



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA·PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Saúde  
Infantil e Pediátrica

**PROMOÇÃO DO CONFORTO À CRIANÇA/FAMÍLIA:  
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Por

Inês Sofia Silva Lúcio

Lisboa - 2022



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Saúde  
Infantil e Pediátrica

**PROMOTE THE CHILD'S/FAMILY COMFORT:  
PERFORMANCE OF THE SPECIALIST NURSE**

Por

Inês Sofia Silva Lúcio

Sob a orientação de Professora Doutora Elisabete Nunes

Lisboa - 2022



**“Tudo o que deres  
a ti voltará;  
semeia flores e  
colherás a primavera”**

**Sara Carvalho**



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Elisabete Nunes por todo o conhecimento, orientação e disponibilidade ao longo de todo o percurso.

Às enfermeiras orientadoras pela sua generosidade, disponibilidade, transmissão de conhecimentos e exemplo de profissionalismo.

Às minhas colegas de trabalho pela compreensão e apoio ao longo deste percurso.

À minha colega de trabalho/amiga Sofia Marques por toda a paciência, persistência, orientação e companheirismo demonstrado ao longo deste caminho.

À minha companheira de “viagem” Ana Sofia Ferreira por todas as horas de trabalho, incentivo, persistência, apoio mútuo e dedicação para que este percurso fosse concluído com sucesso.

Aos meus pais - Eunice e Jorge por todas as palavras e gestos de apoio, carinho e compreensão nos momentos de maior desânimo e stress. A eles o maior obrigado do mundo por me fazerem acreditar que nada é impossível com trabalho, perseverança e dedicação.

À minha irmã - Beatriz, o grande amor da minha vida, obrigada pela paciência e até pela falta dela, pois só tu consegues fazer-me sorrir e acreditar nos momentos mais adversos.

A todas as crianças, pela sua alegria, espontaneidade e verdade, por nos ensinarem algo de novo diariamente, este projeto também é delas.



## RESUMO

O conceito de conforto apresenta um enorme potencial e interesse para a enfermagem desde os tempos de Florence Nightingale até à atualidade, sendo considerado como um resultado positivo, desejável e sensível à intervenção do enfermeiro, nomeadamente do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica. Neste sentido, o estado de conforto e a promoção do mesmo deverá constituir-se como um elemento central e global na prestação de cuidados quer para as crianças como para as suas famílias, não devendo apenas estar associado ao alívio de desconforto, mas também se torna essencial que seja visto como a satisfação com os cuidados prestados e os seus resultados.

O objetivo geral do presente relatório assenta em desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde e infantil e pediátrica à luz da teoria do Conforto de Katharine Kolcaba nos diversos contextos de estágio, nomeadamente, urgência pediátrica, unidade de saúde familiar e unidade de cuidados intermédios neonatais, de modo a contribuir para a promoção do conforto à criança/família. Com recurso à metodologia de projeto, foram estabelecidos objetivos específicos e atividades personalizadas para cada contexto de estágio, com enfoque no recém-nascido/criança/família tendo em conta a evidência científica. Deste modo, ao longo de todo o percurso foram elaborados flyers/cartaz informativos, documentos orientadores, sessões de formação, materiais didáticos e reflexões com o intuito de alcançar com a maior excelência e eficácia os objetivos propostos.

O presente relatório possibilita uma minuciosa análise reflexiva sobre as atividades desenvolvidas ao longo de todo este percurso, bem como, identificar e explicitar quais as competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica adquiridas com a concretização das mesmas, sendo que o resultado desejável terá sempre como base a promoção do conforto nos cuidados à criança/família.

**Palavras-chave:** conforto, promoção do conforto, enfermeiro especialista.

## **ABSTRACT**

The concept of comfort has enormous potential and interest for nursing from the time of Florence Nightingale to the present, being considered as a positive, desirable and sensitive result to the intervention of nurses, namely nurses specializing in child and pediatric health. The state of comfort and its promotion should constitute a central and global element in the provision of care for both children and their families, and should not only be associated with the relief of discomfort, but also become essential to be seen as satisfaction with the care provided and its results.

The general objective of this report is based on developing skills of a specialist nurse in child and pediatric health in the light of Katharine Kolcaba's Comfort theory in the various contexts of clinical teaching, namely, pediatric emergency, family health unit and neonatal intermediate care unit, in order to contribute to the promotion of comfort in the pediatric area. Using the project methodology, specific objectives and personalized activities were established for each clinical teaching context, focusing on the child/family taking into account the scientific evidence. In this way, throughout the entire course, informative flyers/posters, guiding documents, training sessions, teaching materials and reflections were prepared in order to achieve the proposed objectives with the greatest excellence and effectiveness.

This report allows for a thorough reflective analysis of the activities developed throughout this route, as well as identifying and explaining which skills the nurse specialist in child and pediatric health acquired with their implementation, and the desirable result will always have as a basis for the promote the child's/family comfort.

**Keywords:** comfort, comfort promotion, specialist nurse.



## **LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS**

**DGS** - Direção-Geral de Saúde

**EESIP** - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

**HSBs** - Comportamentos de procura de saúde

**JBI** - Joanna Briggs Institute

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PNV** - Programa Nacional de Vacinação

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

**RN** - Recém-Nascido

**RN's** - Recém-Nascidos

**SNS** - Serviço Nacional de Saúde

**UCIPED** - Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos

**USF** - Unidade de Saúde Familiar



## ÍNDICE

<b>0. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>1. FUNDAMENTAÇÃO CONCEPTUAL E TEÓRICA</b> .....	<b>19</b>
<b>1.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO</b> .....	<b>19</b>
<b>1.2 REVISÃO DA LITERATURA: SCOPING REVIEW</b> .....	<b>24</b>
<b>2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	<b>27</b>
<b>2.1 Contexto I: Serviço de Urgência Pediátrica</b> .....	<b>28</b>
<b>2.2 Contexto II: Unidade de Saúde Familiar</b> .....	<b>37</b>
<b>2.3 Contexto III: Unidade Cuidados Intermédios Neonatais</b> .....	<b>49</b>
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>57</b>
<b>4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>59</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>66</b>
<i>APÊNDICE I: Relatório de experiência profissional para creditação</i> .....	<b>68</b>
<i>APÊNDICE II: Cuidados de enfermagem promotores do conforto na criança hospitalizada: uma scoping review</i> .....	<b>75</b>
<i>APÊNDICE III: Póster científico apresentado no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem</i> .....	<b>99</b>
<i>APÊNDICE IV: Resumo da entrevista à enfermeira orientadora do estágio– urgência pediátrica</i> .....	<b>103</b>
<i>APÊNDICE V: Reflexão crítica- contexto urgência pediátrica</i> .....	<b>108</b>
<i>APÊNDICE VI: Projeto caminhos brilhantes</i> .....	<b>128</b>
<i>APÊNDICE VII: Ata de reunião com a embaixadora da volkswagen digital solutions</i> ...	<b>144</b>
<i>APÊNDICE VIII: Folheto – caminhos brilhantes</i> .....	<b>148</b>
<i>APÊNDICE IX: Imagem da porta ilustrativa</i> .....	<b>153</b>
<i>APÊNDICE X: Imagem da caixa mágica e conteúdos criados para a mesma</i> .....	<b>157</b>
<i>APÊNDICE XI: Vídeo “vacinação 0-10 anos”</i> .....	<b>163</b>
<i>APÊNDICE XII: Flyer “vacinação 0-10 anos”</i> .....	<b>174</b>
<i>APÊNDICE XIII: Plano sessão -unidade saúde familiar</i> .....	<b>178</b>
<i>APÊNDICE XIV: Resumo da entrevista à enfermeira orientadora – unidade de cuidados intermédios neonatais</i> .....	<b>187</b>
<i>APÊNDICE XV: Plano sessão – unidade de cuidados intermédios neonatais</i> .....	<b>191</b>
<i>APÊNDICE XVI: Apresentação “o ruído na unidade de neonatologia”</i> .....	<b>200</b>
<i>APÊNDICE XVII: Avaliação da sessão de formação- unidade de cuidados intermédios neonatais</i> .....	<b>211</b>
<i>APÊNDICE XVIII: Cartaz informativo- o ruído na unidade de neonatologia</i> .....	<b>215</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>219</b>

<i>ANEXO I: Certificado de participação e exposição de poster no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem .....</i>	<b>221</b>
<i>ANEXO II: Formulário de avaliação de sessão de formação – unidade de cuidados intermédios neonatais .....</i>	<b>225</b>



## 0. INTRODUÇÃO

A realização do presente relatório encontra-se inserido na unidade curricular “Estágio final e Relatório” do 3º semestre do 14º curso de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

O presente relatório tem como objetivo analisar e refletir sobre a temática de promoção do conforto à criança/família, sendo evidenciado no mesmo todo o percurso desenvolvido nos diferentes contextos de estágio que conduziram à aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

A temática escolhida incidiu na “promoção do conforto à criança/família” uma vez que, a mesma se reveste de imenso interesse pessoal e profissional, além de que se apresenta como uma temática de extrema atualidade, pertinência e necessidade na prática diária dos cuidados de enfermagem, sendo passível de aplicabilidade nos vários contextos de estágio.

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

Assim, o investimento nesta área do cuidado configurar-se-á num contributo de grande relevância para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Como sustentação teórica foi escolhida a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, atendendo a que, se configura como a maior referência teórica do conforto, permitindo deste modo, contextualizar e fundamentar, nas diversas dimensões, as intervenções promotoras de conforto para a criança/família.

Com base na temática selecionada em articulação com o referencial teórico foi possível definir um objetivo geral transversal a todos os estágios:

- Desenvolver competências de EESIP no âmbito da promoção do conforto na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família à luz da Teoria do Conforto.

Para a operacionalização dos estágios foi utilizada a metodologia de projeto, onde foram definidos *à priori* objetivos específicos e as respectivas atividades para cada contexto, tendo por base um diagnóstico de situação realizado na primeira semana de estágio.

A metodologia predominante para elaboração do presente relatório teve como alicerces a pesquisa documental, a pesquisa bibliográfica, a metodologia reflexiva, bem como entrevistas realizadas aos enfermeiros orientadores que contribuíram para a realização de um relatório complexo, personalizado e individualizado.

Deste modo, o presente relatório encontra-se estruturado em quatro principais capítulos.

No primeiro capítulo encontra-se contemplado esta breve introdução.

No segundo capítulo, apresenta-se a fundamentação teórica, com um breve enquadramento conceitual da temática onde se definem os conceitos-chaves, apresenta-se a teoria do conforto de Katharine Kolcaba e a *scoping review* efetuada durante este percurso académico, tendo como tema “cuidados de enfermagem promotores do conforto na criança hospitalizada: uma *scoping review*”.

O terceiro capítulo, centra-se no percurso de desenvolvimento de competências, o que inclui, uma breve descrição dos contextos relativos aos estágios realizados, uma evidência e abordagem ao diagnóstico de situação, que por sua vez deu origem ao estabelecimento de objetivos específicos, bem como, quais as atividades desenvolvidas, o seu método de avaliação, e as competências de EESIP desenvolvidas e adquiridas com a realização das mesmas. De referir que toda esta abordagem ao percurso desenvolvido será devidamente fundamentado de acordo com a evidência científica.

No quarto, e último, serão apresentadas as considerações finais sobre todo o percurso efetuado.

Em apêndice consta toda a documentação realizada ao longo deste percurso, nos diferentes contextos de estágio.

De realçar que foi realizado um pedido de creditação relativo ao estágio-internamento pediátrico, sendo essencial para o pedido do mesmo a apresentação de um relatório de experiência profissional, que sustentou positivamente a creditação autorizada (apêndice I). Assim sendo, no período deste contexto, o estágio foi realizado na unidade de saúde familiar.

Não poderia deixar de referir que para o enriquecimento e crescimento académico e profissional sentidos, muito contribuíram os momentos de partilha e orientação realizados

ao longo das várias orientações tutoriais, pois só partilhando experiências e vivências se torna possível um caminho mais rico e consistente.

As referências bibliográficas foram realizadas segundo a Norma APA, 6ª edição e de acordo com o novo acordo ortográfico.

# 1. FUNDAMENTAÇÃO CONCEPTUAL E TEÓRICA

O presente capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos, sendo que no primeiro será abordado o conceito de conforto na sua globalidade e, posteriormente na enfermagem, sendo de salientar o mesmo conceito à luz da teoria do conforto de Katharine Kolcaba, por fim no segundo, será apresentada a revisão de literatura realizada sobre a mesma temática.

## 1.1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

A palavra conforto constitui-se como uma derivação regressiva do verbo confortar e significa “ato ou efeito de confortar, comodidade, bem-estar, auxílio, consolo nas aflições” (Dicionário Porto Editora, 2022).

Na enfermagem, também esta palavra é utilizada em diversos contextos da prática, sendo o conforto da pessoa em todas as suas dimensões algo que é lecionado desde as primeiras aulas de licenciatura em enfermagem.

Segundo a análise do conceito e significado teórico realizado por Apóstolo (2009):

“a literatura deixa transparecer que o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem; (...) de facto, a prática de enfermagem esteve, desde os tempos mais antigos, ligada à noção de conforto. Ao analisarmos a sua origem etimológica e a do enfermeiro verificamos que são conceitos intimamente relacionados. Enfermeiro é composto pelo termo enfermo + sufixo eiro. Enfermo tem a sua origem no termo latino *infirmus* que é referente àquele que não está forte ou que está fraco e, por sua vez, conforto deriva do latim *confortare* que significa fortalecer, revigorar. Assim, o enfermeiro é, neste sentido, aquele que promove o fortalecimento e o conforto daquele que está enfermo” (2009, p.62).

Apóstolo (2009) refere que através de alguns estudos foi possível constatar que o conceito “conforto” teve diversas oscilações na enfermagem, sendo inicialmente considerado como um foco central e um imperativo da enfermagem, passando posteriormente a ser reconhecido como uma estratégia para alcançar os aspetos fundamentais dos cuidados de enfermagem e que posteriormente tornou-se um objetivo menor dos cuidados de enfermagem em detrimento do foco nos cuidados físicos.

No entanto, é claramente evidente que este conceito sempre esteve presente na enfermagem, pois Florence Nightingale fez diversas referências ao conforto como é passível de ser observado em Notas sobre Enfermagem Nightingale (2005):

“o alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto,

que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia” (2005, p.132).

Neste sentido, de acordo com Mussi (1996) o conforto é considerado uma meta do cuidado em enfermagem e um conceito presente em toda a sua história. Por sua vez, para Malinowski & Stamler (2002), o conceito de conforto é associado a uma necessidade humana básica, a um objetivo e um resultado do cuidar em enfermagem. Segundo Morse (2000) o objetivo do conforto a curto prazo, é o de aliviar o desconforto dos pacientes e assisti-los a suportar a sua dor, e ainda ajudar o indivíduo a manter-se com saúde, ainda que para tal tenha que suportar pequenos desconfortos. Bland (2007) também refere que o conceito de conforto é mais do que a ausência de desconforto, sendo multidimensional, idiossincrático, dinâmico e dependente do contexto em que a pessoa está inserida.

Segundo Morse (2000), o conforto pode ser considerado um último estado de saúde e assim ser reconhecido como um objetivo ou meta do cuidar. Pearson (2009) refere que o conforto é uma importante componente da qualidade de vida, sendo considerado um estado positivo, implementado por vários profissionais de saúde.

É, igualmente importante salientar que o termo conforto se pode encontrar na Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) existindo três termos relacionados ao conforto classificados no eixo foco, sendo eles: conforto; desconforto e sinal de desconforto, e ainda um termo classificado como diagnóstico/resultado: Desconforto. Na classificação diagnóstica da *NANDA International, Inc.* (NANDA-II) existem dois diagnósticos associados a este conceito sendo eles: “Conforto prejudicado” (00214) e “Disposição para conforto melhorado” (00183) que se encontram incorporados no Domínio 12: conforto e nas classes 1, 2, 3: conforto físico, ambiental e social.

De acordo com Apóstolo (2009) dentro do grupo de teóricas de enfermagem que estudaram o conforto, duas destacam-se pela profundidade dos seus trabalhos. Primeiramente destaca-se a teórica Janice Morse, que a partir dos anos de 1980 iniciou estudos que deram visibilidade ao conceito de conforto no contexto da enfermagem contemporânea e a segunda, Katharine Kolcaba, que a partir dos anos de 1990, se dedicou à sua conceptualização e operacionalização.

Neste sentido, Katharine Kolcaba começou no final da década de 1980 a desenvolver o seu trabalho que daria origem à atual e pertinente Teoria do Conforto – Teoria de médio alcance.

Tal como supramencionado, o conceito de conforto em Enfermagem existia desde os tempos de Florence Nightingale, sendo considerado como um resultado ou objetivo

desejável dos cuidados de enfermagem (Kolcaba, 1991). Por sua vez, quando a teórica Katharine Kolcaba começou o seu trabalho e investigação, o conceito “conforto” já se encontrava presente através de outros teóricos, tais como Roy, Orlando, Watson, Paterson e Zderad, Peplau, Leininger e Morse. Estes foram importantes contributos e grandes referências para o desenvolvimento do conceito de conforto em Enfermagem (Kolcaba & Kolcaba, 1991). No entanto, apesar da abordagem conceptual existente na época, para Kolcaba o “conforto” assumia-se como um conceito complexo, utilizado em diversas situações com diferentes significados, não estando definido na disciplina.

Neste sentido, no ano de 1991, Kolcaba realizou duas publicações, sendo que da última, resultou a apresentação da definição dos três tipos de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência. **Alívio** é definido como um “estado do paciente ter tido uma necessidade específica satisfeita” (Kolcaba, 1991, p.239); **tranquilidade** é definida como um “estado de calma ou contentamento” (Kolcaba, 1991, p.239) e por último, **transcendência** é definida como “o estado em que a pessoa se eleva acima dos problemas ou dor” (Kolcaba, 1991, p.239).

Os três tipos de conforto ocorrem em quatro domínios que refletem a dimensão holística a que os cuidados de enfermagem devem atender, nomeadamente **domínio físico**: “pertencentes a sensações corporais e mecanismos homeostáticos, função imunológica” (Kolcaba, 1991, p.239); **domínio psicoespiritual**: “pertencente à consciência interna de si mesmo, incluindo estima, conceito/identidade, sexualidade, significado na vida de uma pessoa e sua relação com uma ordem superior ou ser superior” (Kolcaba, 1991, p.239); **domínio sociocultural**: “pertencentes às relações interpessoais, familiares e sociais (finanças, educação, profissionais de saúde, entre outros) também inclui as tradições familiares, rituais e práticas religiosas.” (Kolcaba, 1991, p.239); e por último **domínio ambiental**: “pertencentes ao contexto externo da experiência humana (temperatura, luz, som, cor, móveis, paisagem, entre outros) (Kolcaba, 1991, p.239).

O resultado da conjugação entre os tipos e os domínios de conforto, produzem uma estrutura taxonómica composta por 12 células que permitem identificar com maior clareza quais as necessidades de conforto, neste caso da criança e família, para assim, se implementarem intervenções que resultem numa melhoria do conforto comparativamente ao estado anterior. (Kolcaba, 1991, p.239).

Desta forma, a sua teoria assenta em três **pressupostos básicos** Kolcaba (1994):

- “os seres humanos têm respostas holísticas a estímulos complexos”;
- “o conforto é um resultado holístico desejável da Enfermagem”;

- “os seres humanos esforçam-se por satisfazer ou ter satisfeitas as suas necessidades básicas de conforto” (p.1178).

Para melhor compreensão da sua teoria torna-se necessário definir **necessidades de conforto**, que segundo Kolcaba (2013) correspondem aos desejos ou à falta de alívio, tranquilidade e transcendência da pessoa ou família nos contextos físicos, psíquicos, socioculturais e ambientais da experiência humana. Sendo que estas necessidades de conforto surgem de situações estimulantes que causam tensões negativas, que na saúde podem ser derivadas de situações que requerem cuidados de saúde, do ambiente, de experiências sociais prejudiciais ou ameaçadoras e de emoções. (Kolcaba, 1994). Estas tensões negativas resultam num desequilíbrio entre as forças obstrutivas (necessidades de cuidados de saúde), as forças facilitadoras (intervenções de Enfermagem) e as forças em interação (variáveis intervenientes) (Kolcaba, 2001).

Por sua vez, o **processo de conforto** inicia-se com a percepção e identificação destas necessidades, quer pela avaliação realizada pelos enfermeiros, ou pela própria percepção da pessoa nas suas necessidades de conforto (Kolcaba, 1995). Após esta identificação são implementadas intervenções que lhes proporcionem uma resposta, com intuito de alterar a tensão existente numa direção positiva (Kolcaba, 1994).

Os **cuidados de conforto** por sua vez são realizados à pessoa e/ou à sua família englobando tanto o processo das ações confortantes, como o resultado da melhoria do conforto (Kolcaba, 1995). Kolcaba (2013) definiu as **intervenções de conforto** como “ações qualificadas dos profissionais de saúde, intencionalmente planeadas para aumentar o conforto da pessoa e/ou família” (Kolcaba & Dimarco, 2005, p.189).

Neste sentido, as intervenções de enfermagem promotoras de conforto podem ser divididas em três categorias:

- “*Standard comfort interventions*” - intervenções normalizadas de conforto para manter a homeostasia e controlar a dor;

- *Coaching* ensinos para aliviar a ansiedade, proporcionar informação, promover a esperança, escutar e ajudar a planear a recuperação, a integração ou a morte de forma culturalmente sensível;

- E, por último, *comfort food for the soul*- que consiste nas intervenções que proporcionam as crianças e suas famílias sentirem-se cuidadas e fortalecidas como por exemplo uma massagem ou imaginação guiada” (Kolcaba & Dimarco, 2005, p.190).

Por sua vez a **integridade institucional** segundo Kolcaba (2013) corresponde a empresas, comunidades, escolas, hospitais, igrejas, reformatórios entre outros que possuam

qualidades ou condições de serem completos, íntegros, seguros, retos, apelativos, honestos e sinceros. Implica tanto os componentes normativos, como os descritivos. A relação entre conforto e integridade institucional é recursiva.

De acordo com a teórica, o conforto é assim definido como a “experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas nos quatro contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental)” (Kolcaba, 2013, p.193).

É possível constatar a grande complexidade associada à aplicabilidade da teoria do conforto à prática de enfermagem, acresce que em idade pediátrica a pessoa alvo dos cuidados é indissociável da família. Deste modo, para que a teoria possa ser aplicada à criança/família, devem ser tidas em conta diversas premissas.

Kolcaba & Dimarco (2005) referem que, a criança e sua família têm diferentes respostas a estímulos complexos, variando significativamente nas suas necessidades ou desejos pessoais para alcançar níveis de conforto, esforçando-se nesse mesmo sentido para atender às suas necessidades básicas, sendo que, por vezes as mesmas necessitam de intervenção de enfermagem para seu suporte, nunca esquecendo a singularidade e complexidade de cada criança/família. Ainda de acordo com os mesmo autores, o conforto constitui-se num resultado desejável positivo e holístico para as mesmas, neste sentido a prevenção de desconfortos quer eles sejam físicos ou psicológicos são mais fáceis de tratar antes de os mesmos se encontrarem instalados, no entanto, quando os mesmo não podem ser evitados a criança/família deverá ser auxiliada a experimentar a transcendência parcial ou completa por meio de intervenções de conforto que transmitam esperança, sucesso, cuidados e suporte ao medo (Kolcaba & Dimarco, 2005).

Assim sendo, quanto maior o conforto proporcionado à criança e família, maior o seu envolvimento nas atividades necessárias para alcançar a sua recuperação ou reabilitação. O conforto é um resultado positivo que confere *empowerment* à criança e família, incentivando-os à adoção de comportamentos de procura de saúde (HSBs), estes comportamentos de procura de saúde que podem melhorar o conforto poderão ser internos (nível celular, orgânico, função imunitária), externos (estado funcional ou percepção da saúde) ou uma morte pacífica (Kolcaba & Dimarco, 2005).

No que diz respeito à avaliação do conforto, o mesmo segundo Kolcaba (1994) pode ser avaliado objetivamente pelo enfermeiro, através da observação da pessoa, e/ou subjetivamente, pelo testemunho verbalizado pela própria. Quando a mesma não é capaz de ter um pensamento consciente, como por exemplo, em estados de coma, demência ou nos

recém-nascidos (RN'S), os enfermeiros avaliam objetivamente o conforto através da observação de sinais externos de conforto/desconforto das pessoas (Kolcaba, 1994). Em crianças, a avaliação do conforto deverá ter em consideração o seu estágio desenvolvimental, bem como o contexto e o propósito, existindo várias escalas propostas, para além da aplicação de instrumentos, como a escala visual analógica, e a escala numérica. Poderá constituir-se um recurso a lista de comportamentos de conforto que deverá ser utilizada em crianças não-verbais, em que os próprios enfermeiros realizam a avaliação do conforto através da observação do seu comportamento. De salientar, que esta lista poderá ser utilizada como modo complementar às outras escalas supramencionadas (Kolcaba & Dimarco, 2005).

## 1.2 REVISÃO DA LITERATURA: SCOPING REVIEW

Nas últimas décadas, a Enfermagem tem demonstrado um interesse crescente na prestação de cuidados promotores de conforto, quer na criança, bem como na sua família. Deste modo, recorrendo à evidência científica para uma abordagem mais profunda sobre a temática do conforto, foi realizada sob forma de artigo, uma revisão da literatura científica denominada por *scoping review*, segundo a metodologia proposta pela *Joanna Briggs Institute* (JBI) (JBI,2020) tendo como título “Cuidados de Enfermagem Promotores do Conforto na Criança Hospitalizada: uma *Scoping Review*” (apêndice II).

O objetivo da mesma foi mapear a evidência existente acerca dos cuidados de enfermagem promotores do conforto na criança hospitalizada. Para tal, assumiu-se como questão geral: “Quais os cuidados de enfermagem promotores do conforto na criança hospitalizada?; e como questões secundárias: “Quais os diagnósticos de enfermagem associados ao conforto na criança hospitalizada?”, “Quais as intervenções de enfermagem associadas ao conforto na criança hospitalizada” e “Quais os resultados associados ao conforto na criança hospitalizada?”. A pesquisa foi efetuada de acordo com o acrónimo PCC, onde:

**População (P):** todas as crianças, definidas segundo a Convenção dos Direitos da Criança como: “todo o ser humano menor de 18 anos”(2019, p.8). Independentemente do género, da sua condição de saúde e hospitalizadas.

**Conceito (C):** o conceito de conforto definido segundo Kolcaba e pela taxonomia NANDA-I. Para Kolcaba consiste numa: “experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos: físico,

psicoespiritual, sociocultural e ambiental”(2013,p.193). Segundo a taxonomia NANDA-II (2021-2023), o individuo apresenta disposição para o conforto melhorado quando atinge um:”padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e/ou social (...)”(2021, p.551).

**Contexto (C):** qualquer contexto de internamento hospitalar.

Da pesquisa preliminar realizada, comprovou-se a inexistência de revisões neste âmbito. Assim, recorreu-se às bases de dados: MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Cochrane Clinical Answers, MedicLatina e ao RCAAP para pesquisa de estudos não publicados, tendo esta ocorrido em maio de 2021 e sem friso temporal.

Foi definida como exemplo a seguinte equação de pesquisa: [(child OR adolescent OR teen OR youth OR “young people” OR paediatric OR pediatric OR neonate OR newborn OR infant OR infancy OR toddler OR pre-scholar OR scholar) AND (Comfort OR discomfort) AND (hospital) AND (nurse)] (as restantes apresentam-se expostas no apêndice da *scoping review* efetuada (apêndice II).

Os estudos selecionados contemplam a língua portuguesa, espanhola e inglesa. O processo de identificação, seleção, análise e inclusão dos dados foi representado através do diagrama de fluxo Preferred Reporting items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-ScR) e identificados um total de 1291 estudos, que após aplicados os critérios de inclusão e exclusão definidos previamente, subsistiram 18 para análise na presente *scoping review*.

Da questão secundária de revisão selecionada para um aprofundamento neste relatório, salienta-se a questão: – “Quais as intervenções de enfermagem associadas ao conforto na criança hospitalizada?”. Dos resultados obtidos, os mesmos foram agrupados de acordo com a teórica Kolcaba em quatro domínios: domínio psicoespiritual, domínio físico, domínio sociocultural e domínio ambiental.

De referir que a ordem de apresentação das intervenções apresentadas encontram-se expostas por predominância das intervenções nos artigos analisados.

Assim sendo, dos resultados obtidos, no domínio psicoespiritual destaca-se como intervenções: o envolvimento dos pais/família, o fornecimento de informações, uso de técnicas de respiração, imaginação guiada, relaxamento, brincadeira, leitura, música, jogos, televisão, brinquedo, toque, afeto, reforço positivo, disponibilidade, empatia, simpatia, compreensão, entre outros.

No domínio físico, destaca-se: posicionamentos, técnicas de respiração, toque, relaxamento, contenção física, sucção não nutritiva, método mãe-canguru, contacto pele-a-pele, descanso/sono, entre outros.

No domínio sociocultural evidencia-se: o envolvimento dos pais/família e a articulação com as estruturas da comunidade.

No domínio ambiental destaca-se: a diminuição do ruído, diminuição da iluminação, mobiliário confortável, atenção à cor, ambiente espaçoso e temperatura adequada. Como é evidente nos domínios acima mencionados, verificou-se que a mesma intervenção poderá ser simultaneamente promotora de conforto em diferentes domínios.

Através da realização desta *scoping review* foi possível verificar que o conforto é um conceito atual e pertinente. A mesma permitiu mapear as necessidades de conforto da criança/família e as intervenções nos diferentes domínios, ressaltando-se que neste presente caso apenas foi evidenciada a questão de revisão relativa às intervenções.

Assim, esta *scoping review*, visa ser um suporte útil e congruente para o enfermeiro, nomeadamente o EESIP, permitindo que esta visão holista do conforto contribua e suporte uma melhoria da qualidade dos cuidados.

Neste âmbito, confluente de todo o processo realizado, procedeu-se à elaboração de um póster científico (apêndice III) sobre a *scoping review* efetuada, tendo sido exposto no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que decorreu no passado dia 26 de Novembro de 2021, encontrando-se em anexo o respetivo certificado de participação (anexo I).

## 2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ao longo deste percurso acadêmico, com o objetivo da obtenção do grau de mestre em enfermagem e a especialidade em saúde infantil e pediátrica, foram cumpridos estágios em diversos contextos, nomeadamente: serviço de urgência pediátrica, unidade de saúde familiar e unidade de cuidados intermédios neonatais, que decorreram de 13 de Setembro a 17 de Dezembro, num total de 360 horas de contato, 350 horas de trabalho autónomo, 20 horas de orientação tutorial e 20 horas em seminário.

Com base na temática selecionada, pela pertinência e utilidade - promoção do conforto à criança/família, a mesma, foi aprofundada, evidenciada e aplicada em todos os contextos acima mencionados, de modo a desenvolver e adquirir as competências de EESIP.

Como objetivo geral foi definido para todos os contextos: desenvolver competências de EESIP no âmbito da promoção do conforto na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família à luz da Teoria do Conforto. De referir que para cada estágio foi delineado um projeto específico, personalizado e individualizado para identificação de objetivos específicos e atividades a desenvolver conducentes à realização dos mesmos com sucesso.

Explicita-se que ao longo de todos os estágios, a primeira semana correspondeu à objetivação e identificação do diagnóstico de situação, que potenciou o reconhecimento de oportunidades de melhoria e obtenção de novos conhecimentos. Estas oportunidades, em concordância com temática selecionada, não foram apenas enriquecedores da minha satisfação profissional e académica, como se revelaram de grande expressividade para os profissionais da própria instituição e, sobretudo, para as crianças e suas famílias cuidadas. Ao longo das atividades foram igualmente identificados os recursos humanos e materiais necessários para a sua concretização.

Segundo Benner (2001) “a perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real” (p.32). Neste sentido, a experiência é então vista como necessária para a perícia.

Todo este processo teve como pilar teórico a teoria do conforto anteriormente mencionada e os resultados da *scoping review* efetuada no decorrer do percurso académico, deste modo só assim se torna possível apresentar um relatório complexo, individual, e corretamente fundamentado, contribuindo para o desenvolvimento da prática baseada na evidência científica. De referir, que com base neste projeto inicial, foi paralelamente

realizado um portfólio reflexivo no final de cada estágio, de modo a explicitar, desenvolver, fundamentar e avaliar as atividades desenvolvidas, que numa perspetiva multifatorial permitiu ainda efetuar uma ponte sobre quais as competências do EESIP adquiridas com a operacionalização prática das mesmas.

## **2.1 Contexto I: Serviço de Urgência Pediátrica**

### Descrição do contexto de estágio

O estágio decorrido no serviço de urgência pediátrica foi realizado num hospital da periferia da região de Lisboa, com um total de 120 horas de contacto, no período de 13 de Setembro a 7 de Outubro de 2021.

O serviço de urgência pediátrica, situa-se no piso 1 da infraestrutura hospitalar e presta cuidados a todas as crianças com idade compreendida até aos 18 anos.

Devido à atual pandemia viral por SARS-CoV-2, tem-se verificado inúmeras transformações quanto ao funcionamento e à estruturação do serviço de urgência pediátrica, tendo sido necessário uma reestruturação dos circuitos, passando a existir um circuito COVID-19 e o circuito NÃO COVID-19. Houve igualmente necessidade de reestruturação de equipas de enfermagem face às necessidades verificadas, de forma a otimizar e garantir a qualidade e segurança na prestação de cuidados efetuada à população pediátrica.

O serviço de urgência é composto por dois postos de triagem, por dois gabinetes de observação clínica, por uma sala de tratamentos, uma sala de internamento de curta duração, uma sala de realização de aerossóis, e por fim, uma sala de reanimação.

A equipa é constituída por quinze enfermeiros, sendo dois deles EESIP, sendo que no turno da manhã e tarde é constituída por três enfermeiros e na noite por dois enfermeiros. Relativamente às assistentes operacionais no turno da manhã e tarde é composta por duas, no turno da noite por apenas uma. Quanto à equipa médica, por norma é composta por 3 pediatras em todos os turnos.

Todas as crianças primeiramente são encaminhadas para o enfermeiro da triagem (não existe pré-seleção por parte administrativa como até à data) que posteriormente seleciona qual o circuito que lhe será atribuído. Atualmente os dois circuitos COVID-19 e NÃO COVID-19 funcionam no interior da infraestrutura, servindo agora um dos contentores

exteriores apenas para sala de espera de circuito NÃO COVID-19 e outro como sala de isolamento para doentes com diagnóstico confirmado de COVID-19 positivo.

Importa referir que caso exista necessidade de internamento de curta duração, se a criança pertencer ao circuito COVID-19 ficará no serviço de urgência na sala de internamento de curta duração, sendo composta por 3 unidades devidamente individualizadas. Caso haja necessidade de internamento de curta duração em circuito NÃO COVID-19 as crianças serão encaminhadas para o piso 3 onde se encontra a unidade de cuidados intermédios pediátricos (UCIPED), composta por um enfermeiro e uma assistente operacional por turno. De salientar que caso a UCIPED se encontre indisponível devido a falta de vagas, automaticamente a criança irá para o piso 7 - Internamento Pediátrico.

É ainda importante referir que quanto à triagem, a mesma é efetuada segundo o sistema de triagem de prioridades de Manchester, sendo efetuada por um elemento com habilitações para a mesma.

#### Processo de desenvolvimento de competências

Primeiramente, de referir que a identificação das necessidades/oportunidades de melhoria emergiram tanto das necessidades evidenciadas pelos contextos, bem como das minhas necessidades formativas. Deste modo, as mesmas foram identificadas através de três momentos: da minha observação durante a prestação de cuidados realizada na primeira semana de estágio, do recurso à literatura e, por intermédio da realização de uma entrevista formal à enfermeira orientadora (apêndice IV), o que proporcionou um *brainstorming* das principais necessidades de conforto das crianças e suas famílias naquele mesmo contexto.

Assim sendo, resultante da semana de observação e da entrevista realizada à enfermeira orientadora, foi notório que a ansiedade e o desconforto das crianças como dos seus pais se acentuava perante procedimentos mais invasivos, ou em casos mais complexos com a necessidade de internamento de curta/longa duração. Segundo Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida (2016), os primeiros anos de vida são mais suscetíveis ao desenvolvimento de algumas patologias e conseqüentemente poderá levar à experiência de hospitalização, que para a criança se configura num período de elevado stress, medo e ansiedade perante o ambiente desconhecido e por se encontrar rodeada de procedimentos e equipamentos que lhe poderão causar dor e desconforto. Antão, Rodrigues, Sousa, Anes & Pereira (2018) também referem que os procedimentos invasivos bem como o internamento constitui-se para a criança como um momento preocupante e traumático expondo-as a

grandes tensões e desconfortos, sendo que os pais têm a difícil tarefa de lidar com as seus próprios medos e preocupações relativos ao seu filho, tendo ainda a capacidade de proporcionar apoio e conforto ao mesmo. Os mesmos autores reforçam que os profissionais de saúde deverão estar preparados para identificarem e reconhecerem os pais como seres também vulneráveis, focando também atenção aos mesmo, permitindo que estes se sintam seguros e parceiros no cuidado à criança, tornando o atendimento o mais confortável possível (Antão et al, 2018).

Importa reforçar, que através da minha observação verifiquei que a própria transição da criança para o internamento se constituía num momento muito desconfortante, especialmente pelo percurso que era efetuado, uma vez que a mesma poderia visualizar um ambiente menos agradável e confortável devido ao percurso se estabelecer pelo circuito da urgência geral.

Deste modo, os objetivos específicos definidos para este ensino clínico resultaram da fusão das sugestões/necessidades identificadas, da minha temática de interesse, e da literatura, sendo eles: prestar cuidados especializados à criança/jovem/família em contexto de urgência pediátrica, com enfoque na promoção de conforto e identificar estratégias que proporcionem o conforto na relação de cuidados.

Quanto ao primeiro objetivo específico, foram delineadas como atividades a desenvolver as seguintes: utilização de medidas não farmacológicas no controlo da dor na criança/jovem com enfoque na promoção do conforto; o estabelecimento de comunicação e relação terapêutica com as crianças/jovens e pais/família; realização de triagem de Manchester e, por fim, elaboração de reflexão individual acerca de uma situação vivida e/ou observada que se constitua como relevante no processo de aprendizagem.

Quanto à primeira atividade preconizada utilização de medidas não farmacológicas no controlo da dor na criança/jovem com enfoque na promoção do conforto, torna-se fundamental desde já referir que, sendo o medo da sensação de dor uma constante evidenciada pelas crianças nomeadamente nos serviços de urgência pediátrica, tornou-se importante a implementação de estratégias não farmacológicas no controlo da dor para uma prestação de cuidados o mais individualizada, personalizada e confortável, nunca esquecendo a individualidade e o estágio de desenvolvimento, uma vez que foram prestados cuidados especializados nas diferentes faixas etárias e nas diferentes situações de saúde/doença.

Segundo o Guia Orientador de Boa Prática- Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança:

“as medidas não farmacológicas são geralmente intervenções de carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento dos analgésicos, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e da família. A sua seleção deve ter em conta o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, bem como o contexto envolvente e a situação específica.” (OE, 2013, p.13)

Neste sentido, foram utilizadas estratégias comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, ambientais e de suporte emocional.

Das estratégias mais utilizadas considero pertinente evidenciar a importância da participação/envolvimento parental. A título exemplar, por diversas vezes foi optado realizar os procedimentos com a criança sentada ao colo dos pais, ou até mesmo com a utilização de contenção realizada pelos mesmos. Estas estratégias foram aplicadas em inúmeros procedimentos, no entanto, ressalvo a colheita de exsudado naso/orofaríngeo para SARS-CoV-2 no qual se conferiram num enorme suporte e apoio. Contudo, é necessário fazer uma abordagem individualizada com cada elemento parental de modo a perceber qual a sua disponibilidade, segurança e receptividade na participação, enfatizando a importância da sua presença para um sentimento securizante e de conforto na criança/jovem. De acordo com o Guia Orientador de Boa Prática- Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança dever-se-á ter em conta alguns princípios a respeitar entre os quais “permitir que os pais decidam o tipo de colaboração que pretendem dar tendo em conta o papel parental desejado no momento” (OE, 2013, p.25), pois existem situações que poderão gerar grande ansiedade parental, fazendo com que a sua presença seja mais prejudicial do que benéfica para a criança.

Das estratégias implementadas pode-se ainda destacar a utilização do reforço positivo, frequentemente empregue através da entrega de medalhas de bom comportamento após os procedimentos e ainda as técnicas de distração, que segundo o Guia Orientador de Boa Prática- estratégias não farmacológicas se definem como “técnica que direciona a atenção para situações não relacionadas com o procedimento doloroso. É especialmente útil para controlar dores de curta duração como, por exemplo, a punção para a colheita de sangue” (OE, 2013, p.39). Neste sentido, durante este estágio foram utilizadas por diversas vezes jogos, brinquedos, leitura, meios audiovisuais tais como tablets ou telemóveis para visualização de desenhos animados, ou até mesmo para a utilização de música. Segundo Silva, Taets & Bergold (2017) a música pode contribuir para a humanização hospitalar na pediatria, tendo aplicabilidade para crianças em diferentes faixas etárias, proporcionando prazer e redução da ansiedade e promovendo o conforto no ambiente hospitalar.

Torna-se importante salientar que especificamente nos RN's e em lactentes, foi possível a utilização de estratégias tal como o toque, a sucção não nutritiva, a administração oral de soluções açucaradas (sacarose a 24%), de acordo com Gabriel, Lopes, Galan, Fernandez, Del Cerro & Lana (2008), o uso da sacarose como intervenção não farmacológica para a promoção do alívio da dor tem como objetivos: prevenir a intensificação do processo doloroso, contribuir para a redução da desorganização do RN, e ainda, minimizar o stress e a agitação. Importa salientar também a amamentação que se conferiu como das estratégias mais utilizada nesta faixa etária. De acordo com Castro (2012) a amamentação aumenta a segurança da mãe e diminui a ansiedade. O leite materno contém endorfina, substância química que ajuda a suprimir a dor. Shah, Taddio & Rieder (2009) referem que a amamentação é uma estratégia natural, facilmente disponível, fácil de usar e livre de intervenção que pode ser facilmente adotada pelos prestadores de cuidados de saúde e pais.

Relativamente à avaliação desta atividade, obtive um *feedback* bastante positivo da enfermeira orientadora, ressalvo que o mesmo foi potenciador não apenas de um contínuo entusiasmo e investimento na procura de uma prestação de cuidados de excelência, bem como na melhoria contínua do exercício profissional. Também foi notório a satisfação parental, sendo a mesma verificada através das suas expressões faciais e até mesmo pelo *feedback* demonstrado. Apesar de todas as adversidades que vivenciam no processo de saúde/doença os pais sentem-se acarinhados e envolvidos com todas estas estratégias implementadas, demonstrando apressamento pelo que é devolvido num tão curto espaço de tempo, quer nas atividades implementadas com as crianças, bem como pelo suporte e envolvimento parental dos mesmos nas atividades.

Relativamente à atividade: estabelecimento de comunicação e relação terapêutica com as crianças/jovens e família, importa desde já referir que segundo Phaneuf (2005) a comunicação é o principal instrumento terapêutico do enfermeiro, implicando duas componentes, uma cognitiva e outra afetiva. Neste sentido, importa adaptar as estratégias de comunicação aos diferentes grupos etários das crianças cuidadas.

Esta foi sem dúvida uma das maiores dificuldades encontradas *à priori*, uma vez que os pais se dirigem ao serviço de urgência reticentes e pouco comunicativos, evidenciando sentimentos de preocupação, angústia, e sobretudo demonstrando os seus receios pela condição de saúde/doença dos seus filhos, por sua vez, as crianças derivado aos medos e a toda uma pré-experiência negativa hospitalar tendem a evitar estabelecer uma comunicação verbal, evidenciando pela sua expressão corporal sentimentos de medo e tristeza. Desta

forma, foi possível trabalhar a comunicação não-verbal, conferindo-se num enorme contributo para uma aprendizagem da linguagem corporal evidenciada pelas crianças.

Para Phaneuf (2005), a comunicação não-verbal é uma troca sem palavras, que cobre um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que acompanham e suportam as relações pessoais entre as pessoas. As mensagens são transmitidas por processos não linguísticos, inclui os gestos, a mímica, o volume e a modulação da voz, diversos sons e reações emotivas. Ainda de acordo com Santos & Shiratori (2005) “a forma de comunicação não-verbal ganha importância porque ela pode confirmar ou negar a mensagem transmitida através da expressão verbal e também pelo fato desta estar sempre presente, esteja a comunicação verbal sendo emitida ou não” (p. 434).

A comunicação, quer seja verbal ou não verbal, permite-nos identificar os vários sentimentos de cada criança, conferindo-se ainda num excelente suporte de relação entre enfermeiro e criança, possibilitando através da escuta, atenção, disponibilidade, negociação e compreensão uma prestação de cuidados o mais confortante possível, sempre respeitando o espaço vital de cada elemento.

Quanto à atividade realização de triagem de Manchester pude constatar que esta constitui a primeira apreciação e avaliação do estado clínico da criança. Representa um importante primeiro contacto, de características particulares e curta duração e deverá constituir-se o mais acolhedor e confortante possível face à realidade encontrada. É necessário demonstrar escuta, atenção e preocupação com a experiência vivida na tentativa de uma aproximação física à criança/família aquando da observação. Segundo Diogo et al (2016) a triagem constitui a primeira interação entre o enfermeiro a criança e seus pais, sendo o local onde é possível iniciar um contato acolhedor, transmitindo confiança, fazendo-os sentir acolhidos, existindo disponibilidade para responder às suas necessidades e preocupações, é o local preferencial para criar relação de confiança e empatia, que irá influenciar positivamente toda a prestação de cuidados e relação terapêutica.

Ao longo de todo o estágio foi possível realizar inúmeras triagens pois já era detentora do curso, tendo assim liberdade para explorar também esta “área”.

Quanto à avaliação desta atividade, foi realizada através da auditoria mensal realizada às triagens, na qual obtive 100% de conformidade.

Quanto à última atividade delineada para este primeiro objetivo específico: elaboração de reflexão individual acerca de uma situação vivida e/ou observada que se constitua como relevante no processo de aprendizagem, de acordo com Somerville & Keeling (2004) a reflexão tem adquirido um profundo reconhecimento na prática de

enfermagem, não só para apoiar os enfermeiros a reconhecerem as suas forças e fraquezas mas igualmente para superar a lacuna existente entre a teoria e a prática de enfermagem. Caldwell & Grobbel (2013) referem que o conceito de reflexão se apresenta como um exercício crítico do pensamento que assume a oportunidade de melhorar o raciocínio clínico do enfermeiro e perfilhar um impacto positivo na assistência ao paciente.

Assim sendo, foi elaborada uma reflexão (apêndice V) sobre uma situação clínica vivenciada que nos remete para a importância da comunicação com a criança/pais, o valor e contributo do brinquedo terapêutico na relação terapêutica bem como a fundamental importância do apoio psicológico que é urgente nos cuidadores. Através da elaboração da mesma, houve oportunidade de refletir sobre o que foi realizado, sobre as oportunidades de crescimento e melhoria numa situação futura semelhante, assumindo-se também numa excelente oportunidade de aquisição de conhecimentos científicos sobre os cuidados específicos a crianças com esta especificidade.

Quanto ao segundo objetivo específico definido para este estágio já mencionado anteriormente, foram estabelecidas as seguintes atividades a desenvolver: elaboração do projeto “Caminhos Brilhantes” e elaboração do folheto informativo para os pais sobre o projeto “Caminhos Brilhantes”.

Com a implementação deste projeto ambiciona-se, proporcionar um ambiente mais confortável no transporte intra-hospitalar do serviço de urgência pediátrica para o internamento pediátrico em carrinhos elétricos (telecomandados) através da criação de uma estrada interativa nos corredores do hospital, para as situações de internamento de longa duração. A população alvo são crianças desde os 2 anos até aos 8 anos de idade, com estado clínico estável, sendo que a aplicabilidade da utilização dos mesmos será efetuada pelo enfermeiro que decidirá se a criança se encontra com estabilidade hemodinâmica para a sua transferência através do mesmo.

Este projeto, tem como objetivos principais a diminuição da ansiedade e medo associados ao momento de internamento, a promoção do brincar no hospital, a promoção da segurança infantil, a criação de memórias positivas relativas ao período hospitalar e sobretudo a promoção do conforto das crianças e suas famílias.

Hockenberry, Wilson & Rodgers (2016) referem que gerir os medos da criança remete para a definição de cuidados atraumáticos, através da implementação de intervenções que eliminem ou minimizem o sofrimento psicológico e físico sentido pelas crianças e suas famílias nos sistemas de saúde. De acordo com os mesmos autores, o enfermeiro pode implementar estes cuidados através da preservação da relação pais-filho, preparação da

criança antes de qualquer procedimento/tratamento, controlo álgico, garantia de privacidade, promoção de atividades lúdicas e proporcionando oportunidades de escolha à criança.

Santos (2001) destaca a distração e o brincar, como intervenções potenciadores do bem-estar durante a hospitalização, uma vez que, são necessidades inerentes à própria criança, podendo ser o instrumento mais efetivo a utilizar pelos enfermeiros para reduzir medos e ansiedades induzidas pela experiência hospitalar.

Na confluência de todos estes fatores, justifica-se a pertinência da implementação deste projeto, evidenciando-se que ao se efetuar uma abordagem que responda às necessidades identificadas no binómio criança/jovem e família em situação de crise, é gerada a oportunidade de estes terem aprendido formas mais eficientes para lidar com crises similares futuras e conseqüentemente criados mais recursos para as enfrentar. Enfoca-se, ainda, a promoção do conforto à criança e família, através da utilização de um instrumento terapêutico que resulte numa minimização do medo, da dor e do sofrimento conseqüentes dos processos saúde-doença.

Este ambicioso projeto encontra-se em (apêndice VI), onde consta, o âmbito da sua implementação, qual a população-alvo, quais os objetivos idealizados com a realização do mesmo, quais os recursos materiais e uma breve justificação teórica. Foi ainda realizada uma ficha técnica para apresentação à direção hospitalar que se encontra nesse mesmo apêndice. De mencionar que a construção do mesmo serviu como estrutura para a apresentação do projeto na reunião que se concretizou no passado dia 14/09/2021 com a embaixadora da Volkswagen Digital Solutions, que será a principal financiadora do mesmo. A ata da reunião encontra-se em (apêndice VII).

Relacionado, ainda, com o projeto citado, outra das atividades executadas para a aquisição do segundo objetivo específico foi a elaboração do folheto informativo para os pais sobre o projeto “Caminhos Brilhantes”, o mesmo foi elaborado com um intuito de informar os mesmos sobre o projeto e quais objetivos associados. O folheto que se encontra em (apêndice VIII) depois de concluído foi apresentado à enfermeira chefe e à enfermeira orientadora que ficou posteriormente de enviar para os departamentos de controlo de qualidade e de *marketing* e para a Direção de Enfermagem, que após aprovação do mesmo, será colocado na plataforma de gestão de informação IBERIA, encontrando-se acessível a todos os colaboradores do hospital.

De referir que estava programada uma atividade a divulgação à equipa através de uma apresentação *powerpoint* do projeto “Caminhos Brilhantes”, no entanto esta não foi

realizada formalmente por estar dependente da aprovação oficial de todas as componentes normativas do projeto.

Visto que o hospital em que o estágio decorreu está a sofrer reestruturação da entidade gestora, não foi possível até ao final do mesmo, a implementação do projeto, no entanto, foi realizada uma parceria entre mim e duas enfermeiras pertencentes ao serviço para que se possa dar uma continuação do projeto assim que o mesmo seja aprovado. De salientar que dado o projeto inicial ter sido aceite pela equipa com bastante entusiasmo, foi definido que para a sua implementação seria também vantajoso a sua aplicabilidade igualmente na transferência de crianças para o bloco operatório. Neste sentido, a ficha técnica apresentada à direção já contempla também essa ambição.

De forma avaliar esta atividade, que futuramente será implementada, definiu-se como indicadores de avaliação de acordo com o Core de indicadores de enfermagem, um indicador de resultado, especificamente R4:” Satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem”. Desta forma, preconiza-se a adoção de um instrumento de avaliação sob forma de questionário, pretendendo-se a obtenção de uma percentagem de satisfação superior a 75% nos questionários aplicados aos pais/família/cuidadores, referentes à implementação do projeto.

Analisando estes objetivos específicos à luz da teoria do conforto de Kolcaba, é possível perante o que foi observado e constatado na urgência pediátrica que os medos, os receios, e angústias visualizadas nas crianças se reflitam em necessidades de conforto, nomeadamente por se constituírem como falta de alívio, tranquilidade e transcendência, em específico no domínio psicoespiritual e físico. Estas necessidades de conforto surgem então de uma situação estimulante, ou seja a vinda ao serviço de urgência pediátrica e tudo o que nela se encontra inerente (intervenções invasivas e até as menos invasivas) que se constituem como uma tensão negativa, resultando num desequilíbrio não só para as crianças como para os seus pais que também partilham desses mesmos medos e receios. Por sua vez, esse processo para promoção do conforto inicia-se com a perceção e identificação do enfermeiro, nomeadamente do EESIP para que se possa implementar intervenções para visem diminuir essa mesma tensão existente numa direção positiva. Na urgência pediátrica torna-se fundamental, de acordo com a teórica, a existência de intervenções para manter a homeostasia e o controlo da dor, mas também intervenções que promovam o *coaching* através de ensinamentos e também do envolvimento parental. Só desta forma se torna possível a obtenção do conforto como resultado positivo.

Neste sentido, relativamente às atividades realizadas durante este estágio considero que foram alcançadas as seguintes unidades de competência:

- Do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: **A.2.1. / A2.2/ B2.2./ C1.1. /D1.1/ D2.3.**

- Do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: **E1.2./ E2.1. /E2.2/ E2.3./E.2.5./ E3.1. / E3.2./ E.3.3./E.3.4.**

## **2.2 Contexto II: Unidade de Saúde Familiar**

### Descrição do contexto de estágio

O estágio decorrido na unidade de saúde familiar (USF) foi realizado num contexto na periferia da região de Lisboa, com um total de 120 horas de contacto, no período de 11 de Outubro a 12 de Novembro de 2021.

A unidade em questão é composta por sete médicos, sete enfermeiras (das quais, uma EESIP e 6 enfermeiras generalistas) e 6 secretárias clínicas. Para além dos profissionais mencionados, é importante referir que a USF conta ainda com os seguintes colaboradores diretos: equipa da unidade de cuidados na comunidade, bem como de outros profissionais tais como assistente social, psicólogo, higienista oral, médico dentista, técnicos de espirometria, técnicos de ortóptica e a equipa da consulta de cessação tabágica.

Esta USF tem como missão garantir à população abrangida o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades de saúde, e cumprir e fazer cumprir o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção.

Quanto ao espaço físico importa apenas salientar a estrutura correspondente à componente de saúde infantil, assim sendo, todo o acompanhamento das crianças é realizado no piso 1 da infraestrutura. O espaço disponível para a saúde infantil é composto por um gabinete de saúde infantil, um gabinete de vacinação, uma sala “cantinho da amamentação” e ainda uma sala de espera.

Relativamente às consultas de saúde infantil salienta-se que a mesma é realizada por todas as enfermeiras havendo uma rotatividade diária. Cada enfermeira encontra-se articulada com um médico correspondente, permitindo um acompanhamento e continuidade de cuidados fulcral dos seus utentes ao longo do seu desenvolvimento, que possibilita a

criação e o desenvolvimento de uma relação terapêutica e empática positiva e um conhecimento mais aprofundado da realidade familiar e social das mesmas.

### Processo de desenvolvimento de competências

A identificação das necessidades/oportunidades de melhoria foram realizadas através da minha observação na primeira semana de estágio durante a realização de consultas de enfermagem. Assim, após efetuar essa observação, foi clarividente que seria necessário intervir ao nível da promoção do conforto da criança durante a vacinação, com especial enfoque nas faixas etárias entre os 0 e os 10 anos, uma vez que, durante as consultas de enfermagem realizadas, é este o momento que potencializa sentimentos negativos, tais como, medo, receio, apreensão e ansiedade. Observou-se que a mesma se assume como uma experiência menos positiva, para as crianças e para os seus pais.

Relativamente à criança, a sua conotação negativa relaciona-se com o facto de considerar o ato de vacinação como uma experiência potencialmente dolorosa, podendo, ainda, em determinados casos ser associada a outros acontecimentos prévios passíveis de identificar na sua história de dor. Quanto aos pais, constatou-se que o momento de vacinação torna-se gerador de stress e desconforto por se relacionar diretamente com a dificuldade na gestão da dor experienciada pelos filhos, bem como muitas das vezes pela falta de conhecimentos relativamente a esta temática. Tal verificação foi corroborada ao ser perceptível que os pais demonstraram mais ansiedade e apreensão nas consultas de vigilância de saúde coincidentes com as idades-chave preconizadas no Programa Nacional de Vacinação (PNV).

A vacinação surge por norma associada ao conceito de dor e de desconforto, e é neste sentido que a intervenção do EESIP se torna diferenciadora e fundamental na implementação de estratégias promotoras de conforto.

Segundo Faria (2012) a vacinação é um procedimento breve, mas doloroso e é vivido pelas crianças com grande ansiedade e angústia. Para Barros (2003), é fundamental que o enfermeiro adote uma série de estratégias e técnicas que possam contribuir para diminuir a ansiedade, proporcionar um ambiente acolhedor e diminuir a perceção de dor da criança/família. Freese (2004) reforça que para serem eficazes, as estratégias devem ser adequadas à idade, ao procedimento e ao desenvolvimento da criança. É necessário que o cliente seja visto como um todo cujas partes estão em interação dinâmica.

Também os pais, tal como já referido anteriormente apresentam-se por vezes stressados e ansiosos, muitas vezes pelas dúvidas existentes quanto aos aspetos relativos à vacinação. Assim, nesse sentido também deveram ser foco de intervenção, pois conferindo informação e capacitação parental potencializa-se promoção de conforto nos próprios pais que por sua vez transmitirão uma maior tranquilidade para a criança. De acordo com Barros (2003) “a ansiedade parental pode ser facilmente comunicada à criança através das suas atitudes concretas, causando uma maior concentração nas sensações dolorosas. Assim, um dos primeiros alvos na intervenção para controlo da dor infantil são os pais e educadores” (p.116) (...) “os pais necessitam e merecem ser ajudados a compreender a importância do seu papel como suportes emocionais, mas também como estruturadores do meio e criadores de experiências de distração e controlo ativo de dor” (p.117).

Neste sentido, o investimento nesta área do cuidado à criança/família permitirá a criação de um caminho para a melhoria e excelência dos cuidados prestados permitindo o estabelecimento de maior conforto.

Deste modo, como objetivos específicos para este estágio foram definidos: prestar cuidados especializados à criança/família com enfoque na promoção do conforto, em contexto de cuidados de saúde primários; e desenvolver estratégias de promoção de conforto à criança entre os 0 e 10 anos e sua família durante a vacinação.

Relativamente ao primeiro objetivo específico, foi delineado como atividades a desenvolver as seguintes: realização de consultas de enfermagem na USF; e estabelecimento de comunicação e relação terapêutica com as crianças e pais/família.

Para esta primeira atividade definida, importa salientar que ao longo das cinco semanas de estágio nesta USF, foram realizadas consultas nas diferentes faixas etárias tal como preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). Como se tornaria impossível descrever todas as idades preconizadas a quem foram realizadas consultas, será apenas focado a avaliação realizada ao recém-nascido (RN) no primeiro contacto que é estabelecido entre o terceiro e sexto dia de vida, a consulta do primeiro mês e consulta dos três anos, uma vez que, as consultas foram maioritariamente nestas faixas etárias.

Neste sentido, o primeiro contacto que é estabelecido com o RN e sua família é normalmente realizado entre o terceiro até ao sexto dia de vida para a realização do rastreio de doenças metabólicas, momento que se constitui como um excelente contacto e oportunidade para realização de ensinamentos.

Deste modo, é realizada uma avaliação de biometrias, sendo incluída a avaliação do peso, do perímetro cefálico, e do comprimento, sendo ainda realizada uma avaliação global do RN que contempla o exame físico/neurológico completo. Neste primeiro contato é ainda aferida a necessidade de administração da vacina contra a tuberculose, caso apresente critérios de elegibilidade. Constitui-se como fundamental esta primeira abordagem nesta fase de transição pois nela são abordados temas potenciadores de dúvidas e receios, nomeadamente: posicionamentos, hábitos intestinais e urinários, cólicas, cuidados ao coto umbilical, manobra de desengasgamento, acidentes e segurança, alimentação entre outros, temas essenciais a serem trabalhados nesta transição para a parentalidade, que segundo Leal (2005), corresponde a “um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos tornarem-se pais, isto é serem capazes de responder às necessidades físicas, afectivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s)” (p.322). Fujiwara, Kato e Sanders (2011), consideram que ensinar, instruir e treinar os pais sobre estratégias de promoção do autocuidado ao RN constituem instrumentos fundamentais à avaliação e desenvolvimento da parentalidade.

De referir, que esta USF fomenta uma particular importância à temática da amamentação, pois a mesma constitui-se como uma temática que suscita muitas dúvidas, dificuldades e ansiedade a nível parental. Neste sentido, é fornecida muita informação teórica sobre este tema, bem como é estabelecido um acompanhamento direto nas consultas, que se torna mais confortante através do espaço criado para esse fim, denominado por “cantinho da amamentação”. O espaço possibilita que a mãe possa amamentar o seu filho tranquilamente, sendo possível apoio, orientação e reforço positivo da enfermeira que visualiza os diversos aspetos. Levy & Bértolo (2008) referem que as vantagens do aleitamento materno estão largamente divulgadas na evidência científica, no entanto, é essencial que em Portugal se continuem a implementar medidas que promovam um maior sucesso do aleitamento materno. Alves, Carvalho, Lopez, Silva & Teixeira (2018), referem que o enfermeiro é essencial para o auxílio e orientação durante a amamentação, não devendo apenas informar e educar mas principalmente orientar a maneira correta da pega de modo a proporcionar ao RN uma alimentação adequada e para a mãe um momento prazeroso com eficácia.

Após a realização deste primeiro contacto é efetuada uma pesagem semanal até ao final do primeiro mês de vida, onde nestas pesagens semanais também podem ser esclarecidas dúvidas e receios, conferindo-se assim num suporte emocional de grande relevo.

No final do primeiro mês de vida é realizada a consulta preconizada pelo PNSIJ, onde são novamente avaliadas as biometrias, realizado exame físico, abordados diversos temas com os pais de acordo com os cuidados antecipatórios preconizados e ainda é realizada uma avaliação de desenvolvimento pela aplicação da escala de avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (2007).

Após a consulta do primeiro mês são realizadas as consultas preconizadas pelo PNSIJ (2013), que de acordo com o mesmo, as idades não devem ser rígidas, assim sendo, se por outros motivos a criança se deslocar a uma consulta perto da idade-chave, esse momento deverá constituir-se como oportuno para se efetuar o exame indicado para essa idade. Com estas oportunidades reduz-se o número de deslocações e alarga-se o número de crianças cuja sua saúde é vigiada com regularidade. De igual modo, a periodicidade recomendada deve adaptar-se a casos particulares, existindo abertura para introduzir ou eliminar algumas consultas em momentos especiais de vida destas crianças/famílias (PNSIJ, 2013).

De salientar que cada idade contempla temas (cuidados antecipatórios) específicos para abordagem, avaliação de desenvolvimento de acordo com as idades preconizadas e definidas, e ainda avaliação de biometrias.

Tal como mencionado anteriormente, ir-se-á especificar aqui a idade chave dos três anos a título de exemplo do que foi realizado e aplicado nestas mesmas consultas.

Assim sendo, na idade chave dos três anos são realizadas biometrias (avaliação de peso, comprimento, tensão arterial), é visualizada a dentição da criança, observada a linguagem da mesma, o seu desenvolvimento de acordo com a escala de Mary Sheridan em que são avaliados os seguintes itens relativamente aos três anos: comportamento e adaptação social: - pode despir-se só se lhe desabotoarem o vestuário; vai sozinho à toilette; come com colher e garfo; visão e motricidade fina:-constrói torre de nove cubos; copia o círculo/imita a cruz; combina duas cores geralmente o vermelho e amarelo; postura e motricidade global:- equilíbrio momentâneo num pé; sobe escadas alternadamente/desce com os dois pés no mesmo degrau; audição e linguagem: diz o nome completo e o sexo; vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos; defeitos de articulação e imaturidade na língua.

São ainda abordados temas tais como: alimentação (em que é reforçado a importância da restrição de alimentos açucarados, fritos, e refrigerantes); adaptação ao jardim-de-infância; relacionamento com outras crianças; abordados assuntos sobre desenvolvimento e temperamento (birras, ciúmes, rivalidades e negativismo); acidentes e segurança; incentivo a realização de atividades promotoras do desenvolvimento, hábitos de sono- medos e terrores noturnos e controlo de esfíncteres; escovagem dos dentes. Nesta idade torna-se fulcral que a

criança já tenha realizado o desmame da chucha e do biberão uma vez que é importante para a prevenção de cáries e dos desalinhamentos dentários, torna-se também essencial reforçar aos pais a importância da escovagem dos dentes pelo menos duas vezes por dia. Neste sentido e de acordo com o preconizado com o PNSIJ é importante a:

“valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde (PNSIJ, 2013, p.7).

Assim, as consultas de enfermagem constituem-se como ótimos momentos para promover a saúde da criança, através de uma correcta avaliação do desenvolvimento infantil e da promoção de competências parentais. De acordo com Oliveira & Cadete (2007) os cuidados de enfermagem, compreendem não apenas a realização de técnicas ou utilização mas sim uma avaliação, diagnósticos de enfermagem, orientação e educação para a saúde.

Importa salientar que em todas estas consultas preconizadas que coincidam com as idades chave definidas no PNV é realizada a vacinação destas crianças sempre que possível, indo ao encontro com o preconizado pelo PNSIJ (2013) que nos refere que deve existir “harmonização destas consultas com o esquema cronológico preconizado no novo PNV, de modo a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde” (p.7).

Relativamente à atividade: estabelecimento de comunicação e relação terapêutica com as crianças e pais/família, destaca-se que esta se assumiu como um dos maiores desafios experienciados, uma vez que a comunicação ao longo de todas as consultas teve de ser adaptada às diferentes faixas etárias, sendo estas dos 0 anos aos 15anos. A disparidade de faixas etárias constituiu-se um elemento dificultador, pois muitas das vezes as crianças encontram-se pouco recetivas e pouco comunicativas, tomando como exemplo os comportamentos de birra e/ou choro, muitos deles característicos das idades dos três aos cinco anos.

Consequentemente, embora algumas das consultas fossem de fácil abordagem, outras constituíram-se como um grande “desafio” para ultrapassar estas barreiras e conseguir adquirir uma relação de confiança por parte das crianças. Deste modo, uma das estratégias aplicadas nesta faixa etária foi a imitação e recriação por parte dos pais para que a criança seguisse a sua atitude. De acordo com Opperman & Cassandra (1998) as crianças em idade pré-escolar são grandes imitadoras. As suas brincadeiras envolvem, maioritariamente, a imitação dos comportamentos bons e maus dos adultos. A representação do papel do

comportamento desejado é o método de ensino mais eficaz para as crianças em idade pré-escolar e escolar.

Por outro lado, também a faixa etária dos doze aos quinze anos se revelou de maior dificuldade de abordagem, justificada pela preconização da abordagem de alguns temas mais sensíveis para os adolescentes, observando-se que os mesmos evidenciam comportamentos de desconforto perante a presença dos seus pais.

Nesta situação específica, para uma comunicação eficaz é importante: sabê-los escutar, demonstrar disponibilidade para os escutar, sentar-se a seu lado, demonstrar empatia, pois mesmo sem muita comunicação verbal, poderemos conferir confiança e sensação de segurança. Saber ouvir consiste numa das melhores maneiras de dar apoio, criando uma atmosfera receptiva e de aceitação com a criança/jovem e sua família. Segundo Hockenberry et al (2016) a comunicação é a habilidade mais relevante a utilizar na relação com a criança/jovem e família. As crianças/jovens valorizam aqueles que evidenciam interesse por eles, sem impor os seus valores e respeitando o que eles pensam ou dizem. Neste sentido, a comunicação constitui-se assim num meio fundamental para a redução de ansiedades, medos, angústias e preocupações, assim foi proporcionado em diversas situações a escuta, a atenção, a disponibilidade, a negociação, a compreensão, a positividade e acima de tudo o respeito pelo espaço vital de cada elemento, atendendo à sua privacidade. Considero que esta consciência de centralização do adolescente no processo de comunicação, com a integração multidimensional das crises de desenvolvimento que atravessa, é fator decisivo no sucesso da relação de confiança estabelecida, corroborando na necessidade do respeito pelos princípios éticos da autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo.

A avaliação destas atividades definidas para este primeiro objetivo específico, foi efetuada pela enfermeira orientadora, sendo uma avaliação contínua ao longo das cinco semanas de estágio. Segundo a enfermeira orientadora, foi notória a evolução demonstrada ao longo das mesmas, sendo o à vontade com o preconizado em cada consulta cada vez maior, bem como a própria gestão de tempo e de técnicas e ensinamentos a realizar. De salientar que a enfermeira orientadora também reforçou que houve uma melhoria bastante significativa quanto ao vocabulário empregue com as crianças e suas famílias adequado às diferentes faixas etárias, bem como a interação realizada com as mesmas.

Quanto ao segundo objetivo específico definido para este estágio já mencionado anteriormente, foram estabelecidas as seguintes atividades a desenvolver: implementação de régua de altura ilustrativa na porta do gabinete de saúde infantil, a criação de “caixa mágica”

(objetos distrativos para utilização durante a vacinação); elaboração de um vídeo para projeção na televisão da sala de espera da USF sobre vacinação (estratégias de conforto durante e após vacinação); elaboração de flyer (estratégias promotoras de conforto durante e após vacinação) e, por fim, sessão informativa à equipa de enfermagem sobre atividades desenvolvidas em estágio para promover a melhoria da qualidade dos cuidados através da uniformização dos mesmos.

Quanto à primeira atividade, em concordância com a enfermeira, e de acordo também com o preconizado pela teórica do conforto, bem como os resultados encontrados na *scoping review* efetuada, o espaço ambiental deverá constituir-se num aspeto fundamental a ter em conta para proporcionar conforto.

Deste modo, procedeu-se à implementação de uma régua de altura ilustrativa (a girafa) em vinil, na porta do gabinete de saúde infantil da USF. Esta foi uma das necessidades visualizadas por mim durante a primeira semana de estágio. Neste sentido, funcionará para medição da altura das crianças de um modo mais agradável e interativo, bem como, permitirá ser um meio distrativo aquando o momento da vacinação, potencializando um espaço mais prazeroso, agradável e confortante.

De acordo com a teórica Kolcaba (2002), é deveras importante intervir no domínio ambiental, nomeadamente no mobiliário. Por sua vez, os resultados da *scoping review* indicam-nos que para a nível ambiental promover conforto é necessário ter em conta determinados aspetos, nomeadamente: atenção às cores (Soares, Silva, Louro, 2020), bem como ambiente e mobiliário atrativos e confortáveis (Romero & Colmenares, 2015). Segundo Batalha (2010) “decoração e mobiliário conducentes a uma atmosfera mais confortável, e orientada para as necessidades da criança e família, tornam o ambiente mais familiar e tranquilo” (p.73).

Assim, a implementação desta régua ilustrativa permite-nos criar um ambiente mais atrativo/apelativo visualmente por cores agradáveis, tornando-se descentralizante e confortante para as crianças e suas famílias.

De referir, que a criação da régua ilustrativa foi feita a meu pedido à empresa ARTWEAR, que com todo o seu empenho criou o desenho ilustrativo, salvaguardando assim deste modo os direitos de autor. A fotografia da porta apresenta-se em (apêndice IX).

Outra atividade implementada para este objetivo específico foi a: criação de “caixa mágica” (objetos distrativos para utilização durante a vacinação) esta atividade tal como o próprio nome indica, consistiu na criação de uma caixa que contemplasse objetos e brinquedos a serem utilizados pelas enfermeiras da USF durante a vacinação como

estratégias distrativas e confortantes para as crianças de idade compreendida entre os 0 anos e os 10 anos.

Para Nilsson (2011), as crianças suportam grande variedade de procedimentos dolorosos, ao longo da vida, pelo que é comum a ansiedade aumentar ao longo do tempo devido às suas memórias. Estas experiências podem influenciar o medo, no futuro, dos cuidados de saúde, e poderá afetar negativamente a sua saúde. Assim, a diminuição da dor, angústia e ansiedade associados à realização de procedimentos é fundamental, pois o desenvolvimento de memórias de dor afeta a capacidade da criança lidar com os procedimentos futuros. Segundo Hockenberry et al (2016) a brincadeira é parte integrante das relações com as crianças e deve ser incluída na preparação da criança e no incentivo à sua cooperação durante os procedimentos.

Neste sentido a caixa mágica foi criada com o âmbito de utilizar a intervenção cognitiva nomeadamente a distração como promotor e potencializador do maior conforto nas crianças durante a vacinação. De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas-Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança, a distração consiste numa “técnica que direciona a atenção para situações não relacionadas com o procedimento doloroso. É especialmente útil para controlar “dores” de curta duração (...)” (OE, 2013, p.39) Ainda de acordo com o mesmo, todas as crianças podem ser distraídas de alguma forma. Especificamente, os bebés podem ser facilmente distraídos com objetos que despertem o seu interesse, através do movimento ou do som, sendo também a linguagem teatral utilizada nesta faixa etária. Na faixa etária dos dois aos cinco/seis anos é utilizada a leitura, pequenos jogos e bolas de sabão. Já a partir dos seis anos podem ser utilizados jogos, música, televisão. Para crianças ainda mais velhas poderá ainda proceder-se à utilização de conversas sobre acontecimentos passados, presentes ou futuros (OE, 2013).

Neste sentido, encontra-se contemplado na caixa determinados objetos de acordo com idades chave: - 0 aos 18 meses: uma roca tipo maraca, uma pandeireta joaninha e uma bola da patrulha pata; dos 2 aos 3 anos: o livro de histórias da vaca clarice (com som), a bola da patrulha pata e bolas de sabão; dos 3 aos 5 anos: lápis, canetas, bolas de sabão e um livro para colorir “animais da quinta”; dos 5 aos 10 anos: a bola da patrulha pata, e um milho “anti-stress”. Todos estes objetos selecionados vão ao encontro com o preconizado no Guia Orientador de Boas Práticas- Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança para as faixas etárias estabelecidas. De salientar que todos os materiais são passíveis de desinfeção, e em específico as bolas de sabão apenas serão para utilização após o período pandémico de vivenciamos. Segundo Correia (2005) a utilização de caixas ou kits com

objetos específicos possibilitam descentralizar/reduzir o medo e a ansiedade da criança e pais, diminuindo a percepção de dor dos procedimentos e otimizando a cooperação dos vários intervenientes nos tratamentos.

Encontra-se ainda disponível nesta caixa medalhas de bom comportamento e diplomas para ambos os sexos, que foram personalizados e criados durante este estágio de modo a conferir um reforço positivo pelo comportamento exemplar e corajoso demonstrado pela criança durante o ato vacinal, após o estabelecimento de acordos entre a criança e o enfermeiro. Segundo Batalha (2010) no reforço positivo, “a criança é elogiada ou recompensada com um relato positivo, brinquedo ou outro tipo de prêmio imediatamente após o ato doloroso, quando manifestou e reconheceu a utilização de estratégias positivas no alívio da dor” (p.66).

Mais uma vez, salienta-se que cada objeto deverá ser apropriado a cada idade, etapa de desenvolvimento e características individuais da criança. Em suma não existe um conjunto de instruções fixas para cada situação, pois cada criança possui uma percepção própria de dor e níveis de desenvolvimento social, emocional e físicos únicos. Compete ao enfermeiro adaptar todas estas estratégias à individualidade de cada um.

A fotografia da caixa encontra-se em (apêndice X), de referir que, todas estas estratégias criadas através da caixa mágica poderão ser aliadas a outro tipo de intervenções, nomeadamente, intervenções cognitivas, comportamentais, e cognitivo- comportamentais.

Para este segundo objetivo foram ainda estabelecidas as seguintes atividades: elaboração de um vídeo para projeção na televisão da sala de espera da USF sobre vacinação (estratégias de conforto durante e após vacinação) de modo a promover a capacitação parental e o empowerment parental e elaboração de flyer dirigido aos pais sobre vacinação (estratégias promotoras de conforto durante e após vacinação).

Abordarei estas duas atividades em conjunto, na medida em que ambas possibilitam e fornecem capacitação parental “antes/durante/e após vacinação” temática alvo de muita suscetibilidade e dúvidas por parte dos parental.

Através da primeira semana em que existiu uma constante observação durante as consultas, foi possível verificar que na generalidade, os pais evidenciam e anseiam auxiliar os seus filhos durante este momento menos agradável, que é a vacinação. Indiscutivelmente, a capacitação parental para que os mesmos tomem consciência que as suas atitudes e ações podem influenciam este processo nos seus filhos é fulcral. Fornecer conhecimentos para que se sintam capacitados/dotados de conhecimentos sobre como atuar antes, durante e após a vacinação – promovendo estratégias que possibilitem o conforto- torna-se fundamental.

Segundo Barros (2003) “os pais necessitam e merecem ser ajudados a compreender a importância do seu papel como suportes emocionais, mas também como estruturadores do meio e criadores de experiências de distração e controlo activo de dor” (p. 117).

Deste modo, torna-se essencial a criação de materiais educativos e informativos tais como folhetos/flyer’s ou material audiovisual dirigidos aos pais por forma a minimizar os stressores e a maximizar o papel dos mesmos no momento da vacinação. É clarividente a intervenção essencial do EESIP na promoção da saúde estando em posição privilegiada para diagnosticar, informar e aconselhar os pais com os cuidados antecipatórios e na promoção das competências parentais durante o desenvolvimento infantil, nomeadamente durante o momento da vacinação. O vídeo “Vacinação dos 0-10 anos” realizado durante o estágio para projeção na USF encontra-se em (apêndice XI) sob formato PDF, bem como o flyer “Vacinação dos 0-10 anos” (apêndice XII).

Estabelecendo uma ponte com a teórica do conforto, torna-se importante aqui salientar que tal como a mesma fundamenta, a importância do *coaching* – ensinamentos para aliviar a ansiedade, proporcionar informação, promover a esperança, escutar e ajudar a planear a recuperação são fundamentais, sendo que num contexto de promoção de saúde torna-se extremamente fulcral.

Por fim, a última atividade estabelecida para este segundo objetivo consiste: sessão informativa à equipa de enfermagem sobre atividades desenvolvidas em estágio para promover a melhoria da qualidade dos cuidados através da uniformização dos mesmos.

Esta última atividade realizou-se no dia 10/11/2021 encontrando-se presente toda a equipa de enfermagem da USF tendo decorrido na sala de formação da unidade com a duração de aproximadamente 30 minutos. O plano sessão desta formação encontra-se em (apêndice XIII). Salienta-se que esta apresentação decorreu de modo interativo, apenas com recurso ao suporte informático para a própria equipa visualizar as atividades realizadas na instituição. Deste modo, foi realizada uma breve apresentação e contextualização sobre a temática abordada ao longo de todo este percurso académico, seguindo-se da apresentação das atividades desenvolvidas no decorrer do estágio ocorrido na USF, onde foram apresentados e expostos: a criação da porta ilustrativa; a caixa mágica – sendo abordados os aspetos significativos e representativos para as diferentes faixas etárias; seguindo-se a apresentação do vídeo elaborado para exposição na televisão da sala de espera de saúde infantil da unidade; e por fim, a apresentação do flyer para entrega aos pais/cuidadores sempre que se justificar adequado e pertinente face ao estadio desenvolvimental do seu filho. Todas estas atividades foram justificadas cientificamente, de modo a sensibilizar, capacitar

e motivar os enfermeiros para a sua aplicabilidade. Foi notório o interesse e expectativa de todas as enfermeiras, sendo que estas participaram ativamente expondo a sua opinião e o seu *feedback* que se revelou como bastante positivo.

Especificamente, de acordo com Batalha (2010), a formação é um elemento fundamental que acarreta diversas vantagens às equipas de saúde e utentes, nomeadamente mais tratamentos não farmacológicos, melhor comunicação na equipa de saúde, mais conhecimentos, maior satisfação profissional e criação de grupos de discussão. O mesmo autor refere ainda que, mudar os hábitos de um grupo é mais fácil do que de cada um individualmente. Por isso, as ações de sensibilização e formação conjuntas podem ser mais proveitosas. Não são um fim em si mesmas, mas apenas o pré-requisito necessário para criar uma dinâmica de mudança.

Como forma de avaliação de todas as atividades traçadas e delineadas para este segundo objetivo específico, foi acordado com a enfermeira orientadora que a própria iria fazer uma observação sobre os comportamentos, conhecimentos e atitudes demonstradas pelas crianças e os seus pais e que me seria reportado o seu resultado após quatro meses de implementação.

No entanto, embora o curto espaço em que decorreu o estágio, foi possível através da minha observação verificar que após a implementação da porta ilustrativa, bem como da caixa mágica, as crianças encontravam-se muito mais recetivas, sorridentes e confortáveis descentralizando-se em específico no momento da vacinação.

No que diz respeito à sessão de formação realizada com a equipa, foi possível obter um *feedback* oral de avaliação da sessão em excelente, pela totalidade de pessoas presentes.

Neste sentido, relativamente às atividades realizadas durante este estágio considero que foram alcançadas as seguintes unidades de competência:

- Do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: **A.1.1/A2.1/ B1.1/B3.1/ D1.1/D2.1/D2.3**

- Do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: **E.1.1./E.1.2./E.2.2./E.3.1./E.2.2./E.3.1./E.3.2./E.3.3./E.3.4**

## 2.3 Contexto III: Unidade Cuidados Intermédios Neonatais

### Descrição do contexto de estágio

O estágio decorrido na unidade de cuidados intermédios neonatais, foi realizado num contexto hospitalar na periferia da região de Lisboa, com um total de 120 horas de contacto, no período de 15 de Novembro a 17 de Dezembro de 2021.

Desde Outubro de 2021 a equipa de enfermagem desta unidade deixou de pertencer ao serviço pediátrico, que se articulava e interligava com a unidade de cuidados intermédios pediátricos, urgência pediátrica e internamento pediátrico. Consequentemente, na atualidade a unidade de cuidados intermédios neonatais encontra-se integrada no bloco de partos e urgência obstétrica, considerando que todas estas mudanças foram elaboradas e reformuladas com o objetivo da criação de uma melhor articulação entre equipas e proximidade interdisciplinar.

Desta forma, quanto à estruturação da unidade de cuidados intermédios neonatais importa referir que a mesma se encontra no piso três da infraestrutura, sendo um *open space*, apresentando capacidade para nove vagas, que se organizam em quatro incubadoras, sendo que uma delas (unidade dois) é impreterivelmente ocupada para situações de emergência, e cinco berços. De referir, que o restante planeamento é muito flexível, atendendo a que o serviço tem disponível numa sala de arrumos mais quatro incubadoras e quatro berços para resposta a necessidades pontuais em sinergia com reforço da equipa.

A unidade é composta pela bancada de enfermagem e por uma copa onde se procede à preparação de leites e onde se encontra disponível toda a medicação e materiais existentes.

Destaca-se, também, que perto da porta de saída da unidade encontra-se disponível uma incubadora de transporte (que inclui ventilador) para o transporte de RN's vindos do bloco de partos instáveis. É importante ressaltar que em casos de partos pré-terminos, gemelares, RN's com patologias específicas diagnosticadas no período pré-natal, ou em caso de reanimação, a equipa da neonatologia é informada e acionada para prestação de cuidados imediatos ao RN no bloco de partos. A responsabilidade da transferência intra-hospitalar para unidade é, igualmente, desta equipa em conjunto com o pediatra, caso se justifique. Subjacente à gestão da unidade existe a articulação interdisciplinar anteriormente referida, que tem por base a complexidade dos cuidados necessários, para tomada de decisão relativamente à gestão de vagas e reforço de equipas. É preconizada a prestação de cuidados

a RN's a partir das trinta e quatro semanas de idade gestacional, inclusive, pressupondo-se a transferência inter-hospitalar dos RN's que não reúnam este critério.

Quanto à composição da equipa de enfermagem esta unidade apresenta um total de catorze enfermeiros, sendo cinco desses elementos EESIP, a restante equipa é composta por enfermeiros generalistas. Cada turno (manhã, tarde e noite) é composto por dois enfermeiros, sendo que como já foi referido anteriormente, em casos de extrema complexidade de cuidados pode existir reforço da mesma, normalmente com prolongamento de turno por algum elemento. No que diz respeito à equipa médica, esta apresenta bastante rotatividade entre serviços. Por norma no período da manhã a visita clínica para observação é feita por dois ou três pediatras, no entanto após as treze horas apenas fica disponível o pediatra de urgência (com maior experiência em neonatologia), que é chamado à unidade de cuidados intermédios neonatais perante situações clínicas que assim o justifiquem.

Relativamente às visitas, dado a pandemia que vivenciamos, apenas é permitida a permanência da mãe e do pai em momentos alternados. A mãe após alta clínica poderá permanecer na unidade durante as vinte e quatro horas, por sua vez o pai apenas poderá fazer uma visita das 12:00 às 14:00 horas e das 17:00 às 19:00 horas, salvo certas exceções analisadas em equipa.

#### Processo de desenvolvimento de competências

Ao longo da primeira semana de estágio foi possível através da observação, da literatura e de uma entrevista formal à enfermeira orientadora que se encontra em (apêndice XIV) verificar que dada a temática a trabalhar ao longo deste ciclo de estudos se constituiria uma mais valia abordar a promoção do conforto em termos ambientais, uma vez que, foi realizada uma avaliação ao ruído na unidade, que revelou valores consideravelmente aumentados face ao preconizado e estabelecido para as unidades neonatais. Neste sentido, embora já exista uma particular atenção para alguns aspetos, justifica-se, sendo de extrema importância a sensibilização dos profissionais para a prevenção do mesmo, bem como para a sua diminuição.

Tal como supracitado, nesta unidade neonatal são prestados cuidados a RN's com diversas idades gestacionais, nomeadamente desde as trinta e quatro semanas, sendo que dependendo da estabilidade do RN é possível que o mesmo permaneça nesta unidade desde as trinta e duas semanas. Assim sendo, é perceptível que esta gestão ambiental do ruído ainda

ganhe mais relevo perante o cuidar do RN prematuro, logo neurologicamente vulnerável e imaturo.

Neste sentido foram definidos como objetivos específicos para este estágio os seguintes: *Prestar cuidados especializados ao RN /família com enfoque na promoção do conforto, em contexto de unidade de cuidados intermédios neonatais; e desenvolver estratégias de promoção de conforto durante a relação de cuidados, nomeadamente no domínio ambiental, com especificidade quanto ao ruído.*

Por forma a dar resposta ao primeiro objetivo específico foi preconizada a seguinte atividade a desenvolver: *estabelecimento de comunicação e relação terapêutica com RN/pais.*

Ao longo das cinco semanas de estágio foi possível verificar que existe uma relação terapêutica estreita e empática entre profissionais e RN/família, principalmente o elemento materno que se encontra em maior predominância de tempo na unidade.

É certo que esta nova fase de vida se constitui num momento de maior fragilidade e stress, o que pressupõe uma enorme articulação e atenção, não só para com o RN, mas também para com díade, assente na resposta às suas necessidades de formação identificadas, bem como no apoio emocional que lhe é proporcionado.

Molina, Fonseca, Waidman & Macon (2009) referem que os pais se sentem acolhidos pela equipa quando os profissionais demonstram atitudes de respeito, carinho, compreensão e atenção. O cuidado, para eles, transcende a técnica/procedimentos e a proximidade com a equipa desenvolve elos de confiança e sentimentos de gratidão pelo cuidado prestado e atenção dispensada ao filho. Segundo Pinho & Santos (2008) o cuidar em enfermagem é uma prática complexa que transcende a utilização de técnicas, implicando uma necessidade extrema do desenvolvimento da habilidade comunicativa. De acordo com Gaíva & Scochi (2005) é importante desenvolver ações de acolhimento à família e ao RN através de um escuta atenta e sensível de modo a contribuir para a redução do medo e da ansiedade dos familiares. Ainda segundo Gaíva & Scochi (2005) ao esclarecer as dúvidas dos familiares, o profissional deve fazê-lo de forma clara, segura e simples de modo a facilitar compreensão, além de oferecer o conforto necessário, concedendo oportunidades para o levantamento de novas questões.

É necessário que a hospitalização ofereça oportunidades para desenvolver medidas de promoção da saúde, indispensável em todas as fases de crescimento e desenvolvimento infantil, o que nesta área específica do cuidado neonatal passa pelo reconhecimento de que

além do RN (a quem, como profissionais, nos focamos associado à sua vulnerabilidade), também aqui os pais têm necessidades concretas e individuais, que devem ser satisfeitas.

Neste sentido, o enfermeiro, nomeadamente o EESIP tem um papel preponderante na valorização das necessidades de suporte emocional destas famílias, enquadradas num ambiente não desejado e potencialmente assustador. O esculpo da sua ação assenta uma abordagem individualizada através do recurso à escuta, atenção e disponibilidade e até mesmo à sua presença junto do RN e sua família, conferindo-se como elemento que poderá proporcionar um grande suporte emocional, sendo este também um dos focos durante este estágio.

Cabe à equipa de enfermagem ser um elemento facilitador do vínculo que se está formar, e não um agente castrador, que impõe um planeamento de cuidados meramente padronizados. Neste sentido, o reforço positivo, o falar com os pais junto ao berço ou à incubadora onde estão os seus filhos, a valorização dos aspetos positivos, a preocupação em perceber o que realmente preocupa os pais e, não o que preocupa os profissionais, são premissas essenciais. Este processo pressupõe um envolvimento progressivo e não imposto, isento de juízos de valor, pois a detenção de uma maior complexidade de conhecimento permite a compreensão multifatorial de que o aquilo que os pais experienciam numa unidade de cuidados intermédios neonatais.

Através dos resultados obtidos na *scoping review* é perceptível de observar que um dos aspetos focados no conforto psicoespiritual diz respeito à comunicação, onde se encontram presentes a disponibilidade, o diálogo, a atenção, empatia, escuta e compreensão, sendo também a transmissão/fornecimento de informações um dos aspetos mais salientes indispensáveis para um caminho positivo no sentido do conforto (Silva, Vidal, Leite & Silva 2014).

Kolcaba & Dimarco (2005) referem que quanto maior o conforto proporcionado à criança e família maior o seu envolvimento nas atividades necessárias para alcançar a recuperação, refere também que a transcendência parcial ou completa por meio de intervenções de conforto deverá estar presente de modo a transmitir esperança, sucesso, cuidados e suporte ao medo. Neste sentido, tratando-se de uma unidade de intermédios neonatais em que a existência de prematuros e RN's instáveis é uma constante, torna-se essencial a existência de suporte emocional que permitirá alcançar melhores ganhos em saúde.

As intervenções de enfermagem que sejam promotoras da segurança e bem-estar emocional e físico de RN/pais refletem-se na sua capacidade de resiliência, capacitação e

segurança face à experiência vivida com o nascimento e internamento de um filho. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que estão em melhor posição para estes fins, que se refletem não só em melhoria dos cuidados como em ganhos em saúde.

Quanto ao segundo objetivo específico definido foram delineadas as seguintes atividades: elaboração/apresentação de powerpoint para sensibilização dos profissionais de saúde sobre a prevenção do ruído na unidade de cuidados intermédios neonatais, e elaboração de poster informativo dirigido aos pais sobre as recomendações gerais sobre cuidados para a diminuição do ruído.

Contextualizado, o internamento numa unidade de cuidados neonatais introduzem o RN num ambiente muito diferente e em amplo contraste com o meio intra-uterino em que se encontrava, pelo que, cada vez mais se assiste a preocupações relacionadas com a própria ecologia do ambiente das unidades neonatais, em que o ruído constitui um aspeto importante a considerar.

Segundo Marques (2014), numa unidade de cuidados intensivos neonatal coexistem diversas fontes de ruído, sendo que a atitude humana e os equipamentos são considerados como as principais fontes de ruído, o que torna o ambiente ruidoso e stressante, sendo reconhecido que muito desse ruído pode ser evitado ou minimizado. Por sua vez, Aurélio & Tochetto (2010) afirmam que a exposição a níveis de pressão sonora elevados pode ocasionar efeitos nefastos na saúde e bem-estar, podendo contribuir para o desenvolvimento de alterações auditivas, fisiológicas e comportamentais nas pessoas expostas englobando o RN, os seus pais/família e os profissionais de saúde. Segundo o consenso clínico “o som na unidade de neonatologia” da Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018), o ruído, em específico no RN pré-termo, poderá ter efeito fisiológicos, nomeadamente bradicardia, taquicardia, apneia, hipoxemia, variações na saturação de oxigénio ou até mesmo aumento do consumo de oxigénio, podendo assim diminuir as calorias disponíveis para o crescimento. Referem também que, o ruído poderá ter efeito na audição, no sono e até mesmo na atividade dos profissionais de saúde que por sua vez influenciará a excelência da prestação de cuidados aos RN's. Segundo Wachaman & Lahav (2011) algumas das principais fontes de ruído destacadas são as conversas entre profissionais e os alarmes sonoros dos equipamentos como o toque dos alarmes de monitorização de parâmetros vitais do RN, dos equipamentos para ventilação assistida, incubadoras, berços, bombas de infusão, equipamentos de vigilância específicos de alguns parâmetros vitais, aparelhos de radiologia, telefones, entre outros, para os quais os RN's, nomeadamente os prematuros, são vulneráveis.

Assim sendo, segundo os dados que me foram fornecidos da avaliação efetuada durante este ano na unidade de cuidados intermédios neonatais, foi possível constatar que após diversos testes nomeadamente dentro da incubadora e fora da incubadora, com uma ou duas portas abertas, foram verificados aumentos significativos dos níveis acústicos aquando a utilização de caixotes do lixo, utilização de desinfetantes, portas da incubadora a abrir/fechar, batimentos com os dedos na incubadora, um pousar do biberão em cima das mesmas, alarmes de monitores, seringas/bombas infusoras e conversas dos profissionais de saúde constituíram-se nos momentos de maior elevação de ruído.

Reforço desde já, que o ideal para esta atividade seria a possibilidade de operacionalização de uma avaliação de ruído efetuada por mim logo no início do estágio e outra na última semana, para comprovar que se verificaram mudanças comportamentais, no entanto, devido à mudança organizacional e estrutural da instituição seria impossível requerer aprovação em tempo útil do pedido de avaliação do ruído durante o tempo de permanência neste mesmo estágio.

Assim sendo, dados efetuados através da avaliação realizada no ano de 2021 constituíram-se numa mais-valia para diagnóstico de situação, no entanto os mesmos não serão expostos, visto que ainda não foram divulgados pela instituição. Não obstante, de acordo com a enfermeira orientadora, bem como com a temática que me encontro a desenvolver, a problemática do ruído constitui-se como foco de sensibilização, uma vez que não foi realizada qualquer intervenção após a obtenção dos resultados.

Neste sentido, foi elaborado um plano de sessão formativa que se encontra em (apêndice XV), a formação sobre esta temática decorreu em diversos momentos durante a última semana de estágio, de forma a abranger o maior número de profissionais possível e rentabilizar o quotidiano de cuidados como potencial ambiente formativo, também adequado aos desafios pandémicos existentes relacionados com a aglomeração de pessoas.

Para a sessão formativa foi elaborado um *power-point* (apêndice XVI) para formação à equipa de profissionais de saúde em que o próprio contempla uma breve introdução, uma contextualização da importância da temática, quais as principais fontes de ruído, quais os efeitos que o mesmo poderá provocar, breves recomendações práticas/intervenções, e as considerações finais.

Através desta atividade foi possível sensibilizar e disponibilizar conhecimentos (recomendações práticas) sobre como melhorar o ambiente acústico e reduzir a exposição ao ruído. O investimento nesta área do cuidado no cliente neonatal permitirá a criação de um

caminho para a melhoria e excelência dos cuidados prestados, através do estabelecimento de maior conforto ao RN/família.

Como meio de avaliação foi realizado um questionário aos profissionais de saúde, recorrendo ao formulário já implementado pela instituição para avaliações de sessão de formação que se encontra em (anexo II). Os resultados da avaliação da sessão foram francamente positivos, encontrando-se em (apêndice XVII) os dados específicos relativos à avaliação da mesma.

Quanto ao referencial teórico, pode-se afirmar que esta atividade vai de encontro ao preconizado pela mesma, uma vez que, Kolcaba (1994) faz referência que para proporcionar conforto a nível ambiental é necessário intervir na luminosidade e ruído, de modo a conferir um suporte ambiental proporcionador de conforto. Previsivelmente, investindo nesta área do cuidado também se poderá conferir conforto físico, uma vez que estaremos a prevenir as alterações verificadas pela existência do mesmo.

Ainda para o segundo objetivo específico definido anteriormente foi realizada a atividade: elaboração de cartaz informativo dirigido aos pais sobre as recomendações gerais sobre cuidados para a diminuição do ruído, sendo que, o cartaz em questão encontra-se em (apêndice XVIII). A elaboração do mesmo constituiu-se diferenciadora, considerando mais uma vez os pais como elementos integrantes da prestação de cuidados e essenciais parceiros do cuidar. Nesta perspetiva, e também, através do reconhecimento da intencionalidade e da adequação das intervenções para obtenção de melhores resultados, objetivou-se que o cartaz seria de extrema relevância para os pais, possibilitando dotá-los e capacitá-los para a redução intencional e consciente do ruído e, conseqüentemente, promovendo o conforto dos próprios filhos e dos outros RN's da unidade.

Com implementação desta atividade foi obtido um *feedback* bastante positivo dos pais, pois através de um poster atrativo e simplificado foi possível que os mesmos percebessem a importância do tema, bem como as estratégias simples e eficazes com que poderão contribuir para a diminuição do mesmo, satisfazendo a sua necessidade de informação clara e disponível, inserida num ambiente acolhedor de envolvimento nos cuidados ao RN.

Com a realização destas atividades considero que foram alcançadas as seguintes unidades de competências:

- Do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: **B.1.1 /B.2.2 / D.2.1 / D.2.2/ D.2.3/E.2.2/ E.3.1/E.3.3**

Como parte integrante deste relatório, destaco ainda as competências adquiridas para a obtenção do grau de mestre, contempladas no Diário da República n.º74/2006, Artigo 15º alínea **B / C/ D/ E**. (*Decreto-lei n.º74/2006*).

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizo este relatório fazendo uma analogia a este significado, na medida que ele representa o processo de construção de um perfil de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EESIP, o que me coloca numa posição de maior responsabilidade, e por isso mesmo estratégica em termos de intervenção complexa no cotidiano de cuidados.

Este relatório representa não só uma visão ampla e multifatorial da temática abordada, como também representa fortaleza, sendo resultado de uma dedicação extrema, que me evidencia no final que possuo mais capacidades e competências para cuidar com a maior excelência das crianças e suas famílias. Representa conhecimentos, valores e também sentimentos vivenciados durante todo este percurso.

É deste modo, símbolo de crescimento e amadurecimento tanto pessoal como profissional, onde neste ano e meio este meu sonho comandou a vida. Este percurso possibilitou um crescimento profissional, mas também muito pessoal, testando muitas das minhas capacidades, nomeadamente a resiliência.

Assim, com o presente relatório pretendi demonstrar a importância e pertinência da temática abordada - promoção do conforto à criança/família, devendo constituir-se cada vez mais como elemento central dos cuidados em enfermagem, onde o enfermeiro, nomeadamente o EESIP tem um papel preponderante na sua aplicabilidade e operacionalização. Também é importante salientar que, a teoria do conforto de Katharine Kolcaba se constituiu num enorme suporte para sustentar e enriquecer ainda mais este percurso.

Face ao exposto, devo acrescentar que todo este percurso, contribuiu para estimular a minha capacidade de observação, de reflexão, bem como de análise. Caminhar no sentido de um *continuum* de desenvolvimento e de uma prática reflexiva contribui para um nível de competência bem como de perícia essenciais para a prestação de cuidados de excelência.

Destaco aqui, como principais dificuldades sentidas a gestão de tempo, uma vez que se torna complicado conciliar vida pessoal, profissional e os estágios com a vontade extrema de aprendizagem e enriquecimento com os mesmos. Também é importante evidenciar que, uma das grandes dificuldades foi a escassez de artigos que abordassem o conforto visto pela perspectiva das próprias crianças, pois é evidente a existência de artigos que abordam a

promoção do conforto e o conforto pela perspectiva dos pais e profissionais de saúde, mas é praticamente inexistente a temática do conforto visto pela perspectiva das próprias crianças/jovens. Identifico deste modo, uma área/temática a desenvolver para futuros estudos/investigações.

Nestas páginas, conseqüente de um trabalho iniciado através de portfólios desenvolvidos no terceiro trimestre, construí e desenvolvi um pensamento de uma intencionalidade racionalizada da minha prática, sempre na consideração que este é o caminho que me conduzirá a uma enfermagem de nível avançado. Assim sendo, penso que o presente relatório espelha todo o trabalho, empenho e dedicação, mas sobretudo individualidade constituindo-se numa mais-valia indiscutível com resultados diretos no escopo de ação, sendo com orgulho, e atualmente, sentido de pertença que reconheço nestas páginas a minha dedicação e proximidade da concretização do sonho de futura mestre e de ser EESIP.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, T. R. M., Carvalho, J. B. L., Lopes, T. R. G., Silva, G. W. S., & Teixeira, G. A. (2018). Contribuições de enfermeiros na promoção do aleitamento materno exclusivo. *Revista da rede de Enfermagem do Nordeste*, 19. DOI: 10.15253/2175-6783.20181933072
- Antão, C., Rodrigues, N., Sousa, F., Anes, E., & Pereira, A. (2018). Hospitalização da Criança: Sentimentos e opiniões dos pais. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 124-133.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência, II Série* (9), 61-67.
- Apóstolo, J., & Kolcaba, K. (2009). The Effects of Guided Imagery on Comfort, Depression, Anxiety, and Stress of Psychiatric In patients with Depressive Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 0 (0), 1-9.
- Aurélio, F. & Tochetto, T. (2010a). Mensuração do ruído em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(2), 64-68. DOI:10.25754/pjp.2010.4412
- Aurélio, F. & Tochetto, T. (2010b). Ruído em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: mensuração e percepção de profissionais e pais. *Revista Paulista de Pediatria*, 28 (2), 162-169.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica. Perspectiva Desenvolvimentista (2ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Batalha, L. (2010). Intervenções Não Farmacológicas no Controlo da Dor em Cuidados Intensivos Neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 73-80.

Barros, L., Brandão, A. (2002). Preocupações, dificuldades e perturbação emocional em pais de bebês hospitalizados numa unidade de neonatologia. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 7, 261-272.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Bland, M. (2007). Betwixt and between: a critical ethnography of comfort in New Zealand residential aged care. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 937-944.

Caldwell, L., & Grobbel, C. (2013). The importance of reflective practice in nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 319-326.

Correia, M. I. (2005). Kit sem-dói-dói para ajudar a criança a lidar com a dor. *Enfermagem em Foco*. 61, 39-40.

Castro, R. (2012). Pequeno Manual de Amamentação. Acedido em 14 de Outubro de 2021 em <http://www.aleitamento.org.br>

Cotta, R.M.M., Costa, G.D., Mendonça E.T.(2013). Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. *Ciência saúde coletiva*. 18(6), 1847-56.

Decreto-Lei nº74/2006 (2006). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República I Série A* (Nº 74 de 24-03-2006). 2242-2257.

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

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional / The Fears of Children in Pediatric Emergency Context: Nurse as Emotional Manager. *Pensar Enfermagem*. 20 (2), 26-47.

Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma da Direção Geral da Saúde n. 10/2013 de 31/05/2013. DGS:Lisboa

Direção-Geral de Saúde (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. Norma da Direção Geral da Saúde n. 018/2020 de 27/09/2020. DGS:Lisboa.

Faria, H. (2012). *Interação e perfis de comportamentos das crianças, pais e enfermeiros durante a vacinação pediátrica*. Lisboa: Faculdade de Psicologia. Tese de mestrado.

Freese, B. T. (2004). Modelo de Sistemas. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem (5a Edição ed., p. 335-353)*. Loures: Lusociência.

Fujlwara, T., Kato, N., Sanders, M. (2011). Effectiveness of Group Positive Parenting Program (Triple P) in Changing Child Behavior, Parenting Style, and Parental Adjustment: An Intervention Study in Japan. *Journal of Child and Family Studies*. 804-813.

Gabriel, M.A.M., Lopez, A.E., Galan, M.R., Fernandez, I.B., Del Cerro, R.G., & Llana, I.M. (2008). Valoración del dolor en la unidad de Cuidados Intensivos neonatales durante la extracción de las pruebas endocrinometabólica. *Anales de pediatria*. 69 (4), 316-321.

Gaíva, M. A. M., Scochi C. G. S. (2005). A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58 (4), 444-448.

Hockenberry, M., Wilson, D. & Rodgers, C. C. (2016). *Essentials of Pediatric Nursing, (10<sup>th</sup> ed.)*. Missouri: Elsevier.

Kolcaba, K. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Journal of Nursing Scholarship*. 23 (4), 237-240.

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

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*. 49 (2), 86-92.

Kolcaba, K., & Dimarco, M.A.. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. 31(3), 187-194.

Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1301-1310.

Kolcaba, K., & Wilson, L. (2002). Comfort care: A framework for perianesthesia nursing. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 17(2), 102-114. DOI: 10.1053/jpan.2002.31657.

Leal, I. P. (2005). *Psicologia da gravidez e parentalidade*. Lisboa, Portugal: Fim de Século.

Levy, L., Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.

Malinowski, A., & Stamler, L. (2002). Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 39(6), 599-606.

Marques, J. (2014). A minimização do ruído como um cuidado desenvolvimental nas unidades de neonatologia. *Sinais vitais*, 113, 47-55.

Mcilveen, K. M. & Morse, J. M. (1995). The role of comfort in nursing care: 1900-1980. *Clinical Nursing Research*. 4(2), 127-148.

Molina, R. C. M.; Fonseca, E. L.; Waidman, M. A. P. & Marcon, S. S. (2009). A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. *Revista Escola Enfermagem USP*.

Morse, J. M. (2000). On comfort and comforting. *American Journal of Nursing*, 100(9), 34-38.

Mussi, F. (1996). Conforto: Revisão de Literatura. *Revista Escola Enfermagem Universidade São Paulo*, Volume 30 (2), 254-266. DOI: 10.1590/S0080-62341996000200006

Nightingale, F. (2005). - *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. Loures: Lusociência.

Nilson, S., Hallqvist, C., Sidenvall, B., & Enskar, K., (2011). Children's experiences of procedural pain management in conjunction with trauma wound dressings. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7):1449-1457. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05590.x

Oliveira, V., Cadete, M. (2007) A consulta de Enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Revista Mineira de Enfermagem*. Rio de Janeiro. 11(1), 77-80.

Opperman, C., & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série I, n.06. ISBN: 978-989-8444-23-3

Pearson, E. (2009). Comfort and its measurement - A literature review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 4 (5), 301-310.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pinho, L. B., Santos, S. M. A. (2008). Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem (USP)*. 42 (1), 66-72

Porto Editora- *conforto* no Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. Porto: Porto Editora. [consult. 2022-01-10 16:24:43]. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/conforto>

Regulamento n. 4222/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República II Série* (N.º 133 de 12-07-2018). 19192-19194.

Regulamento n. 140/2019 (2019). Regulamento de Competências comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República II Série* (N.º 26 de 06-02-2019). 4744-4750.

Romero, H.R.A. & Colmenares, S.M.R. (2015). Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 17(1), 113-130. DOI:10.11144/Javeriana.IE17-1.npan

Santos, C.C.V., Shiratori, K.. (2005). A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm*:58(4), 434-7.

Santos, M. A criança e o hospital. (2001). *Nascer e Crescer*. Vol. 10 (2):74-77.

Shah, V., Taddio, A., Rieder, M.J. (2009). Effectiveness and tolerability of pharmacologic and combined interventions for reducing injection pain during routine childhood immunizations: systematic review and meta-analyses. DOI:10.1016/j.clinthera.2009.08.001

Sheridan, M. (2007). *From Birth To Five Years. Children's Development Progress* (3a ed.). New York: Routledge Taylor & Francis Group.

Silva, K. G., Taets, G.G. C., & Bergold, L. B. (2017). A Utilização da Música em uma Unidade Pediátrica: Contribuindo para a Humanização Hospitalar. Rio de Janeiro: *Revista Enfermagem UERJ*, 25. DOI: 10.12957/reuerj.2017.26265

Silva, M.M., Vidal, J.M., Leite, J.L. & Silva, T.P. (2014). Estratégias de Cuidados Adotadas Por Enfermeiros Na Atenção À Criança Hospitalizada Com Câncer Avançado E No Cuidado De Si. *Cienc Cuid Saude*. 13(3), 471-478. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v13i3.19937

Soares, P.R., Silva, C.R.L. & Louro, T.Q.(2020). Comfort of the child in intensive pediatric therapy: perception of nursing professionals. *Rev. Bras. Enferm.* 73(4). DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0922

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). Consenso Clínico - “O Som na Unidade de Neonatologia”. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/O-Som-na-Unidade-de-Neonatologia.pdf>. Consultado a 20/11/2021.

Somerville, D., & Keeling, J. (2004). A practical approach to promote reflective practice within nursing. *Nursing Times*.100(12),42–45.

UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF

Universidade Católica Portuguesa (UCP) (2014). *Guia de Estágio Final e Relatório - Curso de Mestrado em Enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Wachman, E., & Lahav, A. (2011). The effects of noise on preterm infants in the NICU. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 96, 305-309. DOI: 10.1136/adc.2009.182014

## APÊNDICES



**APÊNDICE I: RELATÓRIO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL PARA  
CREDITAÇÃO**





## RELATÓRIO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL PARA CREDITAÇÃO

### Identificação do requerente:

**Nome:** Inês Sofia Silva Lúcio

Estágio/Módulo a que pretende creditação: Internamento Pediátrico/Intermédios Pediátricos

### Dados gerais da experiência

Exerço funções no Hospital de Vila Franca de Xira desde o início da minha atividade laboral há cerca de 6 anos no Serviço de Pediatria, com experiência de 4 anos e 8 meses na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos.

### Descrição geral da atividade

A minha atividade profissional centra-se na prestação de cuidados a recém-nascidos (com patologia infecciosa), bem como crianças e jovens em agudização de doença e em situação de doença crónica.

### Atividades realizadas/Competências desenvolvidas

De salientar que toda a prestação de cuidados que exerço se alicerça numa tomada de decisão consciente e com respeito pelos direitos humanos e éticos, em específico pelos conhecimentos dos direitos da criança pelos quais se regem a minha profissão. Desta forma, asseguro o respeito pela dignidade da criança/jovem e família.

A unidade de cuidados intermédios pediátricos em que trabalho, ao contemplar e abranger diversas faixas etárias/estádios de desenvolvimento, bem como diversas patologias (patologias respiratórias, patologias gastro-intestinais, patologias do foro psiquiátrico, entre outras) denota-se de bastante complexidade, tornando-se exigente e muito enriquecida, conseqüentemente como profissional requer de mim uma constante necessidade de atualização/procura de conhecimento na evidência científica.

No meu quotidiano profissional e após avaliação inicial de cada situação específica é realizado um plano de intervenção de enfermagem dirigido a resultados do curto/médio/longo prazo. São

validados diagnósticos e discutidas as propostas de intervenção, sendo realizado um planeamento de cuidados de enfermagem, que posteriormente é colocado em prática. O mesmo é reformulado sempre que necessário, de modo a atender às necessidades e vontade da criança/jovem e sua família.

Toda esta prestação de cuidados tem em conta a parceria de cuidados de enfermagem de qualidade em torno da promoção da parentalidade, sendo a família um elo essencial nesta parceria de cuidados, onde todas as necessidades dos membros da família são consideradas e os conceitos de capacitação e empowerment ganham relevo.

Saliento a minha experiência ao nível da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil adequado a cada criança/família em situação de doença aguda/crónica, através do domínio de técnicas de comunicação no relacionamento terapêutico de acordo com o estadió de desenvolvimento.

Refiro, também, o brincar terapêutico que se assume como um excelente instrumento na relação entre enfermeiro-criança, o qual utilizo diariamente. Através do mesmo é possível a expressão de sentimentos (medo/ansiedade/angústias), auxiliando no estabelecimento de uma relação de confiança, bem como o favorecimento à adaptação ao ambiente hospitalar e procedimentos técnicos inerentes.

Seguindo esta linha de pensamento, e de acordo com as atividades implementadas nesta unidade, ressalvo que o medo e a ansiedade são sentimentos característicos de crianças/jovem e família em processo de hospitalização. Deste modo, os cuidados prestados englobam a integração destes aspetos com objetivo de garantir uma maior segurança e positividade da experiência vivenciada. Em casos específicos de doença crónica torna-se extremamente importante a utilização de estratégias promotoras de esperança enquadrada na realidade.

Exercer funções na área pediátrica, prende-se igualmente com uma necessidade constante de gestão da dor, sendo um dos principais motivos de preocupação das crianças/jovens e seus pais. Assim mais que nunca, devemos prestar cuidados diferenciados perante a dor e como tal, centro-me na implementação de intervenções autónomas, que na prática se traduzem nas medidas não farmacológicas de alívio da dor. Estas medidas são geralmente de carácter psicológico, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor. A seleção das mesmas diferenciam-se consoante a idade/estadió de desenvolvimento: em recém-nascido faço uso da proximidade da mãe ao recém-nascido, através do contacto pele-a-pele, amamentação ou oferta de chucha, ou até mesmo a realização de massagem. Num estádió mais evolutivo por exemplo dos 1-3 anos, a utilização de um brinquedo, o abraço dos pais, uma canção infantil. No estadió dos 3-5 anos é usado por exemplo o reforço positivo. Dos 6-10 anos, a utilização de jogos/brincadeiras, uso de tecnologia como por exemplo do telemóvel, tablet, e controlo da respiração. Por fim, adoto estratégias dos 11-18 anos, como por exemplo o diário, a escrita, conversas sobre temas de interesse, e o pensamento positivo.

Algo que também se torna importante nas minhas atividades diárias e que está intrínseca em todo o processo de saúde/doença de cada criança/jovem/ família é a educação para a saúde. As atividades promotoras para a saúde, são fundamentais no meu dia-dia, quer ao nível de esclarecimento de dúvidas, assim como ao nível de aquisição de novos conhecimentos, bem como a da adesão ao regime terapêutico. Revejo estas intervenções no dia-a-dia através de uma entrevista(formal/informal), de entrega de folhetos informativos adequados e específicos à

validados diagnósticos e discutidas as propostas de intervenção, sendo realizado um planeamento de cuidados de enfermagem, que posteriormente é colocado em prática. O mesmo é reformulado sempre que necessário, de modo a atender às necessidades e vontade da criança/jovem e sua família.

Toda esta prestação de cuidados tem em conta a parceria de cuidados de enfermagem de qualidade em torno da promoção da parentalidade, sendo a família um elo essencial nesta parceria de cuidados, onde todas as necessidades dos membros da família são consideradas e os conceitos de capacitação e empowerment ganham relevo.

Saliento a minha experiência ao nível da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil adequado a cada criança/família em situação de doença aguda/crónica, através do domínio de técnicas de comunicação no relacionamento terapêutico de acordo com o estadió de desenvolvimento.

Refiro, também, o brincar terapêutico que se assume como um excelente instrumento na relação entre enfermeiro-criança, o qual utilizo diariamente. Através do mesmo é possível a expressão de sentimentos (medo/ansiedade/angústias), auxiliando no estabelecimento de uma relação de confiança, bem como o favorecimento à adaptação ao ambiente hospitalar e procedimentos técnicos inerentes.

Seguindo esta linha de pensamento, e de acordo com as atividades implementadas nesta unidade, ressalvo que o medo e a ansiedade são sentimentos característicos de crianças/jovem e família em processo de hospitalização. Deste modo, os cuidados prestados englobam a integração destes aspetos com objetivo de garantir uma maior segurança e positividade da experiência vivenciada. Em casos específicos de doença crónica torna-se extremamente importante a utilização de estratégias promotoras de esperança enquadrada na realidade.

Exercer funções na área pediátrica, prende-se igualmente com uma necessidade constante de gestão da dor, sendo um dos principais motivos de preocupação das crianças/jovens e seus pais. Assim mais que nunca, devemos prestar cuidados diferenciados perante a dor e como tal, centro-me na implementação de intervenções autónomas, que na prática se traduzem nas medidas não farmacológicas de alívio da dor. Estas medidas são geralmente de carácter psicológico, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor. A seleção das mesmas diferenciam-se consoante a idade/estadió de desenvolvimento: em recém-nascido faço uso da proximidade da mãe ao recém-nascido, através do contacto pele-a-pele, amamentação ou oferta de chucha, ou até mesmo a realização de massagem. Num estádió mais evolutivo por exemplo dos 1-3 anos, a utilização de um brinquedo, o abraço dos pais, uma canção infantil. No estadió dos 3-5 anos é usado por exemplo o reforço positivo. Dos 6-10 anos, a utilização de jogos/brincadeiras, uso de tecnologia como por exemplo do telemóvel, tablet, e controlo da respiração. Por fim, adoto estratégias dos 11-18 anos, como por exemplo o diário, a escrita, conversas sobre temas de interesse, e o pensamento positivo.

Algo que também se torna importante nas minhas atividades diárias e que está intrínseca em todo o processo de saúde/doença de cada criança/jovem/ família é a educação para a saúde. As atividades promotoras para a saúde, são fundamentais no meu dia-dia, quer ao nível de esclarecimento de dúvidas, assim como ao nível de aquisição de novos conhecimentos, bem como a da adesão ao regime terapêutico. Revejo estas intervenções no dia-a-dia através de uma entrevista(formal/informal), de entrega de folhetos informativos adequados e específicos à

necessidade de cada criança/jovem/família, bem como esclarecimento de informação através de métodos demonstrativos, inserindo num processo de ensino/ treino extremamente necessário.

Um ponto a focalizar é também a articulação diária com a equipa multidisciplinar, sendo esta essencial para uma prática eficiente. Ressalvo a sinalização de casos com necessidades de avaliação social, como por exemplo perante comportamentos de risco e de maus tratos. Enalteço ainda a realização de uma articulação com a equipa de cuidados de saúde primários sempre que se justifique, para assegurar um processo de transição segura entre o ambiente hospitalar e a comunidade, para maior suporte à criança/jovem e sua família.

Ao longo da minha carreira profissional, procuro adquirir conhecimentos através de ações de formação, bem como de cursos, sendo detentora do curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico - data da última execução 13/03/2019.

Apresento características e capacidade de liderança e de gestão sendo enfermeira responsável de turno nesta unidade, usando sempre a melhor eficiência na qualidade dos cuidados prestados. Reporto, igualmente, sugestões de melhoria à chefia, a nível humano e estrutural.

Sou também enfermeira cooperante de ensinios clínicos nomeadamente de estudantes de enfermagem do curso de licenciatura da Escola Superior de Saúde de Lisboa, Santarém e de Portalegre.

Dado a minha experiência ao longo destes 6 anos, sendo que há mais de 4 em intermédios pediátricos posso referir que manifesto capacidades/ conhecimento especializados nesta área.



**APÊNDICE II: CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROMOTORES DO  
CONFORTO NA CRIANÇA HOSPITALIZADA: UMA SCOPING REVIEW**



## Cuidados de Enfermagem Promotores do Conforto na Criança Hospitalizada: Scoping Review

### Autores

Ana Ferreira<sup>1</sup> • Inês Lúcio<sup>1</sup> • Elisabete Nunes<sup>2</sup> • Zaida Charepe<sup>3</sup> • Margarida Lourenço<sup>2</sup>  
• Sílvia Caldeira<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mestranda do curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. <sup>2</sup> Professor auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. <sup>3</sup> Professor associado do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

### Resumo

**Objetivo:** Mapear a evidência existente acerca dos cuidados de enfermagem promotores do conforto na criança hospitalizada.

**Introdução:** As crianças constituem-se como um dos grupos mais vulneráveis aos efeitos da doença e da hospitalização, as intervenções promotoras de conforto permitem um resultado desejável, positivo e holístico.

**Crítérios de inclusão:** Foram incluídos todos os estudos relacionados com o conforto à criança hospitalizada menor de 18 anos.

**Métodos:** Esta scoping review é baseada na metodologia JBI. A pesquisa foi realizada em Maio de 2021 usando bases de dados internacionais e literatura cinzenta nos idiomas de Inglês, Português e Espanhol.

**Resultados:** Um total de 18 artigos foram incluídos nesta scoping review. Os resultados sugerem pouco enfoque nas necessidades de conforto e uma maior incidência na identificação de intervenções do domínio psicoespiritual e físico.

**Conclusão:** Nas últimas décadas, a Enfermagem tem demonstrado um interesse crescente na prestação de cuidados promotores de conforto na criança hospitalizada, bem como na sua família.

**Palavras chave:** Conforto; Cuidados de enfermagem; Enfermagem Pediátrica; Hospitalização; Promoção;

## **Nursing Care Promoters of Comfort in Hospitalized Children: Scoping Review**

### **Authors**

Ana Ferreira<sup>1</sup> • Inês Lúcio<sup>1</sup> • Elisabete Nunes<sup>2</sup> • Zaida Charepe<sup>3</sup> • Margarida Lourenço<sup>2</sup>  
• Sílvia Caldeira<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Master's Student of the Master's Degree in Nursing, Specialization in Child and Pediatric Health Nursing. Institute of Health Sciences, Universidade Católica Portuguesa.<sup>2</sup> Assistant Professor at the Institute of Health Sciences, Universidade Católica Portuguesa.<sup>3</sup> Associate Professor at the Institute of Health Sciences, Universidade Católica Portuguesa.

### **Abstract**

**Objective:** To map the existing evidence about nursing care that promotes comfort in hospitalized children.

**Introduction:** Children are one of the most vulnerable groups to the effects of illness and hospitalization, interventions that promote comfort allow a desirable, positive and holistic result.

**Inclusion criteria:** All studies related to the comfort of hospitalized children under 18 years of age were included.

**Methods:** This scoping review is based on the JBI methodology. The survey was conducted in May 2021 using international databases and gray literature in English, Portuguese and Spanish.

**Results:** A total of 18 articles were included in this scoping review. The results suggest little focus on comfort needs and a higher incidence in identifying interventions in the psycho-spiritual and physical domains.

**Conclusion:** In recent decades, Nursing has shown a growing interest in providing care that promotes comfort in hospitalized children, as well as in their families.

**Keywords:** Comfort; Nursing care; Pediatric Nursing; Hospitalization; Promotion;

## Introdução

O ambiente hospitalar contemporâneo foca-se na promoção de um ambiente de cuidados seguro e curativo, (1) no entanto, o sofrimento psicológico que o internamento implica pode constituir-se num dos maiores eventos traumáticos com repercussões quer a curto, quer a longo prazo na criança e família. (2)

As crianças constituem-se como um dos grupos mais vulneráveis aos efeitos da doença e da hospitalização, uma vez que, o stress que daí se gera representa uma mudança do estado de saúde habitual e da rotina ambiental.(3) Devido às suas limitações cognitivas e emocionais, bem como à dependência das figuras de referências, (4) as crianças encontram-se particularmente propensas aos efeitos adversos que poderão ocorrer destes eventos.(5) São frequentemente despoletados sentimentos de medo, ansiedade e incerteza pelo ambiente desconhecido, pela execução de procedimentos potencialmente dolorosos, pela separação de pessoas significativas e pela alteração de rotinas.(6) Estes acontecimentos poderão levar a alterações comportamentais, tais como “apatia e anorexia, desenvolvimento de fobias, hiperatividade, agressividade, histeria, agitação psicomotora e recusa do tratamento”. (7) Se esta crise não for tratada adequadamente poderá levar ao prolongamento desses comportamentos, assim como em interrupções/ alterações no seu desenvolvimento natural, com prejuízo na definição da sua identidade e autoestima.(8) Com o intuito de minimizar os efeitos que a hospitalização provoca na criança e família,

compete ao enfermeiro avaliar a situação como um todo e implementar intervenções que amenizem este processo vivenciado, bem como avaliar os efeitos dessas intervenções.(9) Para a Enfermagem, as necessidades de saúde da pessoa devem ser satisfeitas, mantendo como foco o cuidado e o conforto, conceitos centrais da disciplina de Enfermagem. (10)

Em 1994, Katherine Kolcaba desenvolveu a Teoria de médio alcance denominada por Teoria do Conforto, onde define o conforto como “experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental”. (11)

Os três tipos de conforto são definidos segundo Kolcaba como, Alívio: “estado de ter uma necessidade específica de conforto satisfeita”; Tranquilidade: “estado de calma ou contentamento”; Transcendência: “estado em que alguém pode superar os problemas ou a dor”. (11) Os três tipos de conforto ocorrem em quatro domínios que refletem a dimensão holística a que os cuidados de enfermagem devem atender, nomeadamente o domínio físico: “pertencentes a sensações corporais e mecanismos homeostáticos”; psicoespiritual: “pertencente à consciência interna de si mesmo, incluindo estima, conceito, sexualidade, significado na vida de uma pessoa e sua relação com uma ordem superior ou ser superior”; sociocultural: “pertencentes às relações interpessoais, familiares e sociais (finanças, educação, profissionais de saúde, entre outros) também às tradições familiares, rituais e práticas religiosas.”;

ambiental: “pertencentes ao contexto externo da experiência humana (temperatura, luz, som, cor, móveis, paisagem, entre outros). (12) O resultado da conjugação entre os tipos e os domínios de conforto, produzem uma estrutura taxonómica composta por 12 células que permitem identificar com maior clareza quais as necessidades de conforto da criança e família, para assim, se implementarem intervenções (13) que resultem numa melhoria do conforto em comparação com o estado anterior. (14) Deste modo, é possível constatar a grande complexidade associada à aplicabilidade da teoria do conforto à prática de enfermagem, acresce que em idade pediátrica a pessoa alvo dos cuidados é indissociável da família. Para que a teoria possa ser aplicada na prática de enfermagem pediátrica, devem ser tidas em conta as seguintes premissas: a criança e família têm respostas holísticas a estímulos complexos; o conforto é um resultado desejável positivo e holístico que é pertinente à disciplina de Enfermagem; a criança e família esforça-se para atender às suas necessidades básicas de conforto (trata-se de um esforço ativo que por vezes requer intervenção de enfermagem ou de outras pessoas que as suportem); a criança e família varia significativamente nas suas necessidades ou desejos pessoais por certos níveis de conforto; a prevenção de desconfortos, incluindo os relacionados a stressores fisiológicos ou psicológicos, são mais fáceis de tratar antes de estarem instalados; quando os desconfortos, como o caos ambiental ou a dor, não podem ser evitados, a criança e família devem ser ajudadas a experimentar a transcendência parcial ou completa por meio de intervenções

de conforto que transmitam esperança, sucesso, cuidado e suporte ao medo; ao aplicar a teoria do conforto na enfermagem deve ser tido em consideração a singularidade e complexidade de cada criança no contexto do sistema familiar. (12)

Quanto maior o conforto proporcionado à criança e família, maior o seu envolvimento nas atividades necessárias para alcançar a sua recuperação ou reabilitação. O conforto é um resultado positivo que confere empowerment à criança e família, incentivando-os à adoção de comportamentos de procura de saúde (HSBs). (12)

Nas últimas décadas, a Enfermagem tem demonstrado um interesse crescente na prestação de cuidados promotores de conforto na criança hospitalizada, bem como na sua família. Assim, tendo em conta a enumerada literatura produzida, sentiu-se a necessidade de analisar de modo minucioso e conciso o conforto na criança hospitalizada de um modo holístico, com o intuito de amenizar os efeitos negativos da hospitalização e assim favorecer um adequado desenvolvimento infantil.

Foi realizado uma pesquisa preliminar na *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, Cochrane Library, MEDLINE, CINAHL e PROSPERO (publicado ou em construção), comprovando a inexistência de scoping reviews acerca dos cuidados de enfermagem promotores do conforto na criança hospitalizada, tendo em conta a dimensão holística que o conceito possui.

Da pesquisa realizada salienta-se que o conforto tem vindo a ser trabalhado na população adulta com maior destaque na área

dos cuidados paliativos. Relativamente à população pediátrica destaca-se a existência de alguns artigos direcionados para populações com necessidades específicas de cuidados de saúde ou determinadas faixas etárias, como no caso neonatal, salienta-se ainda a existência de artigos que procuram demonstrar evidência na realização de uma determinada intervenção, essencialmente no alívio da dor. A revisão sistemática da literatura que emergiu da pesquisa inicial acerca do conforto na criança hospitalizada continua a ser insuficiente, uma vez que, não engloba uma visão holística das intervenções de enfermagem. (15) Face ao exposto, torna-se essencial abordar todas as dimensões do conforto, uma vez que, são igualmente essenciais para o bem-estar da criança e família.

Tendo em conta que uma scoping review permite mapear os conceitos chave de uma área de intervenção específica, torna-se pertinente recorrer a este método para compreender o fenómeno supramencionado e assim ampliar a pesquisa para a identificação dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem nos diferentes domínios do conforto. O objetivo geral consiste em mapear a evidência existente acerca dos cuidados de enfermagem promotores do conforto na criança hospitalizada, tendo como base a metodologia proposta por Joanna Briggs Institute.(16)

### Questões de revisão

Questão geral:

- Quais os cuidados de enfermagem promotores do conforto na criança hospitalizada?

Questões secundárias:

- Quais os diagnósticos de enfermagem associados ao conforto na criança hospitalizada?

- Quais as intervenções de enfermagem associadas ao conforto na criança hospitalizada?

- Quais os resultados associados ao conforto na criança hospitalizada?

### Critérios de inclusão

#### *Participantes*

Esta análise considera estudos que incluam todas as crianças, definidas segundo a Convenção dos Direitos da Criança como: “todo o ser humano menor de 18 anos”.(17) Independentemente do género, da sua condição de saúde e hospitalizadas.

#### *Conceito*

Esta análise considera estudos que explorem o conceito de conforto definido segundo Kolcaba e pela taxonomia NANDA-I.

Para Kolcaba consiste numa: “experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental”. (11)

Os três tipos de conforto são definidos segundo Kolcaba como, Alívio: “estado de ter uma necessidade específica de conforto satisfeita”; Tranquilidade: “estado de calma ou

contentamento”; Transcendência: “estado em que alguém pode superar os problemas ou a dor”. (11)

Segundo a taxonomia NANDA-I (2018-2020), o indivíduo apresenta disposição para o conforto melhorado quando atinge um: “padrão de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e/ou social (...)”.(18)

#### Contexto

Esta análise considera estudos que englobem o contexto hospitalar, incluído, mas não limitado a serviços de urgência pediátrica, internamentos de especialidades médicas e cirúrgicas, blocos operatórios, unidades de cuidados intensivos/intermédios pediátricos e neonatais, neonatologias, blocos de partos, berçários e cuidados paliativos.

#### *Tipos de fontes*

Esta scoping review considera estudos de natureza quantitativa, qualitativa e métodos mistos, bem como revisões sistemáticas da literatura, scoping reviews e literatura cinzenta no RCAAP- Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.

### **Métodos**

Esta scoping review foi conduzida de acordo com a metodologia JBI para análise de escopo,(16) tendo por base um protocolo realizado à priori.

#### *Estratégia de pesquisa*

A estratégia de pesquisa visa localizar estudos publicados, não publicados e revisões. Foi realizada uma pesquisa inicial na MEDLINE (via PubMed) e CINAHL (via EBSCO) para identificar artigos sobre o tema. As palavras de texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes, e os termos indexados utilizados para descrever os artigos foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa na MEDLINE (via PubMed) (ver apêndice I). A estratégia de pesquisa será adaptada para cada fonte de informação. As listas de referências dos artigos incluídos na revisão serão examinados para artigos adicionais.

As bases de dados pesquisadas incluem: MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Cochrane Clinical Answers, MedicLatina e a pesquisa para estudos não publicados inclui literatura cinzenta no RCAAP. Foram incluídos artigos publicados em Português, Espanhol e em Inglês, sem friso temporal, de modo a identificar como tem sido abordado o conforto na criança hospitalizada ao longo dos anos.

#### *Seleção de Estudos*

Após a pesquisa, todos os artigos identificados foram recolhidos e enviados para Mendeley V1.19.8 (Mendeley Ltd., Elsevier, Netherlands), deste modo, as duplicações foram removidas pela plataforma informática e realizada dupla

validação por dois revisores. Os mesmos selecionaram os artigos através da leitura dos títulos e resumos, de acordo com os critérios de inclusão. Nas situações de dúvida, após leitura do título e resumo pelos dois revisores independentes, foram recuperados os artigos e analisados na íntegra. O texto completo dos artigos selecionados foram recuperados e analisados em detalhe em relação aos critérios de inclusão. Artigos de texto completo que não atendiam aos critérios de inclusão foram excluídos e as razões compreenderam as seguintes: população maior de 18 anos; medidas farmacológicas no alívio do desconforto; contexto sem internamento hospitalar, tais como: serviços de apoio domiciliário, internamento em rede de cuidados continuados, consultas externas, serviços de medicina física e reabilitação e serviços de terapia ocupacional.

Os resultados da pesquisa estão apresentados sob a forma de diagrama de fluxo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR).(19)

As divergências que surgiram entre os revisores foram resolvidas através de discussão.

#### *A extração de dados*

Os dados foram extraídos por dois revisores independentes, utilizando uma ferramenta de extração de dados, onde se incluiu os detalhes específicos sobre os autores, o ano, o país, o objetivo, tipo de estudo, contexto e população (ver apêndice II), bem como os resultados no que concerne às necessidades e intervenções (ver apêndice III).

#### *Apresentação e análise de dados*

Os dados recolhidos respondem diretamente aos objetivos e questões de revisão. Os resultados serão apresentados sob a forma gráfica e narrativa. A discussão dos resultados será feita de forma narrativa.

## **Resultados**

#### *Inclusão de estudos*

Um total de 1291 artigos foram identificados através das bases de dados, destes, 46 foram removidos por se encontrarem duplicados dentro da mesma base de dados, subsistindo para triagem um total de 1245 artigos.

Posteriormente foram excluídos 341 artigos por se encontrarem duplicados entre as diferentes bases de dados, sobrando um total de 904 artigos.

Nesta fase, 652 artigos foram removidos pela leitura do título, 184 pela leitura do resumo e 9 por se encontrarem em línguas diferentes das previamente definidas (2 em Italiano, 3 em Turco, 3 em Chinês e 1 em Francês).

Dos restantes 59 artigos avaliados para elegibilidade, 41 foram excluídos (13 em relação à população, 12 ao conceito, 8 ao contexto e 8 por contemplar intervenções farmacológicas). Sobrando um total de 18 artigos que foram incluídos na presente scoping review. O fluxograma PRISMA descreve o fluxo de decisão apresentado (figura 1).

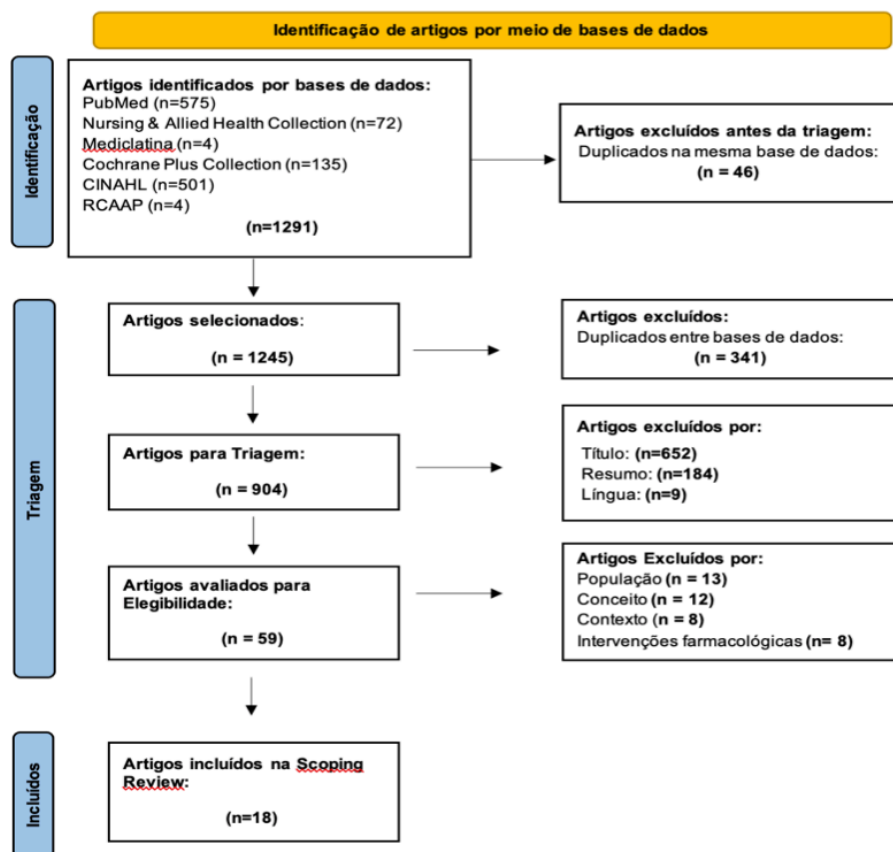


Figura 1: Fluxograma PRISMA<sup>19</sup>

### Características dos estudos incluídos

Os artigos incluídos na scoping review foram publicados entre 1995 e 2021, sendo que 67% foram nos últimos 10 anos. A maioria dos artigos são descritivos com natureza qualitativa. A população prevalente são as crianças, sendo o contexto de internamento em enfermaria o mais expressivo. Quanto à origem, o Brasil é o país com mais investigação desenvolvida representando 39% dos estudos, seguido dos Estados Unidos da América e da China com 17% cada, sucedendo-se a Austrália, a Colômbia, Portugal e Uganda.

As principais características dos estudos incluídos na scoping review são detalhadas no Apêndice II.

### Apresentação dos resultados

Em relação à questão:

- Quais os diagnósticos de enfermagem associados ao conforto na criança hospitalizada?

Constata-se a existência de poucos artigos onde as necessidades de conforto na criança hospitalizada estejam diretamente abordadas. No total dos 18 artigos, apenas 22% evidenciam com clareza as necessidades sentidas, sendo que nos restantes por vezes as

necessidades se encontram subentendidas ou não mencionadas. De uma forma genérica são abordadas necessidades de comunicação<sup>28</sup>, segurança<sup>28,31,35</sup>, suporte<sup>28,31,37</sup>, significado e propósito de vida<sup>37</sup>, apoio<sup>28,37</sup>, alívio do desconforto<sup>28,35</sup>, proximidade<sup>28</sup>, e espiritualidade<sup>37</sup>.

Em relação à questão:

- Quais as intervenções de enfermagem associadas ao conforto na criança hospitalizada?

Os resultados demonstram que existe uma panóplia de intervenções que se podem enquadrar nos quatro domínios propostos pela teoria de Kolcaba, permitindo deste modo, olhar para a criança de uma forma holística.

Verifica-se a existência de um maior enfoque no domínio psicoespiritual, seguindo-se o domínio físico, sociocultural e por fim, ambiental (Figura 2).

No âmbito do domínio psicoespiritual destacam-se intervenções ao nível da distração<sup>20,22,23,24,28,30,31</sup>, tais como: técnicas de respiração<sup>20,22,23,24</sup>, imaginação guiada<sup>20,22,23,24</sup>, relaxamento<sup>20,22,23,24</sup>, música<sup>24, 27,29,31,34</sup>, leitura<sup>24,25,27,29,33</sup>, brincadeira<sup>24,27,29,31</sup>, humor<sup>31,33,36</sup> e jogos<sup>24,28,31,33</sup>. Destacam-se ainda como intervenções promotoras do conforto o fornecimento de informações<sup>22,23,24,27,28,31</sup>, o reforço positivo<sup>22,23,24</sup>, o afeto<sup>26,29,31,35</sup>, o toque<sup>21,22,23,24,26</sup> e o envolvimento dos pais/família<sup>22,23,24,27,29,31,33,35,37</sup>.

Em relação ao domínio físico, sobressaem as intervenções relacionadas com o posicionamento<sup>21,22,23,29,30,35</sup>, o toque<sup>21,22,23,24,26</sup>, o relaxamento<sup>20,22,23</sup>, a contenção física<sup>21,26,32</sup>, a

amamentação<sup>21,26,30</sup> e a sucção não nutritiva<sup>21,26,30</sup>.

Os restantes domínios sociocultural e ambiental têm pouco ênfase na pesquisa efetuada. Relativamente ao domínio ambiental é destacado a necessidade de criação de um ambiente harmonioso<sup>22,24,32</sup>, através da diminuição da iluminação<sup>22,32,35</sup>, da diminuição do ruído<sup>22,32,35</sup> e da existência de mobiliário confortável<sup>28,35</sup>.

No domínio sociocultural é referida a necessidade de articulação com estruturas da comunidade<sup>37</sup>, bem como o envolvimento dos pais/família<sup>22,23,24,27,29,31,33,35,37</sup>.

É de salientar que algumas das intervenções apresentadas poderão estar incluídas em vários domínios tendo em conta a sua multidimensionalidade.

Em relação à questão:

- Quais os resultados associados ao conforto na criança hospitalizada?

As múltiplas intervenções permitem colmatar as necessidades de conforto identificadas na criança hospitalizada, salientando a redução de ansiedade<sup>28,35</sup>, medo<sup>28,31</sup>, tensão<sup>35</sup> e sofrimento<sup>35</sup>, permitindo espaço para o desenvolvimento de significado e propósito de vida<sup>37</sup>, manutenção de esperança<sup>37</sup>, possibilidade de se conectar com família e amigos<sup>37</sup>, bem como expressar fé e seguir práticas religiosas<sup>37</sup>.

## Discussão

A definição de conforto para Kolcaba vai ao encontro da proposta pela taxonomia NANDA-I (2018-2020). Ambas referem a necessidade de satisfação nos diferentes domínios.



Figura 2: Intervenções promotoras de conforto identificadas na literatura

As necessidades anteriormente identificadas, possuem na sua base um conjunto de características definidoras (sofrimento<sup>35</sup>, tensão<sup>35</sup>, ansiedade<sup>28,35</sup>, dor<sup>35</sup>, medo<sup>28,31</sup>, procedimentos desconfortantes<sup>31</sup>, significado e propósito de vida<sup>37</sup>, manter a esperança<sup>37</sup>, expressar fé e seguir práticas religiosas<sup>37</sup> e conectar-se com família e amigos<sup>37</sup>), que permitem a formulação dos diagnósticos propostos pela taxonomia NANDA-I. Deste modo, é possível identificar o diagnóstico *conforto prejudicado*<sup>28,31,35</sup> em apenas 17% dos artigos, ao passo que o diagnóstico *disposição para o conforto melhorado*<sup>37</sup> ocorre em menos de 6% dos artigos, o que faz com que se constitua numa temática pouco trabalhada. No entanto, esta reveste-se de grande importância para a prática clínica, pois sem a identificação adequada das necessidades de conforto da criança hospitalizada, torna-se difícil a prestação de cuidados dirigidos e personalizados.

Identifica-se que os três tipos de conforto propostos por Kolcaba raramente são apresentados, uma vez que, são conceitos complexos, com barreiras indefinidas e que conferem algum grau de subjetividade e abstração.

A formulação dos diagnósticos tendem a incidir no problema, ou seja, quando este já se encontra instalado ao invés de se focar na sua prevenção.

Dos artigos incluídos na presente scoping review, pode afirmar-se que relativamente ao período neonatal existem intervenções específicas promotoras de um adequado desenvolvimento, uma vez que permitem a satisfação de necessidades básicas. O

afeto<sup>26,29,31,35</sup>, a voz materna<sup>26</sup>, o toque<sup>21,22,23,24,26</sup>, a amamentação<sup>21,26,30</sup>, o método mãe-canguru<sup>26,32</sup> e o contacto pele a pele<sup>26,30</sup> incentivam a vinculação à figura parental, transmitindo segurança ao recém-nascido para que este possa iniciar a exploração do mundo.

Salienta-se que cerca de 33% dos artigos incluídos abordam a perspetiva das crianças, sendo os restantes atribuídos à perspetiva parental ou dos profissionais de saúde. Deste modo, as crianças privilegiam as intervenções relacionadas com o fornecimento de informação<sup>23,24,28,31</sup>, o recurso a técnicas distrativas<sup>23,24,28,31,33</sup>, e o envolvimento dos pais/família<sup>23,24,31,33,37</sup>. Estas intervenções conferem maior segurança por proporcionarem um ambiente mais familiarizado, previsível e descentralizado da realidade vivida.

A perspetiva dos pais assemelha-se à dos profissionais de saúde, para além das intervenções evidenciadas pelas crianças acrescem as intervenções comunicacionais (disponibilidade<sup>28,29,31</sup>, empatia<sup>27,31</sup>, escuta<sup>27</sup>, negociação<sup>27</sup>, compreensão<sup>31</sup> e diálogo<sup>27</sup>) e do âmbito físico (posicionamento<sup>21,22,23,29,30,31</sup>, toque<sup>21,22,23,24,26</sup>, relaxamento<sup>20,22,23</sup> e massagem<sup>22,24</sup>).

É interessante compreender que as crianças têm um foco centralizado na perspetiva psicoespiritual ao invés da perspetiva física. Constituído-se uma das diferenças entre este grupo populacional e o dos pais/profissionais de saúde. Sendo de ressaltar que as crianças em situações de angústia/sofrimento físico encontram maior resposta nas intervenções psicoespirituais.

O suporte proporcionado pelas estruturas da comunidade, embora pouco abordado nos artigos, constitui-se como uma ferramenta valiosa na transição de cuidados para o domicílio, mas também pela influência que exerce durante o processo de hospitalização, uma vez que, permite tornar esse ambiente mais harmonioso/familiar.

O processo de hospitalização representa um evento gerador de stress na criança, visto que apresenta um número limitado de mecanismos de defesa para a sua gestão. Acresce a esta condição a existência de um ambiente estranho e hostil. Torna-se premente, a adequação de um ambiente mais harmonioso<sup>22,24,32</sup>, tendo em consideração aspetos tais como: luminosidade<sup>22,32,35</sup>, cor<sup>35</sup>, ruído<sup>22,32,35</sup>, mobiliário confortável<sup>28,35</sup>, temperatura adequada<sup>35</sup> e ambiente espaçoso<sup>28</sup>.

De modo a validar que as intervenções foram eficazes para a promoção do conforto, é necessário que haja instrumentos que permitam de forma objetiva a avaliação dos mesmos. Verificou-se ao longo dos artigos uma breve referência à aplicabilidade de escalas de avaliação do conforto, destacando-se a escala Comfort e Comfort B.

Os artigos acima mencionados fornecem uma boa base de atuação no que concerne à intervenção no domínio psicoespiritual e físico, mas também se constituem em pistas para eventuais investigações de modo a completar o conhecimento já evidenciado.

As temáticas menos desenvolvidas e que merecem uma maior atenção consistem na identificação da perspetiva da criança, pois a perspetiva dos pais e dos profissionais de saúde é mais explorada; na importância da

existência de variabilidade nos serviços hospitalares explorados, pois a maior incidência ocorre em enfermarias e unidades de cuidados intensivos, negligenciando serviços como a urgência; na necessidade de uma perspetiva mais ampla do conceito do conforto, pois tem vindo a ser fortemente associado ao alívio da dor, reduzindo a potencialidade que este conceito apresenta; e por fim, a importância de perceber a influência que a cultura tem para a promoção do conforto.

## **Conclusões**

O conforto embora seja alvo de abordagem ao longo dos anos, não deixa de ser um conceito atual e pertinente. São frequentes as situações que levam ao desconforto nos diferentes domínios, assim torna-se premente intervir de modo a humanizar um ambiente caracterizado por sentimentos de dor e sofrimento, proporcionando um espaço de sentimentos positivos e momentos prazerosos.

Compete a cada um de nós sensibilizar a equipa para a importância de olhar para o conforto da criança de forma holística e assim alcançar a qualidade dos cuidados.

Posto isto, foi possível responder à questão de revisão definida inicialmente, através de um percurso metodológico rigoroso.

## **Referências**

1. Rokach A. Psychological, emotional and physical experiences of hospitalized children. Clin Case Reports Rev. 2016;2(4). Available from: <http://oatext.com/Psychological->

- emotional-and-physical-experiences-of-hospitalized-children.php
2. Hughes BM. Psychology, hospitalization and some thoughts on medical training. *Eur J Psychother Couns.* 2001 Apr 2;4(1):7–26. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13642530110040109>
  3. Hockenberry M, Wilson D, Rodgers CC. *Nursing, Essentials of Pediatric.* 2016;
  4. Sartain SA, Clarke CL, Heyman R. Hearing the voices of children with chronic illness. 2000.
  5. Kennedy C, Kools S, Kong SKF, Chen J-L, Franck L, Wong TKS. Behavioural, emotional and family functioning of hospitalized children in China and Hong Kong. *Int Nurs Rev.* 2004 Mar;51(1):34–46. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1466-7657.2003.00204.x>
  6. Papaconstantinou EA, Hodnett E, Stremler R. A Behavioral-Educational Intervention to Promote Pediatric Sleep During Hospitalization: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Behav Sleep Med.* 2018 Jul 4;16(4):356–70. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15402002.2016.1228639>
  7. Ceribelli C. A mediação de leitura como recurso de comunicação com crianças e adolescentes hospitalizados: subsídios para a humanização do cuidado de enfermagem. Vol. 67, *Acit.* 2007.
  8. Yeh C-H. Adaptation in Children with Cancer: Research with Roy's Model. *Nurs Sci Q.* 2001 Apr 18;14(2):141–8. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089431840101400209>
  9. Boudiab LD, Kolcaba K. Comfort Theory. *Adv Nurs Sci.* 2015 Oct;38(4):270–8. Available from: <https://journals.lww.com/00012272-201510000-00002>
  10. Ribeiro PCPSV. A Natureza Do Processo De Conforto Do Doente Crónico Em Contexto Hospitalar. 2012;1–421. Available from: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese Doutoramento - Patrícia Pontífice Sousa.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese%20Doutoramento%20-%20Patr%C3%ADcia%20Pont%C3%ADfice%20Sousa.pdf)
  11. Kolcaba K, Wilson L. Comfort care: A framework for perianesthesia nursing. *J PeriAnesthesia Nurs.* 2002 Apr;17(2):102–14. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1089947202700038>
  12. Kolcaba K, Dimarco MA. *Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing.* Vol. 31. 2005.
  13. Kolcaba KY. A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Image J Nurs Scholarsh.* 1991 Dec;23(4):237–40. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x>
  14. Kolcaba K. Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nurs Outlook.* 2001 Mar;49(2):86–92. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029655401435986>
  15. Bice AA, Wyatt TH. Holistic Comfort Interventions for Pediatric Nursing Procedures: A Systematic Review. *J*

- Holist Nurs. 2017 Sep 25;35(3):280–95. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898010116660397>
16. Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. JBI Manual for evidence synthesis. JBI.GLOBAL, editor. 2021. 406–451 p. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>
17. Unicef. Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. UNICEF CP para a, editor. Unicef. 1990. 80 p. Available from: [https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)
18. Herdman TH, Shigemi K. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I. Definições e Classificação 2018-2020. 11ª. Artmed, editor. 2018.
19. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467–73.
20. Pederson C, Harbaugh BL. Nurses' use of nonpharmacologic techniques with hospitalized children. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 1995;18:91–109. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01460869509080962?journalCode=icpn20>
21. Harrison D, Loughnan P, Johnston L. Pain assessment and procedural pain management practices in neonatal units in Australia. *J Paediatr Child Health*. 2006;42(1–2):6–9.
22. He HG, Pölkki T, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä AM. Chinese nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain relief. *J Adv Nurs*. 2005;51(4):335–42.
23. Lassetter JH. The Effectiveness of Complementary Therapies on the Pain Experience of Hospitalized Children. *J Holist Nurs*. 2006;24(3):196–208.
24. He HG, Vehviläinen-Julkunen K, Pölkki T, Pietilä AM. Children's perceptions on the implementation of methods for their postoperative pain alleviation: An interview study. *Int J Nurs Pract*. 2007;13(2):89–99.
25. Mendes LR, Broca PV, Ferreira M de A. A leitura mediada como estratégia de cuidado lúdico: contribuição ao campo da enfermagem fundamental. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(3):530–6.
26. Oliveira RM, Silva AVS e, Silva LMS da, Silva APAD da, Chaves EMC, Bezerra SC. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2011 Jun;15(2):277–83. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000200009&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200009&lng=pt&tlng=pt)
27. Silva MM da, Vidal JM, Leite JL, Silva TP da. Estratégias de cuidados adotadas por enfermeiros na atenção à criança hospitalizada com câncer avançado e no cuidado de si. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2014;13(3):471–8.
28. Romero HRA, Colmenares SMR. Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. *Investig*

- en Enfermería Imagen y Desarrollo. 2015;17(1):113–30.
29. Ponte KM de A, Gomes MCF, Ponte HMS, Farias MS. Cuidados de Enfermagem que Proporcionam Conforto à Criança Hospitalizada: Visão do Responsável. UNOPAR Ciênc Biol Saúde. 2015;17(3):165–8. Available from: [https://www.researchgate.net/publicatio n/323015493\\_Cuidados\\_de\\_Enfermag em\\_que\\_Proporcionam\\_Conforto\\_a\\_Cr ianca\\_Hospitalizada\\_Visao\\_do\\_Resp o nsavel](https://www.researchgate.net/publication/n/323015493_Cuidados_de_Enfermag em_que_Proporcionam_Conforto_a_Cr ianca_Hospitalizada_Visao_do_Resp o nsavel)
30. Katende G, Mugabi B. Comforting strategies and perceived barriers to pediatric pain management during IV line insertion procedure in Uganda's national referral hospital: A descriptive study. BioMedCentral Pediatr. 2015;15(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-015-0438-0>
31. Diogo P, Vilelas J, Rodrigues L, Almeida T. Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. Pensar Enferm. 2016;20(2):26–47. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Pa ula-Diogo/publication/315661355\\_Os\\_Med os\\_das\\_Crianças\\_em\\_Contexto\\_de\\_Ur gencia\\_Pediatrica\\_Enfermeiro\\_Enquan to\\_Gestor\\_Emocional\\_The\\_Fears\\_of\\_ Children\\_in\\_Pediatric\\_Emergency\\_Con text\\_Nurse\\_as\\_Emotional\\_Manager/lin ks/58d9](https://www.researchgate.net/profile/Paula-Diogo/publication/315661355_Os_Med os_das_Crianças_em_Contexto_de_Ur gencia_Pediatrica_Enfermeiro_Enquan to_Gestor_Emocional_The_Fears_of_ Children_in_Pediatric_Emergency_Con text_Nurse_as_Emotional_Manager/lin ks/58d9)
32. Stelmak AP, Mazza V de A, Freire MH de S. The value attributed by nursing professionals to the care proposed by the canguru method. J Nurs UFPE line. 2017;11(9):3376–85.
33. Pope N, Tallon M, Leslie G, Wilson S. Ask me: Children's experiences of pain explored using the draw, write, and tell method. J Spec Pediatr Nurs. 2018;23(3):1–11.
34. Liu MH, Zhu LH, Peng JX, Zhang XP, Xiao ZH, Liu QJ, et al. Effect of personalized music intervention in mechanically ventilated children in the PICU: A pilot study. Pediatr Crit Care Med. 2019;1–7.
35. Soares PR, Silva CRL da, Louro TQ. Comfort of the child in intensive pediatric therapy: perception of nursing professionals. Rev Bras Enferm. 2020;73(4):1–6. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=143305825&lang=pt-pt&site=ehost-live>
36. Pravder HD, Leng-Smith A, Brash AI, Elkin DJ, Attard M, Rose B, et al. A Magic Therapy Program to Alleviate Anxiety in Pediatric Inpatients. Hosp Pediatr. 2019;9(12):942–8.
37. Alvarenga W de A, Machado JR, Leite ACAB, Caldeira S, Vieira M, da Rocha SS, et al. Spiritual needs of Brazilian children and adolescents with chronic illnesses: A thematic analysis. J Pediatr Nurs. 2021; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.02.020>

**Apêndice I: Estratégia de pesquisa**

CINAHL Complete (by EBSCO) Data da Pesquisa: 27/05/2021	#37	#18 AND #22 AND #29 AND #36 (Resultados = 501)
	#36	#30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35
	#35	TI nurs* OR AB nurs*
	#34	MH "nursing care"
	#33	MH nurses
	#32	MH "neonatal nurse practitioners"
	#31	MH "pediatric nurse practitioners"
	#30	MH "pediatric nursing"
	#29	#23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28
	#28	TI hospital* OR AB hospital*
	#27	MH "child, hospitalized"
	#26	MH "hospice care"
	#25	MH hospices
	#24	MH hospitals
	#23	MH hospitalization
	#22	#19 OR #20 OR #21
	#21	TI discomfort* OR AB discomfort*
	#20	TI comfort* OR AB comfort*
	#19	MH comfort
	#18	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17
#17	TI scholar OR AB scholar	
#16	TI pre-scholar OR AB pre-scholar	
#15	TI toddler OR AB toddler	
#14	TI infancy OR AB infancy	
#13	TI infant* OR AB infant*	
#12	TI newborn* OR AB newborn*	
#11	TI neonate* OR AB neonate*	
#10	TI pediatric* OR AB pediatric*	
#9	TI paediatric* OR AB paediatric*	

	#8	TI "young people" OR AB "young people"
	#7	TI youth OR AB youth
	#6	TI teen* OR AB teen*
	#5	TI adolescen* OR AB adolescen*
	#4	TI child* OR AB child*
	#3	MH infant
	#2	MH child
	#1	MH adolescence
MedicLatina (by EBSCO) Data da Pesquisa: 27/05/2021	#21	#15 AND #18 AND #19 AND #20 (Resultados = 4)
	#20	TI nurs* OR AB nurs*
	#19	TI hospital* OR AB hospital*
	#18	#16 OR #17
	#17	TI discomfort* OR AB discomfort*
	#16	TI comfort* OR AB comfort*
	#15	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14
	#14	TI scholar OR AB scholar
	#13	TI pre-scholar OR AB pre-scholar
	#12	TI toddler OR AB toddler
	#11	TI infancy OR AB infancy
	#10	TI infant* OR AB infant*
	#9	TI newborn* OR AB newborn*
	#8	TI neonate* OR AB neonate*
#7	TI pediatric* OR AB pediatric*	
#6	TI paediatric* OR AB paediatric*	
#5	TI "young people" OR AB "young people"	
#4	TI youth OR AB youth	
#3	TI teen* OR AB teen*	
#2	TI adolescen* OR AB adolescen*	
#1	TI child* OR AB child*	

Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (by EBSCO) Data da Pesquisa: 27/05/2021	#21	#15 AND #18 AND #19 AND #20 (Resultados = 72)
	#20	TI nurs* OR AB nurs*
	#19	TI hospital* OR AB hospital*
	#18	#16 OR #17
	#17	TI discomfort* OR AB discomfort*
	#16	TI comfort* OR AB comfort*
	#15	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14
	#14	TI scholar OR AB scholar
	#13	TI pre-scholar OR AB pre-scholar
	#12	TI toddler OR AB toddler
	#11	TI infancy OR AB infancy
	#10	TI infant* OR AB infant*
	#9	TI newborn* OR AB newborn*
	#8	TI neonate* OR AB neonate*
	#7	TI pediatric* OR AB pediatric*
	#6	TI paediatric* OR AB paediatric*
#5	TI "young people" OR AB "young people"	
#4	TI youth OR AB youth	
#3	TI teen* OR AB teen*	
#2	TI adolescen* OR AB adolescen*	
#1	TI child* OR AB child*	
Cochrane Plus Collection (Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology	#21	#15 AND #18 AND #19 AND #20 (Resultados = 135)
	#20	TI nurs* OR AB nurs*
	#19	TI hospital* OR AB hospital*
	#18	#16 OR #17
	#17	TI discomfort* OR AB discomfort*
	#16	TI comfort* OR AB comfort*
	#15	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14
	#14	TI scholar OR AB scholar
	#13	TI pre-scholar OR AB pre-scholar
	#12	TI toddler OR AB toddler
#11	TI infancy OR AB infancy	
#10	TI infant* OR AB infant*	
#9	TI newborn* OR AB newborn*	

Register; Cochrane Clinical Answers (by EBSCO) Data da Pesquisa: 27/05/2021	#8	TI neonate* OR AB neonate*
	#7	TI pediatric* OR AB pediatric*
	#6	TI paediatric* OR AB paediatric*
	#5	TI "young people" OR AB "young people"
	#4	TI youth OR AB youth
	#3	TI teen* OR AB teen*
	#2	TI adolescen* OR AB adolescen*
	#1	TI child* OR AB child*
PubMed Data da Pesquisa: 27/05/2021	#37	#18 AND #22 AND #29 AND #36 (Resultados = 575)
	#36	#30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35
	#35	nursing care [MeSH Terms]
	#34	nurs* [Title/Abstract]
	#33	nurses [MeSH Terms]
	#32	pediatric nurse practitioners [MeSH Terms]
	#31	nurses, neonatal [MeSH Terms]
	#30	pediatric nursing [MeSH Terms]
	#29	#23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28
	#28	hospice care [MeSH Terms]
	#27	hospices [MeSH Terms]
	#26	hospitals [MeSH Terms]
	#25	child, hospitalized [MeSH Terms]
	#24	hospitalization [MeSH Terms]
	#23	hospital* [Title/Abstract]
	#22	#19 OR #20 OR #21
	#21	patient comfort [MeSH Terms]
#20	discomfort* [Title/Abstract]	
#19	comfort* [Title/Abstract]	
#18	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17	
#17	infant [MeSH Terms]	
#16	child [MeSH Terms]	
#15	adolescente [MeSH Terms]	
#14	scholar [Title/Abstract]	
#13	pre-scholar [Title/Abstract]	
#12	toddler [Title/Abstract]	

	#11 #10 #9 #8 #7 #6 #5 #4 #3 #2 #1	infancy [Title/Abstract] infant* [Title/Abstract] newborn* [Title/Abstract] neonate* [Title/Abstract] pediatric* [Title/Abstract] paediatric* [Title/Abstract] "young people" [Title/Abstract] youth [Title/Abstract] teen* [Title/Abstract] adolescen* [Title/Abstract] child* [Title/Abstract]
RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal Data da Pesquisa: 27/05/2021		(child OR adolescente OR teen OR youth OR "young people" OR paediatric OR pediatric OR neonate OR newborn OR infant OR infancy OR toddler OR pre-scholar OR scholar) AND (Comfort OR discomfort) AND (hospital) AND (nurse) (Resultados = 4)

## Apêndice II: Características dos estudos incluídos

Autores	Ano	Título	País	Objetivo	Tipo de Estudo	Contexto	População
Pederson, C. & Harbaugh, B.L. <sup>(20)</sup>	1995	Nurses' use of nonpharmacologic techniques with hospitalized children	Estados Unidos da América	Examinar o autorrelato dos enfermeiros sobre: fatores que ajudam ou dificultam o uso de técnicas não farmacológicas; situações clínicas em que sejam utilizadas essas técnicas; e verificação da eficácia do uso dessas técnicas.	Descrito e exploratório	Internamento hospitalar	Enfermeiras Pediátricas
Harrison, D., et al <sup>(21)</sup>	2005	Pain assessment and procedural pain management practices in neonatal units in Australia	Austrália	Identificar as práticas atuais de avaliação e procedimentos no controlo da dor em unidades neonatais na Austrália.	Transversal	105 Unidades neonatais	Recém-nascidos
He, H., et al <sup>(22)</sup>	2005	Chinese nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain relief	China	Descrever o uso de métodos não farmacológicos por enfermeiras chinesas para o alívio da dor no pós-operatório de crianças entre os 6 e os 12 anos de idade e fatores individuais e institucionais relacionados.	Inquérito descritivo por questionário	Unidades cirúrgicas	Amostra: 178 Enfermeiras
Lassetter, J.H. <sup>(23)</sup>	2006	The Effectiveness of Complementary Therapies on the Pain Experience of Hospitalized Children	Estados Unidos da América	Avaliar as melhores evidências disponíveis relacionadas ao uso e eficácia de terapias complementares e técnicas não farmacológicas na experiência dolorosa da criança em ambiente hospitalar	Revisão da literatura	Internamento hospitalar	Pediátrica
He, H., et al <sup>(24)</sup>	2007	Children's perceptions on the implementation of methods for their postoperative pain alleviation: An interview study	China	Revelar as percepções das crianças entre os 8 e os 12 anos sobre o uso de métodos para o alívio da dor pós-operatório por eles próprios, seus pais e enfermeiras.	Método de natureza mista	5 enfermarias cirúrgicas de 3 hospitais	Amostra: 59 crianças com idade entre os 8 e os 12 anos submetidas a cirurgia

Mendes, L. R., et al <sup>(25)</sup>	2009	A leitura mediada como estratégia de cuidado lúdico: contribuição ao campo da enfermagem fundamental	Brasil	A leitura mediada à criança hospitalizada como estratégia lúdica.	Descritiva de abordagem qualitativa	Internamento hospitalar	Amostra: 10 crianças hospitalizadas
Oliveira, R. M., et al <sup>(26)</sup>	2011	Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem	Brasil	Identificar a implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pelos profissionais de enfermagem, bem como caracterizá-las em tipo, frequência e finalidade da aplicação.	Descritivo, Transversal de abordagem quantitativa	Internamento hospitalar	Amostra: 45 enfermeiras, 74 técnicos e 61 auxiliares de enfermagem
Silva, M.M. et al <sup>(27)</sup>	2014	Estratégias de cuidados adotadas por enfermeiros na atenção à criança hospitalizada com cancro avançado e no cuidado de si	Brasil	Analisar as principais estratégias de cuidados adotadas por enfermeiros, no enfrentamento do processo de morrer, na atenção à criança hospitalizada com cancro avançado, e no cuidado de si	Descritivo de abordagem qualitativa	Instituto de Oncologia	Amostra: 9 enfermeiros
Romero, H.R.A. & Colmenares, S.M.R. <sup>(28)</sup>	2014	Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo	Colômbia	Identificar as necessidades de crianças e jovens entre 8 e 18 anos de idade, as dos seus cuidadores e as dos enfermeiros, durante a hospitalização em terapia intensiva.	Descritivo de corte transversal, abordagem quantitativa	Unidade de Cuidados intensivos	Amostra: 60 pessoas (20 crianças, 20 cuidadores e 20 enfermeiros)
Ponte, K.M.A. et al <sup>(29)</sup>	2015	Cuidados de Enfermagem que Proporcionam Conforto à Criança Hospitalizada: Visão do Responsável	Brasil	Identificar os cuidados de enfermagem que proporcionam conforto à criança hospitalizada na visão do responsável	Exploratório, descrito com abordagem qualitativa	Serviço de urgência pediátrica	10 mães acompanhantes responsáveis pelas crianças hospitalizadas

Katende, G. & Mugabi, B. <sup>(30)</sup>	2015	Comforting strategies and perceived barriers to pediatric pain management during IV line insertion procedure in Uganda's national referral hospital: A descriptive study	Uganda	Estabelecer as práticas atuais em relação ao uso de estratégias reconfortantes e as barreiras percebidas pelos prestadores de cuidados de saúde para implementar o tratamento no alívio da dor pediátrica durante o procedimento de inserção da linha IV no hospital nacional de referência de Uganda, Mulago.	Transversal e descritivo	6 Enfermarias pediátricas	105 (médicos, enfermeiros e internos)
Diogo, P. et al <sup>(31)</sup>	2016	Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional	Portugal	Explicitar o desempenho do trabalho emocional dos enfermeiros, com enfoque na análise da experiência dos medos (normais/desenvolvimentais) das crianças dos 6 aos 12 anos, no serviço de urgência pediátrica.	Descritivo e correlacional de abordagem quantitativa	Serviço de urgência pediátrica	82 crianças dos 6 aos 12 anos
Stelmak A.P., et al <sup>(32)</sup>	2017	The value attributed by nursing professionals to the care proposed by the canguru method	Brasil	Compreender o valor atribuído pelos profissionais de Enfermagem aos cuidados humanizados propostos pelo Método Canguru.	Descritivo, de abordagem qualitativa	Unidade de cuidados intensivos	Amostra: 37 profissionais de enfermagem
Pope N., et al <sup>(33)</sup>	2018	Ask me: Children's experiences of pain explored using the draw, write, and tell method	Austrália	Explorar as experiências de dor nas crianças, sua percepção no controlo de dor, e as expectativas do papel do enfermeiro.	Descritivo, qualitativo com abordagem indutiva	Serviço de urgência pediátrica	Amostra: 15 Crianças de 4 a 8 anos
Liu, M. et al <sup>(34)</sup>	2019	Effect of Personalized Music Intervention in Mechanically Ventilated Children in PICU: A Pilot Study	China	Determinar a viabilidade de uma intervenção musical personalizada com pacientes ventilados mecanicamente na Unidade de cuidados intensivos	Estudo piloto com desenho quase-experimental	Unidade de Cuidados intensivos	Amostra: 50 crianças com idade entre 1 mês e 7 anos

Soares, P.R., et al <sup>(35)</sup>	2019	Conforto da criança na terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de enfermagem	Brasil	Analisar o conceito de conforto em unidade de terapia intensiva pediátrica, na perspectiva dos profissionais de enfermagem.	Descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa	Unidade de cuidados intensivos	Amostra: 40 profissionais de enfermagem (16 enfermeiros e 24 técnicos de enfermagem)
Pravder, H.D., et al <sup>(36)</sup>	2019	A Magic Therapy Program to Alleviate Anxiety in Pediatric Inpatients	Estados Unidos da América	Determinar a eficácia dos serviços de terapia mágica no alívio da ansiedade do paciente pediátrico e do cuidador, da receção da terapia pelos pacientes pediátricos e as opiniões dos profissionais de saúde em relação ao uso da terapia.	Estudo controlado, randomizado	Internamento Pediátrico	Amostra: 100 crianças e 90 cuidadores
Alvarenga, W.A. et al <sup>(37)</sup>	2021	Spiritual needs of Brazilian children and adolescents with chronic illnesses: A thematic analysis	Brasil	Identificar as necessidades espirituais de crianças e adolescentes com doenças crónicas e como essas necessidades são atendidas pelos profissionais de saúde durante o internamento;	Descritivo com abordagem qualitativa	Internamento para tratamento clínico	Amostra: 35 crianças e adolescentes com idade entre os 7 e os 18 anos

### Apêndice III: Resultados dos estudos incluídos

Autores	Ano	Título	Resultados
Pederson, C. & Harbaugh, B.L. <sup>20</sup>	1995	Nurses' use of nonpharmacologic techniques with hospitalized children	<b>Intervenções:</b> distração; técnicas de respiração; imaginação guiada; relaxamento.
Harrison, D., et al <sup>21</sup>	2005	Pain assessment and procedural pain management practices in neonatal units in Australia	<b>Intervenções:</b> sucção não nutritiva; toque; posicionamento; contenção física e amamentação.
He, H., et al <sup>22</sup>	2005	Chinese nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain relief	<b>Intervenções:</b> informação preparatória; distração; técnica de respiração; relaxamento; imagens guiadas; reforço positivo; auxílio nas atividades diárias; posicionamento; regulação térmica; massagem; toque; envolvimento dos pais; criação de um ambiente confortável.
Lassetter, J.H. <sup>23</sup>	2006	The Effectiveness of Complementary Therapies on the Pain Experience of Hospitalized Children	<b>Intervenções:</b> fornecimento de informações; imaginação guiada; distração; relaxamento; técnicas de respiração; toque; hipnose; reforço positivo; descanso/sono; posicionamento; envolvimento dos pais.
He, H., et al <sup>24</sup>	2007	Children's perceptions on the implementation of methods for their postoperative pain alleviation: An interview study	<b>Intervenções:</b> <b>Estratégias das crianças:</b> relaxamento; distração (leitura, música, brincadeira, jogos, televisão, desenho, exercício físico); imagens guiadas; técnicas de respiração; fornecimento de informações; reforço positivo; toque; auxílio nas atividades diárias; envolvimento dos pais posicionamento; regulação térmica; massagem; criação de um ambiente confortável.
Mendes, L. R., et al <sup>25</sup>	2009	A leitura mediada como estratégia de cuidado lúdico: contribuição ao campo da enfermagem fundamental	<b>Intervenções:</b> leitura.
Oliveira, R. M., et al <sup>26</sup>	2011	Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem	<b>Intervenções:</b> sucção não nutritiva; carinho/ aconchego; toque; voz materna; contenção física; amamentação; método mãe-canguru; contacto pele a pele;

Silva, M.M. et al <sup>27</sup>	2014	Estratégias de cuidados adotadas por enfermeiros na atenção à criança hospitalizada com cancro avançado e no cuidado de si	<b>Intervenções:</b> comunicação (diálogo, escuta, negociação, transmissão de informação clara e honesta); empatia; apoio psicoemocional; satisfação dos desejos da criança; recurso a técnicas lúdicas na hora dos procedimentos (brincar, contar histórias e cantar); envolvimento dos pais; preservar o tempo e autonomia da criança.
Romero, H.R.A. & Colmenares, S.M.R. <sup>28</sup>	2014	Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo.	<b>Necessidades:</b> segurança; comunicação; suporte; apoio; alívio do desconforto e proximidade. <b>Intervenções:</b> fornecimento de informação; disponibilidade; distração (jogos); mobiliário confortável e ambiente espaçoso.
Ponte, K.M.A. et al <sup>29</sup>	2015	Cuidados de Enfermagem que Proporcionam Conforto à Criança Hospitalizada: Visão do Responsável	<b>Intervenções:</b> comunicação; disponibilidade; atenção; carinho; acolhimento; distração do ambiente/procedimentos (musicoterapia, leitura e brincadeira); posicionamentos; medidas de higienização das mãos; presença do familiar
Katende, G. & Mugabi, B. <sup>30</sup>	2015	Comforting strategies and perceived barriers to pediatric pain management during IV-line insertion procedure in Uganda's national referral hospital: A descriptive study	<b>Intervenções:</b> acolhimento; distração; brinquedo; consentimento; contacto pele a pele; amamentação; posicionamento; sucção não nutritiva;
Diogo, P., et al <sup>31</sup>	2016	Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional	<b>Necessidade de:</b> segurança devido ao sentimento de medo relacionado com o contexto hospitalar; equipa de saúde; procedimentos desconfortantes e possibilidade de insucesso escolar. <b>Intervenções:</b> <b>Estratégias das crianças:</b> procura de informação; vontade em colaborar; participação na tomada de decisão; realização de atividades confortantes, calmas e de lazer (distração, jogo e música); presença dos pais. <b>Estratégias dos enfermeiros:</b> afeto e carinho; simpatia e sorriso; positividade; compreensão; empatia e humor; prestação de cuidados (explicar com simplicidade os procedimentos a realizar, os cuidados e a doença, estar disponível, utilizar a brincadeira terapêutica, envolver os pais nos cuidados).
Stelmak A.P., et al <sup>32</sup>	2017	The value attributed by nursing professionals to the care proposed by the kanguru method	<b>Intervenções:</b> método mãe-canguru; ambiente harmonioso (menor luminosidade e ruídos); contenção física; cuidado de higiene.

Pope N., et al <sup>33</sup>	2018	Ask me: Children's experiences of pain explored using the draw, write, and tell method	<b>Intervenções:</b> distração (desenho, quebra-cabeças, jogos de computador, televisão e leitura); recompensas (alimentação, adesivos, brinquedos e selos); humor; descanso; envolvimento dos pais.
Liu, M. et al <sup>34</sup>	2019	Effect of Personalized Music Intervention in Mechanically Ventilated Children in PICU: A Pilot Study	<b>Intervenções:</b> música personalizada.
Soares, P.R., et al <sup>35</sup>	2019	Conforto da criança na terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de enfermagem	<b>Necessidades de:</b> alívio do desconforto devido à dor, sofrimento, tensão, ansiedade, ambiente desadequado. <b>Intervenções:</b> carinho; dignidade; segurança; posicionamentos; agrupar cuidados num único momento; hidratação corporal; envolvimento dos pais; ambiente (redução da iluminação, ruído, temperatura, cor e mobiliário confortável).
Pravder, H.D., et al <sup>36</sup>	2019	A Magic Therapy Program to Alleviate Anxiety in Pediatric Inpatients	<b>Intervenções:</b> terapia por magia; terapia pelo humor (palhaços).
Alvarenga, W.A., et al <sup>37</sup>	2021	Spiritual needs of Brazilian children and adolescents with chronic illnesses: A thematic analysis	<b>Necessidade de:</b> integrar significado e propósito de vida; manter a esperança; expressar fé e seguir práticas religiosas; conforto no fim de vida; conectar-se com família e amigos; <b>Intervenções:</b> empatia; promoção da esperança; facilitação do perdão; envolvimento da família e amigos; promoção da espiritualidade; promoção da articulação com estruturas da comunidade (igreja);



**APÊNDICE III: PÓSTER CIENTÍFICO APRESENTADO NO IV  
SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MESTRADO EM ENFERMAGEM**





## CUIDADOS DE ENFERMAGEM PROMOTORES DO CONFORTO NA CRIANÇA HOSPITALIZADA: UMA SCOPING REVIEW

Autoria(s): Ana Ferreira<sup>1</sup> • Inês Lúcio<sup>1</sup> • Elisabete Nunes<sup>2</sup> • Zaida Charepe<sup>3</sup> • Margarida Lourenço<sup>2</sup> • Sílvia Caldeira<sup>2</sup>

Afiliação do(s) autor(es): 1 *Mestranda do curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa* [ana\\_lourenco93@hotmail.com](mailto:ana_lourenco93@hotmail.com); 2 *Professor auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa*; 3 *Professor associado do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa*.

**INTRODUÇÃO:** O ambiente hospitalar foca-se na promoção de cuidados seguros e curativos<sup>1</sup> e o sofrimento psicológico que daí advém pode constituir-se num evento traumático com repercussões a curto/longo prazo na criança/família<sup>2</sup>, devido à mudança do estado de saúde habitual e da rotina ambiental<sup>3</sup>. A teoria do conforto surge como resultado positivo ao capacitar a criança/família a envolverem-se em comportamentos de busca de saúde e ao minimizar os efeitos da hospitalização, olhando para esta experiência de uma forma holística<sup>4</sup>.

**OBJETIVO:** Mapear a evidência científica existente acerca dos cuidados de enfermagem promotores do conforto na criança hospitalizada.

### MATERIAIS E MÉTODOS:

Metodologia: Joanna Briggs Institute<sup>5</sup>

- Bases de dados utilizadas:
- MEDLINE Complete
- CINAHL Complete
- Nursing & Allied Health Collection; Comprehensive
- Cochrane Central Register of Controlled Trials
- Cochrane Database of Systematic Reviews
- Cochrane Methodology Register
- Cochrane Clinical Answers
- MedLatina
- RCAAP

1291  
Estudos

18  
Estudos

- (P) "todo o ser humano menor de 18 anos"<sup>6</sup>;
- (C) que explorassem o conceito de conforto definido segundo Kolcaba<sup>7</sup> ou segundo a taxonomia NANDA-<sup>8</sup>;
- (C) internadas em qualquer contexto hospitalar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Conforto; Cuidados de enfermagem; Enfermagem Pediátrica; Hospitalização; Promoção.

### RESULTADOS:

➢ Conforto Prejudicado<sup>9,10,11</sup> ➢ Disposição para o conforto melhorado<sup>12</sup>

#### As intervenções são o foco central dos estudos

Domínio Psicoespíritual	Domínio Físico	Domínio Sociocultural
✓ Técnicas de respiração <sup>13,14,15,16</sup>	✓ Posicionamento <sup>11,14,15,20,23,24</sup>	✓ Envolvimento dos pais/família <sup>10,11,12,14,15,16,19,20,21</sup>
✓ Imaginação guiada <sup>13,14,15,16</sup>	✓ Toque <sup>14,15,16,18,23</sup>	✓ Articulação com estruturas da comunidade <sup>12</sup>
✓ Relaxamento <sup>13,14,15,16</sup>	✓ Relaxamento <sup>13,14,15</sup>	
✓ Música <sup>10,16,19,20,22</sup>	✓ Contenção física <sup>18,23,25</sup>	
✓ Leitura <sup>16,17,19,20,21</sup>	✓ Amamentação <sup>18,23,24</sup>	
✓ Brincadeira <sup>10,16,19,20</sup>	✓ Sucção não nutritiva <sup>18,23,24</sup>	
✓ Jogos <sup>9,10,16,21</sup>	✓ Técnicas de respiração <sup>13,14,15,16</sup>	
✓ Fortalecimento de informações <sup>9,10,14,15,16,19</sup>	✓ Diminuição da iluminação <sup>11,14,25</sup>	
✓ Reforço positivo <sup>14,15,16</sup>	✓ Diminuição do ruído <sup>11,14,25</sup>	
✓ Afeto <sup>10,11,18,20</sup>	✓ Mobiliário confortável <sup>9,11</sup>	

**CONCLUSÃO:** São enumeradas as oportunidades de intervenção em situações de ausência de conforto, assim foi possível mapear as necessidades e as intervenções promotoras de conforto da criança/família nos diferentes domínios, conferindo uma visão holística a que os cuidados de enfermagem devem atender.



**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**



**APÊNDICE IV: RESUMO DA ENTREVISTA À ENFERMEIRA  
ORIENTADORA DO ESTÁGIO– URGÊNCIA PEDIÁTRICA**



## ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

### *Resumo da Entrevista à Enfermeira Orientadora do estágio a decorrer no serviço de urgência pediátrica para a realização do diagnóstico situacional.*

A enfermeira orientadora referiu que os sentimentos mais evidenciados e experienciados no processo de saúde/doença são diversos e por norma quase sempre negativos. Na urgência pediátrica local que se constitui como a primeira “porta de entrada” muitas das vezes esses sentimentos encontram-se ainda mais exacerbados. Referiu que os principais sentimentos observados são o medo, a angústia, a desconfiança, a preocupação, o receio, a apreensão, ansiedade e a insegurança. Referiu ainda que um dos principais objetivos iniciais constitui-se na criação de uma relação empática de modo a perceber quais são as necessidades e as maiores preocupações não só das crianças como dos seus familiares.

Quanto aos procedimentos/intervenções que geram sentimentos negativos, a enfermeira orientadora referiu que depende muito da personalidade de cada pai e também da respetiva idade da criança. Nomeadamente procedimentos em recém-nascido em pais de “primeira viagem” são particularmente geradores de ansiedade e desconforto, tal como, procedimentos em faixas etárias dos 3 aos 8 anos, ou até mesmo em crianças que já tiveram alguma experiência mais traumatizante anterior. Os procedimentos mais comuns que são geradores de maior ansiedade e desconforto são a colocação de cateteres venosos periféricos, a colheita de urina por algaliação e dado o contexto pandémico que vivenciamos, as colheitas de exsudado para despiste de SARS-CoV-2 também se conferem como um procedimento visto de forma invasiva pelos os pais.

Referiu que também há outros fatores que potencializam estes sentimentos, como por exemplo quando o tempo de espera aumenta- quer para a chamada da triagem, quer para a observação clínica ou para a realização de procedimentos; ou quando há necessidade de internamento de curta/longa duração na unidade de cuidados intermédios pediátricos ou no internamento pediátrico.

A enfermeira orientadora referiu que no que diz respeito aos internamentos quer de curta/longa duração, por vezes os pais são compreensíveis percebendo que é de fato se constitui como uma necessidade, mas por outro lado, também existem pais que muitas das vezes não entendem o porquê e qual a necessidade de internamento do seu filho, pretendendo recorrer a outro serviço de saúde para uma segunda observação clínica, no entanto esses casos são raros. No caso de internamento de curta duração se a criança estiver contemplada

em circuito covid-19, o mesmo será feito na sala de internamento de curta duração, caso a criança esteja em circuito Não COVID-19 este poderá ser realizado no piso 3 na Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos ou no piso 7 no Internamento Pediátrico consoante a gestão de vagas. Referiu também que os internamentos de curta duração são melhor aceites que os internamentos de longa duração que muitas das vezes exigem dos pais uma gestão e dinâmica familiares muito mais complexas.

Quanto ao trajeto das crianças e seus familiares para o internamento de longa duração/ curta duração, o trajeto realiza-se de maca, de cadeira de rodas ou até mesmo pelo próprio pé dependendo do estado clínico, sendo sempre realizada uma checklist de transferência intra-hospitalar que consoante o valor indicará se é necessária transferência com enfermeiro ou apenas com acompanhamento da assistente operacional. Segundo a enfermeira orientadora, o circuito pelo que é realizada a passagem muitas das vezes não é o mais harmonioso e confortante, uma vez, que tem ligação com a urgência geral de adultos, sendo possível observar uma das salas do internamento de curta duração. Salientou que já foi abordado enquanto equipa de pediatria a possibilidade e necessidade de criação de um circuito que proporcione um aspeto mais acolhedor e confortante para as crianças e para as suas famílias, no entanto refere que ainda nenhuma intervenção foi realizada nesse sentido.



**APÊNDICE V: REFLEXÃO CRÍTICA- CONTEXTO URGÊNCIA  
PEDIÁTRICA**





Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

### **Reflexão Crítica**

## **A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**

Inês Sofia Silva Lúcio

**Lisboa**

**Setembro 2021**



Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

### **Reflexão Crítica**

## **A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**

Sob a orientação da Professora Doutora Elisabete Nunes

Inês Sofia Silva Lúcio

**Lisboa**

**Setembro 2021**

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>4</b>
<b>2. REFLEXÃO CRÍTICA</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1 Descrição</b> .....	<b>6</b>
<b>2.2 Sentimentos</b> .....	<b>8</b>
<b>2.3 Avaliação inicial</b> .....	<b>9</b>
<b>2.4 Análise</b> .....	<b>9</b>
<b>2.5 Conclusões</b> .....	<b>13</b>
<b>2.6 Plano de ação</b> .....	<b>14</b>
<b>3. CONCLUSÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>4. REFERÊNCIAS</b>	
<b>BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>16</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A presente reflexão enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório no contexto da 14ª Edição do Mestrado em Enfermagem- Especialidade Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa- Instituto de Ciências da Saúde.

Pretende-se uma reflexão sobre uma situação relevante experienciada no decorrer do presente ensino clínico que tenha proporcionado aspetos de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional.

Como base para o desenvolvimento deste exercício crítico foi selecionada uma competência do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2018), bem como duas unidades de competência passíveis da sua aplicabilidade na presente situação exposta.

A motivação para abordar a presente temática é despoletada pelo interesse pessoal bem como pela pertinência e atualidade no âmbito profissional, que através da descrição situacional foi alvo de um intenso exercício reflexivo.

Desta forma, apresenta-se como tema “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”.

Tendo como objetivo geral:

- Refletir sobre uma situação vivenciada durante o ensino clínico realizado no serviço de urgência pediátrica.

E objetivos específicos:

- Aprender as aquisições e resultados dos conhecimentos adquiridos em contexto letivo, mobilizando-os através do pensamento e análise crítica no confronto com a prática clínica;
- Sistematizar os resultados da pesquisa bibliográfica realizada, dando visibilidade à experiência vivenciada;
- Identificar os contributos para a aquisição/desenvolvimento da competência selecionada, no âmbito do meu percurso enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

A estrutura do presente trabalho é constituída por uma breve introdução, seguindo-se o desenvolvimento da reflexão crítica que terá como suporte o ciclo

reflexivo de Gibbs (1988), sendo contempladas todas as etapas inerentes ao mesmo, uma breve conclusão e por fim serão enunciadas as referências bibliográficas.

## **2. REFLEXÃO CRÍTICA**

### ***2.1 Descrição***

A presente situação sobre a qual irá emergir toda esta reflexão surge no contexto do ensino clínico realizado no serviço de urgência pediátrica.

A situação que irá ser abordada ocorreu na sala de tratamentos, tendo início pelas 17horas com uma duração aproximada de 2horas. No momento em que toda esta situação marcante ocorreu, encontrava-se presente além de mim também uma assistente operacional.

O T. é então uma criança de 8 anos de idade, raça caucasiana, género masculino, que se encontrava acompanhado pela sua mãe A.

De salientar que o T. já tinha recorrido durante o período noturno ao serviço de urgência pediátrica por um quadro de vômitos, tendo sido administrado ondansetron oral e soro de re-hidratação oral tendo alta clínica. Regressa no mesmo dia por persistência de vômitos com aparecimento de dor abdominal moderada, sem outros sintomas associados, nega diarreia e nega quadro febril. É importante referir que o T. é uma criança seguida em consulta de desenvolvimento, tendo sido diagnosticado há cerca de 6 anos com Síndrome de Jacobs 47XYY, Perturbação do Espetro de Autismo moderado e Perturbação da linguagem.

É devido a esta especificidade que toda a situação se foca. A A. apresentava-se muito ansiosa e preocupada desde logo pelo T. ter de aguardar após a triagem na sala de espera. Foi-nos explicado a complexidade da situação e desde logo encaminhei o T. e a A. para a sala de espera da Ortopedia que se encontrava mais resguardada e sem grandes estímulos. A A. referiu que o T. fica bastante agressivo e ansioso quando é exposto a muita luminosidade, ruídos e pessoas, deste modo foi proporcionado o maior conforto possível para o T.

Assim que o T. foi observado pelo pediatra, foi prescrito realização de teste ao Sars-cov-2, prescrição de análises clínicas, com colocação de acesso venoso periférico. Dada toda a situação foi ainda prescrito pela pediatra Hidrato de cloral para sedação do T., visto que a mãe referiu que o T. é muito agressivo em situações de stress e potencialmente dolorosas.

Assim que foi observado pelo pediatra e ainda sem me encontrar preparada para os procedimentos chamei de imediato a A. e o T. para entrarem para a sala de tratamentos para não estarem expostos a estímulos. Foi então que o T. entrou na sala de

tratamentos dizendo que queria ir para casa e verbalizando num tom alto e agressivo que “não quero mais doí doí” SIC.

A mãe tentava acalmá-lo, mas ele estava extremamente ansioso, não me olhava nos olhos, apresentava a cabeça para baixo a morder constantemente o seu urso de nome Tobias, foi então que percebi que teria aqui uma grande barreira na comunicação com esta criança, justificada pela complexidade multifatorial dos seus antecedentes pessoais aliada à sua situação clínica atual. O T. vinha de cadeira de rodas e foi colocado na maca com o intuito de conseguirmos proceder à sedação para a realização dos procedimentos. Foi então que a A. num estado de stress e exaustão começou a chorar compulsivamente, culpabilizando-se do estado clínico atual do T., e de não ser uma mãe perfeita tal como a própria referiu, referiu ainda que toda esta situação clínica do T. teria sido “castigo divino” SIC, porque nunca quis ser mãe e já teria sido mãe aos 43 anos de idade.

Falei com a A. com um tom de voz calmo, suave, permitindo a criação de uma relação empática. Disse-lhe que teria de se sentir uma grande mãe e acima de tudo uma grande mulher por enfrentar todas estas situações sem baixar os braços, referindo ainda que “estas crianças especiais, escolhem pais especiais”. Perante esta frase ela esboçou um ligeiro sorriso e verbalizou que, também, se sentia em baixo por o T. ser alvo de *bullying* na sua escola, sendo totalmente discriminado e excluído pela turma à exceção de uma amiga, bem como frequentemente agredido fisicamente pelos seus colegas. Referiu, ainda, que o T. só há cerca de 2 anos começou a verbalizar algumas palavras e a conseguir articular frases perceptíveis de compreensão pelas outras pessoas fora do núcleo familiar. Perante todas estas afirmações o ar expressado foi de inquietude, ficando a olhar para o T. com o coração destroçado.

Durante esta conversa o T. tinha períodos em que gritava constantemente que queria ir para casa, como tinha períodos calmos em que apenas mordia o seu urso. Segundo a A. este urso acompanha o T. desde os seus 2 anos de idade, apresentando-se como o melhor amigo, que está presente em todos os momentos mais difíceis da sua vida.

De seguida após a mãe conversar e expressar os seus sentimentos, tentei proceder à administração do hidrato de cloral, momento em que o T. começou de imediato a gritar e a tentar sair da maca. Observando que o seu urso se constitui como um elemento confortante e confiável para o T., foi então que utilizei um urso semelhante que se encontrava presente na urgência pediátrica para tentar explicar ao T.

o que iríamos fazer, sendo demonstrativo e conferindo segurança ao T., possibilitando assim através do brinqueado proceder à administração do hidrato de cloral.

Após sedação conseguimos realizar todos os procedimentos, tendo o T. apenas acordado na realização do teste ao Sars-cov-2, tendo de imediato ficado num estado de ansiedade e stress exacerbados. De seguida dei indicação à mãe que poderia colocar o T. ao seu colo para o confortar, deixando-os permanecer na sala até saída dos resultados analíticos.

Quando saíram os resultados o T. apresentava uma Proteína C Reativa de 22mg/dl, com indicação clínica para internamento pediátrico para cumprir antibioterapia endovenosa, o que se revelou novamente destabilizador para aquela mãe e para aquela criança. Tentei acalmar esta mãe, mas foi de facto muito dificultador toda esta situação. Perante isto e a pedido da A. permiti que o pai entrasse para dar um beijinho ao seu filho e conversar com ele antes de subir para o internamento pediátrico (normalmente impedido face às regras estabelecidas durante o contexto pandémico).

Acima de tudo, e sem grandes conhecimentos particulares sobre esta especificidade tentei prestar cuidados de enfermagem de excelência, proporcionando o maior conforto possível a esta criança e à sua mãe.

O T. esteve internado cerca de 2 dias, sendo transferido posteriormente para outro hospital por suspeita de apendicite aguda para ser intervencionado cirurgicamente.

## ***2.2 Sentimentos***

Durante o acontecimento anteriormente descrito, o primeiro sentimento foi de angústia por ver o sentimento de impotência daquela mãe, que se sentia culpabilizada pelas dificuldades do seu filho e pelas patologias associadas ao mesmo. De seguida perante a dificuldade de comunicação e de relação terapêutica com T. senti-me vulnerável e frágil, pois lidar com crianças com esta patologia implica um grau de conhecimentos e competências específicas e complexas. Por fim, após a mãe evidenciar que o T. sofria de bullying na escola fui eu que me senti incrédula com esta “crueldade”, que muitas crianças experienciam nas escolas. De salientar que estes sentimentos iniciais deram lugar a uma posterior satisfação, uma vez que dentro das minhas capacidades e conhecimentos consegui estabelecer uma relação de empatia com o T. e

com a A. Neste sentido, desenvolvi uma intervenção multifatorial e complexa, com objetivo de maior oferta de conforto possível a esta criança e família.

### ***2.3 Avaliação Inicial***

Com o objetivo de potencializar a avaliação inicial, recorri ao instrumento de Análise Swot, o que possibilitou a mobilização e articulação de conhecimentos referentes à disciplina de Gestão na dimensão holística do exercício profissional como futuro Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica.

Desta forma, em relação aos aspetos positivos sentidos ressalvo a empatia e comunicação que foi estabelecida com a mãe e até mesmo com o T., tendo o brinquedo terapêutico sido um grande suporte. Ressalvo também a coesão da equipa de enfermagem que possibilitou uma intervenção o mais confortante possível, tendo em atenção a especificidade da situação, possibilitando o T. encontrar-se na sala de tratamentos até ao momento do internamento não estando exposto a estímulos. Relativamente a esta questão, o trabalho de equipa foi um instrumento fundamental, uma vez que para garantir o conforto supracitado, a minha colega assumiu todas as crianças que precisavam de cuidados na sala de tratamentos, ocupando o espaço físico da sala de reanimação (já previamente definida em serviço esta possibilidade de ser utilizada em situações idênticas).

Como aspeto negativo destaco a inexistência de um circuito mais confortante para a transferência intra-hospitalar das crianças do serviço de urgência para o piso do internamento pediátrico (piso 1 e piso 7, respetivamente).

### ***2.4 Análise***

Para sustentar esta reflexão crítica há necessidade de recorrer a um referencial teórico, assim em 1994, Katherine Kolcaba desenvolveu a Teoria de médio alcance denominada por Teoria do Conforto, onde define o conforto como um experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. De referir que segundo a Kolcaba & Dimarco (2005) a criança e família variam significativamente nas suas necessidades ou desejos pessoais por certos níveis de conforto. A prevenção de desconfortos, incluindo os relacionados a stressores fisiológicos ou psicológicos, são mais fáceis de tratar antes de estarem instalados.

Quando os desconfortos, como o caos ambiental ou a dor, não podem ser evitados, a criança e família devem ser ajudadas a experimentar a transcendência parcial ou completa por meio de intervenções de conforto que transmitam esperança, sucesso, cuidado e suporte ao medo. Assim, deve ser tido em consideração a singularidade e complexidade de cada criança no contexto do sistema familiar.

Como anteriormente mencionado, esta análise efetuada irá ao encontro com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2018), contemplando a competência alusiva ao Artigo 6 Anexo I, 2- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; quanto às unidade de competências foram selecionadas a E.2.2- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas e E.2.3.- Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.

Assim sendo importa desde já referir que a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é atualmente considerada uma patologia do neurodesenvolvimento caracterizada por défices na comunicação e interação social, assim como por alterações no comportamento. Ao nível da comunicação e interação social as alterações traduzem-se por défices na reciprocidade socio-emocional, no uso de comportamentos comunicacionais não verbais (gestos, olhar, linguagem corporal) e na sua integração com a comunicação verbal para regular a interação social. Associam-se ainda restrições marcadas na competência para compreender, iniciar e manter as relações sociais. Na componente comportamental, a PEA é caracterizada pela presença de comportamentos, interesses ou atividades restritas e repetitivas que interferem de forma invasiva no funcionamento normal do sujeito. Surge, em regra associada a outras patologias do neurodesenvolvimento tais como a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI), da Linguagem e do comportamento nomeadamente com a Perturbação de Déficit de Atenção/Hiperatividade (American Psychiatric Association, 2013).

De salientar que os padrões restritivos e repetitivos de comportamento incluem movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos, insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal, interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco, hiper ou hiporeatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais (American Psychiatric Association, 2013).

Os dados epidemiológicos estimam a prevalência mundial de 1 em cada 160 pessoas têm Perturbação do Espectro do Autismo. (OMS, 2013).

Neste sentido a intervenção do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica torna-se fulcral pois de acordo com o acontecimento anteriormente descrito foi possível efetuar uma gestão dos medos, do stress e da dor do T. bem como da sua mãe. Foi garantido assim, tal como preconizado a diminuição dos estímulos que pudessem provocar mais ansiedade ao T.. É de referir que durante o processo de hospitalização estas crianças tendem a ficar ainda mais stressadas e assumir uma postura defensiva como forma de autoproteção, tendo mesmo expectativas que poderão ser frustrantes. Os sons, as luzes, as texturas, os cheiros podem levar a que estas crianças fiquem num extremo estado de alerta e desconfortáveis.

Assim, foi também possível recorrer a medidas farmacológicas através da administração de hidrato de cloral para que esta experiência de hospitalização não fosse tão traumatizante para o T., uma vez que o hidrato de cloral é um fármaco sedativo e hipnótico, proporcionando assim uma experiência não traumatizante.

Importante referir que o uso do brinquedo terapêutico se constituiu também como uma mais-valia neste processo, sendo um apoio e referência para o T., permitindo demonstrar quais os cuidados que iríamos prestar ao mesmo.

As crianças com perturbação de espectro de autismo apresentam algumas especificidades e complexidades, mas o brincar é algo que é inerente a todas as crianças. Maia, Soares Ohara & Ribeiro (2019) fundamentam que o brincar é uma atividade fundamental para a criança e pode ser expressada de diferentes formas, sendo o brinquedo um dos possíveis recursos. De acordo com Almeida (2019) o brinquedo terapêutico constitui-se num recurso útil para diminuição da ansiedade decorrente de situações ameaçadoras e atípicas, e que deve ser implementado sempre que a criança tenha necessidade de entender e lidar com experiências, como por exemplo, durante a hospitalização (Almeida, 2019). Além disso, Maia et al. (2019) relatam que constitui também um significativo meio de comunicação entre o enfermeiro, criança e família, e é um instrumento facilitador para formação do vínculo e consequente bem-estar emocional de todos os envolvidos.

Também aqui se deve ressaltar e evidenciar a situação e condição materna que esta mãe apresentava, sendo clarividente que a sua situação emocional e a sua saúde mental estavam claramente em risco. De acordo com Gronita (2008) inicialmente ao diagnóstico persiste o choque, a desorganização e o desespero, seguindo-se uma fase de negação que, caso seja prolongada, é contrária a um coping eficaz, pois ao não aceitar o diagnóstico estarão a atrasar a intervenção necessária. Os pais poderão culpar-se a eles

próprios ou a alguma entidade pela doença no filho, sendo a raiva uma fase de dor. Quando existe a plena consciência da perda do filho saudável, iniciam a fase da tristeza, que se mantém ao longo de todo o processo, com alteração apenas da sua intensidade. Alguns pais vivenciam a desvinculação, perdendo a vida um pouco de sentido para eles. Chega uma fase em que conseguem se reorganizar, e é nesta fase que encontram o realismo e a esperança da situação. Os pais vivenciam a adaptação quando aceitam a situação do filho, demonstrando uma maturação emocional na forma como lidam com o filho, estando conscientes das suas necessidades e de como satisfazê-las.

Sendo os familiares os principais cuidadores da criança com PEA é necessário desenvolver apoio adequado face às suas necessidades, alargando-se o âmbito da intervenção não só à criança mas também à sua família, que dela cuida e que também precisa ser cuidada. Neste sentido e dada toda a panóplia de intervenções que devem ser tomadas com esta criança e família, considero que naquele momento o apoio emocional que foi prestado à A. foi essencial, pois através da escuta, da empatia, do encorajamento e esperança, a A. conseguiu sentir-se mais apoiada. Segundo a Carta da Criança Hospitalizada (1988) “a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e família”

O Enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica tem aqui um papel preponderante nesta parceria entre profissionais e os pais, sendo um mecanismo ponderado tanto para a capacitação como para o “empoderamento” dos pais. De acordo com Dartora, Mendieta & Franchini (2014) o enfermeiro deve assumir um papel, socializador, de aceitação e compreensão para estabelecer limites, orientação e apoio à família.

Neste sentido, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) dá especial enfoque a aspetos prioritários como a deteção e o apoio a crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, e o reconhecimento e capacitação dos pais e outros adultos de referência como cuidadores.

De referir que, as crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e as suas famílias deverão beneficiar de programas de intervenção precoce, através do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), criado pelo Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro.

De salientar ainda que o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica é um elemento integrante da equipa multidisciplinar que constituem as Unidades de

Cuidados na Comunidade devendo intervir no âmbito da saúde escolar. Assim é lhe conferida a competência na articulação com a família destas crianças, tendo áreas de atuação particular como avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, gestão do bem-estar da criança, detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

## **2.5 Conclusões**

A família constitui-se como a primeira unidade cuidadora de saúde, neste sentido é essencial garantir a saúde mental das mesmas pois são o principal elo de cuidado de crianças com especificidades tais como esta.

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica é um elemento fulcral que acompanha a criança muitas das vezes desde o nascimento, sendo um elemento fundamental na vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança, da detecção precoce de sinais de alarme, encaminhamento, no acompanhamento no processo de adaptação da família à doença, em todas as etapas do ciclo vital com todas as especificidades decorrentes da doença, intervenção precoce, saúde escolar e continuidade de cuidados à criança e sua família ou outros prestadores de cuidados. Incorporando na prática as suas competências poderá ser uma resposta imprescindível para estas crianças e famílias.

Nestas situações em que o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica apenas vivencia estes aspetos momentaneamente, neste caso específico relacionado com as reduzidas horas de permanência num serviço de urgência pediátrica, é necessário priorizar e atender às necessidades evidenciadas pela criança e pelos seus familiares por forma, também, a assegurar a continuidade de cuidados. No momento de contacto, destaco o apoio emocional e uso do brinquedo terapêutico, como os aspetos mais importantes que planeei para a minha intervenção e implementei, de modo a atender às necessidades identificadas.

## ***2.6 Plano de ação***

Relativamente a ações futuras e refletindo sobre todos estes acontecimentos, considero que poderia ter sido efetuado um contacto com a rede de apoio psicológico existente na estrutura hospitalar para a mãe, que embora tenha expressado que se encontra estável, é claramente visível uma instabilidade emocional, que necessita de articulação com a psicologia. Bem como deveria ter sido efetuado um contacto para os cuidados na comunidade de referência da criança para fazer um alerta e sinalização sobre a situação escolar do mesmo, considerando o evidenciado pela mãe.

### **3. CONCLUSÃO**

A complexidade desta situação dotou-a de elevada pertinência, uma vez que era detentora de pouca informação científica sobre esta condição especial, permitindo-me a aquisição de um conhecimento mais aprofundado, alicerçado na evidência, que no futuro próximo me capacite para o cuidado especializado neste âmbito.

Neste sentido, a realização desta reflexão constituiu-se numa mais-valia na aquisição da competência destacada, através do aprofundar e do refletir sobre a ação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica nesta situação específica.

Através deste exercício reflexivo identifiquei a intencionalidade racionalizada da minha prática, na consideração que este é o caminho que me conduzirá a uma enfermagem de nível avançado e complexo. Assim deste modo, considero que através deste exercício reflexivo consegui adquirir as competências preconizadas com o objetivo do mesmo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA. (2013). *DSM 5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Almeida, F. (2019) O uso do brinquedo terapêutico e a humanização da assistência à criança cirúrgica. *Revista SOBECC*, 24(3): 117-118. DOI: 10.5327/10.5327/Z1414-4425201900030001

Dartora, D. D., Mendieta, M. C., Franchini, B. (2014). A equipa de enfermagem e as crianças autistas. *Journal of Nursing and Health*, 4(1), 27-38.

Decreto-Lei nº281/2009 (2009). Ministério da Saúde. *Diário da República I Série* (Nº 193/2009 de 06-10-2009). 7298-7301. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/281/2009/10/06/p/dre/pt/html>.

Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma da Direção Geral da Saúde n. 10/2013 de 31/05/2013. DGS:Lisboa

Gibbs G.. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.

Gronita, J.. (2008). Necessidades educativas especiais. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 63–72.

Hockenberry, M., Wilson, D. & Rodgers, C. C. (2016). *Essentials of Pediatric Nursing*, (10<sup>th</sup> ed.). Missouri: Elsevier.

Kolcaba, K., & Dimarco, M.A.. (2005). Confort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. 31(3):187-194.

Kolcaba, K., & Wilson, L.. (2002). Comfort care: A framework for perianesthesia nursing. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 17(2):102-14. Doi: 10.1053/jpan.2002.31657.

Maia, E. B. S., Ohara, C. V. S. & Ribeiro, C. A.. (2019). Ensino do brinquedo terapêutico na graduação em enfermagem: ações e estratégias didáticas utilizadas por professores. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28. DOI: 10.1590/1980-265x-tce-2017-0364

Regulamento n. 4222/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República II Série* (N.º 133 de 12-07-2018). 19192-19194.



## **APÊNDICE VI: PROJETO CAMINHOS BRILHANTES**



***Projeto:***  
***CAMINHOS BRILHANTES***

---

*Estudante do Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica  
da Universidade Católica Portuguesa*

***Inês Sofia Silva Lúcio***

**Setembro, 2021**

***Âmbito:***

Transporte intra-hospitalar do serviço de Urgência Pediátrica para o Internamento Pediátrico de crianças em carrinhos elétricos (telecomandados) através da criação de uma estrada interativa nos corredores do hospital.

***População-Alvo:***

Crianças desde os 2 anos até aos 8 anos de idade, estado clínico estável. A aplicabilidade da utilização dos carrinhos será efetuada pelo enfermeiro que decide se a criança se encontra com estabilidade hemodinâmica para a sua transferência através do mesmo.

***Objetivos:***

- Diminuir a ansiedade e medo associados ao momento de internamento/ cirúrgico;
- Promover o conforto das crianças e famílias;
- Promover a Segurança Infantil;
- Promover o brincar no hospital;
- Proporcionar memórias positivas relativas ao período hospitalar;
- Humanizar os cuidados prestados no serviço de Pediatria.

***Recursos Materiais:***

- Dois carros infantis elétricos;
- Estrada interativa.

***Sponser com interesse:***

- **Volkswagen Digital Solutions**

***Circuito:***

O circuito que deverá ser efetuado será o circuito pré-existente ao que era realizado com as macas/cadeiras de rodas até à inexistência deste projeto, no entanto será colocada uma estrada interativa que permitirá tornar o percurso mais apelativo. O percurso efetuado será sempre do serviço de urgência pediátrica (piso 1) até ao internamento pediátrico (piso

7). O circuito contemplará o corredor de saída da urgência, subida através do elevador, e finalmente entrada direta no internamento pediátrico até ao quarto correspondente.

O circuito só poderá ser realizado caso reúna todas as condições de segurança patentes. Nunca poderá ser realizado sem a presença/acompanhamento do pai/mãe/familiar/cuidador e sem o acompanhamento do assistente operacional/enfermeiro.

***Registo:***

Terá de ser efetuado um registo em notas gerais no processo informático de cada criança que contemple:

- Hora de transferência;
- Quem efetuou o acompanhamento;
- Intercorrências durante a transferência/transporte.

***Justificação teórica:***

Os processos de saúde-doença vivenciados na infância são inevitavelmente caracterizados por experiências de medo (1). Especialmente durante os primeiros anos de vida, as crianças são mais vulneráveis à doença e à hospitalização, na medida que o stress representa uma modificação do estado habitual de saúde e da rotina ambiental, existindo um número limitado de mecanismos para enfrentá-lo, o que pressupõe um apoio externo para ultrapassar esta crise (2). A experiência hospitalar pode inclusive influenciar o desenvolvimento infantil, retardando-o temporariamente ou mesmo restringindo-o permanentemente, o que acentua a importância de uma hospitalização não traumática, e por outro lado reforça a necessidade de tanto quanto possível criar uma oportunidade de desenvolvimento e aprendizagem (1).

Os medos são um sistema de alarme que protege as crianças de situações perigosas, surgindo com uma função adaptativa ao longo do desenvolvimento do indivíduo, manifestada sob a forma de respostas emocionais, fisiológicas e comportamentais (3). Por outro lado, a ansiedade apresenta-se como uma mistura de emoções, no qual predomina o medo (4).

Gerir os medos da criança remete para a definição de cuidados traumáticos, através da implementação de intervenções que “eliminem ou minimizem o sofrimento psicológico e físico sentido pelas crianças e suas famílias nos sistemas de saúde” (2, p. 12). Os seus três princípios, ao nível da evicção ou minimização da separação da criança da família, promoção da sensação de controlo e evicção ou minimização de lesões e dores, constituem as premissas orientadoras dos cuidados a prestar, que vão de encontro ao também enunciado na Carta da Criança Hospitalizada (5). O enfermeiro pode implementar estes cuidados através da preservação da relação pais-filho, preparação da criança/jovem antes de qualquer procedimento/tratamento, controlo algico, garantia de privacidade, promoção de atividades lúdicas, dar oportunidades de escolha à criança/jovem e no respeito pelas diferenças culturais (2). Atendendo a cada uma destas intervenções como potenciadoras do bem-estar durante a hospitalização, destacam-se a interação/distração e o brincar, na medida que são necessidades inerentes à própria criança e podem ser o instrumento mais efetivo a utilizar pelos enfermeiros para reduzir o medo/ansiedade induzida pela experiência hospitalar, relacionando-os ainda com as estratégias não farmacológicas para o alívio da dor da criança (6).

Neste sentido, o direito de brincar deve ser preservado mesmo quando se está no hospital. O recurso lúdico, nesse contexto, não representa apenas um incentivo à diversão e ao entretenimento, mas uma alternativa educacional, quando favorece o desenvolvimento social, emocional, intelectual e terapêutico, quando auxilia na diminuição do stress, do medo e da ansiedade. (7). A atividade lúdica no ambiente hospitalar é também um fator atenuante das possíveis vivências negativas, permitindo a expressão de medos, liberta energias e envolve os outros, restabelece uma conexão com o ambiente e a sua vida antes da lesão/hospitalização (8).

Aliada a esta necessidade, e numa perspetiva salutar de educação para saúde, pretende-se desenvolver uma oportunidade de sensibilização para a prevenção dos acidentes rodoviários, através da criação de uma estrada interativa nos corredores do hospital. Segundo a informação da Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI), os acidentes constituem-se a maior causa de morte e incapacidades temporárias ou definitivas em crianças e jovens em Portugal, tal como acontece ao nível da União Europeia. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) avança que em crianças a partir do primeiro ano de vida e até aos 15 anos, os acidentes rodoviários constituem a primeira causa de morte, com maior incidência nos passageiros de veículos automóveis (9).

Na confluência de todos estes fatores, justifica-se a pertinência da implementação deste projeto, evidenciando-se que ao se efetuar uma abordagem que responda às necessidades identificadas no binómio criança/jovem e família em situação de crise, é gerada a oportunidade de estes terem aprendido formas mais eficientes para lidar com crises similares futuras e consequentemente criados mais recursos para as enfrentar. Enfoca-se, ainda, a promoção do conforto da criança e da família, através da utilização de um instrumento terapêutico que resulte numa minimização do medo, da dor e do sofrimento consequentes dos processos saúde-doença (10). Este investimento nesta área do cuidado ao cliente pediátrico permitirá assim uma crescente humanização e excelência dos cuidados prestados.

### Referências Bibliográficas:

1. Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51.
2. Hockenberry, M., Wilson, D. & Rodgers, C. C. (2016). *Essentials of Pediatric Nursing*, (10<sup>th</sup> ed.). Missouri: Elsevier.
3. Almeida, P., Dias, G., Rato, M. (2002). “Por favor não mexam nos meus medos!” O medo e o desenvolvimento da criança- uma perspetiva psicodinâmica. *Revista de Saúde Infantil do Hospital Pediátrico de Coimbra*.
4. Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders- the nature and treatment of anxiety and panic*. New York.
5. Carta da Criança Hospitalizada.(1988) Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
6. Santos, M. A criança e o hospital. 2001. *Nascer e Crescer*. Vol. 10 (2):74-77.
7. Soares MRZ, Zamberlan MAT. (2001). A inclusão do brincar na hospitalização infantil. *Estudo Psicologia (Campinas)*. Vol. 18(2):64-9.
8. Zengerle-Levy, K. (2004). Practices that facilitate critically burned children’s holistic healing. *Qualitative Health Research*, Vol. 14(9):1255-1275.
9. Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2017). *Relatório de Avaliação: 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal*. Lisboa: APSI. Acedido a 10-03-2021. Disponível em:

[https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI\\_RELATORIO\\_SEGURANC  
A\\_INFANTIL\\_2017.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANC<br/>A_INFANTIL_2017.pdf)

10. Santos, G. A Promoção do conforto em enfermagem pediátrica: o brincar enquanto instrumento terapêutico. ESEL - Dissertações de Mestrado; 2017 (<http://hdl.handle.net/10400.26/20962>).

## FICHA PROJECTO

SERVIÇO: PEDIATRIA

RESPONSÁVEL PELO PROJECTO	DIRETOR SERVIÇO E/ OU ENFERMEIRO GESTOR	VOGAL EXECUTIVO DA ÁREA
Enfermeiras: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### ELEMENTOS DA EQUIPA DE TRABALHO

Enfermeiras: <input type="text"/>
--------------------------------------

### DESIGNAÇÃO DO PROJECTO

***“Caminhos Brilhantes”***

### OBJETIVOS

#### 1. Objetivo Geral

Promover o conforto/humanizar os cuidados prestados durante o Transporte Intra-hospitalar do serviço de Urgência Pediátrica para o Internamento Pediátrico; Serviço de Urgência Pediátrica/ Internamento Pediátrico para o Bloco Operatório de crianças em carrinhos elétricos (telecomandados) através da criação de uma estrada interativa nos corredores do hospital.

#### 2. Objetivos Específicos

- Diminuir a ansiedade e o medo associados ao momento de internamento/cirúrgico;
- Proporcionar memórias positivas relativas ao período hospitalar;
- Promover o brincar no hospital;
- Promover a segurança infantil.

## FICHA PROJECTO

### JUSTIFICAÇÃO (DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO / PROBLEMA, FUNDAMENTAÇÃO)

Os processos de saúde-doença vivenciados na infância são inevitavelmente caracterizados por experiências de medo (1). Especialmente durante os primeiros anos de vida, as crianças são mais vulneráveis à doença e à hospitalização, na medida que o stress representa uma modificação do estado habitual de saúde e da rotina ambiental, existindo um número limitado de mecanismos para enfrentá-lo, o que pressupõe um apoio externo para ultrapassar esta crise (2). A experiência hospitalar pode inclusive influenciar o desenvolvimento infantil, retardando-o temporariamente ou mesmo restringindo-o permanentemente, o que acentua a importância de uma hospitalização não traumática, e por outro lado reforça a necessidade de tanto quanto possível criar uma oportunidade de desenvolvimento e aprendizagem (1).

Os medos são um sistema de alarme que protege as crianças de situações perigosas, surgindo com uma função adaptativa ao longo do desenvolvimento do indivíduo, manifestada sob a forma de respostas emocionais, fisiológicas e comportamentais (3). Por outro lado, a ansiedade apresenta-se como uma mistura de emoções, no qual predomina o medo (4).

Gerir os medos da criança remete para a definição de cuidados traumáticos, através da implementação de intervenções que "eliminam ou minimizam o sofrimento psicológico e físico sentido pelas crianças e suas famílias nos sistemas de saúde" (2, p. 12). Os seus três princípios, ao nível da evicção ou minimização da separação da criança da família, promoção da sensação de controlo e evicção ou minimização de lesões e dores, constituem as premissas orientadoras dos cuidados a prestar, que vão de encontro ao também enunciado na Carta da Criança Hospitalizada (5). O enfermeiro pode implementar estes cuidados através da preservação da relação pais-filho, preparação da criança/jovem antes de qualquer procedimento/tratamento, controlo alérgico, garantia de privacidade, promoção de atividades lúdicas, dar oportunidades de escolha à criança/jovem e no respeito pelas diferenças culturais (2). Atendendo a cada uma destas intervenções como potenciadoras do bem-estar durante a hospitalização, destacam-se a interação/distração e o brincar, na medida que são necessidades inerentes à própria criança e podem ser o instrumento mais efetivo a utilizar pelos enfermeiros para reduzir o medo/ansiedade induzida pela experiência hospitalar, relacionando-os ainda com as estratégias não farmacológicas para o alívio da dor da criança (6).

Neste sentido, o direito de brincar deve ser preservado mesmo quando se está no hospital. O recurso lúdico, nesse contexto, não representa apenas um incentivo à diversão e ao entretenimento, mas uma alternativa educacional, quando favorece o desenvolvimento social, emocional, intelectual e terapêutico, quando auxilia na diminuição do stress, do medo e da ansiedade. (7). A atividade lúdica no ambiente hospitalar é também um fator atenuante das possíveis vivências negativas, permitindo a expressão de medos, liberta energias e envolve os outros, restabelece uma conexão com o ambiente e

## FICHA PROJECTO

a sua vida antes da lesão/hospitalização (8).

Aliada a esta necessidade, e numa perspetiva salutar de educação para saúde, pretende-se desenvolver uma oportunidade de sensibilização para a prevenção dos acidentes rodoviários, através da criação de uma estrada interativa nos corredores do hospital. Segundo a informação da Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI), os acidentes constituem-se a maior causa de morte e incapacidades temporárias ou definitivas em crianças e jovens em Portugal, tal como acontece ao nível da União Europeia. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) avança que em crianças a partir do primeiro ano de vida e até aos 15 anos, os acidentes rodoviários constituem a primeira causa de morte, com maior incidência nos passageiros de veículos automóveis (9).

Na confluência de todos estes fatores, justifica-se a pertinência da implementação deste projeto, evidenciando-se que ao se efetuar uma abordagem que responda às necessidades identificadas no binómio criança/jovem e família em situação de crise, é gerada a oportunidade de estes terem aprendido formas mais eficientes para lidar com crises similares futuras e consequentemente criados mais recursos para as enfrentar. Enfoca-se, ainda, a promoção do conforto da criança e da família, através da utilização de um instrumento terapêutico que resulte numa minimização do medo, da dor e do sofrimento consequentes dos processos saúde-doença (10). Este investimento nesta área do cuidado ao cliente pediátrico permitirá assim uma crescente humanização e excelência dos cuidados prestados.

### DESCRIÇÃO (CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO)

#### DESENHO DO PROJETO:

##### Âmbito:

- Transporte intra-hospitalar do serviço de Urgência Pediátrica para o Internamento Pediátrico; Serviço de Urgência Pediátrica/ Internamento Pediátrico para o Bloco Operatório de crianças em carrinhos elétricos (telecomandados), através da criação de uma estrada interativa nos corredores do hospital.

##### População-Alvo:

- Crianças desde os 2 anos até aos 8 anos de idade, estado clínico estável /cirurgia programada (convencional ou em regime ambulatorio). A aplicabilidade da utilização dos carrinhos é efetuada pelo enfermeiro que decide se a criança se encontra com estabilidade hemodinâmica para a sua transferência através do mesmo.

## FICHA PROJECTO

### Circuito:

- O circuito que deverá ser efetuado será o circuito pré-existente ao que era realizado com as macas/cadeiras de rodas até à inexistência deste projeto, no entanto será colocado aqui um mapa (aguardo documentação) com a descrição minuciosa do mesmo. O percurso efetuado será sempre do Serviço de Urgência Pediátrica (Piso 1) até ao Internamento Pediátrico (Piso 7). O circuito contemplará o corredor de saída da urgência, subida através do elevador, e finalmente entrada direta no Internamento Pediátrico até ao quarto correspondente. O circuito só poderá ser realizado caso reúna todas as condições de segurança patentes. Nunca poderá ser realizado sem a presença/acompanhamento do pai/mãe/familiar/cuidador e sem o acompanhamento do assistente operacional/enfermeiro.

### Registo:

- Terá de ser efetuado um registo em notas gerais no processo informático de cada criança que contemple:
- Hora de transferência;
- Quem efetuou o acompanhamento;
- Intercorrências durante a transferência/transporte.

### FASES DE IMPLEMENTAÇÃO:

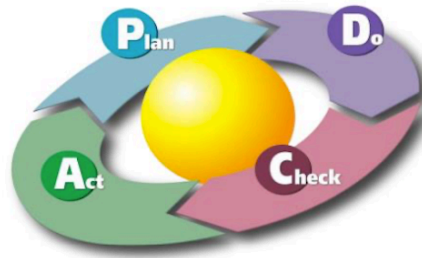
ATIVIDADES	DATAS PREVISTAS (estimativa mensal)
Desenho do Projeto	Setembro 2021
Apresentação Institucional do Projeto	Novembro 2021
Abordagem/Contacto formal do principal <i>sponser</i> : Volkswagen Digital Solutions, assim como APSI	Final Novembro 2021/ Início Dezembro 2021
Obtenção de Recursos	Final de Dezembro 2021/Início Janeiro 2022
Apresentação do Projeto às Equipas (Pediatria e Bloco Operatório)	Janeiro 2022
Divulgação Institucional do Projeto	Final de Janeiro 2022/ Início Fevereiro 2022
Início da utilização dos carrinhos elétricos (a par da distribuição dos questionários)	Final de Janeiro 2022/ Início Fevereiro 2022
Avaliação e divulgação dos resultados	3 Meses? 6 Meses? Após início do Projeto.

## FICHA PROJECTO

### METODOLOGIA

Tal como já evidenciado, este projeto segue o *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*, da Ordem dos Enfermeiros (2013), através da abrangência das seguintes fases:

- 1 - Identificar e descrever o problema;
- 2 - Perceber o problema e dimensioná-lo;
- 3 - Formular objetivos iniciais;
- 4 - Perceber as causas;
- 5 - Planear e executar as tarefas/atividades;
- 6 - Verificar os resultados;
- 7 - Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa;
- 8 - Reconhecer e partilhar o sucesso.



### RECURSOS

#### Recursos Externos:

- ✓ **Materiais:**
  - Dois a três carros infantis elétricos;
  - Estrada interativa (autocolantes para estrada).
- ✓ **Humanos:**
  - Volkswagen Digital Solutions (Sponser com interesse para doação dos carros infantis)  
Contacto: Ana Gaspar- ana.gaspar@vw-dilab.com (Embaixadora da Empresa)
  - Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI- para implementação da estrada interativa).

#### Recursos Internos:

- ✓ **Materiais:**
  - Instrução de Trabalho sobre operacionalização do projeto, destinado aos enfermeiros do Serviço de Pediatria;
  - Folheto Informativo Complementar com a descrição do projeto, destinado aos

## FICHA PROJECTO

pais/famílias/cuidadores;

- Questionário de Satisfação dirigido aos pais/família/cuidadores.

✓ **Humanos:**

- Equipa de Enfermagem do Serviço de Pediatria/ Bloco Operatório;
- Assistentes Operacionais.

### RESULTADOS PREVISTOS

- Satisfação dos pais/família/cuidadores relativos aos cuidados de enfermagem, com foco na promoção do conforto e humanização do transporte intra-hospitalar relativamente à diminuição da ansiedade e do medo da criança associados ao momento de internamento/cirúrgico e à criação de memórias positivas referentes ao período hospitalar, bem como promoção da segurança infantil.

### INDICADORES DE AVALIAÇÃO

De acordo com o Core de Indicadores de Enfermagem define-se para este projeto um *Indicador de Resultado*, especificamente *R4*: “Satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem”.

- Desta forma, preconiza-se a adoção de um instrumento de avaliação sob forma de questionário, pretendendo-se a obtenção de uma percentagem de satisfação superior a 75% nos questionários aplicados aos pais/família/cuidadores, referentes à implementação do projeto.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 43-51.
2. Hockenberry, M., Wilson, D. & Rodgers, C. C. (2016). *Essentials of Pediatric Nursing*, (10th ed.). Missouri: Elsevier.
3. Almeida, P., Dias, G., Rato, M. (2002). “Por favor não mexam nos meus medos!” O medo e o desenvolvimento da criança- uma perspetiva psicodinâmica. *Revista de Saúde Infantil do Hospital Pediátrico de Coimbra*.

## FICHA PROJECTO

4. Barlow, D. (2002). Anxiety and its disorders- the nature and treatment of anxiety and panic. New York.
5. Carta da Criança Hospitalizada.(1988) Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
6. Santos, M. A criança e o hospital. 2001. Nascer e Crescer. Vol. 10 (2):74-77.
7. Soares MRZ, Zamberlan MAT. (2001). A inclusão do brincar na hospitalização infantil. Estudo Psicologia (Campinas). Vol. 18(2):64-9.
8. Zengerle-Levy, K. (2004). Practices that facilitate critically burned children's holistic healing. Qualitative Health Research, Vol. 14(9):1255-1275.
9. Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2017). Relatório de Avaliação: 25 Anos de Segurança Infantil em Portugal. Lisboa: APSI. Acedido a 10-03-2021. Disponível em: [https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI\\_RELATORIO\\_SEGURANCA\\_INFANTIL\\_2017.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf)
10. Santos, G. A Promoção do conforto em enfermagem pediátrica: o brincar enquanto instrumento terapêutico. ESEL - Dissertações de Mestrado; 2017 (<http://hdl.handle.net/10400.26/20962>).



**APÊNDICE VII: ATA DE REUNIÃO COM A EMBAIXADORA DA  
VOLKSWAGEN DIGITAL SOLUTIONS**



## **ATA DE REUNIÃO COM EMBAIXADORA DA VOLKSWAGEN DIGITAL SOLUTIONS**

**Data:** 14 Setembro de 2021

**Hora de Início:** 14h30

**Hora de Fim:** 15:15h

**Local:** Sala de reuniões da Volkswagen

**Presentes:**

**Assunto:** Projeto Caminhos Brilhantes

Contacto: Embaixadora da Empresa

No passado dia 14 de Setembro de 2021 foi estabelecido contacto através de uma reunião presencial com a embaixadora da Volkswagen Digital Solutions no âmbito do Projeto Caminhos Brilhantes a ser desenvolvido e implementado no serviço de pediatria.

Na reunião foi realizada uma breve apresentação pessoal e profissional dos elementos constituintes deste projeto, bem como uma breve contextualização sobre o serviço de pediatria.

De seguida foi realizada uma breve apresentação do projeto na qual se especificou e contextualizou quais os objetivos e dinâmicas preconizadas com a implementação do mesmo.

Foi questionado à embaixadora se já tinha conhecimento de projetos semelhantes implementados em diversos hospitais do país. A mesma referiu que sim, afirmando que na sua opinião este projeto constitui-se numa grande iniciativa permitindo melhorar a qualidade dos cuidados prestados, bem como melhorar o ambiente hospitalar proporcionando assim, um ambiente mais harmonioso, confortante e humanizado no serviço de pediatria.

A embaixadora expressou claramente interesse e gosto na concretização e implementação deste projeto, pelo que informou que tem uma verba disponível para projetos de solidariedade social e que estará totalmente disposta em colaborar neste projeto.

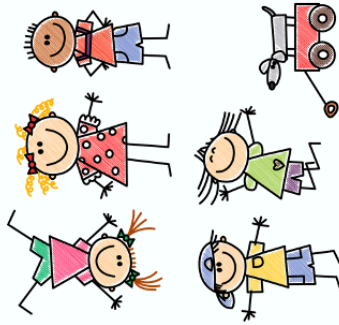
Lisboa, Setembro 2021



**APÊNDICE VIII: FOLHETO – CAMINHOS BRILHANTES**



**JUNTOS, A  
BRINCAR,  
CRECEMOS  
SAUDÁVEIS!**



**Nota:**  
A equipa de profissionais  
estará sempre ao dispor para  
vos guiar nesta **AVENTURA!**

## CONTACTOS ÚTEIS

Saúde 24: 808 24 24 24

Associação Para

Promoção da Segurança infantil  
(APSI): 21 884 4100



# CAMINHOS BRILHANTES



## Sejam Bem-Vindos nesta aventura sobre rodas!

Serviço de Urgência Pediátrica

## Em que consiste?

O **Projeto Caminhos Brilhantes**, consiste num projeto implementado no Hospital de..... que permite e possibilita de uma forma mais interativa e criativa a transferência de crianças do Serviço de Urgência Pediátrica para o Internamento Pediátrico ou para o Bloco Operatório. Essa transferência é assim realizada através de um carro elétrico e da criação de uma estrada interativa.



## Vantagens:

- **Diminuição da ansiedade e dos medos** associados ao momento de internamento / momento cirúrgico;
- **Promoção do conforto** nas crianças e suas famílias;
- **Promoção da segurança infantil;**
- **Promoção do brincar no hospital;**
- **Proporciona memórias positivas** relativas ao período hospitalar;
- **Humanização dos cuidados** prestados.

## Critérios:

- Crianças com idade compreendida entre os 2-8 anos de idade;
- Com indicação para internamento de curta/ longa duração no Internamento Pediátrico/ ou com indicação cirúrgica;
- Clinicamente estáveis (avaliação realizada pelo profissional de saúde)

## Regras:

Cumpram as indicações dos profissionais de saúde e disfrutem deste caminho especial em *devida segurança!*

## Parceria/Apoio:

- Volkswagen Digital Solutions
- APSI



**APÊNDICE IX: IMAGEM DA PORTA ILUSTRATIVA**







**APÊNDICE X: IMAGEM DA CAIXA MÁGICA E CONTEÚDOS  
CRIADOS PARA A MESMA**





**LISTA DE OBJETOS**

0 meses-18 meses

- Roca- Tipo maraca
- Pandureta Joazeira
- Bola Pancha praia

2 anos - 3 anos

- Livro de histórias da vaca Clarice(com som)
- Bola Pancha Praia
- Bolas de Sabão

3 anos - 5 anos

- Lápis
- Canetas
- Bolas de sabão
- Livro para colorir "amigos da quinta"

5D anos

- Lápis
- Canetas
- Bolas de sabão
- Livro para colorir "amigos da quinta"

Elaborado por Estúdios de Montado em  
em São Carlos e Profissionais de Criança  
Selo Selo Selo





# LISTA DE OBJETOS



## **0 meses-18 meses**

- Roca- Tipo maraca
- Pandeireta Joaninha
- Bola Patrulha Pata

## **2 anos - 3 anos**

- Livro de histórias da vaca Clarice (com som)
- Bola Patrulha Pata
- Bolas de Sabão

## **3 anos - 5 anos**

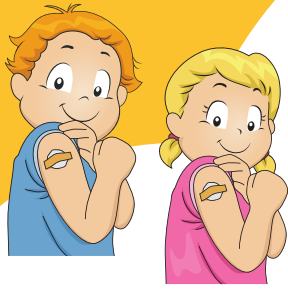
- Lápis
- Canetas
- Bolas de sabão
- Livro para colorir "animais da quinta"



## **5 anos - 10 anos**

- Bola patrulha pata
- Milho anti-stress
- Medalhas de bom comportamento
- Diplomas de bom comportamento

**Elaborado por Estudante de Mestrado em Enfermagem- Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa: Inês Sofia Silva Lúcio**



# CERTIFICADO DE BOM COMPORTAMENTO



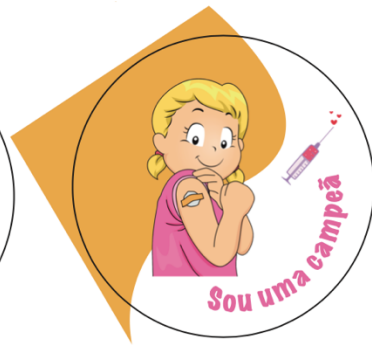
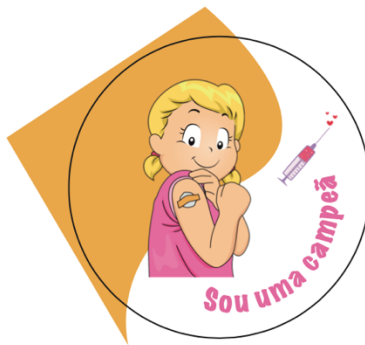
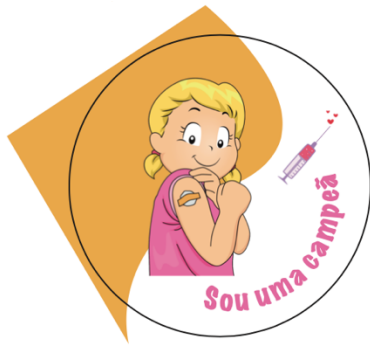
Certifica-se que \_\_\_\_\_

teve um comportamento exemplar durante a vacinação.

## PARABÉNS!

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_





**APÊNDICE XI: VÍDEO “VACINAÇÃO 0-10 ANOS”**



# VACINAÇÃO 0-10 ANOS



## PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO

O Programa Nacional de Vacinação (PNV) é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal. Tem por objetivo proteger os indivíduos e a população em geral contra as doenças com maior potencial por constituírem ameaças à saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz por vacinação.





# ESQUEMA GERAL RECOMENDADO



Vacina   Doença	Idade											
	Nasci-mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
<i>Haemophilus influenzae</i> b		Hib 1	Hib 2	Hib 3			Hib 4					
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3			DTPa 4	DTPa 5				
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3			VIP 4	VIP 5				
<i>Streptococcus pneumoniae</i>		Pn13 1	Pn13 2		Pn13 3							
<i>Neisseria meningitidis</i> B		MenB 1	MenB 2		MenB 3							
<i>Neisseria meningitidis</i> C					MenC							
Sarampo, parotidite epidêmica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus Papiloma humano								HPV 1,2				
Tétano, difteria e tosse convulsa									Tdpa - Grávidas			
Tétano e difteria									Td	Td	Td	Td

## 2

## MESES



- Vacina hexavalente DTPaHibVIPVHB
  - 1ª dose contra a difteria, tétano e tosse convulsa (DTPa)
  - 1ª dose contra doença invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib)
  - 1ª dose contra a poliomielite (VIP)
  - 2ª dose da vacina contra a hepatite B (VHB)
- 1ª dose da vacina conjugada contra infecções por *Streptococcus pneumoniae* de 13 serotipos (Pn13)
- 1ª dose da vacina contra *Neisseria meningitidis* B (MenB 1)



### Reações Vacinais

Reações locais: **dor, rubor e tumefação**, 1 a 3 dias após a administração da vacina. Ocasionalmente pode aparecer um **nódulo indolor no local da injeção** que, geralmente, é reabsorvido lentamente ao longo de várias semanas.

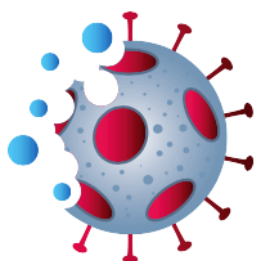
Reações sistêmicas: principalmente nas primeiras 24 horas: **febre** ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ), **choro persistente**, **agitação**, **sonolência**, **perda de apetite**, **irritabilidade**, **vômitos**, **cefaleias** e **mialgias (dor muscular)**.

# 4

## MESES



- 2ª dose de DTPa, Hib e VIP (vacina pentavalente DTPaHibVIP)
- 2ª dose de Pn13
- 2ª dose da vacina contra Neisseria meningitidis B (MenB 2)



### Reações Vacinais

Reações locais: **dor, rubor e tumefação**, 1 a 3 dias após a administração da vacina. Ocasionalmente pode aparecer um **nódulo indolor no local da injeção** que, geralmente, é reabsorvido lentamente ao longo de várias semanas.

Reações sistêmicas: principalmente nas primeiras 24 horas: febre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ), **choro persistente**, **agitação**, **sonolência**, **perda de apetite**, **irritabilidade**, **vômitos**, **cefaleias e mialgias (dor muscular)**.

# 6

## MESES



- 3ª dose de DTPa, Hib, VIP e VHB (vacina hexavalente DTPaHibVIPVHB)



### Reações Vacinais

Reações locais: **dor, rubor e tumefação**, 1 a 3 dias após a administração da vacina. Ocasionalmente pode aparecer um **nódulo indolor no local da injeção** que, geralmente, é reabsorvido lentamente ao longo de várias semanas.

Reações sistêmicas: principalmente nas primeiras 24 horas: febre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ), **choro persistente**, **agitação**, **sonolência**, **perda de apetite**, **irritabilidade**, **vômitos**, **cefaleias e mialgias (dor muscular)**.

1

2

MESES



- 3ª dose da Pn13
- 3ª dose da vacina contra Neisseria meningitidis B (MenB 3)
- Dose única- vacina contra a doença invasiva por Neisseria meningitidis C – MenC
- 1ª dose da vacina contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola (VASPR)



Informe a Enfermeira e o Médico se a criança for alérgica ao ovo!



### Reações Vacinais

Reações sistémicas: choro, irritabilidade, sonolência ou alterações do sono, perda de apetite, náuseas, diarreia, dor abdominal e vômitos.

#### Específicas da vacina VASPR:

Nas primeiras 24 horas aparecimento de dor, vermelhidão, tumefação e sensibilidade, que duram 2 a 3 dias;

#### Reações sistémicas:

- Febre  $>39,4^{\circ}\text{C}$  6 a 12 dias após a vacinação
- Exantema 6 a 10 dias após a vacinação, que duram 1 a 2 dias;
- Tumefação das parótidas (zona do pescoço), 10 a 14 dias após a vacinação.

Estas reações são menos frequentes após a segunda dose

1

8

MESES



- vacina pentavalente DTPaHibVIP
- 1º reforço de DTPa (4ª dose) e de VIP (4ª dose)
- único reforço de Hib (4ª dose)



### Reações Vacinais

Reações locais: dor, rubor e tumefação, 1 a 3 dias após a administração da vacina. Ocasionalmente pode aparecer um nódulo indolor no local da injeção.

Reações sistémicas: principalmente nas primeiras 24 horas: febre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ), choro persistente, agitação, sonolência, perda de apetite, irritabilidade, vômitos, cefaleias e mialgias (dor muscular).

# 5

## ANOS



- 2ª reforço (5ª dose) de DTPa e de VIP – vacina tetravalente DTPaVIP
- 2ª dose de VASPR



### Reações Vacinais

Reações sistêmicas: **choro, irritabilidade, sonolência ou alterações do sono, perda de apetite, náuseas, diarreia, dor abdominal e vômitos.**

Específicas da vacina VASPR:

**Reações menos frequentes que na 1ª administração.**

Nas primeiras 24 horas: **dor, vermelhidão, tumefação e sensibilidade**, que duram 2 a 3 dias;

Reações sistêmicas:

- **Febre >39,4°C** 6 a 12 dias após a vacinação
- **Exantema** 6 a 10 dias após a vacinação, que duram 1 a 2 dias;
- **Tumefação das parótidas (zona do pescoço)**, 10 a 14 dias após a vacinação.

# 10

## ANOS



- reforço da vacina contra o tétano e difteria (Td)
- 2 doses da vacina (com intervalos de 6 meses) contra infecções pelo vírus do Papiloma humano de 9 genótipos (HPV9)



### Reações Vacinais

Reações locais mais frequentes: **dor, eritema, tumefação, prurido, hematoma.**

Reações sistêmicas mais frequentes: **cefaleias, febre, fadiga, tonturas, náuseas.**



## ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE CONFORTO DURANTE A VACINAÇÃO

### Recém-nascido - 2 Meses

- Contacto físico com os pais
- Sucção não nutritiva - uso da chucha
- Amamentação

### 4 -18 Meses

#### Distração:

- Utilização de música
- Objetos com sons
- Contar histórias



## ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE CONFORTO DURANTE A VACINAÇÃO

### 2 - 6 Anos

#### Distração:

- Leitura
- Contar histórias
- Pequenos jogos
- Bolas de sabão
- Utilização de música
- Reforço positivo

### 7 - 10 Anos

#### Distração:

- Comportamental através de conversa sobre acontecimentos passados; escola, filmes, programas de televisão, jogos...;
- Reforço positivo
- Imaginação guiada
- Simulação ou modelação
- Relaxamento muscular
- Humor

## CUIDADOS GERAIS PÓS VACINAÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS



- Aplicação de gelo no local de administração da vacina (não colocar o gelo em contacto direto sobre a pele) favorece o alívio da dor e a redução do edema;
- Vigiar temperatura axilar ou retal;
- Se irritabilidade **ou** sensação de dor **ou** febre -> **administrar paracetamol retal** (supositório) /oral (xarope/comprimido) de acordo com dose recomendada.



**A VACINAÇÃO É  
IMPORTANTE PARA UM  
DESENVOLVIMENTO FELIZ  
E SAUDÁVEL!**



**Os profissionais e o seu filho  
contam com a sua ajuda para  
tornar este momento mais  
agradável!**



**Referências Bibliográficas:**

Direção-Geral de Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Norma da Direção Geral da Saúde n. 10/2013 de 31/05/2013. DGS:Lisboa

Direção-Geral de Saúde (2020). Programa Nacional de Vacinação. Norma da Direção Geral da Saúde n. 018/2020 de 27/09/2020. DGS:Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série I, n.6.

**Elaborado por estudante de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e  
Pediátrica da Universidade Católica de Lisboa- Inês Sofia Silva Lúcio**





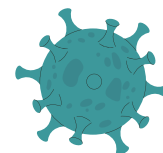
**APÊNDICE XII: FLYER “VACINAÇÃO 0-10 ANOS”**



# Vacinação 0-10Anos

## Programa Nacional de Vacinação

Vacina   Doença	Idade											
	Nasci-mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
Haemophilus influenzae b		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4		DTPa 5				
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4		VIP 5				
Streptococcus pneumoniae		Ph13 1	Ph13 2		Ph13 3							
Neisseria meningitidis B		MenB 1	MenB 2		MenB 3							
Neisseria meningitidis C					MenC							
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus Papiloma humano								HPV 1,2				
Tétano, difteria e tosse convulsa									Tdpa - Grávidas			
Tétano e difteria									Td	Td	Td	Td



### Principais Reações Vacinais

Reações locais: **dor, rubor e tumefação**, 1 a 3 dias após a administração da vacina. Ocasionalmente pode aparecer um **nódulo indolor no local da injeção** que, geralmente, é reabsorvido lentamente ao longo de várias semanas.

Reações sistémicas: principalmente nas primeiras 24 horas: **febre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ), choro persistente, agitação, sonolência, perda de apetite, irritabilidade, vômitos, cefaleias e mialgias (dor muscular).**

#### Específicas da vacina VASPR:

Reações sistémicas:

- **Febre  $>39,4^{\circ}\text{C}$**  6 a 12 dias após a vacinação
- **Exantema** 6 a 10 dias após a vacinação, que duram 1 a 2 dias;
- **Tumefação das parótidas** (zona do pescoço), 10 a 14 dias após a vacinação.



### Estratégias Promotoras de Conforto Durante a Vacinação

#### Recém-nascido - 2 Meses:

- Contacto físico com os pais
- Sucção não nutritiva - uso da chucha
- Amamentação

#### 4 -18 Meses

- Distração:
- Utilização de música
  - Objetos com sons
  - Contar histórias

#### 2 - 6 Anos

Distração:

- Leitura
- Contar histórias
- Pequenos jogos
- Bolas de sabão
- Utilização de música
- Reforço positivo

#### 7 - 10 Anos

- Comportamental através de conversa sobre acontecimentos passados; escola, filmes, programas de televisão, jogos...;
- Reforço positivo
- Imaginação guiada
- Simulação ou modelação
- Relaxamento muscular
- Humor

### Cuidados Gerais Pós Vacinação Para Todas As Faixas Etárias

- Aplicação de gelo no local de administração da vacina (não colocar o gelo em contacto direto sobre a pele) favorece o alívio da dor e a redução do edema;
- Vigiar temperatura axilar ou retal;
- Se irritabilidade ou sensação de dor ou febre -> administrar paracetamol retal (supositório) /oral (xarope/comprimido) de acordo com dose recomendada.

**Os profissionais e o seu filho contam consigo para tornar este momento mais agradável!**



Direção-Geral de Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Norma da Direção Geral da Saúde n. 10/2013 de 31/05/2013. DGS:Lisboa

Direção-Geral de Saúde (2020). Programa Nacional de Vacinação. Norma da Direção Geral da Saúde n. 018/2020 de 27/09/2020. DGS:Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série I, n.6.

Elaborado por estudante de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica de Lisboa- Inês Sofia Silva Lúcio





**APÊNDICE XIII: PLANO SESSÃO -UNIDADE SAÚDE FAMILIAR**





Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

**Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório**

**Plano de Sessão Formativa**

Ensino Clínico na Unidade Saúde Familiar

Inês Sofia Silva Lúcio

**Lisboa**

**Novembro 2021**

## INTRODUÇÃO

O presente plano de sessão formativa encontra-se enquadrado no decurso do presente ensino clínico a decorrer numa unidade de saúde familiar localizada na periferia da região de Lisboa.

A temática abordada – promoção do conforto em pediatria, neste ensino clínico teve uma especial incidência na temática da promoção do conforto durante a vacinação. Esta temática advém da necessidade identificada ao longo da primeira semana de ensino clínico, em que se verificou que este era o momento das consultas de enfermagem que potencializava momentos de maior angústia, receio, apreensão e medo quer por parte das crianças, como por parte dos seus pais, por ser diretamente uma dificuldade na gestão da dor experienciada pelos seus filhos, e até mesmo pela falta de conhecimentos que demonstravam relativos ao ato vacinal.

Segundo Faria (2012) a vacinação é um procedimento breve, mas doloroso e é vivido pelas crianças com grande ansiedade e angústia. Para Barros (2003), é fundamental que o enfermeiro adote uma série de estratégias e técnicas que contribuam para diminuir a ansiedade, proporcionar um ambiente acolhedor e diminuir a percepção de dor da criança/pais. Freese (2004) reforça que para serem eficazes, as estratégias devem ser adequadas à idade, ao procedimento e ao desenvolvimento da criança. É necessário que o cliente seja visto como um todo cujas partes estão em interação dinâmica. De acordo com Barros (2003) “a ansiedade parental pode ser facilmente comunicada à criança através das suas atitudes concretas, causando uma maior concentração nas sensações dolorosas. Assim, um dos primeiros alvos na intervenção para controlo da dor infantil são os pais e educadores.” (2003, p.116)

Posto isto, é premente sensibilizar e disponibilizar conhecimentos, bem como estratégias que permitam descentralizar a criança daquele momento, bem como melhorar o próprio ambiente para que este se constitua num registo mais prazeroso e agradável. O investimento nesta área do cuidado no cliente pediátrico permitirá a criação de um caminho para a melhoria e excelência dos cuidados prestados permitindo o estabelecimento de maior conforto à criança/família.

## OBJETIVOS

A presente sessão formativa tem como objetivos: demonstrar à equipa de enfermagem todas as atividades efetuadas e implementadas durante o ensino clínico; dotar a equipa de enfermagem de conhecimentos específicos acerca da temática da vacinação; sensibilizar a equipa para a utilização de estratégias promotoras do conforto antes/durante e após vacinação; e promover a reflexão por parte destes profissionais de saúde relativamente às intervenções promotoras da melhoria da qualidade dos cuidados.

## PLANO DA SESSÃO

A sessão formativa irá decorrer no dia 10/11/2021 e encontra-se dirigida a toda a equipa de enfermagem da USF, uma vez que segundo Batalha (2010) a formação é um elemento fundamental que acarreta diversas vantagens às equipas de saúde e utentes, nomeadamente mais tratamentos não farmacológicos, melhor comunicação na equipa de saúde, mais conhecimentos, maior satisfação profissional e criação de grupos de discussão. O mesmo autor refere ainda que, mudar os hábitos de um grupo é mais fácil do que de cada um individualmente. Por isso, as ações de sensibilização e formação conjuntas podem ser mais proveitosas. Não são um fim em si mesmas, mas apenas o pré-requisito necessário para criar uma dinâmica de mudança.

A sessão terá uma duração de cerca de 30 minutos encontrando-se estruturada da seguinte forma:

<b>Introdução</b> <b>(5 minutos)</b>	-Apresentação à equipa do percurso profissional bem como da temática a desenvolver durante este percurso de formação;  -Enumeração dos objetivos da sessão de formação;  -Introdução da temática “Promoção do conforto durante a vacinação”;
<b>Desenvolvimento</b>	- Contextualização da temática a abordar;  - Apresentação das atividades desenvolvidas;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposição da régua ilustrativa da porta do gabinete de saúde infantil;</li> <li>• Caixa mágica (explicitar cada objeto/brinquedo a cada faixa etária preconizada, com recurso a fundamentação);</li> <li>• Apresentação do vídeo elaborado para exposição na sala de espera da consulta de saúde infantil;</li> <li>• Apresentação de flyer para entrega aos pais/cuidadores.</li> </ul>
<b>Conclusão (5 minutos)</b>	- Ênfase da necessidade de continua aposta na gestão de estratégias promotoras de conforto antes/durante e após vacinação;
<b>Esclarecimento de dúvidas/debate e avaliação da sessão (10 minutos)</b>	-Reflexão e validação da pertinência da temática exposta, através da partilha de experiências com a equipa da USF.
<b>Avaliação (5 minutos)</b>	-Participação e opinião dos elementos da equipa de enfermagem da USF.

## **METODOLOGIA**

A metodologia utilizada será a expositiva utilizando como recurso material um computador portátil.

## **AVALIAÇÃO**

No final da sessão, será solicitado a todos os participantes a sua participação e opinião relativos a todas as atividades desenvolvidas e preconizadas para este ensino clínico.

## **COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

Através da realização desta sessão de formação à equipa multidisciplinar será possível desenvolver diversas competências nomeadamente competências comuns do Enfermeiro Especialista nomeadamente: unidade de competência: B.1.1 - mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; B.2.2 - planeia programas de melhoria contínua; D2.1- responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. Bem como, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. E2.2. - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

## **CONCLUSÃO**

Com a concretização desta sessão de formação à equipa multidisciplinar tenciono alertar, sensibilizar e direcionar a equipa para uma prática de cuidados de extrema qualidade, centralizado e consciencializado as suas ações nesta temática tão importante e pertinente que é a vacinação.

Tenciono deste modo, proporcionar à equipa uma base de sustentação teórica bem como elementos práticos/estratégias para aplicação antes/durante e após a vacinação.

Deste modo espero contribuir para um caminho da enfermagem avançada reforçando que o foco dos cuidados prestados deverá ter como premissa a promoção do conforto em pediatria.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Barros, L. (2003). Psicologia Pediátrica. Perspectiva Desenvolvimentista (2ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Batalha, L. (2010). Intervenções Não Farmacológicas no Controlo da Dor em Cuidados Intensivos Neonatais. Revista de Enfermagem Referência, 3(2):73-80.

Direção-Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma da Direção Geral da Saúde n. 10/2013 de 31/05/2013. DGS:Lisboa

Direção-Geral de Saúde (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. Norma da Direção Geral da Saúde n. 018/2020 de 27/09/2020. DGS:Lisboa.

Faria, H.. (2012). *Interação e perfis de comportamentos das crianças, pais e enfermeiros durante a vacinação pediátrica*. Lisboa: Faculdade de Psicologia. Tese de mestrado.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série I, n.6.

Regulamento n. 4222/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* II Série (N.º 133 de 12-07-2018). 19192-19194.

Regulamento n. 140/2019 (2019). Regulamento de Competências comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* II Série (N.º 26 de 06-02-2019). 4744-4750.



**APÊNDICE XIV: RESUMO DA ENTREVISTA À ENFERMEIRA  
ORIENTADORA – UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS  
NEONATAIS**



## ESTÁGIO NO SERVIÇO DE CUIDADOS INTERMÉDIOS NEONATAIS

### *Resumo da entrevista à Enfermeira Orientadora do estágio a decorrer no serviço de cuidados intermédios neonatais para a realização do diagnóstico situacional*

A enfermeira considera que os principais sentimentos experienciados pelos pais numa unidade de neonatologia passam inicialmente pelo medo, insegurança, ansiedade e, muitas vezes, tristeza. Ela refere que o impacto do primeiro contacto com o ambiente físico altamente tecnológico deste tipo de unidade a par da hospitalização de um filho recém-nascido desperta nos pais uma nova e angustiante situação. Refere ainda que se o processo normativo de transição para parentalidade já pressupõe que exista preocupação e incerteza, quando este se torna acrescido de um quadro de doença e hospitalização ganha contornos de maiores dificuldades e sofrimento, muitas vezes associadas a um futuro imprevisível que se distingue daquele que foi positiva e inerentemente idealizado.

A enfermeira refere que existem diversas estratégias já implementadas na unidade por forma a fornecer conforto físico aos recém-nascidos, destacando e enaltecendo a importância da presença dos pais na unidade. Destaca ainda, a crescente aposta na formação nas técnicas de posicionamento do recém-nascido, gestão da dor, manipulação mínima/agrupamento de cuidados e incentivo ao toque.

Relativamente à gestão ambiental da unidade, a enfermeira referiu que existe uma preocupação específica com a diminuição da luminosidade do espaço físico, alterando-se o controlo da mesma a nível estrutural. Foi, também, efetuada uma avaliação dos níveis de ruído, que apesar de operacionalizada acabou por ainda não resultar em nenhuma intervenção. A enfermeira refere que no entanto, a equipa considera essencial o desenvolvimento de ações neste âmbito, que se traduzem em intervenções autónomas de enfermagem e potenciam o aumento da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Considera que é emergente trabalhar a temática da gestão do ruído, uma vez que existem dados disponíveis que justificam intervenção neste âmbito, objetivando-se a promoção de maior conforto nos recém-nascidos, especialmente nos prematuros. Revela-se, desta forma, premente não apenas uma abordagem profissional multidisciplinar, mas também uma capacitação parental neste sentido, que se possam traduzir numa ação concertada e sólida, com vista a obtenção de melhores resultados.



**APÊNDICE XV: PLANO SESSÃO – UNIDADE DE CUIDADOS  
INTERMÉDIOS NEONATAIS**





Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

**Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório**

**Plano de Sessão Formativa**

Ensino Clínico na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

Inês Sofia Silva Lúcio

**Lisboa**

**Dezembro 2021**

## INTRODUÇÃO

O presente plano de sessão formativa encontra-se enquadrado no decurso do presente ensino clínico a decorrer na unidade de neonatologia de um hospital localizado na periferia da região de Lisboa.

A temática abordada – “O Ruído na unidade de neonatologia” advém de uma necessidade identificada em conjunto com a enfermeira orientadora na primeira semana de ensino clínico. Embora a unidade seja um *Open Space* maioritariamente silencioso, tranquilo e confortável, verificou-se através da realização de uma avaliação interna ao ruído (há cerca de 6 meses) que a mesma revelou valores consideravelmente aumentados relativamente ao que é preconizado pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia.

De salientar que não foi efetuada uma nova avaliação do ruído, uma vez que, devido a mudanças organizacionais e estruturais da instituição seria impossível requerer uma autorização/ aprovação para a avaliação do mesmo durante o tempo de permanência neste ensino clínico.

Neste sentido, para a elaboração desta sessão basei-me nos resultados que se obteve dessa mesma avaliação, ressaltando que nunca foram enunciados valores uma vez que, os mesmos não foram publicados oficialmente. Contudo, dada a pertinência da temática e indo de encontro à temática selecionada neste percurso académico – Promoção do conforto, considera-se de extremamente importante a intervenção perante a equipa multidisciplinar para a prevenção e sensibilização desta temática, uma vez que até à data não foi realizada qualquer intervenção após a obtenção dos resultados obtidos.

A temática do ruído encontra-se assim diretamente relacionada com a promoção do conforto, uma vez que vários autores referem que o excesso de ruído poderá provocar desconforto nos recém-nascidos. Segundo Santos, Ribeiro & Santana (2012) o ambiente da unidade de cuidados intensivos neonatal é stressante e superestimulante (ruído, luminosidade) gerando desconforto e dor aos Recém-nascidos, constituindo-se num ambiente muito diferente intrauterino no qual o bebê estava acostumado.

Segundo Marques (2014), numa unidade de cuidados intensivos neonatal coexistem diversas fontes de ruído, sendo que a atitude humana e os equipamentos são considerados como as principais fontes de ruído, o que torna o ambiente ruidoso e stressante, sendo reconhecido que muito desse ruído pode ser evitado ou minimizado.

Por sua vez, Aurélio & Tochetto (2010) afirmam que a exposição a níveis de pressão sonora elevados pode ocasionar efeitos nefastos na saúde e bem-estar, podendo

contribuir para o desenvolvimento de alterações auditivas, fisiológicas e comportamentais nas pessoas expostas englobando o recém-nascido, os seus pais/família, e os profissionais de saúde.

Posto isto, é premente sensibilizar e disponibilizar conhecimentos (recomendações práticas) sobre como melhorar o ambiente acústico e reduzir a exposição ao ruído. O investimento nesta área do cuidado no cliente neonatal permitirá a criação de um caminho para a melhoria e excelência dos cuidados prestados permitindo o estabelecimento de maior conforto à criança/família.

## **OBJETIVOS**

A presente sessão formativa tem como objetivos: compreender qual a perspectiva dos profissionais de saúde quanto ao ruído existente na unidade de neonatologia; dotar a equipa multidisciplinar de conhecimentos específicos acerca da temática do ruído; sensibilizar a equipa multidisciplinar sobre o impacto do ruído nos recém-nascidos e profissionais de saúde; identificar intervenções/comportamentos que se constituam como contributos para a redução do ruído promovendo um maior conforto; promover a reflexão por parte dos profissionais de saúde relativamente às intervenções promotores de melhoria da qualidade dos cuidados.

## **PLANO DA SESSÃO**

A sessão formativa não terá um dia específico, neste sentido, será realizada diariamente durante a última semana de ensino clínico, usufruindo do horário da passagem de turno para essa mesma formação, de modo a abranger o maior número de profissionais.

A formação encontra-se dirigida a toda a equipa multidisciplinar uma vez que o ruído é uma temática transversal e pertinente para todos, sendo que a sua sensibilização é fundamental.

A sessão terá uma duração de cerca de 40 minutos encontrando-se estruturada da seguinte forma:

<b>Introdução</b> <b>(5 minutos)</b>	-Enumeração dos objetivos da sessão de formação; -Interrogação à equipa sobre qual a perceção do ruído na unidade; -Introdução da temática;
<b>Desenvolvimento</b> <b>(15 minutos)</b>	-Contextualização sobre desenvolvimento do sistema auditivo; -Apresentação das recomendações existentes sobre o nível de ruído adequado para as unidades neonatais; -Identificação das principais fontes de ruído; -Exposição sobre quais os efeitos do ruído; -Recomendações práticas/intervenções;
<b>Conclusão</b> <b>(5 minutos)</b>	- Ênfase da necessidade de continua aposta na gestão do ruído por parte da equipa multidisciplinar;
<b>Esclarecimento de dúvidas/debate e avaliação da sessão</b> <b>(10 minutos)</b>	-Reflexão e validação da pertinência da temática exposta, através da partilha de experiências da equipa e da apresentação de sugestões de melhoria;
<b>Avaliação</b> <b>(5 minutos)</b>	-Entrega dos questionários de avaliação da sessão.

## **METODOLOGIA**

A metodologia utilizada será a expositiva utilizando como recurso material um computador portátil.

## **AVALIAÇÃO**

No final da sessão, será solicitado a todos os participantes o preenchimento da folha de avaliação relativamente à formação sendo utilizado um instrumento de avaliação de formação já existente na instituição hospitalar.

## **COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

Através da realização desta sessão de formação à equipa multidisciplinar será possível desenvolver diversas competências nomeadamente competências comuns do Enfermeiro Especialista nomeadamente: unidade de competência: B.1.1 - mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria continua da qualidade; B.2.2 - planeia programas de melhoria contínua; D2.1- responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. Bem como, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. E2.2. - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

## **CONCLUSÃO**

Com a concretização desta sessão de formação à equipa multidisciplinar tenciono alertar, sensibilizar e direcionar a equipa para uma prática de cuidados de extrema qualidade, centralizado e consciencializado as suas ações também nesta problemática que é o ruído.

Tenciono proporcionar à equipa uma base de sustentação teórica bem como referências práticas através de recomendações/ intervenções passíveis de aplicação na unidade em questão.

Deste modo espero contribuir para um caminho da enfermagem avançada reforçando que o foco dos cuidados prestados deverá ter como premissa a promoção do conforto nos cuidados ao recém-nascido.

A incorporação desta temática no quotidiano de cuidados deve ser alicerçada na evidência científica mais atual e por isso constitui-se um alvo de investimento contínuo, com avaliações cíclicas da mudança comportamental a par da formação realizada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aurélio, F. S., & Tochetto, T. M.. (2010). Ruído em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: mensuração e percepção de profissionais e pais. *Rev. paul.pediatr.* Vol. 28(2), 162-169 DOI:[10.1590/S0103-05822010000200006](https://doi.org/10.1590/S0103-05822010000200006)

Marques, J. (2014). A minimização do ruído como um cuidado desenvolvimental nas unidades de neonatologia. *Sinais vitais*, 113, 47-55.

Regulamento n. 4222/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República II Série* (N.º 133 de 12-07-2018). 19192-19194.

Regulamento n. 140/2019 (2019). Regulamento de Competências comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República II Série* (N.º 26 de 06-02-2019). 4744-4750.

Santos, L. M., Ribeiro, I. S., & Santana, R. C. B.. (2012). Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília*, Vol. 65(2), 269-275.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018) Consenso Clínico - “O Som na Unidade de Neonatologia”. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/O-Som-na-Unidade-de-Neonatologia.pdf>. Consultado a 20/11/2021.

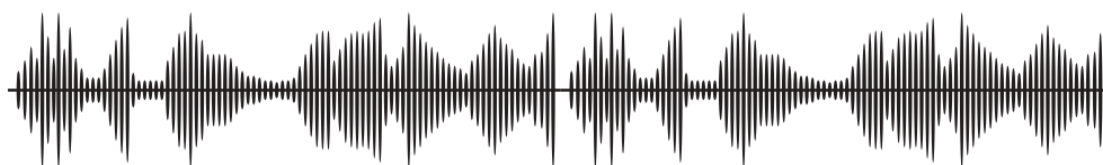


**APÊNDICE XVI: APRESENTAÇÃO “O RUÍDO NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA”**





# O RUÍDO NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA



**Enfermeiras orientadoras:** Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica- Sofia Marques e Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica- Irina Barros  
**Professora orientadora:** Professora Doutora Elisabete Nunes  
**Elaborado por:** Estudante de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa- Inês Lúcio



## Objetivos



- Compreender qual a perspetiva dos profissionais de saúde quanto ao ruído existente na unidade de neonatologia;
- Dotar a equipa multidisciplinar de conhecimentos específicos acerca da temática do ruído;
- Sensibilizar a equipa multidisciplinar sobre o impacto do ruído nos recém-nascidos e profissionais de saúde;
- Identificar intervenções/comportamentos que se constituam como contributos para a redução do ruído promovendo um maior conforto;
- Promover a reflexão por parte dos profissionais de saúde relativamente às intervenções promotores de melhoria da qualidade dos cuidados.

## Questões



- *Consideram que existe ruído nesta unidade neonatal?*
- *Quais as intervenções/comportamentos que potencializam mais ruído?*
- *Que estratégias/intervenções consideram que possam ser preventivas e redutoras do ruído?*

## Introdução

Com os avanços tecnológicos ocorridos nas unidades de cuidados intensivos neonatos (UCIN), os recém-nascidos (RN), em particular os prematuros, apresentam aumento na sobrevivência, e, por conseguinte, crescimento no tempo de permanência nas unidades. Porém, esses recursos tecnológicos podem produzir elevados níveis de pressão sonora (NPS) tornando o ambiente ruidoso.

Cardoso, Chaves & Bezerra (2010)

## UCIN



Ambiente stressante, superestimulante, gerando desconforto e dor ao RN  
(diferente do ambiente intra-uterino que o RN estava habituado)



Compromete o desenvolvimento e crescimento do RN,  
em especial dos prematuros



Santos, Ribeiro & Santana (2012)

## Contextualização

O RN começa a ouvir os primeiros sons ainda no útero a partir da 25ª semana de gestação, sendo que o seu lócus acústico é constituído por sons externos e internos, tais como respiração, os batimentos cardíacos, os movimentos musculares e intestinais maternos.

Entre a 28ª e a 34ª semanas de idade gestacional, ocorre a taxa máxima de alteração eletrofisiológica, nas respostas auditivas do córtex e tronco cerebral.

Moreira, Braga & Morsch (2003)

Nos RN prematuros, a vulnerabilidade do sistema nervoso central torna-se preocupante, pois a presença de hipóxia, que é uma das situações em decorrência da falta de maturidade pulmonar pode levar a lesões cerebrais o que é possível de ocasionar comprometimento do sistema auditivo.

Ichisato (2004)



**A intensidade ou volume dos sons é medida em unidades decibéis (dB), ou seja o nível de pressão sonora.**



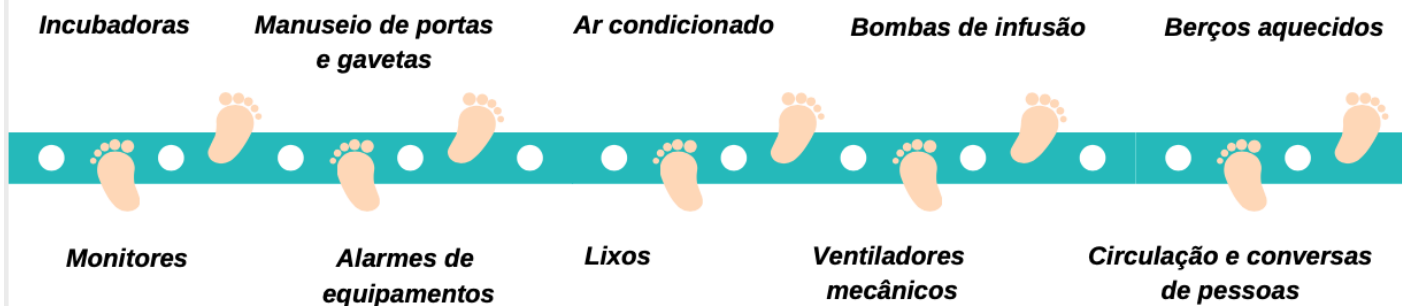
***A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que dentro do ambiente hospitalar o ruído se encontre entre os 30-40 dB***



***Ter como referência que um nível de ruído > a 45 dB é prejudicial e que sons transitórios não devem exceder 65 dB***

Cardoso, Chaves & Bezerra (2010)

## Principais Fontes de Ruído



Nazário, Santos, Rossetto, Souza, Amorim & Scochi (2015)



Qualidade	Intensidade de pico (dBA)	Exemplos	Dentro da incubadora	Efeito
Apenas audível	10	Batimento cardíaco		
Muito silencioso	20-30	Sussurro		< 35 dBA desejável para dormir
Silencioso	40	Média em casa		
	50	Tráfego ligeiro	Ruído de fundo	< 50 dBA desejável para trabalhar
Moderadamente alto	60	Conversa normal	Motor a arrancar e desligar	
	70	Aspirador a vácuo	Borbulhar da tubuladura do ventilador	Incômodo
Alto	80	Tráfego intenso Telefone a tocar	Bater na incubadora com os dedos	
	90	Martelo pneumático	Fechar portas de metal debaixo da incubadora	Défice auditivo com exposição persistente
Muito alto	100	Corta-relvas	Fechar as vigias da incubadora	
Desconfortavelmente alto	120	"Boom box" num carro	Deixar cair a cabeceira do colchão	Dor e desconforto
	140	Avião a jato		

Adaptado de American Academy of Pediatrics. Noise: A Hazard for the Fetus and Newborn. Pediatrics 1997; 100 (4): 724-727

## Efeitos do Ruído



### FISIOLÓGICOS

- Taquicardia
- Bradicardia
- Apneia
- Hipoxemia
- Aumento pressão arterial
- Variações na saturação de oxigénio
- Aumento do consumo de oxigénio

### Aumenta o risco de efeitos adversos

*Crescimento deficitário*  
*Padrões anormais de sono*  
*Déficite auditivo*  
*Displasia broncopulmonar*  
*Retinopatia da prematuridade*  
*Hemorragia peri-ventricular*  
*Leucomalácia periventricular*  
*Atraso de desenvolvimento*

Almadhoob & Ohlsson (2015)



### AUDIÇÃO

### 1 a 9% dos Recém nascido pré termo têm défice auditivo

Vohr (2014)

Vários fatores se associam a défice auditivo após o internamento em UCIN, tais como ventilação mecânica prolongada, cirurgia de canal arterial, internamento prolongado, aminoglicosídeos e hiperbilirrubinémia.

Crianças com maior necessidade de cuidados intensivos, e portanto com maior duração de exposição a níveis elevados de ruído têm maiores taxas de défice auditivo.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018)





## SONO

O sono é importante para um neurodesenvolvimento saudável, sendo que a perturbação dos ciclos do sono é prejudicial. Estudos revelaram que o sono no RNPT é negativamente afetado pelo ruído.

Wachman & Lahav (2011)

## PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Fadiga
- Cefaleia
- Baixo poder de concentração
- Irritabilidade
- Hipertensão
- Alteração do ritmo cardíaco
- Perda auditiva
- Mudanças de humor
- Stress

Aurélio & Tochetto (2010)



## Recomendações Práticas/ Intervenções



- Evitar/Silenciar telemóveis na área de internamento dos recém-nascidos;
- Retirar da zona de internamento aparelhos como telefones, campainhas, rádios, televisões e impressoras;
- Silenciar os vários alarmes o mais rapidamente possível e manter os seus volumes no mínimo necessário e seguro;
- Procurar minimizar o ruído na abertura de sacos de material (como kits de cateterismo, embalagens de luvas, etc.) e na troca dos sacos do lixo;
- Substituir os caixotes de lixo metálicos por caixotes plásticos;
- Ter o máximo cuidado na conexão e desconexão das rampas de oxigénio e ar comprimido aos ventiladores;
- Vigiar e retirar frequentemente a água acumulada nos circuitos dos ventiladores;

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018)





## Referências Bibliográficas

- Almadhoob, A., & Ohlsson, A.. (2015). Sound reduction management in the neonatal Intensive care unit for preterm or very low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. DOI:10.1002/14651858. CD010333.pub2.
- American Academy of Pediatrics. Noise: A Hazard for the Fetus and Newborn. *Pediatrics* 1997; 100 (4): 724-727
- Aurélio, F. S., & Tochetto, T. M.. (2010). Ruído em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: mensuração e percepção de profissionais e pais. *Rev. paul.pediatr.* Vol. 28(2), 162-169 DOI:10.1590/S0103-05822010000200006
- Banco de Imagens: <https://www.canva.com>
- Cardoso, M.V.L.M.L., Chaves, E.M.C., & Bezerra, M.G.A..(2010). Ruídos e barulhos na unidade neonatal. *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília, Vol.63(4), 561-566.
- Ichisato, S.M.T.. (2004). Ruído em unidade de cuidado intensivo neonatal de um hospital Universitário de Ribeirão Preto - (tese). São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
- Moreira, M.E.L., Braga, N.A., & Morsch, D.S.. (2003). Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI Neonatal. Rio Janeiro: Fiocruz. ISBN 978-85-7541-357-9.
- Nazário, A.P., Santos,V.C.B.J., Rossetto, E.G., Souza, S.N.D.H., Amorim, N.E.Z., & Scochi, C.G.S.. (2015). Avaliação de dos ruídos em uma unidade neonatal de um hospital universitário. *Seminário Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina*, Vol. 36(1),189-198. DOI: 10.5433/1679-0367.2014v35n2p189
- Santos, L. M., Ribeiro, I. S., & Santana, R. C. B.. (2012). Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília*, Vol. 65(2), 269-275.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018) Consenso Clínico - "O Som na Unidade de Neonatologia". Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/O-Som-na-Unidade-de-Neonatologia.pdf>. Consultado a 20/11/2021.
- Vohr, B.. (2014) Speech and language outcomes of very preterm infants. *Semin Fetal Neonatal Med* Vol.19(2), 78-83. DOI:10.1016/j.siny.2013.10.007.
- Wachman, E.M., & Lahav A..(2011) The effects of noise on preterm infants in the NICU. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* ; Vol.96(4), 305-309. DOI:10.1136/adc.2009.182014.



**APÊNDICE XVII: AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO-  
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS NEONATAIS**



**Dados da avaliação da sessão de formação realizada à equipa da unidade de cuidados intermédios neonatais**

De um total de 21 formulários (de entre os quais se contabilizaram 12 enfermeiros, 5 assistentes operacionais e 4 médicos), o resultado da sessão foi congruente.

Da avaliação da sessão em que 0- discordo totalmente a 4- concordo plenamente, a avaliação global apresentou um resultado de conformidade de 3.80, a avaliação do impacto da formação apresentou uma taxa de 4 e avaliação do formador de 3.90.

Quanto às sugestões e críticas foram nulas, pelo que não se apresentam resultados relativos às mesmas. Assim, posso considerar que a sessão de formação foi ao encontro das necessidades e expectativas dos formandos.



**APÊNDICE XVIII: CARTAZ INFORMATIVO- O RUÍDO NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA**



# UNIDADE DE NEONATOLOGIA

**PAPÁS, PAPÁS!!!  
SABIAM QUE O RUÍDO  
NA UNIDADE É  
PREJUDICIAL PARA O  
MEU CRESCIMENTO E  
PARA ME SENTIR  
MUITO CONFORTÁVEL?**



## **Como se pode prevenir e reduzir o ruído:**

- *Feche cuidadosamente as portas e janelas das incubadoras;*
- *Não coloque objetos em cima das incubadoras;*
- *Não utilize dispositivos eletrónicos perto do seu bebé ou mantenha-os em silêncio;*
- *Tenha atenção às tampas do lixo (liberte suavemente o pedal);*
- *Responda prontamente assim que o seu bebé chorar;*
- *Fale com o seu filho num tom neutro e suave;*

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2018)

## **Juntos cuidamos do conforto do seu bebé!**



Elaborado por estudante de Mestrado em Enfermagem e  
Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade  
Católica de Lisboa- Inês Sofia Silva Lúcio





## **ANEXOS**



**ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO E EXPOSIÇÃO DE  
POSTER NO IV SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MESTRADO EM  
ENFERMAGEM**



## IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: UM VALOR EM SAÚDE



### CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeira Ana Ferreira, em coautoria com Enfermeira Inês Lúcio, e Prof. Doutora Elisabete Nunes; Prof. Doutora Zaida Charepe; Prof. Doutora Margarida Lourenço; Prof. Doutora Sílvia Caldeira, participaram no **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, com a apresentação do **Poster n.º 22** com o tema “**Cuidados de enfermagem promotores do conforto na criança hospitalizada: scoping review**”, no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP  
  
Universidade Católica Portuguesa  
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Auxiliar



**ANEXO II: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SESSÃO DE  
FORMAÇÃO – UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS  
NEONATAIS**



## Avaliação da Formação

Pág. 1 / 1

## I. Acção de Formação

Nome da formação			
Data Início		Data Fim	

## II. Avaliação Global

Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 ( assinalando com um X ), sendo que:  
 1 - Discordo Totalmente ; 2 - Discordo ; 3 - Concordo ; 4 - Concordo Totalmente

	1	2	3	4
1. Os objectivos da formação foram claros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os conteúdos foram adequados aos objectivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os trabalhos, exercícios e actividades foram suficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A duração da acção/formação foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O relacionamento entre os participantes foi positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. As instalações foram adequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os meios audiovisuais foram adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A documentação foi suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. O apoio administrativo e técnico foi o adequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## III. Avaliação do Impacto da Formação

	1	2	3	4
1. Esta acção de formação permitiu adquirir novos conhecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## IV. Avaliação dos Formadores

Coloque um X no número que melhor corresponde à sua avaliação perante o Formador:

Formador(es):	Formador 1	Formador 2	Formador 3	Formador 4	Formador 5	Formador 6	Formador 7
1. O formador revelou dominar o assunto	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
2. A metodologia utilizada foi adequada	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
3. A exposição dos assuntos foi clara	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
4. A relação estabelecida com os formandos foi positiva	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

## V. Sugestões/ Críticas

O que considerou mais útil na formação:

Que temas gostaria de ver mais desenvolvidos:

Sugestões de melhoria:

## VI. Grupo Profissional

Auxiliar <input type="checkbox"/>	Administrativo(a) <input type="checkbox"/>	Enfermeiro(a) <input type="checkbox"/>	Médico(a) <input type="checkbox"/>
Técnico(a) de Diagnostico e Terapêutica <input type="checkbox"/>	Técnico(a) Superior de Saúde <input type="checkbox"/>	Técnico(a) Superior <input type="checkbox"/>	
Dirigente <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>		

Nome (Facultativo): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_