo auxiliadas pelo código deontológico dos enfermeiros, uma vez que todas as premissas previstas nele são imprescindíveis. No entanto, destacámos o artigo 102º - Dos valores humanos; artigo 105º - Do dever de informação; artigo 109º - Da excelência do exercício; artigo 110º - Da humanização dos cuidados, devido às características particulares da população-alvo a quem prestámos cuidados – criança, que é reconhecida como vulnerável (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Dito isto ao longo de todos os estágios realizados, os cuidados foram sempre prestados tendo em conta os princípios anteriormente mencionados e em parceria com os pais/família/pessoa significativa. Não só por estes serem aqueles que melhor conhecem a criança, mas também por serem aqueles em quem elas mais confiam sendo por isso os melhores prestadores de cuidados com vista ao seu crescimento e desenvolvimento, tal como descreve Anne Casey no seu modelo de parceria de cuidados (Casey, 1993). Tal como nos menciona a declaração universal dos direitos das crianças da UNICEF, a criança tem “o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos (...)” (UNICEF , 1990, p. 17), sendo para isso importante, que se tomem medidas que permitam “assegurar a assistência médica e os cuidados de saúde necessários a todas as crianças, enfatizando o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários” (UNICEF , 1990, p. 17).

Para tal, sempre que as enfermeiras da USF tomavam conhecimento da gravidez de uma utente, estas era informadas de todo o acompanhamento pré e pós parto que iriam receber, e caso estas após o nascimento do bebé, não comparecessem a nenhuma consulta no primeiro mês de vida, era realizado um contacto via telefone ou email, para se tentar compreender se tudo estaria bem com a família e/ou se esta estaria a ser acompanhada em alguma consulta de saúde infantil noutra lugar, algo que acontecia alguma vezes por opção dos pais.

Em todos os campos de estágio, durante todos os procedimentos realizados procurámos promover a utilização do brincar, fundamenta para o bem-estar da criança, protegendo os seus direitos, e garantindo que as agressões físicas, emocionais e a dor fossem reduzidas ao mínimo.

Antes de qualquer intervenção e/ou tratamento de enfermagem que fosse necessário realizar à criança, foi sempre explicado o que se iria realizar, bem como a sua pertinência, tendo em conta a sua etapa de desenvolvimento. Aos pais foi igualmente pedido o consentimento livre e esclarecido de tudo o que se estava a realizar, respeitando sempre as suas crenças e valores. Um exemplo disto, foi aquando da administração de um aerossol, foi demonstrado à criança inicialmente no seu boneco e posteriormente no pai, como o procedimento que iria realizar com o intuito de diminuir o medo e receio que sentia do mesmo, tendo tido posteriormente a possibilidade de optar se queria estar ao colo dos pais ou sentada na cadeira, assim como com que tipo de brinquedos se queria entreter durante a realização do procedimento.

O CDE prevê no seu artigo 105º, o dever de informação, onde nos relembra que o enfermeiro tem o “dever de: a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 8). Por outro lado e de acordo com o artigo 12, da Convenção sobre os Direitos da Criança, as crianças “com capacidade de discernimento, têm o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade” (UNICEF, 1990). Todos estes princípios foram tidos em conta durante o procedimento descrito anteriormente, mas também em todos os outros mencionados.

Neste sentido, procurámos ao longo dos estágios, ter sempre em conta os desejos e preferências das crianças, tornando-as parceiras de cuidados, dando-lhe capacidade de tomada de decisão, sempre tendo em conta o seu estadió de desenvolvimento. Tentámos deste modo realizar uma prática balanceada entre o princípio da autonomia e o da beneficência. Contudo e caso a criança se recuse a um tratamento necessário à sua saúde, mantém-se o superior interesse da criança, e a decisão absoluta é dos pais/família.

Tal como nos indica o ponto 4º, 5º e 7º da Carta da Criança Hospitalizada “As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”, “Deve-se evitar qualquer exame

ou tratamento que não seja indispensável”, e “ O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança” (Instituto de Apoio à Criança, 2008, pp. 9-12).

Assim, foi tendo como ponto de partida o anteriormente mencionado, que foi objetivada a temática da promoção do brincar e do conforto. Muitas vezes, permitir simplesmente que a criança tenha consigo o seu brinquedo favorito ou que o adolescente tenha o telemóvel durante o processo de hospitalização já é confortar os mesmos. Tal como defende a convenção sobre os direitos da criança, deve-se “garantir à criança a proteção e os cuidados necessários ao seu bem-estar (...)” (UNICEF , 1990, p. 6), promovendo assim o superior interesse da criança. Além disso todas as crianças têm direito “ao repouso e aos tempos livres, o direito de participar em jogos e atividades recreativas próprias da sua idade” (UNICEF , 1990, p. 22).

Para tal, e uma vez que na USF já existia uma zona na sala de espera destinada às consultas de saúde infantil, com cores e jogos para as crianças se entreterem enquanto aguardam a consulta, o trabalho realizado foi para os profissionais, no sentido de relembrar e sensibilizar para a importância do brincar tal como foi mencionado no capítulo anterior e se pode observar no Apêndice VIII. No que concerne à neonatologia, e devido à especificidade do serviço em causa, as escalas da dor e as estratégias não farmacológicas, com o intuito de diminuir a dor e promover o conforto, assumiram o principal foco de intervenção (Apêndice X), permitindo-nos também refletir e integrar conhecimentos, desenvolvendo soluções, tendo em conta as responsabilidades éticas e sociais que daí advém. Relativamente à UCIPed, e por ser um serviço com bastantes especificidades e várias condicionantes, mais uma vez o trabalho foi realizado com os enfermeiros, promovendo e sensibilizando os mesmos para o uso do brincar aquando do internamento (Apêndice XI, XII, XIII). No serviço de internamento, e uma vez que já existe uma sala de atividades, com uma educadora de infância que promove atividades de lazer, mais uma vez o foco foi a dor e o brincar enquanto estratégia não farmacológica, sensibilizando os enfermeiros a utilizarem as escalas, avaliando e reavaliando a dor, utilizando a brincadeira como uma estratégia de alívio da dor e desconforto sentido pelas crianças. Pois uma criança alegre, entretida, num ambiente adequado às suas necessidades, é uma criança mais acessível e disponível aos nossos cuidados, o que se torna benéfico no processo de saúde e doença.



## B) Domínio da melhoria contínua da qualidade

<b>Competências comuns do enfermeiro especialista</b>
<b>B1</b> – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
<b>B2</b> – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
<b>B3</b> – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;
<b>Competências de mestre</b>
<b>D)</b> 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.

Durante todo o percurso de estágios efetuado, enquanto estudantes de especialidade com mestrado integrado, tentamos ser um agente dinamizador no desenvolvimento de projetos e iniciativas, que visassem a melhoria da qualidade dos cuidados.

O desenvolvimento de trabalhos, tendo por base a metodologia de projeto, permitiu-nos analisar as necessidades e identificar as oportunidades de melhoria nos diferentes locais para posterior planeamento e execução de ações/atividades que permitissem a melhoria dos cuidados efetuados em cada local de estágio. Todos os trabalhos foram suportados pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, que constitui para “os enfermeiros especialistas nesta área de especialização como uma oportunidade e referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoie os processos de melhoria contínua da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 16660).

Mais uma vez, tanto na USF como na Neonatologia, na UCIPed e na Pediatria, os trabalhos realizados tiveram como intuito a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tendo em conta as evidências científicas mais atuais, criando um ambiente mais seguro e acolhedor para a criança e jovem.

Os cuidados de enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva que intervém ao nível da participação, envolvimento, negociação e parceria de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Assim o envolvimento e a parceria de cuidados, previstos nos cuidados

de enfermagem especializados, a partir da filosofia de cuidados centrados na família, permite a promoção de competências parentais, previstas para o bem-estar e o autocuidado dos padrões de qualidade da área de especialização.

Assim, na USF a elaboração de dois *posters* que foram colocados na sala de espera dos utentes, bem como o panfleto informativo para ser entregue aos pais, permitiram elucidar de forma clara e sem ambiguidades, a importância que o brincar tem para a criança, quando usado de forma correta e na idade apropriada. Do mesmo modo, a sessão que realizámos com os profissionais permitiram uniformizar os cuidados permitindo a implementação de programas de melhoria contínua (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018).

Na Neonatologia e no internamento de pediatria, foi importante partilhar os conhecimentos com todos os enfermeiros, especialistas e não especialistas, para a melhoria e atualização da prática clínica, uniformizando os cuidados. Tendo em conta o tema central do relatório, procuramos áreas prioritárias de intervenção, que permitissem aumentar a qualidade dos cuidados prestados. Tornou-se assim claro que as estratégias não farmacológicas e a avaliação da dor eram uma área prioritária e fundamental para a promoção do conforto do neonato, tendo sido obtidos resultados pertinentes, geradores de mudança, suportados pelas evidências científicas.

Ao longo de todos os estágios foram realizados ensinamentos sobre o tema da segurança infantil, como o caso da prevenção das quedas e o controlo de infeção, tendo ocorrido momentos de partilha de conhecimentos e experiências vivenciadas. A segurança dos dados através do anonimato e confidencialidade foi sempre mantida, nomeadamente no desenvolvimento de trabalhos académicos como o estudo de caso, nos questionários efetuados aos enfermeiros e na redação deste relatório. Tanto na prestação de cuidados, assim como na elaboração deste documento foram sempre cumpridas as normas e protocolos institucionais.

Os trabalhos realizados permitiram assim o desenvolvimento e consolidação de conhecimentos suscetíveis de serem aplicados na prestação de cuidados, garantindo uma prestação de cuidados efetiva e de qualidade, sempre num ambiente terapêutico e seguro, promotor e conforto e bem-estar a criança, jovem e família, respeitando as suas diferenças e individualidades culturais, bem como as suas necessidades espirituais e crenças.

### C) Domínio da gestão dos cuidados

Competências comuns do enfermeiro especialista
<b>C1</b> – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.
<b>C2</b> – Adapta a liderança e a gestão aos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

No decorrer dos estágios foi perceptível as responsabilidades e funções pertencentes ao chefe de equipa, sendo este na maioria das vezes enfermeiro especialista e/ou mestre, assim como os seus deveres na tomada de decisão refletida. O conhecimento geral do serviço e do seu funcionamento é essencial para uma tomada de decisão ponderada sobre a prestação de cuidados, que possa acontecer ao longo do turno.

Durante os vários estágios, e tendo em conta que, por várias vezes, os orientadores se encontravam na liderança das equipas, tivemos algumas oportunidades para refletir e colaborar com os mesmos nas decisões que tinham de tomar ao longo do turno, no que concerne por exemplo, à distribuição das crianças que iriam ser internadas pelas unidades, tendo em conta o controlo de infeções; os procedimentos que seriam mais ajustáveis a determinada situação e aquela criança/ família; qual o enfermeiro que realizaria a transferência da criança para outro centro hospitalar; entre outras.

O chefe de equipa, deve ser assim um impulsionador e um líder na capacidade de orientação, inteirando-se do estado de saúde e necessidades de todas as crianças e famílias, bem como da gestão das vagas para possíveis internamentos e o número e as patologias das crianças internadas, de modo a antecipar os cuidados e as medidas necessárias ao longo do turno. Com vista à harmonização dos cuidados do espaço, as medidas de gestão devem assim, ser sensatas e antecipatórias, evitando decisões à pressão que podem gerar falhas e desagradados na equipa.

## D) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

<b>Competências comuns do enfermeiro especialista</b>
<b>D1</b> – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
<b>D2</b> – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidências científicas.
<b>Competências de mestre</b>
<b>a)</b> Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: <ul style="list-style-type: none"> <li><b>i)</b> Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;</li> <li><b>ii)</b> Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.</li> </ul>
<b>b)</b> Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.
<b>e)</b> Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Ao longo de todo este processo de aprendizagem e consolidação de conhecimentos, e tendo por base os que já possuíamos, pudemos desenvolver os conhecimentos adquiridos até então. O progresso ao nível do autoconhecimento permitiu-nos desenvolver e adquirir competências de mestre e especialista, mobilizando os saberes já adquiridos nos últimos três anos no serviço onde presto cuidados.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro 2015, Artigo 109.º referente à excelência do exercício, o enfermeiro “procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (...); c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (...); e) Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar (...)” (Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, p. 8080).

Foi com base nesta procura e atualização contínua de conhecimentos, que decidimos frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Tendo por base a aquisição das competências baseada na aprendizagem clínica e no conhecimento inerente à prática, e partindo do desenvolvimento pessoal de cada pessoa, Benner (2001) identificou cinco níveis de competências da prática clínica de enfermagem. Tendo por base a aquisição das mesmas baseada na aprendizagem clínica e no conhecimento inerente à prática: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. De acordo com a mesma autora, e tendo em conta os anos a que me encontro a trabalhar em pediatria, enquadrar-nos-íamos no estágio 4: Proficiente. Nesta etapa o enfermeiro já é capaz de perceber e compreender determinadas situações e tomar decisões com base numa visão mais holística, aprendendo a modificar os seus planos caso seja necessário (Benner, 2001)

Posto isto e atendendo às singularidades de cada um, facilmente compreendemos que devido às competências e experiências profissionais que já adquirimos e ao estágio em que nos encontramos, já somos detentores de uma elevada consciência de nós mesmos enquanto pessoa e profissional, reconhecendo os nossos limites e sendo capazes de alterar ou modificar a nossa ação. A capacidade de autoconhecimento permitiu-nos assim, agir nos diferentes contextos, adaptando-nos e mobilizando os conhecimentos e competências já adquiridas ao longo dos últimos anos de trabalho, numa constante aquisição de competências de mestre e especialista.

Foi possível observar ao longo dos estágios, o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros especialistas nos diferentes serviços, bem como as posturas e os comportamentos que estes adotam na melhoria contínua dos cuidados, tendo em conta as investigações e os conhecimentos científicos mais recentes, bem como nas posturas que assumem perante as crianças, jovens e famílias, assim como com a equipa multidisciplinar e em situações de elevada especificidade e/ou conflito.

As competências adquiridas na área da investigação, são assim ferramentas essenciais que podem ser utilizadas de forma autónoma, para uma aprendizagem contínua ao longo da vida, profissional e pessoal. A procura constante de novos conhecimentos ou a atualização dos mesmos, garante assim uma prestação de cuidados mais correta e atual. Refletir diariamente sobre as nossas práticas, tendo em conta a nossa experiência e a dos outros permite-nos crescer

diariamente, e compreender que a prestação de cuidado é uma área em constante melhoria e que temos e teremos sempre muito para aprender, melhorar e trabalhar, independentemente dos anos e dos contextos em que trabalhamos, adquirindo sempre novas competências. A experiência profissional é sem dúvida uma mais valia, mas o investimento na investigação e na aquisição de novos conhecimentos, com base na evidência científica, potencia a excelência do exercício em enfermagem, bem como o nosso crescimento enquanto profissionais e seres humanos.

Desta forma consideramos que todos os campos de estágio e todo os trabalhos realizados se enquadram na aquisição destas competências, não só pela melhoria e atualização dos conhecimentos que trouxeram aos serviços, mas também pelos momentos de reflexão e troca de experiências que ocorreram decorrentes da apresentação dos mesmos.

## **5.1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESIP**

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018, p. 19192)

Dito isto, de seguida irão ser explanadas as competências do EEESIP, demonstrando e refletindo sobre de que forma as mesmas foram alcançadas, e quais os contributos das mesmas ao longo deste processo formativo.

### **5.1.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde**

Um dos grandes objetivos do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica é a maximização da saúde da criança/jovem e família. Sendo a criança um ser dependente, em contante aprendizagem e automatização, o alvo de cuidar do EEESIP terá sempre

de ser o binómio criança/família, estabelecendo uma parceria de cuidados. Hoje em dia, a participação ativa dos pais na prática do cuidar, já é visto como um complemento obrigatório na promoção da saúde das crianças, uma vez que estes são quem as conhece melhor, e cada uma tem as suas especificidades, tal como nos indicava o modelo de parceria de Anne Casey.

É assim importante que se promova um desenvolvimento infantil saudável, tendo em conta as suas crenças e ideias de forma saudável e dentro dos padrões esperados para a sua idade em conjunto com os seus principais cuidadores. Cabe ao EEESIP, implementar e gerir “em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” e diagnosticar “precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018, p. 19193), tal como nos indica a OE, com vista à promoção da saúde e do bem-estar da criança e jovem. É também seu objetivo, prevenir a doença, através da elaboração de planos de cuidados adaptados a cada utente e ao contexto em que está inserido, tendo por base as distintas fases de desenvolvimento da criança, que deve conter a nutrição, vacinação, segurança, higiene oral, socialização, disciplina e educação (Hockenberry & Wilson, 2014).

Deste modo é importante que se negocie a participação da criança/jovem e da família em todo o processo de cuidar, adaptando sempre estratégias que sejam motivadoras para os mesmos e que os permitam desenvolver competências, habilidades e conhecimentos que permitam uma melhor gestão dos processos de saúde/doença, procurando sempre trabalhar em parceria com as famílias.

Apenas conhecendo as necessidades específicas de cada idade e as etapas de desenvolvimento é possível otimizar a saúde das crianças e jovens. Foi com base no anteriormente mencionado que ao longo de todo este processo de aprendizagens procurámos solidificar o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, com o intuito de auxiliar e adaptar as respostas às situações de saúde/ doença de cada família com a qual trabalhamos.

Neste sentido o estudo de caso realizado no contexto de USF (Apêndice III), foi bastante importante, porque permitiu conhecer a família, analisar as necessidades da mesma tendo em conta o que seria esperado para uma família com uma criança daquela idade, encontrando e adaptando posteriormente estratégias que permitissem um melhor desenvolvimento da criança

em causa. Foi assim possível ter uma visão global das necessidades da criança e família, com vista à promoção da sua saúde e a uma continuidade de cuidados. Por outro lado, no serviço de neonatologia e na UCIPed, para que fosse possível implementar estratégias e respostas mais adequadas às situações de saúde/doença tendo em conta as patologias, foi necessário um trabalho de pesquisa mais aprofundado, sobre determinadas patologias e procedimentos, para os quais sentíamos que possuíamos algumas lacunas de conhecimentos.

No serviço de internamento, tal como nos anteriormente mencionados, foram várias as aprendizagens realizadas, tendo em conta as diversas patologias, mas também os trabalhos que foram desenvolvidos, e as competências que foram sendo adquiridas e ou consolidadas. Dependendo da faixa etária e da compreensão dos pais, deve-se adequar os ensinamentos, para uma melhor compreensão dos mesmos, tal como nos menciona o ponto quatro da carta da criança hospitalizada que “As crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (Instituto de Apoio à Criança, 2008, p. 9). Neste sentido, foram efetuados trabalhos que promovessem o conforto das crianças através do brincar e diminuíssem a dor promovendo assim a sua segurança com vista à maximização da sua saúde.

### **5.2.2. Cuida da criança/jovem e famílias nas situações de especial complexidade**

Para a aquisição da competência supracitada, foi importante mobilizar vários recursos e adquirir vários conhecimentos, tendo em conta as particularidades decorrentes da complexidade das situações com as quais nos fomos deparando.

Assim sendo, as situações de especial complexidade em que é esperado que o EEESIP saiba atuar são: urgência/emergência em que é necessário reconhecer situações de instabilidade hemodinâmica e/ou risco de morte; gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, adaptando as respostas a cada situação e a cada criança tendo por base a sua singularidade; crianças com doenças raras em que seja necessário otimizar os cuidados apropriados, recorrendo a terapias alternativas de enfermagem comuns e/ou complementares suportadas pela evidência científica com vista à melhoria dos cuidados e da situação de saúde/doença;



apoio às famílias e às crianças com doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade, com necessidade de apoio na adaptação à mesma (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018).

Embora no decorrer dos estágios, poucas tenham sido as situações que vivenciámos de situações de vida iminente ou morte, a experiência profissional já adquirida até ao momento, permite-nos estar mais familiarizados em situações de instabilidade hemodinâmica e risco de vida, tendo sido o curso de suporte avançado de vida pediátrico realizado no decorrer do mes-trado uma mais-valia, para o desenvolvimento e aquisição de competências em urgência e emer-gência, nomeadamente em contexto laboral.

Diariamente são inúmeras as situações de urgência com as quais nos deparamos, embora a maioria dela, não acarrem perigo de vida iminente. Contudo, a realização do estágio no ser-viço de neonatologia e na UCIPed, alertou-nos para uma realidade diferente. A instabilidade presente num serviço de neonatologia, onde se encontravam prematuros e grandes prematuros com alto risco infeccioso, com situações complexas do ponto de vista cardíaco e infeccioso e onde a instabilidade hemodinâmica era constante, permitiu-nos desenvolver capacidades inerentes a esta problemática adquirindo conhecimentos numa perspetiva holística, tendo em conta os cui-dados não traumáticos bem como os cuidados centrados na família.

Por outro lado, o estágio da UCIPed, possibilitou a mobilização de conhecimentos e habi-lidades na identificação de instabilidade clínica e nos processos de luto, com vista ao bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem e família. Tal como a neonatologia, por se tratar de um serviço complexo, onde o estado clínico das crianças e jovens é bastante instável e os procedimentos na maioria da vezes são muito complexos, é importante que se garanta um cor-reto controlo da dor e gestão do bem-estar, através do uso de medidas não farmacológicas e farmacológicas assim como de técnicas de brincar promotoras de conforto e da majoração dos ganhos em saúde, sempre com base em evidências científica para fundamentar a tomada de decisão.

Assim, foi com base na promoção de conforto para todos e tendo em conta os quatro contextos definidos por Kolcaba, que estruturámos o percurso de aprendizagens que deu ori-gem ao desenvolvimento deste projeto, pois o conforto e bem-estar da criança/jovem e famílias

nos diversos contextos, devem ser promovidos, independentemente da complexidade dos cuidados prestados, com a objetivo de potencializar o desenvolvimento infantil e melhorias no processo de doença.

### **5.2.3. Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem**

Ao longo de todo o percurso formativo, foi perceptível a importância que o EEESIP tem nos diversos contextos, na promoção e maximização do potencial de desenvolvimento, tendo em conta as especificidades e exigências das etapas desta fase do ciclo vital das crianças/jovens.

Apenas associando os conhecimentos adquiridos, às novas evidências e ao conhecimento das diferentes fases de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude é possível intervir de forma eficaz no desenvolvimento. Para tal, é importante a utilização de instrumentos de avaliação fiáveis, seguro e de fácil utilização (Ordem dos Enfermeiros, 2011), como é o caso da Escala de Avaliação de Mary Sheridan ou das Escalas da.

A título de exemplo, durante o estágio na USF o instrumento de avaliação do desenvolvimento usado nas consultas de saúde infantil é a Escala de Avaliação de Mary Sheridan, referenciada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil como sendo uma ferramenta fiável e segura de ser usada. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), foi criado em 1992, através da Circular Normativa 9/DSI, de 6 de outubro, da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, mas tem sofrido alterações ao longo do tempo, de modo a garantir cuidados de saúde mais adequados e eficazes. Trata-se de um instrumento que, independentemente dos contextos socioeconómicos em que a criança está inserida, lhe garante as mesmas oportunidades de desenvolvimento que às outras crianças e jovens (Direção-Geral da Saúde, 2013). Estas consultas são assim uma oportunidade de partilha e esclarecimento de dúvidas bem como de apoio na gestão da parentalidade, sendo também um excelente instrumento de identificação de possíveis alterações no desenvolvimento de uma criança, possibilitando uma intervenção precoce que permita minimizar possíveis consequências para a criança/família, favorecendo a sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2011), tal como foi realizado no estudo de caso.

Independentemente da etapa e das necessidades do ciclo de vida da criança e do jovem e em consonância com o atrás descrito é importante como EEESIP, estar atento às questões da parentalidade, da vinculação e da relação existente entre os pais/pessoas referência e a criança/jovem. Tanto nos cuidados de saúde primários como nos vários contextos de internamento, tal como foi referido e se encontra mencionado no ponto 3 da carta da criança hospitalizada “o pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário” (Instituto de Apoio à Criança, 2008, p. 8).

Melhor do que ninguém os pais conhecem os seus filhos, pelo que o seu envolvimento e capacitação na prestação de cuidados, como parceiros dos mesmos, permite ajustar e obter uma resposta mais adequada às suas necessidades. Porém, dependendo da idade da criança, é importante não esquecer que esta deve ser parte integrante dos cuidados, dando-lhe autodeterminação nas escolhas relativas à saúde, pelo que, saber comunicar e relacionar-se com a mesma respeitando as suas crenças é essencial para uma prestação de cuidados de excelência.

Todos estes conhecimentos adquiridos na área do desenvolvimento, permitem-nos estar mais atentos a outras questões com as quais habitualmente não nos deparamos e que devem ser trabalhadas, já que a nível hospitalar, na maioria das vezes priorizamos as situações de doença em detrimento das de promoção da saúde. Isto leva a que por vezes, façamos inadvertidamente julgamentos sobre situações que para nós parecem banais, mas que se devem a inseguranças dos pais, por falta de conhecimentos, ou dúvidas relativamente aos mesmos, sendo por isso imprescindível que se promovam os ensinamentos adequados e necessários para que a parentalidade seja desenvolvida.

Em suma, e avaliando a fundamentação realizada, consideramos que de uma forma geral, todas as competências foram trabalhadas e na maioria consolidadas, tal como é exigido neste curso de mestrado. É certo que ainda existe um grande percurso a ser realizado, e que com o tempo e o decorrer das situações, muitas aprendizagens e competências serão ainda mais desenvolvidas. Resta-nos por isso, comprometermo-nos a obter novas aprendizagens ao longo da vida, baseada em evidências científicas, para que se mantenha um desenvolvimento constante e se consolidem as competências até então desenvolvidas.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para uma criança, brincar é essencial e está presente ao longo do seu crescimento e desenvolvimento. Mesmo quando doente e em caso de internamento hospitalar, esta sua necessidade não cessa. Torna-se por isso um recurso essencial e vital na promoção de conforto para as crianças e jovens, que pode ser utilizada como forma de diminuir o seu stress em todos os momentos críticos para ela, como é o caso dos procedimentos dolorosos. Mas o conforto não é só a ausência de dor, ele tem um significado mais complexo resultando de intervenções positivas de enfermagem, num processo holístico e dinâmico de cuidar. É com base nestes princípios mencionados pela literatura que surge a realização deste relatório. Embora o Brincar enquanto estratégia não farmacológica no alívio da dor e na promoção do conforto na criança seja um tema há vários anos estudado, as evidências científicas e a observação da prática demonstram que ainda existe um grande percurso de melhoria a ser realizado.

Ao longo da realização deste relatório com base na metodologia de projeto, cuja temática foi a “Promoção do conforto através do Brincar enquanto estratégia não farmacológica: Atuação do Enfermeiro Especialista”, pude ir refletindo sobre o percurso de aprendizagens que fui realizando, adquirindo desta forma as competências de mestre, as competências comuns de enfermeiro especialista e as competências específicas EEESIP. Sensibilizar a reflexão sobre esta temática, promovendo a utilização do brincar junto das equipas que trabalham em pediatria, bem como a avaliação da dor e o uso de estratégias não farmacológicas, muitas delas ligadas ao brincar adaptadas aos diferentes contextos foi um dos grandes objetivos alcançados. Foi perceptível que os Enfermeiros dos diferentes contextos reconhecem a importância do brincar e das estratégias não farmacológicas, contudo por diferentes motivos estas nem sempre são colocadas em práticas ou registadas, não sendo dada assim visibilidade a uma área tão importante para a criança e jovem e autónoma da enfermagem.

As atividades e estratégias executadas ao longo do projeto alcançaram assim os resultados esperados a curto prazo, sendo espectável que a médio/longo prazo tragam ainda mais benefícios e uma maior melhoria nos cuidados prestados nos diferentes contextos. A curto prazo, verificou-se uma maior implementação das estratégias não farmacológicas e da possibilidade de dependendo da idade e do estado de saúde, dar espaço e tempo à criança para ela brincar. A teoria do conforto de Kolcaba, foi um suporte essencial na operacionalização deste conceito nos

diferentes contextos. A estrutura taxonómica da teoria foi facilitadora no levantamento e planeamento das necessidades específicas de cada criança e família nos diferentes tipos de conforto e nas diversas situações de saúde/doença. Todas as atividades foram baseadas em evidências científicas atualizadas e suportadas num pensamento crítico e reflexivo, de forma a fazer a diferença no cuidar em enfermagem. Desta forma, acreditamos que o balanço final dos estágios e das atividades realizadas nos mesmos foi bastante positiva uma vez que foram alcançados todos os objetivos aos quais nos propusemos. As experiências e conhecimentos adquiridos e/ou aprofundados serão certamente vantajosos na minha prática diária de cuidados. Considero que conseguimos fazer a diferença nos serviços, colocando todos a refletir sobre as suas práticas e sobre a melhoria dos cuidados, tendo por base as últimas evidências científicas e evidenciando as competências de mestre e enfermeiro especialista desenvolvidas e que contribuíram de certa forma para o desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Importa ainda ressaltar que embora considere que repartir os dois estágios (Estágio I e Estágio Final), por quatro campos de estágio seja muito benéfico pois permite-nos ter uma perspetiva mais abrangente dos cuidados prestados, bem como da ligação e interligação que existe entre todos os serviços, por outro lado, foi muito redutor para o desenvolvimento dos projetos de cariz mais amplo, uma vez que quatro semanas é um tempo muito curto para identificar os problemas, definir objetivos, planejar, executar e avaliar. Dito isto, foi necessário adaptarmos os projetos, tornando-os pertinentes e exequíveis para cada local de estágio, de forma poderem dar continuidade ao projeto iniciado. Outra dificuldade sentida foi o facto de ser um tema muito vasto e já muito estudado, o que por vez dificultou as pesquisas e a seleção dos artigos mais pertinentes, tendo selecionado alguns que embora mais antigos fossem os primordiais.

Para finalizar, importa ainda refletir sobre todo o percurso de aprendizagem ao longo destes meses, que embora cansativos, foram muito gratificantes do ponto de vista académico, profissional e pessoal, pois permitiu-nos consolidar competências promotoras de mudança, no saber-ser, saber-estar, saber-fazer e saber-saber, enquanto enfermeira de saúde infantil e pediátrica. Permitiu ainda transpor para o serviço atual uma visão mais holística e informada da criança e família, que certamente poderá fazer a diferença na vida de uma criança, jovem e sua família. O finalizar desta etapa e deste relatório não marca assim o fim, mas sim o início de um desafio enquanto Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com o grau de Mestre, com competências e responsabilidades acrescidas. A procura de conhecimento constante e atualizado para uma prestação de cuidados de excelência, será assim o objetivo permanente.

## 7. REFERÊNCIAS

Agoston, A. M., & Sieberg, C. B. (2016). Nonpharmacologic Treatment of Pain. *Seminars in Pediatric Neurology*, 3, pp. 220–223. doi:doi:10.1016/j.spen.2016.10.005

Aldridge, M. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit One Unit's Experience. *Critical Care Nurse*, 25(6), pp. 40-50.

Almeida, F. (2008). Psicologia do desenvolvimento: a criança. Em O. Farah, & A. Sá, *Psicologia aplicada à enfermagem* (pp. 30-59). São Paulo: Manole.

Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*(13), pp. 9-22. doi:10.1053/j.nainr.2012.12.002

Alves da Silva, F. A., Oliveira, L. A., Oliveira, M. G., & Pegoraro, V. A. (2011). Estudo bibliográfico sobre o uso do brinquedo terapêutico na assistência de enfermagem à criança hospitalizada. *Revista Científica do Hospital Santa Rosa*, 3, pp. 33-39.

Alves, C., Duarte, E., Azevedo, V., Nascimento, G., & Tavares, T. (2011). Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: Uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 4(33), pp. 788-796. doi:10.1590/S1983-14472011000400021

Andrade, R. C., Marques, A. R., Leite, A. C., Martimiano, R. R., Santos, B. D., Pan, R., . . . Nascimento, L. C. (2015). Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas: evidências para o cuidado. *Revista Electrónica Enfermagem [internet]*, 17(2), pp. 379-394. Obtido de <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.30041>

Apóstolo, J. L. (Março de 2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência, Série II*(9), pp. 61-67.

Araújo, R. A., Aragão da Silva, F., Faro, A., & Oliveira Sobral, A. L. (Dezembro de 2016). Uso de atividades lúdicas no processo de humanização em ambiente hospitalar pediátrico: intervenção Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET/Saúde REDES - Urgência e Emergência). *Revista SBPH [online]*, 19, pp. 98-106. Obtido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v19n2/v19n2a07.pdf>

Artilheiro, A. P., Almeida, F. d., & Chacon, J. M. (2011). Uso do brinquedo terapêutico no preparo de crianças pré-escolares para quimioterapia ambulatorial. *Acta Paulista de*

*Enfermagem [online]*, 24(5), pp. 611-616. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000500003>

Augusto de Melo, W., Silva Marcon, S., & Teruya Uchimura, T. (Outubro/ Dezembro de 2010). A hospitalização de crianças na perspectiva de seus acompanhantes. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. *Revista Enfermagem UERJ*, 18, pp. 565-571. Obtido de <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a11.pdf>

Azevedo, A. V., Lanconi junior, A. C., & Crepaldi, M. A. (2017). Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciência e saúde coletiva [online]*, 22, pp. 3653-3666. doi:10.1590/1413-812320172211.26362015

Azevedo, M. (1999). *Papel e importância do lúdico para profissionais da saúde: análise de jogos e brincadeiras em um contexto hospitalar - Dissertação Mestrado*. Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

Batalha, L. M. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.

Batalha, L. M. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde e Tecnologia*, pp. 16-21.

Beltramini, A., Milojevic, K., & Pateron, D. (2017). Pain Assessment in Newborns, Infants, and Children. *Pediatric Annals*, 46(10), pp. 387-395.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. (Inglês Estados Unidos da América)*. Coimbra: Quarteto.

Bolander, V. (1998). *Sorensen and Luckmann Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Loures, Portugal: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico Lda.

Borba, R., Ribeiro, C., & Almeida, F. (2008). A criança e o brinquedo no hospital. Em F. Almeida, & A. Sabates, *Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital* (pp. 65-77). São Paulo: Manole.

Brevik, Borchgrevink, Allen, Rosseland, Romundstad, Hals, . . . Stubhaug. (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia*, pp. 17–24. doi:10.1093/bja/aen103

Butler, A., Copnell, B., & Willetts, G. (2013). Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 23. Obtido de <https://doi.org/10.1111/jocn.12498>

Calcagno Gomes, G., & Kath de Oliveira, P. (2012). Family experience in the hospital during child hospitalization. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 33, 165-171. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400021>

Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. Em E. GLASPER, & A. TUCKER, “*Advances in Child Health Nursing*”. Oxford: Scutari Press.

Chen, E., Joseph, M. H., & Zeltzer, L. K. (Junho de 2000). Behavioral and cognitive interventions in the treatment of pain in children. *Pediatric Clinics of North America*, 47, pp. 513-525. Obtido de [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(05\)70223-6](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(05)70223-6)

Clark, C. D. (2003). *In sickness and in play: children coping with chronic illness* (9ª ed.). London: Rutgers University Press.

Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente (CNSMCA). (2012). Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Custodia de Faria Fioreti, F. C., Figueredo Manzo, B., & Ferreira Regino, A. E. (2016). A LUDOTERAPIA E A CRIANÇA HOSPITALIZADA NA PERSPECTIVA DOS PAIS. *Revista mineira de Enfermagem*, 1-6. doi:10.5935/1415-2762.20160044

Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro. Diário da República I série, n.º 181., (pp. 8059-8105).

Decreto-Lei n.º 63/2016 . (13 de setembro de 2016). Regulamento nº176, 1.ª série - CAPÍTULO III - Artigo 15.º Mestrado . *Di*, pp. 3159-3191.

Diogo, P., Vilelas, j., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(13), pp. 43-51.

Direção-Geral da Saúde. (2001). Rede de Referência Materno Infantil. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa nacional de controlo da dor. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCP*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Orientação da DGS nº 22/2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.



Direção-Geral da Saúde. (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica. Orientação da DGS nº 23/2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2012c). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Orientação da DGS nº 24/2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral de Saúde. (2009). Diário da República, 1.ª série — N.º 178 — 14 de Setembro de 2009. *Acompanhamento familiar em internamento hospitalar, Lei n.º 106/2009*, pp. 6254-6255.

Direcção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa n.º 9. DGS/DGCG 2003*.

Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças - Nº014/2010*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Circular Normativa n.º010/2013*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Dowd, T. (2002). Teoria do Conforto . Em A. Tomey, *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed., pp. 699 – 715). Loures: Lusociência.

Dully Andrade, R., Falleiros Mello, D., Iossi Silva, M. A., & Arena Ventura, C. A. (2011). Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literatura. *Revista brasileira de Enfermagem*, 64, 738-744. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000400017>.

Esteves, C. H., Antunes, C., & Caires, S. (30 de Setembro de 2014). Humanização em contexto pediátrico: o papel dos palhaços na melhoria do ambiente vivido pela criança hospitalizada. *Interface*, pp. 697-708. doi:10.1590/1807-57622013.0536

Ferraz Jansen, M., Maria dos Santos, R., & Favero, L. (junho de 2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado a criança hospitalizada. *Revista Gaúcha Enfermagem (Online)*, 31, pp. 247-253. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200007>

Ferreira. ( 2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: Tecnologias de informação e padrões de qualidade (dissertação de mestrado)*. Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (Janeiro - Março de 2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.

Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C., & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury*, 48(1), pp. 114-120. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>

Freitas Lapa, D., & Vignuda de Souza, T. (2011). A percepção do escolar sobre a hospitalização: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista escola enfermagem USP [online]*, 45, pp. 811-817. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400003>

Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão do Instituto Nacional de Emergência Médica (GPCG-INEM). (2015). Relatório TIP - Atividade de transporte inter-hospitalar pediátrico, do ano 2014. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Emergência Médica.

Gaglani, A., & Gross, T. (2018). Pediatric Pain Management. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 36(2), pp. 323–334. doi:10.1016/j.emc.2017.12.002

Guimarães, S. S. (1988). A hospitalização na infância. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 2, pp. 102-112.

Harrison, M. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 5(25), pp. 335-343.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Hsiao, P., Redley, B., Hsiao, Y., Lin, C., Han, C., & H.R., L. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 30, pp. 3-8. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.002>

Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada* (4ª ed.). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) - Escola Superior de Saúde (ESS). (2018). Regulamento do Funcionamento do Mestrado de Enfermagem. Setúbal.

International Association for the Study of Pain (IASP). (2012). *IASP Taxonomy: Pain terms*. Seattle: International Association for the Study of Pain.

International Council of Nurses (ICN). (2011). *CIPE Versão 2.0: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Kolcaba, & Dimarco. (may-june de 2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), pp. 187-194.

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), pp. 1178-1184.

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook*, 49(2), pp. 86-92. doi:10.1067

Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort Theory - A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *The Journal of Nursing Administration (JONA)*, 36(11 ), pp. 538-544.

Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in nursing practice. *Mater Sociomed*, 26(1), pp. 65-67.

Laurent, A. P., & Rumeu, O. L. (1990). Programas para la preparación a la hospitalización infantil. Em J. Buceta, & A. M. Bueno, *Modificación de conductay salud: Perspectivas actuales en la aplicación de tratamientos de psicología*.

Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapia*. Fim de Século Edições.

Li, W. H., & Lopez, V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: a randomized controlled trial study. *Journal for specialists in pediatric nursing*, 13(2), pp. 63-73. doi:10.1111/j.1744-6155.2008.00138.x

Lima, K. Y., Barros, A. G., Costa, T. D., Santos, V. E., Vitor, A. F., & Lira, A. L. (jul.-set. de 2014). Atividade lúdica como ferramenta para o cuidado de enfermagem às crianças hospitalizadas. *revista mineira de enfermagem*, 18, pp. 741-746. doi:10.5935/1415-2762.20140054

Lima, M. S., Barbosa, F. A., & Monteiro, L. M. (Out-Dez de 2015). The Importance of Ludic to hospitalized children: Integrative Review. *Facema*, 1, pp. 139-142.

Linhares, M. B., & Doca, F. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em psicologia*, 18(2), pp. 307-325.

MacLaren Chorney, J., & N. Kain, Z. (Março de 2010). Family-centered Pediatric Perioperative Care. (B. Riou, Ed.) *American Society of Anesthesiologists*, 112, 751-755. doi:10.1097/ALN.0b013e3181cb5ade

Malta, J., Rodeia, R., Barroso, N., Malaquias, C., Cavalheiro, P., & Carracha, O. (2003). *Terapias naturais na prática de Enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Marinelo, G. d., & Jardim, D. P. (abr.-jun. de 2013). Estratégias lúdicas na assistência ao paciente pediátrico: aplicabilidade ao ambiente cirúrgico. *Rev. SOBECC, 18*, pp. 57-66.

Mattos dos Santos, P., Faria da Silva, L., Bastos Depiantil, J. R., Gallindo Cursino, E., & Ribeiro, C. A. (julho-agosto de 2016). *Revista Brasileira de Enfermagem. Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada, 64*, pp. 646-653. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690405i>

McCaffery, M., Beebe, A., Latham, J., & Ball, D. (1994). *Pain: clinical manual for nursing Practice*. London: Mosby.

McMahon, L. (2009). *The Handbook of Play Therapy and Therapeutic play* (2ª ed.). New York: Routledge.

Melo, L., Santos, V., Ribeiro, C., & Borba, R. (2012). Utilizando o brinquedo terapêutico no cuidado à criança. Em S. Carvalho, *O enfermeiro e o cuidar multidisciplinar na saúde da criança e do adolescente* (pp. 127-134). São Paulo: Atheneu.

Ministério da Educação e Ciência. (agosto de 2013). Diário da República, 1.ª série — N.º 151. *Decreto-Lei n.º 115/2013*, pp. 4749-4772.

Ministério da Saúde . (2007). Diário da República, 2.ª série — N.º 203 — 22 de Outubro de 2007. *Despacho n.o 24 100/2007*, p. 30419.

Ministério da Saúde. (2008). Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22. *Decreto-Lei n.º 28/2008*, pp. 1182-1189.

Ministério da Saúde. (2004). *Plano nacional de saúde 2004-2010: orientações estratégicas Vol: II*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Monahan, F. D., Sands, J. J., Neighbors, N., Marek, J. F., & Green, C. J. (2010). *Phipps Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença*. Loures, Portugal: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico Lda.

Motta, A. B., & Enumo, S. R. (2002). Brincar no hospital: câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. *Psicologia, Saúde & Doenças [online]*, 3(1), pp. 23-41.

Motta, A. B., & Enumo, S. R. (2004). Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo, 9*, pp. 19-28.

Mulrooney, D. (2010). Surviving Childhood cancer - Cure is not Enough. *Minnesota medicine*, pp. 36-39.

National Hospice and Palliative Care Organization. (s.d). Pediatric Pain Assessment. Alexandria.

Neman, F., & Souza, M. (2003). Experienciando a hospitalização com a presença da família, um cuidado que possibilita conforto. *Nursing*, 12(2), pp. 123-126.

Neutzling, B. R., Barlem, J. G., Barlem, E. L., Hirsch, C. D., Pereira, L. A., & Schallenberguer, C. D. (2017). Em defesa dos direitos da criança no ambiente hospitalar: o exercício da advocacia em saúde pelos enfermeiros. *Escola Anna Nery*, 21. Obtido de <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170025>

Oliveira, C. S., Maia, E. B., Borba, R. I., & Ribeiro, C. A. (Junho de 2015). Brinquedo Terapêutico na assistência à criança: percepção de enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário. *Revista Sociedade Brasileira Enfermagem Pediátrica*, 15, pp. 21-30.

Oliveira, L. D., Gabarra, L. M., Marcon, C., Silva, J. L., & Macchiavern, J. (2009). A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. *Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano*, 19(2), pp. 306-312.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015b). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais - n.º 190/2015. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 79 — 23 de abril de 2015, pp. 10087-10090.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 133, Regulamento n.º 422/2018, pp. 19192 - 19194.

Ordem dos enfermeiros. (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Vol. II). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Série 1 - Nº6 .

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento n.º 351/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2ª série, 119, 16660-16665.

Ordem dos enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - n.º 140/2019. *Diário da República*, p. 4744 4750.

Organização Mundial de Saúde. (2008). Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais que Nunca. (A. C. Saúde, Ed.)

Pereira, R., Cardoso, M., & Maria, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência, III Série (7)*, pp. 55-62.

Pessoa, A. C., Souza, M. H., & Fontes, F. C. (2012). *O Lúdico o ambiente hospitalar: algumas reflexões*. Obtido em 05 de Maio de 2018, de <http://editorarealize.com.br/revistas/fiped/trabalhos/d757719ed7c2b66dd17dcee2a3cb29f4.pdf>

Ponte, K., & Fátima da Silva, L. (2016). Teoria do conforto do cuidado clínico de Enfermagem: Análise de conceitos e definições. *Essentia*, 17(1), pp. 207-227.

Potasz, C., Varela, M., Carvalho, L., Prado, L., & Prado, G. (2013). Effect of play activities on hospitalized children's stress: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(1), pp. 71-79. doi:10.3109/11038128.2012.729087

Rae, W. A., Worchel, F. F., Upchurch, J., Sanner, J. H., & Daniel, C. A. (1989). The Psychosocial Impact of Play on Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 14(4), pp. 617-627. doi:<https://doi.org/10.1093/jpepsy/14.4.617>

Rego, A., Cunha, M., Gomes, J., Cunha, R., Cabral-Cardoso, C., & Marques, C. (2015). *Manual de gestão de pessoas e de capital humano* (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo, Lda.

Ribeiro, C., Borba, R., & Rezende, M. (2009). O brinquedo na assistência à saúde da criança. Em E. Fujimori, & C. Ohara, *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica* (pp. 287-327). São Paulo: Manole.

Romero, H. R., & Colmenares, S. M. (2015). Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. *Investigación en Enfermería y Desarrollo*, 17(1), pp. 113-130.

Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em Situações de doença e hospitalização. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, *WONG - Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed., Vol. II, pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.

Santos, A. M., Amorim, N. M., Braga, C. H., Lima, F. D., Macedo, E. M., & Lima, C. F. (2011). Vivências de familiares de crianças internadas em um serviço de pronto-socorro. *Rev Esc Enferm USP*, 45(2), pp. 473-479.

Santos, L. M., Oliveira, V. M., Santana, R. C., Fonseca, M. C., Neves, E. d., & Santos, M. C. (2013). Maternal experiences in the pediatric intensive care unit. *Rev Pesq Cuid Fundam [Internet]*. 2013 [cited 2016 May 15];5(1):3432-42. *Revista Pesquisa Cuidado é Fundamental [online]*, 5(1), pp. 3432-3442.

Schön, D.-A. (1994). *Le praticien réflexif: à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal: Éditions Logiques.

Silva, C., Cintra, S., & Ribeiro, C. (2006). The teaching of play/therapeutic play in Nursing schools in São Paulo State. *Revista Brasileira Enfermagem [Internet]*, 59(4), pp. 497-501.

Silva, E. A., Neto, J., Figueiredo, M. C., & Barbosa-Branco, A. (2007). Práticas e condutas que aliviam a dor e o sofrimento em. *Com. Ciências Saúde*, 18(2), pp. 157-166.

Silva, J. R., Pizzoli, L. M., Amorim, A. R., Pinheiros, F. T., Romanini, G. C., Silva, J. G., . . . Alves, S. S. (2016). Using Therapeutic Toys to Facilitate Venipuncture Procedure in Preschool Children. *Pediatric Nursing*, 42(2), pp. 61-68.

Silva, M. (2017). A importância do brincar para crianças hospitalizadas e a brinquedoteca como espaço de humanização. *Revista Científica da FASETE*, pp. 165-178.

Sousa, D. (2013). *Competências e Saberes em Enfermagem*. Obtido em 13 de Março de 2019, de Ordem dos Enfermeiros: <https://docplayer.com.br/7743245-Competencias-e-saberes-em-enfermagem.html>

Sousa, P. P. (2014). *O conforto da pessoa idosa: projeto de vivência e cuidado co-criado*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Srouji, R., Ratnapalan, S., & Schneeweiss, S. (2010). Pain in Children: Assessment and Nonpharmacological Management. *International Journal of Pediatrics*, pp. 1-11. doi:10.1155/2010/474838

Stephens, B., Barkey, M., & Hall, H. (1999). Techniques to comfort children during stressful procedures. *Accident & Emergency Nursing*, 7(4), pp. 226-236.

Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. Guanabara Koogan. (5ª edição ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

UNICEF . (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*.

Viegas, D. (2007). *Brinquedoteca Hospitalar. Isto É Humanização* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Wak ed.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e Cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Wheeler, H. J. (2005). The importance of parental support when caring for the acutely ill child. *Nursing in Critical Care*, pp. 56-62. doi:10.1111/j.13621017.2005.00106.x

Wong, D. L. (2003). *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à interação efetiva* (7ª ed.). Rio Janeiro: Guanabara Koogan.

World Health Organization. (2012). *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. Obtido em 20 de novembro de 2018, de World Health Organization.



# ANEXOS

---

***ANEXO I – Estrutura Taxonómica do  
Conforto de Kolcaba***

---

		Tipo de Conforto		
		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Contexto no qual ocorre o conforto	Físico			
	Psico-espiritual			
	Ambiental			
	Social			

**Tipo de conforto:**

*Alívio:* Estado do doente que viu satisfeita uma necessidade específica.

*Tranquilidade:* Estado de calma ou contentamento.

*Transcendência:* Estado no qual alguém suplanta os seus problemas ou sofrimento.

**Contexto no qual ocorre o Conforto:**

*Físico:* Pertencente às sensações corporais.

*Psico-espiritual:* Pertencente à consciência interna do *self*, incluindo a estima, o conceito, o sexual e o significado na vida de alguém; a relação de alguém com uma ordem ou um ser mais elevados.

*Ambiental:* Pertencente ao meio, às condições e influências externas.

*Social:* Pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais.

**Referência**

Dowd, Thérèse. (2002). Teoria do Conforto. In Tomey, A., *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª edição – pp. 699 – 715). Loures: Lusociência.

# APÊNDICE

---

***APÊNDICE I -***  
***Cronograma dos Estágios***

---

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	Anos	2018						Férias	2018												2019				
	Meses	Maio			Junho				Setembro		Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro					
	Dias	14	21	28	04	11	18		17	24	01	08	15	22	29	05	12	19	26	03	10	17	24	07	14
Serviços		18	25	01	08	15	22	21	28	05	12	19	26	02	09	16	23	30	07	14	21	6/1	11	18	01/04
<i>Cuidados de Sa- úde Primários: Unidade de sa- úde Familiar</i>																									
<i>Unidade de Cui- dados Intensi- vos/ Intermédios Neonatais</i>																									
<i>Unidade de Cui- dados Intensivos Pediátricos</i>																									
<i>Serviço Interna- mento de Pedia- tria</i>																									
<i>Elaboração e Apresentação do Relatório</i>																									

---

***APÊNDICE II – Artigo Científico – Estratégias não farmacológicas utilizadas em Neonatologia: Quais as mais adequadas e suas vantagens (Resumo do Artigo)***

---

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º MESTRADO EM ENFERMAGEM,

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular Estágio Final

# **Estratégias não farmacológicas utilizadas em Neonatologia: quais as mais adequadas e suas vantagens**

## Revisão integrativa da literatura

Docente responsável pela Unidade Curricular: Professora Doutora Antónia Chora

Docente orientadora: Professora Margarida Malcata

Docente coorientadora: Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Discente:

Cátia Silva (n.º 170531104)

SETÚBAL 2019



## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º MESTRADO EM ENFERMAGEM,

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular Estágio Final

# **Estratégias não farmacológicas utilizadas em Neonatologia: quais as mais adequadas e suas vantagens**

## Revisão integrativa da literatura

Docente responsável pela Unidade Curricular: Professora Doutora Antónia Chora

Docente orientadora: Professora Margarida Malcata

Docente coorientadora: Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Discentes:

Cátia Sofia Caldas Baptista da Silva (n.º 170531104)

Setúbal, 28 de janeiro de 2019

## INTRODUÇÃO TRABALHO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, sob a regência da Professora Doutora Antónia Chora, orientação da Professora Margarida Malcata e coordenação da Professora Doutora Ana Lúcia Ramos, inserida 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, curso em associação entre a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Beja, Portalegre, Castelo Branco e a Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, da Universidade de Évora, no ano letivo de 2018/2019.

A avaliação da unidade curricular consiste na elaboração de um artigo científico que poderá ser posteriormente publicado em revista indexada à escolha dos estudantes.

A revisão de literatura efetuada, realizou-se com recurso à metodologia apresentada pelo *The Joanna Briggs Institute* e modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) para a estruturação da informação recolhida, construída de acordo com as normas de publicação definidas para os autores da *Journal of Clinical Nursing, The International Voice of Nursing Research, Theory and Practice* (JCN).

Com um CiteScore, em 2016, de 1,57, a JCN visa promover o desenvolvimento e a partilha de conhecimento com impacto direto na prática de enfermagem, sendo a evolução da mesma e os padrões de mudança do trabalho interprofissional elementares para o enriquecimento dos conhecimentos sobre a necessidade clínica e as implicações na intervenção em enfermagem. O valor do seu fator de impacto é de 1.214.

O trabalho conseqüente encontra-se estruturado em duas partes: introdução, presente capítulo onde se expõem os principais objetivos do documento e se identifica a revista cujas normas de publicação foram matrizes orientadoras; e proposta de artigo, cujo tema é “Estratégias não farmacológicas utilizadas em Neonatologia: quais as mais adequadas e suas vantagens. Uma revisão integrativa da literatura.”

A execução do documento em apreço está de acordo com as normas da American Psychological Association, tendo sido redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico.

---

## **Estratégias não farmacológicas utilizadas em Neonatologia: quais as mais adequadas e suas vantagens**

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

---

## **Non-pharmacological strategies used in neonatology: which are the most adequate and what are their advantages**

INTEGRATIVE REVIEW OF LITERATURE

Cátia Sofia Caldas Baptista da Silva<sup>1</sup>; Margarida Malcata<sup>2</sup>; Ana Lúcia Caeiro Ramos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira de Cuidados Gerais no Serviço de Urgências Pediátricas do Hospital Garcia de Orta – Almada, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

<sup>2</sup>Professora Orientadora da Unidade Curricular de Estágio Final decorrente do Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

<sup>3</sup>Professora Doutora Coorientadora da Unidade Curricular de Estágio Final decorrente do Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

### **RESUMO**

**Propósito e objetivos:** Conhecer as estratégias não farmacológicas de alívio da dor dos recém-nascidos internados em unidades de cuidados intensivos e/ou intermédios neonatais e, concomitantemente, identificar as práticas sensíveis à enfermagem que respondam às necessidades dos neonatos na avaliação da dor para diminuição de possíveis consequências.

**Enquadramento:** Há vários anos que a dor tem sido estudada, contudo apenas no início do século XX, após vários estudos científicos efetuados, verificou-se que ao contrário do que se pensara até então, os neonatos eram capazes de sentir dor, uma vez que possuem neurotransmissores capazes de lhes transmitirem essa sensação. Devido à imaturidade do seu sistema nervoso e das vias de recetores periféricos, estes não só sentem dor como são ainda mais sensíveis aos estímulos desagradáveis quando comparados com as outras idades, sendo apenas incapazes de a expressarem. Com o objectivo de minimizar a dor, foram desenvolvidas estratégias não-farmacológicas que se tornaram excelentes aliadas das equipas de enfermagem na minimização

de possíveis sequelas provocadas pela dor não tratada nos recém-nascidos, durante os procedimentos. Essas mesmas estratégias têm como vantagem não só serem menos dispendiosas e mais fáceis de administrar, como também não acarretarem, na maioria dos casos, os efeitos adversos das medidas farmacológicas.

**Método.** Procedeu-se a uma revisão integrativa de literatura, com recurso à metodologia apresentada pelo The Joanna Briggs Institute (2015) e modelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para a estruturação da informação recolhida.

**Resultados.** Das 86 publicações encontradas, 6 foram integradas na revisão. Para a exibição dos resultados analisaram-se os conteúdos sensíveis à enfermagem, que permitiam edificar respostas à pergunta de revisão elaborada, com particular destaque para a avaliação da dor e as principais estratégias não farmacológicas usadas.

**Conclusões.** Da presente revisão de literatura emerge a necessidade de elaboração de guias orientadores da prática para a inclusão das medidas não farmacológicas na prática do dia-a-dia da prestação de cuidados, com o intuito proporcionar um ambiente mais adequado ao neonato e minimizar possíveis sequelas consequentes da exposição à dor, sensibilizando as equipas para estes factos.

**Palavras-chave:** Dor (DeCS), Enfermeira Pediátrica (DeCS), Hospitalização (DeCS), Recém-nascido (DeCS), Conforto (DeCS).

## RESUME

**Reason and objective:** To know the non-pharmacological strategies of pain-relief in newborn babies hospitalised in intensive or intermediates care units and, at the same time, to identify nursing practices that can answer the needs of newborns in the evaluation of pain, so that possible consequences can be diminished.

**Framework:** For years pain has been studied. However, only at the beginning of the 20<sup>th</sup> century, after several scientific studies took place, was it verified that, contrary to what until then was believed, newborns were capable of feeling pain, as they possess neurotransmitters capable of delivering such sensation. As a result of the immaturity of their nervous system as

well as of the peripheral receptor pathways, newborns can not only feel pain but are evermore sensitive to unpleasant stimuli when compared to other age groups, with the single difference that they are unable to convey the feeling. With the aim of minimising pain, non-pharmacological strategies were developed and became an excellent ally of nursing teams in the minimising of possible consequences of untreated pain in newborns, during the nursing procedures. Those non-pharmacological strategies also have the advantage of not only being less expensive and easier to administer, but also not entailing, in most cases, the adverse effects of the pharmacological approaches.

**Methodology:** We engaged in an integrative review of the literature, using the methodology prescribed by The Joanna Briggs Institute (2015) and the PRISMA model (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), to structure the gathered information.

**Results:** From the 86 publications found, 6 of them were integrated into our review. To achieve our results, we analysed the content, relevant to the nursing practice, that could allow us to identify the answers to our starting question, with particular emphasis in pain evaluation and the main non-pharmacological strategies used.

**Conclusions:** From the literature review it became clear to us the need to develop guidelines that help not only create awareness in the nursing teams, but also allow for the integration of non-pharmacological approaches into the day-to-day nursing practices, with the aim of minimising possible consequences of the exposure to pain of newborns, thusly creating a more adequate environment for them.

**Key-words:** Pain (DeCS), paediatric nurse (DeCS), hospitalisation (DeCS), newborn (DeCS), Comfort (DeCS).

---

***APÊNDICE III -***  
*Estudo de Caso*

---

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º MESTRADO EM ENFERMAGEM,

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular: Estágio I

### ESTUDO DE CASO

# Cuidados de Enfermagem à criança com 12 meses

Docente responsável pela Unidade Curricular: Professor António Casa Nova

Docente orientadora de estágio: Professora Margarida Malcata

Enfermeira orientadora da USF

Discentes:

Cátia Silva (n.º 170531104)

SETÚBAL

2018

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º MESTRADO EM ENFERMAGEM,

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular: Estágio I

### ESTUDO DE CASO

# Cuidados de Enfermagem à criança com 12 meses

Docente responsável pela Unidade Curricular: Professor António Casa Nova

Docente orientadora de estágio Professora Margarida Malcata

Enfermeira orientadora da USF

Discentes:

Cátia Sofia Calda Baptista da Silva (n.º 170531104)

Setúbal, 16 de junho de 2018



## Índice

Introdução.....	XIX
1. Breve revisão da Literatura sobre o Desenvolvimento infantil, dinâmica familiar e papel do EEESIP.....	XXII
1.1. Desenvolvimento infantil e principais instrumentos utilizados para a sua avaliação e vigilância .....	XXII
1.2. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ).....	XXIV
1.3. Família e sua avaliação.....	XXV
1.3.1. Modelo de Avaliação Familiar de Calgary.....	XXVII
1.4. Competências do enfermeiro especialista e mestre.....	XXVIII
2. O Caso do R.G.....	XXXII
Considerações Finais.....	XXXIII
Referências .....	XXXIV
Anexos .....	XXXVI
Anexo 1 – Parâmetros a avaliar na consulta do 1 aos 3 anos.....	XXXVII

## **Abreviaturas**

**CCF** – Cuidados Centrados na Família

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**EEESIP** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PNA** - Pielonefrite Aguda

**PNSIJ** - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

**UC** – Unidade Curricular

**USF** – Unidade de saúde Familiar

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio I, no ano letivo 2017/2018, inserida no segundo semestre do Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, sob a regência do Professor António Casa Nova, com a colaboração e orientação da Professora Margarida Malcata.

O objectivo geral do estágio prende-se com capacitar o estudante a refletir, desenvolver, mobilizar e integrar competências científicas, técnicas e humanas para uma prestação de cuidados de excelência, através do planeamento, execução e da gestão de cuidados de enfermagem especializados em saúde infantil e pediátrica à criança/ jovem e família, mencionando as competências do enfermeiro especialista e a sua importância nomeadamente: na assistência à maximização da saúde; na promoção do crescimento e desenvolvimento; na implementação e gestão da saúde promotora da parentalidade; no diagnóstico precoce e intervenção em situação de doença; nas situações de risco que afetem a vida/qualidade de vida da criança/jovem e na prestação de cuidados específicos ao longo do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem, tal como definidos no programa da Unidade Curricular (UC). Para tal, foi proposto como um dos instrumentos de avaliação desta UC, a realização de um estudo de caso, relativo à família do menino R.G., refletindo de forma crítica e construtiva sobre o desenvolvimento infantil, englobando a família e procurando maximizar o seu potencial de desenvolvimento, a sua saúde e bem-estar, ao nível dos cuidados de saúde primários. A avaliação do desenvolvimento é um elemento de grande relevância na avaliação completa de saúde da criança/jovem, permitindo identificar problemas e potenciais riscos no desenvolvimento da mesma, que poderão ter repercussões, no imediato e/ou no futuro, no seu crescimento e na sua qualidade de vida, sendo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), o elemento de referência para estes cuidados, torna-se evidente o seu papel na avaliação do desenvolvimento de uma criança/jovem, pois tratando-se de uma intervenção autónoma de enfermagem, esta exacerba a importância do EESIP nas equipas de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014; Ordem dos Enfermeiros (OE), 2017; Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010a).

O estudo de caso é um dos métodos de educação mais antigos. Florence Nightingale já utilizava uma variação com os seus alunos, contudo ao longo dos últimos anos este foi sendo adaptado,

refletindo o interesse da profissão em organizar o seu trabalho (Galdeano, Rossi, & Zago, 2003). Segundo Galdeano, Rossi, & Zago (2003) “o estudo de caso clínico fundamenta as ações de enfermagem; proporciona uma assistência individual e personalizada, na qual o paciente é visto como um ser único e não como um conjunto de sinais e sintomas; proporciona um elo entre as diversas áreas que atuam de forma intervencionista nos problemas do paciente; proporciona uma familiarização da enfermeira com a literatura científica, utilizada para embasar suas decisões; contribui na formação de um corpo concreto de conhecimento de enfermagem” (Galdeano, Rossi, & Zago, 2003, p. 373). Segundo os mesmos autores este “permite que o profissional observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações” (Galdeano, Rossi, & Zago, 2003, p. 373).

Tendo em conta o supracitado e o objectivo geral do trabalho, foram definidos os seguintes objetivos específicos: caracterizar e fundamentar as diferentes fases da elaboração de um estudo de caso; compreender as intervenções do EEESIP ao nível dos cuidados de saúde primários face à problemática em causa, nomeadamente, no que diz respeito aos aspetos do crescimento e desenvolvimento infantil na maximização do potencial da mesma; aprofundar saberes sobre a identificação de problemas de enfermagem no âmbito do crescimento e desenvolvimento infantil, através da leitura de textos de diversos autores peritos no tema; identificar quais os diagnósticos de enfermagem e respetiva proposta de intervenção, com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) promotora de um estilo de vida saudável para a família em causa; reconhecer, mobilizar e integrar conhecimentos sobre os instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil mencionados no Plano Nacional de Saúde Infantil; reconhecer, mobilizar e integrar conhecimentos sobre as ferramentas existentes para a avaliação familiar, privilegiando os cuidados centrados na família (CCF); desenvolver saberes sobre o processo de crescimento e desenvolvimento da criança de 12 meses; desenvolver e mobilizar competências conducentes à atribuição do título de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, nomeadamente no que concerne ao domínio da promoção do crescimento e do desenvolvimento, com vista à maximização da saúde da criança.

Em termos estruturais, o presente documento é organizado em três partes: introdução, desenvolvimento e considerações finais. Na **introdução**, capítulo em curso, identifica-se e fundamenta-se a temática elegida, enumerando os principais objetivos do trabalho (1). O **desenvolvimento** encontra-se dividido em dois subcapítulos, em que o primeiro inclui uma breve revisão da literatura sobre o desenvolvimento infantil e os principais instrumentos utilizados para a sua avaliação e vigilância, um breve resumo sobre o programa nacional de saúde infantil e juvenil,

sobre a avaliação familiar e o Modelo de Calgary, terminando na menção às competências do enfermeiro especialista, com particular destaque para as competências na área de especialidade de saúde infantil e pediátrica. Por outro lado, o segundo subcapítulo integra o estudo de caso em si, iniciando-se com a identificação e informações gerais sobre o R.G., a que se sucede um breve apontamento sobre as teorias de desenvolvimento e a sua aplicabilidade ao caso. No mesmo capítulo será ainda enquadrado o programa nacional de saúde infantil e o modelo de parceria de cuidados da família G., realizando uma avaliação familiar. Este subcapítulo finaliza com a história da saúde e a consulta de vigilância infantil, culminando na deliberação dos diagnósticos de enfermagem e respetivas propostas de intervenção, com vista à maximização da saúde de R.G. e sua família, com recurso à linguagem CIPE (2). O documento culmina nas **considerações finais**, que consta num breve resumo do trabalho, analisando se os objetivos propostos na fase introdutória foram alcançados, refletindo sobre os aspetos facilitadores e dificultadores com os quais me deparei ao longo do trabalho, enaltecendo a importância que a realização do trabalho apresentou no meu desenvolvimento académico, pessoal e profissional (3).

A execução deste documento seguiu as normas de elaboração e apresentação de trabalho escritos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, as normas de citação e bibliografia preconizadas pela *American Psychological Association* [APA] e foi redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico.

## **1. BREVE REVISÃO DA LITERATURA SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL, DINÂMICA FAMILIAR E PAPEL DO EEESIP**

### **1.1. Desenvolvimento infantil e principais instrumentos utilizados para a sua avaliação e vigilância**

Desde a concepção até ao momento que morre, o ser humano passa por várias alterações, tanto ao nível do seu crescimento como do seu desenvolvimento que o tornam singular, não só na evolução do seu próprio ciclo de crescimento e desenvolvimento, mas também na forma como a sua saúde é afetada (Hockenberry & Wilson, 2014). Desta forma podemos compreender que crescer e desenvolver-se são duas dimensões diferentes, mas igualmente importantes na formação do ser humano. O crescimento abrange as mudanças físicas que ocorrem no indivíduo ao longo da sua vida, podendo deste modo ser visto como uma mudança quantitativa, caracterizada pelo aumento do tamanho e do peso do todo ou de qualquer uma das partes, decorrentes do aumento do número e tamanho das células (Hockenberry & Wilson, 2014; Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2013).

Por outro lado, o desenvolvimento, segundo Potter, Perry, Stockert, & Hall (2013), é caracterizado por modificações a nível biológico, cognitivo e socioeconómico que se prolongam no tempo. Trata-se de um processo dinâmico e complexo de alterações que vão desde a mais simples às de maior complexidade ao longo do ciclo de vida, através da maturação, crescimento e aprendizagem, podendo ser definido como uma mudança qualitativa do desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2014). O desenvolvimento abrange assim as diferenças individuais de cada um, inatas ou provenientes da experiência, sendo composto por três domínios principais que embora possam ser analisados de forma individual, relacionam-se entre si: desenvolvimento cognitivo, psicossocial e desenvolvimento físico ou motor (Papalia & Feldman, 2013).

O desenvolvimento cognitivo diz respeito às capacidades mentais de cada um, como a aprendizagem, a atenção, a criatividade, o pensamento, o raciocínio, a linguagem e a memória (Papalia & Feldman, 2013). O desenvolvimento psicossocial reflete os aspetos inatos da personalidade e a influência ambiental no desenvolvimento do indivíduo, sendo por isso caracterizado pela emoção, relação interpessoal e personalidade (Papalia & Feldman, 2013). Por último o desenvolvimento físico ou motor, diz respeito ao crescimento neurológico, físico, sensorial e à saúde do indivíduo, sendo deste modo um processo sequencial, sistemático e evolutivo (Papalia & Feldman, 2013). A avaliação do desenvolvimento é imprescindível para a identificação precoce

de possíveis perturbações psicomotoras, adequando as intervenções necessárias (Direção-Geral da Saúde, 2013).

É na infância, entre os 0 e os 2 anos de idade que o indivíduo mais se desenvolve, sendo nesta fase que ocorrem as principais adaptações ao meio que a rodeia, fazendo com que qualquer atraso na sua mobilidade afete essa exploração do meio ambiente (Hockenberry & Wilson, 2014; Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2013). Primeiro ocorre a aquisição de capacidades motoras simples, de resposta espontânea aos estímulos, tornando-se estas aptidões, gradualmente mais complexas, estáveis e controladas (Papalia & Feldman, 2013). A Direção Geral de Saúde (DGS, 2013) descreve assim o desenvolvimento psicomotor como “um processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções” (Direção-Geral da Saúde, 2013), por outro lado o *International Council of Nurses* (2011), caracteriza o processo de desenvolvimento infantil como evolutivo e natural, integrando aspetos como comunicação, coordenação, mobilidade e socialização para determinar a capacidade do indivíduo interagir com o meio que o rodeia (*International Council of Nurses* [ICN], 2011). Não obstante os acontecimentos esperados como normativos para cada faixa etária numa determinada população, alguns estudiosos desenvolveram teorias no sentido de estruturar o desenvolvimento infantil, através da existência de padrões do desenvolvimento humano (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2013). Ao longo dos últimos anos várias foram as teorias que surgiram para a compreensão do desenvolvimento, estando todas elas interligadas numa perspetiva: psicanalítica, de aprendizagem, cognitiva, etológica e contextual, que passarei a explicar de forma sucinta de seguida. A perspetiva psicanalítica defende que o comportamento humano se desenvolve sobre a influência da sociedade e é motivado por forças inconscientes, emoções e instintos, sendo defendida pela Teoria Psicosexual de Sigmund Freud e a Teoria Psicossocial Erik Erikson (Erikson, 2000; Papalia & Feldman, 2013). Albert Bandura desenvolveu a Teoria da Aprendizagem Social que nos diz que a aprendizagem é adquirida através dos comportamentos observados e pela imitação dos mesmos (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2013). Por outro Jean Piaget, valorizava os processos do pensamento cognitivo/ operacionais, mencionados na sua Teoria Cognitiva dos Estádios (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2013). Na sua teoria ele relata o papel ativo da criança no desencadear do seu desenvolvimento cognitivo defendido por Piaget (Papalia & Feldman, 2013).

Da crença nos comportamentos inatos e específicos do ser humano e da sua evolução, nasceu por Bowlby e Mary Ainsworth a Teoria da Vinculação, na perspetiva etológica. Por outro lado,

um dos campos de investigação mais alargados da Psicologia do século XX, focaliza a importância dos adultos na interação social e na aprendizagem das crianças, enaltecendo o impacto que o contexto social tem para o desenvolvimento da mesma, esta perspetiva contextual advém da Teoria Sociocultural de Lev Vygostsky (Ferreira & Pinho, 2010). É ainda essencial mencionar o modelo de *Touch Points* ou Pontos de Referência de T de Berry Brazelton, que oferece estratégias para incitar a relação de confiança, de diálogo e de negociação entre os profissionais e os pais (Brazelton, 2013). Este é caracterizado por alterações rápidas no comportamento, em qualquer área do desenvolvimento - motor, cognitivo ou emocional (Brazelton, 2013).

Com o objectivo de obter uma intervenção mais precoce e apropriada possível aquando da identificação das alterações, é importante, avaliar de forma sistemática o desenvolvimento da mesma considerando todos os fatores de risco biológicos e ambientais que, de alguma forma, possam intervir e exercer uma influência negativa sobre o seu desenvolvimento normal. Todas estas ações têm como finalidade obter a maximização das potencialidades da criança e a minimização das suas dificuldades (Castelo & Fernandes, 2009).

## **1.2. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ)**

Nos últimos anos, os ganhos em saúde referentes às duas primeiras décadas do ciclo de vida têm sido marcantes. Os fatores de ordem cultural, política, socioeconómica, género, os recursos comunitários, o ambiente físico e as dimensões individuais de cariz genético e comportamental, o acesso aos serviços de saúde e a cuidados de qualidade foram elementos fundamentais na ocorrência desta evolução (Direção-Geral da Saúde, 2013). É incontornável o impacto positivo da prestação de cuidados de saúde no Programa-tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil, criado em 1992 e modificado pela última vez em 2013, em resposta às necessidades de melhoria dos padrões de qualidade, harmonizando os conteúdos das ações de saúde com as novas evidências científicas e com novas morbilidades. É nesse processo continuado de adequação que se insere o presente texto, agora designado Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (Direção-Geral da Saúde, 2013).

O PNSIJ visa avaliar e promover o desenvolvimento infantil, oferecendo as mesmas oportunidades a todas as crianças, independentemente da comunidade em que estão inseridos ou dos contextos socioeconómicos das suas famílias (Direção-Geral da Saúde, 2013). É prioritária a deteção e o apoio às crianças que apresentam necessidades especiais, em situação de risco ou



vulnerabilidade (Direção-Geral da Saúde, 2013). É neste âmbito que emergem os cuidados antecipatórios nos diferentes contextos, permitido através da realização de diferentes atividades, por exemplo, a distribuição de material informativo e em sessões de informação/educação para a saúde (Direção-Geral da Saúde, 2013). A consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil é um momento privilegiado para a avaliação da criança/jovem permitindo reconhecer precocemente alterações e/ou situações de risco, atuando atempadamente na implementação de estratégias preventivas e promotoras de desenvolvimento, dotando os pais do conhecimento necessário ao seu melhor desempenho, com particular destaque, no que diz respeito à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade (Direção-Geral da Saúde, 2013; Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010a). Ao longo de todo o seguimento da criança/jovem e família é importante o enfermeiro observar a criança como um todo, de forma efetiva, continua e flexível, marcando novas datas de consultas de vigilância sempre que considerar pertinente para a criança, não ficando apenas pelas preconizadas pela Direção-Geral da Saúde (DGS). Para tal é importante uma atualização constante e consistente dos conhecimentos sobre desenvolvimento infantil, sendo que os EEESIP têm neste campo um papel fundamental tendo em conta as competências que possuem nomeadamente ao nível do: **Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e de prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem** (Ordem dos enfermeiros, 2018a).

De forma a possibilitar a deteção precoce de alterações do desenvolvimento, a Ordem dos Enfermeiros e a DGS aconselham a aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan, integrada num processo de vigilância continuada da saúde infantil. Segundo dados da DGS (2013), a utilização destes instrumentos de avaliação, possibilita a deteção de cerca de 70-90% das situações de desvios de desenvolvimento, contrastando com a avaliação clínica isolada que identifica somente 30%, apesar de continuar a ser a mais utilizada (Direção-Geral da Saúde, 2013).

### **1.3. Família e sua avaliação**

Sempre que contata com a criança/jovem/família, toda a equipa de saúde deve avaliar a dinâmica familiar e a rede de suporte sociofamiliar da mesma. Para que um individuo esteja plenamente satisfeito consigo mesmo, necessita de estar inserido num contexto familiar, económico e social, integrado numa família, grupo, comunidade ou sociedade. É com base nestes pressu-

postos que se torna impossível dissociar a promoção da saúde da criança/jovem da compreensão do meio que a envolve, sendo fundamental compreender ou tentar entender as crenças das famílias, demonstrando que algumas podem ou comprometem o desenvolvimento infantil e juvenil saudável (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na opinião de Relvas (1996), podemos afirmar que a “família é o primeiro espaço onde a criança se integra e onde vai estruturar a sua personalidade. É a primeira Instituição Social que assegura e responde a determinadas necessidades tais como amor, carinho, afeto, alimentação, proteção e socialização, sendo um sistema que muda em função do espaço e do tempo” (Relvas, 1996). O conceito de família apresentado pela OMS em 1994 sublinha a importância de ultrapassar a ideia de laços biológicos ou legais, não podendo ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Família, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2008) é o grupo cujas relações são baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum (Ordem dos enfermeiros, 2008). Podemos concluir assim que não existe uma definição consensual sobre o conceito de família. De acordo com Hockenberry, Wilson, & Winkelstein (2011), tendo em conta o supracitado e assumindo que cada um pode escolher quem considera da sua família, cabe ao enfermeiro esclarecer junto da criança e figuras significativas / pais, quem exerce o papel parental em cada caso (Hockenberry & Wilson, 2014).

Importa deste modo definir o que é a parentalidade, que de acordo com CIPE (2015), é “o processo de tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados e inadequados” (Classificação Internacional de Enfermeiros, CIPE® - Versão 2015) Assim, a parentalidade surge como o conjunto de ações realizadas pelas figuras parentais de cada criança/jovem, utilizando os recursos intra e extrafamiliares, com o objetivo de promover o seu desenvolvimento (Cruz, 2013), sendo o adequado desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social da criança e jovem da responsabilidade do adulto. O reconhecimento da família como fulcral na vida da criança está no centro dos CCF, um dos pilares da enfermagem em pediatria, que tem como pressupostos fundamentais a dignidade, o respeito, a partilha de informação, a promoção da participação e colaboração, a par do empoderamento e capacitação da família (Hockenberry & Wilson, 2014). Cabe ao enfermeiro, transmitir os conhecimentos sobre

desenvolvimento infantil aos pais, ajudando-os nas tomadas de decisões, para que estes consigam lidar com os comportamentos desafiadores de cada fase do ciclo de vida da criança, com os seus pontos fortes e fracos numa tentativa de desencadear estratégias (Hockenberry & Wilson, 2014; Ordem dos enfermeiros, 2018). Deste modo, torna-se imprescindível a avaliação do risco familiar, tentando compreender a influência que o meio pode ter na prestação dos cuidados prestados e quais as intervenções de enfermagem que devem ser delineadas, sendo o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary um precioso recurso para este efeito (Wright & Leahey, 2012).

### 1.3.1. Modelo de Avaliação Familiar de Calgary

O Modelo de Avaliação Familiar de Calgary consiste em estudar a família, a sua composição e os relacionamentos entre os seus elementos. Tem como princípio a existência de subsistemas de interação familiar, com o objetivo de promover um constante equilíbrio. O modelo configura três categorias principais para a avaliação familiar: avaliação estrutural, do desenvolvimento e funcional, tal como se verifica no diagrama ramificado seguinte (Wright & Leahey, 2002).

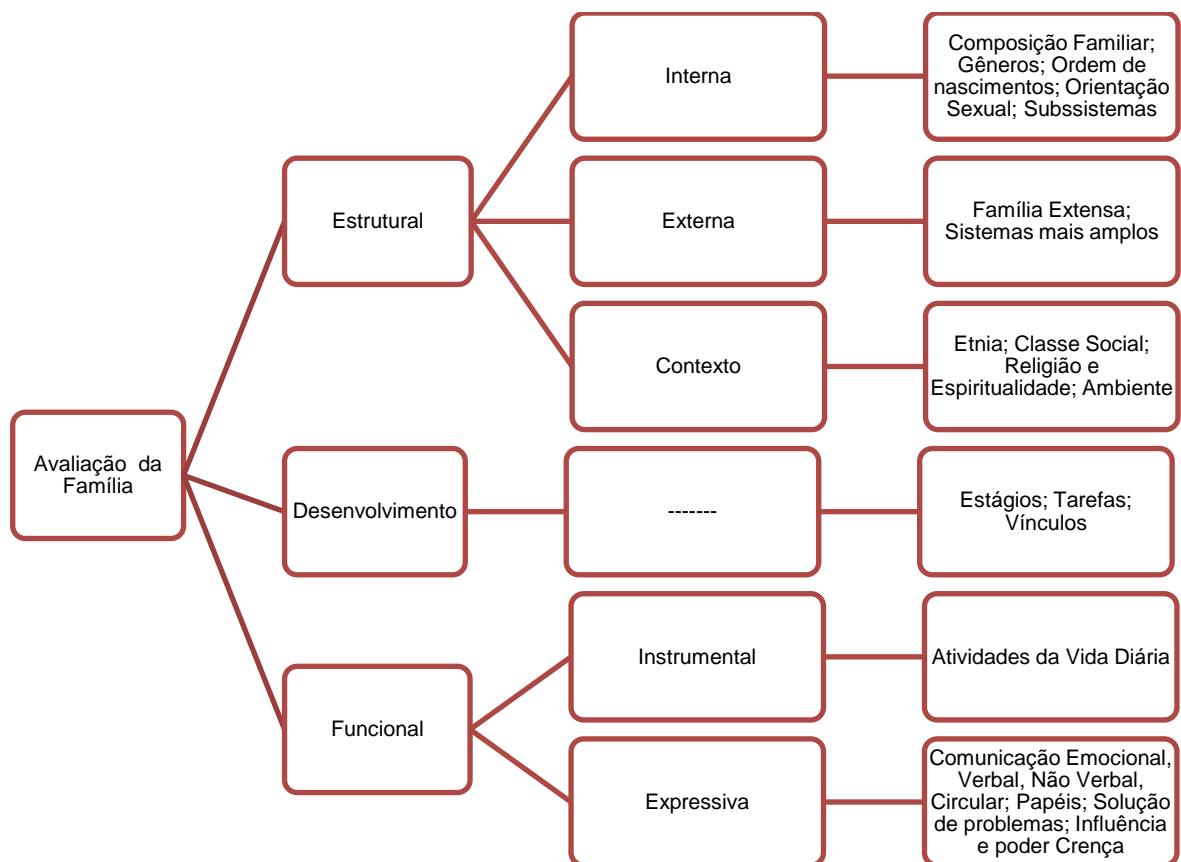


Figura 1 - Diagrama Ramificado do Modelo de Avaliação da Família de Calgary.

Fonte: Wright & Leahey, (2002, p.6)

Na aplicação do modelo de Calgary, o enfermeiro de família investiga as categorias e/ou subcategorias mais pertinentes para cada situação. Na avaliação **estrutural** são abordadas três subcategorias: estrutura interna da família onde é avaliada a composição da família e as características dos seus membros, sendo utilizado para tal, o Genograma da Família; estrutura externa da família onde se avalia as interações familiares nos sistemas mais amplos (p. ex.: comunidade, a família alargada) e as comunicações internas entre os membros da família através do Ecomapa Familiar; o contexto, onde a colheita de dados é realizada enquadrando a família e os seus membros na planificação dos cuidados de saúde (Wright & Leahey, 2012).

Após a avaliação da estrutura da família avalia-se o **desenvolvimento** da mesma, através da categorização dentro do ciclo vital familiar em que se encontra cada família, revelando um ritmo próprio (Wright & Leahey, 2012). O nível **funcional** da família avalia o modo como os membros da família interagem e trabalham entre si. Na avaliação instrumental analisa-se as atividades de vida diária de cada membro da família (p. ex.: rotinas, hábitos, etc.) enquanto na avaliação expressiva o foco de atenção são as interações entre os membros da família, com o objectivo de identificar necessidades e compreender a família enquanto sistema complexo e multidimensional (Wright & Leahey, 2012).

#### **1.4. Competências do enfermeiro especialista e mestre**

Falar em pediatria é falar de criança com idade inferior a dezoito anos, detentoras de princípios éticos e legais e de direitos no sentido da promoção e proteção da sua saúde, sendo fundamental que os profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros atuem em conformidade para o seu bem-estar.

Devido às peculiaridades da população pediátrica, após a criação da Declaração dos Direitos Humanos que nos alerta para os direitos existentes inerentes a todos os seres humanos, esta teve de ser revista e adaptada à população em causa. Foi com base nestes direitos particulares que as crianças passaram a ter que foi concebida, mais tarde, a Declaração Universal dos Direitos das Crianças, cujo o objetivo era garantir o adequado crescimento e desenvolvimento de forma saudável, das mesmas (Augusto de Melo, Silva Marcon, & Teruya Uchimura, 2010). De acordo com o descrito na Convenção sobre os Direitos da Criança, retificada pelo Estado Português em 1990, as crianças eram percebidas como “todo o ser humano menor de 18 anos, constituem um grupo prioritário e justificam o maior empenhamento e disponibilidade por parte

dos profissionais e especial atenção dos gestores dos serviços de saúde” (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Como futuros EEESIP é imprescindível atuarmos na melhoria da saúde e /ou na minimização ou eliminação do sofrimento físico e psicológico da família tendo em conta a tríade (criança, família, equipe de saúde). Na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil é determinante a demonstração de conhecimento científico dos diferentes aspetos do desenvolvimento (físico, cognitivo, emocional, moral, motor, social, etc.), avaliando a criança/ jovem com a finalidade de transmitir orientações antecipatórias à família, que objetivem a obtenção do potencial máximo de desenvolvimento infantil (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018). Dito isto, é importante como EEESIP atuarmos ao nível dos cuidados atraumáticos, cujo objectivo passa por proporcionar um cuidado terapêutico através de um conjunto de intervenções que eliminem ou diminuam o sofrimento físico e psicológico das crianças e família (Hockenberry & Wilson, 2014), através da utilização de estratégias, como a presença dos pais e a relação parental no controlo da dor, dando à criança e família a possibilidade de expressar os seus medos e receios, com a finalidade de as preparar da melhor maneira possível para os procedimentos e situações. Os cuidados parentais são essenciais e promotores do desenvolvimento infantil pelo que se deve incidir na capacitação e empoderamento dos pais (Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo o Decreto-Lei nº156/2015, nº3 do artigo 4º do REPE, o “enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...), a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 99). O plano formativo, suportado pelas competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EEESIP preconizadas pela Ordem dos enfermeiros, tem como intuito adquirir e/ ou desenvolver competências na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Ordem dos enfermeiros, 2011).

É esperado que o enfermeiro especialista obtenha competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais mencionados pela ordem dos enfermeiros. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal estão associadas as competências para **uma prática profissional** e ética no seu campo de intervenção promovendo os cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Em relação ao domínio da melhoria contínua da

qualidade, este é composto pelas competências: desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade e criar e manter um ambiente terapêutico seguro (Ordem dos enfermeiros, 2011). O domínio da gestão de cuidados diz respeito à otimização da resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores à articulação na equipa multiprofissional e à liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados. Por último as competências no domínio das aprendizagens profissionais são: desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Ordem dos enfermeiros, 2011).

O título de especialista, independentemente da área clínica, visa o desenvolvimento da investigação que leve à melhoria da prática clínica. Este concede ao enfermeiro um papel influente na educação dos indivíduos, grupos e comunidade alvo de cuidados, assim como dos pares, na orientação, aconselhamento e liderança da equipa (Ordem dos enfermeiros, 2011).

Não obstante da importância das competências anteriormente mencionadas, importa mencionar as competências EEESIP que são: - **Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde** (unidades de competência - implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem); **cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade** (unidades de competência - reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; faz a gestão diferenciada da dor e do bem estar da criança/jovem, otimizando as respostas; responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; providencia cuidados à criança/ jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade); **presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem** (unidades de competência - promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais; comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; promove a autoestima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde) (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018).

Desta forma, pode-se afirmar de forma sucinta que, o EEESIP presta cuidados à criança saudável e/ou doente, nos diversos contextos de atuação de enfermagem, em parceria com a família/pessoa significativa, através de ações de educação para a saúde, no sentido de fomentar e intensificar o seu potencial máximo, pela identificação e mobilização dos recursos de suporte no binómio criança/família (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2018).

Torna-se assim fundamental que como futuros enfermeiros especialistas e mestres, desenvolvamos as competências em cima mencionadas e reflitamos sobre as atitudes e ações diárias, readaptando o processo organizacional relativamente ao acolhimento, interação e fatores redutores de stress, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde realizados à criança/jovem.

É com o objectivo de realizar uma correta vigilância em Saúde Infantil e Juvenil, que surge o programa de vigilância que objetiva intervenções que visam a obtenção contínua de ganhos em saúde nesta população, através da: avaliação do crescimento e desenvolvimento; da estimulação de comportamentos promotores de saúde (p. ex.: nutrição adequada, pratica regular de exercício físico, brincar entre outros); da promoção de comportamentos saudáveis e prevenção de riscos; da deteção precoce de situações de especial atenção, sinalizando e dando apoio continuo sempre que a situação assim exigir (p. ex.: malformações formações congénitas, alterações do comportamento, doenças crónicas/ crianças com deficiências, famílias/ crianças vitimas de abusos e maus tratos, etc.) e da prevenção e identificação de doenças comuns para as diferentes idades, alertando os pais e cuidadores para sinais e sintomas (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Para tal é importante a existência de sinergias entre as diferentes equipas (intra e interinstitucionais) com as famílias e a comunidade, através da otimização dos recursos disponíveis e das competências técnicas previamente adquiridas, utilizando sempre os princípios éticos e deontológicos, no sentido de assegurar e otimizar a vigilância adequada da saúde das crianças/ jovens (Direção-Geral da Saúde, 2013).

## **2. O CASO DO R.G.**

Neste capítulo irei abordar o caso do R.G., dando a conhecer a sua história de saúde, estrutura familiar e contexto social, realizando um plano de cuidados onde irei projetar possíveis intervenções a serem implementadas na consulta de vigilância que irá ser programada entre a consulta dos 12m e a consulta dos 24 meses (possivelmente aos 15 meses aquando da vacinação) dado o seu atraso na aquisição de determinadas competências de desenvolvimento. O caso seguinte é real com dados verídicos de uma criança seguida na consulta de vigilância de saúde infantil da USF, contudo o nome/ iniciais são fictícias protegendo assim a identidade da criança e família.

**Por motivos ético-legais e respeitando a privacidade da criança e família, optámos por retirar deste relatório a parte do desenvolvimento e análise da família em causa.**



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho possibilitou a consolidação de conhecimentos sobre a temática do desenvolvimento infantil, da avaliação familiar, e de todos os instrumentos disponíveis para uma melhor promoção da saúde. Foi igualmente importante reforçar os conhecimentos e como agir como futura EEESIP e mestre, na promoção de cuidados de elevada qualidade e excelência. O presente trabalho permitiu também refletir sobre as práticas, confrontando-as com a literatura científica disponível, revelando-se desta forma uma valiosa oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento pessoal, académico e profissional.

Deste modo, posso afirmar que alcancei os objetivos aos quais me propus e que se encontram descritos na introdução, não só ao nível das diferentes pesquisas realizadas sobre desenvolvimento, mas também sobre o conhecimento adquirido sobre o programa nacional de saúde infantil e juvenil, a avaliação e classificação familiar e de que forma posso atuar e melhorar os cuidados como futura EEESIP. Importa ainda ressaltar que foi a partir da aquisição destes conhecimentos que me foi permitido realizar e delinear um plano de ação para o menino em causa e sua família, levantando diagnósticos e intervenções de enfermagem para uma melhor prestação de cuidados. A construção da história obrigou-me ainda a mobilizar e sintetizar a informação que considerei mais relevante, desenvolvendo um raciocínio clínico e lógico na determinação das prioridades.

No que à saúde infantil diz respeito, o binómio criança/família deve merecer a contribuição de todos os enfermeiros, no estabelecimento de uma parceria cuidados que permitam a otimização da saúde, sendo fundamental o papel e as competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica na aplicação de intervenções promotoras do desenvolvimento e crescimento da criança, na procura da excelência dos cuidados prestados às crianças.

Como aspetos facilitadores destaco o apoio da enfermeira orientadora, assim como o exercício de treino realizado no âmbito da unidade curricular enfermagem de saúde infantil e pediátrica I, que me permitiu treinar os diagnósticos e intervenções de enfermagem segundo a CIPE, motivando o processo de aprendizagem. Dos aspetos dificultadores, posso destacar em primeiro lugar o facto de apenas ter estado em contacto com a família em dois momentos, e embora pense que tenha feito uma boa colheita, poderão existir aspetos importantes em relação à família que poderão não ter sido mencionados. Outro aspeto dificultador, foi o facto de trabalhar no âmbito hospitalar não tendo tido nenhum contacto com os cuidados de saúde primários, a não ser durante a licenciatura, pelo que constituiu um enorme desafio, agarrar numa situação real, estudá-la e realizar intervenções e/ou estratégias com vista à satisfação das necessidades da criança e sua família, na potencialização do seu desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS

- Augusto de Melo, W., Silva Marcon, S., & Teruya Uchimura, T. (Outubro/ Dezembro de 2010). A hospitalização de crianças na perspectiva de seus acompanhantes. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. *Revista Enfermagem UERJ*, 18, pp. 565-571. Obtido de <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a11.pdf>
- Brazelton, T. B. (2013). *O Grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (13ª ed.). (M. Peixoto, Trad.) Barcarena: Editorial Presença .
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), p. 1058–1062. doi:10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x
- Casey, A., & Mobbs, S. (novembro de 1988). Partnership in practice. *Nursing Times*, 84 (44).
- Castelo, T., & Fernandes, B. (2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Saúde Infantil*, 31, pp. 12-17.
- Classificação Internacional de Enfermeiros. (CIPE® - Versão 2015). *CIPE® Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (S. Silva Pedro Severino, Trans.). Genebra, Suíça: Lusodidacta.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto, Portugal: Editora LivPsic.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil . (M. d. Saúde, Ed.) *Circular Normativa n.º010/2013*.
- Erikson, E. H. (2000). *O Ciclo de Vida Completo*. (M. A. Verissimo Veronese, Trad.) Artmed.
- Ferreira, F., & Pinho, P. (11 de 01 de 2010). *Psicanálise e Teoria da Vinculação*. Obtido em 20 de 04 de 2018, de O portal dos Psicólogos: [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt)
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. (maio-junho de 2003). Roteiro Instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Rev Latino-am Enfermagem* , 11, pp. 371-375.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª edição ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- International Council of Nurses [ICN]. (2011). *CIPE® Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

- Jolley, J., & Shields, L. (2009). The evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24 (2), pp. 164-170. doi:10.1016/j.pedn.2008.03.010
- Ordem dos enfermeiros. (2008). *Ordem dos enfermeiros, ninguém está sozinho*. Obtido de Ordem dos enfermeiros, ninguém está sozinho: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em-parceria-na-constru%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-para-todos/>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 133, Regulamento n.º 422/2018, pp. 19192 - 19194.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2010a). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (Vol. I). Lisboa, Portugal: Enfermeiros, Ordem dos.
- Ordem dos enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - n.º 140/2019. *Diário da República*, p. 4744 4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Leiria, Portugal.
- Papalia, D., & Feldman, R. (2013). *Desenvolvimento humano* (12.ª ed.). Porto Alegre, Brasil: AMGH Editora Ltda.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2013). *Fundamentos de Enfermagem* (8ª Edição ed.). São Paulo, Brasil: Elsevier Editora Ltda.
- Relvas, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família, Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5.ª ed.). São Paulo, Brasil: Editora Roca.

# **Anexos do estudo de caso**

## ANEXO 1 – PARÂMETROS A AVALIAR NA CONSULTA DO 1 AOS 3 ANOS

### PARÂMETROS A AVALIAR

	12 M	15 M	18 M	2 A	3 A
Peso					
Comprimento/Altura					
IMC <sup>+</sup> /Percentil					
Tensão Arterial (TA)					17
Perímetro Cefálico					
Dentição	1	1	1	1	1
Anca/Marcha					
Visão **		7		12	12
Audição ***		7			
Exame Físico****	2		2	2	
Desenvolvimento ***	3		10, 11	13	18
Linguagem ***		8		14	19
Vacinação	4	4	4	4	4
Relação emocional/comportamento (perturbações)	5	9	11, 21	15, 21	20, 21
Rastreio de dislipidémias				16	
Risco de Maus Tratos*****					
Segurança do ambiente	6	6	6	6	6

\*\*\*Aplicação da Escala de rastreio de Mary Sheridan modificada (ver Texto de apoio 1 – Avaliação do desenvolvimento) das Recomendações do GRISI. [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/2/20080219173802\\_Consensos%20SPP\\_GRISI\\_38%285%29.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/2/20080219173802_Consensos%20SPP_GRISI_38%285%29.pdf)

\*\*\*\*Em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina – Orientação da DGS 005/2012 sobre mutilação genital feminina – [www.saudereprodutiva.dgs.pt](http://www.saudereprodutiva.dgs.pt)

1. Verificar o estado dentário – Se for detetado algum dente com cárie dentária, a situação é considerada de alto risco, justificando intervenção e encaminhamento adequado (ver Texto de apoio Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – aplicação em saúde infantil e juvenil – ponto 2).

2. Confirmar a presença de testículos nas bolsas e, em famílias de risco, pesquisar sinais de mutilação genital feminina – Orientação da DGS 005/2012 sobre mutilação genital feminina – [www.saudereprodutiva.dgs.pt](http://www.saudereprodutiva.dgs.pt)
3. Sinal de alerta – não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão; não brinca; não responde à voz; não estabelece contacto.
4. Verificar sempre o estado vacinal da criança e atualizá-lo de acordo com o PNV.
5. Sinal de alerta – dificuldade do bebé em estabelecer relações diferenciadas e em explorar.
6. Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer; exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/envolvente.
7. Verificar a consolidação das aquisições dos 12 M de idade.
8. Comunica os seus desejos ou necessidades apontando ou vocalizando.
9. Procura o cuidador como “base estável” quando algo o perturba.

## CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

	12 M	15 M	18 M	2 A	3 A
Alimentação	1	9	9	9	3,9
Saúde oral	2, 3	2, 3	2, 3, 12	2, 3, 17	2, 3
Desenvolvimento*	4	4	4, 13	4, 12	3
Relação emocional/comportamento/Perturbações	3, 5, 6	3, 5, 10, 11	5, 3, 10, 13, 14	3, 10, 14, 18	3, 14, 18, 19, 20, 21
Acidentes e segurança	3	3	3, 15	3	3
Calçado	3	3			
Estilos de vida saudáveis	7	7	16	16	16
Controlo de esfíncteres				3	
Vida na creche, ama e outros atendimentos diurnos	8	8	8	8	8

\*Atividades promotoras do desenvolvimento – ver **Texto de apoio 1 – Avaliação do desenvolvimento.**

1. Referir a anorexia fisiológica do segundo ano de vida.
2. A escovagem dos dentes deve ser efetuada duas vezes por dia (ver Texto de apoio 2 – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – aplicação em saúde infantil e juvenil).

3. Ler com os pais as informações que estão no BSIJ/emails do e Boletim entre a consulta atual e a próxima.
4. Estimular a linguagem, compreensiva e expressiva, através de conversas, canções, livros, “anúncios”, entre outros.
5. Falar sobre a afirmação da personalidade, birras e regras sociais.
6. Reforço positivo da capacidade exploratória do bebê.
7. Brincar, passear, dormir.
8. Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores.
9. Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras.
10. Independência, ansiedade de separação, terrores noturnos.
11. Promover o equilíbrio entre a necessidade de autonomia e a continuidade da proteção do bebê.

---

***APÊNDICE IV -***  
*Grelha de Observação*

---



### GRELHA DE OBSERVAÇÃO DO BRINCAR TERAPÊUTICO

Distração	Cognitivas				Comportamentais		Físicas				Emocional	Ambientais				Outras estratégias							
Idade	Distração (0-18 A)	Reforço positivo (0-18 A)	Imaginação Guiada (3A - 9 A)	Simulação (6M - 9 A)	Distração comportamental (6M - 18 A)	Relaxamento muscular – Respiração/ (3-18 A)	Aplicação frio (0-18 A)	Aplicação calor (0-18 A)	Massagem (0-18 A)	Posicionamento (0-18 A)	Presença familiares (0-18 A)	Redução luz (0-18 A)	Redução ruído (0-18 A)	Temperatura ambiente (0-18 A)	Sala acolhedora (0-18 A)	Amamentação (0-36 M)	Sucção não nutritiva (0-36 M)	Sacarose (0-36 M)	Método Canguru/ Contacto físico (0-36 M)	Musicoterapia (0-18 A)	Humor (12 -18A)	Contenção (0-12 A)	Tipo de brinquedo utilizado

## Guia Orientador:

### **Estratégias Cognitivas:**

- **Distração:** conversa não relacionada com o procedimento (p. ex.: contar até 10 ou de 10 para 1, fazer jogos de números ou de palavras, contar coisas que gosta de fazer).
- **Reforço Positivo:** Atribuir à criança um prêmio ou diploma se a criança se mantiver quieta e colaborante.
- **Imaginação Guiada:** constrói-se uma história que inclui este personagem favorito, pode-se referir os poderes especiais do herói.
- **Simulação:**

### **Estratégias Comportamentais:**

- **Distração comportamental:** ver um pequeno filme ou jogo de vídeo simples.
- **Relaxamento Muscular/ Exercícios respiratórios:** só a partir 3 anos. Exercício de relaxamento dum membro (p. ex.: técnica bater palmas).

---

## **APÊNDICE V -**

*Panfleto USF: Crescer Brincado (brinquedo certo na idade certa)*

---

### ATENÇÃO:

Quando se compra um brinquedo este deve ser adequado à faixa etária da criança, prevenido que esta engula/aspire uma peça solta, ou que se magoe.

Deste modo o brinquedo:

- Não pode ter pontas afiadas;
- Não pode ter peças soltas e/ou que se soltem com facilidade;
- Deve-se ter atenção ao tipo de material do brinquedo e à limpeza do mesmo.

Relativamente às novas tecnologias, o tempo limite de utilização recomendado pela *Academia Americana de Pediatria* é:

- < 18 meses: 0h/ dia
- 18-24 meses: Cerca 30min/dia
- 2 - 5 anos: Máx. 1h/dia;
- 6 - 12 anos: Máx. 2h/dia;
- > 13 anos: Máx. 3h /dia.

Elaborado por Enf.ª Cátia Baptista da Silva

2º Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



## BRINQUE COM O SEU FILHO ...



Ajude-o a desenvolver-se!

Unidade de Saúde Familiar

# Crescer Brincando

(Brinquedo certo na idade certa)



Após o nascimento o bebé inicia a sua adaptação ao meio ambiente, através dos cinco sentidos: olfato, paladar, som, tato, visão. O brincar sendo uma atividade fundamental para o seu bem-estar físico, emocional, mental e social é um importante aliado na estimulação do seu desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2014).

#### 0-6 Meses (latente)

Nesta altura o ideal é que a criança possua brinquedos que estimulem o seu sentido de visão, tato e audição. São exemplos, os chocalhos, pêndulos, mordedores e música infantil.



#### 6-12 Meses (latente)

É importante investir em brinquedos que ajudem a criança a desenvolver a sua área sensitiva e a coordenação motora. Deve-se por isso dar prioridade às brincadeiras com cubos coloridos para empilhar ou encaixar, brinquedos que imitam sons e/ou luzes. Brinquedos que estimulem a criança a ficar de pé também já podem ser utilizados.



#### 12 Meses-3 anos (Toddler)



Nestas idades a criança deve brincar com brinquedos que estimulam o pensamento criativo, o desenvolvimento motor e a interação com outras pessoas e crianças. São exemplos, os carrinhos para puxar e/ou transportar os seus brinquedos, bolas, caixas de areia com pás, cubos, puzzles, jogos que simulem as atividades dos adultos, ouvir música, entre outros.

#### 3-5 anos (Pré-escolar)

Aqui os brinquedos favoritos são os jogos de associações, sem regras, que estimulem o seu desenvolvimento físico, social e mental, como a dramatização, imaginação e imitação dos adultos (sobretudo nas crianças entre os 4-5 anos). São exemplos, os brinquedos construção, cartões com tamanhos e números, trabalhos manuais, instrumentos musicais e livros ilustrados. A televisão e os DVD's também são importantes nesta idade, mas devem ser apenas uma parte das atividades recreativas da criança e supervisionadas pelos pais.



#### Dos 6 aos 12 anos (Escolares)

Nesta fase os escolares desenvolvem as suas capacidades físicas, intelectuais, de fantasia e pertença a um grupo - fulcral nesta faixa etária- aprendendo o significado de confiança, e aprovação/rejeição. Os jogos de equipa, com regras rígidas e pré-estabelecidas ensinam-lhes a natureza de competir e desenvolvem competências sociais e intelectuais, contudo também gostam de atividades tranquilas e solitárias. Assim sendo eles gostam de fazer coleções, jogos de computadores, desporto, leitura, quebra-cabeças/ enigmas e ações criativas/manuais, entre outros.



#### Depois dos 12 (Adolescentes)

Durante a adolescência os seus interesses misturam-se com os dos adultos, mantendo o interesse por jogos de computadores, de tabuleiro e por aventuras, realizando coleções em miniatura de vários objetos.



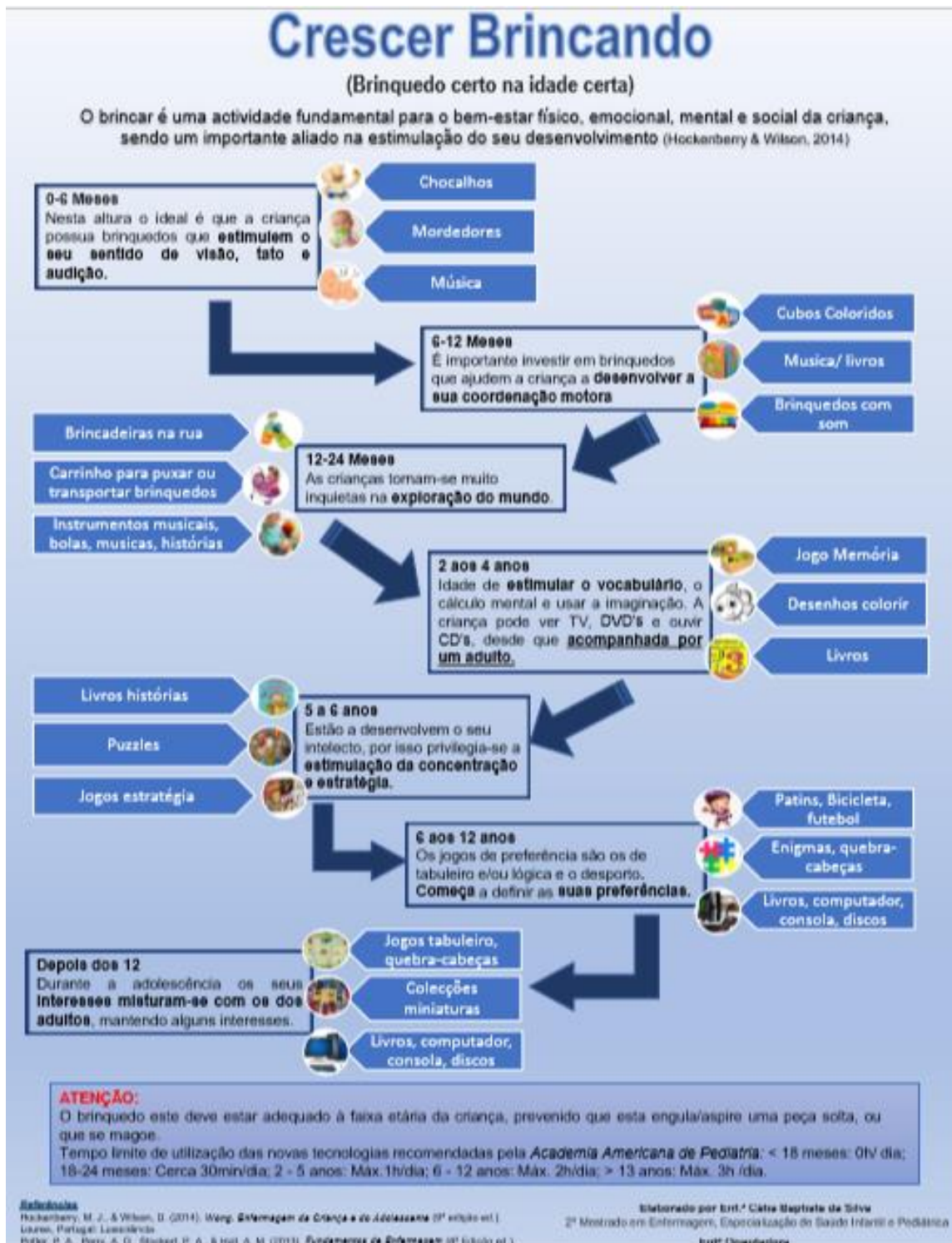
Principal fonte bibliográfica:  
Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª edição ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

---

## **APÊNDICE VI -**

*Póster USF: Crescer Brincado (Brinquedo certo na idade certa)*

---



---

## ***APÊNDICE VII -***

*Póster USF: Era uma vez as  
Tecnologias...*

---



## Era uma vez as tecnologias...



❖ Quando usadas de forma correta as tecnologias podem “promover aspetos positivos do comportamento social, facilitar a aquisição de conhecimentos e encorajar a criatividade” (Petraquim, et al., 2018, p. 12). Porém os riscos e prejuízos, pelo uso excessivo e descontrolado estão a preocupar vários setores da sociedade.



### Recomendações sobre o tempo de exposição às tecnologias são:

- **Idade inferior a 18 meses:** 0 horas/dia (exceto videoconferência com familiares);
- **Crianças entre 18 - 24 meses:** Cerca de 30min /dia – elas desenvolvem-se pela interação com os outros e pela exploração do meio;
- **Crianças dos 2 - 5 anos:** Não mais de 1h/dia;
- **Crianças entre os 6 - 12 anos:** 2h/dia;
- **Crianças com mais de 13 anos:** Máximo 3h/dia.



### **ATENÇÃO**

- A utilização das tecnologias pela criança deve ser acompanhada de um adulto. A utilização da mesma não deve interferir com as suas necessidades essenciais ao bem-estar físico e emocional (atividade física, sono, alimentação e estudo);
- A escolha de programas deve ser controlada e recair sobre programas de alta qualidade
- Devem ainda existir momentos de partilha em família sem tecnologias;
- Não permitir o uso de ecrãs após as 21 horas;
- É importante clarificar e alertar com a criança/jovem sobre os perigos das tecnologias, esclarecendo a mesma, sempre que necessário.



#### **Bibliografia**

American Academy of Pediatrics. (5 de outubro de 2016). American Academy of Pediatrics recommends limit screen time for children's Media use. Disponível em 7 de junho de 2018, de <http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/advocacy/limits-on-screen-time-for-child-children-and-teenagers/comm-and-advocacy/limits-on-screen-time-for-child-children-and-teenagers.aspx>

Westerberry, M. L., & Wilson, D. (2014). Using Technology to Engage and Educate Children (PDFslide.org). Louren, Portugal: Lucidpress.

Instituto de Apoio à Criança (IAC). (8 de junho de 2017). Crianças e telas e a Obesidade. Disponível em 7 de junho de 2018, de <http://www.iac.pt/observatorio-infancia/observatorio-infancia/obesidade-em-criancas-e-adolescentes/>

Leite, S. M., Gomes, J. M., Barão, M. F., & Mendes, R. L. (2013). Memórias e ritos em gelado-pão e muito mais! *Atividade (Journal)*, pp. 18-22.

Petraquim, S., Pereira, S., Martins, M., Mourão, M., Ramos, F., & Martins, S. (2018). Os desafios e a experiência em media. *Health & Behavior - Richard D. Wood's Medical Journal* (17(1)), pp. 11-25.

Elaborado por EnFª Célia Baptista da Silva

2ª Licenciada em Enfermagem, na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica

---

## ***APÊNDICE VIII -***

**Sessão de Educação para a Saúde - Promoção do Brincar na USF: A importância do Brincar na Consulta de Saúde Infantil**

---

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º MESTRADO EM ENFERMAGEM,

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular: Estágio I

# Promoção do Brincar na USF – Portfólio de Estágio

*A importância do Brincar na consulta de saúde Infantil*

Docente orientadora de estágio Professora Margarida Malcata

Enfª orientadora USF:

Discentes:

Cátia Silva (n.º 170531104)

SETÚBAL, 2018

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º MESTRADO EM ENFERMAGEM,

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular: Estágio I

# Promoção do Brincar na USF - Portfólio de Estágio

*A importância do Brincar na consulta de saúde Infantil*

Docente orientadora de estágio Professora Margarida Malcata

Enfª orientadora USF: |

Discentes:

Cátia Sofia Calda Baptista da Silva (n.º 170531104)

Setúbal, 21 de junho de 2018

## Índice

Introdução.....	LIV
1. Fundamentação da sessão.....	LV
2. Plano Sessão.....	LVII
3. Cartaz de Divulgação da Sessão Formativa.....	LIX
4. Slides da Sessão de Educação para a Saúde.....	LX
5. Grelha de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde.....	LXV
6. Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde.....	LXVI
Referências.....	LXVIII

## INTRODUÇÃO

A proposta da realização desta sessão de Educação para a Saúde decorreu no âmbito da unidade curricular de Estágio I, no ano letivo de 2017/2018, inserida no 2º Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, sob a regência do Professor António Casa Nova, com a colaboração e orientação da Professora Margarida Malcata.

Segundo Gomes *et al.*, (2015, p. 376) a formação pode ser definida como, “conjunto de experiências de aprendizagem planeadas por uma organização, com o objectivo de introduzir uma mudança nas capacidades, conhecimentos, atitudes e comportamentos dos empregados no trabalho”. Da relação entre os conhecimentos adquiridos e a reflexão diária da prática dos enfermeiros, emerge assim a formação.

Deste modo, a sessão teve como finalidade a promoção do uso do brinquedo terapêutico no qual se insere o brincar durante a consulta de saúde infantil ou a realização de procedimentos, como método de distração, conforto e comunicação com a criança, cuja finalidade é a de minimizar ou diminuir os medos, receios e a ansiedade provocada pelo procedimentos, sobretudo nas crianças até aos 5 anos (lactentes, *toddlers* e pré-escolares), por ser nestas idades que ocorrem a maioria das consultas de saúde infantil e as vacinas obrigatórias do programa nacional de vacinação (1.ª semana de vida, 1 mês, 2 meses (M), 4 M, 6 M, 9 M, 12 M, 15 M, 18 M, 2 A, 3 A, 4 A e 5 A).

Partindo do princípio que a vacinação é um momento potenciador de ansiedade e stress na criança saudável, a utilização destas estratégias é fulcral para o desenvolvimento, adaptação e compreensão da criança relativamente a todo o processo (Hockenberry & Wilson, 2014). O enfermeiro tem o papel de proporcionar o máximo conforto e bem-estar à criança/jovem e família restabelecendo o equilíbrio dos mesmos, sendo para isso fundamental que a criança brinque, comunique, se desenvolva (Kolcaba, Tilton, & Drouin, 2006). A pertinência desta sessão sobre a temática em causa, surgiu após troca de ideias e conhecimentos junto da enfermeira orientadora da Unidade de Saúde Familiar em causa e a professora orientadora da Tese, uma vez que se trata de uma atividade e estratégia que pode ser usada pelos enfermeiros aquando das suas intervenções (Kolcaba, Tilton, & Drouin, 2006) numa tentativa de melhoria dos cuidados prestados.

## 1. FUNDAMENTAÇÃO DA SESSÃO

Foi em 1970 que Florence Nightingale mencionou pela primeira vez a importância do brinqueado na enfermagem pediátrica, uma vez que através da brincadeira a criança comunica com o meio onde vive, expressando seus sentimentos, ansiedades e frustrações, tornando tudo menos traumático (Veiga, Sousa, & Pereira, 2016).

Brincar é uma das atividades mais relevantes na vida da criança, tão importante quanto a higiene, a alimentação, o sono e outras necessidades básicas (Pontes, Folkmann, Tabet, Cunha, & Almeida, 2015), sendo essencial para o seu desenvolvimento, adaptação às situações com as quais se depara, assim como na manutenção e recuperação da sua saúde (Pontes, Folkmann, Tabet, Cunha, & Almeida, 2015). Desde que nasce a criança interage com o meio e aprende com o ambiente que o rodeia, crescendo com e sobre ele e sobre si mesmo, estudando como deve interagir com as diferentes situações de forma a melhor se adaptar à sociedade, o que pode ou não fazer, etc. (Pontes, Folkmann, Tabet, Cunha, & Almeida, 2015). Elas ainda não são capazes de compreender e expressar os seus sentimentos verbalmente, contudo através da brincadeira e das atividades lúdicas, demonstram e manifestam-se simbolicamente, ajudando-as a superar o sofrimento em momentos de tensão (Pontes, Folkmann, Tabet, Cunha, & Almeida, 2015).

As brincadeiras têm, de acordo com Pontes, Folkmann, Tabet, Cunha, & Almeida (2015) diversas finalidades: **Recreativas:** Aquelas que divertem, distraem e dão prazer à criança em brincar; **Estimuladoras:** Favorecem o desenvolvimento das capacidades cognitivas, sociais, criativas e sensório-motoras da criança; **Socializadoras:** Aquelas que levam a criança a estabelecer relações sociais com outras crianças e a compreender o que é certo e/ou errado; **Terapêutica ou catártica:** Tem a função de diagnosticar situações difíceis vivenciadas pela criança, ajudando-a a diminuir a ansiedade e a aliviar a tensão.

As brincadeiras terapêuticas são muito utilizadas pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros, sendo o Brinquedo terapêutico o mais utilizado, uma vez que pode ser desenvolvido por diversos profissionais e em qualquer local, com diversas finalidades como é o caso dos procedimentos dolorosos, causadores de medo e sofrimento físico e emocional à criança, sobretudo quando esta não é preparada e apoiada devidamente. Este pode ser subdividido em três tipos: **brinquedo dramático:** permite descarga emocional; **brinquedo instrucional:** capacitador de funções fisiológicas; **brinquedo terapêutico:** importante na assistência à criança, facilitando uma resposta positiva durante os procedimentos, uma vez que o brinquedo associado é reconhecido como uma forma de comunicação universal das crianças, ajudando também na comunicação com profissionais de saúde.

Assim sendo pode-se definir o brinquedo terapêutico (BT) como sendo um “instrumento desenvolvido para a criança aliviar a ansiedade causada por experiências incomuns para a idade, que costumam ser ameaçadoras” (Veiga, Sousa, & Pereira, 2016, p. 62), e “requerem mais do que recreação para resolver a ansiedade associada, devendo ser utilizado sempre que ela tiver dificuldade em compreender ou lidar com uma experiência difícil ou necessitar ser preparada para procedimentos” (Ribeiro, Sabatés, & Ribeiro, 2001, p. 421). Ele tem como objetivo proporcionar à criança uma melhor compreensão dos procedimentos a que será sujeita, auxiliando a equipe de enfermagem na preparação da criança para os procedimentos, numa tentativa de diminuir o medo e o stress do procedimento através da dramatização e manuseamento dos instrumentos utilizados, promovendo o bem-estar psicofisiológico da criança/ jovem (Ribeiro, Sabatés, & Ribeiro, 2001). Os pré-escolares (crianças entre os 3-5 anos), são por isso os que mais beneficiam do brinquedo terapêutico, por a sua estrutura cognitiva e psico-emocional ainda estar em desenvolvimento, não possuindo estratégias para enfrentar situações dolorosas, recorrendo frequentemente à imaginação. O brinquedo torna-se assim o principal meio de comunicação entre a criança e o profissional, influenciando o seu comportamento durante alguns procedimentos como por exemplo a vacinação (Pontes, Folkmann, Tabet, Cunha, & Almeida, 2015).

O momento da vacinação, ao nível dos cuidados de saúde primários, é o procedimento que mais desequilibra o bem-estar da criança, pelo stress, angustia e ansiedade que provoca na criança, família e até nos próprios profissionais, sendo por isso, um dos pilares essenciais a serem trabalhados na promoção da criança e jovem (Schechter, *et al.*, 2007). Proporcionar conforto à criança mesmo aquando dos procedimentos mais dolorosos é fundamental e como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) existe um encargo acrescida na “promoção e maximização da saúde e bem-estar da criança e do jovem ” (Ordem dos enfermeiros, 2019).

A sessão tem como objectivo: Sensibilizar as enfermeiras da USF, para a importância da promoção do brincar e do brinquedo terapêutico enquanto instrumento nas consultas de Saúde Infantil, sobretudo aquando da vacinação das crianças dos 0 aos 5 anos, relembrando e reafirmando a importância das diferentes estratégias, e será destinada aos Enfermeiros dessa mesma unidade. Esta intervenção assume assim uma particular relevância pois irá relembrar e apresentar diversas estratégias que poderão ser usadas por estas enfermeiras no sentido de desmistificar medos e fantasias e fatores de stress provocados pela “bata branca” durante as consultas e sobretudo pela vacinação. O brinquedo possibilita à criança expressar livremente suas emoções e os seus sentimentos, logo não é esperado que ela nunca chore ou grite no procedimento, mesmo quando preparada (Pontes, Folkmann, Tabet, Cunha, & Almeida, 2015).



## 2. PLANO SESSÃO

<b><u>Plano Sessão</u></b>	<b>Aluna: Cátia Silva</b>
	<i>Aluna de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica</i>

**Tema:** A importância do *Brincar e o Brinquedo Terapêutico na Consulta de Saúde Infantil.*

**Data:** 20 de junho de 2018

**Local:** Sala de Reuniões da USF

**Duração:** 30 minutos

**Destinatários:** Enfermeiros da USF em causa

**Objetivo Geral:**

✓ Sensibilizar as enfermeiras da USF para a importância da promoção do brincar e do brinquedo terapêutico enquanto instrumento nas consultas de saúde Infantil.

**Objetivos Específicos:**

Que os enfermeiros/ sejam capazes de:

- ✓ Compreender a importância da utilização do brinquedo terapêutico aquando da vacinação;
- ✓ Identificar as necessidades da Equipa de Enfermagem;
- ✓ Reconhecer qual o brinquedo mais apropriado a cada faixa etária;
- ✓ Identificar a necessidade de utilização do brinquedo terapêutico nos procedimentos dolorosos.

<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Intervenientes</b>	<b>Recurso</b>	<b>Tempo</b>
<i>Introdução:</i> Apresentação do tema da sessão	Expositivo	Cátia Silva	Sala Reuniões	5 min
<i>Desenvolvimento:</i> <b>1.</b> Definir brinquedo terapêutico e brincar; <b>2.</b> Compreender a importância do brincar para a criança; <b>3.</b> Reconhecer qual o brinquedo mais apropriado a cada faixa etária; <b>4.</b> Identificar a necessidade de utilização do brincar e do brinquedo terapêutico na consulta de saúde infantil; <b>5.</b> Descrever técnicas que auxiliem os enfermeiros na consulta.	Demonstrativo Expositivo Interativo	Cátia Silva	- Computador Portátil; - Projetor; - Sala para formação;	15 min
Avaliação da sessão e esclarecimento de dúvidas	Interativo	Cátia Silva Enfermeiros USF	Entrega questionário de avaliação da sessão formativa	10 min

### 3. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

#### MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica

#### Sessão Formativa - A importância do Brincar na consulta de Saúde Infantil



#### Formadora:

**Cátia Silva** (Aluna de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

#### Formandos:

**Enfermeiros USF**

**Data e Hora:** 20 de junho de 2018 às 13h

**Local:** Sala de Reuniões da USF

**Duração:** 45 minutos

## 4. SLIDES DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE EUIBA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

2º MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

# Promoção do Brincar/Brinquedo Terapêutico na USF

A importância do Brincar na Consulta de Saúde Infantil

Cátia Silva  
Enfª orientadora USF [redacted]  
(Aluna de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Junho 2018

### SUMÁRIO

- Objectivo Geral e Especifico da Formação
- Revisão da Literatura – Justificação do Tema de Tese de Mestrado
- USF [redacted] - Problemática
- USF [redacted] – Crelha de Estratégias terapêuticas
- USF [redacted] - Resultados
- Considerações Finais
- Referências

**Objetivo geral:**

- Sensibilizar as enfermeiras da USF [redacted] para a importância da promoção do brincar e do brinquedo terapêutico enquanto instrumento nas consultas de saúde infantil.

**Objetivos Específicos:**

Que os enfermeiros/ sejam capazes de:

- ✓ Compreender a importância da utilização do brinquedo terapêutico aquando da vacinação;
- ✓ Identificar as necessidades da Equipa de Enfermagem;
- ✓ Reconhecer qual o brinquedo mais apropriado a cada faixa etária;
- ✓ Identificar a necessidade de utilização do brinquedo terapêutico nos procedimentos dolorosos.

### REVISÃO DA LITERATURA

 Para a criança, brincar é **“uma das formas mais importantes de comunicação e pode ser uma técnica efetiva na relação com esta”**.  
(Hockenberry & Wilson, 2014, p. 130)

➤ O brincar tem assim uma **função curativa ligada ao bem-estar físico, psicológico e social**, podendo ser empregado no esclarecimento dos procedimentos, originando uma melhor compreensão e cooperação da criança, nos mesmos.  
(Araújo, Aragão da Silva, Faro, & Oliveira Sobral, 2016)

 Para um **ótimo desenvolvimento sensório-motor, emocional mental e social**, é fundamental que a criança brinque, já que é através da brincadeira que esta comunica com o meio, expressando os seus sentimentos, ansiedades e frustrações.  
(Pessoa, Souza & Fortes, 2012)



### REVISÃO DA LITERATURA

Finalidades da brincadeiras:

- ✓ **Recreativas/ Normativas:** Divertir, distrair e dar prazer à criança em brincar;
- ✓ **Estimuladoras:** Favorecer o desenvolvimento das capacidades cognitivas, sociais, criativas e sensório-motoras da criança;
- ✓ **Socializadoras:** Estabelecer relações sociais com outras crianças, compreendendo o certo e/ou errado;
- ✓ **Terapêutica ou catártica:** Diagnosticar situações difíceis vivenciadas pela criança, ajudando-a a diminuir a ansiedade e a aliviar a tensão.

**BRINQUEDO TERAPÊUTICO**

É um “instrumento desenvolvido para a criança aliviar a ansiedade causada por experiências incomuns para a idade, que costumam ser ameaçadoras”  
(Voiga, Sousa, & Pereira, 2016, p. 62)

Usado por diversos profissionais

Em qualquer local

Diversas finalidades

### REVISÃO DA LITERATURA (CONT.)

**Brinquedo Terapêutico**

- Comunicação
- Desenvolvimento
- Conforto / medida não farmacológica

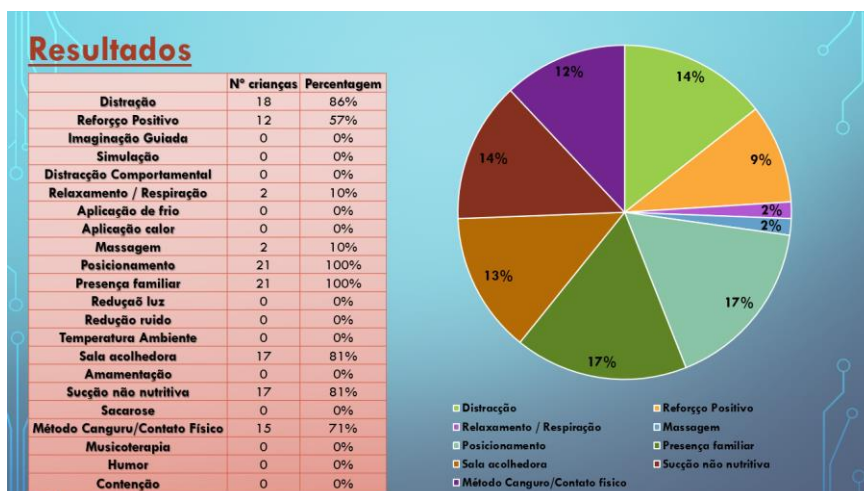
➤ O **medo e/ou ansiedade** e os procedimentos dolorosos, tendem a **diminuir a sua autoconfiança e/ou autoestima**.  
(Custodia de Faria Fioretti, Figueredo Manzo, & Ferreira Regina, 2016)



➤ Ele tende a **reduzir sentimentos negativos e queixas de dor, náusea, ansiedade e sentimentos depressivos**, além de **auxiliar na comunicação** entre enfermeiros e crianças, sendo um **recurso educativo** bastante atraente no processo de ensino e aprendizagem.  
(Lima, et al., 2014)







### Considerações Finais

- A brincadeira e o Brinquedo Lúdico, tem um efeito bastante positivo na diminuição da ansiedade, angústia, tristeza, frustração, raiva e insegurança, sentido pela criança/jovem e pais/ pessoa significativa.
- O Brincar e/ou Brinquedo Terapêutico é usado na maioria das vezes nas consultas de saúde infantil e/ou procedimentos dolorosos.
- A presença dos pais e o posicionamento são sempre utilizados, contudo as outras técnicas nem sempre são colocadas em prática.
- Importante para relembrar as técnicas possíveis de serem usadas, na melhoria dos cuidados de saúde realizados à criança/ jovem saudável.

### REFERÊNCIAS

- Alves da Silva, F. A., Oliveira, L. A., Oliveira, M. G., & Pegoraro, V. A. (2011). Estudo bibliográfico sobre o uso do brinquedo terapêutico na assistência de enfermagem à criança hospitalizada. *Revista Científica do Hospital Santa Rosa*, 3, pp. 33-39.
- Araújo, R. A., Aragão da Silva, F., Faro, A., & Oliveira Sobral, A. L. (Dezembro de 2016). Uso de atividades lúdicas no processo de humanização em ambiente hospitalar pediátrico: intervenção Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET/Saúde REDES - Urgência e Emergência). *Revista SBPH [online]*, 19, pp. 98-106. Obtido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v19n2/v19n2a07.pdf>
- Calcagno Gomes, G., & Kath de Oliveira, P. (2012). Family experience in the hospital during child hospitalization. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 33, 165-171. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400021>
- Custodia de Faria Fioretti, F. C., Figueredo Manzo, B., & Ferreira Regino, A. E. (2016). A LUDOTERAPIA E A CRIANÇA HOSPITALIZADA NA PERSPECTIVA DOS PAIS. *Revista mineira de Enfermagem*, 1-6. doi:10.5935/1415-2762.20160044
- Dully Andrade, R., Falleiros Mello, D., Iosti Silva, M. A., & Arena Ventura, C. A. (2011). Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literatura. *Revista brasileira de Enfermagem*, 64, 738-744. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000400017>.
- Ferraz Jansen, M., Maria dos Santos, R., & Favero, L. (junho de 2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado a criança hospitalizada. *Revista Gaúcha Enfermagem (Online)*, 31, pp. 247-253. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200007>
- Gomes, J., Rego, A., Cunha, M., Campos e Cunha, R., Cardoso, C., & Marques, C. (2015). *Manual de Gestão de Pessoas e de Capital Humano* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.

**REFERÊNCIAS (CONT.)**

- Lima, M. S., Barbosa, F. A., & Monteiro, L. M. (Out-Dez de 2015). The Importance of ludic to hospitalized children: Integrative Review. *Facema*, 1, pp. 139-142.
- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort Theory - A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *The Journal of Nursing Administration (JONA)*, 36(11), pp. 538-544.
- Pessoa, A. C., Souza, M. H., & Fontes, F. C. (2012). O Lúdico o ambiente hospitalar: algumas reflexões. Obtido em 05 de Maio de 2018, de <http://editorarealize.com.br/revistas/fiped/trabalhos/d757719ed7c2b66dd17dcee2a3cb29f4.pdf>.
- Pontes, J. E., Folkmann, M. Á., Tabet, E., Cunha, M. L., & Almeida, F. d. (2015). Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. *Einstein*, 13(2), pp. 238-242.
- Ribeiro, P. d., Sabatés, A. L., & Ribeiro, C. A. (2001). A utilização do Brinquedo Terapêutico, como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas a coleta de sangue. *Revista Escola de Enfermagem*, 35(4), pp. 420-428.
- Silva Castor, T., Ribeiro Santos, M., & Galvão Fonseca, R. (2017). Atuação do Enfermeiro na Promoção à Saúde da Criança (International nursing congress). *Unit*. Obtido de <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/6157/2350>.
- Schechter, L. N., Zempsky, W. T., Cohen, L. L., McGrath, R. J., McMurtry, C. M., & Bright, N. S. (2007). Pain Reduction During Pediatric Immunizations: EvidenceBased Review and Recommendations. 119 (5), pp. 1184-1198. doi:10.1542/peds.2006-1107.
- Veiga, M. d., Sousa, M. C., & Pereira, R. S. (jan-jun de 2016). Enfermagem e o Brinquedo Terapêutico: Vantagem do uso e dificuldades. *Atualiza Saúde*, 3(3), pp. 60-66.

**Mestrado em Enfermagem em Associação**

UNIVERSIDADE DE ESPIRITO SANTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**2º Mestrado em Enfermagem**  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA



**Promoção do Brincar/ Brinquedo Terapêutico na USF**  
- A importância do *Brincar na Consulta de Saúde Infantil*

**OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO !**

**Cátia Silva**  
Enfª orientadora USF (Aluna de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Junho 2018



## 5. GRELHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde - *A importância do Brincar na consulta de saúde Infantil*

Após o término da Sessão de Educação para a Saúde, é importante fazer um balanço, para posterior reflexão sobre os aspetos que poderão ser melhorados, numa tentativa de melhorar as próximas sessões, e os aspetos que foram ao encontro das expectativas iniciais dos formandos. Tendo em conta o supracitado, solicito o preenchimento deste questionário que é anónimo. Assinale, numa escala de 1 a 5, com uma X o número que corresponde a sua opinião.

1- Insuficiente    2- Suficiente    3- Bom    4- Muito Bom    5- Excelente

Como classifica a sessão:

A. Quanto à temática?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

B. Relativamente à forma como foi abordado?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

C. Quanto aos objetivos delineados se foram atingidos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

D. Quanto à sua utilidade da sessão na melhoria da prestação de cuidados?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sugestões

---

---

Obrigado pela sua colaboração

## 6. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Após o término da sessão de formação realizada no dia 21 de junho de 2018 na USF, foi facultado tempo a toda a equipa para uma reflexão em conjunto sobre a importância e a pertinência da temática apresentada bem como sobre a possível implementação ou reimplantação destas técnicas nos cuidados à criança e jovem.

Foi igualmente facultado o questionário, anteriormente explanado com o intuito de compreender a opinião dos formandos sobre temática mencionada, bem como da apresentação realizada, tendo em conta os objetivos traçados inicialmente. Da resposta aos questionários pôde-se concluir que a maioria:

- Achou a temática muito boa (Nota média da sessão 4);
- Achou a forma como foi abordada muito boa (Nota média da sessão 4);
- Achou que os objetivos foram atingidos (Nota média da sessão 4);
- Achou a sessão muito boa a excelente no que concerne à sua utilidade na melhoria da prestação de cuidados (Nota média da sessão 4,6).

Os dados supracitados estão registados no gráfico seguinte, tendo por base um universo de 7 enfermeiros, onde todos responderam às questões em causa.

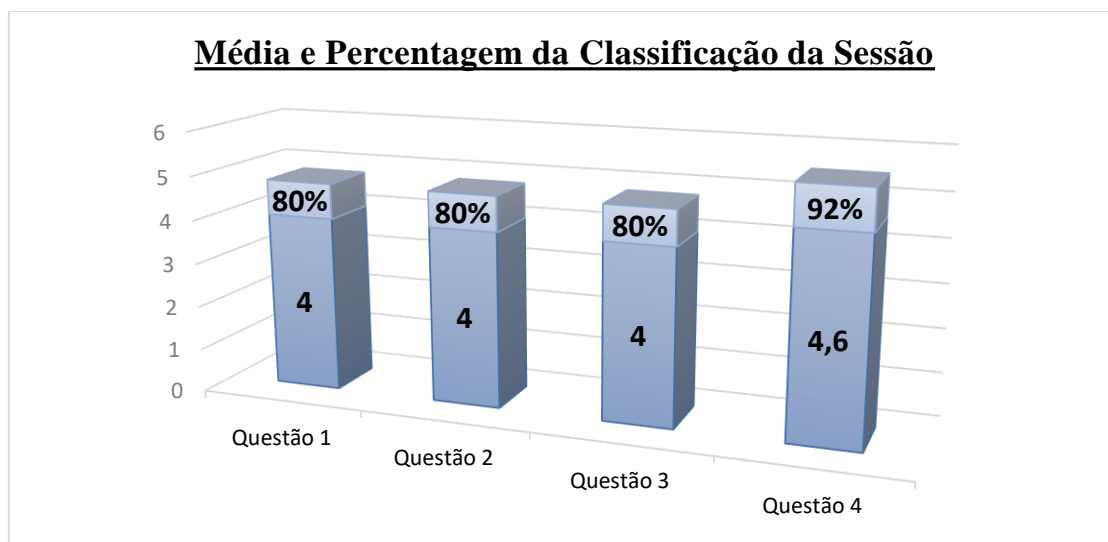


Gráfico 1 - Média e percentagem das avaliações realizadas pelos Enf<sup>es</sup> da USF, após a sessão de Educação para a Saúde

Com isto pôde-se então concluir que a equipa de enfermagem considerou a sessão positiva e pertinente, assim como a minha formação, que consideraram pertinente e clara, tendo ido desta forma ao encontro das expectativas iniciais.

Esta formação foi importante, pois permitiu partilhar os conhecimentos adquiridos pela evidência científica sobre a temática, refletindo em conjunto com toda a equipa, existindo uma troca de experiências enriquecedoras no percurso académico, enquanto profissional e enquanto pessoa.

As principais estratégias que considero relevantes desenvolver prende-se com o melhorar o espaço pediátrico da USF, tornando o ambiente mais acolhedor para a criança e jovem. A Musicoterapia como estratégia de fácil acesso, foi já um projeto iniciado aquando da minha passagem, de modo relaxar e diminuir o stress da criança/jovem durante a consulta ou a vacinação que são momentos causadores de grande ansiedade para a criança e família.

Outra das estratégias passa pela realização de reflexões em equipa no sentido de melhor adequar cada estratégia à criança em causa, à sua idade, grau de desenvolvimento e à família. Após a utilização de cada estratégia é importante avaliar a sua eficácia analisando a pertinência da mesma e de que forma ela contribuiu para o bem-estar da criança/jovem saudável.

## Referências

- ✓ Gomes, J., Rego, A., Cunha, M., Campos e Cunha, R., Cardoso, C., & Marques, C. (2015). *Manual de Gestão de Pessoas e de Capital Humano* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- ✓ Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong's - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- ✓ Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort Theory - A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *The Journal of Nursing Administration (JONA)*, 36(11 ), pp. 538-544.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (OE). (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 133, Regulamento n.º 422/2018, pp. 19192 - 19194.
- ✓ Ordem dos enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - n.º 140/2019. *Diário da República*, p. 4744 4750.
- ✓ Pontes, J. E., Folkmann, M. Á., Tabet, E., Cunha, M. L., & Almeida, F. d. (2015). Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. *Einstein*, 13(2), pp. 238-242.
- ✓ Ribeiro, P. d., Sabatés, A. L., & Ribeiro, C. A. (2001). A utilização do Brinquedo Terapêutico, como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas a coleta de sangue. *Revista Escola de Enfermagem*, 35(4), pp. 420-428.
- ✓ Schechter, L. N., Zempsky, W. T., Cohen, L. L., McGrath, P. J., McMurtry, C. M., & Bright, N. S. (2007). Pain Reduction During Pediatric Immunizations: EvidenceBased Review and Recommendations. *119 (5)*, pp. 1184-1198. doi:10.1542/peds.2006-1107
- ✓ Veiga, M. d., Sousa, M. C., & Pereira, R. S. (jan-jun de 2016). Enfermagem e o Brinquedo Terapêutico: Vantagem do uso e dificuldades. *Atualiza Saúde*, 3(3), pp. 60-66.

---

***APÊNDICE IX –***  
*Reflexão crítica: Ciclo Gibbs*

---

## REFLEXÃO DE ESTÁGIO

As experiências e o percurso que cada um realiza ao longo da nossa vida vai influenciar de forma direta ou indireta na construção da identidade enquanto pessoas e profissionais. O pensamento reflexivo ajuda na asseveração da identidade profissional uma vez que permite pensar sobre as situações, tomando consciência das situações através de ideias mais informadas sobre elas (Abreu, W., 2007<sup>1</sup>). Tendo em conta isto, Gibbs, G. (1988), criou um ciclo - Ciclo de Gibbs – que esquematiza as diferentes etapas que permitem espelhar o que ocorreu, o que sentimos, e que podíamos ter feito, analisando a prática com o intuito da melhoria e crescimento constante (Gibbs, G., 1988<sup>2</sup>). Na reflexão que se segue foram então utilizadas as diversas etapas do ciclo de Gibbs – descrição, pensamentos e sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planear a ação - ainda que não esteja a reflexão dividida por cada etapa (Gibbs, G., 1988).

### Situação clínica

Quando se optou por realizar estágio em neonatologia, tinha-se alguma expectativa sobre o que se iria encontrar, ao mesmo tempo que me sentia muito ansiosa e com algum medo, por ser uma área que desconhecida na prática. Embora existisse alguma noção teórica dos cuidados prestados, das patologias e de algumas particularidades deste serviço tão particular devido às aulas teóricas que tivemos ao longo do mestrado (e já anteriormente da licenciatura), a verdade é que a nível prático, de funcionamento e de cuidados a um bebé prematuro sentia-me nula e isso deixou-me extremamente nervosa. Como prestar cuidados a um recém-nascido tão pequeno? Como não lhe fazer mal? Uma vez que já trabalhei e trabalho em pediatria já prestei cuidados a inúmeras crianças pequenas e recém-nascidos mas não a nenhum prematuro ou grande prematuro nos primeiros dias de vida. Mas foi por tudo isto e por sentir que precisava de conhecer mais e melhor o mundo da neonatologia, e adquirir competências nesta área que selecionei este campo de estágio que me deixou apreensiva, ansiosa, nervosa, mas curiosa ao mesmo tempo.

---

<sup>1</sup> ABREU, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho. Das culturas locais às estratégias identitárias dos Enfermeiros*. Lisboa: Educa.

<sup>2</sup> GIBBS, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching & learning methodology*. Oxford: Oxford Brookes University

Contudo o segundo turno (o primeiro foi a apresentação) na unidade de cuidados intermédios não foi o esperado, por não e identificar com o trabalho realizado, bem como por não compreender a paixão que algumas pessoas têm por aquela área. Não entendia o que tinha de especial e bonito trabalhar com crianças com as quais pouco podia interagir. Parecia tudo muito mecânico e programado, leite, fralda, posicionar, leite, fralda, posicionar... claro que haviam ensinamentos, mas como era o turno da noite e os pais não ficam por opção deles, nem isso havia, por isso eu não conseguia entender a magia da neonatologia. Mas por incrível que pareça, ou porque o destino assim o desejou tudo mudou no terceiro turno que realizado.

Aproximadamente um mês e meio foi o tempo que esperou a mãe do bebê que mudou a minha visão sobre o trabalho realizado em neonatologia. Tratava-se de um grande prematuro que tinha nascido por volta das 25 semanas de gestação para quem as coisas não tinham sido fáceis até então. Entre entubações e algumas complicações apenas no dia anterior a este episódio ele tinha sido colocado em nCPAP, sinal que estaria melhor e que era provavelmente a altura de se tentar colocar, nem que por breves instantes, ao colo da mãe (o pai não estava presente naquele dia), e assim foi após se falar com a equipe médica para validar a estabilidade daquele bebê. E pouco mais há a dizer... a emoção, o medo, o turbilhão de sentimentos que aquela mãe estava a sentir eram visíveis e emocionantes. Quando a enfermeira pediu para esperar só uns 10 min, a resposta foi imediata, claro que sim, quem esperou tanto até agora para o sentir espera mais um pouco, estava excitada, ansiosa...

Não sou mãe, nem imagino sequer o que é estar naquela situação. Sei pelo que me contam e vejo, que o momento que uma mãe sabe que está grávida e a gerar um filho é mágico e único, e que a partir desse momento a nossa imaginação viaja a idealizar como será, com quem será parecido, terá o feitio de quem? A nossa vida passa a não ser só nossa, e tudo muda e nós preparamo-nos para mudar física e emocionalmente. Nunca mais será igual a vida que conhecíamos até então... mas e estas mães?

O filho perfeito idealizado não é o que está à nossa frente. Os primeiros momentos vivenciados não eram supostos ser assim, separados por uma incubadora, onde apenas o toque pode ocorrer... As dúvidas, as incertezas, o medo, passam a viver diariamente e cada dia passa a ser uma vitória, para os pais e para os pequenos guerreiros. Por isso aquelas emoções vividas por aquela mãe, aquele pequeno momento era tudo para ela. E foi tudo para mim... Ao pegar nele, quando o colocaram no seu peito com o método do canguru, os seus olhos encheram-se de lágrimas, era se não o momento, um dos mais felizes da sua vida, um daqueles pelo qual esperara um mês e meio. Foi perfeito para os dois, a simbiose perfeita como se fossem um, de tal forma que parecia que estava hemodinamicamente mais estável que quando estava na incubadora, e

talvez estivesse pelos inúmeros benefícios que este método traz à mãe e ao filho. Foi para ela e para mim, que com ela me emocionei... As lágrimas e a magia da neonatologia estava ali, mesmo à minha frente carregada de amor, emoção. Já tive momentos marcantes no meu trabalho que mexeram comigo, que me marcaram pelo bom e pelo mal, e este será certamente um daqueles que nunca irei esquecer. Senti-me pequena nos meus problemas e “ignorante” por ter pensado que a neonatologia era muitas máquinas e coisas técnicas, quando é um serviço carregado de amor, confiança, respeito.

Foi um, senão o momento mais marcante em todo o estágio, mesmo sabendo que quatro semanas é pouco, pode ser muito quando um gesto e ato não simples nos dá e faz crescer e aprender tanto. As palavras parentalidade e vinculação têm muito significado e num serviço com tanta especificidade técnica é o valor que mais sobressai. A família, o amor são valores importantes para mim, e uma das coisas que mais me marca na nossa profissão é a relação de ajuda ao outro, de confiança e tudo isto eu passei a ver na neonatologia. A partir daquele momento o estágio teve outro encanto, outra magia, outros momentos enternecedores que me encheram o coração de alegria e amor. Felizmente para esta família, aquele foi o primeiro dia de vários em que lhe pegaram ao colo, sim porque no dia seguinte foi o pai que viveu esse momento e embora não estivesse presente no momento inicial, quando cheguei ele estava com ele ao colo e o retrato familiar comovia e fazia sorrir todos os que presenciavam aquele momento. Claro que a nível técnico também perdi os meus medos, cuidei dos bebés e aprendi e ganhei muitas competências novas, mas comparado com o que senti no momento em que a mãe se emocionou, foram apenas ações técnicas, mesmo que para o conforto e bem-estar daqueles de quem cuidamos.

Por tudo isto, considero que esta experiência foi muito rica do ponto de vista do crescimento pessoal e profissional, contudo é importante lembrar que nem sempre as coisas correm bem, que em neonatologia cada dia é um dia e o presente tem um significado muito importante, uma vez que de um momento para o outro tudo pode mudar, e todo o processo pode retroceder. E neste sentido é importante lembrar que quem trabalha nesta área tem de estar preparado para todo este processo. São habitualmente internamentos longos, onde a parte relacional e emocionar é colocada à prova constantemente. Criam-se relações familiares muito relevantes e laços que marcam as famílias e as pessoas que lá trabalham e prova disso são as inúmeras visitas de pais que conviveram e viveram aquela realidade que constantemente vão visitar o serviço ou que no meu serviço comentam o quanto gostaram e foram bem tratados no serviço de neonatologia.



Quanto ao que mais poderia ter feito, sinceramente não sei... eu simplesmente vivi esta experiência em que as emoções estiveram à flor da pele. Deu tempo aqueles pais para aproveitarem o momento e poderem expressar tudo o que sentiam, embora não fossem precisas palavras. O momento falou por si mesmo. Talvez eu não estivesse preparada para aquilo, mas sinceramente acho que eu precisei daquele momento. Por isso não acho que pudesse ter feito mais nada, e não mudaria nada, foi demasiado puro, inesperado, feliz e único para ser de outra maneira.

---

***APÊNDICE X – Portfólio de Estágio:***  
*Dor em Neonatologia: Avaliação e estratégias não farmacológicas promotoras de conforto*

---

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º MESTRADO EM ENFERMAGEM,

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular: Estágio Final

# Dor em Neonatologia: Avaliação e estratégias não farmacológicas promotoras de conforto

## Portfólio de Estágio

Docente orientadora de estágio: Professora Margarida Malcata

Docente Coorientadora de estágio: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Enfª orientadora Neonatologia:

Discentes:

Cátia Silva (n.º 170531104)

SETÚBAL, 2018

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º MESTRADO EM ENFERMAGEM,

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular: Estágio Final

# Dor em Neonatologia: Avaliação e estratégias não farmacológicas promotoras de conforto

## Portfólio de Estágio

Docente orientadora de estágio: Professora Margarida Malcata

Docente Coorientadora de estágio: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Enfª orientadora Neonatologia:

Discentes:

Cátia Sofia Calda Baptista da Silva (n.º 170531104)

Setúbal, 12 de outubro de 2018

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	LXXVIII
1. FUNDAMENTAÇÃO DA SESSÃO.....	LXXIX
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	LXXIX
3. PLANO SESSÃO.....	XCI
4. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA.....	XCIII
5. SLIDES DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	XCIV
6. GRELHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	CI
7. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	CII
REFERÊNCIAS.....	CV
ANEXOS.....	CI
X	
APÊNCIDES.....	CXVII

## INTRODUÇÃO

A proposta da realização desta sessão de Educação para a Saúde decorre no âmbito da unidade curricular de Estágio Final, no ano letivo de 2018/2019, inserida no 2º Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, sob a regência da Professora M<sup>a</sup>. Antónia Chora, com a colaboração e orientação da Professora Margarida Malcata e coorientação da Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos.

A formação é um processo contínuo e fulcral para o desenvolvimento profissional e pessoal ao longo do ciclo vital que pressupõe mudança, progresso contínuo e diferenciação dos recursos humanos vitais (Rego, *et al.*, 2015). Tem como objetivo melhorar e evoluir em três áreas fundamentais do saber – saber-saber, saber-fazer e saber ser e estar (Rego, *et al.*, 2015). A aprendizagem contínua dos profissionais é assim fundamental para uma melhor prática clínica, e encontra-se plasmado nos documentos legislativos referentes do exercício de enfermagem, destacando-se o Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de Setembro (Ministério da Saúde, 2009a), o Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro (Ministério da Saúde, 2009b) e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Ordem dos Enfermeiros, *s.d.*).

Deste modo, visto que alguns objetivos da Promoção do Brincar (tema geral da Tese) são a diminuição do stress através da comunicação, distração, promoção do conforto, confiança e relação, e tendo por base a população Neonatal a sessão teve como finalidade relembrar quais as escalas de dor mais apropriadas à população em causa, assim como as estratégias não farmacológicas adequadas a cada procedimento. São estratégias e atividades que podem ser usadas pelos enfermeiros aquando das suas intervenções (Kolcaba, Tilton, & Drouin, 2006) numa tentativa de melhoria dos cuidados prestados (OE 2019).

A pertinência da sessão sobre a temática em causa no serviço de Neonatologia, ocorre por ser uma equipa em mudança com a integração de vários elementos novos, e após um levantamento informal das necessidades do serviço, e de uma troca de ideias e opiniões junto da enfermeira chefe do serviço e da Enf.<sup>a</sup> orientadora da Unidade de Neonatologia.

## 1. FUNDAMENTAÇÃO DA SESSÃO

Desde que nasce a criança interage e aprende com o ambiente que o rodeia, crescendo com e sobre ele e sobre si mesmo, estudando como deve lidar com as diferentes situações de forma a melhor se adaptar à sociedade, ao que pode ou não fazer, etc. (Pontes, Folkmann, Tabet, Cunha, & Almeida, 2015). As brincadeiras têm, de acordo com Pontes, Folkmann, Tabet, Cunha, & Almeida (2015) diversas finalidades: **Recreativas:** Aquelas que divertem, distraem e dão prazer à criança em brincar; **Estimuladoras:** Favorecem o desenvolvimento das capacidades cognitivas, sociais, criativas e sensório-motoras da criança; **Socializadoras:** Aquelas que levam a criança a estabelecer relações sociais com outras crianças e a compreender o que é certo e/ou errado; **Terapêutica ou catártica:** Tem a função de diagnosticar situações difíceis vivenciadas pela criança, ajudando-a a diminuir a ansiedade e a aliviar a tensão (Pontes, Folkmann, Tabet, Cunha, & Almeida, 2015).

É tendo em conta os desígnios do brincar cuja principal finalidade se prende com o relacionar, comunicar, desenvolver, estimular, confortar, entre outras, que surge esta sessão. Proporcionar um maior conforto ao neonato através das estratégias não farmacológicas durante os procedimentos mais dolorosos, e não só, é fundamental sendo que, como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) existe um encargo acrescido na “promoção e maximização da saúde e bem-estar da criança e do jovem” (Ordem dos enfermeiros, 2019). É da competência do mesmo cuidar do bebé em situações de especial complexidade através de uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e jovem na otimização das suas respostas (OE, 2018).

A sessão tem assim como objectivo: Relembrar as diferentes escalas de dor existentes e adaptadas à neonatologia e sensibilizar os enfermeiros da Neonatologia, para a importância da utilização das estratégias não farmacológicas e de conforto, diminuindo fatores stress para o neonato.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A capacidade de sobrevivência de um recém-nascido prematuro, tem vindo a evoluir positivamente ao longo dos últimos anos, embora esse progresso acarrete com grandes custos físicos, emocionais e financeiros, já que os bebés prematuros passam muitas vezes semanas a meses nas unidades de cuidados intensivos ou intermédios neonatais (UCIN). Além dos custos envolvidos existem ainda os decorrentes de possíveis lesões físicas e/ou motoras apenas visíveis

a médio/longo prazo. Porém, é ao nível da saúde mental que têm ocorrido as maiores surpresas por abrangerem uma fração significativa das crianças nascidas prematuras (Altimier & Phillips, 2013).

Embora estes fatos ainda não sejam claros, pensa-se que os fatores ambientais stressantes precoces que ocorrem no cérebro durante este período crítico de desenvolvimento possam estar relacionados com estes resultados adversos. É durante o terceiro trimestre da gestação que o sistema fetal-neurológico está mais ativo no que ao desenvolvimento diz respeito, sendo fundamental para isso que sejam aplicadas medidas conceptuais e uma filosofia de cuidado neuro-protetor centrado na família e no desenvolvimento. Estas ações promovem desta forma o desenvolvimento extrauterino mais adequado possível, evitando possíveis lesões e incluem medidas organizacionais, terapêuticas, ambientais e cuidado centrados na família (Altimier & Phillips, 2013).

## **MODELOS DE CUIDADO DO DESENVOLVIMENTO**

Foi com a Florence Nightingale que surgiu a teoria que um ambiente propicio aos cuidados ajuda no processo de tratamento e cura mais rápido. O impacto do ambiente da UCIN no cérebro em desenvolvimento da criança tornou-se evidente para os prestadores de assistência à saúde nos anos 70, nomeadamente por Brazelton, Parker, & Zuckerman (1976), que mencionaram, através da sua teoria, que o processo de desenvolvimento é baseado no subsistema de desenvolvimento neurológico em interação com o ambiente e que quando não há equilíbrio dentro de um subsistema, todos outros subsistemas são afetados (Brazelton, Parker, & Zuckerman, 1976). Mais recentemente Gibbins, Hoath, Coughlin, Gibbins, & Franckc (2008), mencionaram que o ambiente centrado no paciente e na família é o centro do universo da assistência à saúde.

Tendo por base o anteriormente mencionado, Coughlin, Gibbins, & Hoath (2009) sugeriram cinco ações do cuidado centradas no desenvolvimento, independentes da doença, mas primárias para promover o crescimento saudável e o desenvolvimento do bebe prematuro e da família. Estas medidas incluíam o seguinte: (1) sono conservador, (2) avaliação da dor e do stress, (3) atividades da vida diária (posicionamento, alimentação e cuidados com a pele), (4) cuidado centrado na família e (5) ambiente de cura (Altimier & Phillips, 2013).



O Modelo Neonatal Integrativo de Desenvolvimento, foi desenvolvido e representado com pétalas sobrepostas de uma flor de lótus para explicar interação dos cuidados para o desenvolvimento do RN. Para uma melhor e mais clara orientação dos cuidados das equipas de UCIN na prestação de cuidados de desenvolvimento dos prematuros na UCIN, foram criadas por Coughlin, Gibbins, Hoath (2009) cinco medidas centrais que foram recategorizadas e alargadas a sete medidas distintas de desenvolvimento centradas na família de cuidados neuro-protetores e são elas: **(1) ambiente, (2) parceria com as famílias, (3) posicionamento e manipulação, (4) sono conservador, (5) minimizar o stress e a dor, (6) proteger a pele e (7) otimizar a nutrição** (Altimier & Phillips, 2013).



Ao nível sensorial, o desenvolvimento dos sentidos ocorre de forma precisa, sendo o tato o que se desenvolve primeiramente. Posteriormente desenvolve-se o sistema vestibular (propriocepção), perseguido pelo sentido olfativo, gustativo, auditivo e visual. Da maturação e coordenação entre o neuro-desenvolvimento e o desenvolvimento muscular resulta a função motora. A estimulação externa do ambiente pode influenciar ou alterar a expressão ou o efeito de genes, podendo alterar também o curso do desenvolvimento, gerando alterações positivas ou negativas no desenvolvimento do cérebro (Altimier & Phillips, 2013).

Assim sendo e tendo em conta o trabalho desenvolvido e os protótipos de normas que serão iniciadas e terminadas posteriormente pela equipe do serviço que irá trabalhar o tema, apenas irei abordar de seguida o ponto 5 desta flor, que consiste em minimizar o stress e a dor, ainda que devido à interligação existente entre as várias pétalas alguns dos outros pontos sejam abordados de forma sucinta.

## DOR E STRESS EM NEONATOLOGIA

Foi em junho de 2003 que a Direção-Geral da Saúde, através da emissão da Circular Normativa n.º 09/DGCG, estabeleceu a dor como 5º sinal vital fulcral e indissociável de uma prática clínica de excelência, logo de avaliação obrigatória tal como a frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal (DGS, 2003; DGS, 2012).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE 2.0), a dor é uma "percepção comprometida", caracterizada pelo "aumento de 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, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite" (ICN, 2011, p. 50). Esta definição vai ao encontro da mencionada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor [*International Association for the Study of Pain*; IASP], sendo esta a que reúne maior consenso dentro da comunidade científica. Para a IASP, a dor configura uma experiência desagradável e multidimensional, que abrange a componente emocional, sensorial e física, decorrente de um dano tecidual potencial ou real (IASP, 2012).

Para que seja possível estudar a dor é imprescindível compreender e reconhecer as quatro fases do processo de percepção do estímulo doloroso: fase de transdução, caracterizada pela receção do estímulo de dor pelos nociceptores; fase de transmissão, em que aquele estímulo é transmitido até à espinal medula; fases de modulação e de percepção, onde esse estímulo pode ser aceite, ou não, como dor (Monahan *et al.*, 2010). Subsequentemente a este processo são ativados estímulos químicos (Bolander, 1998), mecânicos e térmicos (Monahan *et al.*, 2010).

Até à década de 80 do século XX perseverava a crença que a percepção da dor pelo neonato não era tão clara como os adultos, todavia, devido ao grande desenvolvimento e aos inúmeros estudos realizados principalmente nos últimos 30 anos, a dor no recém-nascido tem vindo a ganhar destaque na literatura científica (Longo *et al.*, 2011), permitindo clarificar a especificidade da sua condição hiperálgica e as experiências dolorosas no recém-nascido, sendo que estes guardam memórias das dores não tratadas que podem ter consequências imediatas/ a curto prazo que se podem manifestar por respostas fisiológicas (p. ex.: aumento da frequência cardíaca e/ou respiratória, aumento da pressão intracraniana, redução da saturação periférica de oxigénio) e respostas comportamentais (p. ex.: choro, e expressão facial de dor) que ocorrem habitualmente como consequência de um procedimento doloroso; ou a longo prazo no seu desenvolvimento que devido à sua complexidade não são tão evidentes, não estando ainda por este motivo cientificamente comprovadas, mas que apontam no sentido da existência de alterações no processamento da dor, na resposta ao stress, na atenção e cognição durante a infância (Anand KJS, Hall RW., 2008; Batalha, 2010; Bueno M, Kimura AF, Pimenta CA., 2008; DGS 2012; Lago P. *et al.* 2009).

Segundo estudos na área da neurofisiologia efetuados, a dor inicia-se no período pré-natal, sendo por volta das 24 semanas de gestação que se desenvolvem as vias nociceptivas que levam à capacidade de resposta neurofisiológica a estímulos, ficando o processo de mielinização completo entre a 30ª e a 37ª semana de gestação (Longo *et al.*, 2011). É importante lembrar que mesmo que as fibras ainda não estejam totalmente mielinizadas e/ou ainda não tenham iniciado processo de mielinização, estas conseguem transportar estímulos dolorosos, embora de uma forma mais lenta (Longo *et al.*, 2011).

Segundo a DGS (2012), um controlo eficiente da dor é um indicador de qualidade dos cuidados ao recém-nascido, do ponto de vista ético e deontológico, mas também devido às implicações no neurodesenvolvimento. Assim sendo deve ser uma prioridade em todos os serviços de saúde que acolhem RN de pré-termo ou termo, avaliar, prevenir e tratar da dor (DGS 2012).

### **Avaliação da dor no recém-nascido**

Em 2008, a Ordem dos Enfermeiros elaborou um Guia Orientador de Boas Práticas nos cuidados à pessoa com dor, como forma de auxiliar e dar resposta ao controlo insuficiente da mesma e à importância do papel do enfermeiro nesta matéria. Mas para que seja possível um correto controlo da dor é importante ter em conta que existem várias causas para a mesma, assim como diversas formas de avaliação e controlo e/ou minimização.

No que concerne aos tipos de dor, esta pode ser causada por procedimentos invasivos (ex.: Punções venosas, arteriais e/ou capilares, aspirações, entubações entre outras); por doenças (ex.: enterocolite necrosante); por tratamentos causadores de dor persistentes e/ou prolongada (ex.: ventilação mecânica, hipotermia induzida) e/ou por cirurgia (pós-operatória) (DGS, 2012).

A apreciação da dor na avaliação do recém-nascido não é fácil por ausência de autorrelato, sendo necessário realizar a avaliação da mesma através da visualização das mudanças fisiológicas (por exemplo: alteração dos sinais vitais, oxigenação, cor e sudação da pele, tónus muscular) e da observação comportamental (por ex.: Choro e gemidos persistentes e recorrentes, expressão facial, movimentos e postura corporal, alteração dos comportamento e dos padrões de sono, etc.) (Anexo 1) (Hockenberry & Wilson, 2014).

A expressão facial de um recém-nascido com dor é a característica mais indicativa que algo não está bem, sendo este o principal motivo pelo qual as diferentes escalas avaliam constantemente as faces do mesmo, como o encerramento firme dos olhos, a protuberância entre as sobrancelhas entre outras. Contudo no que ao recém-nascido pré-termo diz respeito, estas características tornam-se ainda mais difíceis de serem avaliadas, uma vez que a resposta à dor

pode estar atenuada ou ausente mesmo sentindo-a neurologicamente, tal como evidenciam os últimos estudos realizados sobre o tema (Hockenberry & Wilson, 2014).

Além do mencionado Hockenberry & Wilson (2014), referem ainda que uma criança sedada ou sobre o efeito de um “relaxante muscular é incapaz de uma resposta comportamental visível de dor” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 198). Os mesmo autores referem ainda que “em crianças com diminuição da capacidade de resposta à dor é imperativo presumir que a dor existe em todas as situações que normalmente são consideradas dolorosas” (Hockenberry & Wilson, 2014, pp. 198-199)

Dito isto e por se tratar de um trabalho de Mestrado na Área da Saúde Infantil e Pediátrica em contexto de estágio num serviço de Neonatologia, somente serão abordadas as escalas mencionadas que se destinam à população neonatal, destacando-se, todavia, a preconizada no Hospital em causa – escala NIPS, assim como as estratégias não farmacológicas para alívio da dor na população neonatal.

### **Escalas da Dor**

**I.** A **escala** unidimensional comportamental de **EDIN** (*Échelle Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né*), destina-se ao recém-nascido (prematureo ou de termo), Ventilados e não ventilados, com idade igual ou superior as 25 semanas de gestação (pode ser usada até 3 meses) hospitalizado em Unidades de Cuidados Intensivos com dor aguda associada a patologias prolongadas, pós-operatório ou repetição frequente de gestos invasivos (Batalha, Santos & Guimarães, 2005). A escala de EDIN avalia 5 indicadores, cada um deles medido entre 0 e 3, sendo que o score de dor mínimo é 0 e máximo 15 pontos (0-sem dor; 1-4 dor ligeira; 5 -8 moderada, 9-12 intensa e 13-15 muito intensa) (anexo 2).

**II.** A **escala NFCS reduzida** (*Neonatal Facial Coding System*) estima a dor tendo por base oito parâmetros da expressão facial do recém-nascido (prematureo ou de termo): testa franzida, olhos cerrados, aprofundamento do sulco labial, estiramento horizontal da boca (Freitas, Pereira & Oliveira, 2012). Pode ser usada até aos 18 meses (anexo 3).

**III.** A **escala N-PASS** (*Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale* – Escala de dor Neonatal, Agitação e Sedação), foi desenvolvida inicialmente para avaliar a dor e sedação em RN pré-termo em situação pós-operatória ventilado ou não. Esta escala combina a avaliação dos níveis de dor/agitação e de sedação do neonato entre as 23 semanas de gestação e lactentes com 100

dias de vida, embora se possa usar até aos 12 meses de idade (Hockenberry & Wilson, 2014). A escala de N-ASS permite avaliar a dor e o grau de sedação de forma independente, sendo constituídas por 4 critérios comportamentais e 1 fisiológico onde estão presentes os sinais vitais. Os cinco critérios são classificados de 0, 1 ou 2 para dor/agitação e entre 0, -1 ou -2 para sedação.

Relativamente à avaliação da dor na escala, esta deve ser pontuada de 0 a +2 para cada critério comportamental e fisiológico, sendo o seu somatório que representa o nível de dor do RN. Nos bebés prematuros deve-se adicionar pontos consoante a idade gestacional da criança, de forma a compensar sua capacidade limitada de comunicação comportamental e fisiológica da dor. Assim sendo a pontuação total da dor é documentada como um número positivo entre 0 > +10. Para valores de intensidade de dor inferiores ou iguais a 3 poderão ser usadas apenas medidas não farmacológicas, porém para valores superiores a 4 deverão ser adicionadas medidas farmacológicas.

No que diz respeito à avaliação do nível de sedação, este deve ser pontuado entre 0 e -2 para cada critério comportamental e fisiológico, sendo o seu somatório que representa o nível de sedação do RN, sendo o mínimo possível de 0 e o máximo de -10. Uma pontuação de 0 é dada se a resposta do bebé aos estímulos for normal para a sua idade gestacional. Uma sedação leve deverá estar pontuada entre -5 e -2, e uma sedação profunda entre -5 e -10. A sedação profunda não é recomendada, a menos que a criança esteja a receber suporte ventilatório, relacionado ao alto potencial de apneia e hipoventilação. Um prematuro que apresente uma pontuação muito negativa na escala da sedação sem que tenham sido administrados opioides e /ou sedativos, pode indicar que uma resposta à dor e/ou stress prolongado, uma alteração neurológica, sepsis ou outra patologia. Não é necessário avaliar a sedação sempre que há dor (anexo 4) (Hummel & Puchalski, 2001).

**IV.** A **escala** multidimensional de **PIPP** (*Premature Infant Pain Profile* - Perfil de dor do prematuro), foi concebida para RN pré-termo e engloba indicadores comportamentais (mímica facial), fisiológicos (frequência cardíaca, saturação de oxigénio) e contextuais (idade gestacional, p.e.) da experiência de dor no recém-nascido. Esta escala dá uma pontuação de dor superior à dor em recém-nascidos com idade gestacional menor. Cada indicador é medido de 0 a 3 pontos. A pontuação total depende da idade gestacional do Recém-nascido (anexo 5) (Hockenberry & Wilson, 2014).

**V.** A **escala NIPS** (*Neonatal Infant Pain Scale*) é uma escala para recém-nascidos pré-termos com idade gestacional superior a 33.5 semanas (Hockenberry & Wilson, 2014), que **não estejam**

**preferencialmente** submetidos a ventilação invasiva, pela condição subjacente à ventilação. Trata-se de uma escala que avalia seis indicadores que deliberam a existência ou não de queixas algícas do recém-nascido – estado de consciência/ alerta, expressão facial, choro, respiração e movimentos dos membros superiores e inferiores (Batalha, Santos & Guimarães, 2005; Hockenberry & Wilson, 2014). Cada um destes indicadores é medido entre 0 e 1 ponto, com exceção do 2 que é entre 0 e 2, sendo que o total varia entre 0 e 7 (entre 0- 2 usam-se medidas não farmacológicas, e a partir de 1 usam-se medias farmacológicas também).

E escala de NIPS não deve ser utilizada de forma isolada, devendo integrar aspetos como o estado geral do neonato e o ambiente que em que se encontra (Freitas, Pereira & Oliveira, 2012). (anexo 6). Não está validada a sua adaptação para Portugal.

### **Intervenção na dor neonatal**

Indo ao encontro dos pareceres referidos na literatura pelas sociedades de neonatologia a nível mundial, a *American Academy of Pediatrics e a Canadian Paediatric Society* (2006) divulgaram um conjunto de diretrizes / *guidelines* cuja finalidade era melhorar o controlo da dor aguda neonatal (Anand & Hickey, 1987; Aquino & Chrisoffel, 2010; Hatfield, Meyers & Messing, 2013; Rocha *et al.*, 2004). Desta forma, a evidência demonstra que para um melhor controlo da dor nos recém-nascidos é importante uma avaliação frequente da mesma, **prevenindo dor aguda imediatamente antes ou depois dos procedimentos invasivos e/ou pós-operatórios** (e.g. aspiração de secreções, entubação, inserção de cateter venoso ou ventilação invasiva), reduzindo o número dos mesmos sempre que possível (e.g., colheita de sangue), com a finalidade diminuir a dor e o stress prolongado e/ou repetitivo, durante os cuidados prestados numa unidade neonatal (American Academy of Pediatrics & Canadian Paediatric Society, 2006; Anand *et al.*, 2011; Anand & Hickey, 1987; Aquino & Chrisoffel, 2010; Batalha, 2010; Hatfield, Meyers & Messing, 2013; Obu & Chinawa, 2014; Rocha *et al.*, 2004).

Segundo Obu & Chinawa, (2014) e apesar das recomendações supracitadas, nas unidades de cuidados intensivos neonatais, um elevado número de procedimentos stressantes e dolorosos são realizados diariamente, sendo que na maioria das vezes executados sem qualquer analgesia associada (Obu & Chinawa, 2014). Pese embora a sua concretização não possa ser evitada, é possível, porém, reduzir a dor por eles provocados.

Deste modo, cabe aos profissionais de saúde definir como eixo central da sua intervenção clínica o alívio e controlo da dor, mobilizando estratégias/ técnicas que conduzam a diminuição da sensação desconfortável vivida, uma vez que o alívio do mesmo é um princípio ético essencial

assim como um direito humano fundamental (Brennan & Cousins, 2004).

Hoje em dia, aquando da prescrição de analgesia às crianças, os seus riscos vs benefícios imediatos, são tidos constantemente em conta, assim como os efeitos a longo prazo da dor aguda repetitiva vs os provocados pela administração terapêutica prolongada no desenvolvimento cerebral (Anand *et al.*, 2011; Aquino & Chrisoffel, 2010; DGS, 2012; Obu & Chinawa, 2014). Porém e não obstante a importância das estratégias farmacológicas na diminuição da dor aguda moderada a intensa, e da diversidade de estratégias não farmacológicas existente, o trabalho ora em apreço versará apenas as direcionadas à população neonatal, servindo a formação e as normas que realizarei de apoio ao serviço de Neonatologia onde estagiei.

### **Estratégias não farmacológicas**

Ao longo dos últimos anos são inúmeras as intervenções não farmacológicas que têm sido estudadas para garantir a sua eficácia no combate à dor e segurança para o RN (Bellieni & Buonocore, 2005; Cignacco *et al.*, 2009; Golianu, Krane, Seybold, Almgren & Anand, 2007; Harrison, Yamada & Stevens, 2010; Lima & Carmo, 2010; Srouji, Ratnapalan & Schneeweiss, 2010), não como substitutas de um tratamento farmacológico, mas como coadjuvantes na diminuição da dor em situações de dor ligeira a moderada (Batalha, 2010, DGS, 2012), enquanto a terapêutica medicamentosa não surte efeito e/ou se pretende proceder à diminuição da dosagem (Adams, Holland & Botswick, 2009; Phipps, Sands & Marek, 2003).

Batalha (2010) alerta-nos para a ausência de consenso na categorização das intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, afirmando que a escala mais utilizada classifica as intervenções como: comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, emocionais e ambientais. Apesar da diversidade de estratégias não farmacológicas existente mais uma vez relembro que apenas irei abordar neste trabalho as categorias direcionadas à população neonatal.

Face ao apresentado, além das medidas ambientais de minimização dos estímulos, como a redução da intensidade luminosa ou do ruído, a par da presença dos pais, as medidas não farmacológicas para o controlo da dor neonatal mais recomendadas são administração oral de soluções doces (glicose, sacarose, leite materno), amamentação, contacto pele-a-pele entre mãe e bebé, método canguru, contenção / posicionamento, enrolamento do bebé (*swaddling*), sucção não nutritiva, suporte postural (Anand *et al.*, 2011; Aquino & Chrisoffel, 2010; Batalha, 2010; Carbajal *et al.*, 2008; Obu & Chinawa, 2014; Rocha *et al.*, 2004).

I. A diminuição e o controlo dos **estímulos ambientais** (controlo da luz e redução do ruído ambiental), são duas ações muito importantes na minimização do stresse do recém-nascido, uma vez que propiciam as condições ideais de conforto, repouso e sono adequadas e saudáveis para o RN (DGS, 2012; Oliveira, Silva, Rodrigues, Júnior & Tenório, 2016; Saraiva, 2004). É importante relembrar que a persistência de sons agudos e/ou graves por longos períodos pode causar alterações fisiológicas, psíquicas e do ciclo sono-vigília, podendo em situações mais graves levar à perda auditiva, aumento da pressão intracraniana e consequente predisposição do neonato prematuro ao desenvolvimento de hemorragia craniana (Cardoso, Chaves & Bezerra, 2010; Cardoso, Kozlowski, Lacerda, Marques & Ribas, 2015; Gomes & Hahn, 2011; Moreira, Lopes & Carvalho, 2004). Tendo em conta o supracitado, a Organização Mundial de Saúde estabeleceu como nível máximo de pressão sonora diurna 45dbA, nos serviços de neonatologia, devendo este valor ser ainda mais baixo no período noturno (Altimier & Phillips, 2013; Cardoso, Chaves & Bezerra, 2010; Gomes & Hahn, 2011; Moreira, Lopes & Carvalho, 2004).

II. O **aleitamento materno**: trata-se de um método não farmacológico natural, de baixo custo que é integrada a mãe no tratamento da dor. É considerado como um potente analgésico neonatal, diminuindo a frequência cardíaca do recém-nascido e as expressões faciais de dor aquando dos procedimentos (Oliveira, Silva, Silva, Silva, Chaves & Bezerra, 2011). As suas diferentes componentes – contacto direto, sucção nutritiva e ingestão de leite materno – agem de forma aditiva, face à ativação dos recetores opióides, oxitocinérgicos e sistemas colecistoquinérgicos (Holsti, Oberlander & Brant, 2011). Contudo para que o neonato não comece a associar a amamentação à dor, é importante que a sua utilização se faça de forma criteriosa (Leite, 2005).

III. A **contenção**: A sua finalidade é a de simular o posicionamento intrauterino, proporcionando ao RN uma posição confortável (DGS, 2012), atenuando-se a resposta psicológica e comportamental da dor e stresse neonatal, minimizando as perdas de calor para o ambiente, promovendo a auto-organização, conforto e sensação de segurança do recém-nascido (Arriel & Peireira, 2014).

IV. O **método canguru**, ou **método pele-a-pele**, consiste na colocação do recém-nascido despido, em decúbito ventral, em contacto pele-a-pele com a mãe. Esta posição permite o alívio da experiência dolorosa promovendo a libertação de endorfinas, além de fomentar a vinculação e a qualidade do desenvolvimento do recém-nascido. Além disso, auxilia na diminuição do stresse



materno, melhorando o equilíbrio emocional da mesma, importante para a estimulação do aleitamento materno precoce (Avila, 2008).

**V. A solução oral de glicose ou sacarose**, geralmente usado para a dor aguda proveniente de um determinado procedimento (Alves, Duarte, Azevedo, Nascimento & Tavares, 2011), atua no alívio da mesma, na redução do tempo de choro e das expressões faciais de desconforto (Motta & Cunha, 2015). Esta solução ativa as áreas do córtex cerebral relacionadas com o prazer, através da estimulação do paladar, proporcionando efeitos fisiológicos e sensoriais advindos da libertação de opióides endógenos e consequente modulação da experiência algica em recetores próprios (Motta & Cunha, 2015). É, contudo, importante ressaltar que o uso consecutivo e excessivo diminui a sua eficácia (Harrison, Beggs & Stevens, 2012), e a sua utilização em neonatos de pré-termo carece ainda da realização de mais estudos de investigação (Anand, 2007).

**VI. A sucção não nutritiva** com chupeta ou um dedo, por exemplo, é uma das intervenções não farmacológicas mais utilizadas para alívio da dor neonatal, por ser promotora de conforto e tranquilidade para o recém-nascido pré-termo e de termo, permitindo desta forma a minimização da intensidade e duração da dor aguda durante a realização de procedimentos dolorosos (Motta & Cunha, 2015).

**VII. A distração** atua desviando foco de atenção na experiência de dor, sendo especialmente aplicável aquando a realização de procedimentos breves, sendo a música exemplo paradigmático (Farias, Rêgo, Lima, Araújo, Cardoso & Souza, 2011). Trata-se de uma intervenção de nível cognitivo-comportamental.

É ainda importante mencionar/ lembrar a importância de restringir e/ou agrupar o número de intervenções dolorosas ou prestação de cuidados permitindo intervalos de repouso que respeitem os ciclos de sono-vigília do RN e a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais habituais para o mesmo (DGS, 2012).

Além do supracitado é imprescindível a avaliação da dor antes, durante e após o procedimento, para adequar as intervenções não farmacológicas e/ ou farmacológicas necessárias ao procedimento que se vai realizar. (DGS 2012). A aplicação de estratégias sensoriais, como a sucção não nutritiva, a contenção ou a sacarose oral, para procedimentos *minor*, em que tal possa

ser suficiente para reduzir a experiência de dor vivenciada pelo recém-nascido. No caso de procedimentos *major*, como a colocação de dreno torácico, por exemplo as estratégias não farmacológicas devem estar sempre associadas a intervenções farmacológica (DGS, 2012).

### 3. PLANO SESSÃO

<b><u>Plano Sessão</u></b>	<b>Aluna:</b> Cátia Silva
	<i>Aluna de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica</i>

**Tema:** Dor em Neonatologia: Avaliação e Estratégias não farmacológicas de conforto

**Data:** 12 de outubro de 2018

**Local:** Sala de Reuniões

**Duração:** 30 minutos

**Destinatários:** Enfermeiros do Serviço de Neonatologia

**Objetivo Geral:**

- ✓ Relembrar as diferentes escalas de dor existentes e adaptadas à neonatologia;
- ✓ Sensibilizar os enfermeiros da Neonatologia, para a importância da utilização das estratégias não farmacológicas e de conforto, diminuindo fatores stress para o neonato.

**Objetivos Específicos:**

Que os enfermeiros/ sejam capazes de:

- ✓ Conhecer as diferentes escalas de dor existentes para a população neonatal;
- ✓ Selecionar a escala mais adequada para cada criança;
- ✓ Monitorizar a dor no bebe;
- ✓ Reconhecer a importância do conforto e da prevenção de fatores potenciadores de stress;
- ✓ Compreender a importância da utilização das estratégias não farmacológicas durante os procedimentos.

<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Intervenientes</b>	<b>Recurso</b>	<b>Tempo</b>
<u>Introdução:</u> Apresentação do tema da sessão	Expositivo	Cátia Silva	Sala Reuniões	5 min
<u>Desenvolvimento:</u> <b>1.</b> Breve introdução e relacionamento entre o tema central da tese e os projetos efetuados; <b>2.</b> Definição de dor; <b>3.</b> Definição de dor em neonatologia; <b>4.</b> Apresentação das diferentes escalas da dor para a população neonatal; <b>5.</b> Apresentação de diferentes estratégias não farmacológicas para alívio da dor e promoção de conforto.	Demonstrativo Expositivo Interativo	Cátia Silva	- Computador Portátil; - Projetor; - Sala para formação;	15 min
Avaliação da sessão e esclarecimento de dúvidas	Interativo	Cátia Silva Enfermeiros Neonatologia	Entrega questionário de avaliação da sessão formativa	10 min

#### 4. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

##### MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica

### Sessão Formativa

Dor em Neonatologia: Avaliação e Estratégias não farmacológicas de conforto



Imagens cortesia da plataforma Pexels: <https://www.pexels.com>

**Formadora: Cátia Silva**

(Aluna de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

**Formandos:**

**Enfermeiros Neonatologia**

**Data e Hora:** 12 de outubro de 2018 às 15h

**Local:** Sala de Reuniões

**Duração:** 30 minutos

## 5. SLIDES DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora  
UNIVERSIDADE DE Coimbra  
UNIVERSIDADE DE Trás-os-Montes e Alto Alentejo  
UNIVERSIDADE DE Beira Interior  
UNIVERSIDADE DE Lisboa  
UNIVERSIDADE DE Algarve  
UNIVERSIDADE DE Aveiro  
UNIVERSIDADE DE Évora  
UNIVERSIDADE DE Coimbra  
UNIVERSIDADE DE Trás-os-Montes e Alto Alentejo  
UNIVERSIDADE DE Beira Interior  
UNIVERSIDADE DE Lisboa  
UNIVERSIDADE DE Algarve  
UNIVERSIDADE DE Aveiro

2º MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA



Dor em Neonatologia:  
Avaliação e estratégias não farmacológicas

Imagens cortesia da plataforma Pexels: <https://www.pexels.com>

Enf. Orientadora UCIN

Cátia Silva  
(Aluna de Mestrado em Enfermagem – Especialização  
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

outubro 2018

### SUMÁRIO

- Objectivo Geral e Especifico da Formação
- Revisão da Literatura
- Dor em Neonatologia – Escalas da dor
- Dor em Neonatologia – Estratégias não Farmacológicas
- Considerações Finais

**Objetivo geral:**

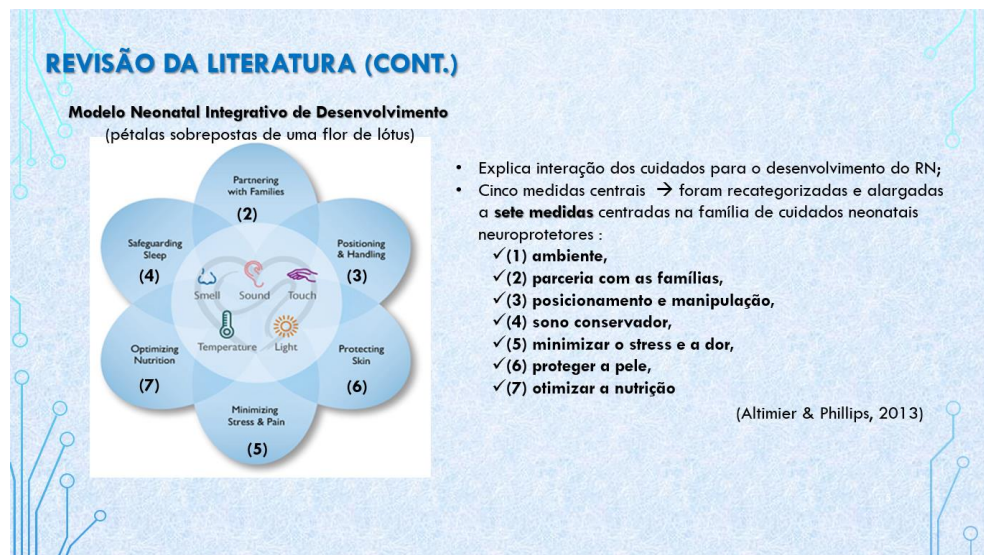
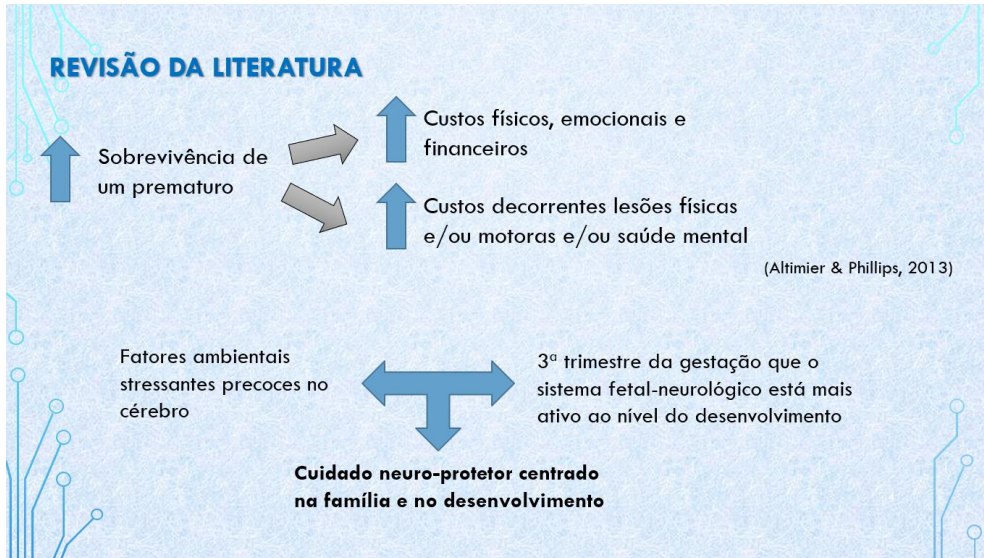
- ✓ Relembrar as diferentes escalas de dor existentes e adaptadas à neonatologia;
- ✓ Sensibilizar os enfermeiros da neonatologia do [ ] para a importância da utilização das estratégias não farmacológicas e de conforto, diminuindo fatores stress para o neonato.

**Objetivos Específicos:**

Que os enfermeiros/ sejam capazes de:

- Conhecer as diferentes escalas de dor existentes para a população neonatal;
- Seleccionar a escala mais adequada para cada criança;
- Monitorizar a dor no bebe;
- Reconhecer a importância do conforto e da prevenção de fatores potenciadores de stress;
- Compreender a importância da utilização das estratégias não farmacológicas durante os procedimentos.







## DOR EM NEONATOLOGIA

### Importância da avaliação da dor:

- 5º Sinal Vital;
- Recém-nascidos (RN) **têm dor**, guardam memória e que a dor não tratada tem **consequências a curto prazo** (respostas fisiológicas – aumento pressão intracraniana; respostas comportamentais – expressão de fáceis de dor) e **a longo prazo** (na atenção e na cognição – Ainda não comprovadas cientificamente); (DGS, 2012)
- Controlo eficaz da dor é um **indicador de qualidade dos cuidados** ao RN (ponto vista ético e pelas implicações no neurodesenvolvimentais).

## DOR EM NEONATOLOGIA

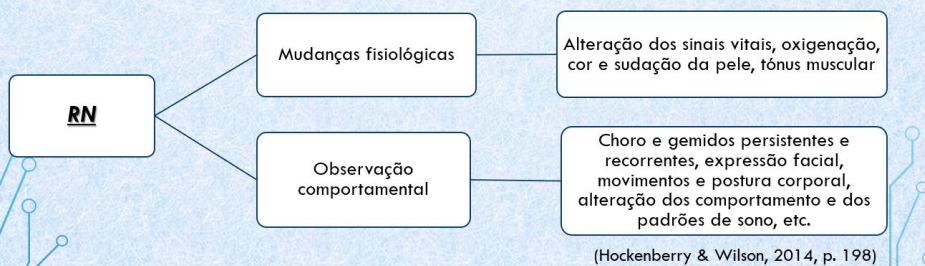
Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE 2.0), a dor é uma "percepção comprometida", caracterizada pelo "aumento de **sensação corporal desconfortável**, referência subjetiva de sofrimento, **expressão facial característica**, **alteração do tônus muscular**, **comportamento de autoproteção**, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite" (ICN, 2011, p. 50).

Início no período pré-natal → +- 24 semanas de gestação → Capacidade de resposta neurofisiológica a estímulos  
(Longo *et al.*, 2011)

## DOR EM NEONATOLOGIA (CONT.)

### Causas da dor:

- Procedimentos invasivos (ex.: Punções venosas, arteriais e/ou capilares, aspirações, entubações entre outras);
  - Por doenças (ex.: enterocolite necrosante);
  - Por tratamentos causadores de dor persistentes e/ou prolongada (ex.: ventilação mecânica, hipotermia induzida);
  - Por cirurgia (pós-operatória).
- (DGS, 2012)





### DOR EM NEONATOLOGIA (CONT.)

**A expressão facial de um recém-nascido com dor é a característica mais indicativa que algo não está bem**

↓

RN pré-termo → ainda mais difíceis de serem avaliadas → resposta à dor pode estar atenuada ou ausente mesmo sentindo-a neurologicamente  
(Hockenberry & Wilson, 2014)

Sedada ou a sobre o efeito de um “relaxante muscular é incapaz de uma resposta comportamental visível de dor”  
(Hockenberry & Wilson, 2014, p. 198)

**IMPERATIVO PRESUMIR QUE A DOR EXISTE EM TODAS AS SITUAÇÕES QUE NORMALMENTE SÃO CONSIDERADAS DOLOROSAS”**  
(Hockenberry & Wilson, 2014, pp. 198-199)

### DOR EM NEONATOLOGIA – ESCALAS DA DOR

EDIN (Échelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né)	NFCS reduzida (Neonatal Facial Coding System)	PIPP (Premature Infant Pain Profile)	N-PASS (Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale)	A escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)
Recém-nascido (premature ou de termo)	recém-nascido (premature ou de termo)	RN pré-termo	RN pré-termo (dor e sedação e em pós-operatória) e no RN ventilado	RN pré-termos com IG > a 33.5 semanas, preferencialmente sem ventilação invasiva
Dor aguda associada a patologias prolongadas, pós-operatório ou repetição frequente de gestos invasivos	Avalia 8 parâmetros da expressão facial do recém-nascido	Avalia indicadores comportamentais (mímica facial), fisiológicos (frequência cardíaca, saturação de oxigênio) e contextuais (idade gestacional, p.e.)	Avalia em combinação a dor, agitação e sedação do neonato entre as 23 semanas de gestação e lactentes com 100 dias de vida	Avalia 6 indicadores e o estado geral do neonato e o ambiente em que se encontra devem ser tido em conta

### DOR EM NEONATOLOGIA – ESCALAS DA DOR (CONT.)

EXPRESSÃO FACIAL	0 Expressão facial relaxada 1 Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas/ lábios finos e cerrados/ franzimento do queixo/ tremor do queixo 2 Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas 3 Contração permanente ou expressão congelada, face azulada
CORPO	0 Relaxado 1 Agitação transitória, mais tempo calmo 2 Agitação frequente, mas é possível acalmar-se 3 Agitação permanente: contração das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade de muito pobre e limitada com corpo congelado
SONO	0 Adormece facilmente; sono prolongado e calmo 1 Adormece dificilmente 2 Acorda espontaneamente, mesmo quando não é manipulado; sono agitado 3 Não dorme
QUALIDADE DE RELACIONAMENTO	0 Somiso aleatório, “somiso resposta”, atento à escuta 1 Apreensão passageira no momento do contato 2 Contato difícil, chora ao menor estímulo 3 Recusa contato, nenhuma relação possível; grita ou geme mesmo sem estímulo
CONSOLABILIDADE	0 Não precisa de consolo 1 Acalma-se rapidamente com carícias, ao som da voz ou sugando 2 Acalma-se com dificuldade 3 Inconsolável; sucção desesperada

**EDIN (Échelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né)**



### DOR EM NEONATOLOGIA – ESCALAS DA DOR (CONT.)

Critérios de Avaliação	Sedação		Normal	Dor / Agitação	
	-2	-1	0	1	2
<b>Choro / Irritabilidade</b>	Não há choro com estímulos dolorosos	Geme ou chora pouco com estímulos dolorosos	Choro adequado Não está irritável	Irritável ou chora a intervalos Consolável	Choro agudo ou silencioso-continuo Inconsolável
<b>Comportamento / Estado</b>	Não há reação a qualquer estímulo Não há movimento espontâneo	Reação mínima aos estímulos Ligeiro movimento espontâneo	Adequado à idade gestacional	Irrequieto, contorce-se Acorda frequentemente	Arqueia-se, dá pontapés Constantemente acordado ou Reage minimamente / não há movimento (não está sedado)
<b>Expressão Facial</b>	A boca está relaxada Sem expressão	Expressão mínima com os estímulos	Relaxado Adequado	Qualquer expressão de dor é intermitente	Qualquer expressão de dor é contínua
<b>Extremidades / Tônus</b>	Não há reflexo de agarrar Tônus flácido	Reflexo de agarrar fraco Tônus muscular	Mãos e pés relaxados Tônus normal	Fecha as mãos e encolhe os pés ou entica os dedos de forma intermitente (<30") O corpo não está tenso	Fecha as mãos e encolhe os pés ou entica os dedos continuamente (≥30") O corpo está tenso
<b>Sinais Vitais: FC, FR, TA; SaO<sub>2</sub></b>	Não há variação com a estimulação Hipoventilação ou apnéia	< 10% variação dos valores iniciais dos estímulos	Dentro dos valores iniciais ou normais para a idade gestacional	↑10-20% dos valores iniciais SaO <sub>2</sub> a 76-85% com estimulação - ↑ rapidamente (S <sub>2</sub> )	↑ > 20% dos valores iniciais SaO <sub>2</sub> ≤ 75% com a estimulação - ↑ lentamente (>2") Não está sincronizado com a ventilação

© Hummel & Puchalski

**Avaliação da dor do prematuro**

- + 3 se < 28 semanas de gestação / idade corrigida
- + 2 se 28-31 semanas de gestação / idade corrigida
- + 1 se 32-35 semanas de gestação / idade corrigida

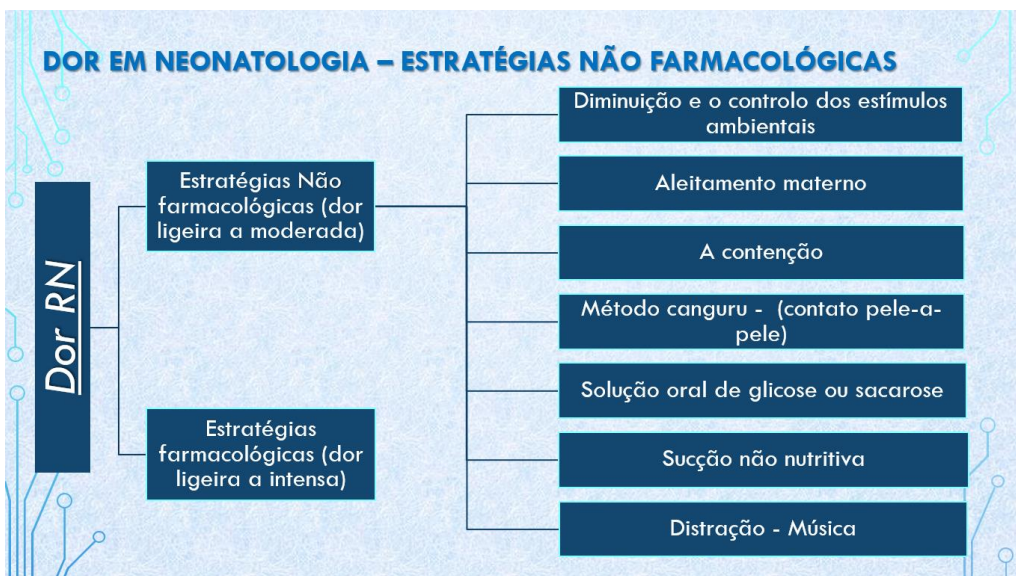
Escala N-PASS: Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (Escala de Dor, Agitação e Sedação Neonatal)  
Pat: Hummel PA, RNC, NNP, PNP, APN/CNP & Mary Puchalski MS, RNC, APN/CNS

### DOR EM NEONATOLOGIA – ESCALAS DA DOR (CONT.)

#### NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

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

Lawrence J, Alcock D, Mcgrath P, Kay J, Macmurray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Network 1993; 12: 59-66.  
Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediat Port 2005; 36(4): 201-7.





### DOR EM NEONATOLOGIA – ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- Diminuição e o controlo dos estímulos ambientais (controlo da luz e redução do ruído ambiental)**
  - Propicia condições de conforto, repouso e sono adequadas e saudáveis para o RN;
  - A persistência de sons agudos e/ou graves por longos períodos pode causar alterações fisiológicas, psíquicas e do ciclo sono-vigília, podendo em situações mais graves
  - Pressão sonora diurna 45dbA, diminuindo no período nocturno segundo a OMS.
- Aleitamento materno**
  - Método natural de baixo custo → integra a mão no tratamento da dor;
  - É potente analgésico neonatal, diminuindo a frequência cardíaca do RN e as expressões faciais de dor nos procedimentos;
  - Integra componentes – contacto direto, sucção nutritiva e ingestão de leite materno;
  - Deve ser Utilizado de forma criteriosa (não associar a dor à amamentação).
- A contenção**
  - Finalidade → simular o posicionamento intrauterino, proporcionando ao RN uma posição confortável (atenuando-se a resposta psicológica e comportamental da dor e stress neonatal);
  - → Minimizar perda de calor para o ambiente, promovendo a auto-organização, conforto e sensação de segurança do recém-nascido.

### DOR EM NEONATOLOGIA – ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- Método canguru - (contato pele-a-pele)**
  - Colocação do recém-nascido despido, em decúbito ventral, em contacto pele-a-pele com a mãe.
  - Alívio da experiência dolorosa: pela libertação de endorfinas;
  - Fomenta a vinculação, diminuindo o stress materno e melhora a qualidade do desenvolvimento do recém-nascido
- Solução oral de glicose ou sacarose**
  - Usado na dor aguda proveniente de um procedimento;
  - Atua no alívio, redução do tempo de choro e das expressões faciais de desconforto;
  - Ativa as áreas do córtex cerebral relacionadas com o prazer, através da estimulação do paladar, proporcionando efeitos fisiológicos e sensoriais advindos da libertação de opióides endógenos.
- Sucção não nutritiva**
  - Das mais utilizadas em neonatal;
  - Promotora de conforto e tranquilidade;
  - Permite minimizar intensidade e duração da dor aguda em Procedimentos dolorosos;
  - Ex: Chupeta ou dedo.
- Distração - Música**
  - Desviar foco de atenção da dor;
  - Usado em procedimentos breves;

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Compreender a importância da avaliação da dor e da promoção do conforto para o bebe
- Reconhecer as diferentes escalas adoptando a mais adequada a cada criança/ situação clínica
- Sensibilizar a equipe de enfermagem para a importância da avaliação e reavaliação da dor, adoptando estratégias não farmacológicas adequadas



**REFERÊNCIAS**

- Altmier, L., Phillips, R. (2013) The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22. DOI: 10.1053/j.nainr.2012.12.002.
- Alves, C.O., Duarte, E.D., Azevedo, V.M.G.O., Nascimento, G.R., & Tavares, T.S. (2011). Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: Uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 788-796. doi: 10.1590/S1983-14472011000400021.
- American Academy of Pediatrics, & Canadian Paediatric Society (2006). Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics*, 118(5), 2231-2241. doi: 10.1542/peds.2006-2277.
- Anand, K.J.S., Bergqvist, L., Hall, R.W. & Carbajal, R. (2011) Acute pain management in newborn infants. *Pain Clinical Updates*, XIX (6).
- Anand K.J.S, Hall RW. (2008) Love, pain, and intensive care. *Pediatrics*;121(4):825-7.
- Anand, K.J.S., & Hickey, P.R. (1987). Pain and its effects in the human neonate and fetus. *The New England Journal of Medicine*, 317, 1321-1329. doi: 10.1056/NEJM198711193172105.
- Arriel, L.M.N., & Pereira, S.A. (2014). *Efeitos da manobra de contenção nas alterações comportamentais de neonatos submetidos à aspiração endotraqueal*. Goiânia, Brasil: CEAFL – Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada.
- Avila, E.A. (2008). *O método mãe-canguru como recurso para a terapia de humanização ao RN de alto risco* (monografia). Rio de Janeiro, Brasil: Universidade Veiga de Almeida.
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Batalha, L., Santos, L.A., & Guimarães, H. (2005). Avaliação da dor no período neonatal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36(4), 201-207.
- Cardoso, M.V.L., Chaves, E.M.C, & Bezerra, M.G.A. (2010). Ruidos e barulhos na unidade neonatal. *REBEn: Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 561-566. doi: 10.1590/S0034-71672010000400010.
- Cardoso, S.M.S., Kozłowski, L.C., Lacerda, A.B.M., Marques, J.M., & Ribas, A. (2015). Newborn physiological responses to noise in the neonatal unit. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 81(6), 583-588. doi: 10.1016/j.bjorl.2014.11.008.

**REFERÊNCIAS (CONT.)**

- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2012). *Orientação n.º 024/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 aos 28 dias)*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Farias, L.M., Régo, R.M.V., Lima, F.E.T., Araújo, T.L., Cardoso, M.V.L.M., & Souza, A.M.A. (2011). Cuidados de enfermagem no alívio da dor de recém-nascido: Revisão integrativa. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 12(4), 866-874.
- Freitas, Z.M.P., Pereira, C.U., & Oliveira, D.M.P. (2012). Escalas para avaliação de dor em neonatologia e sua relevância para a prática de enfermagem. *Pediatria Moderna*, 68(1), 18-24.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong's - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Holsti, L., Oberlander, T.F., & Brant, R. (2011). Does breastfeeding reduce acute procedural pain in preterm infants in Neonatal Intensive Care Unit? A randomized clinical trial. *Pain*, 152(11), 2575-2581. doi: 10.1016/j.pain.2011.07.022.
- Hummel P, Lawlor-Klean P, Weiss MG. Validity and reliability of the N-PASS assessment tool with acute pain. *J Perinatol*. 2010;30(7):474-8.
- Longo, D., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., & Loscalzo, J. (2011). *Harrison's principles of internal medicine*. New York, United States of America: McGraw Hill Education.
- Leite, A.M. (2005). *Efeitos da amamentação no alívio da dor em recém-nascidos a termo durante a coleta de sangue para o teste do pezinho* (tese de doutoramento). São Paulo, Brasil: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- Motta, G.C.P., & Cunha, M.L.C. (2015). Prevention and non-pharmacological management of pain in newborns. *REBEn: Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 123-127. doi: 10.1590/0034-7167.2015680118i.
- Oliveira, C.W.L., Silva, J.V.F., Rodrigues, A.P.R.A., Júnior, A.F.S.X., & Tenório, G.M. (2016). Intervenções não farmacológicas no alívio da dor em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Ciências Biológicas e da Saúde*, 3(2), 123-134.
- Oliveira, R.M, Silva, A.V.S., Silva, L.M.S., Silva, A.P.A.D., Chaves, E.M.C., & Bezerra, S.C. (2011). Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 15(2), 277-283. doi: 10.1590/S1414-81452011000200009.
- Pontes, J. E., Folkmann, M. Á., Tabet, E., Cunha, M. L., & Almeida, F. d. (2015). Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. *Einstein*, 13(2), pp. 238-242.



**MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO**

**2º MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**



**Dor em Neonatologia:**  
**Avaliação e estratégias não farmacológicas**

**Obrigada pela vossa presença e atenção**

**Cátia Silva**  
 (Aluna de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Enfª orientadora UCIN do I

outubro 2018

## 6. GRELHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica

### **Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde** - Estratégias não farmacológicas promotoras de conforto em Neonatologia: Prevenir dor – Promoção de conforto, uma estratégia de Brincar para os Neonatos

Após o término da Sessão de Educação para a Saúde, é importante fazer um balanço, para posterior reflexão sobre os aspetos que poderão ser melhorados, numa tentativa de melhorar as próximas sessões, e os aspetos que foram ao encontro das expectativas iniciais dos formandos. Tendo em conta o supracitado, solicito o preenchimento deste questionário que é anónimo. Assinale, numa escala de 1 a 5, com uma X o número que corresponde à sua opinião: **1- Insuficiente; 2- Suficiente; 3- Bom; 4- Muito Bom; 5- Excelente**

#### Como classifica a sessão:

A. Quanto à temática?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

B. Relativamente à forma como foi abordado?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

C. Quanto aos objetivos delineados se foram atingidos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

D. Quanto à sua utilidade da sessão na melhoria da prestação de cuidados?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sugestões

Obrigado pela sua colaboração

## **7. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

Após o término da sessão de formação realizada no dia 12 de outubro de 2018 no serviço de Neonatologia, considero que o balanço da mesma foi bastante positivo, por ser uma temática muito importante em enfermagem, por se tratar de um indicador de qualidade dos cuidados prestados; uma necessidade já identificada que começará agora, a ser desenvolvida por alguns elementos do serviço, tendo servido este trabalho como linha condutora; e uma área bastante relevante dos cuidados de Enfermagem, uma vez que como 5º sinal vital é importante conhecer-se as escalas existentes para que seja possível avaliar e reavaliar a dor, dando-lhe a relevância que ela detém.

No final da apresentação da sessão explanada no capítulo anterior, foi facultado tempo a toda a equipa para uma reflexão/discussão/ troca de ideias em conjunto com o objectivo dar a conhecer à equipa as escalas existentes e a leitura das mesmas, sensibilizando a equipa para a possível pertinência da implementação de uma segunda escala, mais adequadas aos recém-nascidos sedados/ ventilados, uma vez que a escala utilizada até ao momento no serviço respetivo não estava apropriada. Foi ainda discutida a avaliação que é realizada da dor até ao momento e a não reavaliação das estratégias implementadas, assim como a pertinência da colocação da avaliação da dor de horário e não como intervenção realizada em SOS, tendo ficado estas sugestões e ideias registadas para serem trabalhadas pela equipa que irá trabalhar a dor posteriormente. Foi igualmente lembrada e sensibilizada a equipa para a utilização das estratégias não farmacológicas de forma independente ou em conjunto com as farmacológicas no alívio da dor do RN, prevenindo possíveis consequências a curto ou longo prazo para o mesmo. Por se tratar uma área autónoma da enfermagem, é importante estarmos despertos para pequenas atitudes terapêuticas, de fácil utilização, que podem fazer a diferença em algumas situações. No final da sessão foi ainda facultado um questionário a quem assistiu, já anteriormente explanado com o intuito de compreender a opinião dos formandos sobre temática mencionada, bem como da apresentação por mim realizada, tendo em conta os objetivos traçados inicialmente. Estiveram presentes 10 enfermeiros na sessão, que deram uma nota positiva à sessão pelos contributos que deu à unidade, sendo o único ponto menos positivo, o fato de a mesma não ter sido planeada mais atempadamente para poder abranger todos ou a maioria dos elementos do serviço (sugestão identificada).

Da resposta aos questionários pude concluir que a maioria:

- Achou a temática excelente (Percentagem Satisfação 94%);



- Achou a forma como foi abordada muito boa ou excelente (Percentagem Satisfação 90%);
- Achou que os objetivos foram atingidos (Percentagem Satisfação 94%);
- Achou a sessão muito boa a excelente no que concerne à sua utilidade na melhoria da prestação de cuidados (Percentagem Satisfação 96%).

Os dados supracitados estão registados no gráfico seguinte, tendo por base um universo de 10 enfermeiros, que responderam ao questionário (Q) de avaliação da sessão:

	Média	% satisfação	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q 6	Q 7	Q 8	Q 9	Q 10	Total pontual
Questão 1	4,7	94%	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	47
Questão 2	4,5	90%	5	4	5	4	5	4	4	5	5	4	45
Questão 3	4,7	94%	5	3	5	5	5	5	5	5	4	5	47
Questão 4	4,8	96%	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	48



Gráfico 1 - Média e percentagem das avaliações realizadas pelos Enf<sup>os</sup> da Neonatologia após a sessão de Educação para a Saúde

Com isto pude então concluir que a equipe de enfermagem considerou a sessão, assim como a minha formação positiva, pertinente e clara, tendo ido desta forma ao encontro das expectativas iniciais. A única sugestão/ ponto negativo foi a existência de apenas um dia de formação, sendo que dois dias teria sido melhor para abranger um maior número de elementos.

Para mim esta formação foi muito importante, pois permitiu partilhar os conhecimentos adquiridos pela evidência científica sobre a temática, sobre um tema atual e pertinente para a enfermagem tendo em conta as consequências que pode trazer para o recém-nascido, sem

nunca esquecer que como indicador de qualidade dos cuidados prestados é importante se trabalhado e melhorado constantemente para os cuidados de saúde de excelência. Foi ainda importante pela reflexão que ocorreu em equipa, existindo uma troca de experiências enriquecedoras no meu percurso académico, enquanto profissional e enquanto pessoa.

Este trabalho permitiu assim dar a conhecer as escalas da dor existentes, e dar início a um trabalho que irá ser continuado pela equipa de enfermagem do serviço. É ainda importante referir que foram ainda iniciados dois protótipos de normas de procedimento (Apêndice I e II): uma sobre as diferentes escalas e outra sobre as medidas não farmacológicas, contudo por ainda existir um longo caminho de formação e melhoria no que toca aos cuidados, estas ficarão por agora suspensas até que se tomem decisões com vista à uniformização dos cuidados.



## REFERÊNCIAS

- Adams, M.P., Holland, L.N., & Botswick, P. (2009). *Farmacología para enfermería: Un enfoque fisiopatológico*. Madrid, España: Pearson Educación, S.A.
- Altimier, L., Phillips, R. (2013) The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22. DOI: 10.1053/j.nainr.2012.12.002.
- Alves, C.O., Duarte, E.D., Azevedo, V.M.G.O., Nascimento, G.R., & Tavares, T.S. (2011). Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: Uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 788-796. doi: 10.1590/S1983-14472011000400021.
- American Academy of Pediatrics, & Canadian Paediatric Society (2006). Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics*, 118(5), 2231-2241. doi: 10.1542/peds.2006-2277.
- Anand, K.J.S. (2007). Pain assessment in preterm neonates. *Pediatrics*, 119(3), 605-607. doi: 10.1542/peds.2006-2723.
- Anand, K.J.S., Bergqvist, L., Hall, R.W. & Carbajal, R. (2011) Acute pain management in newborn infants. *Pain Clinical Updates*, XIX(6).
- Anand K.J.S, Hall RW. (2008) Love, pain, and intensive care. *Pediatrics*.;121(4):825-7.
- Anand, K.J.S., & Hickey, P.R. (1987). Pain and its effects in the human neonate and fetus. *The New England Journal of Medicine*, 317, 1321-1329. doi: 10.1056/NEJM198711193172105.
- Aquino, F.M., & Chrisoffel, M.M. (2010). Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipa de enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Revista Rene*, 11, 169- 177.
- Arriel, L.M.N., & Pereira, S.A. (2014). *Efeitos da manobra de contenção nas alterações comportamentais de neonatos submetidos à aspiração endotraqueal*. Goiânia, Brasil: CEAfi – Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada.
- Avila, E.A. (2008). *O método mãe-canguru como recurso para a terapia de humanização ao RN de alto risco* (monografia). Rio de Janeiro, Brasil: Universidade Veiga de Almeida.
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Batalha, L., Santos, L.A., & Guimarães, H. (2005). Avaliação da dor no período neonatal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36(4), 201-207.
- Bellieni, C.V., & Buonocore, G. (2005). Non pharmacological analgesia for newborns. *Current Pediatric Reviews*, 1(3), 235-242. doi: 10.2174/157339605774574971.

- Bolander, V.B. (1998). *Sorensen and Luckmann Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Loures, Portugal: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático Lda.
- Brazelton T, Parker W, Zuckerman B. Importance of behavioral assessment of the neonate. *Curr Probl Pediatr*. 1976;7:1-32.
- Brennan, F. & Cousins, M.J. (2004). Pain relief as a Human Right. *Pain: Clinical Updates*, XII (5).
- Bueno M, Kimura AF, Pimenta CA. (2008) Pharmacological analgesia in neonates undergoing cardiac surgery. *Rev Lat Am Enfermagem*;16(4):727-32.
- Carbajal, R., *et al.* (2008). Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA: The Journal of The American Medical Association*, 300(1), 60-70. doi: 10.1001/jama.300.1.60.
- Cardoso, M.V.L., Chaves, E.M.C, & Bezerra, M.G.A. (2010). Ruídos e barulhos na unidade neonatal. *REBEn: Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 561-566. doi: 10.1590/S0034-71672010000400010.
- Cardoso, S.M.S., Kozłowski, L.C., Lacerda, A.B.M., Marques, J.M., & Ribas, A. (2015). Newborn physiological responses to noise in the neonatal unit. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 81(6), 583-588. doi: 10.1016/j.bjorl.2014.11.008.
- Cignacco, E. *et al.* (2009). Neonatal procedural pain exposure and pain management in ventilated preterm infants during the first 14 days of life. *Swiss Med Wkly*, 139 (15-16), 226-232. doi: smw-12545.
- Coughlin M, Gibbins S, Hoath S. Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *J Adv Nurs*. 2009; 65:2239-2248, <http://dx.doi.org/10.1111/j.13652648.2009.05052.x>.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2012). *Orientação n.º 024/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 aos 28 dias)*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2003). *Circular Normativa n.º 09/DGCG. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
- Farias, L.M., Rêgo, R.M.V., Lima, F.E.T., Araújo, T.L., Cardoso, M.V.L.M., & Souza, A.M.A. (2011). Cuidados de enfermagem no alívio da dor de recém-nascido: Revisão integrativa. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 12(4), 866-874.
- Freitas, Z.M.P., Pereira, C.U., & Oliveira, D.M.P. (2012). Escalas para avaliação de dor em neonatologia e sua relevância para a prática de enfermagem. *Pediatria Moderna*, 68(1), 18-24.

- Gibbins S, Hoath SB, Coughlin M, Gibbins A, Franck L. (2008) *Foundations in newborn-care. The universe of developmental care: a new conceptual model for application in the neonatal intensive care unit*. *Adv Neonatal Care*. 2008;8: 141-147.
- Golianu, B., Krane, E., Seybold, J., Almgren, C., & Anand, K.J. (2007). Non-pharmacological techniques for pain management in neonates. *Seminars in Perinatology*, 31(5), 318-322. doi: 10.0.4.29/j.semperi.2007.07.007.
- Gomes, C.A., & Hahn, G.V. (2011). Manipulação do recém-nascido internado em UTI: Alerta à enfermagem. *Revista Destaques Acadêmicos*, 3(3), 113-122. doi: 10.22410/issn.2176-3070.v3i3a2011.119.
- Harrison, D., Beggs, S., Stevens, B. (2012). *Sucrose for procedural pain management in infants*. *Pediatrics*, 130(5), 918-925. doi: 10.1542/peds.2011-3848.
- Harrison, D., Yamada, J., & Stevens, B. (2010). Strategies for the prevention and management of neonatal and infant pain. *Current Pain Headache Reports*, 14(2), 113-123. doi: 10.1007/s11916-009-0091-0.
- Hatfield, L.A., Meyers, M.A., & Messing, T.M. (2013). A systematic review of the effects of repeated painful procedures in infants: Is there a potential to mitigate future pain responsivity? *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(8), 99-112. doi: 10.5430/jnep.v3n8p99.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong's - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Holsti, L., Oberlander, T.F., & Brant, R. (2011). Does breastfeeding reduce acute procedural pain in preterm infants in Neonatal Intensive Care Unit? A randomized clinica trial. *Pain*, 152(11), 2575-2581. doi: 10.1016/j.pain.2011.07.022.
- Hummel P, Lawlor-Klean P, Weiss MG. *Validity and reliability of the N-PASS assessment tool with acute pain*. *J Perinatol*. 2010;30(7):474-8.
- International Council of Nurses (ICN). (2011). *CIPE Versão 2.0: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2012). *IASP Taxonomy. Pain terms*. Pain. Seattle: International Association for the Study of Pain.
- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort Theory - A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *The Journal of Nursing Administration (JONA)*, 36(11), pp. 538-544.

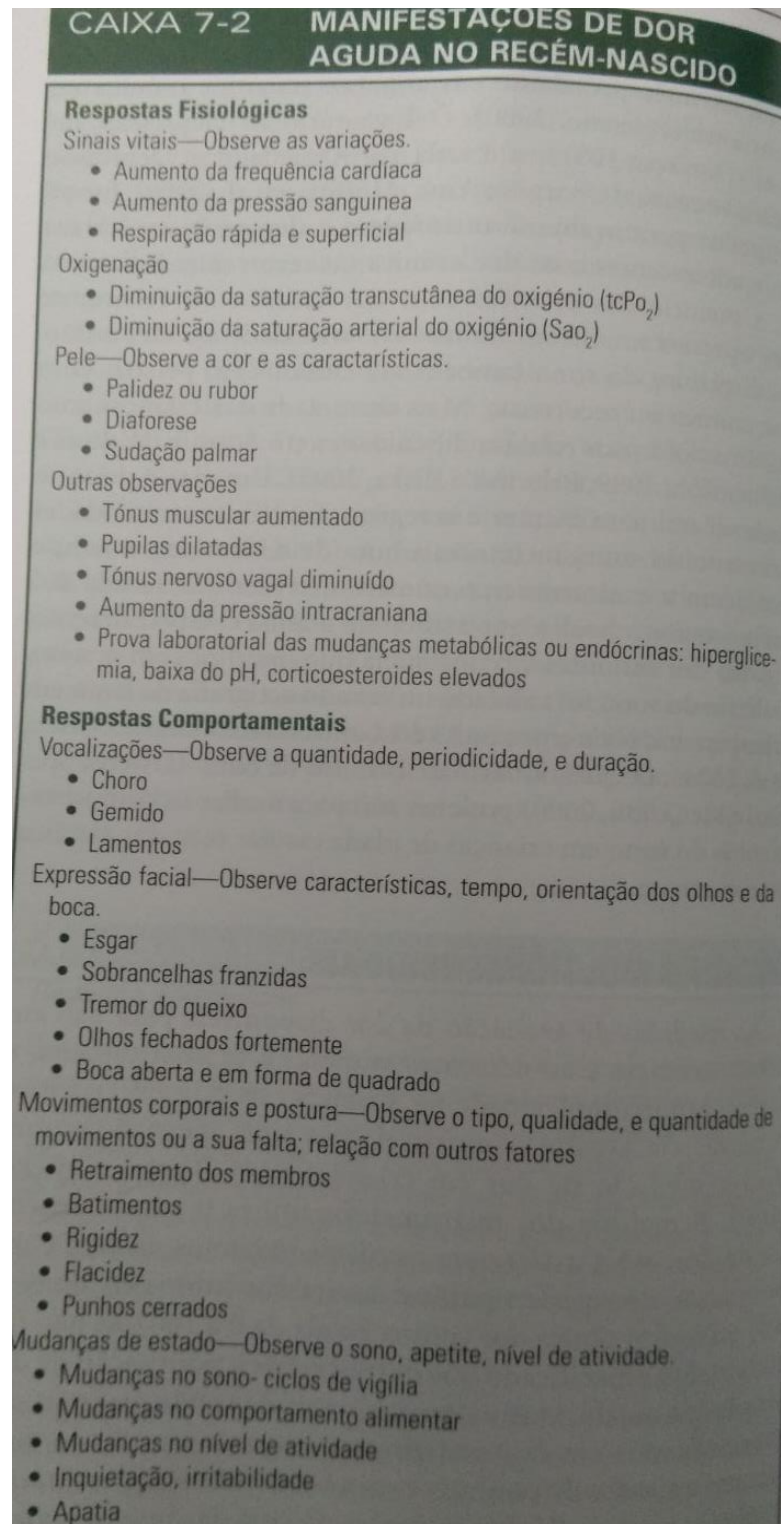
- Lago P, Garetti E, Merazzi D, Pieragostini L, Ancora G, Pirelli A, *et al.* (2009) Guidelines for procedural pain in the newborn. *Acta Paediatr.*; 98(6):932-9.
- Longo, D., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., & Loscalzo, J. (2011). *Harrison's principles of internal medicine*. New York, United States of America: McGraw Hill Education.
- Leite, A.M. (2005). *Efeitos da amamentação no alívio da dor em recém-nascidos a termo durante a coleta de sangue para o teste do pezinho* (tese de doutoramento). São Paulo, Brasil: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- Lima, J., & Carmo, K.B. (2010). Practical pain management in the neonate. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 24(3), 291-307.
- Ministério da Saúde (2009a). Decreto-Lei n.º 247/2009 de 22 de setembro. *Diário da República*, 1ª série, 184, 6758-6761.
- Ministério da Saúde (2009b). Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de setembro. *Diário da República*, 1ª série, 184, 6761-6765.
- Monahan, F. D., Sands, J. J., Neighbors, N., Marek, J. F., & Green, C. J. (Eds). (2010). *Phipps Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença*. Loures, Portugal: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático Lda.
- Moreira, M.E.L., Lopes, J.M.A., & Carvalho, M. *Recém-nascido de alto risco teoria e prática do cuidar*. Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz, 2004.
- Motta, G.C.P., & Cunha, M.L.C. (2015). Prevention and non-pharmacological management of pain in newborns. *REBEn: Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 123-127. doi: 10.1590/0034-7167.2015680118i.
- Obu, H.A., & Chinawa, J.M. (2014). Neonatal analgesia: a neglected issue in the tropics. *Nigerian Medical Journal*, 55 (3), 183-187. doi: 10.4103/0300-1652.132034.
- Oliveira, C.W.L., Silva, J.V.F., Rodrigues, A.P.R.A., Júnior, A.F.S.X., & Tenório, G.M. (2016). Intervenções não farmacológicas no alívio da dor em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Ciências Biológicas e da Saúde*, 3(2), 123-134.
- Oliveira, R.M, Silva, A.V.S., Silva, L.M.S., Silva, A.P.A.D., Chaves, E.M.C., & Bezerra, S.C. (2011). Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 15(2), 277-283. doi: 10.1590/S1414-81452011000200009.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (s.d.). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 191/96, de 4 de setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril)*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 133, Regulamento n.º 422/2018, pp. 19192 - 19194.
- Ordem dos enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - n.º 140/2019. *Diário da República*, p. 4744 4750.
- Phipps, W., Sands, J., & Marek, J.F. (2003). *Enfermagem medico-cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. (6ª edição). Loures, Portugal: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Pontes, J. E., Folkmann, M. Á., Tabet, E., Cunha, M. L., & Almeida, F. d. (2015). Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. *Einstein*, 13(2), pp. 238-242.
- Rego, A., Cunha, M.P., Gomes, J.F.S., Cunha, R.C., Cabral-Cardoso, C., & Marques, C.A. (2015). *Manual de gestão de pessoas e de capital humano* (3ª edição). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo, Lda.
- Rocha, G., et al. (2004). Analgesia e sedação. In Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2004). *Consensos em Neonatologia* (p. 45-51). Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Neonatologia.
- Saraiva, C.A.S. (2004). *Fatores físicos-ambientais e organizacionais em uma unidade de terapia intensiva neonatal: Implicações para a saúde do recém-nascido* (dissertação de mestrado). Porto Alegre, Brasil: Escola de Engenharia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Srouji, R., Ratnapalan, S., & Schneeweiss, S. (2010). Pain in Children: Assessment and Non-pharmacological Management. *International Journal of Pediatrics*, 2010, 1-11. doi: 10.1155/2010/474838.

# **ANEXO PORTFÓLIO**

# **NEONATOLOGIA**

## ANEXO 1 – Manifestações de dor aguda no Recém-Nascido



Fonte: (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 198)

## ANEXO 2 – Escala EDIN (Échelle Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né)

EXPRESSÃO FACIAL	0 Expressão facial relaxada 1 Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas/ lábios finos e cerrados/ franzimento do queixo/ tremor do queixo 2 Caretas freqüentes, marca das ou prolongadas 3 Contração permanente ou expressão congelada, face azulada
CORPO	0 Relaxado 1 Agitação transitória, mais tempo calmo 2 Agitação freqüente, mas é possível acalmar-se 3 Agitação permanente: contração das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada com corpo congelado
SONO	0 Adormece facilmente; sono prolongado e calmo 1 Adormece dificilmente 2 Acorda espontaneamente, mesmo quando não é manipulado; sono agitado 3 Não dorme
QUALIDADE DE RELACIONAMENTO	0 Somiso aleatório, “somiso resposta”, atento à escuta 1 Apreensão passageira no momento do contato 2 Contato difícil, chora ao menor estímulo 3 Recusa contato, nenhuma relação possível; grita ou geme mesmo sem estímulo
CONSOLABILIDADE	0 Não precisa de consolo 1 Acalma-se rapidamente com carícias, ao som da voz ou sugando 2 Acalma-se com dificuldade 3 Inconsolável; sucção desesperada

Fonte: Debillon *et al*<sup>23</sup>



**ANEXO 3 – Escala NFCS reduzida (Neonatal Facial Coding System)**

<b>Parâmetros</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Movimento facial	Ausente	Presente
Fronte saliente	Ausente	Presente
Fenda palpebral estreitada	Ausente	Presente
Sulco nasolabial aprofundado	Ausente	Presente
Boca aberta	Ausente	Presente
Boca estirada (horizontal ou vertical)	Ausente	Presente
Língua tensa	Ausente	Presente
Protrusão da língua	Ausente	Presente
Tremor de queixo	Ausente	Presente

### ANEXO 4 – Escala N-PASS (Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale)

Critérios de Avaliação	Sedação		Normal	Dor / Agitação	
	-2	-1	0	1	2
<b>Choro / Irritabilidade</b>	Não há choro com estímulos dolorosos	Geme ou chora pouco com estímulos dolorosos	Choro adequado Não está irritável	Irritável ou chora a intervalos Consolável	Choro agudo ou silencioso-continuo Inconsolável
<b>Comportamento / Estado</b>	Não há reacção a qualquer estímulo Não há movimento espontâneo	Reacção mínima aos estímulos Ligeiro movimento espontâneo	Adequado à idade gestacional	Irrequieto, contorce-se Acorda frequentemente	Arqueia-se, dá pontapés Constantemente acordado ou Reage minimamente / não há movimento (não está sedado)
<b>Expressão Facial</b>	A boca está relaxada Sem expressão	Expressão mínima com os estímulos	Relaxado Adequado	Qualquer expressão de dor é intermitente	Qualquer expressão de dor é contínua
<b>Extremidades / Tônus</b>	Não há reflexo de agarrar Tônus flácido	Reflexo de agarrar fraco ↓ tônus muscular	Mãos e pés relaxados Tônus normal	Fecha as mãos e encolhe os pés ou estica os dedos de forma intermitente (<30") O corpo não está tenso	Fecha as mãos e encolhe os pés ou estica os dedos continuamente (≥30") O corpo está tenso
<b>Sinais Vitais: FC; FR; TA; SaO<sub>2</sub></b>	Não há variação com a estimulação Hipoventilação ou apneia	< 10% variação dos valores iniciais dos estímulos	Dentro dos valores iniciais ou normais para a idade gestacional	↑10-20% dos valores iniciais SaO <sub>2</sub> ≥ 76-85% com estimulação – ↓ rapidamente (≤2')	↑ > 20% dos valores iniciais SaO <sub>2</sub> ≤ 75% com a estimulação – ↓ lentamente (>2') Não está sincronizado com a ventilação

© Hummel & Puchalski

**Avaliação da dor do prematuro**

- + 3 se < 28 semanas de gestação / idade corrigida
- + 2 se 28-31 semanas de gestação / idade corrigida
- + 1 se 32-35 semanas de gestação / idade corrigida

**Escala N-PASS: Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (Escala de Dor, Agitação e Sedação Neonatal)**  
Pat Hummel MA, RNC, NNP, PNP, APN/CNP & Mary Puchalski MS, RNC, APN/CNS

**ANEXO 5 – Escala PIPP (Premature Infant Pain Profile)**

**PIPP (Premature Infant Pain Profile)<sup>1</sup>**

PROCESSO	INDICADORES	0	1	2	3
	<b>Idade gestacional (semanas)</b>	≥ 36	32-35 e 6 dias	28 – 31 e 6 dias	< 28
<b>Observar RN 15 segundos e anotar FC e saturação de oxigênio basal</b>	<b>Estado de alerta</b>	Activo /acordado Olhos aberto Movimentos faciais	Quieto / acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Activo /dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto / dorme Olhos fechados Sem mímica facial
<b>Observar RN 30 segundos</b>	<b>FC máxima</b>	↑ 0 – 4 bpm	↑ 5 – 14 bpm	↑ 15 – 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	<b>SO<sub>2</sub> mínimo</b>	↓ 0 – 2,4 %	↓ 2,5 – 4,9 %	↓ 5,0 – 7,4 %	↓ ≥ 7,5 %
	<b>Testa franzida</b>	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	<b>Olhos espremidos</b>	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	<b>Sulco naso-labial</b>	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)

▶ 1. Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2005; 36(4): 201-207.

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

Lawrence J, Alcock D, Mcgrath P, Kay J, Macmurray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Network 1993; 12: 59-66.

Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediat Port 2005; 36(4): 201-7.

### ANEXO 6 – Escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

# **APÊNCIDES**

# **PORTFÓLIO**

# **NEONATOLOGIA**

**APÊNDICE I – Protótipo da norma de procedimento sobre Estratégias não farmacológicas ao Recém-Nascido (RN)**

<i>Serviço de Pediatria</i>	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO PEDIAT/UCIN –</b>
-----------------------------	--

APROVAÇÃO

<b>ASSUNTO:</b>	Estratégias não farmacológicas adequadas ao Recém-Nascido (RN)
<b>FINALIDADE:</b>	Uniformizar os cuidados de enfermagem relativamente às estratégias não farmacológicas para o Recém-Nascido (RN)
<b>DESTINATÁRIOS:</b>	Equipa de Enfermagem da UCINP
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	Dor, Estratégias não farmacológicas, Recém-Nascido (RN), Cuidados de enfermagem

## CONCEITO

---

A expressão facial é a característica major de um recém-nascido com dor, existindo diversas escalas que permitem avaliar esse mesmo desconforto. Contudo no que ao recém-nascido pré-termo diz respeito estas características tornam-se ainda mais difíceis de serem avaliadas, uma vez que a resposta à dor pode estar atenuada ou ausente mesmo sentindo-a neurologicamente, tal como evidenciam os últimos estudos realizados sobre o tema (Hockenberry & Wilson, 2014).

Com o intuito de melhorar o controlo da dor aguda neonatal, a *American Academy of Pediatrics* e a *Canadian Paediatric Society* (2006) divulgaram um conjunto de diretrizes / *guidelines*, com a finalidade diminuir a dor e o stress prolongado e/ou repetitivo, durante os cuidados neonatais (American Academy of Pediatrics & Canadian Paediatric Society, 2006).

## ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O RECÉM-NASCIDO

---

Nas unidades de cuidados intensivos neonatais, um elevado número de procedimentos stressantes e dolorosos são realizados diariamente, sendo na maioria das vezes executados sem qualquer analgesia associada (Obu & Chinawa, 2014).

Ao longo dos últimos anos são inúmeras as intervenções não farmacológicas que têm sido estudadas para garantir a sua eficácia no combate à dor e segurança para o RN não como substitutas de um tratamento farmacológico, mas como coadjuvantes na diminuição da dor em situações de dor ligeira a moderada (Batalha, 2010, DGS, 2012), podendo estas ser classificadas como: comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, emocionais e ambientais (Batalha 2010).

Contudo é importante ter em conta que a aplicação de estratégias sensoriais, como a sucção não nutritiva, a contenção ou a sacarose oral, deve ser aplicadas em procedimentos *minor*, em que sejam suficientes para reduzir a experiência de dor vivenciada pelo recém-nascido. No caso de procedimentos *major*, como a colocação de dreno torácico, por exemplo as estratégias não farmacológicas devem estar sempre associadas a intervenções farmacológicas (DGS, 2012).

## ESTRATÉGIAS

1. A diminuição dos **estímulos ambientais como o controlo da luminosidade** é importante na minimização do stresse do recém-nascido, proporcionando as condições ideais de conforto, repouso e sono adequadas e saudáveis para o RN. Contudo é na **redução do ruído ambiental** para um nível máximo de pressão sonora diurna 45dbA, sendo inferior no período noturno que mais preocupa a Organização Mundial de saúde, por ser fundamental para o bem-estar e saúde do RN, uma vez que a persistência de sons agudos e/ou graves por longos períodos pode causar alterações fisiológicas, psíquicas e do ciclo sono-vigília, podendo em situações mais graves levar à perda auditiva, aumento da pressão intracraniana (Altimier & Phillips, 2013; Cardoso, Chaves & Bezerra, 2010; Cardoso, Kozlowski, Lacerda, Marques & Ribas, 2015; Gomes & Hahn, 2011).

2. **Aleitamento materno:** Método não farmacológico natural, de baixo custo, que integra o toque terapêutico no tratamento da dor. As suas diferentes componentes – contacto direto, sucção nutritiva e ingestão de leite materno – agem de forma aditiva, sendo por isso considerado como um potente analgésico neonatal, diminuindo a frequência cardíaca do recém-nascido e as expressões faciais de dor aquando dos procedimentos (Oliveira, Silva, Silva, Silva, Chaves & Bezerra, 2011, Holsti, Oberlander & Brant, 2011). Contudo para que o neonato não comece a associar a amamentação à dor, é importante que a sua utilização se faça de forma criteriosa (Leite, 2005).

3. **Contenção, posicionamento, enrolamento do bebé (*swaddling*):** A sua finalidade é a de simular o posicionamento intrauterino, proporcionando ao RN uma posição confortável (DGS, 2012), atenuando-se a resposta psicológica e comportamental da dor e stresse neonatal, minimizando as perdas de calor para o ambiente, promovendo a auto-organização, conforto e sensação de segurança do recém-nascido (Arriel & Pereira, 2014).

4. **O método canguru, ou método pele-a-pele:** Colocação do RN despido, na posição ventral em contacto pele-a-pele com a mãe. Esta posição permite o alívio da experiência dolorosa promovendo a libertação de endorfinas, além de fomentar a vinculação e a qualidade do desenvolvimento do recém-nascido. Além disso, auxilia na diminuição do stresse materno, melhorando o equilíbrio emocional da mesma, importante para a estimulação do aleitamento materno precoce (Avila, 2008).



**5. A solução oral de glicose ou sacarose:** geralmente usado para a dor aguda proveniente de um determinado procedimento (Alves, Duarte, Azevedo, Nascimento & Tavares, 2011), atua no alívio da mesma, na redução do tempo de choro e das expressões faciais de desconforto (Motta & Cunha, 2015). Esta solução ativa as áreas do córtex cerebral relacionadas com o prazer, através da estimulação do paladar, proporcionando efeitos fisiológicos e sensoriais advindos da libertação de opióides endógenos e consequente modulação da experiência algica em recetores próprios (Motta & Cunha, 2015).

**6. A sucção não nutritiva** com chupeta ou um dedo, por exemplo, é uma das intervenções não farmacológicas mais utilizadas para alívio da dor neonatal, por ser promotora de conforto e tranquilidade para o recém-nascido pré-termo e de termo, permitindo desta forma a minimização da intensidade e duração da dor aguda durante a realização de procedimentos dolorosos (Motta & Cunha, 2015).

**7. A distração** atua desviando foco de atenção na experiência de dor, sendo especialmente aplicável aquando a realização de procedimentos breves, sendo a música exemplo paradigmático (Farias, Rêgo, Lima, Araújo, Cardoso & Souza, 2011).

**8. Restringir e/ou agrupar** o número **de intervenções** dolorosas e/ou prestação de cuidados permitindo intervalos de repouso que respeitem os ciclos de sono-vigília do RN (DGS, 2012).

**APÊNDICE II – Protótipo da norma de procedimento sobre Estratégias não farmacológicas ao Recém-Nascido (RN)**

<i>Serviço de Pediatria</i>	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO PEDIAT/UCINP –</b>
---------------------------------	---

<b>APROVAÇÃO</b>

<b>ASSUNTO:</b>	Avaliação e monitorização da dor no Recém-Nascido (RN)
<b>FINALIDADE:</b>	Uniformizar os cuidados de enfermagem relativamente às escalas da dor para o Recém-Nascido (RN)
<b>DESTINATÁRIOS:</b>	Equipa de Enfermagem da UCINP
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	Dor, Escalas dor, Recém-Nascido (RN), Cuidados de enfermagem

## CONCEITO

---

O RN internado sobretudo o pré-termo, devido à sua imaturidade, necessita de cuidados específicos que lhe proporcionem um ambiente neutro, que minimize o risco de infecção, perdas hídricas e desequilíbrios térmicos, entre outros.

A expressão facial de um recém-nascido com dor é característica, existindo diversas escalas que permitem avaliar esse mesmo desconforto. Contudo no que ao recém-nascido pré-termo diz respeito estas características tornam-se ainda mais difíceis de serem avaliadas, uma vez que a resposta à dor pode estar atenuada ou ausente mesmo sentindo-a neurologicamente, tal como evidenciam os últimos estudos realizados sobre o tema (Hockenberry & Wilson, 2014).

## AVALIAÇÃO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO

---

De acordo com estudos na área da neurofisiologia efetuados nos últimos anos, a dor inicia-se no período pré-natal, por volta das 24 semanas de gestação, ficando o processo completo entre a 30ª e a 37ª semana de gestação (Longo *et al.*, 2011).

Segundo a DGS (2012), esta pode ser causada por procedimentos invasivos (ex.: Punções venosas, arteriais e/ou capilares, aspirações, entubações entre outras); por doenças (ex.: enterocolite necrosante); por tratamentos causadores de dor persistente e/ou prolongada (ex.: ventilação mecânica, hipotermia induzida) e/ou por cirurgia (pós-operatória) (DGS, 2012).

A avaliação da dor no recém-nascido não é fácil, sendo necessário realizar a avaliação da mesma através da visualização das mudanças fisiológicas e das respostas comportamentais presentes:

<b>Respostas Fisiológicas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Sinais vitais</u> (variações) – Aumento da frequência cardíacas, aumento da pressão sanguínea, respiração rápida e superficial;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Oxigenação</u> – Diminuição da saturação transcutânea do oxigénio e da saturação arterial de oxigénio;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Pele</u> (Cor e características) – Palidez ou rubor, diaforese, sudação palmar;</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Outras Observações</u> – Tónus muscular aumentado, pupilas dilatadas, aumento pressão intracraniana, alterações metabólicas (hiperglicemia, acidose metabólica, etc.).</li></ul>

Fonte: (Hockenberry & Wilson, 2014, p.198)

Respostas Comportamentais	
•	<u>Vocalizações</u> (observar quantidade, periodicidade e duração) – Choro, gemido e lamentos;
•	<u>Expressão Facial</u> (observar características, tempo, orientação dos olhos e boca) – Esgar, sobrancelha franzida, tremor do queixo, olhos fechados com força, boca aberta em forma de quadrado;
•	<u>Movimentos corporais e postura</u> (observar tipo, qualidade e quantidade de movimentos/ ou falta dos mesmos) – membros retraídos, batimentos, rigidez, flacidez, punhos cerrados;
•	<u>Mudança de estado</u> – Mudança do padrão de sono/ ciclo de vigília, mudança dos comportamentos alimentares e do nível de atividade, inquietação, irritabilidade, apatia.

Fonte: (Hockenberry & Wilson, 2014, p.198)

## ESCALAS DA DOR

A **escala** unidimensional comportamental de **EDIN** (Échelle Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né), destina-se ao recém-nascido (prematureo ou de termo), Ventilados e não ventilados, com idade igual ou superior as 25 semanas de gestação (pode ser usada até 3 meses) hospitalizado em Unidades de Cuidados Intensivos com dor aguda associada a patologias prolongadas, pós-operatório ou repetição frequente de gestos invasivos (Batalha, Santos & Guimarães, 2005). A escala de EDIN avalia 5 indicadores, cada um deles medido entre 0 e 3, sendo que o score de dor mínimo é 0 e máximo 15 pontos (0-sem dor; 1-4 dor ligeira; 5 -8 moderada, 9-12 intensa e 13-15 muito intensa) (anexo 2).

EXPRESSÃO FACIAL	0 Expressão facial relaxada 1 Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas/ lábios finos e cerrados/ franzimento do queixo/ tremor do queixo 2 Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas 3 Contração permanente ou expressão congelada, face azulada
CORPO	0 Relaxado 1 Agitação transitória, mais tempo calmo 2 Agitação frequente, mas é possível acalmar-se 3 Agitação permanente: contração das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade de muito pobre e limitada com corpo congelado
SONO	0 Adormece facilmente; sono prolongado e calmo 1 Adormece dificilmente 2 Acorda espontaneamente, mesmo quando não é manipulado; sono agitado 3 Não dorme
QUALIDADE DE RELACIONAMENTO	0 Somiso aleatório, "somiso resposta", atento à escuta 1 Apreensão passageira no momento do contato 2 Contado difícil, chora ao menor estímulo 3 Recusa contato, nenhuma relação possível; grita ou geme mesmo sem estímulo
CONSOLABILIDADE	0 Não precisa de consolo 1 Acalma-se rapidamente com carícias, ao som da voz ou sugando 2 Acalma-se com dificuldade 3 Inconsolável; sucção desesperada

A **escala N-PASS** (*Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale* – Escala de dor Neonatal, Agitação e Sedação), foi desenvolvida inicialmente para avaliar a dor e sedação em RN pré-termo

em situação pós-operatória ventilado ou não. Esta escala combina a avaliação dos níveis de dor/agitação e de sedação do neonato entre as 23 semanas de gestação e lactentes com 100 dias de vida, embora se possa usar até aos 12 meses de idade (Hockenberry & Wilson, 2014). A escala de N-ASS permite avaliar a dor e o grau de sedação de forma independente, sendo constituídas por 4 critérios comportamentais e 1 fisiológico onde estão presentes os sinais vitais. Os cinco critérios são classificados de 0, 1 ou 2 para dor/agitação e entre 0, -1 ou -2 para sedação.

Relativamente à avaliação da dor na escala, esta deve ser pontuada de 0 a +2 para cada critério comportamental e fisiológico, sendo o seu somatório que representa o nível de dor do RN. Nos bebés prematuros deve-se adicionar pontos consoante a idade gestacional da criança, de forma a compensar sua capacidade limitada de comunicação comportamental e fisiológica da dor. Assim sendo a pontuação total da dor é documentada como um número positivo entre 0 > +10. Para valores de intensidade de dor inferiores ou iguais a 3 poderão ser usadas apenas medidas não farmacológicas, porém para valores superiores a 4 deverão ser adicionadas medidas farmacológicas.

No que diz respeito à avaliação do nível de sedação, este deve ser pontuado entre 0 e -2 para cada critério comportamental e fisiológico, sendo o seu somatório que representa o nível de sedação do RN, sendo o mínimo possível de 0 e o máximo de -10. Uma pontuação de 0 é dada se a resposta do bebé aos estímulos for normal para a sua idade gestacional. Uma sedação leve deverá estar pontuada entre -5 e -2, e uma sedação profunda entre -5 e -10. A sedação profunda não é recomendada, a menos que a criança esteja a receber suporte ventilatório, relacionado ao alto potencial de apneia e hipoventilação. Um prematuro que apresente uma pontuação muito negativa na escala da sedação sem que tenham sido administrados opioides e /ou sedativos, pode indicar que uma resposta à dor e/ou stress prolongado, uma alteração neurológica, sepsis ou outra patologia. Não é necessário avaliar a sedação sempre que há dor (anexo 4) (Hummel & Puchalski, 2001).

Critérios de Avaliação	Sedação		Normal	Dor / Agitação	
	-2	-1	0	1	2
Choro / Irritabilidade	Não há choro com estímulos dolorosos	Geme ou chora pouco com estímulos dolorosos	Choro adequado Não está irritável	Irritável ou chora a intervalos Consolável	Choro agudo ou silencioso-contínuo Inconsolável
Comportamento / Estado	Não há reacção a qualquer estímulo Não há movimento espontâneo	Reacção mínima aos estímulos Ligeiro movimento espontâneo	Adequado à idade gestacional	Irrequieto, contorce-se Acorda frequentemente	Arqueia-se, dá pontapés Constantemente acordado ou Reage minimamente / não há movimento (não está sedado)
Expressão Facial	A boca está relaxada Sem expressão	Expressão mínima com os estímulos	Relaxado Adequado	Qualquer expressão de dor é intermitente	Qualquer expressão de dor é contínua
Extremidades / Tónus	Não há reflexo de agarrar Tónus flácido	Reflexo de agarrar fraco ↓ tónus muscular	Mãos e pés relaxados Tónus normal	Fecha as mãos e encolhe os pés ou estica os dedos de forma intermitente (<30'') O corpo não está tenso	Fecha as mãos e encolhe os pés ou estica os dedos continuamente (≥30'') O corpo está tenso
Sinais Vitais: FC; FR; TA; SaO <sub>2</sub>	Não há variação com a estimulação Hipoventilação ou apneia	< 10% variação dos valores iniciais dos estímulos	Dentro dos valores iniciais ou normais para a idade gestacional	↑ 10-20% dos valores iniciais SaO <sub>2</sub> a 76-85% com estimulação - ↑ rapidamente (≤2')	↑ > 20% dos valores iniciais SaO <sub>2</sub> ≤ 75% com a estimulação - ↑ lentamente (>2') Não está sincronizado com a ventilação

© Hummel & Puchalski

**Avaliação da dor do prematuro**

- + 3 se < 28 semanas de gestação / idade corrigida
- + 2 se 28-31 semanas de gestação / idade corrigida
- + 1 se 32-35 semanas de gestação / idade corrigida

**Escala N-PASS: Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (Escala de Dor, Agitação e Sedação Neonatal)**  
Pat Hummel MA, RNC, NNP, PNP, APN/CNP & Mary Puchalski MS, RNC, APN/CNS

A **PIPP (Premature Infant Pain Profile - Perfil de dor do prematuro)**, foi concebida para RN pré-termo e engloba indicadores comportamentais (mímica facial), fisiológicos (frequência cardíaca, saturação de oxigénio) e contextuais (idade gestacional, p.e.) da experiência de dor no recém-nascido. Esta escala dá uma pontuação de dor superior à dor em recém-nascidos com idade gestacional menor. Cada indicador é medido de 0 a 3 pontos. A pontuação total depende da idade gestacional do Recém-nascido (anexo 5) (Hockenberry & Wilson, 2014).

### PIPP (Premature Infant Pain Profile)<sup>1</sup>

PROCESSO	INDICADORES	0	1	2	3
	Idade gestacional (semanas)	≥ 36	32-35 e 6 dias	28-31 e 6 dias	< 28
Observar RN 15 segundos e anotar FC e saturação de oxigénio basal	Estado de alerta	Activo / acordado Olhos aberto Movimentos faciais	Quieto / acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Activo / dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto / dorme Olhos fechados Sem mímica facial
Observar RN 30 segundos	FC máxima	↑ 0-4 bpm	↑ 5-14 bpm	↑ 15-24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	SO <sub>2</sub> mínimo	↓ 0-2,4 %	↓ 2,5-4,9 %	↓ 5,0-7,4 %	↓ ≥ 7,5 %
	Testa franzida	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Olhos espremidos	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Sulco naso-labial	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)

I. Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 2005; 36(4): 201-207.

**NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)** é uma escala para recém-nascidos pré-termos com idade gestacional superior a 33.5 semanas (Hockenberry & Wilson, 2014), que **não estejam preferencialmente** submetidos a ventilação invasiva, pela condição subjacente à ventilação. Trata-

se de uma escala que avalia seis indicadores que deliberam a existência ou não de queixas álgicas do recém-nascido – estado de consciência/ alerta, expressão facial, choro, respiração e movimentos dos membros superiores e inferiores (Batalha, Santos & Guimarães, 2005; Hockenberry & Wilson, 2014). Cada um destes indicadores é medido entre 0 e 1 ponto, com exceção do 2 que é entre 0 e 2, sendo que o total varia entre 0 e 7 (entre 0- 2 usam-se medidas não farmacológicas, e a partir de 1 usam-se medias farmacológicas também).

E escala de NIPS não deve ser utilizada de forma isolada, devendo integrar aspetos como o estado geral do neonato e o ambiente que em que se encontra (Freitas, Pereira & Oliveira, 2012). (anexo 6). Não está validada a sua adaptação para Portugal.

Escala de Dor para Recém-Nascidos=Neonatal Infant Pain Scale (NIPS).			
Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraída	---
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Regular	Diferente da basal	---
Braços	Relaxados	Fletidos/Estendidos	---
Pernas	Relaxadas	Fletidas/Estendidas	---
Estado de Alerta	Dormindo e/ou Calmo	Agitado e/ou Irritado	---

Presença de dor:>3 pontos

---

***APÊNDICE XI – Guia Orientador das  
atividades de estágio: Brincar numa  
UCIPed***

---



## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º MESTRADO EM ENFERMAGEM,

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular: Estágio Final

# Brincar numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed)

Guia orientador das atividades de estágio

Docente orientadora de estágio: Professora Margarida Malcata

Docente Coorientadora de estágio: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Enfº orientador UCIPed:

Discentes:

Cátia Silva (n.º 170531104)

SETÚBAL, 2018

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º MESTRADO EM ENFERMAGEM,

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular: Estágio Final

# Brincar numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed)

Guia orientador das atividades de estágio

Docente orientadora de estágio: Professora Margarida Malcata

Docente Coorientadora de estágio: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Enfº orientador UCIPed:

Discentes:

Cátia Sofia Calda Baptista da Silva (n.º 170531104)

Setúbal, 9 de novembro de 2018

## NOTA INTRODUTÓRIA

A proposta da realização deste trabalho decorre no âmbito da unidade curricular de Estágio Final, fase B que ocorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed), no ano letivo de 2018/2019, inserida no 2º Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, sob a regência da Professora M<sup>a</sup>. Antónia Chora, com a colaboração e orientação da Professora Margarida Malcata e coorientação da Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos.

A formação é um processo contínuo e fulcral para o desenvolvimento profissional e pessoal ao longo do ciclo vital que pressupõe mudança, progresso contínuo e diferenciação dos recursos humanos vitais (Rego, *et al.*, 2015). Tem como objetivo melhorar e evoluir em três áreas fundamentais do saber – saber-saber, saber-fazer e saber ser e estar (Rego, *et al.*, 2015).

Por outro lado Brincar é um direito da criança mencionado na Carta de Criança Hospitalizada, artigo 7.º onde se pode ler que “o Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança” (Instituto de Apoio à Criança, IAC, 2008), mesmo quando estamos a falar de serviços tão específicos e particulares como uma UCIPed, onde por inerência do estado clínico da criança e jovem, nem sempre é permitido à criança brincar. Assim sendo este folheto e dossier, têm como objetivo fornecer informação aos enfermeiros e pais das crianças internadas, sobre as atividades ou simples gestos adequados a cada idade que podem ser promovidas nestas unidades, sensibilizando a utilização das mesmas com o intuito de diminuir o medo e o stress decorrente da hospitalização, promovendo a colaboração através da promoção de um ambiente mais familiar e acolhedor.

## PROMOÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO PARA BRINCAR

Desde 1959, com a criação da Declaração dos Direitos da Criança que nos menciona no princípio 7.º que “a criança terá ampla oportunidade para brincar e divertir-se, visando os mesmos propósitos da sua educação; a sociedade e as autoridades públicas empenhar-se-ão em promover o gozo deste direito. ...”, que o brincar é reconhecido como uma necessidade essencial para a criança.

Por se tratar de uma necessidade básica que surge nos primeiros dias de vida, tal como comer e beber, ela vai-se desenvolvendo ao longo do processo de crescimento da criança tanto a nível físico, como mental, emocional e social.

Para a ela, o brincar é um recurso fundamental para o seu desenvolvimento e o bem-estar, permitindo que compreenda o mundo que a rodeia. Através da brincadeira ela aprende sobre si própria o que pode fazer ou não fazer e como se relacionar com as outras coisas, adaptando-se às "regras" da sociedade, funcionando como uma ligação com o meio em que vive (Hockenberry, M. J. & Wilson, D., 2011).

Por se tratar de um bem essencial para a criança a sua necessidade de brincar e crescer não cessa quando esta por algum motivo é internada, muito pelo contrário (Hockenberry, M. J. & Wilson, D., 2011). Ao ser internada a criança é “obrigada” a viver e conviver com pessoas, num ambiente que para ela é muito stressante e assustador, e o brinquedo pode ajuda-la a ultrapassar esses medos e a libertar os seus receios e preocupações, expressando os seus sentimentos. Ao proporcionar-lhes uma oportunidade para jogar, desenhar, pintar estamos a permitir que elas revelem as suas fantasias sobre o ambiente em que estão a viver e todos os procedimentos associados compreendendo melhor o que mais as assusta. Por outro lado, ao consentir que a criança brinque estamos a permitir que esta se aproxime mais do seu quotidiano o que causará um efeito positivo e uma sensação de bem-estar na sua recuperação (Castro *et al.*, citado por Abreu, C., Correia, F., Jácome, P., Rodrigues, S., & Santos, V., 2017; Tavares, P., 2011), ajudando-a a lidar melhor com as adversidades através do "faz de conta".

Assim sendo, através do brincar terapêutico o profissional de saúde consegue obter a confiança da criança, criando um vínculo com a mesma, compreendendo melhor os seus sentimentos e os seus medos. Isto permite que esta se adapte melhor ao ambiente onde está agora inserida, aderindo de uma forma mais positiva aos cuidados e procedimentos que lhe são efetuados, colaborando nos mesmos. Apesar disso é importante não esquecer que os pais/pessoas significativas são aqueles que melhor conhecem a criança e aqueles em quem ela mais confia,

sendo por isso imprescindível a sua participação no acompanhamento às mesmas, nas atividades lúdicas realizadas e nos tratamentos pois transmitem uma maior confiança à criança e aumentam o seu vínculo afetivo (Lemos, Pereira, Andrade & Andrade, 2010).

Contudo numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed) isto nem sempre é possível, quer pela situação clínica da criança, quer por todo o ambiente e características do serviço onde está inserida. Embora este tipo de serviço seja um local onde os instrumentos tecnológicos, imprescindíveis para assegurar a vida da criança em estado crítico predominam, há situações em que o seu estado clínico geral permite que mantenha as suas atividades de vida (Abreu, C., Correia, F., Jácome, P., Rodrigues, S., & Santos, V., 2017).

Ao brincar no ambiente hospitalar, nomeadamente nas UCIPed, a criança está não só a distrair-se e a desenvolver-se, mas também a adaptar-se a um ambiente que lhe é estranho e muitas vezes hostil. É por isso uma ótima estratégia para tornar o ambiente mais agradável e a experiência menos agressiva, pois torna o ambiente mais parecido ao que esta conhece, mantendo de igual modo algumas das atividades gosta. Dito isto e tendo em conta a realidade observada no serviço no qual estagiei e os benefícios do brincar descritos pela literatura científica e supracitados, torna-se fundamental numa unidade de tamanha especificidade, que sejam proporcionados momentos/ estratégias de Brincar adaptados ao serviço e à situação clínica de cada criança. Deste modo, e tendo em conta as necessidades do serviço levantadas após uma observação informal e uma conversa informal com alguns dos enfermeiros do serviço considerei pertinentes os trabalhos desenvolvidos, com o intuito de relembrar a importância e a pertinência do brincar, mas sobretudo as suas vantagens, sensibilizando os enfermeiros para a utilização do mesmo.

## **ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA PEDIÁTRICA**

Nos últimos anos são várias as estratégias descritas pela literatura, que têm vindo a ser implementadas pelos enfermeiros, dependendo da situação clínica da criança e jovem, com o intuito de melhorar a sua estadia durante o internamento (Lemos, Pereira, Andrade & Andrade, 2010; Mitre & Gomes, 2004; Pedro, 2007; Tavares, 2011), sendo que irei de seguida mencionar algumas que servirão de base ao folheto informativo e ao documento que será posteriormente implementado no serviço com as indicações de alguns dos objetos que os pais podem trazer com o intuito de harmonizar o ambiente hospitalar, aumentando a sensação de bem-estar das

crianças, jovens e famílias, e auxiliar durante a realização de procedimentos invasivos ou dolorosos, como estratégia não farmacológica e promotora de conforto.

✓ **Desenhos e/ou pinturas:** Além de ser uma excelente forma de distração, permite à criança harmonizar o ambiente com objetos criados por si, ao mesmo tempo que constitui um magnífico meio para a expressão dos seus sentimentos relacionados com a doença, a hospitalização, a família e a equipa de saúde;

✓ **Leitura de histórias:** É um excelente método de descontração e promoção da experiência imaginária da criança e jovem. Segundo Matthews & Lonsdale citados por Caldin (2001), esta proporciona um momento de introspeção à criança que leva à libertação posterior dos seus sentimentos;

✓ **Visualização de desenhos animados / canais infantis:** Desde muito cedo que a televisão e os desenhos animados exercem um grande fascínio sobre as crianças e os jovens. O encantamento pelas cores, sons, personagens, fantasia e imaginação, são alguns dos atrativos dos desenhos animados;

✓ **Brinquedo / objeto preferido:** É importante que aquando do internamento a criança tenha consigo o seu brinquedo/objeto favorito, pois este proporciona conforto, controle e segurança à criança em relação ao ambiente em que está inserido. Por isso mesmo deve-se solicitar aos pais que tragam esse objeto para o internamento;

✓ **Imaginação Guiada - Brincar:** A integração do brincar com a imaginação guiada contribui para uma melhor adesão aos cuidados / tratamentos, através da diminuição do medo, ansiedade e angústia relativa aos mesmos. Durante o jogo da “imaginação guiada” a criança transfere os seus medos para os bonecos. Desta forma os procedimentos são realizados primeiramente no boneco e posteriormente na criança ou vice-versa de acordo com o “negociado” com a criança/jovem.

✓ **Visita dos "doutores palhaços":** Proporcionam um ambiente alegre e descontraído associado à música durante a hospitalização. O ritmo, som e melodia relaxante na maioria das vezes são capazes de diminuir a ansiedade e desconforto da criança, despertando a sua atenção e tranquilizando-a.

## BRINQUEDO ADEQUADO A CADA IDADE

### 0-6 Meses (latente)

Deve-se privilegiar os brinquedos que **estimulem o seu sentido de visão, tato e audição.**

**Exemplos:** os chocalhos, sucção não nutritiva, pêndulos, mordedores, música infantil, entre outros

### 6-12 Meses (latente)

Os brinquedos que ajudem a criança a desenvolver a sua **área sensitiva e a coordenação motora** são os mais significativos nestas idades.

**Exemplo:** Cubos coloridos, brinquedos com sons e/ou luzes, assim como os que estimulam a criança a colocasse de pé, entre outros.

### 12 Meses-3 anos (Toddler)

Nesta faixa etária a criança deve brincar com brinquedos que ativem o seu **pensamento criativo, o desenvolvimento motor.**

**Exemplo:** Ouvir música, contar-lhes histórias, desenhos, pinturas, jogos de encaixe e musicais, bonecos/peluches, entre outros.

### 3-5 anos (Pré-escolar)

Aqui os brinquedos favoritos são os jogos de associações, sem regras, que **estimulem o seu desenvolvimento físico, social e mental**, como a dramatização, imaginação e imitação dos adultos (sobretudo nas crianças entre os 4-5 anos).

**Exemplos:** Brinquedos de construção, jogos com números, trabalhos manuais, instrumentos musicais e livros ilustrados e coloridos. A televisão e os DVD's também são importantes, mas por tempo limitado e sobre a supervisão dos pais.

### Dos 6 aos 12 anos (Escolares)

Nestas idades, os jogos de equipa, com regras rígidas e pré-estabelecidas ensinam-lhes a natureza de competir e desenvolvem competências sociais e intelectuais, contudo também gostam de atividades tranquilas e solitárias. Eles **adquirem** as suas **capacidades físicas, intelectuais, de fantasia e pertença a um grupo** - aprendendo o significado de confiança, aprovação e rejeição.

**Exemplos:** *Jogos criativos/manuais (puzzles, quebra-cabeças/ enigmas, “sudoku”, palavras cruzadas), coleções, música, jogos de computadores, desporto, leitura, entre outros.*

### **Depois dos 12 (Adolescentes)**

Durante a adolescência os seus interesses misturam-se com os dos adultos, mantendo o interesse por objetos marcantes na sua vida e atividades que já possuíam anteriormente.

**Exemplo:** *Aventuras, coleções, objetos de conforto pessoais (amuletos), jogos de computadores, de tabuleiro, quebra-cabeças, enigmas, etc.*

## **BRINCAR NA UCIPED**

✓ **Desenhar, pintar e ouvir música:** Permite à criança exprimir os seus sentimentos e emoções, explorando as suas fantasias relacionadas ou não com o internamento sobre o desconhecido (por exemplo: intervenções de enfermagem, procedimentos dolorosos, etc.).

✓ **Brincadeira simbólica:** A criança replica uma injeção no braço do seu boneco, por exemplo.

✓ **Contar histórias:** Uma história semelhante aquela que a criança está a vivenciar é lida contada por um profissional de saúde. A criança transfere assim, para o protagonista os seus sentimentos e emoções.

✓ **Música, televisão e filmes:** proporcionam momentos de distração e prazer.

✓ **Presença de objeto significativo:** Transmite confiança e sensação de proteção, ao mesmo tempo que a deixa mais relaxada num ambiente que lhe é estranho.

✓ **Jogos de tabuleiro, raciocínio ou quebra cabeças:** proporciona momentos de entretenimento e aprendizagem ao mesmo tempo.



✓ **Jogo dos Sonhos:** Por vezes os sonhos escondem pensamentos e sentimentos inconscientes ou reprimidos, por isso o enfermeiro pode e deve explorar os mesmos para melhor compreender a criança.

✓ **Jogo dos três desejos, dos prós e dos contra:** Perguntar à criança três dos seus desejos e que diga coisas boas (positivas) e menos boas (negativas) associadas ao tema por elas selecionado.

✓ **Jogo da imaginação guiada:** Levar a criança a imaginar o que podia acontecer em determinadas situações, tentando que a mesma encontre soluções para o problema - “E se...” - Por exemplo: “E se tivesses que ficar a dormir no hospital?”, a resposta pode indicar o que a criança sabe sobre a situação, ajudando-a a identificar estratégias, tirar dúvidas e desmistificar situações.

✓ **Jogo de complementar frases:** Iniciar uma frase que a criança deverá terminar. Por exemplo: “Gosto muito de brincar com...”.

## REFERÊNCIAS

- ✓ Abreu, C., Correia, F., Jácome, P., Rodrigues, S., & Santos, V. (julho-outubro de 2017). O direito de brincar... também nos cuidados intensivos. *Enformação*. Pp. 23-28. Obtido de [www.acenfermeiros.pt](http://www.acenfermeiros.pt).
- ✓ Caldin, C. F. (2001). A leitura como função terapêutica: biblioterapia. *Revista Eletrónica de Biblioteconomia e Ciência da Informação*.
- ✓ Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª edição ed.)*. Loures, Portugal: Lusociência
- ✓ Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. Obtido de <http://www.iacrianca.pt>
- ✓ Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort Theory - A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *The Journal of Nursing Administration (JONA)*, 36(11 ), pp. 538-544.
- ✓ Lemos, L. BL, Pereira, W. J., Andrade, J. S, & Andrade, A. S. (2010). Vamos cuidar com brinquedos? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (6), 950-955.
- ✓ Mitre, R. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciências 8 Saúde Colectiva*.
- ✓ Rego, A., Cunha, M., Gomes, J., Cunha, R., Cabral-Cardoso, C., & Marques, C. (2015). *Manual de gestão de pessoas e de capital humano (3ª ed.)*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo, Lda
- ✓ Tavares, P. (2011). *Acolher brincando – a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.

---

***APÊNDICE XII –***

***Folheto: Brincar na UCIPed***

---

**ATENÇÃO:**

- Em caso de dúvidas fale com a equipa de saúde, estarão sempre disponíveis para o ajudar.

**IMPORTANTE:**

- Mesmo quando ventilado, sedado e/ ou anestesiado é importante interagir com o seu filho. Tocar-lhe, falar com ele, trazer-lhe um objeto significativo ou uma música que ele goste são exemplos de atividades que podem ser proporcionadas, contudo em diversas situações esses pequenos gestos/ estímulos podem prejudicar a sua recuperação, perqunte sempre à equipe de saúde o que é melhor no caso do seu filho, todos estão lá para o ajudar.

Elaborado por Enf.ª Cátia Baptista da Silva  
2º Mestrado em Enfermagem, na área de  
Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



**BRINQUE COM O SEU FILHO ...**



**A sua presença é  
fundamental para ele...**

Centro Hospitalar

**Brincar na Unidade  
de Cuidados  
Intensivos  
Pediátricos**



Brincar é uma atividade fundamental para o bem-estar físico, emocional, mental e social da criança, que não cessa quando esta é internada. É por isso um importante aliado na estimulação do seu desenvolvimento e na adaptação da mesma a um ambiente que lhe é estranho e que lhe provoca medo e stress (Hockenberry & Wilson, 2014).

**Mas que brinquedos/ atividades pode uma criança ter/ fazer durante o internamento?**

✓ Brinquedo / objeto preferido: É muito importante a presença deste objeto, pois proporciona conforto, controlo e segurança à criança em relação ao ambiente em que está inserido, deixando-a mais tranquila num ambiente que lhe é estranho.



✓ Visualização de filmes e/ou desenhos animados: Proporciona momentos de distração e encantamento pelas cores, sons, personagens. Tem de ser usado de forma limitada e controlada por um adulto.



✓ Desenhos e/ou pinturas e/ou trabalhos manuais e/ou música: É uma excelente forma de distração, pois permite à criança harmonizar o ambiente com objetos criados por si ao mesmo tempo que exprime os seus sentimentos relacionados com a doença, a hospitalização, a família e a equipa de saúde.

✓ Jogos de tabuleiro, raciocínio ou quebra-cabeças: proporciona momentos de entretenimento e aprendizagem ao mesmo tempo.



✓ Leitura de histórias: Método de descontração e promoção da experiência imaginária da criança e jovem, que pode levar à posterior libertação dos seus sentimentos.



✓ Utilização das novas tecnologias (ex.: Telemóveis/ Portáteis): Proporciona momentos de distração e prazer, ao mesmo tempo que permite que este comunique e interaja com os amigos/família. Tem de ser usado de forma limitada e controlada por um adulto.

✓ Imaginação Guiada - Brincar: Permite uma melhor adesão aos cuidados e compreensão dos sentimentos vivenciados. Durante o jogo da “imaginação guiada” a criança transfere os seus medos para os bonecos.



Principal fonte bibliográfica: - Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). Wong. *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª edição ed.). Loures, Portugal: Lusociência.  
Imagens cortesia da plataforma [Pexels](https://www.pexels.com): <https://www.pexels.com>

---

***APÊNDICE XIII – Documento***  
*informativo para as mesas da*  
*UCIPed*

---

## Brincar na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Brincar é uma atividade fundamental para o bem-estar físico, emocional, mental e social da criança, que não cessa quando esta é internada. É por isso um importante aliado na estimulação do seu desenvolvimento e na adaptação da mesma a um ambiente que lhe é estranho e que lhe provoca medo e stress (Hockenberry & Wilson, 2014).

### Mas que brinquedos/ atividades pode uma criança ter/ fazer durante o internamento?

✓ Brinquedo / objeto preferido: É muito importante a presença deste objeto, pois proporciona conforto, controlo e segurança à criança em relação ao ambiente em que está inserido, deixando-a mais tranquila num ambiente que lhe é estranho.



✓ Visualização de filmes e/ou desenhos animados: Proporciona momentos de distração e encantamento pelas cores, sons, personagens. Tem de ser usado de forma limitada e controlada por um adulto.



✓ Desenhos e/ou pinturas e/ou trabalhos manuais e/ou música: É uma excelente forma de distração, pois permite à criança harmonizar o ambiente com objetos criados por si ao mesmo tempo que exprime os seus sentimentos relacionados com a doença, a hospitalização, a família e a equipa de saúde.

✓ Jogos de tabuleiro, raciocínio ou quebra-cabeças: proporciona momentos de entretenimento e aprendizagem ao mesmo tempo.



✓ Leitura de histórias: Método de descontração e promoção da experiência imaginária da criança e jovem, que pode levar à posterior libertação dos seus sentimentos.



✓ Utilização das novas tecnologias (ex.: Telemóveis/ Portáteis): Proporciona momentos de distração e prazer, ao mesmo tempo que permite que este comunique e interaja com os amigos/família. Tem de ser usado de forma limitada e controlada por um adulto.

✓ Imaginação Guiada - Brincar: Permite uma melhor adesão aos cuidados e compreensão dos sentimentos vivenciados. Durante o jogo da "imaginação guiada" a criança transfere os seus medos para os bonecos.



**ATENÇÃO:** Em caso de dúvidas fale com a equipa de saúde, estarão sempre disponíveis para o ajudar.

**IMPORTANTE:** Mesmo quando ventilado, sedado e/ ou anestesiado é importante interagir com o seu filho. Tocar-lhe, falar com ele, trazer-lhe um objeto significativo ou uma música que ele goste são exemplos de atividades que podem ser proporcionadas, contudo em diversas situações esses pequenos gestos/ estímulos podem prejudicar a sua recuperação, perqunte sempre à equipe de saúde o que é melhor no caso do seu filho, todos estão lá para o ajudar.

---

***APÊNDICE XIV – Dossier com  
atividades para a UCIPed***

---





---

***APÊNDICE XV – Pedido de  
autorização à Enf.<sup>a</sup> Chefe do  
Serviço de Pediatria***

---

Exma. Enf<sup>a</sup> Chefe [REDACTED]  
Serviço de Internamento de Pediatria  
[REDACTED]

**Assunto:** Pedido de autorização para a aplicação de um instrumento de colheitas de dados para a realização de um estudo de investigação no âmbito do relatório final do Mestrado

O meu nome é Cátia Sofia Caldas Baptista da Silva, sou enfermeira a exercer funções no serviço de urgência pediátrico do [REDACTED] e encontro-me a frequentar o 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, curso em associação entre a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Beja, Portalegre, Castelo Branco e a Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, da Universidade de Évora.

Ao longo dos estágios do curso de mestrado, tenho desenvolvido um estudo que se inscreve na linha de investigação, intitulado “O Brincar como estratégia não farmacológica” sobre a orientação da professora Margarida Malcata e a coorientação da professora doutora Ana Lúcia Ramos.

Assim sendo, venho por este meio solicitar a V. Exma. a autorização para a aplicação de um instrumento de colheita de dados direcionado à equipa de enfermagem no Serviço de Internamento de Pediatria do Hospital em questão, no período compreendido entre 12 de novembro de 2018 e 18 janeiro 2019, período em que me encontrarei a realizar o estágio no referido serviço.

O brincar tem como função não só estimular o desenvolvimento infantil, mas também é um importante aliado dos cuidados na promoção de medidas de distração/conforto/medida não farmacológica, assim como método de comunicação durante os procedimentos invasivos, com o objetivo de satisfazer as necessidades recreativas da criança, tornando-a mais participativa nas atividades promotoras do seu desenvolvimento físico, mental, emocional e na sua socialização ao longo do internamento hospitalar (Hockenberry & Wilson, 2014). Através dele é possível a obtenção de melhores resultados terapêuticos por via da otimização dos cuidados, auxiliando a criança/jovem a compreender e defrontar melhor o seu processo de

hospitalização, aceitando melhor o tratamento e minimizando a dor e o desconforto causado pelos cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014).

Com base nisso este trabalho terá como finalidade, observar de que forma o brincar é utilizado num serviço de internamento, relembrando os enfermeiros sobre as diferentes finalidades da utilização do mesmo, nomeadamente como estratégia não farmacológica para o alívio da dor, sensibilizando a equipa de enfermagem para a utilização do mesmo.

Peço assim autorização para a aplicação de um instrumento de colheitas de dados para a realização do estudo de investigação aos enfermeiros do serviço, após serem informados relativamente à finalidade e objetivos do estudo e consentirem a participação no mesmo.

Assegura-se o respeito pelos princípios éticos subjacentes a qualquer estudo de investigação e a disponibilização do trabalho desenvolvido.

Peço deferimento,



---

***APÊNDICE XVI – Pedido de  
autorização ao Diretor do  
Departamento de Pediatria***

---

Exmo. Sr. Diretor [REDACTED]  
Serviço de Internamento de Pediatria  
[REDACTED]

**Assunto:** Pedido de autorização para a aplicação de um instrumento de colheitas de dados para a realização de um estudo de investigação no âmbito do relatório final do Mestrado

O meu nome é Cátia Sofia Caldas Baptista da Silva, sou enfermeira a exercer funções no serviço de urgência pediátrico do [REDACTED] e encontro-me a frequentar o 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, curso em associação entre a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Beja, Portalegre, Castelo Branco e a Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, da Universidade de Évora.

Ao longo dos estágios do curso de mestrado, tenho desenvolvido um estudo que se inscreve na linha de investigação, intitulado “O Brincar como estratégia não farmacológica” sobre a orientação da professora Margarida Malcata e a coorientação da professora doutora Ana Lúcia Ramos.

Assim sendo, venho por este meio solicitar a V. Exma. a autorização para a aplicação de um instrumento de colheita de dados direcionado à equipa de enfermagem no Serviço de Internamento de Pediatria do Hospital em questão, no período compreendido entre 12 de novembro de 2018 e 18 janeiro 2019, período em que me encontrarei a realizar o estágio no referido serviço.

O brincar tem como função não só estimular o desenvolvimento infantil, mas também é um importante aliado dos cuidados na promoção de medidas de distração/conforto/medida não farmacológica, assim como método de comunicação durante os procedimentos invasivos, com o objetivo de satisfazer as necessidades recreativas da criança, tornando-a mais participativa nas atividades promotoras do seu desenvolvimento físico, mental, emocional e na sua socialização ao longo do internamento hospitalar (Hockenberry & Wilson, 2014). Através dele é possível a obtenção de melhores resultados terapêuticos por via da otimização dos cuidados, auxiliando a criança/jovem a compreender e defrontar melhor o seu processo de



hospitalização, aceitando melhor o tratamento e minimizando a dor e o desconforto causado pelos cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014).

Com base nisso este trabalho terá como finalidade, observar de que forma o brincar é utilizado num serviço de internamento, relembrando os enfermeiros sobre as diferentes finalidades da utilização do mesmo, nomeadamente como estratégia não farmacológica para o alívio da dor, sensibilizando a equipa de enfermagem para a utilização do mesmo.

Peço assim autorização para a aplicação de um instrumento de colheitas de dados para a realização do estudo de investigação aos enfermeiros do serviço, após serem informados relativamente à finalidade e objetivos do estudo e consentirem a participação no mesmo.

Assegura-se o respeito pelos princípios éticos subjacentes a qualquer estudo de investigação e a disponibilização do trabalho desenvolvido.

Peço deferimento,



---

***APÊNDICE XVII – Consentimento e  
questionário preenchido pelos enfermei-  
ros que participaram no levantamento de  
necessidades do serviço***

---



## CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro, por este meio, que concordei em participar no estudo sobre o “O Brincar enquanto estratégia não farmacológica” desenvolvido por Cátia Sofia Caldas Baptista da Silva, enfermeira a exercer funções no serviço de urgência pediátrico do Hospital Garcia de Orta em Almada, a frequentar o 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, curso em associação entre a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Beja, Portalegre, Castelo Branco e a Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, da Universidade de Évora.

Confirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem qualquer incentivo financeiro ou de qualquer tipo, tendo apenas como finalidade colaborar para o sucesso da pesquisa para a melhoria dos cuidados.

Fui informado(a) do objetivo do estudo, que, em linha gerais visa: avalia a percepção dos enfermeiros em relação à avaliação da dor e ao uso do brincar aquando dos procedimentos e como atenuador do stress provocado pela hospitalização, sensibilizando-os à utilização do mesmo.

A minha colaboração far-se-á pelo preenchimento de um questionário anónimo sobre o tema em causa, tendo sido informado(a), que tenho total liberdade para recusar participar na pesquisa ou abandoná-la no seu decurso sem qualquer justificação e também.

Tomei conhecimento que os dados obtidos pelo preenchimento do questionário serão divulgados publicamente, sempre de forma global, sendo mantido o anonimato e confidencialidade dos participantes no mesmo.

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

## PARTE I

Assinale com X no quadrado correspondente à sua resposta e preencha os itens solicitados.

1. Sexo: Masculino  Feminino

2. Idade: \_\_\_\_ anos

### 3. Habilitações Acadêmicas

Bacharelato  Mestrado   
Licenciatura  Doutorado

4. Título Profissional: Enfermeiro  Enfermeiro Especialista   
Enfermeiro Mestre  Enfermeiro Chefe

### 5. Experiência Profissional

> 0 ≤ 3 anos  > 5 ≤ 10 anos  > 20 ≤ 30 anos   
> 3 ≤ 5 anos  > 10 ≤ 20 anos  > 30 anos

### 6. Há quanto tempo exerce funções em Pediatria?

> 0 ≤ 3 anos  > 5 ≤ 10 anos  > 20 ≤ 30 anos   
> 3 ≤ 5 anos  > 10 ≤ 20 anos  > 30 anos

## PARTE II

**1. Tem conhecimentos sobre a importância do brincar como estratégia não farmacológica?**

Sim

Não

**2. Que tipo de estratégias de Brincar enquanto medida não farmacológica conhece (assinale todas as que conhece)?**

Cognitivas (ex.: informação prévia)

Comportamentais (ex.: relaxamento)

Cognitivo-comportamentais (ex.: distração e a imaginação guiada)

Físicas (ex.: aplicação de calor / frio)

Suporte emocional (ex.: presença de alguém significativo)

Ambientais (ex.: redução luz, ao ruído)

Outras  Quais? \_\_\_\_\_

**3. Com que frequência utiliza diferentes as técnicas de Brincar enquanto medida não farmacológica durante o internamento da criança?**

Cognitivas	1	2	3	4	5
Comportamentais	1	2	3	4	5
Cognitivo - comportamentais	1	2	3	4	5
Físicas	1	2	3	4	5
Suporte emocional	1	2	3	4	5
Ambiente	1	2	3	4	5
Outras	1	2	3	4	5

<b>Legenda</b>	
1	Nunca
2	Raramente
3	Regularmente
4	Frequentemente
5	Sempre

**4. Que estratégias não farmacológicas conhece?**

Reforço positivo		Presença familiares	
Imaginação Guiada		Redução luz/ Ruído	
Simulação		Informação preparatória	
Distração		Amamentação	
Relaxamento muscular – Respiração		Sucção não nutritiva	
Aplicação frio / Calor		Sacarose	

Massagem / Toque terapêutico		Método Canguru/ Contacto físico	
Posicionamento		Musicoterapia	
Humor		Contenção	

**5. Das estratégias não farmacológicas mencionadas com que frequência utiliza:**

Reforço positivo	1	2	3	4	5	6
Imaginação Guiada	1	2	3	4	5	6
Simulação	1	2	3	4	5	6
Distração	1	2	3	4	5	6
Relaxamento muscular – Respiração	1	2	3	4	5	6
Aplicação frio / Calor	1	2	3	4	5	6
Massagem / Toque terapêutico	1	2	3	4	5	6
Posicionamento	1	2	3	4	5	6
Humor	1	2	3	4	5	6
Presença familiares	1	2	3	4	5	6
Redução luz/ Ruído	1	2	3	4	5	6
Informação preparatória	1	2	3	4	5	6
Amamentação	1	2	3	4	5	6
Sucção não nutritiva	1	2	3	4	5	6
Sacarose	1	2	3	4	5	6
Método Canguru/ Contacto físico	1	2	3	4	5	6
Musicoterapia	1	2	3	4	5	6
Contenção	1	2	3	4	5	6

Legenda	
1	Nunca
2	Raramente
3	Regularmente
4	Frequentemente
5	Sempre
6	Não se aplica

**6. Quais as escalas da dor que utiliza com maior frequência?**

EDIN		Wong-Baker	
NIPS		Faces - R	
PIPPS		EVA	
N-Pass		Numérica	
Flacc		Escala Qualitativa	
Flacc - R		Observador	

**7. Com que frequência avalia a dor da criança/jovem durante um turno?**

1x turno	
2-3x turno	
Sempre que necessário	
Só quando tem dor	

**8. Com que frequência reavalia se a criança/jovem tem dor?**

Nunca	
Raramente	
Regularmente	
Frequentemente	
Sempre	

**9. Com que frequência utiliza estratégias não farmacológicas antes da realização dos seguintes procedimentos dolorosos?**

<b>Punção venosa</b>	1	2	3	4	5	6
<b>Terapêutica intramuscular</b>	1	2	3	4	5	6
<b>Realização de pensos</b>	1	2	3	4	5	6
<b>Aspiração naso/oro faríngea</b>	1	2	3	4	5	6
<b>Entubação naso-gástrica</b>	1	2	3	4	5	6
<b>Algaliação</b>	1	2	3	4	5	6
<b>Outros procedimentos dolorosos</b>	1	2	3	4	5	6

<b>Legenda</b>	
1	Nunca
2	Raramente
3	Regularmente
4	Frequentemente
5	Sempre
6	Sem experiência

Qual/ quais? \_\_\_\_\_

**10. Com quais das estratégias não farmacológicas tem obtido melhores resultados (mencione quatro)?**

1ª \_\_\_\_\_

2ª \_\_\_\_\_

3ª \_\_\_\_\_

4ª \_\_\_\_\_

**11. Com que frequência costuma reavaliar as estratégias não farmacológicas utilizadas? Se não reavaliar sempre, explique o porquê?**

Nunca	
Raramente	
Regularmente	
Frequentemente	
Sempre	

**12. No exercício da atividade profissional, quais as dificuldades que encontra na utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança/adolescente?**

<b>Recetividade por parte da criança/ adolescente</b>	1	2	3	4	5	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"><b>Legenda</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Nunca</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Raramente</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Regularmente</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Frequentemente</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Sempre</td> </tr> </tbody> </table>	<b>Legenda</b>		1	Nunca	2	Raramente	3	Regularmente	4	Frequentemente	5	Sempre
<b>Legenda</b>																		
1	Nunca																	
2	Raramente																	
3	Regularmente																	
4	Frequentemente																	
5	Sempre																	
<b>Recetividade por parte dos pais ou pessoa significativa</b>	1	2	3	4	5													
<b>Informação / Formação específica</b>	1	2	3	4	5													
<b>Avaliação da dor</b>	1	2	3	4	5													
<b>Disponibilidade de tempo</b>	1	2	3	4	5													
<b>Recursos Materiais</b>	1	2	3	4	5													
<b>Instalações</b>	1	2	3	4	5													
<b>Outras</b>	1	2	3	4	5													

Qual/ quais? \_\_\_\_\_

Obrigada por colaborar e pelo tempo dispensado

---

***APÊNDICE XVIII – Portfólio de estágio***  
*- Dor em Pediatria: Escalas da dor e estratégias não farmacológicas promotoras de conforto*

---



## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º MESTRADO EM ENFERMAGEM,

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular: Estágio Final

# Portfólio de estágio

## Dor em Pediatria: Escalas da dor e estratégias não farmacológicas promotoras de conforto

Docente orientadora de estágio: Professora Margarida Malcata

Docente Coorientadora de estágio: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Enfª orientadora Internamento de Pediatria:

Discentes:

Cátia Silva (n.º 170531104)

SETÚBAL, 2019

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º MESTRADO EM ENFERMAGEM,

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Unidade Curricular: Estágio Final

# Portfólio de estágio

## Dor em Pediatria: Escalas da dor e estratégias não farmacológicas promotoras de conforto

Docente orientadora de estágio: Professora Margarida Malcata

Docente Coorientadora de estágio: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Enf<sup>a</sup> orientadora Internamento de Pediatria:

Discentes:

Cátia Sofia Calda Baptista da Silva (n.º 170531104)

Setúbal, 18 de janeiro de 2019

## ÍNDICE

Introdução.....	CLXIV
1. Fundamentação teorica da sessão.....	CLXVI
2. A dor.....	34
3. Escalas da dor.....	CLXXIV
3.1. Avaliação da dor – a sua evolução histórica.....	CLXXIV
3.2. Avaliação da dor – critérios de avaliação.....	CLXXV
3.3. Critérios de seleção dos instrumentos.....	CLXXVI
3.4. Planificação das diferentes escalas.....	CLXXVII
3.4.1. Unidimensionais de autoavaliação.....	CLXXVIII
3.4.2. Unidimensionais de heteroavaliação.....	CLXXXI
4. Métodos de controlo da dor.....	CLXXXV
4.1. Brincar enquanto estratégias não farmacológicas.....	CLXXXVI
4.2. Estratégias não farmacológicas – classificação.....	CLXXXVI
4.3. Estratégias não farmacológicas – algoritmo de atuação.....	CLXXXVII
4.3.1. Estratégias não farmacológicas nos recém-nascidos e lactentes.....	CLXXXVIII
4.3.2. Estratégias não farmacológicas nas crianças, jovens e adolescentes.....	CXCI
5. Análise dos questionados vs registos efetuados vs observação informal.....	CXCV
5.1. Caracterização da equipa do serviço de internamento de pediatria.....	CXCV
5.2. Caracterização dos conhecimentos dos enfermeiros do serviço em causa sobre a importância do brincar enquanto estratégia não farmacológica.....	CXCVI
5.3. Análise da observação dos registos de enfermagem efetuados.....	CCI
5.4. Conclusão /síntese dos resultados.....	CCIII
6. Plano sessão.....	CCV
7. Cartaz de divulgação da sessão formativa.....	CCVII
8. Slides da sessão de educação para a saúde.....	CCVIII
9. Grelha de avaliação da sessão de educação para a saúde.....	CCXI
10. Avaliação da sessão de educação para a saúde.....	CCXII
Referências.....	CCXV
Anexos.....	CCXXI
Apêncides.....	CCXXXII

## INTRODUÇÃO

A realização deste portfólio de atividades de estágio e consequente sessão de formação em serviço, decorre no âmbito da unidade curricular de Estágio Final, no ano letivo de 2018/2019, inserida no 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, curso em associação entre a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Beja, Portalegre, Castelo Branco e a Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, da Universidade de Évora, sob a regência da Professora M<sup>ª</sup>. Antónia Chora, com a colaboração e orientação da Professora Margarida Malcata e coorientação da Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos.

Ao longo do ciclo vital é imprescindível que o indivíduo se desenvolva e cresça a nível profissional e pessoal, sendo para isso importante que se vá atualizando e adquirindo novos conhecimentos. A formação, como processo contínuo surge com o intuito de promover a mudança, o progresso e a melhoria da prestação de cuidados, através da diferenciação dos recursos humanos vitais (Rego, *et al.*, 2015), sendo por isso essencial para a prática clínica, tal como está plasmado nos documentos legislativos referentes do exercício de enfermagem, destacando-se o Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de Setembro (Ministério da Saúde, 2009a), o Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro (Ministério da Saúde, 2009b) e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Ordem dos Enfermeiros, *s.d.*).

Desta forma e indo ao encontro do Tema geral do Relatório de Estágio – Brincar – as suas finalidades e as suas vantagens mencionadas na literatura na diminuição do stress através da comunicação, distração, promoção do conforto e diminuição da dor, confiança e relação, a realização do trabalho desenvolvido tornou-se pertinente após a realização de um questionário à equipa de enfermagem e de uma reunião informal com a enfermeira chefe do serviço.

Após este levantamento das necessidades sentidas pelos enfermeiros, o posterior trabalho desenvolvido culminou na Sessão de Formação para a equipa supracitada no serviço de Internamento de Pediatria e teve como principal finalidade relembrar as diferentes escalas de dor validadas em Portugal e possíveis de serem utilizadas num serviço de Pediatria onde a população apresenta idades tão variadas (dos 0 aos 18 anos menos um dia), numa tentativa de uniformizar os cuidados, sensibilizando a equipe de enfermagem para a importância da avaliação e reavaliação correta da mesma, não só por se tratar de um indicador de qualidade dos cuidados de

enfermagem, mas também pela promoção da saúde e bem estar da criança e jovem. Nesta formação serão ainda recordadas as várias estratégias não farmacológicas sensibilizando os enfermeiros do serviço para a importância da utilização das mesmas, aquando da prestação de cuidados, em situações de dores ligeiras, ou ligeiras a moderadas quando associadas a uma medida farmacológica, como será explanado posteriormente, uma vez que estas podem ser utilizadas de forma independente pelos enfermeiros aquando das suas intervenções (Kolcaba, Tilton, & Drouin, 2006) numa tentativa de melhoria dos cuidados prestados. Durante a formação será ainda apresentado um livro de bolso mnemónico com indicação de várias estratégias possíveis de serem utilizadas e quais as mais adequadas a cada faixa etária.

## 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA SESSÃO

Brincar é uma das atividades mais importantes para a criança, pois elas entretêm-se sozinhas ou acompanhadas e desenvolvem-se quando brincam. Desde que nascem, interagem com o meio e aprendem com o ambiente em que estão inseridas, crescendo com e sobre ele e sobre si mesmo, instruir-se sobre como devem interagir nas diferentes situações, relativamente ao que pode ou não fazer, para viverem em sociedade (Pontes, Folkmann, Tabet, Cunha, & Almeida, 2015).

É através do brincar que as crianças se expressam e refletem as suas ações sociais, demonstrando qual o seu papel na sociedade e na relação e interação com os outros, interpretando e transformando a sua ação social nos diferentes contextos, uma vez que estes podem influenciar as suas ações (Ferreira, 2004; Martins, Ribeiro, Borba, & Silva, 2001) acrescentam ainda que é uma atividade crucial para seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social (Martins, Ribeiro, Borba, & Silva, 2001) não sendo o Brincar por isso um impulso, mas sim um impulsionador da sua criatividade, da sua aprendizagem linguística e dos papéis sociais, assim como um motor para que esta aprenda a solucionar os seus problemas. É através das atividades lúdicas que a criança aprende, conhece o mundo que a rodeia, estimula as suas capacidades, exprime os seus sentimentos e constrói o seu conhecimento, porque quando brinca a criança enfrenta desafios e problemas, tentando encontrar soluções, que lhe permitam manifestar as suas vontades, desejos, satisfazer as suas curiosidades, ansiedades e frustrações. É através do brincar que a criança/jovem conhece outras pessoas, desenvolve amizades e aprende a viver em comunidade, respeitando os que a rodeiam, adquirindo regras e aprendendo a importâncias de as cumprir (Paiva, 1995). Marques (2011) vai ainda mais longe ao afirmar que “Não deixar que uma criança brinque livremente é contribuir fortemente para a criação de estados psicopatológicos manifestados nas tendências neuróticas e antissociais. Uma criança que não brinca é uma criança doente” (Marques, 2011, pp.71-72).

Para Martins *et al.* (2001) ludoterapia e brinquedo terapêutico são duas técnicas diferentes, com finalidades diferentes onde se usa o brinquedo com a finalidade de chegar à criança, de uma forma sucinta elas podem ser definidas da seguinte maneira:

- Ludoterapia: técnica psicoterápica usada em crianças com distúrbios emocionais, neuróticos ou psicóticos. A sessão pode ser conduzida por um psiquiatra, psicólogo ou enfermeiro especializado, num ambiente muito bem controlado.

- Brinquedo Terapêutico: situação de utilização do brinquedo que pode ser usado pela enfermeira, para qualquer criança. A sessão pode ser realizada numa sala de brinquedos, no quarto da criança ou em qualquer área conveniente.

No que diz respeito às suas aplicações, as brincadeiras têm, de acordo com Pontes, Folkmann, Tabet, Cunha, & Almeida (2015) diversas finalidades: **Recreativas**: Aquelas que divertem, distraem e dão prazer à criança em brincar; **Estimuladoras**: Favorecem o desenvolvimento das capacidades cognitivas, sociais, criativas e sensório-motoras da criança; **Socializadoras**: Aquelas que levam a criança a estabelecer relações sociais com outras crianças e a compreender o que é certo e/ou errado; **Terapêutica ou catártica**: Tem a função de diagnosticar situações difíceis vivenciadas pela criança, ajudando-a a diminuir a ansiedade e a aliviar a tensão (Pontes, Folkmann, Tabet, Cunha, & Almeida, 2015).

Conclui-se assim que o brincar é intrínseco à criança, sendo não só uma necessidade das mesmas, mas também um direito, tal como se encontra plasmado na Convenção dos Direitos da Criança, onde referem que “a criança tem direito ao repouso, a tempos livres e a participar em actividades culturais e artísticas” (UNICEF, 2004, p. 22), sendo um princípio fundamental, na promoção do desenvolvimento global da criança, já que incentiva à interação entre pares e adultos, promove a resolução de conflitos e ajuda as crianças a serem cidadãos críticos e reflexivos (UNICEF, 2004).

É tendo em conta os desígnios do brincar cuja principal finalidade se prende com o relacionar, comunicar, desenvolver, estimular, confortar, entre outras, que surge esta sessão. Proporcionar um maior conforto à criança e jovem através do brincar aquando do internamento e dos procedimentos é fundamental sendo que, como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) existe um encargo acrescido na “promoção e maximização da saúde e bem-estar da criança e do jovem” (Ordem dos enfermeiros, 2019), através da promoção da parentalidade e da parceria de cuidados com os principais cuidadores com o objetivos de identificar possíveis situações de risco e melhorar a qualidade de vida da criança e jovem. É ainda da competência do EEESIP “cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade” através de uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e jovem na otimização das suas respostas (Ordem dos enfermeiros, 2018a)

Foi tendo em vista a melhoria dos cuidados, a prevenção e o controlo da dor na criança e adolescente em Portugal, que a Direção Geral da Saúde (DGS) publicou orientações técnicas

específicas e o plano estratégico (Direção Geral da Saúde, s.d.). É elementar capacitar os profissionais de saúde com as estratégias adequadas para a avaliação e terapêutica multimodal. A avaliação da dor e a utilização de escalas adequadas à criança e jovem é essencial para que se consiga prevenir, atuar e reavaliar nas situações de dor, e as estratégias não farmacológicas aliadas ao brincar um importante instrumento no cuidar em enfermagem. A dor na criança hospitalizada pode ter múltiplas causas, sendo elas os procedimentos/tratamentos, a patologia, o medo, a ansiedade, entre outras, contudo é no sentido de melhorar o bem-estar da mesma e diminuir estes sentimentos que o brinquedo pode ser um excelente aliado.

Dito isto, a sessão tem assim como objetivos:

- ✓ Relembrar e descrever as diferentes escalas de dor existentes e adaptadas à Pediatria;
- ✓ Sensibilizar os enfermeiros para importância da avaliação e reavaliação sistemática da dor nas crianças e jovens;
- ✓ Sensibilizar os enfermeiros do internamento de pediatria para a importância do brincar adequado a cada idade, assim como da utilização do mesmo como estratégias não farmacológicas e de conforto, na diminuição dos fatores de stress e dor, apresentando a mnemónica efetuada para o efeito.



## 2. A DOR

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE 2.0), a dor é uma "percepção comprometida", caracterizada pelo "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 percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite" (International Council of Nurses (ICN), 2011, p. 50), indo ao encontro da mencionada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor [*International Association for the Study of Pain; IASP*], sendo esta a que reúne maior consenso dentro da comunidade científica. Para a IASP, a dor configura uma experiência desagradável e multidimensional, que abrange a componente emocional, sensorial e física, decorrente de um dano tecidual potencial ou real (International Association for the Study of Pain (IASP), 2012).

Para melhor compreender o processo da dor é indispensável entender e identificar as quatro fases do processo de percepção do estímulo doloroso: fase de transdução, determinada pela receção do estímulo de dor pelos nociceptores; fase de transmissão, em que aquele estímulo é transmitido até à espinal medula; fases de modulação e de percepção, onde esse estímulo pode ser aceite, ou não, como dor (Monahan, Sands, Neighbors, Marek, & Green, 2010). Subsequentemente a este processo são ativados estímulos químicos (Bolander, 1998), mecânicos e térmicos (Monahan, Sands, Neighbors, Marek, & Green, 2010).

Compreender a real dimensão da dor quantificando a sua intensidade e compreendendo as suas reais repercussões na vida das crianças não tem sido fácil, apesar dos vários estudos que têm sido realizados ao longo dos últimos anos e que tem levado às múltiplas definições e classificações de dor e ao surgimento de diferentes escalas de avaliação da mesma (Batalha L. M., 2013). A recente preocupação relativamente à dor, deve-se às recentes descobertas e ao reconhecimento que as crianças têm dor e guardam memória, o que pode levar a consequências a longo prazo, caso essa dor não seja tratada ou minimizada, uma vez que as novas investigações demonstraram desde as 20 semanas de gestação que a criança sente dor, estando as suas vias nervosas maturadas para a sensação de dor às 28 semanas (Direcção-Geral da Saúde, 2010).

O controlo da dor "é um direito que assiste todos os indivíduos e atinge o seu máximo reduto nas crianças, seres indefesos a quem queremos poupar todo e qualquer sofrimento"

(Ordem dos enfermeiros, 2013, p. 5). Por este motivo a *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations* (JCAHO), a *American Pain Society* (APS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) incentivaram a implementação a avaliação, registro e controle da dor de forma sistemática pelos profissionais de saúde (Alves, Duarte, Azevedo, Nascimento, & Tavares, 2011).

Cada pessoa como ser único tem uma visão diferente do que é a dor, tendo em conta as particularidades das vivências de cada um, contudo não há dor sem componente afetiva, ou seja, sem sofrimento. Por se tratar de um fenómeno complexo e multidimensional, ela compreende várias dimensões: componente afetiva (respostas emocionais negativas ou positivas como: medo, depressão, raiva, ansiedade, angústia, agitação, irritabilidade e alívio) a fisiológica (motivos físicos, neurológicos como a transmissão, percepção, vias de transmissão, síndromes que podem variar no decurso da própria doença); sensorial (detalha o local, intensidade e qualidade da dor); cognitiva (significado da dor, atitudes, estratégias de *coping*, conhecimentos e limitações); comportamental (manifestações comportamentais como: expressão facial, vocal, corporal, consolabilidade, alterações do sono, etc.); e sociocultural (fatores ambientais, étnicos, culturais, espirituais, religiosos, etc.), que alteram a transmissão de estímulos nocivos ao cérebro, mudando a percepção à dor, tal como nos menciona a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2012; Batalha L. M., 2013).

Devido à singularidade da dor, aos inúmeros fatores que a podem influenciar e à grande multiplicidade de experiências dolorosas, tem sido difícil de a definir de forma coesa, sendo apenas consensual que esta se trata de uma experiência única, individual, demarcada pelas experiências pessoais prévias e estandardizada por modelos e valores culturais. Por este motivo aquando da sua avaliação e controlo é necessária a existência de uma intervenção interdisciplinar, multimodal e individualizada.

Existem dois tipos de dor: a dor aguda que tem como principal causa o excesso de nociceção e está associada a problemas agudos, como o nome indica, de duração inferior a 3 meses, normalmente, como o traumatismo dos tecidos ou a inflamação causada pela cirurgia, as queimaduras, as fraturas ou exacerbação da dor em doenças crónicas, entre outras. Esta dor tende a ir diminuindo e a desaparecer ao fim de alguns dias ou semanas até à cura; e a dor crónica/persistente, gerada na ausência de estímulo nocivo, sem função biológica, de longa duração e que é influenciada por fatores externos como os comportamentais, socioculturais, psicológicos, etc. Não se trata por isso de uma lesão provisória, mas sim de uma doença que gera debilidade e causa depressão profunda no qual o sintoma – dor - permanece mesmo após a lesão desaparecer, por incapacidade do sistema nervoso se restabelecer (Batalha L. M., 2013).

Batalha (2013), reforça ainda a ideia de que a dor tem respostas variáveis e únicas para cada um, sendo esta influenciada por fatores externos que alteram a percepção que as pessoas têm da mesma, podendo estes serem classificados em biológicos, cognitivos, psicológicos e socioculturais, sendo os culturais aqueles desempenham na maioria das vezes um papel primordial, na resposta e nos comportamentos à dor. Todavia, também os profissionais de saúde têm de ter em atenção os seus próprios valores culturais sobre a dor, pois estes podem influenciar a sua avaliação, devendo seus comportamentos ser realizados com cuidado (Batalha L. M., 2013).

**Fatores Biológicos:**

- ✓ Genéticos – determinam o tipo e quantidade de neurotransmissores e recetores;
- ✓ Género – Diferenças nas respostas à dor nos lactentes e crianças de ambos os sexos;
- ✓ Maturação neurológica – influencia o processamento e modulação do impulso doloroso no sistema nervoso;
- ✓ Experiências dolorosas – Alterações no processamento do sinal doloroso baseado nas experiências prévias.

**Fatores Cognitivos:**

- ✓ Nível Cognitivo – Influência na compreensão das experiências da dor e a capacidade para a descrever.

**Fatores Psicológicos:**

- ✓ Temperamento – Personalidades “difíceis” podem expressar comportamentos negativos em maior quantidade quando sofrem dor. Os tipos de personalidade mais “fáceis” podem expressar comportamentos menos negativos, o que leva a subestimação da dor;
- ✓ Significado da dor – Interpretação positiva pode levar a que uma criança sinta menos dor do que uma interpretação negativa;
- ✓ Percepção de controlo – a falta de controlo leva a uma intensificação da dor percebida;
- ✓ Estilo de *coping* individual – as técnicas de *coping* prévias (com ou sem sucesso) influenciam a resposta à dor, algumas crianças concentram-se na dor e outras tiram partido das experiências dolorosas repetidas;

**Fatores Cognitivos:**

- ✓ Pais – As reações dos pais à dor da criança influenciam a percepção e reação da criança à dor;
- ✓ Cultura – Transmite comportamentos habituais, incluindo a reação e comunicação da dor.

Quadro 1 - Fatores que influenciam a percepção da dor (Batalha L. M., 2016, p. 13)

## 2.1. Dor nas crianças /Jovens - Indicadores de avaliação da dor

Hoje em dia sabe-se que uma situação de dor aguda é bifásica, caracterizando-se numa primeira etapa por alteração dos sinais fisiológicos (aumento da frequência cardíaca, respiratória e pressão arterial, sudorese, palidez, diminuição do tónus muscular e saturação de oxigénio)

e comportamentais associadas ao stress (choro, gritos, agitação, agitação motora), sendo estas as mais consistentes, e o método mais acessível e prático de avaliar a dor. Numa segunda fase ocorre o surgimento gradual de inércia psicomotora, com alterações das atividades recreativas, sono e repouso, comer, falar ou de mobilização, embora não existam estudos consistentes sobre quanto tempo demora até que se chegue a esta etapa, sendo apenas concordante que deverá depender da intensidade da dor (Batalha L. M., 2013).

A prevenção e o adequado controlo da dor baseiam-se na sua avaliação, quantitativa e qualitativa, mas para isso é fundamental treinar os profissionais de saúde para a correta utilização dos instrumentos de avaliação estandardizando a sua utilização (Batalha L. M., 2013). De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2003) e Direção-Geral da Saúde (2010), para uma correta avaliação da dor existem algumas normas de boas práticas que devem ser tidas em conta e que passarei a citar:

- a. Acreditar sempre na criança que refere dor, privilegiando sempre que possível a autoavaliação a partir dos 3 anos e a correta compreensão da escala por parte da criança;
- b. Dar tempo à criança para expressar a sua dor;
- c. Ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança com dor da mesma idade;
- d. Observar a criança e utilizar um instrumento na avaliação da dor, registando a mesma no momento da colheita;
- e. Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, exceto se a situação clínica justificar a mudança;
- f. Em situação de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação.

**2.1.1. Resposta dor no Recém-nascido (RN):**

<b>Sinais físicos</b>	Cianose, palidez, hipoxia, polipneia, taquicardia ou bradicardia e hipertensão arterial;
<b>Expressão facial</b>	Sulcos acima e entre as sobrancelhas, compressão da fenda palpebral, sulco nasolabial, contratura e abertura boca, tremor do queixo, face cianosada com choro, grito e lágrimas, língua tensa ou protusa, olhos fechados e fossas nasais largas e salientes;
<b>Expressão corporal</b>	Agitação (membros em flexão e extensão ou membros fixos em extensão, hipertonia e punhos cerrados), prostração (motricidade pobre com movimentos pouco amplos) e atitude antiálgica;

<b>Modificações no comportamento</b>	Sono agitado com despertar frequente, irritabilidade e consolabilidade difícil, agitação ao contacto, diminuição da interação, indiferença à estimulação, prostrado e sucção contínua e exacerbada apenas interrompida pelo choro.
--------------------------------------	--

É importante relembrar que nos RN prematuros os sinais comportamentais de dor são menos marcados, devendo os profissionais estar atentos a sinais como: choro, caretas mais suaves, postura flácida, hipotonia e postura sem reação.

### 2.1.2. Resposta dor no Lactentes:

<b>Expressão facial</b>	Choro, olhos fechados, sobrancelhas elevadas e marcadas, abertura das fossas nasais, sulcos nasolabiais marcados boca aberta e protusão da língua;
<b>Expressão emoções</b>	Alegria, surpresa, medo, raiva, desprezo;
<b>Expressão corporal</b>	Hipertonia, arquear o tronco, agitação, movimento de retirada e flexão dos membros, localização e proteção da zona dolorosa;
<b>Alterações comportamentais</b>	Alimentares, sono e vigília, resistência física, falta de cooperação, irritabilidade e inquietude;
<b>Sinais físicos</b>	Polipneia, taquicardia e hipertensão arterial.

### 2.1.3. Resposta dor no Toddler (1-3 anos)

<b>Expressão facial</b>	Choro, grito, caretas, cerrar os lábios e dentes, arregalar os olhos;
<b>Expressão corporal</b>	Agitação, agressividade (morder, bater ou fugir); balançar; proteção da zona dolorosa, adoção de posição antiálgica e imobilidade.

**NOTA:** Entre os 18 – 24 meses começam a sinalizar verbalmente a dor;

A partir dos 24 meses são capazes de a descrever, embora não consigam explicar a sua intensidade.

### 2.1.4. Resposta dor no pré-Escolar (4-6 anos)

Os conflitos psicosexuais tornam as crianças entre os 4 e os 6 anos mais vulneráveis sendo o medo da mutilação o aspeto mais importante a ter em conta, sendo os procedimentos médicos ligados às partes genitais aqueles que mais lhes metem medo.

<b>Expressão verbal</b>	Localização, características físicas da dor,
<b>Expressão comportamental</b>	Agitação, agressão física; as alterações na sociabilidade e dependência;
<b>Sinais vitais</b>	Polipneia, taquicardia e hipertensão arterial.

#### 2.1.5. Resposta dor no Escolar (7 -11 anos)

<b>Expressão comportamental</b>	Gritos e choro até aos 7 anos; Pouco medo ou resistência à dor aos 10 anos;
<b>Expressão verbal</b>	Descrevem verbalmente a sua dor, intensidade e qualidade.

#### 2.1.6. Resposta dor no Adolescente (> 12 anos)

<b>Expressão corporal</b>	É variada. Rigidez, posição fetal, proteger a área dolorosa, fechar os punhos, etc. A expressão facial é difícil de ser avaliada, devido a aprendizagem social sobre a tolerância à dor;
<b>Expressão comportamental</b>	Irritabilidade, zanga, tristes, depressão, agressividade, isolamento e/ou alteração dos padrões de sono. Podem estar atentos à causa da dor ou ficar indiferentes e tentarem distrair-se;
<b>Expressão verbal</b>	Comunicam verbalmente a sua dor, descrevem de forma correta as suas características e a sua intensidade.

### 3. ESCALAS DA DOR

#### 3.1. AVALIAÇÃO DA DOR – A SUA EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Desde junho de 2003 que a Direção-Geral da Saúde, através da emissão da Circular Normativa n.º 09/DGCG, estabeleceu a dor como 5º sinal vital, crucial e fundamental para uma prática clínica de excelência, logo de avaliação obrigatória tal como a frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal (Direção-Geral da Saúde, 2003; Direção-Geral da Saúde, 2010; Ministério da Saúde., 2004).

Em 2004, o Plano Nacional de Saúde 2004/2010 deu indicações estratégicas de prioridade para o incremento de ações de sensibilização e formação para os profissionais de saúde para uma boa gestão da dor (Ordem dos enfermeiros, 2008).

Mas foi só em 2008 que foi criado e aprovado o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDor), por despacho da Ministra da Saúde, que previa a criação e implementação de estratégias para uma correta avaliação e tratamento da dor. Neste mesmo ano, devido ao insuficiente controlo da dor e ao importante papel que os enfermeiros podem desempenhar para a sua resolução, a Ordem dos Enfermeiros elaborou um Guia Orientador de Boas Práticas especificamente para a área pediátrica, nos cuidados à criança/jovem com dor, onde está refletido o papel do enfermeiro nesta matéria, tendo em conta que existem várias causas para a dor, assim como diversas formas de avaliação e controlo e/ou minimização das mesmas (Direção-Geral da Saúde, 2008; Direção-Geral da Saúde, 2010).

Em 2010, sob a orientação da DGS, o grupo de trabalho da Dor na Criança da Comissão Nacional de Controlo da Dor, criou e publicou as primeiras direções técnicas para a avaliação e controlo da dor em pediatria, de forma de avaliar a dor nas crianças (Direção-Geral da Saúde, 2010). Posteriormente em 2012, foram publicadas mais três orientações técnicas: sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias) (Direção-Geral da Saúde, 2012c); sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica (Direção-Geral da Saúde, 2012b) e sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos) (Direção-Geral da Saúde, 2012a) (Batalha L. M., 2010).

### **3.2. AVALIAÇÃO DA DOR – CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**

Ninguém avalia a dor melhor que o próprio, pois só ele sabe perceber o quanto está a sofrer com a mesma. No entanto, nem sempre é possível que seja o próprio a realizar esta avaliação, devendo ser realizada nestas situações pelo enfermeiro, médico, outro profissional de saúde, pais ou familiar (Batalha L. M., 2013).

É importante quantificar a dor através de instrumentos válidos e seguros tendo em conta o tipo de dor, a situação clínica e a idade da criança/jovem, não obstante a variedade de instrumentos disponíveis, nenhum é visto como uma solução universalmente aceite (Direção-Geral da Saúde, 2010). De acordo com a DGS (2003), alínea F) da norma I, é importante que esta avaliação seja realizada de forma regular e sistemática à semelhança dos outros sinais vitais, de

forma a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa de cuidados e a melhorar a vida do doente. O mesmo documento menciona ainda que “O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde” (Direcção-Geral da Saúde, 2003).

Como 5º sinal vital esta deve então ser registada com a mesma frequência dos restantes, sendo a frequência mínima recomendada de 8 em 8 horas (uma vez por turno) (Ordem dos enfermeiros, 2008), contudo a condição clínica da criança/jovem deve ser tida em conta (Batalha L. M., 2013). Avaliar corretamente, planejar, intervir e reavaliar os resultados é deste modo essencial para uma prestação de cuidados de excelência (Batalha L. M., 2013). A reavaliação reiterada da dor e/ou das suas repercussões, bem como o ajustamento da forma de como o controlar são imprescindíveis para o sucesso no alívio da dor. O seu registo deve ser posteriormente realizado no processo clínico, complementando o mesmo com informação qualitativa útil para compreender a dor da criança (Direcção-Geral da Saúde, 2003; Direcção-Geral da Saúde, 2010).

De forma a dar uma melhor resposta à avaliação da dor, foram criados dois métodos de avaliação da dor: a autoavaliação em que é o próprio que avalia a sua dor; e a heteroavaliação em que a avaliação da dor é realizada por um profissional de saúde, pelos pais ou pessoa significativa (Direcção-Geral da Saúde, 2010; Batalha L. M., 2013; National Hospice and Palliative Care Organization, s.d). Por se tratar de um sintoma tão pessoal e subjetivo, é sempre privilegiada a autoavaliação da mesma, porém e apesar dos vários estudos já realizados, ainda não é possível determinar com exatidão a idade a partir da qual a autoavaliação é fiável, apesar da maioria das associações recomendarem os 3 anos (Batalha L. M., 2013).

### **3.3. Critérios de seleção dos instrumentos**

Para que fosse possível quantificar a intensidade da dor sentida pela pessoa foram desenvolvidas várias escalas que pudessem dar resposta à variedade de respostas (verbais e não verbais) à dor dependendo das idades e situações clínicas (Batalha L. M., 2010; Batalha L. M., 2013). Assim e embora na prática apenas seja tido em conta os 3 primeiros critérios aquando da escolha de uma escala, existem vários fatores que deveriam ser tidos em conta: - o tipo de dor (aguda ou crónica/persistente); - idade/ desenvolvimento ou integridade cognitiva; - situação clínica (ventilado ou não ventilado mecanicamente); - facilidade de uso e tempo necessário para apli-



cação da escala; - critérios de interpretação da escala; - escala de quantificação da dor comparável com a maioria das outras escalas (0 -10 pontos); - validação e fiabilidade da escala; - uso da escala em outros locais e razões para tal (Batalha L. M., 2010; Batalha L. M., 2013).

A maioria das escalas de avaliação da dor são pontuadas de 0 a 10 em que quanto maior a pontuação maior a intensidade da dor. Habitualmente os critérios de dor tendo em conta os pontos utilizados são: 0-1 sem dor; 1-3 dor ligeira; 3-7 dor moderada; 7-10 dor intensa, ou então: 0-1 sem dor; 1-3 dor ligeira; 3-6 dor moderada; 6-9 dor intensa; 9-10; dor muito intensa (Breivik, *et al.*, 2008; Direcção-Geral da Saúde, 2003). Porém e independentemente do nível de dor há condições que devem ser tidos em conta, no que concerne às intervenções efetuadas, sendo que de forma generalizada e numa escala de 0-10, um valor  $\geq 3$  implica sempre a aplicação de uma estratégia farmacológica (Batalha L. M., 2013).

Hockenberry & Wilson (2014), relembram ainda que uma criança sobre um efeito de um “relaxante muscular é incapaz de uma resposta comportamental visível de dor” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 198), contudo os mesmo autores reforçam ainda que “em crianças com diminuição da capacidade de resposta à dor é imperativo presumir que a dor existe em todas as situações que normalmente são consideradas dolorosas” (Hockenberry & Wilson, 2014, pp. 198-199).

É ainda importante mencionar que, não obstante o conforto e o bem-estar da criança e jovem, o controlo da dor enquanto critério de qualidade de cuidados é importante na avaliação dos cuidados, sendo que é imprescindível que a intensidade da dor se mantenha inferior a 3/10 (dor ligeira) (Direcção-Geral da Saúde, 2010).

### 3.4. Planificação das diferentes escalas

Para que fosse possível uma adequada avaliação da dor, foram criados instrumentos de avaliação fiáveis e adequados à idade / desenvolvimento psicomotor, tipo de dor e situação clínica que posteriormente foram validados para a população Portuguesa (Direcção-Geral da Saúde, 2010). Assim sendo e de acordo com a idade a DGS (2010), recomenda como instrumentos de avaliação (Direcção-Geral da Saúde, 2010):

**Recém-nascidos (RN)** - Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né (EDIN) sendo a escala de referência para os cuidados intensivos neonatais; Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), usada em prematuros e recém-nascidos de termo; Premature Infant Pain Profile (PIPP) – útil para ser

usada durante os procedimentos; N- PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale) – usada em RN com ventilação assistida;

**Menores de 4 anos ou crianças sem capacidades para verbalizar** – FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability);

**Entre os 4 e os 6 anos** – FPS-F (Faces Pain Scale – Revised), válida a partir dos 4 anos; Escala de faces de Wong-Baker, válida a partir dos 3 anos.

**A partir dos 6 anos** – EVA (Escala Visual Analógica); EN (Escala Numérica); FPS-R (Faces Pain Scale – Revised); Escala de faces de Wong-Baker.

**Criança com multideficiência** – FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised).

De seguida serão explanadas algumas das diferentes escalas de auto e heteroavaliação existentes, para idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos menos um dia de vida e presentes no SCLínico (Sistema de registos informáticos dos cuidados de enfermagem, logo escalas aprovadas em Portugal), estando realçadas as utilizadas no serviço em causa por opção e para uniformização dos cuidados de enfermagem.

<b>Unidimensionais de autoavaliação</b>	<b>Unidimensionais de heteroavaliação</b>
Escala Visual Analógica (EVA)	Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né (EDIN)
Escala Numérica (EN) - a partir dos 6 anos	Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) – recém-nascidos
Escalas de Faces Pain Scale – Revised (Faces Revista)	Premature Infant Pain Profile (PIPP) – para recém-nascidos
Escala descritiva ou qualitativa	N- PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale)
Escala de Faces - Wong-Baker - a partir dos 3 anos	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC-R) - Criança com multideficiência
	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) – menores 4 anos, ou sem capacidade verbal

### **3.4.1. UNIDIMENSIONAIS DE AUTOAVALIAÇÃO**

#### **I. Escala Visual Analógica (EVA)**

É a escala de eleição na avaliação da dor, aguda e crónica, existindo várias variantes correlacionadas. Contudo a idade a partir da qual se aconselha o seu uso não é consensual, estando situada entre os 3 e os 7 anos (habitualmente aconselha-se os 6 anos), devendo ser utilizada a

apresentação vertical para adultos e a horizontal para crianças (Direcção-Geral da Saúde, 2003; Direcção-Geral da Saúde, 2010; Batalha L. M., 2013).

Trata-se de uma régua numa linha horizontal de 10 cm de comprimento assinalada numa extremidade com a classificação “Sem Dor” e, na outra “Dor Máxima” (Direcção-Geral da Saúde, 2003), devendo o doente colocar uma cruz ou um traço perpendicular à linha no ponto que revela a intensidade da sua dor. Posteriormente mede-se em centímetros, a distância entre o início da linha (zero) e o local assinalado, obtendo-se a classificação numérica (Direcção-Geral da Saúde, 2003) (Anexo 1).

## **II. Escala Numérica (EN)**

É a segunda escala mais utilizada (depois da EVA) para dor aguda ou crónica, devido à sua fácil aplicação, uma vez que pode ser apresentada oralmente ou como instrumento físico (Batalha L. M., 2016). Porém e relativamente à escala da dor EVA, esta tem como desvantagem o efeito de memória o que pode levar a uma incorreta numeração da dor sentida (Direcção-Geral da Saúde, 2003; Breivik, *et al.*, 2008; Batalha L. M., 2013; Batalha L. M., 2016).

Consiste numa escala numerada de 0 a 10 (Direcção-Geral da Saúde, 2003; Batalha L. M., 2016) que pode ser apresentada ao utente na horizontal ou na vertical, sendo que posteriormente o doente deverá realizar a equivalência entre a intensidade da sua dor e a classificação numérica da escala (Direcção-Geral da Saúde, 2003). Pode ser usada a partir dos 6 anos, embora algumas crianças a possam utilizar mais cedo desde que interpretem os números (Bailey, Daoust, Doyon-Trottier, Dauphin-Pierre, & Gravel, 2010; Direcção-Geral da Saúde, 2010; Batalha L. M., 2013) (Anexo 2).

## **III. Escala descritiva ou qualitativa**

É uma escala que pode ser usada a partir dos 4 anos, embora seja mais usada nos idosos, não sendo por isso muito usada em Pediatria (Direcção-Geral da Saúde, 2003; Batalha L. M., 2013). Ainda assim, é uma escala fácil de usar com ou sem instrumento físico, mas tem como desvantagens o efeito de memória e o facto de não quantificar, mas sim qualifica-la. O utente deverá classificar a intensidade da sua dor, de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima” (Direcção-Geral da Saúde, 2003; Direcção-Geral da Saúde, 2010; Batalha L. M., 2016) (Anexo 3).

## **IV. Escala de Faces - Wong-Baker e Escalas de Faces Pain Scale – Revised (Faces Revista)**

Existem várias versões (sete), destas escalas mas apenas três foram validadas: escala Revised Faces Pain Scale (FPS-R), Wong-Baker FACES® pain rating scale (WBFS) e OUCHER (esta última não é usada habitualmente em Portugal, pelo que não irei abordar) (Batalha L. M., 2010; Batalha L. M., 2013).

Escala de Faces - Wong-Baker: É uma escala muito conhecida e divulgada, mas os termos utilizados diferem muito. É usada em crianças a partir dos 3 anos (com menos de cinco anos as crianças podem ter dificuldade em escolher e associar a sua dor, numa escala com mais de cinco opções) por ser de fácil compreensão, e classificar a intensidade da sua dor a partir das expressões faciais representadas em cada face desenhada e indicativas dos diferentes graus da dor (Direcção-Geral da Saúde, 2003; Direcção-Geral da Saúde, 2010; Batalha L. M., 2013). A sua amplitude é grande, existindo diferentes faces usadas, contudo de uma forma geral todas usam uma face sorridente para indicar que a criança não tem dor, uma face neutra para indicar dor média e uma face a chorar para indicar dor intensa, o que pode confundir a criança, levando-a a citar pontuações elevadas da dor, uma vez que normalmente associam a face neutra para indicar que não têm dor (Direcção-Geral da Saúde, 2003; Direcção-Geral da Saúde, 2010; Batalha L. M., 2016). Além disso o facto de terem faces pode levar a que a criança avalie mais o seu estado emocional que sensorial (Batalha L. M., 2013) (Anexo 4).

Escalas de Faces Pain Scale – Revised (Faces Revista): É uma adaptação da escala de faces, e está indicada a partir dos 6 anos de acordo com a DGS (2010), contudo a IASP (International Association for the Study of Pain) indica que a mesma pode ser usada a partir dos 4 anos, por ser de fácil compreensão, sendo atualmente uma das mais utilizadas e recomendada por esta associação internacional (Batalha L. M., 2013; Direcção-Geral da Saúde, 2003; Direcção-Geral da Saúde, 2010; International Association for the Study of Pain (IASP), 2012).

Esta escala é composta por seis faces sem expressões faciais e usa a face neutra para indicar ausência da dor: a sua cotação varia entre zero e dez pontos (0, 2, 4, 6, 8, 10) e a correspondência faz-se do seguinte modo: sem dor - face 1 (pontuação 0); dor ligeira - face 2 (pontuação 2); dor moderada - face 3 (pontuação 4); dor intensa - face 4 (pontuação 6); dor muito intensa - face 5 ou 6 (pontuação 8 ou 10) (Direcção-Geral da Saúde, 2003; Direcção-Geral da Saúde, 2010; Batalha L. M., 2013).

### 3.4.2. UNIDIMENSIONAIS DE HETEROAVALIAÇÃO

Existem dois tipos de instrumentos de heteroavaliação: comportamentais (usam indicadores comportamentais) e compostos (utilizam indicadores comportamentais e fisiológicos). Alguns estudos de investigação demonstraram que os profissionais de saúde e os pais tendem a subestimar a dor ao usarem escalas comportamentais, quando comparado com o autorrelato da criança (Batalha L. M., 2010; Batalha L. M., 2013).

Geralmente as escalas de heteroavaliação exigem uma observação da pessoa entre 2 a 4 minutos, havendo exceções para algumas escalas de dor (Batalha L. M., 2013).

#### ***I. Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né (EDIN)***

**Escala comportamental de avaliação da dor aguda ou persistente** nos recém-nascido (prematureo ou de termo), ventilados e não ventilados, com idade igual ou superior as 25 semanas de gestação até aos 3 meses (alguns autores referem contudo que pode ser usada até 3 anos) hospitalizados em Unidades de Cuidados Intensivos com dor aguda associada a patologias prolongadas, pós-operatório ou repetição frequente de gestos invasivos (Batalha, Santos, & Guimarães, 2005). Ela avalia 5 indicadores: expressão facial, movimentos corporais, qualidade do sono, qualidade de interação/ sociabilidade e reconforto /consolabilidade, cada um deles medido entre 0 e 3, sendo que o score de dor mínimo é 0 e o score máximo é de 15 pontos (0=sem dor; 1-4= dor ligeira; 5-8= dor moderada; 9-12= dor intensa; 13-15= dor muito intensa) (Batalha, Santos, & Guimarães, 2005) (Anexo 5).

Para valores  $\geq 5$ , recomenda-se uma intervenção farmacológica para alívio da dor. É de simples utilização, mas é recomendado um contacto mínimo com o RN de quatro horas embora o ideal seja de oito horas (Direcção-Geral da Saúde, 2003; Direcção-Geral da Saúde, 2010; Batalha L. M., 2013).

#### ***II. Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)***

A **escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)** é uma escala elaborada com base na *Children's Hospital of Easter Ontario Pain Scale (CHEOPS)*, para recém-nascidos pré-termos com idade gestacional superior a 33 semanas, em situações de dor aguda (procedimentos) que **não estejam ventilados invasivamente**, pela condição subjacente à ventilação (Hockenberry & Wilson, 2014).

É uma escala que avalia seis indicadores de dor, cinco comportamentais e um fisiológico que determinam a existência ou não de dor no recém-nascido. Os indicadores são: estado de consciência/ alerta, expressão facial, choro, respiração e movimentos dos membros superiores e inferiores (Batalha, Santos, & Guimarães, 2005; Hockenberry & Wilson, 2014). Cada um destes indicadores é medido entre 0 e 1 ponto, com exceção do choro que é entre 0 e 2, ficando total num valor variável entre 0 e 7. Entre 0- 2 usam-se medidas não farmacológicas, a partir de 2 devem-se associar medidas farmacológicas (Batalha, Santos, & Guimarães, 2005; Batalha L. M., 2013; Hockenberry & Wilson, 2014) (Anexo 6).

### **III. Premature Infant Pain Profile (PIPP)**

A escala multidimensional **PIPP** (*Premature Infant Pain Profile* - Perfil de dor do prematuro), foi concebida para RN pré-termo com a finalidade de avaliar a dor aguda incluindo por isso indicadores fisiológicos (frequência cardíaca, saturação de oxigênio), comportamentais (mímica facial), e contextuais (idade gestacional, p.e.). Cada indicador é medido de 0 a 3 pontos. A pontuação total depende da idade gestacional do Recém-nascido, sendo a máxima possível de vinte e um pontos (Batalha L. M., 2013; Hockenberry & Wilson, 2014). Uma pontuação menor ou igual a seis indica ausência ou dor mínima e uma pontuação superior a doze, uma dor moderada a intensa (Batalha L. M., 2013) (Anexo 7).

Embora a sua aplicabilidade clínica, esteja validada, alguns autores mencionam que é necessária a realização de mais estudos que verifiquem a sua utilidade em prematuros gravemente doentes, submetidos a procedimentos dolorosos e em doentes ventilados e/ou sobre medicação que possa alterar a expressão de dor. É ainda importante mencionar que se trata de uma escala difícil de ser aplicável por apresentar vários indicadores analisáveis, ser morosa, e difícil de ser interpretada o que a torna pouco prática na prestação de cuidados (Batalha, Santos, & Guimarães, 2005).

### **IV. N- PASS**

A **escala N-PASS** (*Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale* – Escala de dor Neonatal, Agitação e Sedação), foi criada para avaliar a dor e a sedação em RN pré-termo ventilado ou não. Esta escala permite avaliar ou a dor ou a agitação/sedação de forma independente do neonato entre as 23 semanas de gestação e lactentes com 100 dias de vida, embora possa ser usada até

aos 12 meses de idade (Hockenberry & Wilson, 2014). Ela é constituída por 4 indicadores comportamentais e 1 fisiológico (sinais vitais), classificados de 0, 1 ou 2 para dor/agitação e entre 0, -1 ou -2 para sedação (Hummel & Puchalski, 2001)(Anexo 8).

Relativamente à avaliação da dor na escala, esta deve ser pontuada de 0 a +2 para cada critério, sendo o seu somatório o nível de dor do RN. De forma a compensar a sua capacidade limitada de comunicação comportamental e fisiológica da dor, nos prematuros deve-se adicionar pontos consoante a idade gestacional da criança. Assim sendo a pontuação total da dor é documentada como um número positivo entre 0 > +10. Para valores de intensidade de dor inferiores ou iguais a 3 poderão ser usadas apenas medidas não farmacológicas, porém para valores superiores a 4 deverão ser adicionadas medidas farmacológicas (Hummel & Puchalski, 2001).

No que diz respeito à avaliação do nível de sedação, este deve ser pontuado entre 0 e -2, sendo o seu somatório que representa o nível de sedação do RN, sendo o mínimo possível de 0 e o máximo de -10. Uma pontuação de 0 é dada se a resposta do bebe aos estímulos for normal para a sua idade gestacional. Uma sedação leve deverá estar pontuada entre -5 e -2, e uma sedação profunda entre -5 e -10. A sedação profunda não é recomendada, a menos que a criança esteja ventilada devido ao elevado potencial de apneia e hipoventilação. Um prematuro que apresente uma pontuação muito negativa na escala da sedação sem que tenham sido administrados opioides e /ou sedativos, pode indicar que uma resposta à dor e/ou stress prolongado, uma alteração neurológica, sepsis ou outra patologia. Não é necessário avaliar a sedação sempre que há dor (anexo 4) (Hummel & Puchalski, 2001).

#### **V.Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)**

Concebida em 1997 nos Estados Unidos da América, com o objectivo de diminuir o tempo de aplicação e a complexidade dos indicadores de outras escalas. Vários estudos têm atestado a sua validade, fiabilidade e facilidade de uso nas diferentes situações clínicas desde o nascimento até aos 19 anos. Trata-se de uma escala comportamental, de uso prático composta por 5 indicadores: expressão facial, movimento das pernas, atividade, choro e consolabilidade, cada um pontuado entre zero e dois pontos, perfazendo um total que varia entre zero e dez pontos. Além de prática outra das vantagens desta escala é ser pontuada até 10, algo que facilita a comparação entre a dor autoavaliada pela criança e a heteroavaliação da mesma. Os estudos realizados em relação à tradução portuguesas, demonstraram que se trata de um instrumento valioso na prestação dos cuidados, quando usado diariamente na avaliação da dor das crianças cujo

desenvolvimento psicomotor ou situação clínica impede a verbalização da dor (Batalha, Dos Reis, Costa, Carvalho, & Miguens, 2009) (Anexo 9).

#### ***VI. Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC-R)***

A Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC- R) é uma adaptação da escala FLACC, usada para crianças com dificuldades de comunicação verbal e/ou multideficiência entre o nascimento e os 18 anos e simples de aplicar, sendo por isso mais descritiva e específica para determinar a dor em crianças défices cognitivo-comportamentais (Batalha, Dos Reis, Costa, Carvalho, & Miguens, 2009). Após ser traduzida, validada e avaliada em crianças com multideficiência dos 4 aos 18 anos, ela revelou-se fiável, sendo por isso uma escala usada nestas faixas etárias (Batalha, Dos Reis, Costa, Carvalho, & Miguens, 2009).

Ela mantém os mesmos indicadores da escala de FLACC (expressão facial, movimento das pernas, atividade, choro e consolabilidade) mas incorpora ainda um descritor aberto para descrever os comportamentos específicos de dor de crianças com multideficiência e deficit cognitivo, mencionado pelos pais (Batalha, Dos Reis, Costa, Carvalho, & Miguens, 2009).

O seu preenchimento requer algum tempo de observação uma vez que inclui, em cada indicador um descritor em aberto, para a inclusão de comportamentos de dor específicos de cada criança, descritos pelos pais. A sua pontuação varia entre 0 a 10 pontos, sendo uma pontuação de 1 a 3 pontos considera-se uma dor ligeira, de 4 a 6 uma dor moderada e de 7 a 10 uma dor grave (Batalha, Dos Reis, Costa, Carvalho, & Miguens, 2009; Direcção-Geral da Saúde, 2010) (Anexo 10).

Além as escalas supracitadas, é importante ainda mencionar que existem ainda outras escalas multidimensionais para avaliação da intensidade da dor, com relevo na dor crónica, como por exemplo o BPI (brief pain inventory), o PPQ (pediatric pain questionnaire) e a APPT (adolescent pediatric pain tool), mas que não foram esmiuçados por não fazerem parte do sistema de informação – Sclinic – presente no hospital em questão.



#### 4. MÉTODOS DE CONTROLO DA DOR

A dor nas crianças ostenta algumas particularidades específicas. A sua prevenção e o tratamento devem incluir intervenções não farmacológicas e farmacológicas, definidas de forma individual para cada criança em todas as fases do tratamento, sempre em colaboração com a família, numa abordagem multimodal adequada às preferências e vivências da criança, em todas as fases de tratamento (National Hospice and Palliative Care Organization, s.d; Srouji, Ratnapalan, & Schneeweiss, 2010; Ordem dos enfermeiros, 2013).

Apesar da evolução que tem sido notória no que concerne ao conhecimento sobre a percepção da dor nos diferentes estádios de desenvolvimento, bem como dos tratamentos individualizados e adaptados a cada faixa etária, muitas vezes as crianças veem a sua dor subvalorizada ou desvalorizada no contexto clínico atual (Batalha L. M., 2010; Ordem dos enfermeiros, 2013).

As intervenções não farmacológicas funcionam assim como um importante recurso para o alívio da dor, não só quando utilizadas de forma isolada, mas também quando em conjunto com as medidas farmacológicas no caso de dores moderadas a intensas. A utilização destas estratégias não farmacológicas, permitem que as crianças se centrem nas suas capacidades e não na causa da dor, promovendo a sua participação no tratamento, dando-lhe a liberdade de pensar, experimentar e explorar, sentindo-se orgulhosa de si mesma (National Hospice and Palliative Care Organization, s.d; Srouji, Ratnapalan, & Schneeweiss, 2010; Ordem dos enfermeiros, 2013). De fato, a finalidade das intervenções não farmacológicas em muitos casos, prende-se com a modificação das cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão, alterando desta forma o significado da dor (Ordem dos enfermeiros, 2013).

Contudo e quando devido à intensidade da dor, as medidas não farmacológicas não são suficientes, a utilização de medidas farmacológicas tem de ser considerada, através de uma adequada seleção de analgésicos e adjuvantes tendo em conta o tipo de dor, o grau de intensidade e sintomas associados, adaptando o tratamento às características e necessidades de cada criança. Todavia e embora este trabalho não se incida sobre as estratégias farmacológicas é importante lembrar que a dor não tem de ser tratada inicialmente com fármacos de primeira linha (paracetamol e ibuprofeno – dor ligeira) e só depois com os de segunda linha, mas sim com o fármaco adequado à sua intensidade e à resposta de cada criança (Zernikow, Michel, Craig, & Anderson, 2009; World Health Organization, 2012)

#### **4.1. Brincar enquanto estratégias não farmacológicas**

Toda a criança/jovem tem o direito a desenvolver atividades lúdicas, mesmo nas situações em que a sua saúde está comprometida e necessita de internamento hospitalar. Para elas brincar é um ótimo meio de expressão, uma estratégia de comunicação terapêutica, uma forma de manifestar os seus medos, desejos e vivências, possibilitando-a de revelar as suas emoções, tensões e frustrações, com o intuito de reduzir o nível de ansiedade e o medo associados aos procedimentos invasivos. Por outro lado, brincar também promove a sua diversão, satisfação, autoestima, possibilitando a sua interação com os outros e o controlo sobre possíveis escolhas que tenha de fazer, assumindo o controlo sobre determinadas situações (Ordem dos enfermeiros, 2013).

Deste modo, as estratégias não farmacológicas são um elemento primordial no controlo da dor da criança/adolescente, uma vez que permitem à criança exprimir os seus sentimentos, suavizando o impacto de experiências desconhecidas e causadoras de stress e ansiedade, ao compreender a necessidade dos procedimentos que lhe serão realizados durante a hospitalização, ajudando os profissionais de saúde a compreender e conhecer as conceções relativamente à doença ou ao tratamento (Hockenberry & Wilson, 2014).

Desta forma e dependendo da idade da criança existem alguns procedimentos / atividades que podem ser realizadas para minimização da dor, medo e ansiedade das crianças/jovens.

#### **4.2. Estratégias não farmacológicas - classificação**

São várias as intervenções não farmacológicas que podem ser utilizadas no alívio da dor da população pediátrica. A decisão sobre qual o recurso existente que pode ser utilizado, depende em grande parte dos recursos disponíveis em cada unidade de saúde. Todavia o contexto (procedimento, exame doloroso, cirurgia ou situação clínica) em que a criança se encontra, a sua sensibilidade à dor, o seu desenvolvimento cognitivo, as suas estratégias *de coping*, assim como o tipo de dor e as suas características são elementos que têm de ser tidos em conta na seleção da estratégia que deve ser utilizada (Chen, Joseph, & Zeltzer, 2000; Batalha L. M., 2010; Linhares & Doca, 2010).

Conforme o nível em que se processa a modulação do estímulo doloroso e o desenvolvimento psicomotor da criança (National Hospice and Palliative Care Organization, s.d; Srouji, Ratnapalan, & Schneeweiss, 2010; Direção-Geral da Saúde, 2012a; Direção-Geral da Saúde,

2012b; Direção-Geral da Saúde, 2012c) as estratégias não farmacológicas podem classificar-se (McCaffery, Beebe, Latham, & Ball, 1994; Chen, Joseph, & Zeltzer, 2000; Batalha L. M., 2010):

- Comportamentais – Fazem parte o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor (Ex.: Técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios e reforço positivo);
- Cognitivas - Utilizam métodos mentais para lidar com a dor (por exemplo, a informação prévia, estratégias de coping, etc.);
- Cognitivo-comportamentais - Utilizam estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, que modificam a percepção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar (Ex.: a distração passiva ou ativa com música, livros, cartões, televisão ou jogos de vídeo e a imaginação guiada);
- Físicas ou periféricas - Permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular (Ex.: Aplicação de calor/ frio, sucção não nutritiva, sacarose, amamentação, contenção /posicionamento/ colo (particularmente eficazes em recém-nascidos e lactentes) e massagem);
- Suporte emocional - Presença de uma pessoa significativa que proporcione conforto (a ausência dos pais pode gerar stress, podendo aumentar a sua percepção de dor, no entanto se os pais estiverem ansiosos, isso pode dificultar o controlo da criança sobre a dor, aumentando a sua ansiedade (Batalha L. M., 2010):
- Ambientais - Melhoria das condições ambientais, nomeadamente no que diz respeito à luz, ao ruído, à temperatura e à decoração.

#### **4.3. Estratégias não farmacológicas – algoritmo de atuação**

Aquando da preparação da criança/jovem para um procedimento potencialmente doloroso, os enfermeiros realizam normalmente um conjunto de estratégias com a finalidade de tranquilizar a criança/jovem e família e obter ao máximo a sua colaboração. Todavia essas estratégias requerem formação e treino por parte da equipa de enfermagem, uma vez que por se tratarem de intervenções autónomas, a sua implementação no alívio e controlo da dor é totalmente da responsabilidade dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

De acordo com o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, do Colégio da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, há aspetos que devem ser considerados sendo “O rigor técnico/científico na implementação de intervenções de Enfermagem, que visem a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” um deles tendo em conta o bem estar da criança e a excelência profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Deste modo, antes de atuar é importante conhecer a dor da criança e jovem, para que seja possível intervir na mesma.

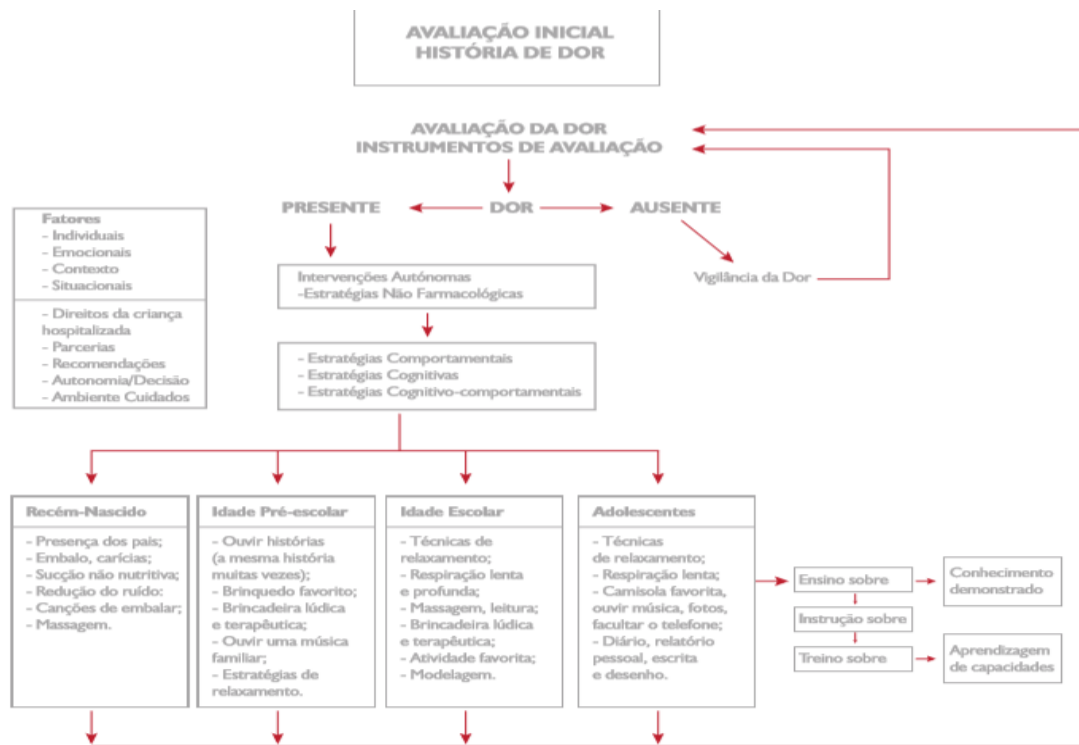


Imagem1 – Algoritmo de atuação presente no Guia orientador de boa Prática estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança - Ordem dos enfermeiros 2013

#### 4.3.1. Estratégias não farmacológicas nos recém-nascidos e lactentes

Ao longo dos últimos anos são inúmeras as intervenções não farmacológicas que têm sido estudadas para garantir a sua eficácia no combate à dor e segurança para o RN (Harrison, Yamada, & Stevens, 2010; Lima & Carmo, 2010; Srouji, Ratnapalan, & Schneeweiss, 2010) não como substitutas de um tratamento farmacológico, mas como coadjuvantes na diminuição da dor em situações de dor ligeira a moderada (Batalha L. M., 2010; Direção-Geral da Saúde,

2012c), de forma a aumentar o conforto e estabilidade, reduzindo o stress e possíveis consequências dos fatores ambientais e das terapêuticas (Guinsburg, 1999; Direcção-Geral da Saúde, 2003; Reis, 2009; Batalha L. M., 2010; Fernandes, Campbell-yeo, & Johnston, 2011).

A expressão facial de um recém-nascido com dor é a característica mais indicativa que algo não está bem, sendo esta expressão difícil de ser avaliada no recém-nascido pré-termo, uma vez que a resposta à dor pode estar atenuada ou ausente mesmo sentindo-a neurologicalmente, tal como evidenciam os últimos estudos realizados sobre o tema (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim as intervenções não farmacológicas que mais têm sido recomendadas no alívio da dor aguda dos recém-nascidos são:

I. A diminuição e o controlo dos **estímulos ambientais** (controlo da luz e redução do ruído ambiental), são duas ações muito importantes na minimização do stresse do recém-nascido, por propiciarem as condições ideais de conforto, repouso e sono adequadas e saudáveis para o RN (Direcção-Geral da Saúde, 2012c; Oliveira, Silva, Rodrigues, Júnior, & Tenório, 2016). É importante relembrar que a persistência de sons agudos e/ou graves por longos períodos pode causar alterações fisiológicas, psíquicas e do ciclo sono-vigília, podendo em situações mais graves levar à perda auditiva, aumento da pressão intracraniana e consequente predisposição do neonato prematuro ao desenvolvimento de hemorragia craniana (Moreira, Lopes, & Carvalho, 2004; Gomes & Hahn, 2011; Cardoso, Kozlowski, Lacerda, Marques, & Ribas, 2015). Tendo em conta o supracitado, a Organização Mundial de Saúde estabeleceu como nível máximo de pressão sonora diurna 45dbA, diminuindo este valor no período noturno nos serviços de neonatologia (Moreira, Lopes, & Carvalho, 2004; Gomes & Hahn, 2011; Altimier & Phillips, 2013; Cardoso, Kozlowski, Lacerda, Marques, & Ribas, 2015).

II. O **aleitamento materno**: trata-se de um método não farmacológico natural, de baixo custo que integra a mãe no tratamento da dor. É considerado como um potente analgésico neonatal, diminuindo a frequência cardíaca do recém-nascido e as expressões faciais de dor aquando dos procedimentos (Oliveira, Silva, Rodrigues, Júnior, & Tenório, 2016)As suas diferentes componentes – contacto direto, sucção nutritiva e ingestão de leite materno – agem de forma aditiva, face à ativação dos recetores opióides, oxitocinérgicos e sistemas colecistoquinérgicos. Contudo para que o neonato não comece a associar a amamentação à dor, é importante que a sua utilização se faça de forma criteriosa (Harrison, Yamada, & Stevens, 2010; Batalha L. M., 2013)

**III.A contenção:** A sua finalidade é a de simular o posicionamento intrauterino, proporcionando ao RN uma posição confortável (Direção-Geral da Saúde, 2012c) atenuando-se a resposta psicológica e comportamental da dor e stresse neonatal, minimizando as perdas de calor para o ambiente, promovendo a auto-organização, conforto e sensação de segurança do recém-nascido (Ariel & Pereira, 2014) (Ariel & Pereira, 2014).

**IV.O método canguru, ou método pele-a-pele,** consiste na colocação do recém-nascido despido, em decúbito ventral, em contacto pele-a-pele com a mãe. Esta posição permite o alívio da experiência dolorosa promovendo a libertação de endorfinas, reduzindo a duração do choro e a frequência cardíaca do recém-nascido, além de fomentar a vinculação e a qualidade do desenvolvimento do recém-nascido. Além disso, auxilia na diminuição do stresse materno, melhorando o equilíbrio emocional da mesma, importante para a estimulação do aleitamento materno precoce (Batalha, Santos, & Guimarães, 2005).

**V.A solução oral de glicose ou sacarose,** geralmente usado para a dor aguda proveniente de um determinado procedimento (Alves, Duarte, Azevedo, Nascimento, & Tavares, 2011), atua no alívio da mesma, na redução do tempo de choro e das expressões faciais de desconforto (Motta & Cunha, 2015). De acordo com alguns estudos, a ação analgésica só acontece quando as soluções adocicadas são introduzidas na região anterior da língua, indicando que o efeito antinocetivo produzido pelas papilas gustativas que originam a sensação do gosto doce (Ordem dos enfermeiros, 2013). Esta solução ativa as áreas do córtex cerebral relacionadas com o prazer, através da estimulação do paladar, proporcionando efeitos fisiológicos e sensoriais advindos da libertação de opióides endógenos e conseqüente modulação da experiência algica em recetores próprios (Motta & Cunha, 2015). É, contudo, importante ressaltar que embora enquanto estratégia não farmacológica seja recomendada pela Academia Americana de Pediatria para o alívio da dor aguda em recém-nascidos internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (Ordem dos enfermeiros, 2013) o uso consecutivo e excessivo diminui a sua eficácia, e a sua utilização em neonatos de pré-termo carece ainda da realização de mais estudos de investigação (Anand, 2007).

**VI.A sucção não nutritiva** com chupeta ou um dedo, por exemplo, é uma das intervenções não farmacológicas mais utilizadas para alívio da dor neonatal, por ser promotora de conforto e

tranquilidade para o recém-nascido pré-termo e de termo, permitindo desta forma a minimização da intensidade e duração da dor aguda durante a realização de procedimentos dolorosos (Motta & Cunha, 2015).

É ainda importante mencionar/ lembrar a importância de restringir e/ou agrupar o número de intervenções dolorosas ou prestação de cuidados permitindo intervalos de repouso que respeitem os ciclos de sono-vigília do RN e a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais habituais para o mesmo (DGS, 2012).

Além do supracitado é imprescindível a avaliação da dor antes, durante e após o procedimento, para adequar as intervenções não farmacológicas e/ ou farmacológicas necessárias ao procedimento que se vai realizar. (DGS 2012). A aplicação de estratégias sensoriais, como a sucção não nutritiva, a contenção ou a sacarose oral, para procedimentos *minor*, em que tal possa ser suficiente para reduzir a experiência de dor vivenciada pelo recém-nascido. No caso de procedimentos *major*, como a colocação de dreno torácico, por exemplo as estratégias não farmacológicas devem estar sempre associadas a intervenções farmacológica (DGS, 2012).

#### **4.3.2. Estratégias não farmacológicas nas crianças, jovens e adolescentes**

No que respeita às intervenções não farmacológicas adequadas às crianças entre o ano de idade e os 18 anos estas são várias, porém a presença de uma pessoa significativa é linear a todas as idades, e um dos aspetos mais importantes que têm de ser tidos em conta (Batalha L. M., 2010).

De seguida serão explanadas algumas intervenções de acordo com a classificação das estratégias não farmacológicas para estas faixas etárias:

##### **✓ Intervenções comportamentais**

I. *Distração comportamental*: Realização de exercícios e atividades físicas antes dos procedimentos dolorosos, deixando a criança mais relaxada e menos ansiosa (Francischinelli, Modena, & Morete, 2009; Linhares & Doca, 2010);

II. *Relaxamento muscular* – Ajuda a criança a controlar a ansiedade associada aos procedimentos dolorosos. Embora seja útil em todas as idades, assume a sua maior importância na

adolescência, reduzindo o medo, a ansiedade, o mal-estar e a dor, melhorando o sono, o auto-controlo e o humor (Chen, Joseph, & Zeltzer, 2000; Francischinelli, Modena, & Morete, 2009; Linhares & Doca, 2010). Tendo em conta o mencionado existem 3 tipos de exercícios de relaxamento, que podem ser aplicados dependendo do tempo disponível, da preferência da criança e da idade da criança: - Respiração diafragmática que é de fácil compreensão, rápida aplicação e pode ser usados a partir dos 2 anos; e o Relaxamento muscular progressivo e o relaxamento ativo que requerem mais tempo e só devem ser usados a partir dos 6 anos.

✓ **Intervenções cognitivas**

I. Informação antecipatória: o conhecimento do procedimento a que vai ser submetida é um dos direitos das crianças, devendo essa informação ser e estar adequada à sua idade, e ser fornecida no momento em que será realizado (crianças com idade inferior a 6-7 anos não preservam a informação por mais de 1 hora). Esta informação consiste em explicar o procedimento e as sensações que irá ter de forma simples, clara e honesta, através de desenhos, vídeos ou manipulação do equipamento (Chen, Joseph, & Zeltzer, 2000; Uman, Chambers, McGrath, & Kisely, 2008; Batalha L. M., 2010).

II. Distração – *Direcionar* a atenção da criança para situações que não estejam relacionadas com o procedimento doloroso. É uma técnica útil para controlar dores de curta duração. Todas as crianças podem ser distraídas, com histórias leitura, música, vídeos e/ou televisão desde que adequados à idade (Chen, Joseph, & Zeltzer, 2000). No caso dos adolescentes e escolares, estes podem ser distraídos, através de conversas sobre temas do seu interesse e/ou dando-lhes o controlo da situação, respeitando as suas preferências.

III. Reforço positivo – Consiste em elogiar a criança/ jovem após um procedimento doloroso (Linhares & Doca, 2010).

IV. Imaginação guiada – Induz a sensação de bem-estar e relaxamento através da concentração da mente numa ideia ou imagem particular. Atua na diminuição da ansiedade em crianças com mais de 4 anos, levando-a para um lugar/atividade agradável, com pensamentos e coisas positivas (Chen, Joseph, & Zeltzer, 2000; Silva, Neto, Figueiredo, & Barbosa-Branco, 2007).

V. Simulação ou modelação - demonstração e/ou simulação do procedimento por outra criança ou adulto. Isto possibilita à criança realizar procedimentos, usando instrumentos médicos reais ou de brincar para perder o medo como antecipação da situação real (Chen, Joseph, & Zeltzer, 2000).



✓ **Intervenções cognitivo-comportamentais:** Pressupõem a combinação de pelo menos uma intervenção cognitiva com uma comportamental, com o intuito de atenuar a sua percepção de dor. Devido à sua complexidade, é um método muito utilizado em crianças mais crescidas e em adolescentes, numa tentativa que esta compreenda a associação que existe entre os pensamentos, sentimentos e comportamentos decorrentes da dor ou aqueles que aumentam a sua intensidade (Uman, Chambers, McGrath, & Kisely, 2008; Linhares & Doca, 2010).

✓ **Intervenções Físicas ou periféricas**

I. Aplicação de calor – A colocação de compressas quentes, hidroterapia ou bolsas térmicas promovem a circulação sanguínea, ativando o sistema supressor de dor e promovendo o relaxamento muscular. O seu efeito analgésico pode assim originar efeitos a nível local, regional ou geral dependendo do tempo e da intensidade de aplicação (Reis, 2009; Linhares & Doca, 2010).

II. Aplicação de Frio – Contrariamente ao calor, o frio diminui a circulação sanguínea, tendo uma ação anti-inflamatória, que auxilia no alívio da dor e na redução do edema (Silva, Neto, Figueiredo, & Barbosa-Branco, 2007; Batalha L. M., 2010).

III. Massagem – É realizada com o intuito de relaxar e distrair a criança/jovem, reduzindo a dor através da ativação dos seus mecanismos inibidores (Batalha L. M., 2010) (Linhares & Doca, 2010).

IV. Posicionamentos – As alterações dos posicionamentos que promovem o conforto, são estratégias que são reconhecidas e consideradas úteis e pertinentes no alívio da dor (Batalha L. M., 2010; Linhares & Doca, 2010) .

✓ **Outras intervenções**

I. Musicoterapia – É uma técnica de relaxamento e diminuição de stress. Através da musicoterapia as endorfinas endógenas são ativadas e produzidas, o que leva a criança ao seu imaginário, um universo sem dor (Ordem dos enfermeiros, 2008).

II. Arteterapia (teatro, a música, a arte, a escrita, o desenho, etc.) – Consiste numa forma de expressão que permite à criança falar sobre os seus problemas e receios, adquirindo o controlo sobre a sua própria dor. Embora a distração e o brincar sejam excelentes técnicas de minimizar a dor, é importante valorizar sempre a dor que esta sente e exprime, proporcionando-lhe conforto e segurança.

III. Humor - É outra estratégia de comunicação com a criança/ adolescente, que auxilia a criação de uma relação mais próxima e de confiança com este. Tem como objetivo aliviar os seus medos e preocupações, ajudando-o a ver as coisas de uma forma mais tranquila, através da dramatização de situações, estimulando o sorriso e o riso, associados ao prazer e bem-estar. O riso facilita o relaxamento dos músculos respiratórios e estimula a produção de endorfinas o que diminui a intensidade da dor (Phaneuf, 2005).

Há ainda terapias complementares que podem ajudar no alívio da dor, tais como: hipnose, Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS), acupuntura, aromaterapia, Shiatsu, Reiki, meditação, ioga, entre outras (Malta, *et al.*, 2003; Silva, Neto, Figueiredo, & Barbosa-Branco, 2007; Ordem dos enfermeiros, 2008; Ordem dos enfermeiros, 2013).

## **5. ANÁLISE DOS QUESTIONADOS VS REGISTOS EFETUADOS VS OBSERVAÇÃO INFORMAL**

Após a realização dos questionários, do levantamento de dados realizado, bem como da observação empírica, irei nesta etapa da investigação apresentar os dados por mim coletados, procedendo a análise explicativa dos mesmos que em conjunto com as pesquisas científicas efetuadas colmataram na sessão de formação para adultos no serviço em causa com vista à melhoria dos cuidados.

Numa fase inicial irei apresentar e caracterizar a equipa da amostra, analisando de seguida os resultados obtidos no que concerne aos conhecimentos da mesma sobre o brincar e as medidas não farmacológicas. Ao longo desta análise serão também apresentados os resultados obtidos nos questionários referentes à utilização por parte da equipa das escalas da dor e reavaliação da mesma, assim como sobre a frequência com que são utilizadas as estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda. Após esta análise dos questionários, será realizada a análise empírica da observação dos registos efetuados relativamente às escalas da dor, à frequência e reavaliação da dor, e ao registo das estratégias não farmacológicas utilizadas.

Por último, esta parte do trabalho terminará com a sumária conclusão, em que será realizada uma análise global sobre o tema – “Brincar enquanto medida não farmacológica”, com o intuito de melhorar a prática e os registos dos cuidados prestados, na prestação de cuidados diários.

### **5.1. Caracterização da equipa do serviço de internamento de pediatria**

Da análise dos questionários realizados no período entre 21 de novembro a 5 de dezembro de 2018, que foi realizada de forma voluntária por parte dos enfermeiros do serviço, e na qual obtive a colaboração de 16 dos 18 enfermeiros (88,9%), é importante ressaltar que um dos elementos que não preencheu se encontrava de férias tal como a enfermeira chefe de serviço. O serviço em causa é composto apenas por enfermeiras, sendo os participantes eram todos do sexo feminino (100%). No que diz respeito às idades das enfermeiras pode-se observar que a maioria se situa na faixa etária  $> 30 \leq 50$ : 12 enfermeiras (75% amostra) o que demonstra bastante maturidade da equipa (Gráfico 1).

Relativamente ao título profissional o serviço apresenta 10 enfermeiros licenciados (62.5%), 3 enfermeiros especialistas (18.75%) e 3 enfermeiros com grau de Mestre (18.75%) (Gráfico 2). É ainda importante referir que neste momento se encontram vários elementos do serviço a tirar o mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

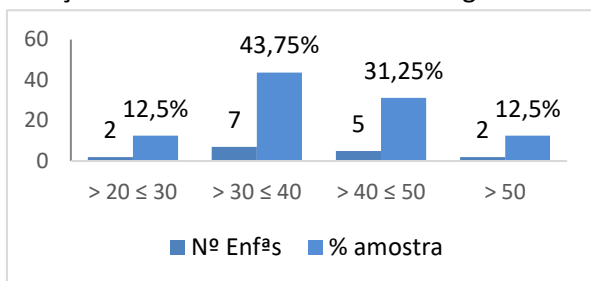


Gráfico 1 – Média idades das Enf.ªs

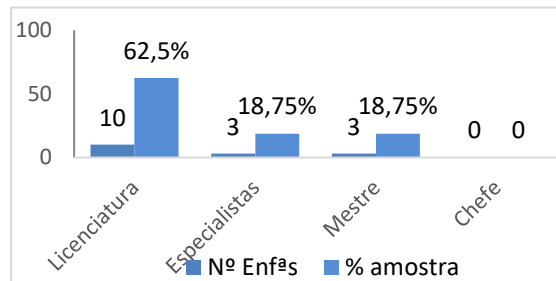


Gráfico 2 – Título profissional das Enf.ªs

No que diz respeito à experiência profissional, foi importante observar que a maioria dos enfermeiros do serviço (9 elementos – 56.25%) apresentam entre > 10 ≤ 20 anos de prática, sendo este também o intervalo em que a maioria exerce funções na área da Pediatria (10 elementos – 62.5%), demonstrando que se trata de uma equipa coesa, com muita experiência prática na área (Tabela 1).

	Experiência profissional – nº elementos	Experiência profissional - %	Exerce em Pediatria - nº elementos	Exerce em Pediatria - %
> 0 ≤ 3 anos	2	12.5%	2	12.5%
> 3 ≤ 5 anos	0	0%	1	6.25%
> 5 ≤ 10 anos	0	0%	1	6.25%
<b>&gt; 10 ≤ 20 anos</b>	<b>9</b>	<b>56.25%</b>	<b>10</b>	<b>62.5%</b>
> 20 ≤ 30 anos	4	25%	1	6.25%
> 30 anos	1	6.25%	1	6.25%

Tabela 1 – Experiência profissional Vs Tempo em que exercem funções em Pediatria

## 5.2. Caracterização dos conhecimentos dos enfermeiros do serviço em causa sobre a importância do brincar enquanto estratégia não farmacológica

De acordo com os resultados obtidos com os questionários, pode verificar-se que toda a amostra (100%) tem conhecimentos da relevância do brincar enquanto estratégia não farmacológica, existindo de uma forma global um grande conhecimento sobre as várias estratégias existentes, como se pode observar na tabela seguinte (tabela 2).

	Estratégias do Brincar – nº elementos com conhecimento	Estratégias do Brincar – % de elementos com conhecimento
Cognitivas	15	93,75%
Comportamentais	15	93,75%
Cognitivo-comportamentais	16	100%
Físicas	15	93,75%
Suporte emocional	15	93,75%
Ambientais	14	87.5%

Tabela 2 – Conhecimentos dos Enf.<sup>os</sup> sobre as diferentes estratégias de brincar

Contudo quando questionados com que frequência utilizam essas mesmas técnicas as respostas são mais diversificadas, sendo o suporte emocional e as estratégias cognitivas aquelas que os enfermeiros referem utilizar com maior frequência, seguindo-se as estratégias comportamentais (Tabela 3)

	Nunca (1)	Raramente (2)	Regularmente (3)	Frequentemente (4)	Sempre (5)
Cognitivas	0 – 0%	0 – 0%	0 – 0%	5 – 31.25%	<b>10 – 62.5%</b>
Técnicas Comportamentais	0 – 0%	1 – 6.25%	4 – 25%	7 – 43.75%	3 – 18.75%
Cognitivo – comportamentais	0 – 0%	0 – 0%	1 - 6.25%	<b>10 – 62.5%</b>	5 – 31.25%
Físicas	0 – 0%	2 – 12.5%	4 – 25%	7 – 43.75%	2 – 12.5%
Suporte emocional	0 – 0%	0 – 0%	0 – 0%	2 - 12.5%	<b>13 – 81.25%</b>
Ambiente	0 – 0%	3 – 18.75%	1 - 6.25%	7 – 43.75%	4 – 25%

Tabela 3 – Frequência da utilização das diferentes técnicas de Brincar

No que concerne às estratégias não farmacológicas conhecidas por parte da equipa de Enfermagem do Serviço supracitado, quase a totalidade dos inquiridos, afirmaram conhecer todas ou quase todas as estratégias mencionadas, excetuando a estratégia da simulação onde apenas 75% dos enfermeiros (n=12) responderam de forma afirmativa tal como se pode verificar na tabela seguinte (Tabela 4).

<b><i>Estratégia não farmacológica</i></b>	<b><i>Percentagem</i></b>	<b><i>Nº Respostas</i></b>
Reforço positivo	100%	16
Imaginação Guiada	93.75%	15
Simulação	75%	12
Distração	100%	16
Relaxamento muscular – Respiração	93.75%	15
Aplicação de frio / Calor	100%	16
Massagem / Toque terapêutico	93.75%	15

Posicionamento	100%	16
Humor	93.75%	15
Presença de familiares	100%	16
Redução luz/ Ruído	100%	16
Informação preparatória	100%	16
Amamentação	100%	16
Sucção não nutritiva	100%	16
Sacarose / Glucose	100%	16
Método Canguru/ Contacto físico	93.75%	15
Musicoterapia	100%	16
Contenção	100%	16

Tabela 4 – Conhecimento dos Enfermeiros sobre estratégias não farmacológicas

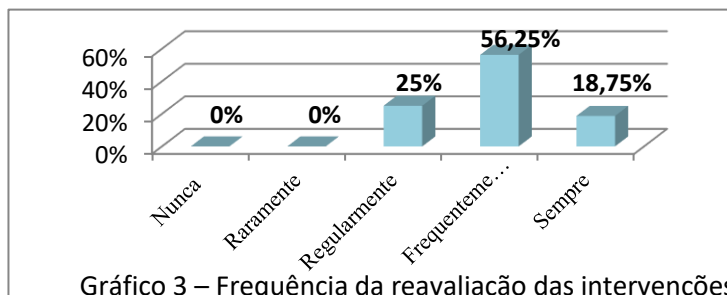
No que concerne às escalas da dor, as que estão a ser utilizadas pelo serviço estão de acordo com as padronizadas da DGS (Direcção-Geral da Saúde, 2010), estando atualizadas e a sua utilização está uniformizada por todos os elementos. Assim sendo, pode verificar que as mais utilizadas no serviço são: a Wong-Baker (100%), Numérica (100%), Flacc (87.50%), NIPS (81.25%) e Flacc – R (62.50%).

EDIN	0	0%	Wong-Baker	16	<b>100%</b>
NIPS	13	<b>81,25%</b>	Faces - R	3	18.75%
PIPPS	0	0%	EVA	0	0%
N-PASS	0	0%	Numérica	16	<b>100%</b>
Flacc	14	<b>87,50%</b>	Escala Qualitativa	2	12,50%
Flacc - R	10	<b>62,5 %</b>	Observador	1	6,25%

Tabela 4 – Escalas da dor mais utilizadas no serviço

Contudo, quando a questão é a frequência com que avaliam a dor, aqui as respostas foram variadas, sendo a resposta “sempre que necessário” a mais recorrente (62,5% das respostas). Porém importa que ressaltar que em 3 questionários as respostas foram múltiplas dando a entender que pelo menos 1x turno é avaliada em todas as crianças, sendo esta avaliação realizada com menor ou maior frequência dependendo da situação clínica e das queixas evidenciadas. É importante, contudo ressaltar que a dor, enquanto sinal vital não é esquecido e isso é visível ao observar que zero pessoas (0%), responderam que apenas avaliam a dor quando esta é evidente.

Após a avaliação da dor é importante reavaliar a mesma, no sentido de compreender se a nossa ação teve efeito, ou se é necessário utilizar outras medidas, tal como nos menciona a literatura evidenciada na revisão apresentada. Todavia, e embora a maioria dos enfermeiros admita que frequentemente reavalia (56.25%) esta devia ser uma atitude que deveria ser realizada sempre que realizamos um procedimento. Considero por isso que seja um ponto que deverá ser trabalhado em equipa com vista à melhoria dos cuidados prestados (Gráfico 3).

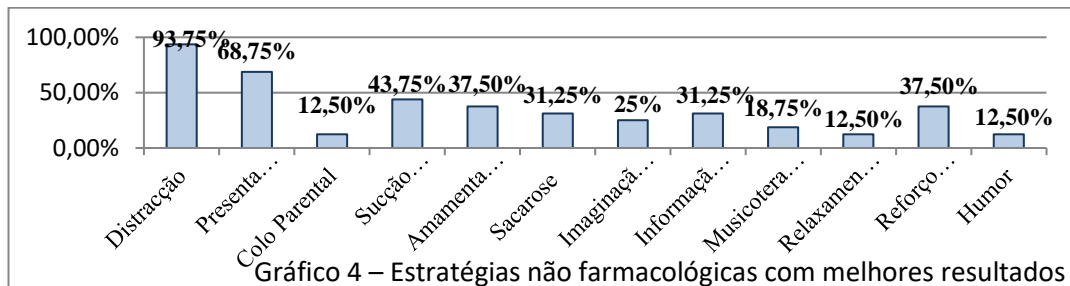


Diariamente são inúmeros os procedimentos realizados, porém nem sempre são aplicadas medidas não farmacológicas antes dos procedimentos e/ou antes da utilização de medidas farmacológicas. Esta realidade, além de observada é clara aquando da realização desta questão – **“Com que frequência utiliza estratégias não farmacológicas antes da realização dos seguintes procedimentos dolorosos?”**, uma vez que é visível que apenas aquando da punção venosa (87,5% - n=14), da realização de pensos (62,5% - n=10) e da terapêutica intramuscular (56,25% - n=9), a maioria dos inquiridos afirma utilizar as medidas não farmacológicas em detrimento das outras.

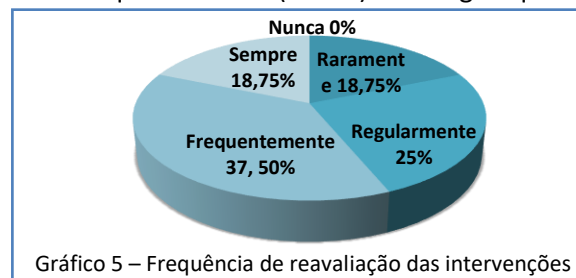
	Nunca (1)	Raro (2)	Regular (3)	Frequente (4)	Sempre (5)	Sem experiência (6)	Sem resp.
<b>Punção venosa</b>	0%	0%	6.25%	6.25%	<b>87.5%</b>	0%	0%
<b>Terapêutica intramuscular</b>	6.25%	0%	6.25%	25%	<b>56.25%</b>	6.25%	0%
<b>Realização de pensos</b>	0%	0%	6.25%	31.25%	<b>62.5%</b>	6.25%	0%
<b>Aspiração naso/oro faríngea</b>	6.25%	18.75%	18.75%	43.75%	12.5%	0%	0%
<b>Entubação naso-gástrica</b>	6.25%	12.5%	6.25%	37.5%	37.5%	0%	0%
<b>Algiação</b>	6.25%	12.5%	6.25%	37.5%	37.5%	0%	0%
<b>Outros procedimentos</b>	0%	0%	6.25%	50%	37.5%	0%	6.25%

Tabela 5 – Frequência de utilização das medidas não farmacológicas nos procedimentos de enfermagem

Com o intuito de compreender quais as estratégias não farmacológicas com as quais a equipa de enfermagem tem obtido melhores resultados, foi realizada uma questão neste sentido, podendo cada inquirido mencionar quatro. Da análise desta questão pode-se concluir que os vários elementos têm obtido bons resultados com uma grande diversidade de técnicas, contudo a técnica da distração (93,75%) e a presença dos pais (68,75%) são aquelas com as quais têm obtido melhores resultados tal como se pode observar no gráfico seguinte (Gráfico 4).



Tal como para a avaliação da dor, após a realização das estratégias não farmacológicas é importante reavaliar a sua eficácia, para que se possam tirar conclusões e compreender se a mesma foi eficaz ou se tem de optar por outra estratégia. Da análise das respostas a esta questão, conclui-se que a maioria dos enfermeiros reavalia frequentemente (37,5%) estratégias que utiliza, contudo nem sempre o faz. Em contrapartida, existe uma pequena percentagem (18,75%) que afirma que raramente reavalia as estratégias não farmacológicas que utiliza, sendo os dois motivos mencionados para tal o “não observar a eficácia no imediato” e “estar pouco desperta para o procedimento de reavaliação após a realização de procedimentos dolorosos”.



Por ultimo, quando questionados sobre as maiores dificuldades que a equipa de enfermagem encontra na utilização de estratégias não farmacológicas, aqui as respostas foram muito diferenciadas, sendo a indisponibilidade de tempo (50% - n=8) a dificuldade que é sentida mais regularmente, tal como se pode observar na tabela seguinte (tabela 6). Além das dificuldades sinalizadas, a baixa recetividade/ sensibilidade por parte dos médicos especialistas para a utilização de medidas não farmacológicas, foi outro fator mencionado nos questionários para a baixa utilização destas estratégias, contudo é importante lembrar que se trata de uma área autónoma dos cuidados de enfermagem.



	Nunca	Raro	Regular	Frequente	Sempre	Não resp.
<b>Recetividade por parte da criança/ adolescente</b>	6.25%	12	12.5%	6.25%	0%	0%
<b>Recetividade por parte da pessoa significativa</b>	12.5%	62.5%	18.75%	6.25%	0%	0%
<b>Informação / Formação específica</b>	18.75%	68.75%	12.5%	0%	0%	0%
<b>Avaliação da dor</b>	31.25%	56.25%	12.5%	0%	0%	0%
<b>Disponibilidade de tempo</b>	0%	50%	<b>50%</b>	0%	0%	0%
<b>Recursos Materiais</b>	6.25%	62.5%	18.75%	12.5%	0%	0%
<b>Instalações</b>	0%	62.5%	25%	12.5%	0%	0%
<b>Outras</b>	6.25%	18.75%	6.25%	0%	0%	<b>68.75%</b>

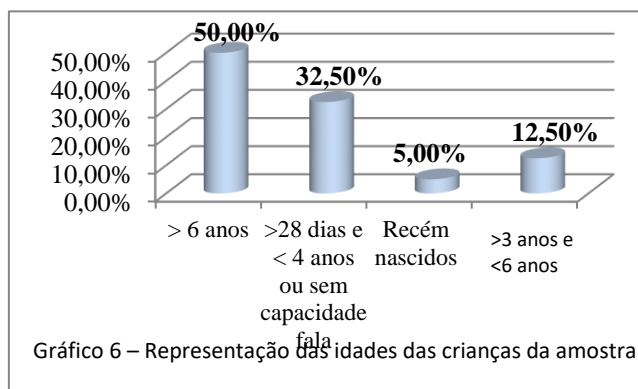
Tabela 6 – Dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem

### 5.3. Análise da observação dos registos de enfermagem efetuados

Após analisar as respostas efetuadas considerei importante analisar os registos que são efetuados sobre o tema em causa no sentido de melhorar as práticas e os registos.

Para tal foi necessário observar os registos de enfermagem no momento da sua execução, sendo a amostra total composta por 40 crianças (n=40), com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos menos um dia (idade pediátrica), com diversas patologias, que estiveram internados no serviço em causa no período compreendido entre o dia 12 de novembro e 12 de dezembro (véspera da colheita). Da amostra colhida 19 (47.5%) eram raparigas e 21 (52.5%) eram rapazes internados por motivos de doença/urgência e/ou cirurgias programadas. No que diz respeito às idades 50% da amostra (20 crianças) tinha idade superior a 6 anos, seguida de 32.5% (13 crianças) com idade compreendida entre os 28 dias e os 4 anos. Os recém-nascidos apenas representaram 5% (2 crianças) da amostra, seguidos das crianças com mais de 3 anos e menos de 6 com 12.5% (5 crianças), tal como está representado no gráfico 6.

Quanto ao tempo de internamento, e tendo em conta os motivos de internamento, este também foi muito variado, indo de 1 dia (22.5%) ou 2 (27.5%) a 13 dias (2.5%).



Relativamente às escalas de avaliação da dor em idade pediátrica os resultados demonstraram que no universo das 40 crianças internadas a escala mais utilizada para medição da dor foi a FLACC (37.5%) seguida da numérica (30%),

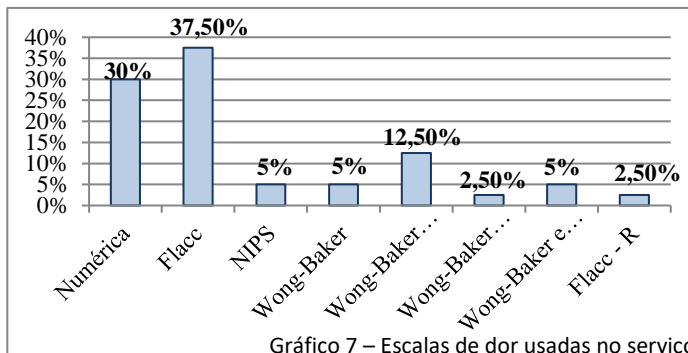


Gráfico 7 – Escalas de dor usadas no serviço

algo que não vai ao encontro do mencionado na norma com as Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças: 014/2010 (DGS,2010), onde menciona na alínea b) que se deve privilegiar, sempre que possível a autoavaliação a partir dos 3 anos (1º). Ora tendo em conta que a Flacc é usada para crianças com idade compreendida entre 28 dias e 4 anos, pode-se subentender que esta terá sido utilizada em crianças com idade superior a 4 anos.

É ainda importante alerta para o fato de em 20% das crianças (8 situações) ter sido utilizada mais que uma escala, sem que existisse uma alteração do estado geral que o justificasse (Alínea -g- da norma 014/2010 supracitada). Os níveis de dor também foram muito oscilantes, sendo em alguns casos, as dores mais discrepantes ocorreram nas situações em que foram usadas duas escalas, com limites diferentes (ex.: Wong-Baker que vai de 0-5 e FLACC que vai de 0-10).

Wong-Baker + FLACC	12,50%	5
Wong-Baker + FLACC + Numérica	2,50%	1
Wong-Baker + Numérica	5%	2

No que respeita à avaliação e reavaliação da dor, mais uma vez foi possível verificar que existe uma grande ambiguidade de resultados, sendo que pelo menos 1x turno a dor é avaliada e registada em todas as crianças que se encontram internadas. Pelos resultados apresentados, penso poder concluir que a frequência com que as avaliações são realizadas, depende da situação clínica da criança e das queixas que esta expressa tanto a nível físico com comportamental, no sentido de promover o máximo do seu bem-estar.

1x Turno	20
2x Turno	6
1- 2x Turno	8
1- 3x Turno	2
2-x Turno	3
2-4x Turno	1
SOS	

Dos 40 casos observados, no que respeita às reavaliações de dor, em situações em que esta exista e se tenha intervindo, farmacológica ou não farmacologicamente, os resultados obtidos foram um pouco diferentes dos esperados uma vez que a percentagem de situações em que foi realizada uma reavaliação da dor (23%), embora superior, foi muito próxima do número de situações em que essa reavaliação não ocorreu (15%) no próprio turno, nem nas horas seguintes à intervenção. Importa ainda ressaltar que ainda assim a maior percentagem pertenceu às situações onde não foi realizada reavaliação por a criança/jovem não apresentar dor aparente.

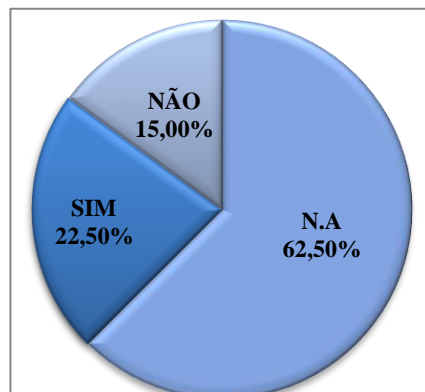


Gráfico 8 – % Reavaliações

Por último, no que concerne ao registo das estratégias não farmacológicas utilizadas, os resultados foram os que mais surpreenderam por não refletirem o trabalho que é realizado pela equipa de enfermagem. De acordo com a observação efetuada, e uma vez que apenas 15 (37.5%) das 40 crianças apresentaram queixas durante o internamento, apenas essas serão contabilizadas na estatística seguinte. Assim sendo, em 8 crianças (53.33%) que apresentaram dor não foi registado em notas qualquer referência à utilização de estratégias de alívio da dor, nomeadamente as não farmacológicas, tendo sido apenas registado num terço destas crianças (5 crianças - 33.34%) a utilização dessas medidas, tal como nos demonstra a tabela seguinte (tabela

	Nº crianças	% Crianças
Sem referência à sua utilização	8	<b>53,33%</b>
Farmacológicas	2	13,33%
Distração (ex.: música, computador, TV, cantar)	3	20%
Posicionamento e respiração	1	6,67%
Colocação calor	1	6,67%

**33.34%**  
**5 Crianças**

#### 5.4. Conclusão / Síntese dos resultados

Em forma de conclusão após a avaliação dos questionários e da observação de todos os cuidados prestados e dos registos efetuados, considero que a equipa de enfermagem demonstra ter conhecimentos sobre a importância de brincar, sobre as estratégias não farmacológicas e sobre as escalas da dor. Porém, também foi notório que os registos nem sempre estão a demonstrar todo o trabalho que é realizado por esta equipa, uma vez que nem sempre estão a ser registadas as estratégias usadas, e mesmo quando usadas a reavaliação das mesmas também

não é registada. Além disso, aquando da avaliação da dor, a reavaliação da mesma também nem sempre é registada, embora seja efetuada. O único ponto incorreto a mencionar, prende-se com a utilização, por vezes, de mais que uma escala com parametrização diferente na mesma criança, o que além de ir contra as indicações e as normas de boas práticas da DGS, impede quem analisa a dor da criança de compreender o seu nível de dor. Este fato ocorre sobretudo durante o período da noite, onde nas crianças que se encontram a dormir, por impossibilidade de utilização de uma escala de autoavaliação, se utiliza uma de heteroavaliação parametrizada de forma diferente.

## 6. PLANO SESSÃO

<b><u>Plano Sessão</u></b>	<b>Aluna:</b> Cátia Silva
	<i>Aluna de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica</i>

**Tema:** Escalas da dor e estratégias não farmacológicas de brincar, promotoras de conforto

**Data e hora:** 10 e 11 de janeiro de 2019 às 14h

**Local:** Biblioteca 5º Piso

**Duração:** 1 hora

**Destinatários:** Enfermeiros do Serviço de Pediatria

**Objetivo Geral:**

- ✓ Sensibilizar para importância da avaliação e reavaliação sistemática da dor nas crianças e jovens;
- ✓ Sensibilizar para a importância do brincar e da utilização do mesmo como estratégia não farmacológicas e de conforto, na diminuição dos fatores de stress e dor.

**Objetivos Específicos:**

- Que os enfermeiros/ sejam capazes de:
- ✓ Conhecer as diferentes escalas de dor existentes para a população Pediátrica;
  - ✓ Selecionar a escala mais adequada para cada criança;
  - ✓ Monitorizar a dor e compreender a importância de a reavaliar após as intervenções;
  - ✓ Melhorar a qualidade dos registos;
  - ✓ Reconhecer a importância do brincar durante o internamento e das vantagens do mesmo enquanto estratégia não farmacológica.

<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos</b>	<b>Intervenientes</b>	<b>Recurso</b>	<b>Tempo</b>
<u>Introdução:</u> Apresentação do tema da sessão	Expositivo	Cátia Silva	Biblioteca 5ºPiso	10 min
<u>Desenvolvimento:</u> <b>1.</b> Breve revisão da literatura sobre a importância do Brincar; <b>2.</b> Definição de dor; <b>3.</b> Breve revisão da literatura sobre as características e os indicadores de dor; <b>4.</b> Apresentação das normas de boas práticas na avaliação da dor; <b>5.</b> Exibição dos resultados dos questionários/registos; <b>6.</b> Apresentação das diferentes escalas da dor para a população Pediátrica; <b>7.</b> Apresentação de diferentes estratégias não farmacológicas para alívio da dor e promoção de conforto.	Demonstrativo Expositivo Interativo	Cátia Silva	- Computador Portátil; - Projetor; - Sala para formação (Biblioteca 5ºPiso);	35 min
Avaliação da sessão e esclarecimento de dúvidas	Interativo	Cátia Silva Enfermeiros Pediatria	Entrega questionário de avaliação da sessão formativa	15 min

## 7. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

### MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOSÉ DE OUS

INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA  
ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE

ES  
Escola  
Superior  
de Saúde  
Módulo

IPS  
Instituto Politécnico de Setúbal  
Escola Superior de  
Saúde

Instituto Politécnico de Castelo Branco  
Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

2º Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica

### Sessão Formativa

## *Escalas da dor e estratégias não farmacológicas de brincar promotoras de conforto*



**Formadora:** *Cátia Silva*

(Aluna de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

**Formandos:** *Enfermeiros Pediatria Médica*

**Data e Hora:** 10 e 11 de janeiro de 2019 às 14h

**Local:** Biblioteca do 5º Piso

**Duração:** 1 hora



## 8. SLIDES DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

2º MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA



**Sessão Formativa**  
*Escalas da dor e estratégias não farmacológicas de brincar promotoras de conforto*

Cátia Silva  
(Aluna de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Enfª Orientadora Interdisciplinar: Pediatra

Janeiro 2019

**SUMÁRIO**

- Objectivo Geral e Especifico da Formação
- Revisão da Literatura
- Dor em Pediatria – Escalas da dor
- Dor Pediatria – Estratégias não Farmacológicas
- Apresentação dos resultados questionários e observação dos registos
- Apresentação de atividades realizadas e de propostas de alterações
- Considerações Finais

**Objetivo geral:**

- Sensibilizar para importância da avaliação e reavaliação sistemática da dor nas crianças e jovens;
- Sensibilizar para a importância do brincar e da utilização do mesmo como estratégia não farmacológicas e de conforto, na diminuição dos fatores de stress e dor.

**Objetivos Específicos:**  
Que os enfermeiros sejam capazes de:

- Conhecer as diferentes escalas de dor existentes para a população Pediátrica;
- Selecionar a escala mais adequada para cada criança;
- Monitorizar a dor e compreender a importância de a reavaliar após as intervenções;
- Melhorar a qualidade dos registos;
- Reconhecer a importância do brincar e as sua vantagens enquanto estratégia não farmacológica.

**REVISÃO DA LITERATURA**

**BRINCAR:** a atividades **MAIS** importantes para a criança → Entretenimento (sozinhas ou acompanhadas);  
→ Desenvolvimento motor, emocional, mental, social;  
→ Expressam e refletem as suas ações sociais (comunicar).

(Ferreira, 2014; Martins, Ribeiro, Buita, & Silva, 2011; Pontes, Falcão, Tóte, Cruz, & Almeida, 2015)

Criatividade, Aprendizagens, Papel social e Regras

**“Não deixar que uma criança brinque livremente é contribuir fortemente para a criação de estados psicopatológicos manifestados nas tendências neuróticas e antisociais. Uma criança que não brinca é uma criança doente”** (Mauges, 2011, pp.71-72).

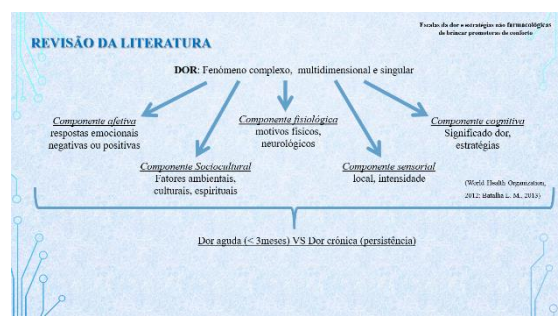
**REVISÃO DA LITERATURA**

**DOR:** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE 2.0), a dor é uma **“percepção comprometida”**, caracterizada pelo **“aumento de 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, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”** (ICN 2011, p. 50)

**O Controlo da dor é um DIREITO de todos os indivíduos**

Controlo eficaz da dor é um **INDICADOR DE QUALIDADE DOS CUIDADOS** (do ponto vista ético, e pelas implicações no neurodesenvolvimento).

(Nelson dos Anjos, 2011)




**DOR em Pediatria**

**DOR EM PEDIATRIA**

**Normas de boas práticas**

- A. **Acrescitar sempre na criança que refere dor, privilegiando sempre que possível a autoavaliação a partir dos 3 anos e a correta compreensão da escala por parte da criança;**
- B. **Dar tempo à criança para expressar a sua dor;**
- C. **Ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança com dor da mesma idade;**
- D. **Observar a criança e utilizar um instrumento na avaliação da dor, registando a mesma no momento da colheita;**
- E. **Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, exceto se a situação clínica justificar a mudança;**
- F. **Em situação de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação.**

(Direção Geral de Saúde (DGS) e Direção Geral da Saúde, (2005))

**Autoavaliação** em que é o próprio que avalia a sua dor

**Heteroavaliação** em que a avaliação da dor é realizada por um profissional de saúde

**DOR EM PEDIATRIA – ESCALAS DA DOR**

Recém-nascidos (RN)	Menores de 4 anos ou crianças sem capacidades para verbalizar	Entre os 4 e os 6 anos	A partir dos 6 anos	Crianças com multideficência (4-18 anos)
EDIN	FLACC	Escala de faces de Wong-Baker	Escala Faces – B (EFS-B)	FLACC-R (Revista)
NIPS			Escala Numérica	
N: PASS (ododón)		Escala Faces – B (EFS-B)	Escala Visual Analógica	
PIPP				

(Direção Geral de Saúde, 2010)

**DOR EM PEDIATRIA – ESCALAS DA DOR**

EDIN	NIPS	FLACC
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recém-nascido prematuro com IG &lt; 25 semanas e de RN pré-termos com IG &gt; a 33 semanas, preferencialmente sem ventilação invasiva.</li> <li>- Dor aguda associada a patologias prolongadas, pós-operatório ou episódio frequente de gestos invasivos.</li> <li>- Escala de Heteroavaliação. - Avalia 5 indicadores comportamentais: medidos entre 0-3, num total de 15 pontos.</li> <li>- Usada em vários locais no País;</li> <li>- Escala de referência em UCIN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RN pré-termos com IG &gt; a 33 semanas, preferencialmente sem ventilação invasiva.</li> <li>- Escala de Heteroavaliação. - Avalia 6 indicadores comportamentais e um fisiológico, medidos entre 0-1, à exceção do choro (0-2), perfazendo um score máximo de 7.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usado em crianças com idade inferior a 4 anos ou crianças sem capacidades para verbalizar (pode ser usado até aos 18 anos).</li> <li>- Escala de Heteroavaliação. - Avalia 5 indicadores pontuados entre zero e dois pontos (Max:10). - Fácil comparação entre a dor autoavaliada e heteroavaliada.</li> <li>- Vantagem: Instrumento valioso na avaliação da dor nas crianças com atraso de desenvolvimento ou incapazes de verbalizar.</li> </ul>

(Baltar, Santos, & Pinheiro, 2007; Direção-Geral da Saúde, 2010)



### DOR EM PEDIATRIA – ESCALAS DA DOR

Escola de dor e estratégias não farmacológicas de brincar para crianças de conforto

#### EDIN

IDENTIFICAÇÃO	0	1	2	3
<b>ROSTO</b>	Calma, expressão neutra, olhos fechados, lábios relaxados, sorriso leve.	Calma expressão neutra, olhos fechados, sorriso leve.	Calma expressão neutra, olhos fechados, sorriso leve.	Calma expressão neutra, olhos fechados, sorriso leve.
<b>COMO</b>	Relaxado, braços e pernas estendidos.	Relaxado, braços e pernas estendidos.	Relaxado, braços e pernas estendidos.	Relaxado, braços e pernas estendidos.
<b>SONO</b>	Adormecido, olhos fechados.	Adormecido, olhos fechados.	Adormecido, olhos fechados.	Adormecido, olhos fechados.
<b>INTERAÇÃO</b>	Interage facilmente com o cuidador.	Interage facilmente com o cuidador.	Interage facilmente com o cuidador.	Interage facilmente com o cuidador.
<b>RECOMFORTO</b>	Alta frequência de sorrisos e movimentos espontâneos.	Alta frequência de sorrisos e movimentos espontâneos.	Alta frequência de sorrisos e movimentos espontâneos.	Alta frequência de sorrisos e movimentos espontâneos.

#### NIPS

Tipicidade	Reativa
1 - Sorriso	Expressão neutra
2 - Sorriso	Expressão neutra
3 - Sorriso	Expressão neutra
4 - Sorriso	Expressão neutra
5 - Sorriso	Expressão neutra
6 - Sorriso	Expressão neutra
7 - Sorriso	Expressão neutra
8 - Sorriso	Expressão neutra
9 - Sorriso	Expressão neutra
10 - Sorriso	Expressão neutra

Fonte: M. S. M. (2017). *Escalas de dor e estratégias não farmacológicas de brincar para crianças de conforto*. São Paulo: Editora Manole.

### DOR EM PEDIATRIA – ESCALAS DA DOR

Escola de dor e estratégias não farmacológicas de brincar para crianças de conforto

#### FLACC

Categoria	0	1	2
<b>Face</b>	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, interesse, desinteresse	Temor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
<b>Pernas</b>	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
<b>Atividade</b>	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
<b>Choro</b>	Sem choro (acalmada ou dormida)	Gemidos ou choramingos; queixa ocasional	Choro contínuo, grito ou soluços; queixa com frequência
<b>Consolabilidade</b>	Satisfeita, relaxada	Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

Fonte: Meikel et al. 1997.

### DOR EM PEDIATRIA – ESCALAS DA DOR

Escola de dor e estratégias não farmacológicas de brincar para crianças de conforto

#### Escola de faces de Wong-Baker

- Usada em crianças a partir dos 3-4 anos.
- Fácil compreensão.
- Muito conhecida e de grande amplitude.

#### Escola de faces – Revista FPS-R

- Usada a partir dos 6 anos segundo a norma da DGS, contida segundo a IASP, pode ser usada em crianças entre os 4 - 16 anos.
- Fácil compreensão.

#### Escola Numérica

- Usada em crianças > 6 anos.
- Utilizada para dor aguda ou crônica.

#### FLACC-R (Revista)

- Usada em crianças entre os 0-18 anos, com dificuldades de comunicação verbal e/ou multideficiência.

Fonte: (Dalla, Lavin, & Cabral, 2015; Direção Geral da Saúde, 2016)

### DOR EM PEDIATRIA – ESCALAS DA DOR

Escola de dor e estratégias não farmacológicas de brincar para crianças de conforto

#### Escola de Faces – Wong-Baker

Explicar à criança o que cada face representa:

- 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 provoca o choro.

(Direção Geral da Saúde, 2016)

#### Escola de faces – Revista (FPS-R)

Explicar à criança o que cada face representa:

“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 tá doí [neste momento].”

(Direção Geral da Saúde, 2016)

### DOR EM PEDIATRIA – ESCALAS DA DOR

Escola de dor e estratégias não farmacológicas de brincar para crianças de conforto

#### Escola Numérica (EN)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ausência da dor | dor moderada | dor máxima

### DOR EM PEDIATRIA – ESCALAS DA DOR

Escola de dor e estratégias não farmacológicas de brincar para crianças de conforto

#### FLACC - R

Indicador	0	1	2
<b>Face</b>	1 - Nenhuma expressão especial ou sorriso	2 - Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, interesse, desinteresse, queixa ocasional	3 - Temor frequente do queixo, mandíbulas cerradas, chutando ou esticadas
<b>Pernas</b>	1 - Normais ou relaxadas	2 - Inquietas, agitadas, tensas	3 - Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
<b>Atividade</b>	1 - Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	2 - Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	3 - Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
<b>Choro</b>	1 - Sem choro (acalmada ou dormida)	2 - Gemidos ou choramingos; queixa ocasional	3 - Choro contínuo, grito ou soluços; queixa com frequência
<b>Consolabilidade</b>	1 - Satisfeita, relaxada	2 - Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	3 - Difícil de consolar ou confortar

### DOR EM PEDIATRIA – ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Escola de dor e estratégias não farmacológicas de brincar para crianças de conforto

Recém-Nascido	Toddler e Pré-Escolar	Escolar	Adolescente
<ul style="list-style-type: none"> <li>Presença dos pais;</li> <li>Fômbolo, carícias;</li> <li>Sucção não nutritiva;</li> <li>Redução do ruído;</li> <li>Canções de embalar;</li> <li>Massagem</li> <li>Etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presença dos pais;</li> <li>Ouvir histórias;</li> <li>Brinquedos favoritos;</li> <li>Brincadeira lúdica e terapêutica;</li> <li>Ouvir música preferida em família;</li> <li>Estratégias de relaxamento;</li> <li>Etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presença dos pais;</li> <li>Técnicas de relaxamento;</li> <li>Respiração lenta e profunda;</li> <li>Massagem;</li> <li>Leitura;</li> <li>Brincadeira lúdica favorita e terapêutica;</li> <li>Etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presença dos pais;</li> <li>Técnicas de relaxamento;</li> <li>Respiração lenta;</li> <li>Ouvir música, fotos, telefone;</li> <li>Tecnologias e jogos;</li> <li>Escrita e desenhos, leitura;</li> <li>Etc.</li> </ul>

(Oliveira dos Santos, 2019)



### APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS QUESTIONÁRIOS

Escola de dor e estratégias não farmacológicas de brincar para crianças de conforto

#### Conhecimento dos Enfermeiros sobre estratégias não farmacológicas

Estratégia não farmacológica	Porcentagem	Nº Respostas
Relaxação passiva	100%	16
Interação Gestual	93,75%	15
Simulação	75%	12
Distração	100%	16
Relaxamento muscular - Respiração	93,75%	15
Aplicação de frio / Calor	100%	16
Massagem - Toque terapêutico	93,75%	15
Psicanálise	100%	16
Humor	93,75%	15
Presença de familiares	100%	16
Redução luz / Ruído	100%	16
Informação preparatória	100%	16
Associação	100%	16
Sucção não nutritiva	100%	16
Sucção - Chupeta	100%	16
Música - Canções - Canções lúdicas	93,75%	15
Musicalização	100%	16
Contato	100%	16

Estratégias mais utilizadas segundo método do literature abstract

#### Estratégias não farmacológicas com melhores resultados

#### Frequência de reavaliação da eficácia das intervenções

### APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS QUESTIONÁRIOS

Escola de dor e estratégias não farmacológicas de brincar para crianças de conforto

#### Escalas de dor mais utilizadas no serviço

EDIN	0%	Wong Baker	16	100%	
NIPS	13	81,25%	Faces - R	3	18,75%
FLACC	0	0%	EVA	0	0%
N-PASS	0	0%	Nemática	16	100%
Flacc	14	87,50%	Escala Qualitativa	2	12,50%
Flacc - R	10	62,5%	Observador	1	6,25%

#### Frequência da reavaliação as intervenções

Sempre necessário 10



### APRESENTAÇÃO DA ANÁLISE DA OBSERVAÇÃO DOS REGISTOS

Escalas de dor e estratégias não farmacológicas de brincar promotoras de conforto

**Escalas de dor usadas no serviço**

**% Reavaliações**

**Registo das estratégias não farmacológicas**

Sem referência à sua utilização	Nº crianças	% Crianças
Farmacológicas	2	33,33%
Distração (ex.: música, computador, TV, games)	3	50%
Posicionamento e respiração	1	6,67%
Colocação calor	1	6,67%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>33,34%</b>

Wong Baker - FLACC 12,50% 5  
Wong Baker - FLACC / Numérica 2,50% 1  
Wong Baker - Nametrica 5% 2

### DOR EM PEDIATRIA – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Escalas de dor e estratégias não farmacológicas de brincar promotoras de conforto

**ESTRATÉGIAS DE BRINCAR COMO MEDIDA NÃO FARMACOLÓGICA**

	FC	Trabaja	Pal Escalar	Escalar	Adolescer
Diversão e controlo de estímulos ambientais (ex. controle da hora de dormir do bebé)	X	X			
Aleitamento materno	X	X			
Contenção/ Posicionamento	X	X			
Solução oral de glicose/ Sacarose	X	X			
Sucção não Nutritiva (ex.: Chucha)	X	X			
Distração (ex.: Televisão, Bolas Sabão, música, etc.)	X	X	X	X	X
Imaginação Guiada	X	X	X	X	X
Humor	X	X	X	X	X
Informação Antecipatória (adequada à idade)	X	X	X	X	X
Reforço positivo	X	X	X	X	X
Reforço Positivo	X	X	X	X	X
Outra:					

**Escalas de dor usadas no serviço**

**FLACC - Escalas com multimedialidade**

**Mnemónica bolso**

### DOR EM PEDIATRIA – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Escalas de dor e estratégias não farmacológicas de brincar promotoras de conforto

**Dossier Atividades**

**Bolas de sabão**

### Dor em Pediatria – Propostas a desenvolver

### DOR EM PEDIATRIA – ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS (PROPOSTAS)

Adaptação do Sclínic para registo das estratégias não farmacológicas usadas durante o turno – Parametrização

**Avaliar dor**  
**Executar estratégias não farmacológicas**

- Sem necessidade de intervenção
- Aleitamento Materno
- Contenção / Posicionamento
- Solução oral de glicose/ Sacarose
- Sucção não Nutritiva (ex.: Chucha)
- Distração (ex.: Televisão, Bolas Sabão, música, etc.)
- Imaginação Guiada
- Humor
- Informação Antecipatória (adequada à idade)
- Reforço Positivo
- Outra:

Identificam estratégia usada

### DOR EM PEDIATRIA – ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS (PROPOSTAS)

Adaptação do Sclínic para registo das estratégias não farmacológicas usadas durante o turno – Parametrização

**Avaliar dor**  
**Executar estratégias não farmacológicas**

- Sem necessidade de intervenção
- Aleitamento Materno
- Contenção / Posicionamento
- Solução oral de glicose/ Sacarose
- Sucção não Nutritiva (ex.: Chucha)
- Distração (ex.: Televisão, Bolas Sabão, música, etc.)
- Imaginação Guiada
- Humor
- Informação Antecipatória (adequada à idade)
- Reforço Positivo
- Outra:

### DOR EM PEDIATRIA – ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS (PROPOSTAS)

**Atualização/ Aplicação da caixa - Minkaco**

**Decisão em equipa, sobre as escalas de dor mais pertinentes para a uniformização dos cuidados**

**EDIN Vs NIPS** vs **Wong-Baker Vs Escala Faces Revista**

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O controlo da dor é um direito das pessoas, avaliar e reavaliar é imprescindível para o bem-estar do utente e para a qualidade dos cuidados prestados.
- O conhecimento das diferentes escalas, bem como a correta aplicabilidade das mesmas é um importante instrumento de auxílio na avaliação da mesma.
- Como intervenções autónomas da enfermagem, as estratégias não farmacológicas são um importante aliado da equipa de cuidados, contudo é importante registar a utilização das mesmas.
- O Brincar é um importante aliado dos cuidados em Pediatria, sendo ele um elemento essencial no desenvolvimento da criança/jovem.

### REFERÊNCIAS

Escalas de dor e estratégias não farmacológicas de brincar promotoras de conforto

- Batalha, L. M. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde e Tecnologia*, pp. 16-21.
- Direção-Geral da Saúde. (2005). A Dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa n.º 8-DGS/DGCG/2005*.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Freireira, M. (2004). *A gente gosta e de brincar com os outros meninos*. Porto: Edições Afrontamentos.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2012). *LASP Taxonomy: Pain terms*. Pain. Seattle: International Association for the Study of Pain.
- International Council of Nurses (ICN). (2011). *CIPPE Versão 2.0: Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Martins, M., Ribeiro, C., Boaba, R., & Silva, C. (março de 2001). Protocolo da preparação da criança pré- escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Rev Latino-am Enfermagem*, 9(2), pp. 76-85.
- Marques, T. P. (2011). *Clínica da Infância - Conselhos Práticos de Psicologia Infantil*. Alfragosa: Oficina do Livro.
- Ordem dos enfermeiros. (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Série 1 - N.º6.
- Portes, J. E., Folkmann, M. A., Tabel, E., Cunha, M. L., & Alcáide, F. d. (2015).
- World Health Organization. (2012). *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persistent pain in children with medical illnesses*. Obtido em 20 de novembro de 2018, de World Health Organization.

### Sessão Formativa

Escalas de dor e estratégias não farmacológicas de brincar promotoras de conforto

Obrigada pela vossa presença e atenção

**Célia Silva**  
(Aluna do Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

junho 2019

## 9. GRELHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica

### Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – Escalas da dor e estratégias não farmacológicas de brincar promotoras de conforto

Após o término da Sessão de Educação para a Saúde, é importante fazer um balanço, para posterior reflexão sobre os aspetos que poderão ser melhorados, numa tentativa de melhorar as próximas sessões, e os aspetos que foram ao encontro das expectativas iniciais dos formandos. Tendo em conta o supracitado, solicito o preenchimento deste questionário que é anónimo. Assinale, numa escala de 1 a 5, com uma X o número que corresponde à sua opinião: **1- Insuficiente; 2- Suficiente; 3- Bom; 4- Muito Bom; 5- Excelente**

Como classifica a sessão:

A. Quanto à temática?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

B. Relativamente à forma como foi abordado?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

C. Quanto aos objetivos delineados se foram atingidos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

D. Quanto à sua utilidade da sessão na melhoria da prestação de cuidados?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sugestões

Obrigado pela sua colaboração

## 10. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Quando se finaliza uma sessão de formação para adultos é importante realizar-se um balanço da mesma, com o intuito de melhorar e refletir sobre vários aspetos que permitam crescer e aperfeiçoar a cada nova reunião.

Deste modo e após ter finalizado as duas sessões de formação realizadas no dia 10 e 11 de janeiro de 2019 na biblioteca do serviço de internamento do hospital em causa, considero que o balanço da mesma foi muito positivo, não só por toda a pesquisa e atualização de conhecimentos científicos apreendidos e transmitidos sobre a temática em causa, mas também por ser um tema e uma área muito importante para a Enfermagem e para a idade pediátrica.

O Brincar enquanto estratégia não farmacológica, remete-nos para dois temas muito importantes, o Brincar – imprescindível na vida de uma criança; e o controlo da dor (indicador de qualidade dos cuidados) - através da correta avaliação da mesma e utilização das medidas não farmacológicas.

O tema em causa surgiu por se tratar de uma necessidade do serviço já identificada e posteriormente confirmada através dos questionários e dos registos de observação efetuados aos enfermeiros do serviço em causa. É importante mencionar que após a conclusão deste trabalho, um grupo de trabalho irá dar continuidade ao mesmo, através da revisão da norma, atualização das escalas da dor utilizadas (se em equipa considerarem pertinente essa mudança) e alteração do sistema de registos do SClínic (melhorando uma das maiores lacunas identificadas – os registos).

No final da apresentação da sessão explanada no capítulo 8, foi concedido tempo a toda a equipa para uma reflexão/discussão/ troca de ideias em conjunto com a finalidade de trocar experiências, esclarecer dúvidas sobre as escalas e as estratégias e definir os projetos já mencionados. Foi ainda analisado em equipa os dados obtidos dos questionários e da observação realizada no momento dos registos, uma vez que todos demonstram ter os conhecimentos e isso é observável na prática do dia-a-dia, contudo a reavaliação das intervenções mesmo quando efetuada não é registada, assim como as estratégias não farmacológicas que são constantemente utilizadas por toda a equipa mas depois os registos não espelham todo esse trabalho.

Foi igualmente lembrada e sensibilizada a equipa de enfermagem que a utilização das medidas não farmacológicas como área autónoma da enfermagem, de fácil utilização e baixos custos, sendo importante estarmos despertos para elas enquanto atitudes terapêuticas que podem fazer a diferença em determinadas situações, embora tal como já foi mencionado, seja amplamente utilizada, de forma correta e com ganhos visíveis no serviço em causa.

No final da sessão foi solicitado aos presentes o preenchimento de um questionário, já anteriormente explanado com o propósito de compreender a opinião dos formandos sobre temática mencionada, bem como da apresentação realizada, tendo em conta os objetivos traçados inicialmente. No total das duas sessões, estiveram presentes a Enf<sup>a</sup> Chefe do serviço, 12 enfermeiros e 3 estudantes do 4 ano de enfermagem, que deram de uma forma global, uma nota positiva à sessão tendo em conta a temática, a sua abordagens e os objetivos que eram propostos, considerando de a mesma muito útil na melhoria da prestação de cuidados nos contributos que deu à unidade, tal como se poderá ver de seguida.

	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q 6	Q 7	Q 8	Q 9	Q 10	Q 11	Q 12	Q 13	Q 14	Q 15	Q 16	Total pontual	Média Pontual
Questão 1	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	76 pontos	4.75 pontos
Questão 2	4	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	76 pontos	4.75 pontos
Questão 3	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	77 pontos	4,81 pontos
Questão 4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	77 pontos	4,81 pontos

Q = Questionário

Ou seja:

- 75% (12 respostas) achou a temática excelente e 25% (4 respostas) muito boa;

- 75% (12 respostas) achou a abordagem à temática excelente e 25% (4 respostas) muito boa;

- 81.25% (13 respostas) achou que os objetivos foram atingidos de forma excelente e 18,75% (3 respostas) foram atingidos de forma muito boa;

- 81.25% (13 respostas) achou a sessão excelente no que concerne à sua utilidade na melhoria da prestação de cuidados enquanto 18.75% (3 respostas) considerou muito boa.

Os dados supracitados são igualmente possíveis de serem analisados no gráfico seguinte, tendo por base um universo de 16 enfermeiros e estudantes, que responderam ao questionário (Q) de avaliação da sessão:

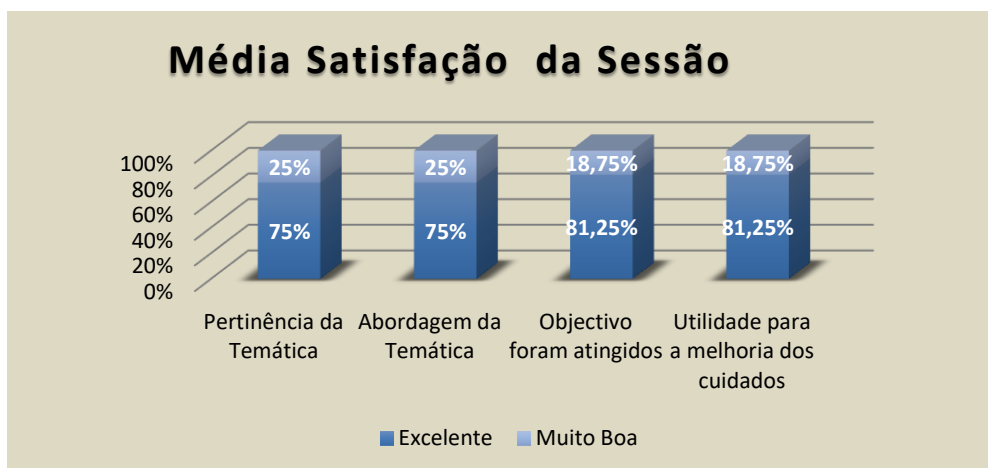


Gráfico 1 - Percentagem das avaliações realizadas pelos Enf.ºs relativamente à Saúde

Da análise dos questionários da avaliação da sessão, pode-se então concluir que a equipe de enfermagem considerou a sessão, assim como a formação positiva, pertinente e clara, tendo ido desta forma ao encontro das expectativas iniciais.

Para mim esta formação foi muito importante, pois permitiu partilhar os conhecimentos adquiridos pela evidência científica sobre a temática, sobre um tema atual e pertinente para a enfermagem pediátrica, sem nunca esquecer que como indicador de qualidade dos cuidados prestados é importante melhorar constantemente a sua avaliação e reavaliação para uma prestação de cuidados de saúde de excelência. Foi ainda importante pela reflexão que ocorreu em equipa, existindo uma troca de experiências enriquecedoras no meu percurso académico, enquanto profissional e enquanto pessoa.



## REFERÊNCIAS

- ✓ (IASP), I. A. (2012). *IASP Taxonomy. Pain terms. Pain*. Obtido de International Association for the Study of Pain.: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1519>
- ✓ Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*(13), pp. 9-22. doi:10.1053/j.nainr.2012.12.002
- ✓ Alves, C., Duarte, E., Azevedo, V., Nascimento, G., & Tavares, T. (2011). Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: Uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 4(33), pp. 788-796. doi:10.1590/S1983-14472011000400021
- ✓ Anand, K. (2007). Pain assessment in preterm neonates. *Pediatrics*, 119(3), pp. 605-607. doi:10.1542/peds.2006-2723
- ✓ Arriel, L., & Pereira, S. (2014). *Efeitos da manobra de contenção nas alterações comportamentais de neonatos submetidos à aspiração endotraqueal*. Goiânia, Brasil: CEAFI – Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada.
- ✓ Bailey, B., Daoust, R., Doyon-Trottier, E., Dauphin-Pierre, S., & Gravel, J. (Maio de 2010). Validation and properties of the verbal numeric scale in children with acute pain. *PAIN®*, 149(2), pp. 216-221. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.12.008>
- ✓ Batalha, L. M. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- ✓ Batalha, L. M. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde e Tecnologia*, pp. 16-21.
- ✓ Batalha, L. M. (2016). *Avaliação da dor*. Manual de estudo - versão 1, Coimbra.
- ✓ Batalha, L. M., Dos Reis, G. M., Costa, L. P., Carvalho, M. D., & Miguens, A. P. (Julho de 2009). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Revista Referência*, II(10), pp. 7-14.
- ✓ Batalha, L., Santos, L., & Guimarães, H. (2005). Avaliação da dor no período neonatal. *Acta Pediátrica Portuguesa*(36(4)), pp. 201-207.

- ✓ Bolander, V. (1998). *Sorensen and Luckmann Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. Loures, Portugal: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático Lda.
- ✓ Brazelton, T. B., Parker, W., & Zuckerman, B. (1976). Importance of behavioral assessment of the neonate. *Curr Probl Pediatr*(7), pp. 1-32. doi:10.1016/S0045-9380(76)80013-8Get
- ✓ Breivik, Borchgrevink, Allen, Rosseland, Romundstad, Hals, . . . Stubhaug. (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia*, pp. 17–24. doi:10.1093/bja/aen103
- ✓ Cardoso, S., Kozłowski, L., Lacerda, A., Marques, J., & Ribas, A. (2015). Newborn physiological responses to noise in the neonatal unit. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 81(6), pp. 583-588. doi:10.1016/j.bjorl.2014.11.008
- ✓ Chen, E., Joseph, M. H., & Zeltzer, L. K. (Junho de 2000). Behavioral and cognitive interventions in the treatment of pain in children. *Pediatric Clinics of North America*, 47, pp. 513-525. Obtido de [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(05\)70223-6](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(05)70223-6)
- ✓ Coughlin, M., Gibbins, S., & Hoath, S. (Outubro de 2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*(65(10)), pp. 2239-2248. doi:10.1111/j.13652648.2009.05052.x.
- ✓ Direção Geral da Saúde. (s.d.). *Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor [consultado em 28 de novembro de 2018]*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>
- ✓ Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa nacional de controlo da dor. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCP*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- ✓ Direção-Geral da Saúde. (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Orientação da DGS nº 22/2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- ✓ Direção-Geral da Saúde. (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica. Orientação da DGS nº 23/2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.



- ✓ Direção-Geral da Saúde. (2012c). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Orientação da DGS nº 24/2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- ✓ Direção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa n.º 9. DGS/DGCG 2003*.
- ✓ Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- ✓ Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças - Nº014/2010*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- ✓ Fernandes, A., Campbell-yeo, M., & Johnston, C. (2011). Procedural Pain management for Neonates Using Non pharmacological Strategies: Part1: sensorial interventions. *Advances in Neonatal Care*, 11(4), pp. 235-241.
- ✓ Ferreira, M. (2004). *A gente gosta é de brincar com os outros meninos*. Porto: Edições Afrontamentos.
- ✓ Francischinelli, A. G., Modena, T., & Morete, M. (2009). Conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto às medidas não farmacológicas para o alívio da dor nos pacientes pediátricos. *Revista Dor*, 10(1), pp. 19-24.
- ✓ Gibbins, S., Hoath, S., Coughlin, M., Gibbins, A., & Franck, L. (2008). Foundations in newborncare. The universe of developmental care: a new conceptual model for application in the neonatal intensive care unit. *Adv Neonatal Care*(8), pp. 141-147. doi:10.1097/01.ANC.0000324337.01970.76
- ✓ Gomes, C., & Hahn, G. (2011). Manipulação do recém-nascido internado em UTI: Alerta à enfermagem. *Revista Destaques Acadêmicos*, 3(3), pp. 113-122. doi:10.22410/issn.2176-3070.v3i3a2011.119
- ✓ Gomes, J., Rego, A., Cunha, M., Campos e Cunha, R., Cardoso, C., & Marques, C. (2015). *Manual de Gestão de Pessoas e de Capital Humano (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- ✓ Guinsburg, R. (1999). Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. *Jornal de Pediatria*, 75(3), pp. 149-160.

- ✓ Harrison, D., Yamada, J., & Stevens, B. (2010). Strategies for the prevention and management of neonatal and infant pain. *Current Pain Headache Reports*, 14(2), pp. 113-123. doi:10.1007/s11916-009-0091-0.
- ✓ Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong's - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- ✓ Hummel, P., & Puchalski, M. (2001). Assessment and management of pain in infancy. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 1(2), pp. 114-121. Obtido de <https://doi.org/10.1053/nbin.2001.25104>
- ✓ International Association for the Study of Pain (IASP). (2012). *IASP Taxonomy: Pain terms*. Seattle: International Association for the Study of Pain.
- ✓ International Council of Nurses (ICN). (2011). *CIPE Versão 2.0: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort Theory - A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *The Journal of Nursing Administration (JONA)*, 36(11 ), pp. 538-544.
- ✓ Lima, J., & Carmo, K. (2010). Practical pain management in the neonate. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 24(3), pp. 291-307.
- ✓ Linhares, M. B., & Doca, F. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em psicologia*, 18(2), pp. 307-325.
- ✓ Malta, J., Rodeia, R., Barroso, N., Malaquias, C., Cavalheiro, P., & Carracha, O. (2003). *Terapias naturais na prática de Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- ✓ Marques, T. P. (2011). *Clínica da Infância - Conselhos Práticos de Psicologia Infantil*. Alfragide: Oficina do Livro.
- ✓ Martins, M., Ribeiro, C., Borba, R., & Silva, C. (março de 2001). Protocolo de preparo da criança pré- escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. 9(2). *Rev Latino-am Enfermagem*, 9(2), pp. 76-85.
- ✓ McCaffery, M., Beebe, A., Latham, J., & Ball, D. (1994). *Pain: clinical manual for nursing Practice*. London: Mosby.
- ✓ Ministério da Saúde. (2004). *Plano nacional de saúde 2004-2010: orientações estratégicas Vol: II*. Lisboa: Ministério da Saúde.

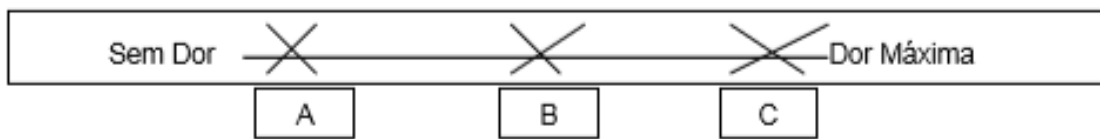
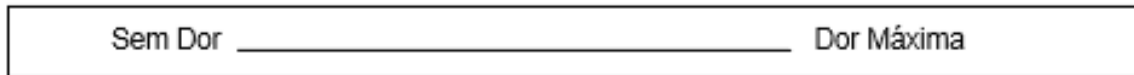
- ✓ Monahan, F. D., Sands, J. J., Neighbors, N., Marek, J. F., & Green, C. J. (2010). *Phipps Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença*. Loures, Portugal: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático Lda.
- ✓ Moreira, M., Lopes, J., & Carvalho, M. (2004). *Recém-nascido de alto risco teoria e prática do cuidar*. Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz.
- ✓ Motta, G., & Cunha, M. (2015). Prevention and non-pharmacological management of pain in newborns. *REBEn: Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), pp. 123-127. doi:10.1590/0034-7167.2015680118i
- ✓ National Hospice and Palliative Care Organization. (s.d). Pediatric Pain Assessment. Alexandria.
- ✓ Oliveira, C., Silva, J., Rodrigues, A., Júnior, A., & Tenório, G. (2016). Intervenções não farmacológicas no alívio da dor em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal . *Ciências Biológicas e da Saúde*, 3(2), pp. 123-134.
- ✓ Ordem dos enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - n.º 140/2019. *Diário da República*, p. 4744 4750.
- ✓ Ordem dos enfermeiros. (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Ordem dos enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Série 1 - Nº6 .
- ✓ Ordem dos enfermeiros. (2018a). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. *Ordem dos enfermeiros*.
- ✓ Paiva. (1995). *A brincar também se aprende*. Lisboa: Ministério da Educação.
- ✓ Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusodidacta.
- ✓ Pontes, J. E., Folkmann, M. Á., Tabet, E., Cunha, M. L., & Almeida, F. d. (2015). Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. *Einstein*, 13(2), pp. 238-242.

- ✓ Rego, A., Cunha, M., Gomes, J., Cunha, R., Cabral-Cardoso, C., & Marques, C. (2015). *Manual de gestão de pessoas e de capital humano* (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo, Lda.
- ✓ Reis, G. (2009). Avaliação e controlo da dor em cuidados intensivos neonatais: Experiência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista Dor*, 17(2), pp. 18-23.
- ✓ Ribeiro, P. d., Sabatés, A. L., & Ribeiro, C. A. (2001). A utilização do Brinquedo Terapêutico, como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas a coleta de sangue. *Revista Escola de Enfermagem*, 35(4), pp. 420-428.
- ✓ Schechter, L. N., Zempsky, W. T., Cohen, L. L., McGrath, P. J., McMurtry, C. M., & Bright, N. S. (2007). Pain Reduction During Pediatric Immunizations: EvidenceBased Review and Recommendations. *119* (5), pp. 1184-1198. doi:10.1542/peds.2006-1107
- ✓ Silva, E. A., Neto, J., Figueiredo, M. C., & Barbosa-Branco, A. (2007). Práticas e condutas que aliviam a dor e o sofrimento em. *Com. Ciências Saúde*, 18(2), pp. 157-166.
- ✓ Srouji, R., Ratnapalan, S., & Schneeweiss, S. (2010). Pain in Children: Assessment and Nonpharmacological Management. *International Journal of Pediatrics*, pp. 1-11. doi:10.1155/2010/474838
- ✓ Uman, L. S., Chambers, C. T., McGrath, P. J., & Kisely, S. (September de 2008). A Systematic Review of Randomized Controlled Trials Examining Psychological Interventions for Needle-related Procedural Pain and Distress in Children and Adolescents: An Abbreviated Cochrane Review. *Journal Pediatric Psychology*, 33(8), pp. 842–854. doi:10.1093/jpepsy/jsn031
- ✓ UNICEF. (2004). *Convenção sobre os Direitos das Crianças*. Lisboa.
- ✓ Veiga, M. d., Sousa, M. C., & Pereira, R. S. (jan-jun de 2016). Enfermagem e o Brinquedo Terapêutico: Vantagem do uso e dificuldades. *Atualiza Saúde*, 3(3), pp. 60-66.
- ✓ World Health Organization. (2012). *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. Obtido em 20 de novembro de 2018, de World Health Organization.
- ✓ Zernikow, B., Michel, E., Craig, F., & Anderson, B. J. (2009). Pediatric Palliative Care. *Paediatr Drugs*, 11(2), pp. 129-51. doi:10.2165/00148581-200911020-00004

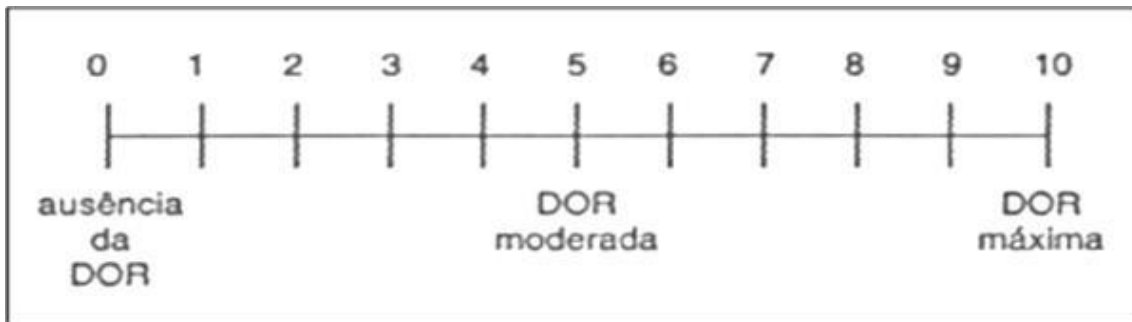
# **ANEXOS PORTFÓLIO**

## **PEDIATRIA**

**ANEXO 1 - Escala Visual Analógica (EVA)**



**ANEXO 2 - Escala Numérica (EN)**

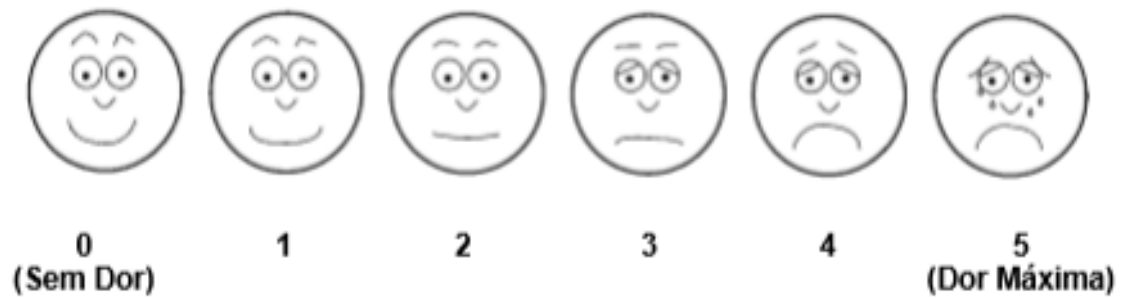


**ANEXO 3 - Escala descritiva ou qualitativa**

<b>Sem Dor</b>	<b>Dor Ligeira</b>	<b>Dor Moderada</b>	<b>Dor Intensa</b>	<b>Dor Máxima</b>
----------------	--------------------	---------------------	--------------------	-------------------



**ANEXO 4 - Escala de Faces - Wong-Baker**



**ANEXO 5 – Escala EDIN (Échelle Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né)**

IDENTIFICAÇÃO				DATA		
				HORA		
	0	1	2	3		
<b>ROSTO</b>	Rosto calmo	Caretas passageiras: sobranceiras franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo.	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas	Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada		
<b>CORPO</b>	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se	Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel		
<b>SONO</b>	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	Não adormece		
<b>INTERACÇÃO</b>	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação		
<b>RECONFORTO</b>	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente	Inconsolável. Sucção desesperada		
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>						

Debillon T, Sgaggero B, Zupan V, Tres F, Magny JF, Bouguin MA. Séméiologie de la douleur chez le prématuré. Arch Pediatr 1994; 1:1085-92.  
 Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. Acta Pediatr Port 2003; 34 (3): 159-13..

## ANEXO 6 – Escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

Escala de NIPS – Neonatal Infant Pain Scale / Escala de Dor Neonatal.

Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos
1) Expressão facial	Relaxada	Contraída	
2) Choro	Ausente	*Resmungos*	Vigoroso
3) Respiração	Relaxada	Diferente da basal	—
4) Braços	Relaxados	Fletidos ou estendidos	—
5) Pernas	Relaxadas	Fletidos ou estendidos	—
6) Estado de Alerta	Dormindo ou acordado calmo	Desconfortável	—

Fonte: Guinsburg, 1999.

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

Lawrence J, Alcock D, Mcgrath P, Kay J, Macmurray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Network 1993; 12: 59-66.

Batalha L, Santos LA, Guimaraes H. Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediat Port 2005; 36(4): 201-7.

**ANEXO 7 - Escala PIPP (Premature Infant Pain Profile)**

**PIPP (Premature Infant Pain Profile)<sup>1</sup>**

PROCESSO	INDICADORES	0	1	2	3
	<b>Idade gestacional (semanas)</b>	≥ 36	32-35 e 6 dias	28-31 e 6 dias	< 28
<b>Observar RN 15 segundos e anotar FC e saturação de oxigênio basal</b>	<b>Estado de alerta</b>	Activo /acordado Olhos aberto Movimentos faciais	Quieto / acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Activo /dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto / dorme Olhos fechados Sem mímica facial
<b>Observar RN 30 segundos</b>	<b>FC máxima</b>	↑ 0-4 bpm	↑ 5-14 bpm	↑ 15-24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	<b>SO<sub>2</sub> mínimo</b>	↓ 0-2,4 %	↓ 2,5-4,9 %	↓ 5,0-7,4 %	↓ ≥ 7,5 %
	<b>Testa franzida</b>	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	<b>Olhos espremidos</b>	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	<b>Sulco naso-labial</b>	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)

1. Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2005; 36(4): 201-207.

**ANEXO 8 – Escala N-PASS (Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale)**

Critérios de Avaliação	Sedação		Normal	Dor / Agitação	
	-2	-1	0	1	2
<b>Choro / Irritabilidade</b>	Não há choro com estímulos dolorosos	Geme ou chora pouco com estímulos dolorosos	Choro adequado Não está irritável	Irritável ou chora a intervalos Consolável	Choro agudo ou silencioso-continuo Inconsolável
<b>Comportamento / Estado</b>	Não há reacção a qualquer estímulo Não há movimento espontâneo	Reacção mínima aos estímulos Ligeiro movimento espontâneo	Adequado à idade gestacional	Irrequieto, contorce-se Acorda frequentemente	Arqueia-se, dá pontapés Constantemente acordado ou Reage minimamente / não há movimento (não está sedado)
<b>Expressão Facial</b>	A boca está relaxada Sem expressão	Expressão mínima com os estímulos	Relaxado Adequado	Qualquer expressão de dor é intermitente	Qualquer expressão de dor é contínua
<b>Extremidades / Tônus</b>	Não há reflexo de agarrar Tônus flácido	Reflexo de agarrar fraco ↓ tônus muscular	Mãos e pés relaxados Tônus normal	Fecha as mãos e encolhe os pés ou estica os dedos de forma intermitente (<30'') O corpo não está tenso	Fecha as mãos e encolhe os pés ou estica os dedos continuamente (≥30'') O corpo está tenso
<b>Sinais Vitais: FC; FR; TA; SaO<sub>2</sub></b>	Não há variação com a estimulação Hipoventilação ou apneia	< 10% variação dos valores iniciais dos estímulos	Dentro dos valores iniciais ou normais para a idade gestacional	↑10-20% dos valores iniciais SaO <sub>2</sub> ≥ 76-85% com estimulação – ↓ rapidamente (≤2')	↑ > 20% dos valores iniciais SaO <sub>2</sub> ≤ 75% com a estimulação – ↓ lentamente (>2') Não está sincronizado com a ventilação

© Hummel & Puchalski

**Avaliação da dor do prematuro**

- + 3 se < 28 semanas de gestação / idade corrigida
- + 2 se 28-31 semanas de gestação / idade corrigida
- + 1 se 32-35 semanas de gestação / idade corrigida

**Escala N-PASS: Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (Escala de Dor, Agitação e Sedação Neonatal)**  
Pat Hummel MA, RNC, NNP, PNP, APN/CNP & Mary Puchalski MS, RNC, APN/CNS

### ANEXO 9 – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor freqüente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingos; queixa ocasional	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com freqüência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranqüilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

From Merkel *et al.* 1997.

**ANEXO 10 – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC-R)**

Indicador	Itens	Comportamento Individual
<b>Face</b>	<p>0 = Nenhuma expressão particular ou sorriso.                      1 = Careta ou sobrancelhas franzidas de vez em quando; introversão, desinteresse; aparenta estar triste ou preocupado.                      2 = Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; Tremor frequente/constante do queixo, mandíbula cerrada; face com ar preocupado; expressão de medo ou pânico</p> <p><b>Comportamento Individual</b></p>	<p>Beicinho, dentes cerrados e a ranger, sobrancelhas franzidas, olhar stressado, face severa, olhos bem abertos - aparenta estar surpreendido, expressão vazia, inexpressivo</p>
<b>Pernas</b>	<p>0 = Posição normal ou relaxadas; tonicidade e movimento habitual dos membros inferiores e superiores                      1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais                      2 = Aos pontapés ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos súbitos</p> <p><b>Comportamento Individual</b></p>	<p>Pernas e braços virados para o centro do corpo; donos na perna esquerda com dor; muito tensas e quietas; pernas trémulas.</p>
<b>Atividade</b>	<p>0 = Deitado calmamente, em posição normal, mexe-se facilmente; respiração regular, rítmica                      1 = Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, com movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitado (por ex. com a cabeça para trás e para a frente, e com agressividade); respiração superficial e estabilizada e suspiros intermitentes.                      2 = Curvado, rígido ou com movimentos bruscos; agitação grave; abana a cabeça; a estremecer (sem convulsão); sustem a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contração muscular</p> <p><b>Comportamento Individual</b></p>	<p>Agarra-se ao local onde tem dor; acena a cabeça; cerra os punhos; estica os braços; arqueia o pescoço; braços mexem-se repentinamente, vira-se de um lado para o outro; acena a cabeça, aponta para onde lhe dói, cerra o punho em direção à face, magoa-se a si próprio, esbofeteando-se; tenso, postura cautelosa; agita os braços, morde a palma da mão, sustem a respiração.</p>
<b>Choro</b>	<p>0 = Ausência de choro/ verbalização                      1 = Gemidos ou choramingo; queixas ocasionais; explosão verbal ou resmungos ocasionais                      2 = Choro persistente, gritos ou soluços, queixas frequentes; ataques repetitivos; resmungos constantes</p> <p><b>Comportamento Individual</b></p>	<p>Afirma que <i>está tudo bem</i> ou <i>está tudo feito</i>; de boca bem aberta e aos gritos; diz <i>Ai</i> ou <i>não</i>; arfar; aos gritos; resmunga ou respostas curtas; choraminga, queixa-se, lamenta-se, grita, pede o medicamento; o choro é raro.</p>
<b>Consolabilidade</b>	<p>0 = Satisfeito e relaxado                      1 = Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais. Distraído                      2 = Difícil de consolar ou confortar; afasta o prestador de cuidados; resiste aos cuidados ou às medidas de conforto</p> <p><b>Comportamento Individual</b></p>	<p>Responde a festas, abraços, aos pais, carícias, beijos; fica distante e insensível (sem resposta) quando está com dores.</p>

# **APÊNCIDES**

# **PORTFÓLIO**

# **PEDIATRIA**



## APÊNDICE 1 – Dossier de atividades de brincar (Imagem do dossier)



## Dossier Atividades



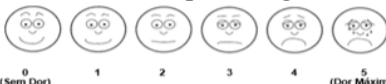
## Bolas de Sabão

## APÊNDICE 2 – Mnemónica das escalas da dor e das atividades de brincar adequadas a cada idade

### ESTRATÉGIAS DE BRINCAR COMO MEDIDA NÃO FARMACOLÓGICA

	RN	Lactente	Toddler	Pré-Escolar	Escolar	Adolescente
Diminuição/ controlo de estímulos ambientais (ex.: controlo da luz e redução do ruído)	X					
Aleitamento materno	X	X				
Contenção/ Posicionamento	X	X				
Método canguru/ contato pele-a-pele	X	X				
Solução oral de glicose ou sacarose	X	X				
Sucção não nutritiva (ex.: Chucha)	X	X	X			
Massagem	X	X	X	X		
Musicoterapia / Arteterapia		X	X	X	X	X
Aplicação de calor/ frio			X	X	X	X
Distração (ex.: televisão, bolas sabão, etc.)			X	X	X	X
Informação antecipatória (adequada à idade)				X	X	X
Reforço positivo				X	X	X
Imaginação guiada				X	X	X
Relaxamento muscular					X	X
Humor					X	X
Presença Familiar/ Pessoa significativa	X	X	X	X	X	X

### ESCALA DO SERVIÇO ADEQUADAS A CADA IDADE

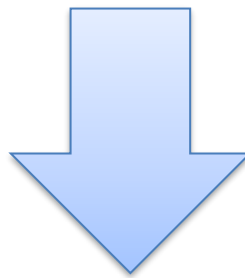
NIPS – recém-nascidos			FLACC-R - Criança com multideficiência																										
Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos	Indicador	0	1	2																						
Expressão facial	Relaxada	Contrai	---	Face	0 = Nenhuma expressão particular ou sorriso	1 = Corveta ou sobrancelhas franzidas de vez em quando; involuntário, desinteresse; apresenta estar triste ou preocupado.	2 = Contato ou sobrancelhas franzidas frequentemente; Tremor frequente/constante do queixo; mandíbula aberta; face com ar preocupado; expressão de medo ou pânico																						
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso	Face	0 = Função normal ou relaxada; tonicidade e movimento habitual dos membros inferiores e superiores	1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais	2 = Ações posturais ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade; tremores constantes ou espasmos súbitos																						
Respiração	Regular	Diferente da basal	---	Pernas	0 = Delgado calmamente, em posição normal, massageia facilmente; respiração regular; rítmica	1 = Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, com movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitado (por ex. com a cabeça para trás e para a frente, e com agressividade); respiração superficial e entalada e respiros intermitentes.	2 = Curvado, rígido ou com movimentos bruscos; agitação grave; abusa a cabeça, a estomago (sem contorção); sustem a respiração, arfar ou respirar fundo; grave contração muscular																						
Braços	Relaxados	Fletidos/Estendidos	---	Atividade	0 = Delgado calmamente, em posição normal, massageia facilmente; respiração regular; rítmica	1 = Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, com movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitado (por ex. com a cabeça para trás e para a frente, e com agressividade); respiração superficial e entalada e respiros intermitentes.	2 = Curvado, rígido ou com movimentos bruscos; agitação grave; abusa a cabeça, a estomago (sem contorção); sustem a respiração, arfar ou respirar fundo; grave contração muscular																						
Pernas	Relaxadas	Fletidas/Estendidas	---	Choro	0 = Ausência de choro/ verbalização	1 = Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais; explícito verbal ou resmungos ocasionais	2 = Choro persistente, gritos ou soluços, queixas frequentes; ataques repetitivos; resmungos constantes																						
Estado de Alerta	Dormindo e/ou Calmo	Agitado e/ou Irritado	---	Consolabilidade	0 = Satisfeito e relaxado	1 = Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais. Distraído	2 = Difícil de consolar ou confortar; adapta o preceptor de cuidados; resiste aos cuidados ou às medidas de conforto																						
<b>Escala de Faces - Wong-Baker - a partir dos 3-4 anos</b>  0 (Sem Dor)      1      2      3      4      5 (Dor Máxima)			<b>FLACC – até aos 4 anos, ou sem capacidade verbal</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoria</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Face</td> <td>Nenhuma expressão facial ou sorriso</td> <td>Caras ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, involuntário, desinteresse</td> <td>Tremor frequente do queixo, mandíbula cerrada</td> </tr> <tr> <td>Pernas</td> <td>Normais ou relaxadas</td> <td>Inquietas, agitadas, tensas</td> <td>Chorando ou esticadas</td> </tr> <tr> <td>Atividade</td> <td>Quieta, na posição normal, acordando-se facilmente</td> <td>Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa</td> <td>Curvado, rígido ou com movimentos bruscos</td> </tr> <tr> <td>Choro</td> <td>Sem choro (acordada ou dormindo)</td> <td>Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais</td> <td>Choro continuado, gritos ou soluços; queixas com frequência</td> </tr> <tr> <td>Consolabilidade</td> <td>Satisfeita, relaxada</td> <td>Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída</td> <td>Difícil de consolar ou confortar</td> </tr> </tbody> </table>			Categoria	0	1	2	Face	Nenhuma expressão facial ou sorriso	Caras ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, involuntário, desinteresse	Tremor frequente do queixo, mandíbula cerrada	Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chorando ou esticadas	Atividade	Quieta, na posição normal, acordando-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos	Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais	Choro continuado, gritos ou soluços; queixas com frequência	Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar
Categoria	0	1	2																										
Face	Nenhuma expressão facial ou sorriso	Caras ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, involuntário, desinteresse	Tremor frequente do queixo, mandíbula cerrada																										
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chorando ou esticadas																										
Atividade	Quieta, na posição normal, acordando-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos																										
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais	Choro continuado, gritos ou soluços; queixas com frequência																										
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar																										

### APÊNDICE 3 - Adaptação do Sclínic para registo das estratégias não farmacológicas usadas durante o turno – Parametrização

**Avaliar dor**  
**Executar estratégias não farmacológicas**

<input type="checkbox"/>	Sem necessidade de intervenção	
<input type="checkbox"/>	Aleitamento Materno	
<input type="checkbox"/>	Contenção / Posicionamento	
<input type="checkbox"/>	Solução oral de glicose/ Sacarose	
<input type="checkbox"/>	Sucção não Nutritiva (ex.: Chucha)	
<input type="checkbox"/>	Distração (ex.: Televisão, Bolas Sabão, música, etc.)	
<input type="checkbox"/>	Imaginação Guiada	
<input type="checkbox"/>	Humor	
<input type="checkbox"/>	Informação Antecipatória (adequada à idade)	
<input type="checkbox"/>	Reforço Positivo	
<input type="checkbox"/>	Outra: _____	

Identificam estratégia usada



**Avaliar dor**  
**Executar estratégias não farmacológicas**

<input type="checkbox"/>	Sem necessidade de intervenção	
<input type="checkbox"/>	Aleitamento Materno	
<input type="checkbox"/>	Contenção / Posicionamento	
<input checked="" type="checkbox"/>	Solução oral de glicose/ Sacarose	X
<input type="checkbox"/>	Sucção não Nutritiva (ex.: Chucha)	
<input type="checkbox"/>	Distração (ex.: Televisão, Bolas Sabão, música, etc.)	
<input type="checkbox"/>	Imaginação Guiada	
<input type="checkbox"/>	Humor	
<input type="checkbox"/>	Informação Antecipatória (adequada à idade)	
<input type="checkbox"/>	Reforço Positivo	
<input type="checkbox"/>	Outra: _____	