

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

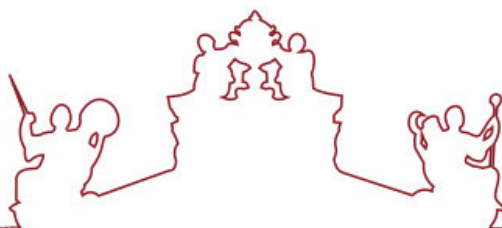
Dor na criança em idade pré-escolar: desafios e estratégias em contexto de saúde

Dembo Suare

Orientador(es) | Ana Lúcia Caeiro Ramos

Évora 2026





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

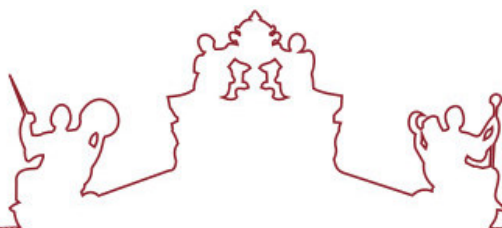
Dor na criança em idade pré-escolar: desafios e estratégias em contexto de saúde

Dembo Suare

Orientador(es) | Ana Lúcia Caeiro Ramos

Évora 2026





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Lúcia Caeiro Ramos (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Orientador)
Maria Dulce Damas da Cruz (Universidade de Évora) (Arguente)
Maria Eduarda Fortes Correia (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde)

RESUMO

Este trabalho constituiu uma etapa fundamental no percurso formativo do Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ao longo do estágio, em Unidades de Saúde, foi possível consolidar conhecimentos teóricos, desenvolver competências clínicas especializadas e reforçar a reflexão crítica sobre a prática profissional.

A temática da gestão da dor nas crianças em idade pré-escolar revelou-se particularmente relevante, atendendo à complexidade da sua avaliação e à necessidade de estratégias adequadas para a sua prevenção e controlo.

O desenvolvimento do projeto de intervenção permitiu aprofundar estratégias de avaliação e gestão da dor, farmacológicas e não farmacológicas, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Este percurso assume também especial importância enquanto estudante proveniente da Guiné-Bissau, onde persistem desafios significativos na gestão da dor infantil, reforçando o compromisso com cuidados pediátricos humanizados e baseados na evidência científica.

Palavras-chave:

Gestão da dor; Criança em idade pré-escolar; Avaliação da dor; pediatria.

ABSTRACT

This work constituted a fundamental step in the training path of the Master's degree in Nursing, specializing in Child and Pediatric Health Nursing. Throughout the internship, in Health Units, it was possible to consolidate theoretical knowledge, develop specialized clinical skills, and reinforce critical reflection on professional practice.

The topic of pain management in preschool children proved to be particularly relevant, given the complexity of its assessment and the need for appropriate strategies for its prevention and control.

The development of the intervention project allowed for the deepening of pain assessment and management strategies, both pharmacological and non-pharmacological, contributing to the improvement of the quality of care provided.

This path also assumes special importance as a student from Guinea-Bissau, where significant challenges persist in the management of childhood pain, reinforcing the commitment to humanized pediatric care based on scientific evidence.

Keywords: Pain management; Preschool child; Pain assessment; Pediatrics.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, elevo a minha mais profunda gratidão a Deus, pela vida, pela força renovada a cada amanhecer e pela capacidade de permanecer firme, forte, mesmo diante das dificuldades e exigências que marcaram o meu percurso académico.

Aos meus pais, alicerces indiscutíveis da minha existência, devo tudo o que sou e todas as conquistas que alcancei. O vosso amor incondicional, apoio constante e palavras de encorajamento foram essenciais em cada etapa desta caminhada, e continuarão a ser a base que sustenta o meu futuro.

À minha querida esposa, que, mesmo distante fisicamente, esteve sempre presente no meu coração e no meu percurso, expresso a minha mais sincera gratidão. Pela paciência, pelo amor, pela força transmitida e pelo incentivo contínuo, foste um verdadeiro porto seguro nos momentos mais desafiantes desta jornada.

À Professora Ana Lúcia Caeiro Ramos, manifesto o meu profundo reconhecimento pela orientação exemplar, pela dedicação incansável, pela motivação constante e pelo apoio incondicional ao longo deste percurso. A sua compreensão e acompanhamento foram determinantes para que eu não desistisse, mesmo nos momentos de maior dificuldade.

Por fim, deixo um agradecimento especial a todos os meus amigos, à supervisora clínica e à minha família. A vossa presença, apoio e partilha de conhecimentos foram fundamentais ao longo deste caminho. Obrigado do fundo do meu coração, a todos, por nunca soltarem a minha mão, por acreditarem em mim e por me incentivarem continuamente a seguir em frente.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção Geral de Saúde
DR – Diário da República
EE – Enfermeiro Especialista
EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria
IASP - International Association for the Study of Pain
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNRN – Programa Nacional de Rastreio Neonatal
PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV – Plano Nacional de Vacinação
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UCSP – Unidade de Cuidados Saúde Personalizados
UP- Urgência Pediátrica
UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
CI- Cuidados Intermédios
SUP- Serviço de Urgência Pediátrico
SO- Serviço de Observação
UHDP- Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica
EIHSCP-P- Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Partitivos Pediátrico
MCDT- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutico
RNCI- Rede Nacional de Cuidados Integrados
SNIPI- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
IPI- Intervenção Precoce na Infância

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	8
2. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL PRÉVIA.....	11
3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	13
3.1. Desenvolvimento infantil	13
3.2. Dor em idade pediátrica.....	15
3.3. Teoria do conforto: controlo da dor na criança.....	16
3.4. Procedimentos dolorosos no recém-nascido, lactente e criança	17
3.5. Intervenções não farmacológicas utilizadas em procedimentos dolorosos.....	18
3.6. Educação para a saúde na gestão da dor em crianças em idade pré-escolar	20
4. PROJETO DE ESTÁGIO	23
4.1. Diagnóstico de situação	23
4.2. Definição de objetivos	25
4.3. Planeamento do projeto de estágio	25
4.4. Execução do projeto	26
4.5. Avaliação e discussão do projeto.....	27
5. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	31
5.1. Cuidados de saúde primários	31
5.2. Urgência de pediatria.....	32
5.3. Internamento de pediatria.....	34
5.4. Neonatologia.....	35
6. ANÁLISE REFLEXIVA E DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES.....	37
6.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	37
6.2. Serviço de Urgência Pediátrica	44
6.3. Internamento de Pediatria.....	48
6.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	51
7. ANÁLISE REFLEXIVA E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS	57
7.1. Desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista	57
7.2. Desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	60
7.3. Desenvolvimento das competências de Mestre	63
8. CONCLUSÃO	67
9.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho enquadra-se na unidade curricular de Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório, do curso de mestrado em enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Universidade de Évora.

Tem como objetivo descrever o desenvolvimento de experiências de aprendizagem, no âmbito das competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e das competências de Mestre em Enfermagem.

Os estágios decorreram em 4 contextos clínicos distintos, tendo o primeiro decorrido entre 22 de abril a 20 de junho de 2025, nos Cuidados de Saúde Primários. O Estágio em enfermagem de saúde infantil e pediátrica com relatório decorreu entre 15 de setembro 2025 e 30 de janeiro de 2026, em três contextos clínicos de cuidados hospitalares diferenciados, designadamente na Unidade de Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal,

O trabalho dá resposta, igualmente, ao projeto de desenvolvimento pessoal e profissional, no âmbito dos conhecimentos e habilidades sobre a gestão da dor em crianças em idade pré-escolar, e identifica, de forma reflexiva, as estratégias de avaliação e gestão da dor utilizadas em contextos clínicos.

Sou estudante internacional, proveniente da Guiné-Bissau, e espero com as competências adquirida durante o estágio melhora os meus conhecimentos na gestão da dor nas crianças. A minha escolha deste tema tem a ver com as experiências vividas na Guiné-Bissau, enquanto enfermeiro, onde deparei com algumas dificuldades na gestão da dor nas crianças, principalmente em idade pré-escolar. Por isso, decidi escolher o tema Dor nas crianças em idade pré-escolar: desafios e estratégias em contexto de saúde, que espero vai contribuir na minha vida profissional na Guiné-Bissau.

No meu país, há uma alta incidência de doenças dolorosas, como o paludismo.

De acordo com o Instituto Nacional da Saúde Pública (INASA), em 2023 foram registados mais de 112.000 casos de paludismo na Guiné-Bissau, com 310 óbitos relacionados com o paludismo. O paludismo é endémico, com transmissão estável e aumento de casos na época das chuvas (de junho a novembro). Por outro lado, as crianças de cinco anos são vulneráveis e mais afetadas pela doença, representando 29% dos casos e 35% dos óbitos.

Também o acesso a analgésicos para alívio da dor é limitado para o uso da dor, devido a falta de recursos económicos, fatores culturais, falta de acesso aos cuidados básicos de saúde, ou seja, infraestrutura de saúde. Por este motivo, muitas famílias recorrem aos tratamentos tradicionais antes de procurar cuidados na unidade de saúde, o que pode influenciar a gestão da dor.

Dessa forma, controlar a dor na criança é um papel especialmente relevante, na atualidade. A dor é um fenómeno muito complexo; podemos dizer que são notórios os efeitos negativos que a presença da dor pode provocar na criança. Quando essa dor não é controlada no início do desenvolvimento infantil, pode comprometer o desenvolvimento cerebral, levando a alterações nas perceções da dor (OE, 2020).

O presente relatório encontra-se estruturado em oito capítulos, organizados de forma lógica e sequencial, visando uma apresentação clara e fundamentada do percurso formativo e profissional desenvolvido ao longo do estágio.

O primeiro capítulo corresponde à Introdução, na qual se procede ao enquadramento geral do relatório, à contextualização da temática em estudo e à definição dos seus objetivos.

O segundo capítulo refere-se à Experiência Profissional Prévia, no qual é apresentada uma síntese do percurso profissional desenvolvido na Guiné-Bissau, evidenciando as competências adquiridas e sua relevância para o processo formativo atual.

O terceiro capítulo diz respeito ao Enquadramento Conceptual, contemplando a fundamentação teórica da temática em análise, sustentada por uma revisão da literatura baseada em evidências científicas atuais. Neste capítulo, são abordados os principais conceitos inerentes à dor na criança, bem como as estratégias farmacológicas e não farmacológicas utilizadas na sua prevenção e controlo, estabelecendo-se a necessária articulação entre o conhecimento teórico e a prática clínica.

O quarto capítulo centra-se no Desenvolvimento do Projeto de Estágio, no qual são descritas, de forma detalhada e sistematizada, todas as etapas de planeamento, implementação e avaliação.

O quinto capítulo apresenta a Caracterização dos Locais de Estágio, descrevendo os diferentes contextos em que decorreram as experiências de estágio, suas especificidades organizacionais e funcionais, bem como a população-alvo assistida.

O sexto capítulo incide sobre a Análise Reflexiva e Desenvolvimento das Atividades, integrando uma reflexão crítica e fundamentada acerca das intervenções realizadas, das aprendizagens adquiridas e das dificuldades sentidas ao longo do percurso formativo.

O sétimo capítulo aborda, numa perspetiva reflexiva e crítica, a aquisição e o desenvolvimento das competências mestre em Enfermagem.

Por fim, apresenta-se a Conclusão, na qual se sintetiza o percurso realizado, evidenciam-se os principais contributos do trabalho desenvolvido e procede-se a uma reflexão final sobre o enriquecimento pessoal e profissional decorrente da frequência do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

2. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL PRÉVIA

Durante o meu exercício profissional na Guiné-Bissau, passei por vários hospitais e centros de saúde e desenvolvi a função de responsável pelo Programa Alargado de Vacinação (PAV) e Supervisor Operacional de Terreno (SOT), na província leste, Região Sanitária de Gabú, setor de Pirada e Centro de Saúde de Pirada, cerca de 3 anos, e articulei esta função com os serviços de pediatria e consulta do adulto.

As crianças que eram assistidas no serviço de pediatria eram acompanhadas pelos pais; eram admitidas as crianças vindas da sede setorial para as consultas externas e provenientes das tabancas da sua área de residência.

Neste contexto, ao longo do meu percurso profissional no centro de saúde de Pirada, adquiri e desenvolvi competências que me permitiram uma intervenção adequada às necessidades das crianças, adolescentes, jovens e adultos.

Assisti as crianças (dos 0 aos 14 anos), adultos, desde a admissão até à alta e facilitando o regresso a casa.

No centro que trabalhava, identifiquei as necessidades da criança, formulando diagnósticos de enfermagem, planeando e executando intervenções com responsabilidade e iniciativa. O facto de trabalhar com crianças no serviço do Programa Alargado de Vacinação (PAV) e com idades muito diferentes (de 0 a 9 meses) exigiu o desenvolvimento de diversas técnicas de comunicação com os pais que me permitiram adequar a resposta ao procedimento de enfermagem. Por outro lado, os pais, maioritariamente presentes durante o procedimento de enfermagem da criança, constituíram mais um desafio para mim, pois também tinham necessidades e exigências específicas da doença, o papel dos meus pais contribuiu significativamente para o meu dia-a-dia profissional.

No centro de saúde, utilizei os livros para consultas das crianças, adultos, consulta pré-natal e da vacinação como instrumento para o registo e avaliação dos cuidados prestados, contribuindo para os indicadores de enfermagem na área sanitária de setor de Pirada.

Na área da formação, participei como formador na formação em diferentes programas de saúde, atualizando e adquirindo conhecimentos que me permitam uma prática baseada na evidência. Colaborei e participei em funções relacionadas com a supervisão e gestão do serviço, tais como responsável pelas campanhas de vacinação e supervisor dos agentes de saúde comunitária (ASC).

Sendo a pediatria uma área muito específica no hospitalar e preconizada pelo Ministério da Saúde Pública Guineense, penso que, ao longo destes 3 anos de profissão nesta área, fui desenvolvendo atividade e adquirindo competências que me permitem uma intervenção direcionada às necessidades e exigências particulares no centro de saúde.

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Atualmente, a dor é compreendida como uma experiência multidimensional e complexa, que abrange componentes sensoriais e emocionais. De acordo com a definição revista da *International Association for the Study of Pain* (IASP, 2020), a dor corresponde a uma experiência desagradável que pode estar associada, ou ser semelhante, àquela provocada por uma lesão tecidual real ou potencial.

A criança em idade pré-escolar constitui um período determinante para o desenvolvimento emocional e social. Nesta etapa, a compreensão da integridade corporal da criança está pouco desenvolvida, e ela desconhece o próprio corpo. A criança não compreende o porquê de estes procedimentos de enfermagem serem realizados, nem porque os pais não podem acabar com o seu sofrimento (Batalha, 2016).

3.1. Desenvolvimento infantil

O desenvolvimento infantil constitui um processo contínuo e dinâmico, resultante da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, desde o período gestacional até ao final da adolescência. Ao longo deste percurso, verificam-se mudanças progressivas e interdependentes ao nível do crescimento físico, maturação neurológica, desenvolvimento emocional e construção das competências sociais (DGS, 2013).

As experiências precoces assumem um papel determinante neste processo, influenciando de forma significativa a organização estrutural e funcional do cérebro, bem como o desenvolvimento de respostas adaptativas. Fatores como a qualidade dos cuidados prestados, a estimulação adequada, a nutrição e a segurança do ambiente em que a criança se insere são fundamentais para a promoção de um desenvolvimento saudável e equilibrado (DGS, 2013).

A UNICEF destaca que os primeiros anos de vida representam uma janela crítica para o desenvolvimento humano, sendo essencial garantir cuidados adequados de saúde.

As experiências vividas nos primeiros anos de vida desempenham um papel determinante na formação das capacidades cognitivas, emocionais e sociais, influenciando a saúde, a aprendizagem e o bem-estar ao longo do ciclo vital (Bekir, 2020).

Os domínios do desenvolvimento infantil são geralmente descritos através de diferentes domínios interrelacionados, que refletem as várias dimensões do crescimento da criança.

O desenvolvimento físico e motor refere-se ao crescimento corporal e à aquisição de habilidades motoras grossas e finas. Este processo inclui mudanças na estrutura corporal, no sistema neuromuscular e na coordenação motora, permitindo à criança adquirir progressivamente maior autonomia nas suas atividades diárias. O crescimento físico ocorre de forma mais acelerada nos primeiros anos de vida, particularmente entre os 0 e os 6 anos, embora continue ao longo da infância e adolescência (Prasetyo, 2020).

O desenvolvimento cognitivo corresponde à aquisição progressiva de competências relacionadas com a atenção, memória, linguagem, pensamento e capacidade de resolução de problemas, sendo um processo fundamental para a adaptação da criança ao meio envolvente. Este desenvolvimento ocorre de forma gradual e interdependente com as restantes dimensões do desenvolvimento infantil, refletindo a maturação neurológica e a influência das experiências vivenciadas (DGS, 2013).

Os primeiros anos de vida, particularmente os primeiros 1000 dias, são amplamente reconhecidos como um período crítico para o desenvolvimento cerebral, caracterizado por elevada plasticidade neuronal. Durante esta fase, estabelecem-se as bases das futuras capacidades de aprendizagem, comportamento e adaptação, sendo fortemente influenciadas por fatores como a qualidade da estimulação, a interação com os cuidadores e o ambiente em que a criança se desenvolve (DGS, 2013).

O domínio socioemocional refere-se à capacidade da criança estabelecer vínculos afetivos, regular emoções, desenvolver empatia e interagir com outras pessoas. A qualidade das relações estabelecidas com cuidadores e familiares desempenha um papel fundamental no desenvolvimento do apego seguro e na construção da autorregulação emocional (Bekir, 2020).

O desenvolvimento moral está relacionado com a compreensão de normas sociais, valores culturais e distinção entre comportamentos adequados e inadequados. Este processo torna-se mais evidente durante a infância escolar, quando a criança começa a desenvolver maior consciência ética e responsabilidade social (Setiana & Eliasa, 2024).

Por outro lado, o desenvolvimento infantil pode ser compreendido como um processo contínuo e dinâmico, organizado em diferentes fases, cada uma caracterizada por alterações específicas nos níveis físico, cognitivo, emocional e social. A primeira infância, compreendida entre os 0 e os 6 anos de idade, constitui um período crítico do desenvolvimento humano, marcado por um crescimento físico acelerado, elevada plasticidade

cerebral e aquisição progressiva de competências linguísticas, cognitivas e socioemocionais (DGS, 2013).

Durante esta fase, o ambiente em que a criança se insere assume um papel determinante, sendo fundamental a existência de contextos seguros, estáveis e estimulantes. A qualidade das relações de apego estabelecidas com os cuidadores principais influencia significativamente o desenvolvimento emocional e comportamental da criança, bem como a sua capacidade de adaptação a situações de stress, incluindo experiências associadas à doença e à dor (DGS, 2013 & OE, 2019).

3.2. Dor em idade pediátrica

A dor constitui um dos principais motivos de procura de cuidados de saúde na população no centro de saúde e hospital, sendo transversal a diferentes contextos clínicos. Apesar da sua elevada prevalência, continua frequentemente subavaliada, o que pode dificultar não apenas o bem-estar imediato da criança, mas também o seu desenvolvimento físico, cognitivo e emocional a longo prazo (Friedrichsdorf&Goubert, 2019)

Neste contexto, é importante que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, desenvolvam competências específicas na avaliação e gestão da dor, buscando abordagens baseadas na evidência e centradas na criança e na família.

A dor em idade pediátrica pode ser conceptualizada em dois grandes grupos: dor aguda e dor crónica. A dor aguda associa-se frequentemente a traumas, infeções, intervenções cirúrgicas e procedimentos invasivos, sendo geralmente de curta duração e com início bem definido (Batalha, 2016).

Por outro lado, a dor crónica caracteriza-se por persistir por períodos prolongados, podendo incluir condições como cefaleias recorrentes, dor musculoesquelética, dor abdominal funcional e síndromes de dor generalizada. Este tipo de dor tende a ter um impacto significativo no bem-estar físico, emocional e social da criança, o que exige uma abordagem multidimensional e individualizada (OE, 2019).

Estudos recentes indicam que entre 20% e 25% das crianças e adolescentes experienciam dor crónica, sendo esta mais prevalente no sexo feminino. As condições mais frequentemente associadas incluem cefaleias recorrentes e queixas musculoesqueléticas, evidenciando um impacto significativo no bem-estar físico, emocional e social destas crianças (OE, 2019).

Adicionalmente, a exposição precoce e repetida à dor, particularmente no período neonatal, tem sido associada a alterações estruturais e funcionais do cérebro, défices cognitivos, aumento da sensibilidade à dor e maior risco de desenvolvimento de perturbações emocionais, como ansiedade e depressão, ao longo da vida (Friedrichsdorf&Goubert, 2019).

Em Portugal, foram elaboradas orientações técnicas para a avaliação da dor em crianças de 0 a 18 anos. Estas orientações identificam a necessidade de que o controlo da dor em crianças necessite de uma abordagem mais específica, envolvendo aspetos individuais que diferem dos de outros grupos etários (DGS, 2010).

A gestão da dor enquadra-se, também, numa das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente na competência E 2.2 “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2018, p.19193).

3.3. Teoria do conforto: controlo da dor na criança

A teoria do Conforto, utilizada no controlo da dor e desenvolvida por Kolcaba no procedimento de enfermagem, constitui um modelo teórico importante para a prática de enfermagem, especialmente no contexto da gestão da dor.

Segundo esta teoria, o conforto é definido como um estado resultante da satisfação de necessidades em três níveis: alívio, tranquilidade e superioridade. Este nível apresenta-se em quatro dimensões: Física, Psicoespiritual, Sociocultural e Ambiental (Kolcaba, 2003).

Também a teoria propõe que a intervenção de enfermagem deve focar-se na redução do desconforto e na promoção de comportamentos de saúde, através de cuidados individualizados e centrados na família. Na realidade, a aplicação desta teoria traduz-se em intervenções como o controlo eficaz da dor, a promoção de um ambiente seguro e acolhedor, o apoio emocional à criança e à família e a adaptação dos cuidados às necessidades culturais e sociais. Estudos enfatizam que a utilização deste modelo contribui para melhorias no conforto, redução da ansiedade, melhor qualidade de saúde da criança (Kolcaba, K.,2003).

Portanto, o conforto é um elemento principal desta teoria, constituído como uma necessidade básica do ser humano, um efeito essencial do cuidado de enfermagem universalmente desejável. Assim, é descrito como essencial para as necessidades de cada pessoa. A enfermagem tem investigado sua prática profissional em relação aos conhecimentos

teóricos, reconhecendo a importância da fundamentação teórica para uma prática científica, bem como para a organização e a qualidade da assistência prestada (Kolcaba, K.,2003).

3.4. Procedimentos dolorosos no recém-nascido, lactente e criança

A Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, elaborada em 1988 por várias organizações europeias, estabelece um conjunto estruturado de princípios orientadores destinados a salvaguardar os direitos da criança em contexto de internamento. Este documento define dez princípios fundamentais que visam garantir cuidados de saúde centrados na criança e na família, promovendo a sua dignidade, bem-estar e desenvolvimento global.

No que concerne à gestão da dor, esta é explicitamente contemplada no princípio n.º 5, que preconiza a necessidade de minimizar, tanto quanto possível, as agressões físicas e emocionais associadas aos cuidados de saúde. Paralelamente, o princípio n.º 8 reforça a importância de uma equipa de saúde devidamente qualificada, com competências não apenas técnicas, mas também psicológicas e relacionais, de forma a responder adequadamente às necessidades emocionais da criança e da sua família (Levy, 1996).

Os procedimentos invasivos constituem uma fonte significativa de dor na prática clínica pediátrica. Em unidades de cuidados de saúde, os recém-nascidos, lactentes e crianças, podem ser submetidos a muitos procedimentos dolorosos por dia, sobretudo os mais prematuros e clinicamente instáveis (International Association for the Study of Pain., 2020).

Relativamente aos procedimentos mais frequentes nas crianças nos serviços de Unidade de Cuidado de Saúde Personalizado (UCSP), Serviço de Urgência de Pediatria (SUP), Internamento de Pediatria (IP) e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) destacam-se: vacinação, teste de diagnóstico precoce, punções venosas, sutura, tratamentos de feridas, queimaduras, aspiração de secreções e inserção de cateter venoso periférico.

A intensidade da dor varia conforme o procedimento, podendo ser classificada como moderada a muito severa. Procedimentos como intubação traqueal, drenagem torácica e punção lombar são considerados altamente dolorosos (WHO,2018).

3.5. Intervenções não farmacológicas utilizadas em procedimentos dolorosos

No contexto dos cuidados pediátricos, as intervenções não farmacológicas assumem um papel fundamental na gestão da dor, sendo amplamente utilizadas pela sua eficácia, segurança e facilidade de implementação. Estas estratégias visam não só reduzir a perceção da dor, mas também promover o conforto, a autorregulação e a adaptação da criança aos procedimentos de saúde.

Entre as principais intervenções destacam-se o posicionamento do recém-nascido, a contenção, o contacto pele a pele (método canguru), a sucção não nutritiva, a administração de sacarose, a distração e o aleitamento materno.

O aleitamento materno constitui uma das estratégias mais completas e eficazes no alívio da dor em recém-nascidos e lactentes. Para além dos benefícios nutricionais, envolve a proximidade física, o contacto afetivo e a sucção, promovendo um efeito analgésico natural durante procedimentos dolorosos. Esta intervenção distingue-se ainda por ser de fácil acesso, sem custos associados e centrada na relação mãe-filho, contribuindo para a humanização dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

A sucção não nutritiva, geralmente realizada por meio de chupeta, é amplamente utilizada em contexto pediátrico para promover o conforto e a autorregulação do lactente. Esta intervenção baseia-se no reflexo de sucção, altamente desenvolvido no recém-nascido, o que contribui para reduzir a resposta ao stress e a perceção da dor durante procedimentos (DGS, 2012).

A administração de soluções açucaradas, como a sacarose, é uma estratégia frequentemente utilizada em recém-nascidos e demonstra eficácia na redução da dor. O seu efeito analgésico está associado à ativação de mecanismos endógenos de controlo da dor, contribuindo para acalmar o bebé e para diminuir as respostas comportamentais à dor (DGS, 2012).

O método de contenção consiste numa técnica que promove a organização postural do recém-nascido, geralmente através do envolvimento em lençol ou posicionamento que favoreça a flexão dos membros. Esta intervenção proporciona segurança, reduz a agitação e contribui para a diminuição da resposta ao estímulo doloroso, sendo considerada uma estratégia eficaz e segura em contexto neonatal (DGS, 2012).

A estratégia de distração é amplamente utilizada, sobretudo em crianças mais velhas e em contextos de cuidados de saúde primários, como durante a administração de vacinas. Consiste em desviar a atenção da criança do estímulo doloroso por meio de estímulos visuais, auditivos ou interativos, como brinquedos, jogos ou vídeos, reduzindo, assim, a percepção da dor e da ansiedade associadas ao procedimento (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

A DGS enfatiza que a elevada frequência de procedimentos invasivos nos serviços de saúde pediátricos, aliada à existência de estratégias seguras e eficazes para o tratamento da dor e às consequências negativas da sua não abordagem, configura um imperativo ético e clínico. Neste sentido, torna-se fundamental reduzir a discrepância entre a prática clínica e a evidência científica disponível na gestão da dor em crianças (DGS, 2012).

Atualmente, há uma diversidade significativa de intervenções não farmacológicas disponíveis para o controlo da dor em contexto pediátrico. A seleção da estratégia mais adequada deve ser individualizada, considerando múltiplos fatores inerentes à criança e ao contexto clínico.

Entre estes fatores, destacam-se o estágio de desenvolvimento da criança, a sua percepção e a experiência prévia de dor, bem como os recursos humanos e materiais disponíveis na instituição de saúde. A escolha da intervenção deve considerar as características específicas da dor, nomeadamente a sua natureza (aguda ou crónica), o contexto em que ocorre, como procedimentos invasivos, exames complementares de diagnóstico, situações cirúrgicas ou condições clínicas, e a intensidade, a duração e a localização (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

O cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) desempenha papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção de doenças ao longo do desenvolvimento infantil, abrangendo recém-nascidos, lactentes e crianças em idade pré-escolar. Este programa contribui para a equidade no acesso aos cuidados de saúde, garantindo proteção individual e coletiva contra diversas patologias infecciosas (DGS, 2018).

Com recurso à educação para a saúde e à demonstração de estratégias eficazes de controlo da dor no recém-nascido e no lactente, o enfermeiro promove a capacitação dos cuidadores, contribuindo para uma experiência mais positiva e menos traumática no processo de vacinação (DGS, 2013).

Também as intervenções não farmacológicas têm como principais objetivos a diminuição do medo, a redução do stress parental e da dor, bem como a promoção do

sentimento de controlo por parte da criança durante experiências potencialmente dolorosas. Estas estratégias contribuem para maior tranquilidade e confiança no processo de cuidados (OE, 2020).

3.6. Educação para a saúde na gestão da dor em crianças em idade pré-escolar

A gestão da dor em crianças em idade pré-escolar constitui um desafio significativo para profissionais de saúde, pais e cuidadores, devido às limitações comunicacionais e à dependência da criança em relação aos adultos para reconhecer e gerir a dor. A evidência científica demonstra que a educação para a saúde, dirigida a pais, cuidadores e profissionais de saúde, desempenha um papel fundamental na melhoria do reconhecimento, da avaliação e do tratamento da dor pediátrica.

Diversos estudos indicam que intervenções educativas específicas contribuem para aumentar o conhecimento, modificar atitudes e promover o uso de estratégias farmacológicas e não farmacológicas adequadas ao controlo da dor em crianças (Yuan, 2024). No entanto, persistem lacunas significativas na formação e na aplicação prática dessas estratégias nos contextos clínicos e comunitários.

Também os pais e cuidadores desempenham um papel central na gestão da dor em crianças pequenas, frequentemente responsáveis por reconhecer sinais de desconforto e implementar estratégias de alívio. As estratégias comportamentais, como técnicas de distração, respostas parentais adaptativas e atividades para gestão da dor em casa. Os resultados demonstraram que a intervenção foi bem aceite pelos participantes e contribuiu para reduzir a catastrofização parental relacionada com a dor da criança. (Johnston et al, 2023).

De forma semelhante, exploraram as perceções de pais de crianças pré-escolares com doença falciforme quanto à gestão da dor. Os resultados evidenciaram que os pais enfrentam dificuldades na identificação da dor, no incentivo à participação da criança em atividades funcionais e na gestão de comportamentos associados ao desconforto, manifestando forte interesse em receber formação adicional sobre estratégias de controlo da dor (Smith et al, 2021).

Outra estratégia educativa relevante consiste em utilizar materiais digitais. Um estudo realizado por Alfiantiet al (2025) demonstrou que um e-book educativo sobre cuidados à dor infantil, dirigido a mães, promoveu melhorias significativas no conhecimento, nas atitudes e

nas práticas relacionadas com a gestão da dor, especialmente no uso de intervenções não farmacológicas.

A literatura identifica diferentes conteúdos e estratégias educativas eficazes para promover uma gestão adequada da dor em crianças em idade pré-escolar.

A utilização de escalas observacionais de dor adequadas à idade constitui um elemento essencial para a avaliação da dor em crianças pequenas. A formação de profissionais de saúde por meio de vídeos educativos e programas de treino aumenta a confiança na avaliação da dor e melhora a compreensão dos sinais comportamentais associados ao desconforto infantil (Simonset al, 2020).

As intervenções não farmacológicas são amplamente recomendadas para a gestão da dor na idade pediátrica. Entre as estratégias mais utilizadas, destacam-se técnicas de distração, como o conto de histórias, música, uso de bolas de sabão, relaxamento e *mindfulness* adaptado à idade da criança. Estas abordagens têm demonstrado benefícios na redução da dor percebida e na promoção do conforto da criança (Ickmanset al, 2022).

A forma como os pais respondem às experiências de dor da criança influencia significativamente a forma como esta aprende a lidar com o desconforto. Estratégias educativas que promovem respostas parentais menos catastrofistas e mais orientadas ao coping ativo estão associadas a melhores mecanismos de enfrentamento da dor por parte da criança (Johnston, 2023).

Dessa forma, a educação e a formação dos profissionais de saúde são fatores determinantes para melhorar a qualidade da gestão da dor pediátrica.

Uma revisão sistemática realizada por Yuan (2024) demonstrou que intervenções educativas dirigidas a enfermeiros melhoram significativamente o conhecimento, as atitudes e as práticas relacionadas à gestão da dor em crianças. Estas intervenções contribuem para uma maior utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas adequadas.

Contudo, diversos estudos apontam lacunas na formação em dor pediátrica nos currículos de formação dos profissionais de saúde. Simonset al (2020) destaca que muitos profissionais manifestam necessidade de formação adicional, particularmente na avaliação da dor em crianças não verbais e no uso de escalas de avaliação adequadas.

A educação em dor também desempenha um papel importante na promoção da saúde e na prevenção de problemas relacionados com dor crónica. Programas educativos implementados em contexto escolar têm demonstrado benefícios, como o aumento do

conhecimento sobre a dor e a promoção de crenças mais saudáveis sobre seu tratamento. Referem que intervenções educativas dirigidas a crianças em idade escolar podem reduzir o uso inadequado de medicação e promover estratégias mais adaptativas de gestão da dor (Ickmans et al, 2022).

Além disso, estudos sobre a socialização da dor sugerem que as crianças aprendem a responder à dor por meio da observação das reações dos cuidadores em situações cotidianas. Assim, a educação parental é essencial para promover respostas mais adaptativas e prevenir padrões de comportamento disfuncionais relacionados com a dor (O'Sullivan, 2020).

4. PROJETO DE ESTÁGIO

Durante o percurso do curso de mestrado, no âmbito da Unidade curricular de Projeto, no primeiro ano, fomos desafiados a pensar numa temática a aprofundar, nomeadamente nos contextos de estágio.

A escolha da temática **“Dor nas crianças em idade pré-escolar: desafios e estratégias em contexto de saúde”**, para além de representar um tema de particular interesse a nível pessoal e profissional, corresponde, na nossa perspetiva, a uma área de elevada relevância na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família. Destaca-se, sobretudo, no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, cuja atuação procura promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, contribuir para o desenvolvimento de competências específicas e especializadas e favorecer o avanço e valorização da disciplina de enfermagem.

O projeto, que foi sobretudo de desenvolvimento pessoal e profissional, procurou seguir as etapas da metodologia de projeto, adaptadas às necessidades e interesses individuais.

4.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação constitui a etapa inicial do processo de projeto, cujo foco é construir uma estrutura que permita compreender detalhadamente uma situação-problema. Esta fase envolve a realização de um levantamento contínuo e sistemático, permitindo descrever e analisar a realidade sobre a qual se deseja intervir (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A dor representa uma manifestação complexa que provoca sofrimento e, quando não é adequadamente gerida, especialmente na infância, pode acarretar consequências a longo prazo para o desenvolvimento físico e psicológico da criança. Estudos indicam que a exposição a experiências dolorosas sem alívio apropriado pode induzir alterações permanentes no sistema nervoso e influenciar negativamente futuras respostas à dor (Guimarães, 2021 & Pinto et al., 2020; Morais, 2016).

No contexto da Guiné-Bissau, observa-se que, em algumas unidades hospitalares, não há escalas validadas para a avaliação da dor pediátrica. Nesse sentido, este projeto visa contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde destinados a crianças em idade

pré-escolar, promovendo práticas baseadas em evidências para o reconhecimento, a avaliação e o alívio da dor.

A decisão pela escolha do tema “Dor na criança em idade pré-escolar: desafios e contextos em saúde” visou o desenvolvimento de conhecimento acerca desta área, numa faixa etária, criança em idade pré-escolar, em que a comunicação da dor é limitada, tornando-se essencial o uso de métodos que ajudem na avaliação e no alívio da dor sem causar stress adicional.

A dor em crianças, principalmente na faixa etária pré-escolar, apresenta desafios específicos, pois algumas delas têm dificuldade em expressar claramente suas dores ou desconfortos. A atuação do enfermeiro especialista nessa área envolve diversos aspetos que buscam uma abordagem multidisciplinar, baseada em evidências científicas, que visem o alívio da dor e a promoção do bem-estar da criança e, no contexto deste projeto, as competências mobilizadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foram, principalmente, as seguintes (OE, 2018):

- Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor;
- Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor;
- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;

Devido a uma crescente necessidade de atuação na prevenção de complicações e promoção da saúde, bem-estar e autocuidado pela enfermagem em contexto de Saúde Infantil e Pediátrica foi aprovado, a 25 de novembro de 2017 pela Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, quais os padrões de qualidade nos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

De acordo com este regulamento, são estabelecidas diretrizes e normas que garantem a qualidade do atendimento oferecido às crianças, incluindo a gestão da dor, um aspeto importante no cuidado de crianças em idade pré-escolar e a gestão da dor deve ser particularmente cuidadosa, pois as crianças dessa faixa etária não conseguem expressar claramente as suas dores e podem não entender o que está acontecendo, o que exige uma atenção especial para os profissionais de saúde. Eis alguns padrões de qualidade dos cuidados

especializados em enfermagem em saúde infantil e pediátrica na gestão de dor em crianças em idade pré-escolar (OE,2018):

- A implementação de intervenções que contribuam para a promoção do autocuidado e para o aumento do bem-estar da criança/jovem;
- A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados, vivência da morte e luto; gestão da dor (medidas farmacológicas e não farmacológicas no combate à dor); doenças raras; problemas relacionados com o risco em saúde infantil, que afetam o saudável crescimento e desenvolvimento da criança/jovem.

4.2. Definição de objetivos

Objetivo geral: Aprofundar conhecimentos e habilidades sobre a gestão da dor nas crianças e idade pré-escolar.

Objetivos específicos:

- a. Melhorar o conhecimento sobre a avaliação e gestão da dor nessa faixa etária
- b. Explorar a forma como crianças de idade pré-escolar expressam e compreendem a dor
- c. Explorar a forma como cuidadores/pais gerem a dor da criança
- d. Analisar, de forma reflexiva, a atuação dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no cuidado à criança em idade pré-escolar com dor.

4.3. Planeamento do projeto de estágio

Após a definição dos objetivos do projeto, torna-se fundamental desenvolver um plano de ação estruturado. A terceira fase da metodologia de projeto, correspondente ao planeamento, envolve a organização sistemática das atividades a serem executadas. Nesta etapa, procede-se ao levantamento dos recursos disponíveis, à seleção dos métodos e técnicas de investigação mais adequados e à elaboração de um cronograma detalhado que oriente a execução das ações (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

O planeamento deste projeto teve início seguindo as normas do regulamento do ciclo de estudos que confere o grau de Mestre da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus- Universidade de Évora, com a elaboração da Proposta de Projeto de Estágio e respetivo plano de trabalho. Assim, após cumpridas todas as ações envolvidas para a elaboração do projeto foram planeadas as estratégias e atividades a desenvolver por todo o percurso formativo.

Tanto o planeamento do projeto como as restantes etapas do mesmo, foram discutidas permanentemente com a Professora Orientadora.

Segundo Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), o uso e as escolhas das atividades, estratégias e meios a realizar, relacionam-se de forma direta com os objetivos específicos delineados, pelo que se formulou a descrição das atividades e estratégias seguindo a seguinte forma de apresentação.

Objetivos	Atividades
Melhorar o conhecimento sobre a avaliação e gestão da dor nessa faixa etária,	Realizar pesquisa de literatura, explorar escalas de avaliação da dor e as estratégias farmacológicas e não farmacológicas da gestão da dor.
Explorar a forma como crianças de idade pré-escolar expressam e compreendem a dor,	Comunicar com as crianças em idade pré-escolar, para auscultar a forma como expressam e compreendem a dor Registar essas interações
Explorar a forma como cuidadores/pais gerem a dor da criança	Comunicar com as crianças em idade pré-escolar, para auscultar a forma como expressam e compreendem a dor Registar essas interações
Analisar, de forma reflexiva, a atuação dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no cuidado à criança em idade pré-escolar com dor	Compilar programas, normas e orientações existentes de cada contexto de estágio acerca da gestão da dor da criança em idade pré-escolar Observar a atuação dos EEESIP para gerir a dor: o que fazem e como o fazem? Colaborar com EEESIP na gestão da dor da criança em idade pré-escolar Registar essas interações

4.4. Execução do projeto

A fase seguinte corresponde à implementação do projeto, que consiste na realização prática das atividades previamente planeadas. Durante esta etapa, podem surgir necessidades

de ajustes e contratempos, pelo que devem ser adotadas estratégias que assegurem o cumprimento dos objetivos estabelecidos. Entre os instrumentos de diagnóstico passíveis de utilização, destacam-se a observação direta, a recolha e a análise de documentos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 23).

A aquisição de competências e o domínio das intervenções não farmacológicas para o alívio da dor requerem formação específica e prática contínua por parte das equipas de enfermagem. A capacitação profissional garante que estas estratégias sejam aplicadas de forma segura, eficaz e centrada na criança, potenciando o conforto, a redução da dor e a humanização dos cuidados (OE, 2013).

No desenvolvimento deste projeto, a partir do diagnóstico da situação em cada serviço onde os estágios foram realizados, foi possível identificar necessidades específicas, definir objetivos claros e planear estratégias de intervenção. Seguiu-se, então, a implementação efetiva do projeto, transversal aos quatro momentos de estágio, cujo denominador comum consistia na ampliação de conhecimentos e competências sobre a gestão da dor em crianças em idade pré-escolar.

Esta abordagem incluiu a aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas durante procedimentos dolorosos, visando promover o conforto, reduzir o sofrimento e otimizar a qualidade dos cuidados prestados.

Para atingir os objetivos do projeto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre a dor, que permitiu identificar os principais métodos de avaliação da dor, incluindo escalas validadas como FLACC e Faces.

Durante o percurso de estágio, em simultâneo com os enfermeiros orientadores nos contextos de estágio, optou-se por refletir sobre a pertinência do tema ser desenvolvido na Guiné-Bissau com os profissionais de saúde do Centro de Saúde e dos Hospitais. Por último, realizou-se também uma reflexão sobre o envolvimento dos pais nos cuidados de saúde na Guiné-Bissau e em Portugal, em quatro contextos de estágio. Com o objetivo de partilhar com as enfermeiras de Portugal, refleti igualmente sobre a minha experiência nos cuidados de enfermagem aos recém-nascidos na Guiné-Bissau.

4.5. Avaliação e discussão do projeto

A avaliação constitui uma etapa essencial ao longo da implementação de um projeto, devendo ocorrer em diferentes momentos, incluindo a avaliação intermédia e a avaliação

final, conforme referem (Ruivo, Ferrito & Nunes ,2010). Esta abordagem permite não apenas verificar o cumprimento dos objetivos inicialmente definidos, mas também identificar oportunidades de melhoria contínua e ajustes necessários ao longo do desenvolvimento do projeto.

No início do projeto foram identificados os seguintes indicadores de avaliação:

Objetivos	Indicadores de avaliação
Melhorar o conhecimento sobre a avaliação e gestão da dor nessa faixa etária,	Pesquisa realizada em obras de referência e bases de dados sobre o tema, atuais, nacionais e internacionais.
Explorar a forma como crianças de idade pré-escolar expressam e compreendem a dor,	Interação registada e refletida
Explorar a forma como cuidadores/pais gerem a dor da criança	Interação registada e refletida
Analisar, de forma reflexiva, a atuação dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no cuidado à criança em idade pré-escolar com dor	Descrição no relatório de programas, normas e orientações existentes de cada contexto de estágio acerca da gestão da dor da criança em idade pré-escolar Interação registada e refletida

Um dos principais elementos da Metodologia de Projeto é a execução de uma avaliação contínua, que acompanha todas as fases do processo. Esta prática possibilita reformular objetivos, reorganizar as atividades planeadas e redefinir os recursos utilizados, promovendo a coerência metodológica, a eficácia das intervenções e a eficiência no uso dos meios disponíveis.

A avaliação do presente projeto centrou-se na implementação de intervenções de enfermagem destinadas à gestão da dor em crianças, em diferentes contextos de estágio, incluindo internamento pediátrico, urgência pediátrica, saúde primária e neonatologia. A análise considerou tanto indicadores objetivos, como a utilização de escalas de dor validadas (FLACC, Faces e NIPS), quanto indicadores subjetivos, como a cooperação da criança e a participação ativa da família (Ministério da Saúde de Portugal, 2018).

Durante a execução do projeto, constatou-se que a combinação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas reduziu significativamente a dor e a ansiedade da criança, promovendo uma experiência mais segura e humanizada. A presença e o envolvimento parental emergiram como fatores críticos para a eficácia das intervenções, favorecendo maior cooperação da criança e proporcionando conforto emocional, sobretudo em procedimentos invasivos, como punção venosa e colheita de sangue capilar (Oliveira, A., & Santos, R., 2017).

A discussão do presente projeto evidencia que, apesar das diferenças contextuais entre Portugal e Guiné-Bissau, a integração da família nos cuidados e a aplicação de estratégias de alívio da dor baseadas em evidência revelaram-se determinantes para a eficácia das intervenções de enfermagem. A literatura demonstra que o envolvimento dos pais no processo de cuidado contribui significativamente para a redução do stress da criança, a melhoria da experiência hospitalar e maior adesão às intervenções terapêuticas (WHO, 2020).

Em contextos com maior limitação de recursos, a utilização de estratégias não farmacológicas de controlo da dor assume particular relevância, permitindo promover o conforto da criança mesmo em ambientes com menor disponibilidade de recursos tecnológicos ou farmacológicos. Intervenções como a presença dos pais, o contacto pele a pele, a sucção não nutritiva ou técnicas de contenção facilitadoras apresentam evidência científica quanto à sua eficácia na redução da dor percebida em contextos pediátricos e neonatais (AmericanAcademy of Pediatrics, 2016).

A avaliação contínua do projeto constituiu igualmente um elemento fundamental para o seu desenvolvimento, permitindo reajustar os objetivos, adaptar as intervenções e aprimorar a coerência metodológica das atividades implementadas. Este processo de monitorização garantiu que as ações desenvolvidas permanecessem centradas na criança e na família, respeitando os princípios dos cuidados de saúde centrados na família amplamente preconizados na área da saúde infantil (DGS, 2018).

Esta análise permitiu ainda evidenciar a importância da formação contínua dos profissionais de saúde em áreas como a avaliação e gestão da dor pediátrica, bem como no desenvolvimento de competências de comunicação terapêutica com crianças e famílias. Neste âmbito, destaca-se o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica como agente promotor da qualidade e da segurança dos cuidados, contribuindo para a implementação de práticas baseadas na evidência científica.

Na organização do projeto, foi possível cumprir os objetivos inicialmente propostos. Durante a execução das atividades, foram desenvolvidas estratégias direcionadas à comunicação com cuidadores e pais de crianças em idade pré-escolar, permitindo a auscultação da forma como estes percecionam, expressam e compreendem a dor nas crianças. Esta abordagem revelou-se particularmente relevante para compreender as necessidades das famílias e adequar as intervenções educativas e assistenciais.

Importa salientar que este projeto se encontra numa fase de potencial implementação futura na Guiné-Bissau, sendo entendido como um processo dinâmico e passível de adaptação às realidades socioculturais e organizacionais do país. Neste sentido, os instrumentos e documentos desenvolvidos poderão sofrer ajustes, considerando a opinião e a perceção dos diferentes intervenientes envolvidos no processo de cuidados, com o objetivo de garantir sua adequação às especificidades do contexto local.

Com base na análise e discussão dos resultados, verifica-se que as atividades delineadas foram executadas com sucesso, permitindo alcançar os objetivos inicialmente definidos para o projeto. Estes resultados reforçam a relevância da implementação de intervenções estruturadas na gestão da dor pediátrica e na promoção do envolvimento da família, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança e à família.

5. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A seleção dos locais de estágio foi cuidadosamente ponderada, tendo em consideração a proximidade com a minha residência atual, informação constante no documento de pedido de local de estágio. Esta escolha visou não apenas facilitar a logística e o deslocamento diário, mas também permitir uma integração mais contínua e consistente no ambiente clínico, favorecendo o desenvolvimento das minhas competências profissionais.

O estágio foi realizado em quatro contextos, todos foram acompanhados e supervisionados pelo EEESIP, cuja experiência clínica e académica proporcionou uma orientação prática rigorosa e fundamentada em evidências. Paralelamente, a professora orientadora do curso acompanhou de perto todo o processo, garantindo que as aprendizagens se alinhassem aos objetivos pedagógicos definidos e promovendo reflexões críticas sobre as práticas desenvolvidas.

Esta supervisão dupla (clínica e académica) permitiu um acompanhamento integrado, proporcionando segurança na execução de procedimentos, esclarecimento de dúvidas e enriquecimento da aprendizagem teórica por meio de experiências práticas.

5.1. Cuidados de saúde primários

No primeiro dia de estágio decorreu uma visita guiada às instalações, conduzida pela supervisora clínica, seguida da apresentação da equipa de EEESIP. Durante um momento de diálogo informal, foi realizada a apresentação do serviço, o que permitiu conhecer o edifício. O processo de integração no contexto profissional mostrou-se desafiante, atendendo à minha experiência profissional prévia e à necessidade de adaptação às ferramentas de trabalho e comunicação existentes.

A equipa profissional de UCSP é formada no total de quinze enfermeiros entre quais, quatro enfermeiros especialista em saúde infantil e pediátrica, um médico da família e médicos que fazem prestação de serviços, dois assistentes sociais, um nutricionista, dois psicólogos, treze secretários clínicos e três assistentes operacionais. Segundo as informações recolhidas, cerca de 32 mil utentes são atendidos nesta unidade de saúde e mais 186 crianças (0-3 anos de idade) são atendidas durante o período de estágio. Na maioria das populações atendidas, há imigrantes entre os quais indianos, bangladeshis, paquistaneses, cabo-verdianos, brasileiros e guineenses.

A consulta de saúde infantil está situada no primeiro e quarto andar da unidade, que dispõe de um espaço físico estruturado para a prestação de cuidados integrados. Entre as instalações encontram-se gabinetes médicos, gabinetes de saúde materna e de planeamento familiar, sala de tratamentos, gabinete de saúde infantil, gabinetes de enfermagem, sala de espera e balcão de atendimento. O funcionamento da unidade baseia-se na articulação entre equipas multiprofissionais, promovendo um cuidado contínuo, integral e centrado na criança e na família.

De acordo com o Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto, art.º 38º, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) têm como missão principal a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na área de abrangência, garantindo acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos cuidados à comunidade.

Os recursos humanos da unidade estão organizados de forma a responder eficazmente às necessidades dos utentes, trabalhando para promover o bem-estar e a satisfação em diversas áreas, nomeadamente Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna e Obstétrica, Planeamento Familiar, Saúde do Adulto e do Idoso, grupos de risco, vacinação e tratamentos de feridas. Esta estrutura integrada e multiprofissional possibilita uma abordagem integral, garantindo cuidados centrados na pessoa e na família, em consonância com as normas e orientações nacionais de saúde.

5.2. Urgência de pediatria

O regulamento Interno do Centro Hospitalar tem como missão a prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados em todo o ciclo de vida da pessoa, em articulação com os cuidados de saúde primários e continuados, bem como com os demais Hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde, utilizando, adequadamente, os recursos humanos e materiais, em obediência aos princípios da qualidade, de efetividade e eficiência, e promovendo o desenvolvimento profissional e a igualdade de género dos seus trabalhadores.

O objetivo geral do estágio foi aprofundar conhecimentos e habilidades na gestão da dor em crianças em idade pré-escolar, em contexto de urgência pediátrica.

Após as boas-vindas, realizamos uma visita conjunta aos diferentes gabinetes e áreas que compõem a urgência pediátrica, com o objetivo de nos familiarizarmos com a organização do serviço, a zona do utente e os recursos disponíveis. Esta visita permitiu-nos

obter uma visão geral do funcionamento da urgência, bem como dos procedimentos e normas de atuação adotados no serviço.

Esta primeira abordagem permitiu-nos obter uma visão global e estruturada do serviço, facilitando a nossa integração e adaptação ao contexto clínico e criando expectativas positivas para o desenvolvimento das competências profissionais ao longo do estágio. Esta unidade detém uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, psicólogo, assistente social e funcionários administrativos.

A equipa da enfermagem é constituída por 29 enfermeiros, dos quais 4 mestres em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (MESIP) e 5 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP).

Após diálogo com o enfermeiro orientador e observação de protocolos do serviço, constatou-se que a metodologia de trabalho utilizada neste serviço é o método individual, ou seja, é mais comum, em que, apesar de todos implementarem as normas de atuação nos cuidados, cada um exerce cuidados de forma autónoma, personalizada e humanizada de acordo com o seu modo de ser e de trabalhar. Também se verificou a existência de trabalho de equipa, sempre que necessário, denotando-se espírito de entreajuda, contribuindo para uma maior qualidade dos cuidados de enfermagem.

Por outro lado, o serviço de urgência pediátrica é composto das seguintes: **Sala de triagem**, onde é feita a avaliação inicial do doente, de acordo com critérios de prioridade clínica; **Gabinetes médicos**, utilizados para consultas e procedimentos; e **Sala de observação e tratamentos**, destinada à monitorização e cuidados contínuos;

Ao nível do espaço físico, é constituído por dois circuitos: “**Circuito A e Circuito B**”.

O funcionamento desses circuitos é a gestão de crianças/jovens e família/representante legal envolve o encaminhamento destas crianças para a área adequada à sua prioridade, atendendo à necessidade clínica avaliada e reduzindo a demora média do caso. O encaminhamento é realizado conforme a queixa principal.

No caso de referir os seguintes sintomas: dor de garganta, vômitos, diarreia, febre, tosse, dispneia, o encaminhamento é realizado para o “**Circuito A**”, aguardando na sala de espera. Enquanto na ausência dos sintomas mencionados no ponto anterior, o encaminhamento é realizado para o “**Circuito B**”, aguardando na sala.

Após a triagem, todas as crianças/jovens são encaminhadas para observação médica no espaço físico de SUP, e se for necessário, é realizado o posterior encaminhamento pela

Equipa Médica para outra área de cuidados requerida. Estes dois circuitos funcionam: “Circuito A”, das 20h às 08h e “Circuito B” das 08h às 20h.

A atividade neste serviço é distribuída em 24 horas, em turnos. Turno da manhã (8:00 às 15:00 horas), turno da tarde (15:00 às 22:00 horas) e turno da noite (22:00 às 08:00 horas).

Turno de manhã e tarde é constituído por cinco (5) enfermeiros, cinco (5) médicos e três (3) auxiliares em ação médica. O turno da noite é assegurado por quatro (4) enfermeiros, três (3) médicos e três (3) auxiliares em ação médica. Tem cinco (5) pediatras fixos e os demais médicos são de outros departamentos.

5.3. Internamento de pediatria

O Serviço de internamento integra a rede do Serviço Nacional de Saúde e está inserido na Unidade Local de Saúde, prestando cuidados diferenciados a crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos residentes na sua área de abrangência.

Este serviço destina-se a crianças e adolescentes que necessitam de vigilância clínica contínua e tratamento hospitalar, abrangendo patologias médicas e cirúrgicas variadas. A unidade dispõe de 36 camas de internamento, distribuídas em duas áreas funcionais distintas: Zona A e Zona B. A Zona A concentra o maior número de camas e integra espaços de apoio ao cuidado pediátrico, incluindo a sala de enfermagem. Por sua vez, a Zona B destina-se igualmente à hospitalização de crianças com diferentes condições clínicas, incluindo uma sala de atividades que promove o bem-estar, a recreação e o desenvolvimento infantil durante a hospitalização, bem como a Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica (UHDP) e a Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, destinadas a crianças que requerem monitorização clínica mais intensiva, sem necessidade de internamento em unidade de cuidados intensivos (Pinto, 2020).

O serviço de hospital de dia realiza diversas intervenções, incluindo administração de terapêutica intravenosa, realização de tratamentos e procedimentos programados, vigilância clínica após determinados procedimentos, e execução de exames ou técnicas específicas que exigem observação temporária.

A prestação de cuidados é assegurada por uma equipa multidisciplinar, com destaque para os enfermeiros, que desempenham um papel central na monitorização clínica, na administração terapêutica, na educação para a saúde e no apoio à criança e à família. Atualmente, o serviço conta com mais de 20 enfermeiros distribuídos pelos diferentes turnos,

garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados ao longo de 24 horas diárias (Guimarães, 2021).

O modelo de funcionamento do serviço baseia-se em cuidados centrados na criança e na família, promovendo a humanização do atendimento, a segurança do paciente e a participação ativa dos pais ou cuidadores no processo de hospitalização, alinhando-se às práticas recomendadas para a atenção pediátrica contemporânea (WHO, 2018).

5.4. Neonatologia

A Unidade Local de Saúde onde decorreu o estágio responde diretamente a cerca de 345 mil utentes na sua área de influência e integra mais de sete mil profissionais (Manual de Acolhimento do Interno).

No primeiro dia, fui recebido pela enfermeira-chefe do serviço, que efetuou uma apresentação detalhada dos diferentes gabinetes que compõem o Serviço de Neonatologia, bem como dos profissionais que nele trabalham. Posteriormente, foi-me indicado o supervisor clínico que me acompanhará durante as seis semanas de estágio.

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) dispõe de uma capacidade total para 28 recém-nascidos, destinados a cuidados intensivos, cuidados intermédios e sala polivalente, utilizada para neonatos em isolamento ou submetidos a cirurgia.

O funcionamento da UCIN é assegurado por uma equipa multidisciplinar composta por 60 profissionais de saúde, incluindo médicos, auxiliares de saúde e 10 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP). A atuação desta equipa é orientada para os cuidados aos neonatos, sejam prematuros ou a termo, internados na unidade, bem como para o apoio às suas famílias, garantindo cuidados especializados, contínuos e centrados no bem-estar da criança e da família (Guimarães & Pinto, 2021).

Por outro lado, a Unidade Local de Saúde tem como objetivo aprofundar a articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, promovendo a proximidade e a integração das respostas. A ULS pretende assegurar a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, com eficiência, eficácia e equidade, de forma inovadora e centrada na pessoa, atuando na prevenção da doença e na promoção da saúde, com vista à melhoria do bem-estar da comunidade (Unidade Local de Saúde, 2024).

A ULS compromete-se, assim, a integrar cuidados, a formar a próxima geração de profissionais de saúde e a liderar a investigação para o futuro da medicina, garantindo, ao

mesmo tempo, a prestação integrada de cuidados de saúde nos seus diferentes níveis, de forma contínua, equitativa, humanizada, com eficiência, elevada qualidade e segurança.

A missão-chave da Unidade Local de Saúde é contribuir para alcançar níveis concretos de saúde e bem-estar para as pessoas e comunidade, através de intervenções planeadas e organizadas para proteger e promover a saúde, prevenir e tratar a doença e a incapacidade, orientadas com base nas necessidades da população, com os recursos de que dispõe e/ou colaborando com parceiros de outros setores para atingir essa finalidade. (ULS, 2024).

Tem visão integrada com o objetivo de crescimento e desenvolvimento sustentável da ULS, assumindo-se como uma referência nacional e internacional na prestação de cuidados de saúde centrados no cidadão, apoiados por uma cultura organizacional de inovação, investigação e transformação, integrando cuidados de saúde, de qualidade e com segurança, promovendo a responsabilidade social e priorizando o desenvolvimento humano através do ensino e formação. Tem valores de confiança, compromisso com os cidadãos, integridade, respeito, responsabilidade social, inovação, colaboração, sustentabilidade e equidade. (ULS, 2024).

6. ANÁLISE REFLEXIVA E DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES

O presente capítulo tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas ao longo de quatro momentos de estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizados no 1.º ano, 2.º semestre, e no 2.º ano, 1.º semestre, que decorreram em quatro contextos distintos de prática clínica nesta área de especialização.

6.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

O primeiro estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica decorreu em Cuidados de Saúde Primários, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), onde foram realizadas consultas de vigilância do desenvolvimento infantil, integradas no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

A UCSP constitui uma unidade funcional que intervém ao nível da prestação de cuidados de saúde, bem como do apoio psicológico, social e comunitário, dirigidos a indivíduos, famílias e grupos, com especial enfoque nos grupos mais vulneráveis ou em situação de maior risco ou dependência física e funcional (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, 2008).

Este estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica realizou-se no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), onde foram desenvolvidas atividades no âmbito das consultas de vigilância do desenvolvimento infantil, sob supervisão direta do enfermeiro orientador clínico, garantindo a segurança na prestação de cuidados e a consolidação das competências adquiridas.

As consultas de enfermagem basearam-se nas orientações dos principais programas nacionais de saúde, nomeadamente o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), o Programa Nacional de Rastreio e o Programa Nacional de Vacinação (PNV). Estes programas orientam a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, a deteção precoce de alterações e a prevenção de doenças, promovendo cuidados de saúde contínuos, acessíveis e centrados na criança e na família (DGS, 2013).

No que diz respeito a este objetivo de estágio, tivemos a oportunidade de prestar cuidados sob supervisão clínica da enfermeira, interagindo com crianças, jovens e famílias e aplicando as diretrizes do PNSIJ, com vista a contribuir para a obtenção contínua de ganhos em saúde na população e para detetar possíveis problemas precocemente. Neste contexto,

foram avaliados o crescimento e o desenvolvimento dos RN, crianças e jovens, procedendo-se à monitorização dos parâmetros antropométricos e à avaliação do desenvolvimento segundo a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan modificada, incorporada no sistema de registos de enfermagem do SClinico.

Essas consultas estavam calendarizadas para idades-chave de acordo com o PNSIJ, ou seja, etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, de socialização, de progressão na alimentação e escolaridade. No primeiro ano de vida estas consultas ocorrem na primeira semana, 1, 2, 4, 6 e 9 meses. Entre 1 e 3 anos, ocorrem aos 12, 15, 18 meses, aos 2 e aos 3 anos. Entre os 4 e os 9 anos, aos 4, 5, 6 ou 7 (final do 1º ano de escolaridade) e 8 anos. Entre os 10 e os 18 anos, aos 10, 12/13 e 15/18 anos (DGS, 2013).

Compreendemos a importância fundamental do registo nas curvas de percentil. Este registo permite analisar a evolução estatuto-ponderal ao longo do tempo, sendo que um atraso nessa evolução ou uma alteração ao padrão habitual pode ser a primeira manifestação de alguma preocupação de saúde da criança.

No decorrer das consultas, abordamos também, os temas recomendados pela DGS, destacados nos cuidados antecipatórios, valorizando a educação para a saúde na medida em que o enfermeiro deve sustentar a sua prática no foco de intervenção do qual a orientação antecipatória às famílias contribui para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil(DGS,2013).

A nutrição é um componente essencial para o crescimento e desenvolvimento. As crianças estabelecem os seus hábitos alimentares durante os três primeiros anos de vida, pelo que o enfermeiro deve contribuir para a educação dos pais sobre a alimentação e a importância da nutrição. Neste contexto, as consultas de vigilância de saúde infantil, realizadas em idades-chave, são o momento ideal para sensibilizar e educar os pais sobre a diversificação dos alimentos (DGS,2013).

Neste âmbito, podemos constatar que a nutrição é uma área relevante em saúde infantil; uma nutrição adequada é definida como uma dieta consonante com as necessidades nutricionais e que promove níveis ótimos de crescimento e desenvolvimento, particularmente cerebral, fortalecendo o potencial de aprendizagem e aumentando o potencial futuro de uma criança. Por sua vez, as deficiências nutricionais na infância podem causar diversas formas de malnutrição, diminuição da imunidade, aumento do risco de infeção, e dificuldade na recuperação em situação e doença (UNICEF, 2021).

O Plano Nacional de Alimentação Saudável (PNPAS) consiste num conjunto concertado e transversal de ações destinadas a garantir e incentivar o acesso e o consumo de determinado tipo de alimentos, com o objetivo de melhorar o estado nutricional e de saúde da criança. Estas orientações, inseridas no Plano Nacional de Saúde, devem estar presentes nos ensinamentos realizados às crianças e às famílias durante as consultas, sobretudo a partir dos 6 meses de idade.

Foi, também, promovida a adesão ao Plano Nacional de Vacinação (PNV), sendo que as vacinas foram administradas segundo o esquema sugerido, já que “a vacinação é um direito e um dever dos cidadãos” (DGS, 2020) e o enfermeiro deve criar oportunidades de vacinação para as crianças e jovens, sendo responsável pela administração segura e eficaz das vacinas, prestando assim um contributo importante tanto na proteção da criança/jovem como da população em geral (DGS, 2020). Neste sentido, verificamos o cumprimento do PNV por parte das crianças e pais. “A vacinação previne o aparecimento de doenças, torna possível a sua erradicação, eliminação ou controle e protege as crianças de sofrimento e de morte.

Durante o período de estágio, foi possível adquirir conhecimentos sobre os diferentes tipos de vacinas administradas na infância, bem como desenvolver competências relacionadas com a sua correta preparação e administração. Esta experiência permitiu compreender a importância da vacinação na prevenção de doenças e na promoção da saúde infantil, assim como a aplicação das boas práticas na sua execução, de acordo com as orientações preconizadas (DGS, 2020).

As atividades desenvolvidas na UCSP, no processo de cuidado, permitiram refletir sobre o impacto do uso de medidas não farmacológicas pelos profissionais de saúde. Tudo isso tem foco nesses objetivos específicos definidos:

- a. Melhorar o conhecimento sobre a avaliação e gestão da dor nessa faixa etária,
- b. Explorar a forma como crianças de idade pré-escolar expressam e compreendem a dor,
- c. Explorar a forma como cuidadores/pais gerem a dor da criança
- d. Analisar, de forma reflexiva, a atuação dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no cuidado à criança em idade pré-escolar com dor.

Procurei dar resposta aos objetivos definidos.

Como exemplo de interação acerca da qual refleti, acompanhei uma criança de 2 anos, que estava feliz ao entrar no consultório. Assim que foi despida para ser vacinada, começou a

chorar intensamente. Observei o uso limitado de estratégias para redução da dor, e na avaliação da dor, nomeadamente, como a escala FLACC, recomendada pela DGS. Percebi que, muitas vezes, avaliar a dor com esta escala, é difícil. Também notei a importância de estratégias não farmacológicas, como o uso de brinquedos e distrações, ou seja, a presença ativa dos pais durante os procedimentos dolorosos, que ajudam a reduzir a dor na criança. Observei um ponto positivo: a sensibilidade dos pais das crianças, que apoiaram com palavras suaves e com toque.

As nossas interações durante o 1º estágio, ao participar na realização de vários procedimentos invasivos, principalmente na vacinação das crianças, juntamente com a enfermeira, foram implementar intervenções de alívio da dor, tais como: proporcionando um ambiente privado, calmo e agradável; preparar e instruir os pais acerca do procedimento e da melhor forma de apoiarem os seus filhos; preparar a criança/adolescente através de estratégias de comunicação adaptadas à sua etapa de desenvolvimento; dar permissão para chorar; utilizar estratégias sensoriais e cognitivo- comportamentais de alívio da dor, tais como a distração, a sucção não-nutritiva e o reforço positivo (DGS, 2012).

Nas interações com os pais das crianças na consulta de enfermagem com supervisão da enfermeira com os pais sobre a gestão da dor na criança, nota-se bem que muitos deles têm conhecimento de que a vacinação da criança é um processo doloroso.

Tive a oportunidade de observar diversas manifestações comportamentais associadas à dor e à ansiedade antecipatória nas crianças submetidas à vacinação. Entre os comportamentos observados destacam-se o choro prévio ao procedimento, desencadeado pela percepção iminente da injeção; comportamentos de evitamento, como tentativas de fuga ou ocultação perante a preparação do material vacinal; choro intenso e resposta imediata à picada; agitação psicomotora nas horas subsequentes; alterações dos padrões de sono e do apetite; e aumento da procura de proximidade e conforto junto da figura parental, particularmente da mãe.

Segundo a DGS (2012), os procedimentos (diagnósticos ou terapêuticos) são a causa mais frequente de dor na criança em idade pré-escolar que recorre aos serviços de saúde, o que evidencia a importância do uso de estratégias não farmacológicas e farmacológicas para a redução da dor, da ansiedade e do medo associados a procedimentos invasivos. Sabendo que a dor não tratada na infância acarreta consequências nefastas na resposta à dor no futuro, podendo causar sintomas de stress pós-traumático, é essencial que o EEESIP seja capaz de

avaliar a dor por meio de escalas apropriadas à idade da criança e planejar os procedimentos invasivos de forma criteriosa e humanista, de acordo com as guias de boas práticas preconizadas pela DGS.

No âmbito deste estágio realizado na UCSP, recebi uma explicação detalhada da enfermeira sobre o tema da dor na criança, e as estratégias utilizadas na gestão da dor eram: estratégias não farmacológicas, como brinquedos, sucção não-nutritiva, amamentação, contacto pele-com-pele e vídeo de desenho animal no telemóvel para distração da criança no momento da vacinação.

Para além das medidas farmacológicas conhecidas para o controlo da dor, o enfermeiro deve estar desperto, conhecer e mobilizar simultaneamente medidas não farmacológicas de controlo da dor. Diversos autores defendem que a associação de medidas farmacológicas e não farmacológicas potencia os resultados (DGS, 2012). As estratégias não farmacológicas usadas na prevenção e tratamento da dor são em grande número e, podem ser organizadas em: comportamentais (envolvem o ensino de comportamentos concretos para o alívio da dor), cognitivas (usam métodos mentais para lidar com a dor), cognitivo-comportamentais (usam estratégias que têm por alvo o comportamento e a cognição), físicas, emocionais e ambientais.

As estratégias não farmacológicas são seguras, não invasivas e de baixo custo, e a maior parte dependem apenas de intervenções de enfermagem. O enfermeiro tem o dever de usar estas estratégias em benefício da criança e de seus pais, desde as mais difíceis até as mais simples (DGS,2012).

Desta forma, destaca-se a importância das estratégias não farmacológicas para o controlo da dor na criança, permitindo que esta gere ansiedade e medo que geralmente associados à execução de procedimentos dolorosos. É da inteira responsabilidade do enfermeiro ajustar estas intervenções à situação específica de cada criança e família.

Perante as consultas das crianças, os procedimentos invasivos, avaliamos as crianças tendo em conta os principais focos de atenção em enfermagem que estão no SClínico, que eram: Desenvolvimento infantil, Adesão à vacinação, Papel parental, Procura de serviço de saúde, Amamentação, Vinculação e Precaução de segurança. Implementámos intervenções de promoção do alívio da dor (como a administração de leite materno, a contenção física, a sucção não-nutritiva, a amamentação e o contacto pele-com-pele).

Sendo o controlo da dor um indicador de qualidade nas consultas de enfermagem, torna-se imperativo “avaliar, prevenir e tratar a dor” em todos os contextos em que a criança se encontre (DGS, 2012).

Como exemplo de uma interação: Uma criança de 18 meses entrou no consultório de enfermagem, acompanhada pela mãe, com alegria e brincando, para a consulta de enfermagem. Antes de administrarmos as vacinas, tivemos algumas conversas com os pais acerca dos tipos de vacinas que a criança vai tomar, das vias de administração e dos possíveis efeitos adversos. Portanto, de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (PNV), esta criança recebeu as seguintes vacinas: Haemophilus influenzae b (Hib), difteria, tétano, tosse convulsa (DTPa) e poliomielite (VIP). A criança já teve experiências anteriores dolorosas com agulhas e demonstra medo intenso assim que entra na sala de vacinação. Tendo em conta esta situação, ao ver a seringa, a criança começou a chorar e, dificultando a contenção segura.

Por outro lado, com o envolvimento da presença da mãe, a criança foi mantida no colo (posição confortável), ofereceu contato físico e apoio emocional verbal. Técnicas de distração, utilizamos brinquedos, músicas preferidas da criança e vídeos no telemóvel. Usamos os elementos lúdicos: desenhos, livrinho e cartazes, e conversamos com a criança para desviar o foco da agulha. Após a vacina, a criança recebeu elogios.

O objetivo destas interações que tive com os pais das crianças era explicar que este procedimento de vacinação é importante para a saúde delas e possíveis reações adversas.

Perante esta situação, aprendi que as crianças ficam com medo com ambiente hospitalar, postura do profissional de saúde e compreendi que a vacinação, apesar de ser um procedimento simples, pode gerar medo e dor na criança, o que influencia diretamente sua experiência com o cuidado em saúde. Compreendi a relevância de adotar estratégias humanizadas, não farmacológicas, como o uso de distrações, o contato com os pais, a amamentação e o posicionamento adequado, capazes de reduzir significativamente a dor e o estresse no momento da aplicação. Além disso, percebi que a forma como os profissionais se comunicam e conduzem o atendimento tem impacto direto no bem-estar da criança. Esse aprendizado reforçou para mim a importância de unir técnica e empatia na prática da saúde.

Para atingir os objetivos mencionados, as nossas intervenções de enfermagem foram alinhadas com os ensinamentos sobre focos de desenvolvimento infantil, obesidade, precaução de segurança, papel parental, amamentação, conhecimento sobre a dor e adesão à vacinação. Sendo assim, foram avaliados os conhecimentos da mãe/pai sobre o desenvolvimento infantil,

monitorizar dados antropométricos, vigiar o reflexo da sucção, monitorizar dor, vigiar sinais de alarme, incentivar a amamentação, incentivar ligação entre mãe e filho, avaliar o papel parental.

De seguida, os pais dizem reconhecer a dor na criança pela expressão facial e pelo tom de voz, e a criança fica quieta quando é dor de barriga. Para eles, a dor é uma situação comum na deferente unidade de saúde e mesmo em casa, por isso os pais ficam preocupados, frustrados, emocionalmente abalados. Querem proteger os seus filhos, mas sabem que a vacina é necessária e importante para a saúde da criança; ficam um bocado tristes com a dor que a criança está a sofrer, especialmente no momento da administração das vacinas.

Eles tentam acalmar a criança com palavras doces (“vai ser rápido”, “a mamãe está aqui”), em alguns casos as mães pedem o profissional um tempo para estarem com a criança fora do espaço de vacinação.

Relativamente ao que aprendi nestas interações com os pais, foi a importância do papel central da família no cuidado e na escuta. Compreendo que, muitas vezes, os pais sabem alguns detalhes que ajudam a identificar e melhorar a dor nas crianças. Por outro lado, a forma como falamos influencia diretamente a qualidade do cuidado e a segurança emocional da família. Aprendemos que orientar os pais sobre dor, suas causas e como ajudar em casa, empodera a família e melhora o bem-estar da criança, também a comunicação eficaz reduz medo, ansiedade e até o uso desnecessário de medicamentos. Aprendi que lidar com a dor na criança envolve uma equipa multidisciplinar e fortalecem a colaboração e o respeito entre profissional de saúde e com a família.

Relativamente às atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, registamos detalhadamente a intervenção feita com uma criança de 12 meses de idade que precisava de uma injeção intramuscular. Observei que a criança demonstrava sinais de ansiedade intensa antes mesmo de ver os materiais, portanto, a estratégia utilizada envolveu música, vídeo infantil de desenhos animados favoritos da criança no telemóvel ao nível dos olhos, enquanto nós realizávamos a administração da vacina. A criança manteve o foco na tela e não percebeu o momento exato da picada. Após o procedimento, colocamos um adesivo e observei que a criança chorou menos do que o esperado e, ao final, a mãe ficou satisfeita com o método utilizado.

Além disso, orientamos os pais sobre como poderiam ajudar a acalmar a filha com a dor na casa e, em caso de rubor no local de injeção, podem colocar gelo. Também expliquei à mãe

como manter o contato visual na atividade diária da criança e por último, à criança chorou inicialmente, mas a presença e o toque da mãe ajudaram na sua autorregulação da dor.

As consultas que realizamos não se basearam somente na avaliação e no registo dos indicadores de crescimento e desenvolvimento, mas foi aproveitada a oportunidade para abordar questões relacionadas com a saúde, prestando atenção às preocupações dos pais, obter uma história relevante do desenvolvimento, realizar observações precisas da criança e partilhar opiniões com a Enfermeira.

Avaliamos também o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento dos filhos e o que faziam para promovê-lo. Os ensinamentos eram sempre feitos de acordo com o grau de conhecimento e necessidades dos pais, por isso, proporcionamos ensinamentos que de modo geral visavam a prevenção de défices a nível da saúde e desenvolvimento da criança nunca esquecendo de valorizar as competências e conhecimentos já adquiridos pelos pais.

6.2. Serviço de Urgência Pediátrica

O primeiro contexto de estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com relatório, foi realizado no Serviço de Urgência Pediátrica. Este estágio teve início no dia 15 de setembro de 2025 e terminou no dia 24 de outubro de 2025.

O objetivo deste serviço consiste na prestação de cuidados de saúde urgentes e contínuos a todas as crianças e jovens com idade inferior a 18 anos, cujas situações clínicas se enquadram nas definições de urgência e emergência médica.

O estágio realizado neste serviço permitiu vivenciar situações de elevada complexidade clínica, nas quais se tornou necessário intervir de forma rápida, segura e eficaz, tendo sempre em consideração criança/família como centros do cuidado (DGS, 2018).

Relativamente ao processo de triagem, o Método de Triagem de Manchester estabelecer uma prioridade clínica e não um diagnóstico. A observação de triagem num serviço de urgência visa facilitar a gestão clínica dos utentes e a organização do serviço, através da atribuição de uma pulseira tendo em conta o seu estado de saúde (Moreira, 2010).

Neste contexto, tratando-se de um serviço de urgência, existia a necessidade de estabelecer uma prioridade no atendimento de acordo com a situação clínica, através da triagem, caracterizada por uma avaliação rápida das necessidades da criança, associada à utilização de um instrumento como o Protocolo de Triagem de Manchester, implementado e utilizado no contexto de estágio (Marques & Lino, 2021).

Através deste era selecionado, com base na queixa principal, um fluxograma composto por sinais e sintomas que constituíam discriminadores para a definição da prioridade, guiando o processo (Marques & Lino, 2021).

Após a triagem, a criança e a família era encaminhada para a sala de espera e aguardavam o médico. Caso contrário, após serem observados por um médico, existindo a necessidade de realizar colheitas ou de administração de medicamentos, entre outras situações, a criança e família deslocavam-se para a sala ambulatoria. Quando se verificava essa necessidade, a criança era internada na unidade de internamento de curta duração (SO), internamento de pediatria ou unidade de cuidados intensivos e especiais pediátricos. (Vaz & Trigo, 2020).

A observação da prática clínica permitiu identificar que, em procedimentos como colheitas sanguíneas e outros procedimentos invasivos, as crianças experienciam não só dor, mas também medo e ansiedade, os quais podem influenciar negativamente a sua resposta ao procedimento e experiências futuras em contexto de saúde. Nestes momentos, a presença dos pais revelou-se um elemento facilitador, contribuindo para a segurança emocional da criança e para a diminuição do stress associado ao procedimento, conforme recomendado pela (OE,2019).

A implementação de estratégias não farmacológicas foi uma constante na prática observada, destacando-se a distração através de histórias, vídeos, música, brinquedos ou objetos significativos para a criança. Estas intervenções demonstraram ser eficazes na redução da perceção da dor e da ansiedade, promovendo uma experiência mais positiva. A evidência científica sustenta a utilização destas estratégias como primeira linha em procedimentos dolorosos de curta duração (DGS, 2012).

Diariamente, o serviço de urgência pediátrica recebe um elevado número das crianças e adolescentes, com diversos quadros clínicos. As queixas mais frequentemente observadas incluem: Sintomatologia respiratória (como tosse, congestão nasal e infeções do trato respiratório superior e inferior); Febre de origem indefinida; Dispneia; Odinofagia, Cefaleias e Situações de natureza traumática (quedas, contusões, entre outras).

A avaliação da dor na criança/jovem apresenta desafios únicos. A identificação de um estado doloroso poderá ser mais fácil de identificar quando a criança já possui comunicação verbal. No entanto, na criança pré-verbal a sua identidade só é possível com recurso a

medidas fisiológicas ou comportamentais, o que a torna ainda mais vulnerável e dependente de uma avaliação subjetiva de quem dela cuida (DGS, 2010).

Também existem dois métodos de avaliação da dor que são: métodos de autoavaliação, ou seja, os próprios doentes avaliam a sua dor e método heteroavaliação, avaliação feita pelo enfermeiro ou pais da criança. Sempre que possível, deve dar-se prioridade à autoavaliação da dor pela criança/jovem (DGS, 2010).

Em termos de intervenção, observou-se a administração de analgésicos como paracetamol e ibuprofeno, sendo a avaliação da eficácia feita regularmente. Também foi valorizado o uso de estratégias não farmacológicas, como o uso de tablete para distração, posicionamento confortável, presença dos pais e utilização de linguagem adequada à idade para explicar os procedimentos.

A administração de paracetamol e ibuprofeno na urgência pediátrica é uma das competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. A administração de paracetamol deverá ser sempre de primeira linha de acordo com o peso da criança, a sua administração é contraindicada em crianças com alterações conhecidas da função hepática, em casos de alergia conhecida ao fármaco ou suspeita de ingestão de quantidade elevada do medicamento (DGS, 2012).

A administração do ibuprofeno deverá ser considerada como primeira escolha nas crianças que apresentem lesões músculo-esqueléticas, também é contraindicada no paciente com lesões cutâneas, risco de hemorragia, alteração de função renal e doenças gástricas (DGS, 2012).

O estágio no SUP reforçou a importância de uma abordagem humanizada da dor em crianças/jovem, demonstrando que a dor deve ser avaliada sistematicamente, mesmo quando não verbalizada, e que o envolvimento da criança e da família no processo é essencial para o sucesso da intervenção.

Para responder aos objetivos específicos definidos no projeto de relatório de estágio, registaram-se diversas interações ao longo do primeiro contexto de estágio, realizado no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP). Durante este período, foi possível acompanhar diferentes situações clínicas em que a dor se apresentava como sintoma predominante, nomeadamente em casos de traumatismos, dor abdominal, otite e amigdalite.

Relativamente às atividades desenvolvidas no SUP, foram realizadas diversas interações com crianças em idade pré-escolar, com os seguintes objetivos: melhorar o conhecimento

sobre a avaliação e gestão da dor nesta faixa etária; explorar a forma como as crianças em idade pré-escolar expressam e compreendem a dor; compreender de que forma os cuidadores ou pais gerem a dor da criança; e analisar, de forma reflexiva, a atuação dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança com dor.

No serviço de triagem, foi observada uma criança de 5 anos de idade que apresentava dor abdominal associada a febre. No momento da entrada na sala de triagem, a criança encontrava-se agitada e, quando questionada acerca da localização da dor, colocou a mão na região abdominal e referiu: “Dói aqui”. Durante o processo de triagem, foi utilizada uma régua de avaliação da dor, instrumento que permite quantificar a intensidade da dor e apoiar a priorização do atendimento (Wong-Baker FACES Pain Rating Scale). Nesta situação específica, a criança foi classificada com dor moderada, apresentando-se cooperante, embora mantivesse expressão facial de tristeza.

A utilização da escala de avaliação da dor facilitou a comunicação com a criança e permitiu um registo mais eficaz da intensidade da dor, contribuindo para uma avaliação mais adequada da situação clínica. A observação desta situação permitiu compreender a importância da comunicação terapêutica e da realização de uma anamnese adequada à idade da criança, aspetos fundamentais para a identificação do local da dor e para a tomada de decisão clínica pela equipa de enfermagem.

Inicialmente, senti dificuldade em compreender e lidar com o desconforto manifestado pela criança nesta faixa etária. Contudo, ao longo da experiência e com a aplicação de estratégias adequadas de comunicação e de avaliação da dor, foi possível perceber que estas intervenções fazem uma diferença significativa na qualidade da triagem e no atendimento prestado à criança.

Esta experiência constituiu uma aprendizagem relevante para futuras abordagens no cuidado à criança com dor, demonstrando que uma comunicação adaptada à idade da criança e uma anamnese estruturada contribuem para um diagnóstico de enfermagem mais adequado e para uma intervenção mais eficaz.

A vivência deste caso reforçou ainda a importância do cuidado humanizado na prática pediátrica, evidenciando o papel fundamental da enfermagem na implementação de intervenções que priorizem não apenas o bem-estar físico, mas também o bem-estar emocional da criança e da sua família. Neste contexto, o recurso a estratégias não farmacológicas revelou-se uma ferramenta importante para fortalecer o vínculo entre o

profissional de saúde, a criança e a família, contribuindo para a qualidade e a humanização dos cuidados de enfermagem (DGS, 2018).

6.3. Internamento de Pediatria

O estágio decorreu entre os dias 27 de outubro de 2025 e 5 de dezembro de 2025, constituindo uma etapa fundamental no meu percurso académico e profissional. Este período proporcionou a oportunidade de aprofundar conhecimentos teóricos, desenvolver competências técnicas e consolidar uma prática de enfermagem centrada na criança e na família.

Um dos aspetos em que mais evoluí foi a gestão da dor em idade pediátrica, compreendendo a importância de uma abordagem individualizada, adequada à idade e ao desenvolvimento da criança, bem como a utilização de diferentes escalas de avaliação da dor e de estratégias não farmacológicas que promovem o alívio e o conforto (WHO, 2012).

A experiência permitiu-me ainda contactar com diferentes realidades no âmbito dos cuidados pediátricos, nomeadamente através da passagem pelo Hospital de Dia Pediátrico e pela Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica (UHDP), onde pude observar a importância da continuidade dos cuidados e da articulação entre os diferentes serviços de saúde e a família. A prestação de cuidados centrados na criança e na família constitui um princípio fundamental na organização dos cuidados de saúde pediátricos (DGS, 2018).

Além disso, tive a oportunidade de acompanhar a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCP-P) em algumas atividades domiciliárias, o que se revelou uma experiência extremamente enriquecedora. Esta vivência permitiu-me compreender de forma mais aprofundada o papel dos cuidados paliativos em pediatria, não apenas na gestão da dor e do sofrimento, mas também no apoio emocional, psicológico e social à criança e à sua família, respeitando a dignidade e a individualidade de cada pessoa (WHO, 2018).

No internamento pediátrico, tive oportunidade de assistir e participar em procedimentos potencialmente dolorosos. Um dos episódios mais marcantes ocorreu com uma criança de 6 anos de idade, internada por pneumonia bacteriana, que necessitava da colocação de um cateter venoso periférico para administração de terapêutica antibiótica endovenosa. Procedimentos invasivos, como a punção venosa, podem gerar ansiedade, medo e dor nas

crianças, sendo fundamental a implementação de estratégias adequadas de preparação e controlo da dor (American Academy of Pediatrics, 2016).

Antes do procedimento, realizou-se um momento de avaliação e preparação da criança e da família. Procurei estabelecer uma relação de confiança, apresentando-me à criança e explicando, de forma simples e adequada à sua idade, o que iria acontecer e o objetivo do procedimento. A mãe encontrava-se presente e foi envolvida no processo, sendo incentivada a manter contacto visual e físico com a filha, reforçando o seu papel de apoio e segurança.

Com a orientação da enfermeira, utilizei estratégias não farmacológicas para o controlo da dor e da ansiedade, como a distração com brinquedos e bolas de sabão. Além disso, foi aplicada uma pomada anestésica tópica (EMLA) antes da punção, com o intuito de reduzir a dor.

Durante o procedimento, a criança demonstrou alguma apreensão, chorando no início, mas manteve-se colaborante. Realizamos o procedimento com técnica assética e segurança. Durante todo o processo, mantive contacto verbal e visual com a criança, reforçando positivamente o seu comportamento corajoso e oferecendo palavras de conforto, isto demonstrou alívio e controlo eficaz da dor (IASP, 2020)

No momento posterior, foi essencial refletir sobre a importância da preparação e comunicação com a criança, bem como do envolvimento familiar na minimização da ansiedade e da dor. Esta situação permitiu-me compreender que, mais do que a execução técnica do procedimento, é fundamental cuidar da dimensão emocional da criança, respeitando o seu ritmo e as suas reações, e promovendo um ambiente de segurança e empatia (IASP, 2020).

Passei pelo serviço de unidade de hospitalização domiciliar pediátrica, onde desenvolvi algumas competências de mestre. Esta experiência foi extremamente significativa para o meu desenvolvimento profissional, pois consolidou os meus conhecimentos sobre a gestão da dor pediátrica, o uso de estratégias não farmacológicas e a importância da humanização dos cuidados de enfermagem.

De acordo com Direção Geral de Saúde (DGS), a Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica (UHDP), tem papel de admissão ou readmissão dos doentes no âmbito da hospitalização domiciliária, bem como à sua exclusão, e responsabiliza-se pela gestão de todo o processo assistencial, desde a admissão à alta correspondente ao período de internamento domiciliário. Define e concretiza em relação a cada doente, um plano individual

de cuidados em articulação com a equipa clínica hospitalar que acompanhou o doente até ao momento da hospitalização domiciliária (DGS, 2018).

Tendo em consideração os objetivos específicos estabelecidos para o estágio, foram desenvolvidas diversas atividades no serviço de internamento pediátrico, destacando-se a situação clínica de uma criança de 7 anos, submetida a um procedimento potencialmente doloroso, pela relevância da intervenção de enfermagem realizada. A gestão adequada da dor em contexto pediátrico constitui um aspeto fundamental para a promoção do bem-estar da criança e para a prevenção de experiências negativas associadas aos cuidados de saúde (WHO, 2012).

Durante o estágio, tive a oportunidade de acompanhar e participar na prestação de cuidados a uma criança de 7 anos, internada para tratamento de uma patologia infecciosa, que necessitava de um procedimento invasivo, nomeadamente a punção venosa periférica para colheita de sangue e administração de terapêutica intravenosa.

Antes da realização do procedimento, foi realizada uma avaliação do estado emocional da criança, tendo-se verificado sinais de ansiedade e receio diante do procedimento. Neste contexto, foram aplicadas estratégias de preparação e controlo da dor adequadas à idade e ao nível de desenvolvimento da criança, com o objetivo de reduzir o medo, a ansiedade e a perceção de dor, conforme recomendado na literatura sobre cuidados pediátricos (AmericanAcademy of Pediatrics, 2016).

Inicialmente, foi realizada uma explicação simples e adequada à idade da criança, utilizando linguagem clara e acessível, de modo a promover a compreensão do procedimento. Foi igualmente incentivada a presença e participação da mãe, proporcionando segurança emocional e apoio à criança durante todo o processo. O envolvimento da família nos cuidados é considerado um princípio fundamental dos cuidados de saúde centrados na criança e na família (DGS, 2018).

Como estratégias não farmacológicas de alívio da dor e distração, foram utilizadas técnicas de distração, nomeadamente a visualização de um vídeo num dispositivo móvel e a respiração profunda orientada, incentivando a criança a inspirar e expirar lentamente durante a realização da punção. Estas estratégias têm demonstrado eficácia na redução da dor e da ansiedade durante procedimentos invasivos em crianças (WHO, 2012).

Paralelamente, foi aplicada medicação tópica anestésica, conforme o protocolo do serviço, com o objetivo de reduzir a dor associada à punção venosa. Durante o procedimento,

manteve-se uma comunicação terapêutica contínua, reforçando comportamentos positivos e tranquilizando a criança.

Após a realização do procedimento, foi efetuado um reforço positivo, elogiando a colaboração da criança e validando o seu esforço, o que contribuiu para promover uma experiência mais positiva e aumentar a confiança em futuros cuidados de saúde.

Esta intervenção permitiu desenvolver competências na gestão da dor em contexto pediátrico, na utilização de estratégias de distração e comunicação terapêutica, bem como na inclusão da família como elemento fundamental no cuidado à criança hospitalizada, princípios essenciais na prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (DGS, 2018).

6.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O último estágio iniciou-se no dia 9 de dezembro de 2025 e terminou no dia 30 de janeiro de 2026. Este estágio foi realizado no Serviço de Neonatologia, nos Cuidados Intensivos e Intermédios. O objetivo geral foi o aprofundamento do conhecimento e das competências na gestão da dor.

No cuidado intensivo neonatal, são internados bebés em estado grave, que necessitam de vigilância contínua e suporte avançado de vida. Entre estes incluem-se recém-nascidos prematuros extremos, nomeadamente com idade gestacional inferior a 32 semanas ou peso inferior a 1500 gramas, bem como recém-nascidos com insuficiência respiratória grave, choque, sepsis, cardiopatias congénitas ou malformações congénitas que exigem cuidados altamente especializados (WHO, 2013).

Neste serviço são realizados cuidados diferenciados que incluem monitorização contínua dos sinais vitais, ventilação mecânica invasiva, administração de terapêutica endovenosa e utilização de cateteres venosos centrais, entre outras intervenções necessárias para garantir a estabilidade clínica do recém-nascido (American Academy of Pediatrics, 2012).

Por outro lado, nos cuidados intermédios neonatais, são internados recém-nascidos clinicamente mais estáveis ou em fase de recuperação, que ainda necessitam de vigilância e cuidados hospitalares especializados. Neste grupo incluem-se prematuros moderados, recém-nascidos que já foram desmamados da ventilação mecânica, bebés que necessitam de oxigenoterapia de baixo fluxo e aqueles que apresentam dificuldades na alimentação, necessitando temporariamente de alimentação por sonda (WHO, 2013).

Neste contexto, os cuidados prestados pelos profissionais de saúde caracterizam-se por uma monitorização menos intensiva em comparação à unidade de cuidados intensivos, sendo dada maior ênfase ao ganho ponderal, à alimentação adequada e ao desenvolvimento do recém-nascido. Paralelamente, valoriza-se a educação e a capacitação dos pais para os cuidados ao bebé, incentivando-se práticas como o método canguru, que promove o contacto pele a pele entre o recém-nascido e os pais, favorecendo o vínculo afetivo, a estabilidade fisiológica e o sucesso do aleitamento materno (UNICEF, 2021).

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) orienta a sua prática segundo a filosofia dos cuidados centrados na família, reconhecendo os pais como parceiros fundamentais no processo de cuidado. Esta abordagem favorece o fortalecimento do vínculo afetivo, contribui para o bem-estar do recém-nascido e promove uma experiência de internamento mais humanizada (DGS, 2013).

Os cuidados neuroprotetores são um conjunto de medidas que visam prevenir lesões cerebrais e favorecer o desenvolvimento neurológico de prematuros e recém-nascidos. No contexto dos cuidados neonatais, é fundamental considerar o controlo do ambiente, incluindo a redução de ruídos, a iluminação adequada, o ajuste de alarmes e a utilização de um tom de voz baixo. O objetivo é evitar o stress, as flutuações da pressão intracraniana e reduzir a sobrecarga sensorial (Palić, I., &Palić, D., 2025).

O posicionamento adequado do bebé e a redução de manipulações desnecessárias também são essenciais. Além disso, o controlo da dor deve ser priorizado, recorrendo a medidas não farmacológicas, como contenção, método canguru, sucção não nutritiva e o uso de sacarose. A estabilidade fisiológica, incluindo respiração, hemodinâmica e temperatura, deve ser cuidadosamente mantida. Quanto à nutrição, deve-se dar preferência ao leite materno, sempre que possível (Lockridge, T., 2017).

Relativamente aos objetivos específicos estabelecidos para o estágio, foram desenvolvidas diversas atividades no serviço de Neonatologia, destacando-se a situação clínica de um recém-nascido submetido a um procedimento potencialmente doloroso, que exigiu a implementação de intervenções de enfermagem direcionadas à avaliação e gestão da dor, bem como à promoção do conforto e do bem-estar do recém-nascido (WHO, 2012).

No serviço de Neonatologia, tive a oportunidade de participar na prestação de cuidados a um recém-nascido internado, que necessitou de um procedimento potencialmente doloroso,

nomeadamente a colheita de sangue capilar para monitorização laboratorial, procedimento frequente no contexto neonatal.

Assim, previamente à colheita, foi administrada solução de sacarose por via oral, conforme o protocolo do serviço, estratégia frequentemente utilizada em contexto neonatal devido ao seu efeito analgésico durante procedimentos de curta duração (CanadianPaediatricSociety, 2020). Paralelamente, foi promovido o contato pele a pele com a mãe, sempre que possível, o que favoreceu a sensação de segurança e conforto para o recém-nascido (WHO, 2017).

Durante o procedimento, foram igualmente aplicadas estratégias não farmacológicas, como a contenção facilitadora, permitindo manter o recém-nascido numa posição flexionada e confortável, e a sucção não nutritiva, através da utilização de chupeta, contribuindo para a redução da perceção da dor (AmericanAcademy of Pediatrics, 2016).

Após a realização da técnica, foi mantida a monitorização dos sinais comportamentais e fisiológicos do recém-nascido, observando-se a presença de choro, alterações da frequência cardíaca ou expressões faciais indicativas de desconforto. Foi ainda promovido um ambiente tranquilo e com redução de estímulos externos, facilitando a recuperação e o conforto do recém-nascido (WHO, 2012).

Complementarmente, elaborei a seguinte **reflexão sobre o envolvimento dos pais nos cuidados de saúde**: comparação entre Portugal e Guiné-Bissau.

O envolvimento dos pais nos cuidados de saúde constitui um elemento fundamental para a promoção da saúde, prevenção da doença e melhoria dos resultados clínicos, especialmente no contexto dos cuidados prestados à criança e à família (WHO, 2020).

A participação ativa da família no processo terapêutico contribui para uma maior adesão aos tratamentos, melhoria da comunicação com os profissionais de saúde e fortalecimento do vínculo entre pais e filhos.

O objetivo desta reflexão consiste em partilhar com as enfermeiras de Portugal a minha experiência na prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido na Guiné-Bissau, estabelecendo uma comparação entre os dois contextos de prestação de cuidados.

Na Guiné-Bissau, o sistema de saúde enfrenta diversos desafios estruturais, organizacionais e socioeconómicos, nomeadamente a escassez de recursos humanos qualificados, limitações ao nível de equipamentos e materiais, bem como dificuldades de acesso aos serviços de saúde, sobretudo nas zonas rurais. Estas limitações são frequentemente

agravadas por níveis reduzidos de literacia em saúde na população, o que pode dificultar a compreensão das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde e comprometer a adoção de práticas preventivas (UNICEF, 2021).

Neste contexto, o papel dos pais nos cuidados de saúde das crianças é muitas vezes influenciado por fatores culturais e sociais. Em muitas famílias, particularmente nas zonas rurais, persistem práticas tradicionais de cuidado e tratamento, sendo que a responsabilidade pelos cuidados das crianças recai predominantemente sobre as mães ou outras figuras femininas da família, como avós ou tias.

Apesar destas limitações, observa-se que, quando os pais acompanham os filhos às unidades de saúde, demonstram preocupação, envolvimento emocional e disponibilidade para colaborar com os profissionais de saúde. No entanto, a sua participação ativa nos cuidados pode ser limitada pela falta de conhecimentos específicos ou pela perceção de que o profissional de saúde é o principal detentor do saber.

Em Portugal, por sua vez, o envolvimento dos pais nos cuidados de saúde da criança é amplamente incentivado e integrado no modelo de prestação de cuidados. O sistema de saúde português promove uma abordagem centrada na família, reconhecendo os pais como parceiros fundamentais no processo de tomada de decisão e na implementação dos cuidados (DGS, 2018). Neste contexto, os pais são encorajados a participar ativamente, colocando questões, expressando preocupações e adquirindo competências que lhes permitam cuidar adequadamente dos seus filhos.

A comparação entre os dois contextos evidencia que as diferenças observadas não se devem exclusivamente à disponibilidade de recursos, mas também às conceções culturais sobre o papel dos profissionais de saúde e das famílias no processo de cuidado. Enquanto em Portugal se privilegia uma relação de parceria entre profissionais e famílias, na Guiné-Bissau ainda predomina, em muitos contextos, uma relação mais hierarquizada, em que o profissional de saúde é visto como a principal autoridade no processo terapêutico (WHO, 2018).

Aprendizagens do estágio aplicáveis ao contexto da Guiné-Bissau

Durante o Estágio de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório realizado nos contextos de urgência pediátrica, internamento e neonatologia, adquirir conhecimentos e competências que poderão ser adaptados e integrados nos cuidados de saúde na Guiné-Bissau, respeitando as especificidades culturais e os recursos disponíveis.

No contexto da urgência pediátrica, uma das aprendizagens mais relevantes foi a importância da avaliação rápida e sistematizada da criança, através da observação do estado geral, monitorização dos sinais vitais e identificação precoce de sinais de alarme. Esta abordagem permite uma intervenção atempada e eficaz, sendo particularmente relevante em contextos com recursos limitados (WHO, 2013).

Outra competência adquirida foi a importância da priorização dos casos através da triagem, garantindo que as situações mais graves recebem atendimento prioritário. Nos serviços de saúde da Guiné-Bissau, frequentemente sobrecarregados, a implementação de sistemas simples de triagem poderá contribuir para uma melhor organização dos cuidados e para a redução da mortalidade infantil.

No contexto de internamento pediátrico, uma das aprendizagens mais significativas foi a importância da continuidade dos cuidados e da monitorização diária da evolução clínica da criança. A observação clínica sistemática permite identificar precocemente sinais de agravamento ou complicações, facilitando a intervenção precoce.

Outro aspeto fundamental foi a educação dos pais durante o internamento, nomeadamente através da explicação do diagnóstico, do plano terapêutico, dos sinais de alerta e dos cuidados a manter após a alta. A educação para a saúde constitui uma estratégia essencial para a prevenção da doença e promoção da saúde, particularmente em contextos onde o acesso aos serviços de saúde é limitado.

Durante o estágio, foi também reforçada a importância da prevenção e controlo de infeções, através de medidas simples como a higienização das mãos, utilização adequada de luvas e desinfeção do material clínico. Estas práticas, embora simples e de baixo custo, apresentam um impacto significativo na redução das infeções associadas aos cuidados de saúde (WHO, 2009).

No contexto da neonatologia, uma das aprendizagens mais marcantes foi a implementação de cuidados neuroprotetores ao recém-nascido, incluindo o controlo do ambiente, posicionamento adequado, controlo da dor, manutenção da estabilidade fisiológica e promoção da alimentação adequada.

Destaca-se igualmente a importância do método canguru, especialmente em recém-nascidos prematuros ou de baixo peso. Esta intervenção apresenta benefícios comprovados, como a regulação térmica, o fortalecimento do vínculo entre mãe e bebé e a promoção do aleitamento materno (WHO, 2018).

Outra aprendizagem essencial foi a promoção do aleitamento materno exclusivo, reconhecido como a forma ideal de alimentação do recém-nascido, contribuindo para a redução da mortalidade infantil e para a melhoria do desenvolvimento infantil, especialmente em contextos com acesso limitado a água potável e fórmulas infantis seguras (UNICEF, 2021).

Por fim, foi também valorizada a importância de capacitar os pais para reconhecer sinais de perigo no recém-nascido, como dificuldade respiratória, febre, recusa alimentar ou alterações da coloração da pele, permitindo uma procura atempada de cuidados de saúde.

De forma geral, as principais aprendizagens do estágio que podem ser integradas nos cuidados de saúde da Guiné-Bissau incluem:

- Importância da avaliação clínica sistemática da criança
- Implementação de sistemas simples de triagem
- Envolvimento ativo dos pais nos cuidados
- Educação para a saúde como estratégia de prevenção
- Promoção do aleitamento materno
- Utilização do método canguru
- Reforço das medidas básicas de controlo de infeções

7. ANÁLISE REFLEXIVA E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS

O percurso formativo do Mestrado em Enfermagem em Associação incluiu dois períodos distintos de estágio clínico. O primeiro decorreu entre 22 de abril e 20 de junho de 2025, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). O segundo, correspondente ao Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório, teve lugar entre 15 de setembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026, abrangendo três contextos clínicos diferentes: um Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), um Internamento de Pediatria (IP) e uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Este caminho foi organizado com o objetivo de desenvolver as competências comuns, privilegiando uma abordagem científica, reflexiva e centrada na criança/jovem e na sua família. Definiu-se como objetivo geral o aprofundamento de conhecimentos e o desenvolvimento de competências na gestão da dor em crianças em idade pré-escolar, promovendo a articulação entre a teoria, a evidência científica e a prática clínica.

A aquisição de competências exigiu a integração dinâmica entre “saber, saber-fazer e saber-ser”, tal como conceptualizado por quem entende a competência como a capacidade de mobilizar recursos pessoais e contextuais na resolução eficaz de situações profissionais complexas (LeBoterf, 2003).

7.1. Desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista

O desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) constitui um processo contínuo, dinâmico e reflexivo, sustentado na prática clínica baseada na evidência e orientado para a excelência dos cuidados. Estas competências são transversais a todos os contextos de atuação e integram dimensões fundamentais como a capacitação dos utentes e famílias, a formação e supervisão de profissionais, a liderança clínica, a tomada de decisão ética e a incorporação da investigação na prática. Assim, o EE assume um papel determinante na promoção da qualidade e segurança dos cuidados, contribuindo ativamente para a melhoria contínua dos sistemas de saúde (OE, 2019).

As competências comuns do EE organizam-se em quatro domínios, cuja aquisição foi progressivamente consolidada ao longo dos estágios em cuidados de saúde primários, urgência pediátrica, internamento pediátrico e neonatologia, tendo como foco transversal a avaliação e o alívio da dor na criança pré-escolar.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o desenvolvimento de competências manifestou-se na garantia do direito da criança ao controlo adequado da dor, reconhecido como um imperativo ético e legal. Em cuidados de saúde primários, foi possível promover a literacia parental, à identificação precoce de sinais de dor e estratégias não farmacológicas, como o conforto e a distração. Na urgência pediátrica, este domínio foi particularmente desafiante, exigindo decisões rápidas e fundamentadas para o alívio da dor aguda, muitas vezes associada a procedimentos invasivos. Já no internamento pediátrico, destacou-se a importância da defesa da criança como sujeito de direitos, assegurando a implementação sistemática de escalas de avaliação da dor adequadas à idade, como a FLACC. Em neonatologia, embora centrado no recém-nascido, este domínio permitiu reforçar a importância da prevenção da dor desde fases precoces, reconhecendo o impacto a longo prazo das experiências dolorosas não tratadas (International Association for the Study of Pain, 2020).

Inserido numa área de cuidados diferenciados, em que a intervenção se centra na parceria criança/jovem e família, destaca-se a importância de uma abordagem integral e centrada na pessoa. Neste âmbito, verifica-se o cumprimento dos princípios estabelecidos na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, nomeadamente no que respeita ao direito à proteção, à informação adequada e à participação da família no processo de cuidados. Estes princípios orientadores contribuem para a humanização dos cuidados de saúde e para a promoção do bem-estar da criança e da sua família (Lévy, 1996).

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o EE desenvolveu competências na utilização da evidência científica para sustentar intervenções eficazes no controlo da dor. Nos cuidados de saúde primários, a educação para a saúde baseada em evidências contribuiu para capacitar os cuidadores na gestão da dor em contexto domiciliário. Na urgência pediátrica, a aplicação de protocolos institucionais para analgesia e sedação procedimental demonstrou-se fundamental para a padronização dos cuidados. No internamento pediátrico, a monitorização sistemática da dor e a reavaliação das intervenções permitiram ajustar as estratégias terapêuticas, promovendo ganhos em saúde. Em neonatologia, a implementação de medidas como a sucção não nutritiva e o método canguru evidenciou a importância de intervenções não farmacológicas na redução da dor (International Association for the Study of Pain, 2020).

No domínio da gestão dos cuidados, o desenvolvimento de competências incidiu na capacidade de planear, organizar e coordenar intervenções individualizadas orientadas para o alívio da dor pediátrica, sustentadas numa abordagem integrada e centrada na criança e na

família. Em contexto de cuidados de saúde primários, evidenciou-se a relevância da articulação com a família, enquanto elemento estruturante do plano de cuidados, reconhecendo-se o seu papel na monitorização, na implementação de estratégias de alívio da dor e na promoção do conforto da criança (DGS, 2013).

No serviço de urgência pediátrica, a gestão da dor exigiu uma atuação célere e eficaz, assente na priorização clínica e na combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, de acordo com a intensidade da dor e a condição clínica da criança. Esta abordagem integrada permite uma resposta mais eficaz e humanizada, reduzindo o sofrimento e promovendo melhores resultados em saúde (WHO, 2012).

Em contexto de internamento pediátrico, destacou-se a importância da continuidade dos cuidados, assegurando a consistência das intervenções ao longo do tempo e a articulação entre os diferentes profissionais de saúde. A abordagem multidisciplinar revelou-se essencial para garantir uma avaliação sistemática da dor e a adequação das estratégias terapêuticas às necessidades específicas da criança (International Association for the Study of Pain, 2020).

Na área da neonatologia, a complexidade e a especificidade dos cuidados implicaram vigilância contínua e a integração sistemática de estratégias preventivas e terapêuticas da dor nos cuidados de rotina. A evidência científica demonstra que a dor neonatal, frequentemente subvalorizada, requer uma abordagem proativa, com recurso a intervenções adequadas à idade e ao estado clínico do recém-nascido (International Association for the Study of Pain, 2020).

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o percurso formativo revelou-se determinante para a consolidação de uma prática clínica reflexiva, crítica e sustentada na melhor evidência científica disponível, com particular enfoque na abordagem à dor em idade pediátrica. Este processo implicou não apenas a aquisição de conhecimentos teóricos, mas também a sua mobilização em contexto clínico, promovendo uma tomada de decisão fundamentada, segura e centrada na criança e na família (International Council of Nurses, 2021).

A pesquisa autónoma e sistemática da evidência, aliada à participação em momentos formativos e à reflexão crítica sobre as práticas desenvolvidas, constituiu pilares essenciais para o desenvolvimento de competências diferenciadas. Estas estratégias favoreceram a capacidade de análise, de problematização e de adaptação das intervenções às necessidades específicas de cada situação clínica, em consonância com os princípios da prática baseada na evidência (WHO, 2012).

Adicionalmente, em todos os contextos de prática, o enfermeiro especialista desempenhou um papel ativo na sensibilização das equipas para a importância da avaliação sistemática da dor como quinto sinal vital, promovendo a adoção de práticas consistentes e centradas na criança. Esta intervenção contribuiu para o fortalecimento de uma cultura de cuidados humanizados, orientados para a minimização do sofrimento e a promoção do bem-estar da criança e da sua família (DGS, 2013).

7.2. Desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

O desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) assenta numa prática clínica especializada, diferenciada e centrada nas necessidades da criança e da sua família, enquanto unidade indissociável de cuidados. Este modelo conceptual reconhece a criança no seu contexto de desenvolvimento biopsicossocial, valorizando o papel da família como elemento essencial no processo de cuidar, na tomada de decisão e promoção da saúde (OE, 2018).

A área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica abrange o acompanhamento da criança desde o nascimento até aos 18 anos menos um dia. Este alargamento visa garantir uma transição segura, progressiva e adaptada aos cuidados de saúde de adultos, promovendo a autonomia e a continuidade dos cuidados (OE, 2018).

Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) desenvolve um conjunto de competências especializadas que lhe permitem responder, de forma eficaz, diferenciada e contextualizada, às necessidades da criança e da família ao longo das diferentes etapas do ciclo de desenvolvimento. A sua intervenção assenta numa abordagem integrada, com enfoque na promoção da saúde, na prevenção da doença, na gestão da doença aguda e crónica e no suporte à família enquanto unidade de cuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No contexto dos cuidados de saúde primários, foram desenvolvidas competências no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença e vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. A participação nas consultas de enfermagem permitiu aplicar os princípios do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e do Programa Nacional de Vacinação, contribuindo para a deteção precoce de alterações e para a educação para a saúde dos pais (DGS, 2013).

Foram também implementadas estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante a administração de vacinas, promovendo o conforto da criança e a capacitação dos pais. Este contexto permitiu reforçar competências comunicacionais, de educação no tratamento e de cuidado centrado na família (DGS, 20213).

Por outro lado, desenvolveu-se uma participação ativa na avaliação clínica da criança, com recurso a instrumentos validados, nomeadamente à escala de desenvolvimento de Mary Sheridan, amplamente utilizada na vigilância do desenvolvimento infantil. Esta avaliação foi complementada pelo acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento dos lactentes, através da monitorização de parâmetros antropométricos, como o peso, a estatura e o perímetro cefálico, fundamentais para a deteção precoce de alterações no padrão de crescimento (DGS, 2013).

Paralelamente, foram desenvolvidas competências no âmbito da promoção da saúde infantil, incluindo a monitorização da amamentação, a realização do exame físico e a prestação de aconselhamento aos pais e cuidadores. A capacitação parental assumiu-se como um eixo central da intervenção, contribuindo para a adoção de práticas promotoras de saúde e para o fortalecimento das competências parentais, fundamentais ao desenvolvimento saudável da criança (WHO, 2018).

No domínio da promoção do crescimento e desenvolvimento infantis, foram desenvolvidas competências na avaliação sistemática e contínua do desenvolvimento da criança, com o recurso a instrumentos validados e à observação clínica estruturada. Esta avaliação possibilita a identificação precoce de desvios ao desenvolvimento esperado, permitindo a implementação atempada de intervenções adequadas e a referenciação, quando necessário (DGS, 2013).

Em contexto de cuidados de saúde primários, estas competências assumiram particular relevância no âmbito da vigilância da saúde infantil, destacando-se a capacitação de pais e cuidadores para a adoção de práticas promotoras de um desenvolvimento saudável. A educação para a saúde, o reforço de competências parentais e o acompanhamento contínuo da criança constituíram estratégias fundamentais para a promoção do bem-estar infantil.

A articulação com a família revelou-se um elemento central na prestação de cuidados, especialmente na abordagem à criança em idade pré-escolar, em que o brincar, a comunicação e o contexto familiar desempenham papel determinante no desenvolvimento global, no bem-estar emocional e na forma como a criança experimenta e expressa a dor. Esta perspetiva

reforça a importância de cuidados centrados na família, reconhecendo-a como parceira ativa no processo terapêutico e na promoção da saúde da criança (WHO, 2018).

No âmbito da gestão da doença e da dor, foram desenvolvidas competências diferenciadas na avaliação e na intervenção, ajustadas à idade e ao nível de desenvolvimento da criança. Na urgência pediátrica, destacou-se a capacidade de resposta rápida e eficaz perante situações de dor aguda, utilizando escalas apropriadas e integrando intervenções farmacológicas e não farmacológicas. No internamento pediátrico, a continuidade dos cuidados permitiu a monitorização sistemática da dor e a adaptação do plano terapêutico. Em neonatologia, reforçou-se a importância da prevenção da dor e do uso de estratégias, como o contacto pele a pele e a minimização de estímulos nocivos.

Relativamente à parceria com a família, foram desenvolvidas competências em comunicação terapêutica, educação para a saúde e envolvimento dos cuidadores no processo de cuidado. Em todos os contextos, a capacitação parental foi valorizada como estratégia fundamental para a gestão da dor, especialmente em crianças pré-escolares, cuja expressão da dor é frequentemente mediada pelo comportamento e pela interação com os cuidadores. A promoção de uma relação de confiança permitiu melhorar a adesão às intervenções e reduzir o medo da criança e da família (International Council of Nurses, 2021).

No serviço de urgência pediátrica, foi possível desenvolver competências na avaliação rápida e sistematizada da criança em situação aguda, priorizando cuidados de acordo com a gravidade clínica. A atuação neste contexto exigiu capacidade de tomada de decisão, gestão do tempo e trabalho em equipa multidisciplinar.

Foi dada especial atenção à avaliação e controlo da dor, através da utilização de escalas apropriadas à idade e da implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas. A prática desenvolvida neste contexto está alinhada com a necessidade de uma resposta eficaz e humanizada às situações de urgência, garantindo a segurança e o bem-estar da criança.

No internamento pediátrico, as competências desenvolvidas centraram-se na prestação de cuidados contínuos e individualizados a crianças com algumas patologias. Foi possível participar na monitorização clínica, administração terapêutica, gestão da dor e apoio emocional à criança e à família.

A prática neste contexto permitiu consolidar o modelo de cuidados centrados na família, promovendo a participação ativa dos pais no processo de cuidados e reforçando a importância da humanização dos serviços de saúde (WHO, 2018).

No contexto da neonatologia, nomeadamente na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, foram desenvolvidas competências específicas na prestação de cuidados altamente diferenciados ao recém-nascido, incluindo prematuros e neonatos em situação crítica. A intervenção centrou-se na monitorização clínica, na implementação de cuidados de desenvolvimento e na gestão da dor, recorrendo a estratégias não farmacológicas como contenção, sucção não nutritiva e contacto pele a pele. Foi também promovida a participação dos pais nos cuidados, de acordo com a filosofia dos cuidados centrados na família.

Este contexto exigiu elevado rigor técnico, capacidade de observação e tomada de decisão, bem como sensibilidade na comunicação com a família em situações de elevada vulnerabilidade (DGS, 2012).

No domínio da transição e continuidade de cuidados, foram identificadas competências necessárias para a articulação eficaz entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, assegurando uma resposta integrada, contínua e centrada nas necessidades da criança e da família. Esta articulação implica a partilha estruturada de informação, a coordenação entre equipas multidisciplinares e a promoção de estratégias que garantam a segurança e a qualidade dos cuidados ao longo do percurso assistencial (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Por fim, o desenvolvimento destas competências específicas foi sustentado por uma prática reflexiva, crítica e baseada na evidência científica, permitindo intervir de forma autónoma, fundamentada e eticamente responsável. A integração dos diferentes contextos de estágio contribuiu significativamente para a consolidação de uma identidade profissional especializada, orientada para a excelência dos cuidados, a segurança do doente e a humanização da prática clínica, tendo sempre como foco central a criança e a sua família (WHO, 2018).

7.3. Desenvolvimento das competências de Mestre

O estágio constituiu um elemento central no desenvolvimento de competências de mestre, permitindo a integração de conhecimentos teóricos, científicos e técnicos em diferentes contextos da prática clínica.

O desenvolvimento das competências de Mestre, conforme preconizado pela Direção-Geral do Ensino Superior, assentou na mobilização integrada de conhecimentos, capacidades

e atitudes ao longo dos diferentes contextos de estágio: Cuidados de Saúde Primários, Urgência Pediátrica, Internamento Pediátrico e Neonatologia. Estes contextos proporcionam oportunidades diversificadas para a aquisição de competências avançadas, nomeadamente ao nível da tomada de decisão fundamentada, pensamento crítico, autonomia e responsabilidade profissional, particularmente no âmbito da avaliação e gestão da dor na criança em idade pré-escolar, considerada um direito fundamental e um indicador de qualidade dos cuidados (International Association for the Study of Pain, 2020 & WHO, 2012).

Ao longo dos estágios, demonstrei a capacidade de aplicar conhecimentos aprofundados e atualizados na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, com especial enfoque na dor enquanto fenómeno multidimensional.

Em Cuidados de Saúde Primários, mobilizei conhecimentos na vigilância do crescimento e desenvolvimento, bem como na prevenção e alívio da dor associada a procedimentos, recorrendo a estratégias não farmacológicas, como a amamentação e a distração, reconhecidas como eficazes (WHO, 2012).

Na Urgência Pediátrica, apliquei conhecimentos em situações agudas, assegurando a avaliação sistemática da dor como quinto sinal vital, com recurso a escalas validadas, promovendo intervenções atempadas e eficazes (Batalha, 2010).

No Internamento Pediátrico e na Neonatologia, evidenciei compreensão aprofundada de situações clínicas complexas, integrando conhecimento científico com a prática, particularmente na utilização de intervenções farmacológicas e não farmacológicas adequadas à idade e condição clínica.

Os diferentes contextos permitiram o desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas em situações imprevisíveis e complexas, frequentemente associadas à dor aguda ou persistente. Na Urgência Pediátrica, enfrentei situações de elevada pressão, exigindo decisões rápidas para o controlo da dor, prevenindo consequências fisiológicas e psicológicas negativas (WHO, 2012).

Em Neonatologia, lidei com recém-nascidos em situação crítica, onde a dor é frequentemente subavaliada, exigindo a interpretação de sinais comportamentais e fisiológicos subtis (International Association for the Study of Pain, 2020). Nos Cuidados de Saúde Primários, a gestão da dor em contextos familiares complexos exigiu uma abordagem holística, centrada na criança e família, promovendo estratégias de capacitação parental.

A integração de múltiplas fontes de informação foi essencial para a tomada de decisão clínica, nomeadamente evidência científica, protocolos institucionais e julgamento clínico.

Em todos os contextos, a gestão da dor foi orientada por boas práticas e normas internacionais, assegurando intervenções seguras e eficazes. No Internamento Pediátrico, participei na elaboração e adaptação de planos de cuidados. Individualizados, integrando a avaliação contínua da dor e a eficácia das intervenções implementadas (WHO, 2012).

A tomada de decisão considerou também implicações éticas, nomeadamente o dever de prevenir e aliviar o sofrimento, reconhecendo a dor como uma experiência subjetiva e individual (IASP, 2020).

Desenvolvi competências de comunicação eficaz com crianças, famílias e equipas multidisciplinares, fundamentais na avaliação e gestão da dor.

Nos Cuidados de Saúde Primários, adaptei a comunicação aos diferentes níveis de desenvolvimento e literacia em saúde, promovendo o envolvimento dos pais na gestão da dor. Na Urgência e Internamento Pediátrico, comuniquei de forma clara e assertiva em contextos de stress, assegurando a continuidade dos cuidados. Em Neonatologia, estabeleci uma comunicação empática com os pais, promovendo o seu envolvimento em estratégias de alívio da dor, como o contacto pele a pele, reconhecido como benéfico (WHO, 2012).

Ao longo do percurso, demonstrei autonomia na procura contínua de conhecimento, particularmente na área da dor pediátrica, recorrendo a literatura científica atualizada e refletindo criticamente sobre a prática. A dor, enquanto área em constante evolução, exigiu atualização contínua de conhecimentos e adaptação às melhores evidências disponíveis e a reflexão sistemática sobre a prática permitiu identificar oportunidades de melhoria e consolidar competências avançadas (Polit&Beck, 2021).

Evidenciei progressiva autonomia na prestação de cuidados, sustentada por responsabilidade profissional e princípios éticos. A gestão da dor implicou o reconhecimento do direito da criança ao alívio do sofrimento, exigindo uma atuação ética e centrada no doente. Em todos os contextos, atuei com consciência dos limites da minha competência, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados (IASP, 2020).

Por fim, em diferentes contextos de estágio foram determinantes para o desenvolvimento integrado das competências de Mestre, permitindo consolidar uma prática clínica avançada, crítica e reflexiva. A gestão da dor constituiu um eixo transversal, reforçando a importância de intervenções baseadas na evidência, centradas na criança e

família, e orientadas para a excelência dos cuidados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

8. CONCLUSÃO

Este trabalho constituiu um momento fundamental no percurso formativo no âmbito do Mestrado em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foi possível consolidar conhecimentos teóricos, desenvolver competências clínicas especializadas e aprofundar o tema do trabalho.

A gestão da dor nas crianças em idade pré-escolar revelou-se particularmente relevante, considerando a complexidade da avaliação da dor nesta faixa etária e a necessidade de estratégias adequadas para a sua prevenção e controlo.

A análise da literatura científica, aliada à observação sistemática da prática clínica, evidenciou que a dor na criança permanece, em diversos contextos, subvalorizada e insuficientemente avaliada. Esta constatação reforça a necessidade de investir na formação contínua das equipas de saúde, na implementação de protocolos estruturados e na adoção de guias de boas práticas que sustentem uma intervenção clínica consistente, segura e baseada na evidência.

A conceção e desenvolvimento do projeto constituíram um espaço privilegiado de reflexão crítica sobre estratégias de avaliação e gestão da dor em idade pediátrica, integrando abordagens farmacológicas e não farmacológicas. Este processo contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, promovendo intervenções mais eficazes, individualizadas e centradas na criança e na sua família. Simultaneamente, permitiu aprofundar a consciência do papel do enfermeiro especialista enquanto agente ativo na promoção de práticas clínicas fundamentadas na evidência científica.

Enquanto estudante internacional oriundo da Guiné-Bissau, este percurso formativo assume um significado acrescido, na medida em que os conhecimentos e competências adquiridos poderão ser mobilizados para a melhoria dos cuidados de saúde no contexto de origem. Considerando os desafios ainda existentes, nomeadamente no que respeita ao acesso aos cuidados, à limitação de recursos e à elevada prevalência de patologias associadas à dor, como o paludismo, torna-se evidente a relevância da transferência de conhecimento e da adaptação de boas práticas à realidade local.

Face ao exposto, considera-se que os objetivos inicialmente delineados foram alcançados, tendo o estágio contribuído de forma significativa para o desenvolvimento

peçoal, académico e profissional. A aquisição de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica reforça o compromisso com uma prática clínica humanizada, segura e de elevada qualidade, centrada nas necessidades da criança e da família.

Por fim, este percurso formativo constituiu um marco importante no desenvolvimento profissional contínuo, incentivando a procura permanente de conhecimento, a reflexão crítica sobre a prática e a consolidação de uma enfermagem especializada, ética e sustentada na melhor evidência científica disponível.

9.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfiyanti, D., Pohan, V., Arief, Y., &Krisnana, I. (2025). Effect of Kids Pain Care E-Booklet on Mothers' Pain Management Practices.. Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2025.09.013>.

American Academy of Pediatrics. (2012). Levels of neonatal care. *Pediatrics*, 130(3), 587–597. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1999>

American Academy of Pediatrics. (2016). Prevention and management of procedural pain in the neonate: An update. *Pediatrics*, 137(2), e20154271. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4271>.

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

Batalha, L. (2016) *Avaliação da dor*. Coimbra: ESEnfC; 2016 (Manual de estudo – versão 1)

Bekir, H. (2020). Early child development. In *Advances in medical diagnosis, treatment, and care*. IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-2952-2.ch010>

Benini, F., &Pavanello, M. (2015). Non-pharmacological strategies for pain management in pediatric patients. *Italian Journal of Pediatrics*, 41(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s13052-015-0117-6>

Blum, R. W., et al. (1993). Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. *Journal of Adolescent Health*, 14(7), 570–576.

Canadian Paediatric Society. (2020). Managing pain in newborns: A multidimensional approach. *Paediatrics& Child Health*, 25(5), 307–311.

Coyne, I., Hallström, I., &Söderbäck, M. (2018). Reframing the focus of family-centred care in paediatric healthcare. *Journal of ChildHealthCare*, 22(3), 494–502.

Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto (2022). Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República 1.ª série*, n.º 150,p.20.

DGS. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Circular normativa nº014/2010. Ministério da Saúde.

DGS. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Circular normativa 022/2012. Ministério da Saúde

DGS (2013). Programa nacional de saúde infantil e juvenil.

DGS. (2017). Plano Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde.

DGS. (2020). Programa Nacional de Vacinação. Norma 018/2020. Ministério da Saúde.

Friedrichsdorf, S., & Goubert, L. (2019). Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children. *PainReports*, 5. <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000804>.

Guimarães, H., Pinto, C., & Morais, T. (2021). *Cuidados de enfermagem pediátrica: princípios e práticas baseadas em evidências*. Porto: Edições Universidade do Porto.

Ickmans, K., Rheel, E., Rezende, J., & Reis, F. (2022). Spreading the word: pediatric pain education from treatment to prevention. *Archives of Physiotherapy*, 12. <https://doi.org/10.1186/s40945-022-00151-4>.

Instituto Nacional de Saúde Pública: Inquérito Nacional sobre indicadores do paludismo (MIS-2017) na Guiné-Bissau

International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP guidelines on pain management in children*.

International Council of Nurses. (2021). Nurses: A voice to lead – Health is a human right – Access, investment and economic growth (International Nurses Day Report 2021). Geneva, Switzerland: ICN. ISBN: 978-92-95099-88-3.

Johnston, J., Schatz, J., Bills, S., Frye, B., & Carrara, G. (2023). Preschool Pain Management Program for Young Children with Sickle Cell Disease: A Pre-Post Feasibility Study.. *Journal of pediatric psychology*. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsac096>.

Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (2003). *Application of comfort theory in pediatric nursing*. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(2), 99–106. <https://doi.org/10.1053/jpdn.2003.10>

Levy, J. (1996). *Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada*. Instituto de Apoio à Criança.

Le Boterf, G. (2003). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris: Éditions d'Organisation.

Lockridge, T. (2017). Neonatal Neuroprotection: Bringing Best Practice to the Bedside in the NICU. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 43, 66–76. <https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000411>.

Manual de Acolhimento do Interno – ULS (2024). Descrição histórica e propósito da ULS, incluindo missão e objetivos gerais de prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa.

Marques, S., & Lino, P. (2021). Protocolo de Triagem de Manchester. In N. Coimbra, *Enfermagem de urgência e emergência*(pp. 25-30). Lidel.

Ministério da Saúde de Portugal. (2018). *Guia de boas práticas na gestão da dor em crianças*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Moreira. (2010). *Triagem de Manchester: Princípios e aplicação em serviços de urgência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.DGS. (2017). Norma nº 015/2010 atualizada – Avaliação da dor nas crianças.Lisboa: DGS.

O’Sullivan, G., McGuire, B., Roche, M., &Caes, L. (2020). Where do children learn about pain? The role of caregiver responses to pre-schoolers' pain experience within natural settings..Pain. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002123>.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias não Farmacológicas no controlo da dor da criança*. Cadernos OE. Serie 1, Número 6.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem De Saúde Infantil e Pediátrica*. Assembleia Extraordinária Do Colégio Da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.Regulamento n.º 422/2018 (2018). *Diário da República*, 2ª Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, 4744 - 4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Parecer da mesa do colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. N.º 04/2020.República, 2.ª série - Nº 133 de 12 de julho de 2018.

Oliveira, A., & Santos, R. (2017). *Intervenções de enfermagem para a dor em crianças hospitalizadas*. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 30(2), 45–52.

Palić, I., &Palić, D. (2025). Anoverview of neuroprotectivestrategies in pretermneonates. *PreventivePaediatrics*. <https://doi.org/10.46793/pp241127001p>.

Pinto, J., Silva, R., & Costa, L. (2020). *Hospitalização infantil: organização e cuidados centrados na família*. Lisboa: ClimepsiEditores.

Prasetyo, A. (2020). Early childhood physical, cognitive, socio-emotional development. *Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 4, 67–75. <https://doi.org/10.29313/ga:jpaud.v4i2.6049>

Ruivo, E., Ferrito, M., & Nunes, M. (2010). *Metodologia de projeto: Planeamento e avaliação de intervenções*. Lisboa: Lidel.

Setiana, S., & Eliasa, E. S(2024). Características do desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e moral em crianças em idade escolar (7–12 anos). *Journal of Human and Education (JAHE)*. <https://doi.org/10.31004/jh.v4i6.1742>

Simons, J., Carter, B., & Craske, J. (2020). Developing a Framework to Support the Delivery of Effective Pain Management for Children: An Exploratory Qualitative Study. *Pain Research & Management*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/5476425>.

Smith, J., et al.. (2021). *Parental perceptions and management of pain in preschool children with sickle cell disease: A qualitative study*. *Journal of Pediatric Health Care*, 35(2), 178–186. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2020.08.010>

Stevens, B. J., et al. (2016). Management of pain in newborns: A multidimensional approach. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 387(10030), 121–134.

Vaz & Trigo (2020) in Ramos, A.; Barbieri-Figueiredo, C. (2020) – *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lidel. ISBN: 978-989-752-344-1.

UNICEF. (2021). *The State of the World's Children 2021: On my mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*. New York: UNICEF.

WHO (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. WHO Press.

WHO (2012). *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. Geneva: WHO.

WHO (2013). *Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common childhood illnesses*(2nd ed.). WHO.

WHO (2017). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. WHO.

WHO (2018). *Nurturing care for early childhood development*. Geneva: WHO.

WHO (2020). *Standards for improving the quality of care for small and sick newborns in health facilities*. Geneva: WHO.

Yuan, L. (2024). Effect of Educational Interventions for Improving the Nurses' Knowledge, Attitude, and Practice of Pediatric Pain Management: A systematic Review and Meta-Analysis.. Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.04.005>.