



CATOLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem: Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio:

**PROMOVER O CONFORTO NOS PROCEDIMENTOS
DOLOROSOS – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

***COMFORT PROMOTION DURING PAINFUL
PROCEDURES – PEDIATRIC NURSE INTERVENTION***

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
mestre em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Catarina Costa

Lisboa, 2024



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

Mestrado em Enfermagem: Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio:

**PROMOVER O CONFORTO NOS PROCEDIMENTOS
DOLOROSOS – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

***COMFORT PROMOTION DURING PAINFUL
PROCEDURES – PEDIATRIC NURSE INTERVENTION***

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
mestre em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Catarina Costa

Sob orientação da Senhora Professora Doutora Margarida Lourenço e
Professora Doutora Sílvia Caldeira

Lisboa, 2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, nomeadamente aos meus pais, principalmente à minha mãe que sempre se disponibilizou a ajudar-me, irmã, sobrinha e cunhado que sempre me apoiaram e incentivaram a realizar o meu percurso de forma a conseguir atingir os meus objetivos pessoais e profissionais.

Não seria possível realizar este percurso sem o apoio relevante de alguns colegas que se tornaram amigos e que sempre me deram força para nunca desistir, nomeadamente a Débora, Rute, Sofia Silva, Verónica e Ana Mota.

Não seria possível conseguir acabar este percurso se não agradecesse do fundo do meu coração à Sra. Professora Margarida Lourenço e Sra. Professora Sílvia Ramos que me orientaram e ajudaram a terminar este percurso e a todos os enfermeiros orientadores que me orientaram em estágio, nomeadamente a Sra. Enfermeira Daniela que me apoiou e ajudou na altura mais difícil neste percurso. Agradeço também à Sra. Professora Doutora Sílvia Caldeira por ter apoiado e me ter ajudado a finalizar este percurso.

RESUMO

A dor é uma experiência complexa e subjetiva, multifatorial com componentes sensoriais, mas também emocionais, cognitivos e comportamentais. É uma experiência frequente na vida da criança que pode resultar de traumatismos, de doenças ou de procedimentos invasivos.

Quando uma família e criança ou jovem procuram os cuidados de saúde (quer unidades hospitalares ou unidades de cuidados de saúde primários) pode ocorrer a existência de procedimentos dolorosos que leva à dor ou desconforto.

A dor na criança e/ou jovem e sua família é complexa na forma como é expressada, devido às especificidades de cada faixa etária. Os procedimentos dolorosos são associados a dor e/ou desconforto e estes levam ao medo e à ansiedade das crianças e suas respectivas famílias.

O presente relatório teve como objetivo uma perspetiva crítica e reflexiva que contribuíssem para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista generalista, Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e competências de enfermeiro especialista com grau de mestre.

Ao longo do percurso realizado no Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foi suportado pela Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba assim como a revisão da literatura – *Scoping Review*.

Foram definidos objetivos gerais em todos os contextos de estágio com foco na promoção do conforto e posteriormente foram definidos objetivos específicos para cada estágio através da metodologia de projeto. O presente relatório é constituído pela introdução ao relatório, o enquadramento teórico, aplicação do mesmo na área de pediatria e a *scoping review*, o percurso realizado e desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista nos diferentes contextos de estágio e a conclusão.

Palavras-chave: Conforto; Intervenções de enfermagem; Procedimentos dolorosos; Criança e família

ABSTRACT

Pain is a complex and subjective, multifactorial experience with sensory components, but also emotional, cognitive, and behavioral components. It is a frequent experience in a child's life that can result from trauma, illness, or invasive procedures.

When a family and child or young person seek health care (either hospital units or primary health care units) painful procedures may occur and lead to pain discomfort.

Pain in the child and/or youth and his family is complex in the way it is expressed, due to the specificities of each age group. Painful procedures are associated with pain and/or discomfort and these lead to fear and anxiety in children and their families.

This report aimed at providing a critical and reflective perspective that contributed to the development of common skills of generalist specialist nurses, specialist nurses in Child Health and Pediatrics, and skills of specialist nurses with a master's degree.

Throughout the course of the Master's in Nursing with a specialization in Child Health and Pediatrics Nursing, Katharine Kolcaba's Theory of Comfort and the *scooping review* were used as support.

General objectives were defined in all internship settings with a focus on comfort promotion and, subsequently, specific objectives were defined for each internship through the project methodology. This report includes the introduction to the report, the theoretical framework, its application in the area of pediatrics and the *scooping review*, the journey and the development of the nurse specialist's skills in the different internship settings, and the conclusion.

Keywords: Comfort; Nursing interventions; Painful procedures; Child and family

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

EE – Enfermeiro/a Especialista

EESIP – Enfermeiro/a Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

Enf. – Enfermeiro/a

JBI – *Joanna Briggs Institute*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNV – Programa Nacional de Vacinação

QR Code – Quick Response Code

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SUP – Serviço de urgência pediátrica

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de cuidados intensivos e neonatais

UCSP – Unidade de cuidados de saúde personalizados

USF – Unidade de saúde familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. REFERENCIAL TEÓRICO	13
1.1. <i>Teoria do conforto de katharine kolcaba</i>	15
1.2. <i>Teoria do conforto aplicado à pediatria</i>	18
2. SCOPING REVIEW (QUESTÃO DE REVISÃO E METODOLOGIA)	20
2.1. <i>Resultados</i>	23
2.2. <i>Discussão e conclusão</i>	25
3. PERCURSO PARA ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	29
3.1. <i>Unidade de cuidados de saúde personalizados</i>	30
3.2. <i>Unidade de neonatologia</i>	38
3.3. <i>Serviço de urgência pediátrica</i>	44
4. CONCLUSÃO	47
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
APÊNDICES	54

APÊNDICE I – Documento informativo sobre marcos do desenvolvimento Infantil

APÊNDICE II – Documento informativo sobre sinais de alerta no desenvolvimento infantil

APÊNDICE III – Questionário aos profissionais sobre a pertinência do tema

APÊNDICE IV – Enquadramento da Elaboração do Kit Sem Dói-Dói

APÊNDICE V – Resultado do questionário realizado aos profissionais de saúde sobre a pertinência do tema

APÊNDICE VI – Execução da criação do Kit Sem Dói-Dói colocado nas salas de vacinação

APÊNDICE VII – Realização da atualização do folheto informativo sobre a alimentação no 1º ano de vida

APÊNDICE VIII – Promoção do Conforto numa Unidade de Cuidados Intensivos

- APÊNDICE IX** – Promoção do Conforto numa Unidade de Cuidados Intensivos
– sessão formativa
- APÊNDICE X** – Respostas do questionário de satisfação aos pais sobre a
sessão formativa
- APÊNDICE XI** – Decoração da unidade (ornamentos) de forma a haver
humanização do espaço
- APÊNDICE XII** – Sessão formativa para os colegas na urgência pediátrica sobre
a vacinação
- APÊNDICE XIII** – Respostas ao questionário de vacinação dirigidas aos
profissionais
- APÊNDICE XIV** – Documento sob *QR Code* para salas de espera na urgência
pediátrica
- APÊNDICE XV** – Poster científico “Intervenções promotoras do conforto na
criança e família associadas a procedimentos dolorosos”

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Quadro com as definições apresentadas por K.Kolcaba sobre medidas de conforto, tipos de conforto e os contextos.....	16
Figura 2 – Estrutura taxonómica traduzida do inglês para português de acordo com a teoria do Conforto de Katharine Kolcaba adaptado de Tomey & Alligood, 2004.....	17
Figura 3 – Fluxograma PRISMA do processo de seleção de artigos, adaptado The PRISMA 2020 statement: na updated guideline for reporting systematic reviews (Page et al., 2021)	22
Figura 4 – Estrutura taxonómica traduzida do inglês para português de acordo com a teoria do Conforto de Katharine Kolcaba adaptado de Tomey & Alligood, 2004 com as intervenções de enfermagem promotoras do conforto.....	27

INTRODUÇÃO

O relatório de estágio foi realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório, inserido na 15.º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde na Universidade Católica Portuguesa com o objetivo de desenvolver competências comuns ao Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e Mestre.

O Enfermeiro Especialista é um enfermeiro ao qual foi concedido o título profissional onde é reconhecido com competências científicas, técnicas e humanas de enfermeiro com especialidade na sua área de intervenção além do enfermeiro de cuidados gerais (Decreto Lei nº 161/96, 4 de Setembro). O Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) como utilizador de um modelo conceptual que é centrado na criança e sua família, utilizando este duo como favorecido dos cuidados (*Ordem dos Enfermeiros*, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O tema abordado neste relatório surgiu após várias situações vivenciadas como Enfermeira Generalista de Cuidados Gerais na área da Pediatria, dando resposta aos diversos procedimentos que se realizam quer a nível hospitalar, quer a nível de cuidados de saúde primários, que são os procedimentos associados a dor, promovendo o conforto quer da criança quer da sua família. Também após a realização da revisão de literatura, constata-se que são muito comuns os procedimentos dolorosos e/ou invasivos e que sentimentos como o medo, a angústia e a ansiedade relacionadas com estes, podem traduzir-se num impacto negativo, e no futuro numa aversão aos cuidados (Kholi et al., 2019; Burton et al., 2018).

A metodologia do projeto está ligada à investigação que é associada a perspetivas de intervenções tendo como base suportes fundamentais para a resolução eficaz de problemas (Ruivo et al., 2010). Esta metodologia é dinâmica e adaptável aos vários contextos clínicos e, por este motivo, foi a estratégia

utilizada aos longo dos mesmos. Foi identificado o problema, realizado o diagnóstico de situação e, posteriormente, a definição de objetivos gerais e específicos como forma de atingi-los através do planeamento e execução de estratégias e intervenções direcionadas para o mesmo.

Afim de melhorar a compreensão do presente relatório, este é constituído pelo referencial teórico e com a aplicação do mesmo para a área da pediatria, a *scoping review*, o percurso realizado para enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrico e a conclusão.

O primeiro contexto de estágio correspondeu a uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) onde a intervenção do enfermeiro na promoção do conforto associado a procedimentos dolorosos foi o foco para a concretização do projeto neste contexto. De entre as atividades realizadas destacam-se a recolha genérica do feedback por parte dos enfermeiros sobre o tema a criação de um kit sem dor, como forma de diagnóstico que levou à formação do projeto e à implementação de um “kit sem dói-dói” (este com material lúdico e didático para diminuição da dor associada aos procedimentos dolorosos, neste caso à vacinação – intervenção muito comum realizada nesta unidade). Como forma de aprofundamento de conhecimentos sobre a dor e que intervenções os enfermeiros podem utilizar para minimizá-las, foi realizada uma reflexão sobre sentimentos e dificuldades na prestação de cuidados sobre um acontecimento na sala de vacinação.

O segundo contexto de estágio decorreu numa unidade de neonatologia. De entre as atividades desenvolvidas, e após uma entrevista não estruturada com a Enfermeira Orientadora, elaborou-se o diagnóstico de situação e posteriormente, focou-se em trabalhar o conforto na unidade de cuidados neonatais assim como para o domicílio, pelo que foi realizada uma sessão formativa aos pais e/ou cuidadores presentes.

O último contexto de estágio ocorreu numa Urgência Pediátrica (UP), onde foi trabalhado uma área de pouca intervenção neste contexto, a vacinação, que apesar de ser uma área não abordada neste contexto, com a admissão e integração de novos elementos da equipa no serviço, foi realizada uma sessão

formativa aos enfermeiros sobre este tema, com o objetivo de educação e atualização de conhecimentos à equipa de enfermagem. Foi elaborado também um cartaz informativo sob forma de *QR Code* para afixar em ambas as salas de espera para os pais e acompanhantes, visando a promoção da saúde de acordo com o PNV atualizado.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

Para a realização deste relatório foi adotado como referencial teórico de enfermagem, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2003).

Após uma longa pesquisa efetuada por K. Kolcaba e pelo seu marido deparam-se com um registo realizado nas notas de Florence Nightingale, em 1859, onde esta abordava que os diagnósticos de enfermagem da época, focavam o conforto alterado através de três fatores, como a dor, a náusea/vômito e o prurido (Kolcaba, 2003).

A teórica Katharine Kolcaba durante a sua pesquisa, de forma a definir qual o conceito de conforto, pesquisou e baseou-se em três fontes. A primeira fonte que encontrou vinha da palavra do latim “*confortare*” que significava fortalecer. A segunda fonte afirmava que, o conforto era libertador para os utentes e estes podiam ser o que queriam naquele momento (Paterson & Zderad, 1976/1988 referido por Kolcaba, 2003). A terceira fonte referia que a manipulação do ambiente e mensagens psicológicas conseguiam aumentar o conforto.

O conforto é um resultado holístico que responde pelas ações das pessoas como um todo. A teórica definiu três pressupostos básicos, sendo o primeiro: os seres humanos têm respostas holísticas a estímulos complexos; o segundo: o conforto é um resultado desejável que é essencial na enfermagem; e o terceiro: os seres humanos esforçam-se para considerar quando as suas necessidades de conforto são levadas em conta (Kolcaba, 2003).

Estas suposições levaram à definição da sua teoria, sustentando-a uma vez que estão relacionadas entre si.

A Teoria do Conforto surgiu na e para a enfermagem (Kolcaba, 2003). Três teóricos de enfermagem contribuíram diretamente para a compreensão dos três tipos de conforto que estão na base da sua teoria. Segundo Orlando, os enfermeiros têm a capacidade para aliviar as necessidades de conforto expressas por cada utente, sendo que, quando estas são atendidas estes

sentem o alívio (Kolcaba, 2003). De forma a manter a tranquilidade, o teórico Henderson definiu treze funções básicas dos seres humanos que tinham de ser mantidas em equilíbrio entre elas (Kolcaba, 2003). A transcendência foi trazida por Peterson & Zderad que acreditava que os utentes podiam superar as suas dificuldades através da ajuda das enfermeiras (Tomey & Alligood, 2004).

1.1. TEORIA DO CONFORTO DE KATHARINE KOLCABA

Segundo a teórica de enfermagem de Jaqueline Fawcett, meta paradigma é uma afirmação ou grupo de afirmações que identificam fenómenos relevantes para uma determinada disciplina (Kolcaba, 2003). Esta definiu quatro grandes conceitos meta paradigmáticos para a enfermagem: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem.

De acordo com a Tomey e Alligood, Katharine Kolcaba também definiu estes conceitos.

- Definiu pessoa como um indivíduo, família ou comunidade que necessita de cuidados de saúde quer sejam primários ou preventivos (Kolcaba, 2003).

- Definiu ambiente como qualquer aspeto do indivíduo, família ou comunidade que afetam o conforto e que podem manipulados quer pelas enfermeiras, quer pelos seus familiares (Kolcaba, 2003).

- Definiu saúde como o funcionamento ideal de um indivíduo, família ou comunidade que é definido por estes (Kolcaba, 2003).

- Definiu enfermagem como a avaliação das necessidades de conforto dos indivíduos, família e comunidades. A conceção de medidas de conforto para atender às necessidades de conforto, incluindo a reavaliação do nível do conforto após a implementação destas medidas em comparação com a linha de base anterior. Esta avaliação pode obter-se através de escalas que a autora desenvolveu.

Devido ao número limitado de conceitos, proposições, baixo nível de abstração e à facilidade da sua aplicação para a realidade, esta teoria (Teoria do Conforto) é considerada uma teoria de médio alcance (Kolcaba, 2003).

A teórica Katharine Kolcaba definiu necessidade de cuidados de saúde como “necessidades de conforto resultantes de situações de saúde provocadoras de tensão que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de

suporte tradicionais”, nestas necessidades estão incluídas as físicas, psico-espirituais, sociais, ambientais que são avaliadas através de linguagem verbal e não-verbal, necessidades de educação e apoio entre outras.

Nesta perspetiva, Kolcaba definiu o conceito de conforto como “a condição experimentada pelas pessoas que recebem as **medidas de conforto**”^a. Segundo a teórica, o conforto “é a experiência imediata e holística de ser fortalecida através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (**alívio**^b, **tranquilidade/facilidade**^c e **transcendência**^d) nos quatros contextos de experiência (**físico**^e, **psico-espiritual**^f, **social**^g e **ambiental**^h)” (Kolcaba, 2003).

a) Medidas de conforto:	Tipos de conforto	Quatros contextos
Segundo Kolcaba as medidas de conforto são intervenções de enfermagem desenvolvidas para abordar as necessidades de conforto específicas das pessoas onde foram incluídas necessidades fisiológicas, sociais, financeiras, ambientais e físicas (Tomey & Alligood, 2004).	b) Alívio: tipo de conforto que segundo Kolcaba foi definido como “a experiência de uma pessoa/utente que teve uma necessidade específica satisfeita” (Kolcaba, 2003).	e) Conforto físico: “pertence às sensações corporais” (Tomey & Alligood, 2004).
	c) Tranquilidade/Facilidade: tipo de conforto que segundo Kolcaba foi definido como o “estado de calma ou contentamento”	f) Conforto psico-espiritual: “pertence à consciência interna de si próprio”, onde é incluído a autoestima, o conceito sobre si mesmo, a sexualidade e o significado da vida.
	d) Transcendência: tipo de conforto que segundo Kolcaba foi definido como o estado em que a pessoa sobe acima dos seus problemas ou sofrimento/dor.	g) Conforto social: “pertence às relações interpessoais, familiares e sociais”.
		h) Conforto ambiental: “pertence ao meio, às condições e influência externas” tais como o lugar, som, temperatura, paisagem, entre outras.

Figura 1 – Quadro com as definições apresentadas por K.Kolcaba sobre medidas de conforto, tipos de conforto e os contextos (Kolcaba, 2003; Tomey & Alligood, 2004).

Perante estas definições, Kolcaba desenvolveu uma estrutura taxonómica (figura 2) onde inclui na parte superior da tabela os três tipos de conforto e à esquerda os quatro contextos que quando as células ficam juntas formam doze células onde ocorre o conforto. Esta tabela permitiu perceber que o conforto é um resultado essencial para os cuidados de saúde uma vez que é focado na pessoa/utente. O conforto é um resultado holístico e complexo onde as necessidades de conforto são percebidas pelos destinatários. Cada célula da estrutura está inter-relacionada e se apenas nos focarmos numa, duas ou três e não em todas, o resultado será imperfeito. Assim, podemos afirmar que para a pessoa/utente estar em estado pleno de conforto, os enfermeiros terão de atender a todos os tipos de conforto nos quatros contextos de forma a obter o sucesso (Kolcaba, 2003).

		Tipos de Conforto		
		Alívio	Facilidade	Transcendência
Quatro contextos	Físico			
	Psico-espiritual			
	Sociocultural			
	Ambiental			

Figura 2 – Estrutura taxonómica traduzida do inglês para português de acordo com a teoria do Conforto de Katharine Kolcaba adaptado de Tomey & Alligood, 2004.

1.2. TEORIA DO CONFORTO APLICADO À PEDIATRIA

A enfermagem pediátrica está focada nos cuidados centrados na família através de processos comunicacionais que decorrem em vários contextos, desde a proteção, otimização e promoção da saúde, desde o recém-nascido até ao jovem adulto (Regulamento n.º 351/2015).

A Enfermagem Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica utiliza o modelo conceptual que está focado na criança e família. O enfermeiro especialista trabalha em parceria com a criança e sua família seja em contexto hospitalar assim como em contexto de saúde primário (centros de saúde, cuidados continuados, saúde escolar) (Regulamento n.º 422/2018).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem presta cuidados com o nível avançado com segurança e competência à criança e jovem saudável ou doente através da educação para a saúde, mobilizando recursos de suporte como a família ou pessoa significativa (Regulamento n.º 351/2015).

De acordo com a teoria do conforto acima descrita, as crianças e membros da família são fortalecidas através de um maior conforto, envolvendo-se a realizarem atividades necessárias para alcançar a saúde e permanecerem saudáveis (Kolcaba & DiMarco, 2005).

De acordo com Katharine Kolcaba, as intervenções de conforto dividem-se em três categorias, a primeira: intervenções de conforto para manter o equilíbrio e controlar a dor; a segunda: intervenções para aliviar a ansiedade, promover a esperança, escutar e planear a recuperação; e a terceira: promoção do conforto para a alma, através de estratégias utilizadas pelos enfermeiros para as crianças e famílias de forma a que o conforto seja fortalecido, por exemplo, através de massagens e imagens guiadas (Kolcaba, 2003).

Quando os enfermeiros estão focados em proporcionar um conforto holístico, as intervenções de enfermagem pediátrica tornam-se rotina através das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência. Os enfermeiros alternam

entre estes três tipos de conforto e percebem que para aplicar a teoria do conforto corretamente, necessitam dos quatro contextos (Kolcaba & DiMarco, 2005).

De seguida, serão definidas quais são as necessidades nos quatro contextos para a enfermagem.

As necessidades de conforto físico incluem os défices de mecanismos fisiológicos que foram alterados devido a uma doença ou um procedimento invasivo. Este tipo de sintomas são as mais fáceis de observar, como a dor, náusea, vômito entre outras. Quando os enfermeiros são menos experientes, estas necessidades são as mais fáceis de satisfazer, excluindo as outras necessidades nos outros contextos (Kolcaba & DiMarco, 2005).

As necessidades de conforto psico-espiritual incluem a confiança, motivação e a segurança de forma a que a criança e/ou família possam ultrapassar os desconfortos associados a procedimentos dolorosos ou traumas, que não podem ser aliviados de forma imediata. Este tipo de necessidades são um desafio, uma vez que exigem tempo aos enfermeiros que muitas vezes não o têm (Kolcaba & DiMarco, 2005).

As necessidades de conforto social incluem as necessidades da família relacionadas com a assistência financeira, burocrática e respeito pelas tradições culturais. Estas necessidades são atendidas através de mensagens de bem-estar, reforço positivo entre outras (Kolcaba & DiMarco, 2005).

As necessidades de conforto ambiental incluem o silêncio, móveis confortáveis, odores mínimos e segurança em ambientes pediátricos. Os enfermeiros devem contribuir para satisfazer este tipo de necessidades, através por exemplo da diminuição do ruído, diminuição das luzes, evitar que o sono das crianças seja interrompido, visando a promoção da saúde (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Os enfermeiros pediátricos utilizam medidas de conforto que contribuem para a ausência de desconforto e/ou dor.

2. SCOPING REVIEW (QUESTÃO DE REVISÃO E METODOLOGIA)

As crianças, jovens e suas famílias são submetidas a diversos procedimentos nas unidades de cuidados de saúde (hospitais ou cuidado de saúde primários) (Shave et al., 2018). Estes procedimentos podem ser dolorosos, como por exemplo a colheita de sangue para análise ou mesmo a introdução do cateter venoso periférico (Shave et al., 2018).

Se a dor e/ou desconforto nestes procedimentos que são sentidos pela criança, jovens e sua família não forem atendidos poderão levar a consequências a curto prazo (como a ansiedade e o stress) e a longo prazo (medo e evitar a procura das unidades de saúde em idade mais adulta por associação à dor sentida anteriormente) (Shave et al., 2018) (Bray et al., 2019).

De forma a que estas consequências sejam menores, foi realizada uma pesquisa com o objetivo de identificar quais poderiam ser as intervenções usadas pelos enfermeiros, para obter sucesso nos procedimentos dolorosos realizados a crianças, jovens e suas famílias.

Foi realizada uma *scoping review* com o objetivo de mapear o conhecimento disponível sobre as intervenções de enfermagem promotoras de conforto associadas a procedimentos dolorosos na criança e famílias.

Foi elaborada a seguinte questão de revisão: “Qual o conhecimento científico existente sobre as intervenções de enfermagem promotoras de conforto associado a procedimentos dolorosos nas crianças e famílias?”.

A revisão realizada foi elaborada de acordo com a metodologia de *Joanna Briggs Institute (2022)*.

Numa primeira fase, foi realizada uma pesquisa no PROSPERO (*International prospective register of systematic reviews*) onde não foram encontradas revisões de literatura na área temática escolhida.

A estratégia de pesquisa foi realizada em três etapas. A primeira etapa consistiu numa pesquisa inicial nas bases de dados *CINHAL* e *MEDLINE* através do motor de busca EBSCOhost. Uma segunda pesquisa foi aplicar as palavras-chave identificadas e termos indexados em todas as bases de dados (através dos descritores em ciências da saúde – DeCS/MeSH e *Cinhal Subject Heading*). Na terceira fase e conseqüente terceira pesquisa foi realizado a extração e síntese de dados no período entre Setembro e Novembro de 2022, com recurso ao motor de busca EBSCOHOST integrando as bases de dados utilizadas: *CINHAL*, *MEDLINE* Complete, *BioMed* Central e pesquisa livre.

Como descritores de pesquisa foram utilizados os termos: *nursing care AND treatment related pain; pain procedural; child OR family OR pediatrics; hospital OR community health center*.

Os critérios de inclusão utilizado foram: **População** (pais/familiares/cuidadores/acompanhantes de crianças hospitalizadas entre os 0-18 anos e crianças com idades compreendidas entre os 0-18 anos); **Conceito** (intervenções de enfermagem promotoras de conforto associadas a procedimentos dolorosos); **Contexto** (todas as unidades hospitalares e no âmbito dos cuidados de saúde primários).

Como limitadores de pesquisa foram incluídos artigos em inglês e português, sem limite temporal, onde foi realizado uma leitura dos títulos, resumos e artigos na sua totalidade, obtendo uma amostra final de 22 artigos como se pode verificar no seguinte diagrama de fluxo PRISMA-ScR (Figura 2).

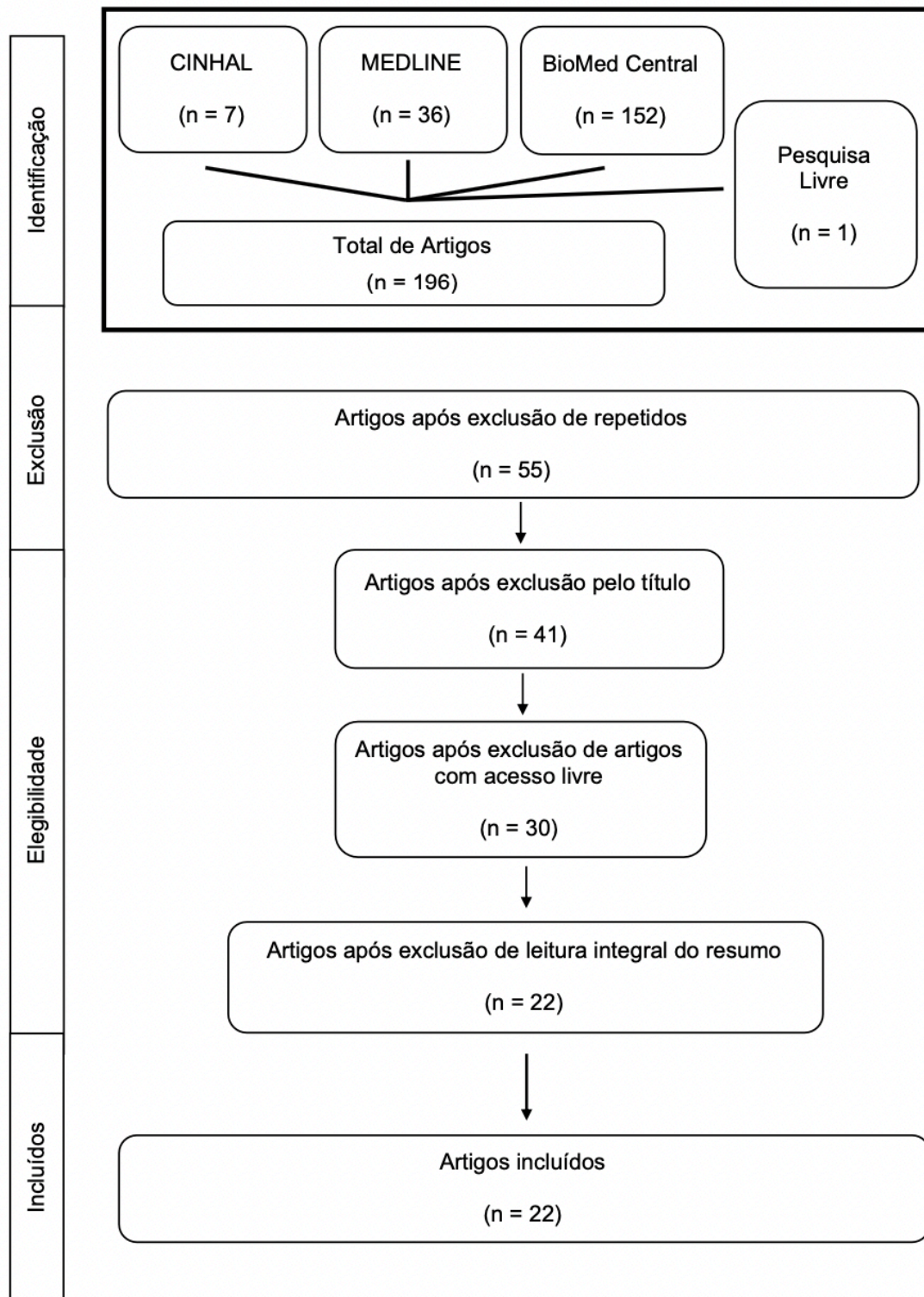


Figura 3 – Fluxograma PRISMA do processo de seleção de artigos, adaptado The PRISMA 2020 statement: na updated guideline for reporting systematic reviews (Page et al., 2021)

2.1. RESULTADOS

Após a análise dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura (*scoping review*), de seguida irei sintetizar os resultados obtidos e posteriormente a realização de uma tabela com intervenções de enfermagem que podem ser realizadas para diminuir a dor e/ou desconforto.

Segundo a Federação Europeia da Dor, a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável que pode ser associada a procedimentos realizados em hospital, como por exemplo um procedimento doloroso. A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada por vários fatores.

Quando uma criança e/ou jovem e sua família procuram cuidados de saúde, sejam eles unidades hospitalares ou unidade de cuidados de saúde primários, estas podem ser submetidas a diversos procedimentos, entre eles podem acontecer os procedimentos dolorosos que levam à dor e/ou desconforto (Shave et al., 2018). Entre estes, encontram-se alguns que são mais comuns, tais como: colheita de sangue (Melo et al., 2014) (Noel et al., 2018) (Trottier et al., 2019), colocação de acesso venoso periférico (Melo et al., 2014) (Lee et al., 2021) (Gold & Mahrer, 2017) (Shave et al., 2018) (Noel et al., 2018) (Trottier et al., 2019) (Katende & Mugabi, 2015), punção capilar (Melo et al., 2014) e vacinação (Harder et al., 2014).

Numa unidade de cuidados intensivos neonatais, o recém-nascido é exposto a vários procedimentos dolorosos ou potencialmente dolorosos (Melo et al., 2014). Atualmente sabe-se que a exposição repetida a estímulos dolorosos, principalmente nos recém-nascidos prematuros, diminui o crescimento físico e aumenta a probabilidade de alterações a nível comportamental, uma vez que o sistema é muito imaturo (Anne et al., 2020).

Quando a dor não é corretamente avaliada e intervencionada, levará à existência de sentimentos negativos, como a ansiedade e o medo (Burton et al., 2018). Este tipo de sentimentos, têm consequências no futuro, resultando que,

quando houver necessidade de procura de cuidados de saúde, leva a uma hesitação no futuro (Burton et al., 2018) (Trottier et al., 2019).

Os enfermeiros têm um papel importante ao intervir para a diminuição da dor nos procedimentos dolorosos junto da criança/jovem sua família. Em seguida será apresentada em tabela um conjunto de intervenções que os enfermeiros podem realizar para minorar a dor e/ou desconforto.

Intervenções de Enfermagem
Posicionar (Trottier et al., 2019)
Aconchegar (Kohli, et al., 2019)
Oferecer distração (brinquedos lúdicos, realidade virtual e jogos) (Fisher et al.,2018) (Trottier et al., 2019) (Katende & Mugabi, 2015) (Lee, et al., 2021) (Gold & Mahrer, 2017)
Promover a sucção não nutritiva (sacarose) (Kholi et al., 2019) (Trottier et al., 2019) (Curtis et al., 2007) (Katende & Mugabi, 2015)
Promover o aleitamento materno (Trottier et al., 2019)
Massajar (Kohli, et al., 2019)
Promover o relaxamento (Burton et al., 2018)
Oferecer musicoterapia (Trottier et al., 2019)
Oferecer hipnose (Trottier et al., 2019)

2.2. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Segundo o 1º Artigo da declaração de Montreal, “todas as pessoas têm o direito de ter acesso ao tratamento da dor sem discriminação.” De acordo com o 2º Artigo na declaração, “todas as pessoas com dor têm o direito ao reconhecimento da sua dor e a serem informadas sobre como podem ser avaliadas e tratadas.” O 3º Artigo da declaração diz que, “todas as pessoas com dor têm o direito a ter acesso à avaliação e tratamento adequados da dor por profissionais de saúde treinados.” (*DECLARATION of MONTREAL, Declaration That Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right*, n.d.).

Segundo a declaração de Ottawa sobre os direitos dos cuidados da saúde da criança, devem ser feitos todos os esforços para prevenir e quando não for possível, deve-se minimizar a dor e sofrimento e atenuar a tensão física ou emocional da criança (UNICEF, 2019).

A dor é definida como uma experiência multidimensional, desagradável que envolve não só a parte sensorial como também a parte emocional da pessoa que sofre. A dor também é associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial (Norma nº 10/2013, 31 de Maio de 2013).

A otimização da dor pediátrica é dada como uma prioridade pela OMS (Organização Mundial da Saúde) (Shave et al., 2018). As crianças e suas famílias vivenciam vários procedimentos dolorosos diariamente sejam atendidos em ambientes hospitalares ou em ambientes de cuidados ambulatoriais (Shave et al., 2018).

Há vários procedimentos dolorosos que podem ser realizados, como a punção venosa, a colheita de sangue entre outros. Se a dor nestes procedimentos não for controlada corretamente pelos profissionais de saúde, pode levar a consequências negativas a curto prazo, como a ansiedade e a longo prazo, como o medo e o evitamento na procura de cuidados de saúde no futuro (Shave et al., 2018).

Existem várias intervenções que podem ser realizadas para o alívio da dor, estas podem ser farmacológicas e não farmacológicas. Existem várias intervenções não farmacológicas que se podem realizar, a sua escolha depende da sensibilidade da criança à dor, as suas habilidades, o seu desenvolvimento cognitivo, as suas estratégias de coping, o tipo de dor e o contexto (procedimentos dolorosos, cirurgias) (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Das intervenções físicas que podem ser realizadas para diminuir a dor e/ou desconforto associado a procedimentos dolorosos, tais como o posicionamento (Harder et al., 2014), contenção, relaxamento através da respiração (Kholi et al., 2019), massagem (Kholi et al., 2019), sucção não nutritiva (Kholi et al., 2019) – sacarose (Trottier et al., 2019) e o aleitamento materno (Trottier et al., 2019).

Por outro lado, existem intervenções psicológicas, como a distração. A distração pode ser digital (através da realidade virtual – esta técnica é uma tecnologia informática usada para as crianças “mergulharem” num mundo alternativo proporcionado um desvio da atenção ao estímulo da dor durante os procedimentos dolorosos) (Lee et al., 2021) (Gold & Mahrer, 2017). A realidade virtual tem implicações importantes, uma vez que pode prevenir a prevenção de fobias tais como a fobia a agulhas ou traumas (Gold & Mahrer, 2017). Na distração também inclui o brincar, através dos brinquedos, soprar bolas de sabão (Heijden et al., 2019), ler uma história (Trottier et al., 2019), musicoterapia (Trottier et al., 2019) e a hipnose (requer treino e não é eficaz em ambientes movimentados e ruidosos) (Shave et al., 2018) (Trottier et al., 2019).

As técnicas de distração podem ser ativas (soprar bolas de sabão, musicoterapia, brincar com brinquedos e hipnose) e passivas (assistir um filme, ouvir música gravada) (Heijden et al., 2019). Estas técnicas, são benéficas para as crianças com dor e sofrimento nos procedimentos dolorosos (Heijden et al., 2019).

O ambiente também é importante na redução do desconforto, se tivermos uma sala branca não convidativa em comparação com uma sala com brinquedos apropriados, decoração na parede e quadros coloridos ajuda a aliviar o stress e o medo associado aos procedimentos (Trottier et al., 2019).

Os cuidadores e/ou família referem que independentemente da idade das crianças, os enfermeiros podem realizar técnicas como a explicação prévia e detalhada do acontecimento, o envolvimento dos mesmos associada a intervenções não farmacológicas mostrando uma comunicação que melhora a dor e/ou desconforto associado aos procedimentos dolorosos, uma vez que contribuem para uma enfermagem centrada na criança e família (Shave et al., 2018) (Katende & Mugabi, 2015).

Assim, segundo a teoria do conforto de Katharine Kolcaba, o pleno do conforto passa pelas intervenções dos enfermeiros em todas as células da sua estrutura taxonómica. Foi através dos resultados e interpretação mesmos, que foi realizado um quadro onde foram colocadas as intervenções de enfermagem, como forma de diminuir a dor e/ou desconforto como promoção do conforto nos alívios e contextos propostos pela Kolcaba.

		Tipos de Conforto		
		Alívio	Facilidade	Transcendência
Quatro contextos	Físico	Posicionamento, contenção, aconchego, sucção não nutritiva	Distração, através da musicoterapia, brinquedos, massagem	
	Psico-espiritual		Escuta e explicação prévia	
	Sociocultural		Comunicação com os cuidadores/família	
	Ambiental	Instalações, mobília (quadros)		Envolvimento dos pais nos procedimentos

Figura 4 – Estrutura taxonómica traduzida do inglês para português de acordo com a teoria do Conforto de Katharine Kolcaba adaptado de Tomey & Alligood, 2004 com as intervenções de enfermagem promotoras do conforto

Em conclusão, a dor na pediatria é complexa e envolve vários fatores, como fisiológicos, psicológicos, comportamentais e de desenvolvimento (Kholi et al., 2019).

Pode-se dizer que as estratégias utilizadas pelos enfermeiros que promovem o alívio da dor e/ou desconforto, e quando usadas corretamente, estão baseadas na prática da evidência e contribuem para que as crianças e suas famílias não associam uma experiência negativa, mas sim uma experiência positiva no futuro (Katende & Mugabi, 2015).

Apesar de haver muitos estudos nesta área, nenhum deles está diretamente associado com a Teoria do Conforto, pelo que há uma necessidade de apostar na investigação de forma a que o enfermeiro consiga realizar de forma clara, consciente e treinada, intervenções promotoras do conforto.

3. PERCURSO PARA ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

O enquadramento conceptual que foi apresentado anteriormente sugerem que neste capítulo do relatório, se procure refletir e analisar o percurso realizado nos diferentes locais de estágio para a aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista Generalista (EE), Enfermeiros Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) e de mestre.

Aqui neste capítulo podemos esperar a mobilização dos conceitos teóricos da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e os resultados da *scoping review* realizada para a prática especializada. Irão ser descritas as competências desenvolvidas ao longo deste percurso, inserindo no perfil de EE, EESIP e de competências de mestre.

Ao longo deste percurso, pretende-se desenvolver competências de forma a adquirir e desenvolver competências para prestar cuidados especializados que assentem nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializada e enfermagem especializada de saúde infantil e pediátrica. Durante este capítulo, foi realizado um projeto de estágio para cada contexto de forma a fazer a ligação entre a teoria e a prática, dividido por etapas, com o objetivo de ser uma metodologia reflexiva, sustentada na investigação de forma sistemática, controlada e participativa na identificação de problemas e resolve-los através da representação antecipada do desenvolvimento de atividades como forma de atingir os objetivos específicos definidos previamente (Ruivo et al., 2010).

3.1. UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

O primeiro contexto de estágio decorreu numa unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP), esta unidade após a reconfiguração dos Centros de Saúde ficou integrada num Agrupamento de Centros de Saúde. Segundo o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro “A UCSP tem estrutura idêntica à prevista para USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos” (p.1184). Esta unidade funciona recentemente nas novas instalações desde Junho de 2019 e vai englobar a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) no R/C e parte do 1º piso e a futura Unidade de Saúde Familiar (USF) no 1º e 2º piso. A unidade é composta por uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, administrativos, seguranças e empregadas de limpeza).

A UCSP tem seis áreas de intervenções que são: área de saúde infantil, área de vacinação, área de saúde materna, área de saúde reprodutiva e planeamento familiar, área de diabetes e área de tratamentos. Estas têm como finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à comunidade de forma a detetar precocemente grupos de risco e de maior vulnerabilidade, através da promoção de saúde, prevenção da doença e adoção de estilos de vida saudáveis.

No decurso da primeira semana de estágio, foi importante elaborar um diagnóstico de situação de forma a orientar e planear as intervenções e atividades a desenvolver. Foram realizadas conversas informais com Sra. Enfermeira Orientadora de estágio e observação participante no serviço onde foi pertinente desenvolver conteúdos relativos à vacinação e desenvolvimento infantil.

Foram definidos dois objetivos gerais, sendo o primeiro objetivo geral: **desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica nos diferentes contextos de saúde.**

Após o diagnóstico de situação e a definição do objetivo geral foram definidos dois objetivos específicos:

- *Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil;*
- *Promover cuidados específicos em respostas às necessidades de vida e desenvolvimento da criança e jovem;*

Como forma de dar resposta ao primeiro objetivo específico definido foi desenvolvida uma atividade, a elaboração de um cartaz informativo que foi afixado na sala de enfermagem de saúde infantil e pediátrica sobre os marcos do desenvolvimento da criança (APÊNDICE I).

As crianças são seres em constante desenvolvimento, “a criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social.” (Norma nº 10/2013, de 31 de Maio de 2013). Os enfermeiros avaliam e detetam qualquer alteração que possa ocorrer através da vigilância em centro de saúde, da criança e sua família e quanto mais cedo foram detetadas perturbações ou alterações, estas podem implicar o sucesso a nível educacional e integração social da criança (Norma nº 10/2013, de 31 de Maio de 2013).

Atualmente o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) apresenta uma calendarização de consultas para idades-chaves onde corresponde a acontecimentos importantes na vida do bebé, criança ou adolescente incluindo as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional.

Cada criança é única, sendo que por este motivo nem todas as crianças chegam à mesma idade no mesmo estágio de desenvolvimento (Norma nº 10/2013, de 31 de Maio de 2013). Na consulta de enfermagem, o enfermeiro pode ter um papel muito importante, sobre alterações que possam estar a acontecer, o enfermeiro através da sua experiência pode avaliar, adequadamente, o desenvolvimento da criança com a observação crítica desde o início da consulta até que sai.

A elaboração desta atividade em conjunto com a realização da consulta de enfermagem, permitiu o desenvolvimento de competências do EE (Regulamento

nº140/2019, 6 de Fevereiro de 2019)^{1,2} e do ESSIP (Regulamento nº 422/2018, 12 de Julho de 2018)³. Assim, quando o enfermeiro realiza as consultas de enfermagem, tem a possibilidade de uma intervenção precoce sempre que existam alterações a nível do desenvolvimento, dando resposta a estas, com vista à promoção da saúde (Souza et al., 2013).

-
- ¹ **Competência do EE:** B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programa de melhoria contínua.
 - ² **Competência do EE:** B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.
 - ³ **Competência do EESIP:** E3.1. – Promove o crescimento e desenvolvimento infantil.

Na realização da consulta, os pais também demonstraram dúvidas sobre qual o desenvolvimento adequado do seu filho/a, sendo que por este motivo, foi realizado além do cartaz acima referido, um cartaz informativo sobre os sinais de alerta do desenvolvimento da criança (APÊNDICE II) que ficaram afixados na sala das consultas de enfermagem. Com a realização desta atividade permitiu o desenvolvimento de competências de EE⁴ (Regulamento nº140/2019, 6 de Fevereiro de 2019) e ESSIP^{5,6} (Regulamento nº 422/2018, 12 de Julho de 2018) visando a promoção do crescimento infantil identificando alterações na criança quando as mesmas existem.

-
- ⁴ **Competência do EE:** B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programa de melhoria contínua.
 - ⁵ **Competência do EESIP:** E1. 2.– Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade da criança/jovem.
 - ⁶ **Competência do EESIP:** E3.1. – Promove o crescimento e desenvolvimento infantil.

Como resposta ao segundo objetivo específico, realizei, em parceria com a Senhora Enfermeira Orientadora, a consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, onde me deparei que o tema alimentação nas crianças é um dos

aspectos em que os pais apresentam mais dúvidas. Assim, e com o objetivo da promoção de saúde, optámos por atualizar o folheto informativo sobre a alimentação, que se encontrava em vigor, consoante as novas guidelines, como forma de educação para a saúde, e promoção da mesma (APÊNDICE III). Foi através desta intervenção que em conjunto com os pais contribuímos para a promoção da saúde com base na evidência científica e me levaram ao desenvolvimento de competências quer do EE (Regulamento nº140/2019, 6 de Fevereiro de 2019)⁷, quer do EESIP (Regulamento nº 422/2018, 12 de Julho de 2018)^{8,9}.

⁷ **Competência do EE:** D2 – Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica

⁸ **Competência do EESIP:** E1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem

⁹ **Competência do EESIP:** E.3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura

O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) é um programa nacional de saúde prioritários desde 2012. Em Portugal, o estudo da *Global Burden of Disease* (GBD), em 2017, concluiu que os hábitos inadequados dos portugueses foram o terceiro fator de risco para a perda de anos de vida saudável. Este programa insere-se num dos onze programas de saúde que são prioritários do Plano Nacional de Saúde como forma de redução dos fatores de risco relacionados com doenças não transmissíveis, neste caso, a obesidade infantil. Assim, é fundamental o enfermeiro intervir nesta área desde o nascimento até à idade adulta de forma a prevenir um aspeto muito preocupante, a obesidade infantil.

No segundo objetivo geral foi definido como: **desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica na otimização da gestão da dor da criança e família.**

Após o diagnóstico de situação e a definição do objetivo geral foi definido um objetivo específico:

- *Desenvolver e aplicar conhecimentos em terapias não farmacológicas para o alívio da dor*

A atividade desenvolvida como resposta ao objetivo definido foi a elaboração e criação de um kit chamado “kit sem dói-dói”, onde primeiramente foi realizada uma recolha genérica de um feedback à equipa de enfermagem da pertinência do tema e da criação do kit (APÊNDICE IV e VI) como forma de elucidar os enfermeiros quais as intervenções de enfermagem a realizar de modo a diminuir a dor e/ou desconforto associado a um procedimento doloroso como a vacinação.

A dor associada à vacinação é uma preocupação comum quer para os profissionais de saúde quer para os utentes (Grupo de Dor Pediátrica da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) (2021).

O Programa Nacional de Vacinação (PNV) de 2020 compreende 17 inoculações para crianças até aos 10 anos de idade, sendo que a maioria ocorre no primeiro ano de vida (Grupo de Dor Pediátrica da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) (2021).

A dor associada a vacinação é uma **dor iatrogénica** (dor provocada pelos profissionais de saúde associada aos cuidados e tratamentos) (Catarina & Infante, 2011). A dor deve ser sempre valorizada, pois quando esta é desvalorizada, afeta a criança e família o que pode levar a uma ansiedade no procedimento doloroso futuro, medo de agulhas e evitar a procura de cuidados de saúde no futuro (Grupo de Dor Pediátrica da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) (2021) (Lee, et al., 2021).

A dor na criança é uma situação complexa, pois varia de acordo com vários aspetos na criança, tais como o seu estágio de desenvolvimento, a influência da família, a sua cultura e as suas experiências anteriores (Grupo de Dor Pediátrica da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) (2021).

O procedimento da vacinação é um procedimento invasivo, doloroso, assustador e angustiante (Harder et al., 2014).

Para diminuir a dor associada a este procedimento doloroso (vacinação), podem ser realizadas várias técnicas (Kholi et al., 2019). Estas variam consoante as diferentes idades das crianças.

De forma a diminuir a dor associada ao procedimento da vacinação e, como na UCSP não havia a presença de nenhum material como estratégia para a diminuição do medo e da ansiedade quer das crianças, quer das suas famílias relacionadas com procedimentos associados aos cuidados de saúde, foi criado o kit sem dói-dói com base no Guia Orientador de Boas Práticas para o controlo da dor na criança. Este, é constituído por uma variedade de materiais didáticos consoante as idades. Neste sentido, o aprofundamento e o desenvolvimento de competências do ESSIP levou a que se providenciasse material para que a criança e/ou jovem fizesse a sua própria gestão de dor (Regulamento nº 422/2018, 12 de Julho de 2018)¹⁰.

¹⁰ **Competência do EESIP:** E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas

O material presente neste kit permite o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais, sensoriais que ajudam no controlo da dor associada a procedimentos dolorosos através do ato da distração/brincar. Este kit foi colocado na sala de vacinação e posto em prática no dia da vacinação, tendo tido um resultado muito positivo.

A distração tem como objetivo desviar a atenção do estímulo doloroso através de intervenções que capturem a atenção da sua criança e família (Guia Orientador de Boa Prática, 2013). Esta pode ser realizada através de materiais como brinquedos, realidade virtual, música, livros, bolas de sabão, entre outros (Fisher et al., 2018) (Trottier et al., 2019) (Katende & Mugabi, 2015) (Lee, et al., 2021) (Gold & Mahrer, 2017) (Grupo de Dor Pediátrica da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) (2021). Nos jovens e adolescentes, os

enfermeiros também podem realizar a explicação prévia, hipnose (Trottier et al., 2019), relaxamento (Burton et al., 2018), reforço positivo e musicoterapia (Trottier et al., 2019) que diminuem a dor e o desconforto associado aos procedimentos dolorosos.

De acordo com a Teoria do Conforto, os enfermeiros ao realizar intervenções de enfermagem como acima descrito, estes respondem às necessidades psico-espirituais como forma de alívio do desconforto neste contexto. Estas intervenções são um grande desafio para os enfermeiros, pois são as que podem levar mais tempo, o qual a maioria dos enfermeiros não têm ou são “cronometradas” (Kolcaba & DiMarco, 2005).

O enfermeiro deve estar ciente que este tipo de intervenções depende da criança, o seu estágio de desenvolvimento, as suas crenças, cultura e experiências anteriores. Assim, é importante o enfermeiro investigar a história prévia da criança e sua família na realização de um procedimento doloroso, estando ciente que é importante que esta experiência corra de forma positiva, para que no futuro a mesma não tenha aversão. Neste sentido, o enfermeiro deve comunicar com a criança e sua família, através de estratégias adequadas ao seu estágio de desenvolvimento. Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento de uma competência de EE (Regulamento nº140/2019, 6 de Fevereiro de 2019)¹¹ e ESSIP (Regulamento nº 422/2018, 12 de Julho de 2018)¹² na promoção do conforto em crianças e suas famílias em procedimentos dolorosos, como a vacinação.

¹¹ **Competência do EE:** B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo

¹² **Competência do EESIP:** E1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem

Em contexto de estágio, senti necessidade em realizar uma reflexão sobre um acontecimento ocorrido, onde foram explorados sentimentos, emoções e

dificuldades sentidas durante um procedimento doloroso, neste caso, a vacinação, que nas unidades de saúde é um procedimento muito comum e os enfermeiros não têm o tempo que gostariam para cada procedimento, dando prioridade à criança e sua família para que esta lide com a dor. Foi também abordado como a utilização do kit ajudou a criança e sua família durante o mesmo procedimento de forma a que no futuro não haja medo e aversão aos cuidados. Em conclusão, esta reflexão permitiu-me aprofundar e desenvolver competências do EE (Regulamento nº140/2019, 6 de Fevereiro de 2019)¹³ e ESSIP (Regulamento nº 422/2018, 12 de Julho de 2018)¹⁴ em que o enfermeiro deve identificar fatores que podem influenciar a criança e sua família no procedimento, assim como, a comunicação com a mesma respeitando o seu tempo, estágio de desenvolvimento, crenças e cultura.

¹³ **Competência do EE:** D1 – Desenvolve o conhecimento e a assertividade

¹⁴ **Competência do EESIP:** E3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

3.2. UNIDADE DE NEONATOLOGIA

O segundo contexto de estágio aconteceu numa unidade de neonatologia inserida num hospital da área de Lisboa, integrando uma equipa multidisciplinar. A unidade possui várias vagas, sendo destinadas umas a unidade de cuidados intermédios e outras a unidade de cuidados intensivos.

Os cuidados são assegurados aos recém-nascidos desde o nascimento até ao dia da alta da maternidade. A equipa dá respostas às mais variadas necessidades dos recém-nascidos, tais como: apoio no parto, acompanhamento de recém-nascidos que necessitam de cuidados especiais devido a doença ou parto prematuro.

No decorrer da primeira semana, foi importante identificar e realizar um diagnóstico de situação que permitisse orientar as intervenções e atividades a desenvolver. Através de uma entrevista não estruturada com a Enfermeira orientadora e a observação participante no serviço, foi considerado importante desenvolver conteúdos na área do conforto. Seguidamente, foi realizado um diagnóstico de situação com o objetivo de promover o conforto na unidade de cuidados intensivos.

Foram definidos dois objetivos gerais, o primeiro objetivo geral foi definido: **desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica nos diferentes contextos de saúde.**

Após o diagnóstico de situação e a definição do objetivo geral foi definido um objetivo específico:

- *Promover a vinculação de forma sistemática particularmente no recém-nascido doente ou com necessidades especiais*

Nas atividades desenvolvidas, foi essencial promover a parentalidade através da realização de ensinamentos. Como forma de preparação dos pais/cuidadores para a alta, foram realizados ensinamentos sobre as várias vertentes relacionadas com o recém-nascido, de modo a estes sentirem confiança para ir para o domicílio.

De forma a aprofundar os conhecimentos sobre promoção da saúde e promoção da relação entre familiares e/ou cuidadores com o seu recém-nascido numa unidade de cuidados intensivos, foi importante a realização destes ensinamentos como forma de desenvolver competências de EE (Regulamento nº140/2019, 6 de Fevereiro de 2019)^{15,16,17} e ESSIP (Regulamento nº 422/2018, 12 de Julho de 2018)¹⁸. A unidade de cuidados intensivos é uma unidade stressante, por este motivo, a equipa de enfermagem tem um papel importante e fundamental no apoio às famílias. Os enfermeiros devem priorizar o cuidado humanizado, não só ao recém-nascido, mas, também à família, atendendo às suas necessidades individuais como forma de estes não se sentirem abandonados (Dornasbach et al., 2014).

-
15. **Competência do EE:** A2.1 – Promove a proteção dos direitos humanos
 16. **Competência do EE:** B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo
 17. **Competência do EE:** D2.3 – Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho
 18. **Competência do EESIP:** E1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem

No intuito de aprofundar conhecimentos sobre uma situação potencial de risco de vida, foi realizada uma reflexão crítica sobre sentimentos, emoções e dificuldades sentidas durante uma situação de risco de vida de um recém-nascido internado na neonatologia. Esta reflexão permitiu-me desenvolver competências do EE (Regulamento nº140/2019, 6 de Fevereiro de 2019)^{19,20} e ESSIP (Regulamento nº 422/2018, 12 de Julho de 2018)²¹ através do desenvolvimento de competências e gestão dos meus sentimentos e emoções.

-
19. **Competência do EE:** A2.1 – Promove a proteção dos direitos humanos
 20. **Competência do EE:** D1 – Desenvolve o conhecimento e a assertividade
 21. **Competência do EESIP:** E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados

O segundo objetivo geral foi definido: **desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica na promoção do conforto do recém-nascido e família.**

Após o diagnóstico de situação e a definição do objetivo geral foi definido um objetivo específico:

- *Promover o conforto no recém-nascido e família na unidade de cuidados intensivos com vista do bem-estar do recém-nascido e família.*

Para dar resposta a este objetivo foram realizadas duas atividades, a primeira foi a realização de uma sessão formativa individual para cada família/acompanhante presente na UCIN sobre medidas de conforto a adotar na unidade e quais poderá levar para o domicílio (APÊNDICE IX).

A hospitalização da criança nesta unidade, é encarada como uma situação de crise para a família e sua criança pois é um ambiente de stress (Soares et al., 2019).

Durante a hospitalização, os recém-nascido/crianças são submetidos a diversos procedimentos que podem levar a dor e/ou desconforto (Soares et al., 2019). A dor no recém-nascido mal gerida pode ser um fator negativo e levar a resultados negativos a nível do desenvolvimento, a nível comportamental e fisiológico a curto e a longo prazo, e também pode ter impacto no bem-estar dos pais (Hills et al., 2020).

Na UCIN (unidade de cuidados intensivos neonatais) são várias intervenções que podem causar dor aguda, tais como: punções venosas, suporte ventilatório, sondas e ações relacionadas com os cuidados (exemplo: mudança de fraldas, luz, ruído, remoção de dispositivos, entre outros). Existem intervenções não farmacológicas para o alívio da dor associada a procedimentos causadores de dor e/ou desconforto tais como: sucção não nutritiva (sacarose), musicoterapia, posição de canguru, toque afetivo/contenção manual, posicionamento (**swaddling**ⁱ), aleitamento materno, conversar suavemente para o bebé criando empatia e incentivando os pais a permanecerem na unidade com os seus filhos

de forma a criarem um vínculo com os mesmos (Mufato & Gaíva, 2021) (Morais et al., 2016).

- | |
|---|
| <p>i) Swaddling: prática de envolver o bebê de modo a enfaixar o mesmo de forma a que a cabeça e o pescoço fiquem descoberto, enquanto o restante corpo fica calmo e tranquilo proporcionado o conforto.</p> |
|---|

Nesta sessão ainda foi possível exemplificar como os pais/cuidadores poderiam realizar o *swaddling*, onde foi demonstrado com um boneco e um pano de *swaddle*.

Foram realizados ensinamentos sobre a lavagem nasal, uma vez que estávamos a entrar na época em que os vírus estão mais ativos, e quando o bebê/recém-nascido se encontra desconfortável a nível respiratório, este não consegue alimentar-se corretamente. Neste sentido, foi realizada uma demonstração da lavagem nasal com um boneco e o material necessário para o efeito onde o desenvolvimento de competências do EE (Regulamento nº140/2019, 6 de Fevereiro de 2019)^{22,23,24} e ESSIP (Regulamento nº 422/2018, 12 de Julho de 2018)^{26,27} encontra-se baseada na prática da evidência visando a promoção do vínculo entre pais/cuidadores e o recém-nascido.

Como forma de avaliação desta sessão, foi elaborado um inquérito aos pais e/ou cuidadores no final da sessão, através de um *QR Code* disponível para responderem e avaliarem a sessão com o objetivo de verificar se a sessão realizada foi pertinente e como poderia num futuro melhorar alguns aspetos (APÊNDICE X). Esta sessão, permitiu o desenvolvimento de uma competência do EE (Regulamento nº140/2019, 6 de Fevereiro de 2019)²⁵ no sentido de avaliar a sessão ocorrida.

-
22. **Competência do EE:** B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo
 23. **Competência do EE:** D1 – Desenvolve o conhecimento e a assertividade
 24. **Competência do EE:** D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica
 25. **Competência do EE:** B2.1 – Avalia a qualidade das práticas clínicas.
 26. **Competência do EESIP:** E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas
 27. **Competência do EESIP:** E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais

A segunda atividade foi a integração como elemento dinamizador na equipa, formando uma parceria com o objetivo de promoção do conforto num marco de festividade (*halloween*) como forma de humanização do espaço UCIN (unidade de cuidados intensivos neonatais). Foram realizados vários ornamentos de decoração para este dia (APÊNDICE XII).

O internamento de uma criança numa unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) é um processo traumático uma vez que o espaço é relacionado à dor e ao sofrimento (Soares et al., 2019).

Quando falamos do ambiente, este “é qualquer aspeto do doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pelos enfermeiros para melhorar o conforto” (Soares et al., 2019, p.4). O ambiente caracteriza-se por vários exemplos na UCIN, como por exemplo a iluminação, ruídos, temperatura, mobília, cores entre outros. Neste sentido, o enfermeiro pode ter em atenção estes aspetos como forma de melhorar o ambiente no sentido de humanizar o espaço de forma a promover um ambiente de bem-estar da criança e família, minimizando os efeitos negativos associados a UCIN (Soares et al., 2019). Neste sentido, foi desenvolvido competências de EE (Regulamento nº140/2019, 6 de Fevereiro de 2019)^{28,29} visando um ambiente de promoção do bem-estar e do cuidado humanizado, baseando a prática na evidência. Assim, e de acordo com a Teoria do conforto da Kolcaba, os enfermeiros podem aliviar o desconforto

associado ao internamento na UCIN ao responder às necessidades relacionadas com o contexto ambiental.

- 28. **Competência do EE:** B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo
- 29. **Competência do EE:** D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

3.3. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O terceiro contexto de estágio decorreu no serviço de urgência pediátrica (SUP) num hospital da área de Lisboa. A urgência pediátrica está incluída no departamento da Criança e Jovem, tendo sido inaugurada em 1996, com a sua filosofia em cuidados centrados na família, reconhecendo que além dos pais serem os melhores cuidadores da criança, estes também são afetados com a doença do seu filho/a sendo necessário realizar intervenções quer para a criança, quer para a família.

O SUP acolhe crianças desde os 0-18 anos de idade inclusive, e quando falamos da doença crónica pode incluir até aos 21 anos de idade. Admite crianças a partir do domicílio e provenientes de outras unidades de saúde (tais como centros de saúde, hospital de dia e outros hospitais). A unidade de saúde é composta por uma equipa multidisciplinar.

Devido à pandemia, o SUP foi reconfigurado e mesmo após o término da pandemia, mantém-se duas alas pediátricas, em que dividem crianças com patologia principalmente do foro respiratório numa das alas, e na outra crianças que reúnem critérios de forma a não haver junção entre elas.

Foi na primeira semana de estágio e após reunião informal com o Enfermeiro orientador, a observação participante no serviço e consulta da documentação presente e por existência da pandemia, houve necessidade de mobilização de recursos humanos de forma a que já tinha realizado turnos na unidade e conhecido algumas rotinas do mesmo. Concluimos que a introdução de novos elementos na equipa e por ser um tema que não é abordado no serviço de urgência, iríamos trabalhar a área da vacinação através da educação e atualização de conhecimentos.

Foi definido como objetivo geral: **desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica na procura da promoção da saúde.**

Após o diagnóstico de situação e a definição do objetivo geral foi definido um objetivo específico:

- *Promover o conhecimento e atualização das famílias e profissionais de saúde sobre o Programa Nacional de Vacinação.*

A primeira atividade realizada foi uma sessão formativa dirigida à equipa de enfermagem. A sessão consistiu na atualização do Programa Nacional de Vacinação que se encontra em vigor. O PNV é um “programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal.” (Programa Nacional de Vacinação, 2020) Este tem como “objetivo proteger os indivíduos e a população em geral contra as doenças com maior potencial para constituírem ameaças à sua saúde pública e individual e para as quais a proteção vacinal é eficaz.”

Na sessão, como foco foi importante salientar das vacinas pertencentes ao programa, quais eram as que eram mais frequentes os pais levarem as suas crianças ao serviço de urgência pediátrica pelos seus efeitos secundários, sendo possível o desenvolvimento de competências de EE (Regulamento nº140/2019, 6 de Fevereiro de 2019)^{30,31}.

^{30.} **Competência do EE:** D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

^{31.} **Competência do EE:** D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Foram também apresentadas quais são as vacinas extra plano do PNV, como forma de conhecimento, mas que em crianças com doença crónica são comuns serem realizadas. Neste sentido, estas vacinas não sendo obrigatórias, a título de curiosidade, foram identificados alguns países da Europa, em que as mesmas fazem parte do seu programa.

Como forma de avaliação desta sessão, foi elaborado uma recolha genérica de feedback aos formandos no final da sessão formativa dirigido aos profissionais de saúde, através de um QR Code disponível para responderem e

avaliarem a sessão (APÊNDICE XIII), desenvolvendo as competências de EE (Regulamento nº140/2019, 6 de Fevereiro de 2019)^{30,31}.

A segunda atividade realizada foi a elaboração de um folheto informativo com um *QR Code* para afixar nas salas de espera das duas alas pediátricas. Com o avanço da tecnologia, a maioria das famílias tem um telemóvel com câmara, pelo que foi pensado na melhor estratégia, de chegar mais eficazmente aos indivíduos, através de recurso a tecnologias, incluindo as crianças.

Com a pandemia COVID-19, muitas atividades, seja em centros de saúde ou nas unidades complementares de saúde foram interrompidas, no entanto, é fundamental não deixar de vacinar as crianças ou atrasar este programa, uma vez que o PNV protege contra doenças muito graves (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2020). Foi verificado no serviço de urgência, nomeadamente na triagem, a existência de algumas crianças, principalmente entre os 5-6 anos que apresentavam a vacinação em atraso. Neste sentido, foi pertinente a realização deste cartaz informativo como forma de lembrete para os acompanhantes e famílias, onde poderão consultar na hora ou no domicílio por ser um documento de fácil acesso (APÊNDICE XIV). Assim, quando os acompanhantes e famílias consultarem o documento, estão a confirmar se as vacinas dos seus filhos estão de acordo com o PNV.

Neste sentido, foi desenvolvido uma competência do ESSIP (Regulamento nº 422/2018, 12 de Julho de 2018)³² proporcionado conhecimento e aprendizagem das famílias e acompanhantes, como forma de adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

³². **Competência do EESIP:** E1.1 – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem

4. CONCLUSÃO

Com a realização do presente relatório, descrevi o meu percurso ao longos dos contextos de estágio de forma fundamentada, descrevendo cada local de estágio, realizando para cada contexto um ou mais objetivos gerais, definindo os seus objetivos específicos e as suas atividades como forma de atingi-los. Este percurso permitiu-me adquirir e desenvolver competências a nível do EE, EESIP e de mestre mostrando um crescimento e desenvolvimento a nível pessoal e profissional.

O EESIP intervém em torno do ciclo vital essencial, intervindo desde o nascimento até aos 18 anos, e quando doença crónica pode levar até aos 21 anos (transição para a vida adulta). O EESIP trabalha em parceria com a criança e sua família em vários contextos como promoção da saúde (Regulamento, n.º 422/2018).

Relativamente aos objetivos definidos (gerais e específicos) para os vários contextos de estágio, com vista à aquisição e ao desenvolvimento de competências do EE e do EESIP, foi suportado pela Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, tendo sido alcançados. No entanto, foram sentidas algumas limitações nos vários contextos de estágio, uma vez que já existe muito trabalho à volta da dor e nem sempre conseguimos realizar intervenções de enfermagem de forma eficaz, que ajudem as crianças e suas famílias na diminuição da dor/desconforto associado a procedimentos dolorosos. O facto de existirem limitações levou à oportunidade para uma aprendizagem e um desafio, tendo conseguido ultrapassá-los, fundamentada com base na evidência científica e na *scoping review* realizada, contribuindo para a promoção do conforto e uma prática especializada.

Ao trabalhar na área da pediatria, este percurso foi muito importante, pois consegui desenvolver competências ao nível da área de saúde infantil pediátrica e trazer para a prática competências que adquiri e desenvolvi como fator

importante e humanizar os cuidados de forma mais holística, envolvendo mais a criança e a sua família.

Este processo, em constante reflexão sobre a prestação de cuidados, fez-me crescer quer a nível pessoal, quer a nível profissional. Foi importante também ter tido a oportunidade de conhecer novos contextos de estágio, novos colegas e novas formas de intervir e verificar que a comunicação pode ser sempre melhorada e efetuada com novas abordagens.

Pode concluir-se que quando as famílias procuram as unidades de saúde, seja unidade hospitalares ou unidade de cuidados de saúde primários, é realizado pelo menos um procedimento doloroso. As crianças e suas famílias são expostas a sentimento negativos, como o medo e a angústia. As suas experiências anteriores quando são negativas podem levar a uma hesitação na procura das unidades de saúde no futuro (Bray et al., 2019).

Como foi visto anteriormente, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba é complexa, no entanto, pode ser aplicada nas várias vertentes, incluindo na saúde infantil e pediátrica, não passando apenas pelo alívio do conforto no imediato (dor) mas também nos outros alívios como a tranquilidade e transcendência nos diferentes contextos (físico, sociocultura, psico-espiritual e ambiental), obtendo o conforto no estado pleno.

Em jeito de consideração final, foi possível adquirir e desenvolver competências do EE, EESIP e de mestre, contribuindo assim para uma melhor profissional com crescimento nesta área. Contudo, considero que ainda há um caminho longo a percorrer, e procura constante do conhecimento para a melhoria contínua quer a nível profissional, quer a nível pessoal visando a otimização de cuidados de saúde centrados na criança/família.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira, J., Silva, M., Ferreira, R., & Dias, H. (2021). Revisão Sistemática da Literatura – *A Scoping Review*
- Anne, R. P., Deshabhotla, S., Ahmed, S. W., Ahmed, S. J., Reddy, N., Farooqui, D., & Oleti, T. P. (2020). A quality improvement initiative to improve management of procedural pain in preterm neonates. *Pediatric Anesthesia of Wiley*, 221-229.
- Bray, L., Appleton, V., & Sharpe, A. (2019). The information needs of children having clinical procedures in hospital: Will it hurt? Will I feel scared? What can I do to stay calm? *Child Care Health and Development* , 737-743.
- Burton, K. L., Morrow, A. M., Beswick, B. V., & Khut, G. P. (2018). The Feasibility of Using the BrightHearts Biofeedback-Assisted Relaxation Application for the Management of Pediatric Procedural Pain: A Pilot Study. *Pain Practice*, 979-987.
- Carnevale, F. A., & Gaudreault, J. (2013). The experience of critically ill children: a phenomenological study of discomfort and comfort. *Canadian Association of Critical care nurses*, 19-27.
- Catarina, A., & Infante, S. (2011). Dor iatrogénica e sua prevenção em oncologia. from <https://www.aeop.pt>
- Chrisler, A. J., Claridge, A. M., Staab, J., Daniels, S. R., Vaden, V., & McTaggart, D. (2021). Current evidence for the effectiveness of psychosocial interventions for children undergoing medical procedures. *Child Care Health of Wiley*, 782-793.
- Cozzi, G., Cognigni, M., Busatto, R., Grigoletto, V., Giangreco, M., Conte, M., & Barbi, E. (2022). Adolescents' pain and distress during peripheral intravenous cannulation in a pediatric emergency setting. *European Journal of Pediatrics*, 125-131.
- Curtis, S. J., Jou, H., Ali, S., Vandermeer, B., & Klassen, T. (2007). A randomized controlled trial os sucrose and/or pacifier as analgesia for infants receiving venipuncture in a pediatric emergency department. *BMC Pediatrics*.

- DECLARATION OF MONTREAL Declaration that Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right, (n.d.) https://www.aped-dor.org/images/documentos/a_aped/Declaracao_de_Montreal.pdf
- Decreto-Lei nº 28/2008. (2008). *Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde*. Diário da República, 1ª série (nº38, 22 de Fevereiro de 2008)
- Decreto-Lei nº 161/96. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro). 4 de Setembro.
- Direção Geral da Saúde (2013). Norma nº 10/2013, 31 de Maio de 2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs>
- Direção Geral da Saúde (2003). Norma n.º 09/DGCG, 14 de Junho de 2003. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.
- Dornasbach, J. de O., Freitas, H.M.B. de, Costenaro, R.G.S., Rangel, R.F., Zamberlan, C., & Ilha, S. (2014). Neonatal Intensive Care: Feeling of parents after Discharge of the child. *Journal of Nursing UFPE* (8).
- Ferreira, J.H.P, Amaral, J.J.F., Lopes, M.M.C.O. (2016). Nursing tam and promotion of humanized care in a neonatal unit. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 17(6): 741-9.
- Fisher, M., C.K., Z., & Houtrow, A. (2018). Factors affecting procedural pain in children during and immediately after intramuscular botulinum toxin injections for spasticity. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 193-197.
- Grupo de Dor Pediátrica da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) (2021). *Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor para o Controlo da dor na Vacinação Pediátrica: linhas orientadoras para a prática clínica*.
- Gold, J. I., & Mahrer, N. E. (2017). Is virtual reality ready for prime time in the medical space? A randomized control trial of pediatric virtual reality for acute procedural pain management. *Journal of Pediatrics Psychology*, 266-275.
- Harder, M., Christensson, K., & Soderback, M. (2014). Undergoing an immunization is effortless, manageable or difficult according to five-year-old children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 268-274.

- Heijden, M. J., Mevius, H., Heijde, N. V., Rosmalen, J. V., As, S. V., & Dijk, M. V. (2019). Children Listening to Music or Watching Cartoons During ER procedures: A RCT. *Journal of Pediatrics Psychology*, 1151-1162.
- Hills, E., Rosenberg, J., Banfield, N. & Harding, C. (2020). A multidisciplinary approach to the implementation of non-pharmacological strategies to manage infant pain. *Infant*, 16(2), pp. 78-81.
- Katende, G., & Mugabi, B. (2015). Comforting strategies and perceived barriers to pediatric pain management during IV line insertion procedure in Uganda's national referral hospital: A descriptive study. *BMC Pediatrics*.
- Kohli, M. L., Vali, R., Amirabadi, A., Frankfurter, C. A., Nateghi, A., Marie, E., & Shamma, A. (2019). Procedural pain reduction strategies in paediatric nuclear medicine. *Pediatric Radiology*, 1362-1367.
- Kolcaba, K. (s.d.). *The Comfort Line*. Obtido de The Comfort Line: <https://www.thecomfortline.com/>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York, Springer Pub.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. (2005). *Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing*. *Pediatric Nursing*, 187-194.
- Lam, J., Spence K. & Halliday R., (2007). Parents' perception of nursing support in the neonatal intensive care unit (NICU). *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*. 19-25
- Lee, H. N., Bae, W., Park, J. W., Jung, J. Y., Hwang, S., Kim, D. K., & Kwak, Y. H. (August de 2021). Virtual reality environment using a dome screen for procedural pain in young children during intravenous placement: a pilot randomized controlled trial.
- Melo, G. M., Lélis, A. L., Cardoso, M. V., Farias, L. M., & Balbino, A. C. (2014). Olhar Materno sobre a Dor no Filho Recém-Nascido. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 8-15.
- Morais, A.P.S, Façanha, S.M.A, Rabelo, A.N., Silva, A.V.S, Queiroz, M.V.O., Chaves, E.M.C. (2016). Non-pharmacological measures in the pain management in newborns: nursing care. *Rev Rene*; 17(3): 435-42
- Mufato, L.F., Gaíva, M.A.M. (2022). Nurses' empathy with newborns hospitalized in neonatal intensive care units. *Acta Paul Enferm*. 2022;35

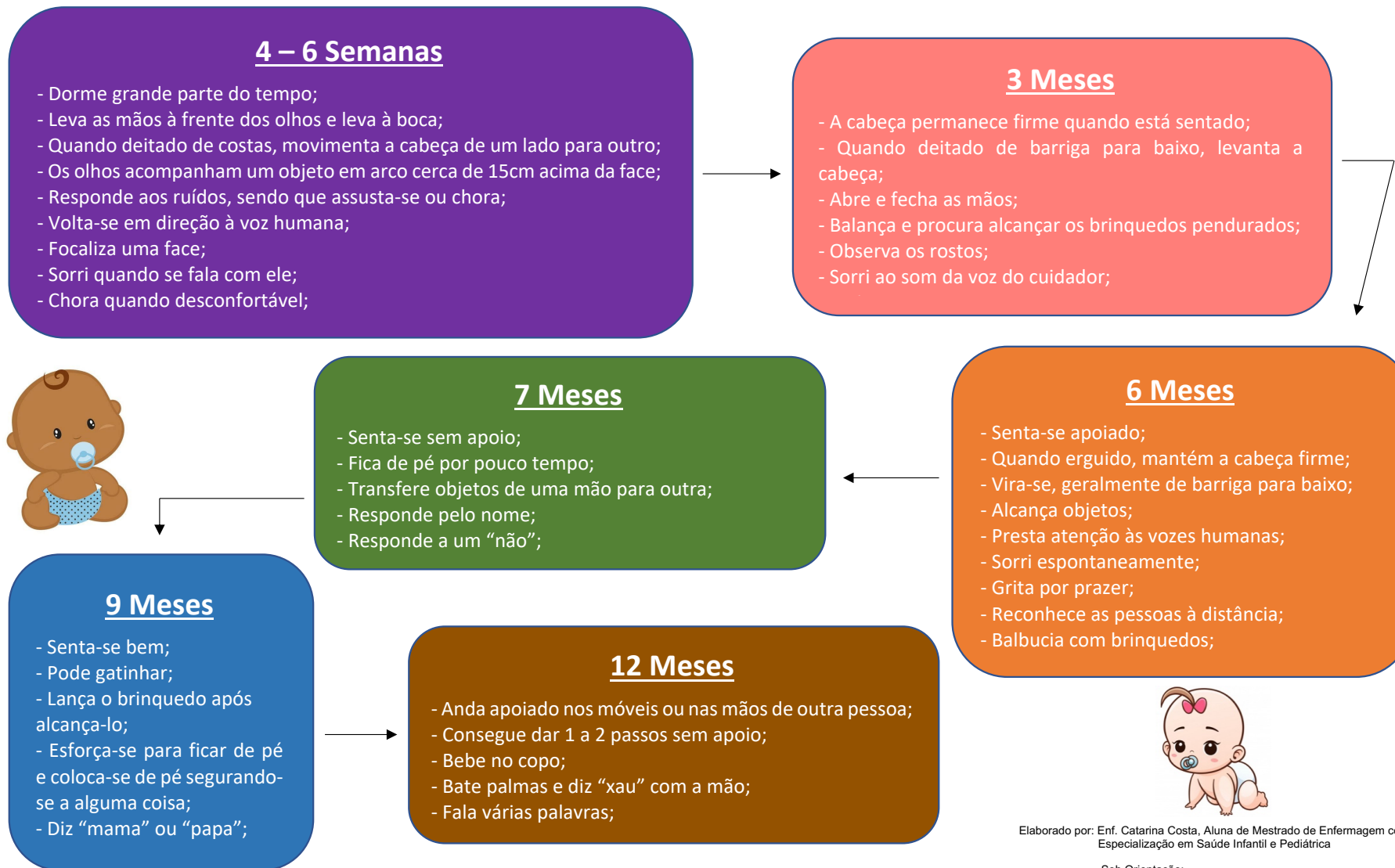
- Noel, M., McMurtry, C. M., Pavlova, M., & Taddio, A. (2018). Brief Clinical Report: A Systematic Review and Meta-analysis of Pain Memory-reframing Interventions for Children's Needle Procedures. *Pain Practice*, 123-129.
- Ordem dos Enfermeiros (2019) Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. 4744 - 4750. Acedido a 24 de Fevereiro de 2023
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & McGuiness, L. A. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372 (71).
- Paola, P., Peri, F., Montico, M., Funaro, M., Parrino, R., Vanadia, F., Barbi, E. C. (2018). Needle-related pain and distress management during needle-related procedures in children with and without intellectual disability. *European Journal of Pediatrics*, 1753-1760.
- Pediatric Nursing: Scope and Standards of Practice, 2nd Ed. (n.d.). ANA. <https://www.nursingworld.org/nurses-books/pediatric-nursing-scope-and-standards-of-practice-2nd-ed/>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série (nº26, 6 de Fevereiro de 2019).
- Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da República, 2ª série (nº 133, 12 de Julho de 2018)
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Percursos Publicação da área disciplinar de enfermagem - Metodologia do Projeto. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

- Shave, K., Ali, S., Scott, S. D., & Hartling, L. (2018). Procedural pain in children: a qualitative study of caregiver experiences and information needs.
- Shukla, V. V., Bansal, S., Nimbalkar, A., Chapla, A., Phatak, A., Patel, D., & Nimbalkar, S. (2018). Pain Control Interventions in Preterm Neonates: A Randomized Controlled Trial. *Indian Pediatrics*, 292-296.
- SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria. Disponível em <https://www.spp.pt/conteudos>
- Soares, P.R., Silva, C.R.L., Louro, T.Q. (2019). Conforto da criança na terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Souza, R.S., Ferrari, R.A.P., Santos, T.F.M & Tacla M. T. G. M. (2013) Atenção à Saúde da Criança: Prática de Enfermeiros da Saúde da Família. *Revista Mineira de Enfermagem*, vol. 17, no. 2, pp. 331-348
- Taddio, A., Shah, V., Bucci, L., MacDonald, N. E., Wong, H., & Stephens, D. (2018). Effectiveness of a hospital-based postnatal parent education intervention about pain management during infant vaccination: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 1245-1252.
- Tomey, A. & Alligood (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra*. 5th ed., Lusociencia.
- Trottier, E. D., Doré-Bergeron, M. J., Chauvin-Kimoff, L., Baerg, K., & Ali, S. (2019). Managing pain and distress in children undergoing brief diagnostic and therapeutic procedures. *Paediatrics & Child Health (Canadian Paediatric Society)*, 509-521.
- UNICEF, *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*, (2019). https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I – Documento informativo sobre marcos do desenvolvimento Infantil

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO (0 – 12 Meses)



Elaborado por: Enf. Catarina Costa, Aluna de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

Sob Orientação:
Setembro 2022

APÊNDICE II – Documento informativo sobre sinais de alerta no desenvolvimento infantil



SINAIS DE ALARME (1 – 12 Meses)

1 Mês

- Não segue a face humana;
- Não vira os olhos e a cabeça para a voz humana;
- Não se mantém em situação de alerta nem por breves períodos;
- Ausência de tentativa de controlo da cabeça;
- Apresenta hipertonidade na posição de pé;



3 Meses

- Não fixa e não segue objetos;
- Não sorri;
- Não tem qualquer controlo da cabeça;
- Tem as mãos sempre fechadas;
- Tem os membros rígidos em repouso;
- Apresenta sobressalto ao menor ruído;
- Chora e grita quando tocado;
- Pobreza nos movimentos;



6 Meses

- Ausência de controlo da cabeça;
- Não olha nem pega em objetos;
- Não reage a sons;
- Não vocaliza;
- Desinteresse pelo ambiente;
- Apresenta irritabilidade;
- Apresenta assimetrias;
- Tem estrabismo constante;
- Membros rígidos inferiores e coloca-se logo em pé quando se tenta sentar;



9 Meses

- Não se senta;
- Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição;
- Apresenta assimetrias;
- Não leva objetos à boca;
- Não reage a sons;
- Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização;
- Sem relação com familiares;
- Engasga-se com facilidade;
- Tem estrabismo;



12 Meses

- Não aguenta o peso nas pernas;
- Permanece imóvel, não procura mudar de posição;
- Apresenta assimetrias;
- Não pega em brinquedos ou fá-lo só com uma mão;
- Não responde à voz;
- Não brinca nem estabelece contacto;
- Não mastiga;



Referências Bibliográficas:

Saúde, D. G. (2013). *Norma da Direção Geral da Saúde (Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil)*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Elaborado por: Enf. Catarina Costa, Aluna de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

APÊNDICE III – Questionário aos profissionais sobre a pertinência do tema



QUESTIONÁRIO PARA PERTINÊNCIA DE CRIAÇÃO DE UM KIT SEM DÓI-DÓI

“A dor nas crianças apresenta algumas características específicas que devem ser levadas em conta, em termos da sua compreensão, avaliação e tratamento. As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor(...) estas têm sido consideradas importantes nas situações potencialmente dolorosas.” (*Enfermeiros, 2013*)

Este questionário é anónimo, é um instrumento de avaliação para a elaboração e criação de um “kit sem dói-dói” e qual a sua pertinência na unidade de saúde.

Solicita-se a vossa colaboração para o preenchimento do seguinte questionário. No caso das questões de resposta fechada coloque um “X” na resposta que seleciona, se tiver sugestões irá ser disponibilizado um espaço em branco em último no documento.

- 1. Na sua prática diária, neste caso específico sobre a dor relacionado com a vacinação, recorre a estratégias não farmacológicas para ao alívio da dor aguda?**

Nunca

Quase sempre

Sempre

- 2. Das seguintes intervenções, assinale a(s) intervenção(ões) não farmacológicas que conhece para o alívio da dor.**

- Explicação prévia do acontecimento
- Imaginação guiada (ex. através de histórias e atividades que a criança gosta)
- Técnicas de distração (ex. material didático e lúdico)
- Técnicas de relaxamento (ex. técnicas de respiração)
- Reforço positivo (ex. oferecer autocolante após procedimento)
- Recurso a sacarose

- 3. Acha pertinente na unidade de saúde existir um “kit sem dói-dói” na sala de vacinação com material didático e lúdico consoante as idades de forma a aliviar o stress causado pela dor no procedimento da vacinação?**

Nada pertinente

Pouco pertinente

Muito pertinente

- 4. Sugestões**

APÊNDICE IV – Enquadramento da Elaboração do Kit Sem Dói-Dói



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Católica Portuguesa

Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

**UCSP (UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE
PERSONALIZADOS)**

Kit Sem Dói-Dói

Por Catarina Costa nº 192021033

Sob Orientação: Senhora Enfermeira

Sob orientação da Senhora Professora Enfermeira Margarida Lourenço

Lisboa

Setembro, 2022

ENQUADRAMENTO

“ A dor nas crianças apresentam características específicas que devem ser levadas em conta em termos da sua compreensão, avaliação e tratamento.”
(*Enfemeiros, 2013*)

Nós sabemos que a dor experimentada pela população infantil pode ser interpretada desencadeando reações fisiológicas, emocionais e motoras quer desde o nascimento ou mesmo desde o período inicial do seu desenvolvimento.

As intervenções não farmacológicas têm um papel muito importante na gestão da dor na criança tendo um papel fundamental como recurso de alívio da dor. A sua utilização tem uma importância pois muitas delas modificam o significado da dor.

Existem várias intervenções não farmacológicas para o controlo da dor na criança sendo que as suas escolhas dependem dos recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências e habilidades, do seu desenvolvimento, estratégias de coping, do tipo de dor e o tipo de procedimento associado aquela dor.

Quando as crianças sentem o desconforto/dor a sua minimização deve ser valorizado. A presença dos pais é um elemento importante na planificação de intervenções individualizadas. Quando a criança se encontra sobre o processo de dor a sua gestão é minimizada aquando a presença dos pais, a sua figura de referência se encontra junto delas. Se falarmos com os pais, a maioria deles prefere encontrar-se junto delas, no entanto, muitas vezes eles também

ficam ansiosos e perturbados o que também pode dificultar a gestão da dor da criança.

Os enfermeiros normalmente apresentam um conjunto de estratégias destinadas a tranquilizar a criança e sua família na realização de procedimentos dolorosos. Este domínio de estratégias requer formação e treino que os enfermeiros devem estar constantemente a desenvolver.

Por estas razões, em 2008 a Ordem dos Enfermeiros publicou o Guia Orientador de Boa Prática: dor. Especificamente para a área pediátrica, a Direcção-Geral da Saúde emitiu, em 14 de dezembro de 2010, orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças dos 0 aos 18 anos.

Por esta necessidade, e após observação no local de estágio durante a primeira semana verifiquei que não existia um kit e material para a minimização da dor da criança nos procedimentos dolorosos, nomeadamente no procedimento de vacinação, sendo que por este motivo planeei a elaboração de um kit com material para as salas de vacinação na unidade de saúde.

O Kit sem dói-dói é constituído por uma variedade de materiais didáticos e lúdicos. Estes destinam-se à aprendizagem de estratégias para diminuir o medo, a ansiedade da criança/adolescente e pais, e de forma a diminuir a perceção de dor nos procedimentos dolorosos. A utilização dos materiais do *kit* permite o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais que favorecem o controlo da dor associado a procedimentos, neste caso relativo ao procedimento da vacinação.

Idades	Brinquedo terapêutico e lúdico Material didático e terapêutico
0-12 meses	<p>Brinquedos macios, com cores vivas, que produzem sons: roca, telemóvel e caixinha de música;</p> <p>Panos macios;</p> <p>Bola com espelho e som, bola macia;</p> <p>Livros com música e texturas em relevo;</p> <p>CD's de música para bebés;</p> <p>Máscara, barrete, frasco/sistemas de soro e penso.</p>
1-3 anos	<p>Boneco para servir de modelo. Material didático como compressas, pensos, adesivo, ligaduras.</p> <p>Livros de histórias que podem estar relacionados com a saúde;</p> <p>Livros coloridos com histórias, canções e rimas;</p> <p>Instrumentos musicais, como tambor, pandeireta, piano e xilofone;</p> <p>Jogos de encaixe;</p> <p>Fantoches de dedo;</p> <p>Material como lápis e papel para desenhos;</p> <p>Apitos como “língua da sogra”;</p> <p>Bolas de sabão;</p>

	CD's de música para crianças;
--	-------------------------------

Idades	Brinquedo terapêutico e lúdico Material didático e terapêutico
4-6 anos	Boneco para servir de modelo. Material didático como compressas, pensos, adesivo, ligaduras, seringas; Jogos, como puzzle; Fantoches; Livros coloridos com histórias, canções e rimas; Material como lápis e papel para desenhos; Bolas coloridas; Bloco de diplomas ou medalhas de com comportamento (autocolantes); CD's de música com histórias infantis; Apitos como "língua da sogra"; "Cobra d' água";
7-11 anos	Livro "O Corpo Humano" Material didático como compressas, pensos, adesivo, ligaduras, seringas; Livros temáticos: ciência, anedotas e adivinhas; Jogos de puzzle, "quebra-cabeças", encaixar bolas em buracos, enigmas, sudoku; CD's de música e vídeos; Bolas anti-stress; "Cobra d'agua"
12-18 anos	Livro "O Corpo Humano" Material didático como compressas, pensos, adesivo, ligaduras, seringas; Livros temáticos: ciência, anedotas e adivinhas;

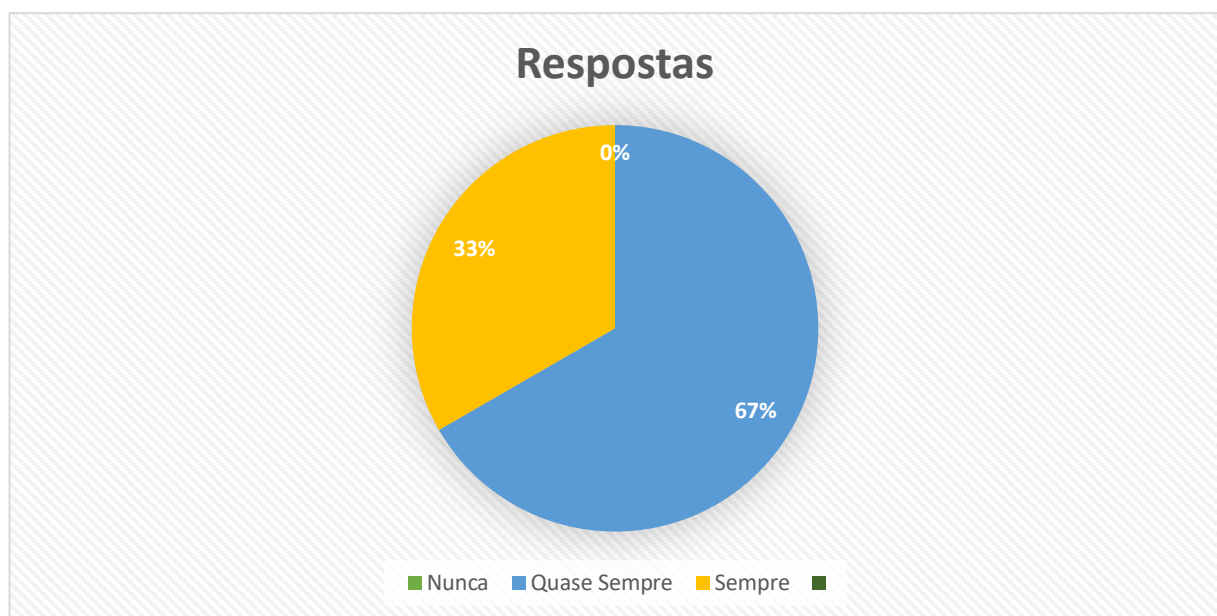
	Jogos de puzzle, “quebra-cabeças”, encaixar bolas em buracos, enigmas, sudoku; CD’s de música e vídeos; Bolas anti-stress;
--	---

APÊNDICE V – Resultado do questionário realizado aos profissionais de saúde sobre a pertinência do tema

Resultados Obtidos sobre o questionário realizado aos profissionais de saúde

Os dados obtidos foram analisados e foram compostos em gráficos, como demonstra seguidamente.

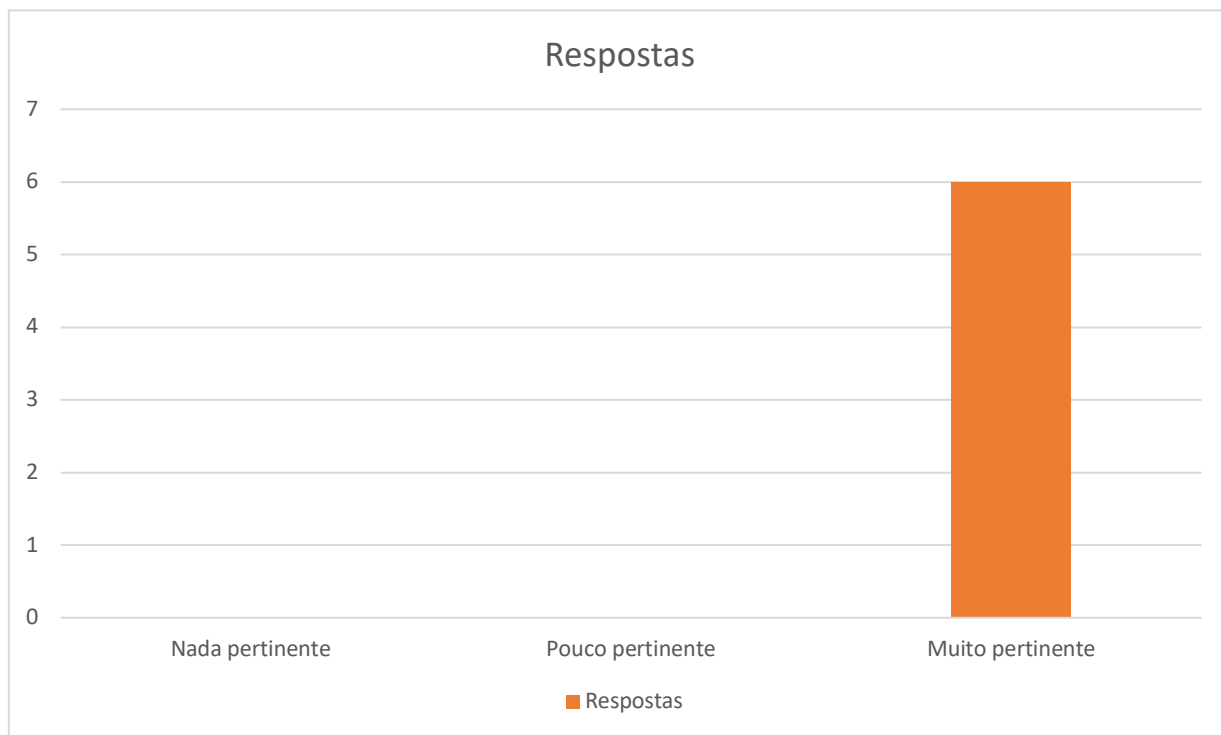
Pergunta 1: Na sua prática diária, neste caso específico sobre a dor relacionado com a vacinação, recorre a estratégias não farmacológicas para ao alívio da dor aguda?



Pergunta 2: Das seguintes intervenções, assinale a(s) intervenção(ões) não farmacológicas que conhece para o alívio da dor.



Pergunta 3: Acha pertinente na unidade de saúde existir um “kit sem dói-dói” na sala de vacinação com material didático e lúdico consoante as idades de forma a aliviar o stress causado pela dor no procedimento da vacinação?

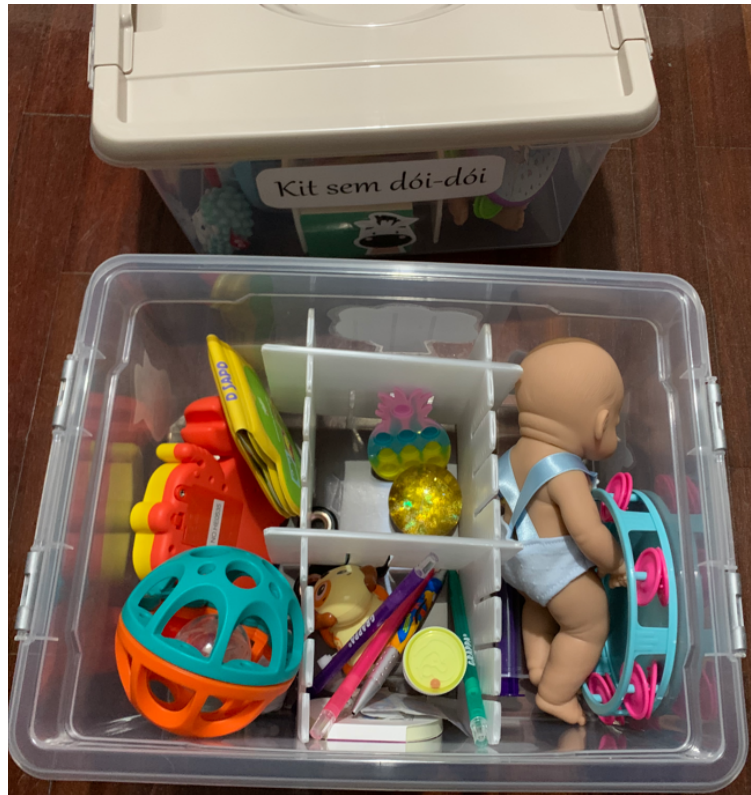


APÊNDICE VI – Execução da criação do Kit Sem Dói-Dói colocado nas salas de vacinação

EXECUÇÃO

Este kit foi pensado para que os enfermeiros na unidade de saúde pudessem realizar o procedimento de vacinação com a gestão da criança, através de estratégias nomeadamente a distração com material lúdico e didático como medida para a diminuição da dor associada ao procedimento. Tendo em conta o espaço e o tempo do procedimento ser reduzido, foi pensado uma caixa com os vários materiais de forma a ser de fácil e rápido acesso.





APÊNDICE VII – Realização da atualização do folheto informativo sobre a
alimentação no 1º ano de vida

FRUTA

- 1 semana mais tarde após introdução do creme de legumes (quando for dar a fruta não adicionar alimentos novos na sopa);

- A introdução da fruta deverá ser feita como sobremesa após o creme de legumes;

- Não deve exceder 1 peça de fruta por dia e a partir dos 6 meses não deve exceder 2 peças de fruta por dia dando preferência à fruta da época;



Maçã

Pêra

Banana

Inicialmente a fruta deve ser oferecida moída e preferencialmente crua para não perder as suas vitaminas que também são importantes, à sua esquerda estão exemplos de fruta que poderão ser das primeiras a ser dadas

PAPA

- Se optar por dar papa ao seu filho poderá introduzir 1 semana após introdução de novos alimentos e substitui outra refeição de leite;

- Será a chamada papa de cereais sem açúcar e/ou sal (preparada com o leite – quer seja artificial ou materno – chamada papa não láctea) e (preparado com água – papa láctea);

- Dada por colher, **NUNCA** no biberão;

PROTEÍNA ANIMAL

- A proteína animal deve ser introduzida ao 6º mês, 30g/dia de carne ou peixe, peso para o alimento cru e livre de gordura (4 vezes por semana – carne e 3x semana – peixe);

- Inicia-se a introdução de carnes com carnes brancas (perú, frango e avestruz) ou de coelho. Pelos 12 meses pode introduzir as carnes vermelhas e enchidos;

- A carne e o peixe são adicionados inicialmente ao creme de legumes e a partir dos 7 meses adicionar ao arroz e massa.

ASPETOS IMPORTANTES:

- Não devem ser oferecidos alimentos processados (ex. bolachas) nem com adição de açúcar (ex. sumos, sobremesas, bolos, doces);

- Proibido dar sal e açúcar até aos 12 Meses;

- **NÃO** introduzir dois ou mais alimentos novos na mesma semana!

- Quando for dar alimentos sólidos ao seu filho, poderá iniciar a introdução de água entre as refeições;

- O iogurte poderá ser introduzido entre os 8-9 Meses e deve ser natural, sem aromas e sem natas substituindo uma refeição láctea;

- O ovo deve ser introduzido aos 9 Meses gradualmente, substituindo a carne ou peixe;

- Aos 12 Meses a criança irá iniciar a refeição dos pais, contudo, ter em atenção as quantidades. O seu filho deve fazer 3 refeições principais e 2/3 lanches;

Referências Bibliográficas: Programa Nacional da Alimentação Saudável obtido de www.alimentacaosaudavel.dgs.pt

Elaborado por: Enf. Catarina Costa, Aluna de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica



Diversificação Alimentar

(1º Ano de vida)



Várias comissões de nutrição e a OMS (Organização Mundial de Saúde) referem que o lactente pode ser amamentado exclusivamente até aos 6 meses de idade e após esta idade manter-se a par com o início da diversificação alimentar até aos 12-24 meses

- Após os 6 Meses de idade, uma alimentação exclusivamente láctea não é suficiente para a criança em desenvolvimento, sendo necessário a introdução de novos alimentos para fornecer as necessidades energéticas e alguns micronutrientes.

A oferta alimentar nesta fase importante (início da diversificação alimentar) pode ser iniciada aos 4 meses e deve ser baseada na variedade e qualidade

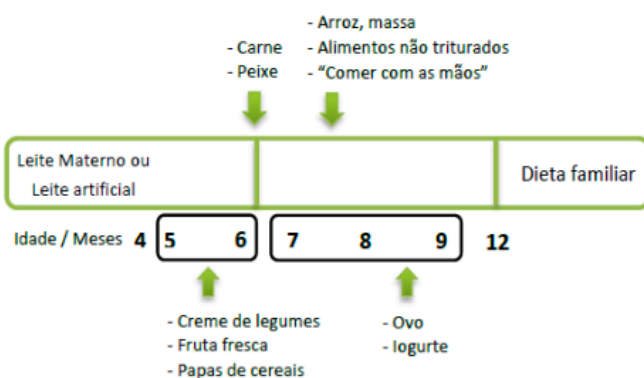
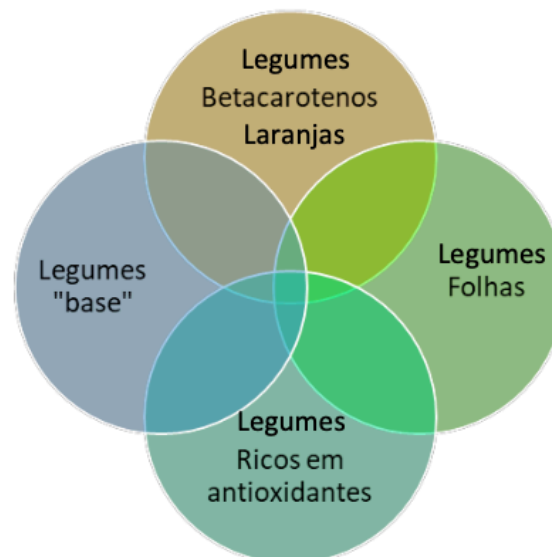


Figura 1 - Proposta de diversificação alimentar

- O 1º grupo de alimentos a ser oferecido será o das hortofrutícolas, ou seja, o creme de legumes ou sopa que irá substituir uma refeição láctea.

CREME DE LEGUMES: não deve conter mais de 4 legumes, e deve conter 1 legume de cada seguinte grupo (de forma a ter 4):



Legumes "base":

- Batata ou Batata doce;
- Chuchu;
- Curgete;
- Beringela;
- Couve-flor;

Legumes ricos em antioxidantes:

- Cebola;
- Alho;
- Alho-francês;

Legumes betacarotenos (laranjas):

- Cenoura;
- Abóbora;

Legumes folhas:

- Alface;
- Brócolos;
- Couve coração;
- Feijão-verde;

etc

IMPORTANTE:

- A Sopa/Creme de legumes é dada pela colher!

- Após confeção da sopa, triturar a mesma. Deverá adicionar o azeite no momento do consumo (5-7,5ml de azeite por dose)

- A introdução de novos dos alimentos é dada após 4 dias para ver se a criança não faz alergia ao novo alimento;



Textura cremosa à colher, transitando progressivamente para texturas menos homogêneas e mais granulosas à medida que a criança demonstre bom controlo de mastigação/deglutição até à introdução de alimentos sólidos



APÊNDICE VIII – Promoção do Conforto numa Unidade de Cuidados Intensivos



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Católica Portuguesa

Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

PROMOÇÃO DO CONFORTO NEONATOLOGIA

Por Catarina Costa no 192021033

Lisboa Outubro/Novembro, 2022



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Católica Portuguesa

Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

PROMOÇÃO DO CONFORTO NEONATOLOGIA

Por Catarina Costa no 192021033

Sob Orientação:

Sob orientação da Senhora Professora Enfermeira Margarida Lourenço

Lisboa Outubro/Novembro, 2022

FUNDAMENTAÇÃO

A teoria do conforto de Katharine Kolcaba define que o conforto é um conceito complexo, mas que antes era definido negativamente como ausência de dor, náusea e coceira. A teórica define conforto como um conceito positivo e explica muitos aspetos além do conforto físico. A estrutura taxonómica permite-nos identificar as necessidades de conforto, projetar intervenções direcionadas a essas necessidades e medir a eficácia dessas intervenções.

O conforto holístico é definido (Kolcaba, K. 1992) como a experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de **alívio** (estado de um paciente que teve uma necessidade específica atendida), **facilidade** (estado de calma ou contentamento) e **transcendência** (estado em que a pessoa se eleva acima dos próprios problemas ou dor) atendidas em quatro contextos de experiência (**físico** – relativo às sensações corporais e mecanismos homeostáticos; **psicoespiritual** – referente à consciência interna de si mesmo, incluindo estima, conceito, sexualidade e significado de vida de alguém, a relação de alguém com uma ordem ou ser superior; **sociocultural** – referente às relações interpessoais, familiares e sociais, também às tradições familiares, rituais e práticas religiosas; **ambiental** – relativos a ambientes externos, condições e influências). (Kolcaba, K & Fisher, E. (1996)).

A hospitalização de um recém-nascido/criança numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais/Pediátricos é, na maioria dos casos, um processo traumático, visto que é considerado um espaço de dor e sofrimento. (Farias, Cardoso, Silva, & Araujo, 2012)

Cuidar e proporcionar conforto para crianças/famílias hospitalizadas é uma prática complexa, pois esta situação é vista como uma crise para a família.

Durante as diferentes situações vividas nos cuidados intensivos a criança é submetida a vários procedimentos que causam desconforto e dor.

É verdade que existe um desejo entre a equipa de promover o conforto nomeadamente quando a criança encontra-se hospitalizada, através de medidas de alívio da dor ou ações e intervenções menos traumáticas para conforto, ou com ações com o objetivo de transmitir tranquilidade, segurança, afeto e bem-estar.

O recém-nascido quando é “separado” da sua mãe por necessidade de cuidados específicos e monitorização intensiva e é acolhido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UIC) é exposto a manipulações excessivas, estímulos dolorosos, ruídos e alterações de temperatura. (Ferreira, Amaral, & Lopes, 2016)

Existem intervenções na unidade de cuidados neonatais incómodas que causam dor aguda:

- Punções (venosas, arteriais, capilares, intramusculares, intradérmicas e acesso venoso central) (Hills, Rosenberg, Banfield, & Harding, 2020)
 - Suporte ventilatório (intubação, extubação, aspiração de vias aéreas, ventilação mecânicas não invasiva)
 - Sondas (gástrica, vesical)
 - Intervenções no sistema venoso central (punção lombar ou ventricular) -
- Ações relacionadas com os cuidados (manipulações do recém-nascido pelas equipas de saúde, ruído, luz, troca de pensos, exames não invasivos e remoção de dispositivos).

Numa unidade de cuidados intensivos neonatais, há várias intervenções não farmacológicas que podem ser utilizadas para alívio da dor, são eles:

- Sacarose oral;
- Aleitamento materno ou leite materno;
- Método canguru ou contacto pele com pele;
- Sução não nutritiva;
- Posicionamento;
- Toque terapêutico;
- Swaddling, contenção através dos ninhos (promover a organização corporal do recém-nascido);
- Redução da luz e ruído;

- Concentração de manipulações;
- Musicoterapia
- Preservação de períodos prolongados de sono e repouso - Massagem

Aquando a hospitalização, os pais experienciam situações complexas, apresentando sentimentos como o medo, insegurança, tensão e quando observam o seu filho num ambiente desconhecido e com os vários dispositivos médicos, são confrontados com um sentimento de uma imagem assustadora. Por este motivo, a equipa de enfermagem deve oferecer apoio e ser acolher os pais de forma a aliviar os conflitos e stress dos mesmos. (Ferreira, Amaral, & Lopes, 2016)

Os profissionais de saúde reconhecem que é possível haver cuidados de enfermagem de forma humanizada com um conjunto de técnicas que favorecem um estado de facilidade e conforto para as crianças/famílias. (Hills, Rosenberg, Banfield, & Harding, 2020)(Costa, et al., 2020) (Mufato & Gaíva, 2022) (Morais, et al., 2016)

Atualmente com o avanço das tecnologias e melhoria das condutas técnicas, bem como a ética e competências dos profissionais de saúde favorecem a promoção da qualidade dos cuidados ao recém-nascido e sua (Soares, Silva, & Louro, 2019) (Altimier & Phillips, 2016)

Os enfermeiros procuram para a sua prática a aplicação de cuidados humanizados principalmente nas relações interpessoais, a comunicação eficaz entre o recém-nascido e sua família bem como estratégias que envolvam a ecologia ambiental. Os estudos referem que as relações estabelecidas entre os profissionais e famílias desenvolve práticas de acolhimento, segurança e conforto de forma a estabelecer uma relação de afetividade entre pais-filhos. (Ferreira, Amaral, & Lopes, 2016)

A equipa de enfermagem define o conforto como a promoção do bem-estar com a intenção de proporcionar segurança, tranquilidade dentro da unidade de cuidados intensivos neonatais que é complexa com ruído e fluxo de pessoas.

No que diz respeito à humanização de cuidados, o respeito pela singularidade de cada um, há várias intervenções que levam à humanização dos cuidados, tais como o afeto (através de intervenções de conforto como dar prioridade às horas de sono, mantendo o silêncio, manter o aconchego de forma a evitar a perda de calor e posicionar o bebé em “ninhos”, sendo estas intervenções essenciais para a sobrevivência e recuperação do bebé. Não são só os cuidados diretos aos recém-nascidos que são essenciais, existem práticas como o evitar o manuseamento excessivo o recém-nascido nomeadamente os prematuros (proporcionado o conforto dentro da incubadora), manuseamento mínimo e concentração das manipulações. Estas práticas levam a cuidados de conforto, proteção do bebé de forma humanizada, a sensibilidade levando o zelo e o respeito (através de intervenções como: verificação imediata dos alarmes, evitando falar alto, falando suavemente com o bebé, organização do bebé na incubadora, tocar no bebé suavemente). (Ferreira, Amaral, & Lopes, 2016)

A equipa de enfermagem realçou de forma importante a presença dos pais pois valoriza o vínculo entre pais e filhos bem como a participação nos cuidados. (Ferreira, Amaral, & Lopes, 2016)

A comunicação é um instrumento que melhora a humanização dos cuidados, o toque afetivo (mostrando ao afeto), a proximidade entre pais, filhos e profissionais (mostrando empatia), o contato pele com pele – canguru (mostrando a afetividade) são intervenções que permitem haver segurança em todos os procedimentos. (Ferreira, Amaral, & Lopes, 2016)

Quando o enfermeiro interage com as crianças e famílias contribui para sensação de bem-estar.

O estudo do artigo (Ferreira, Amaral, & Lopes, 2016), mostra que a equipa de enfermagem está constantemente atenta às mudanças de comportamentos do

bebé tais como o choro, dor, irritabilidade, aumento do ritmo cardíaco e respiratório, dessaturação de oxigénio e outros sinais (movimentos corporais, testa franzida).

Numa unidade de cuidados intensivos neonatais, os efeitos causados pelo ruído e brilho interferem com a fisiologia e o comportamento nos bebés, nomeadamente nos prematuros. As ações de forma a ter em atenção de forma humanizada o recém-nascido e a sua família são importantes para reduzir o stress associado a hospitalização bem como tornar o ambiente mais acolhedor e menos impessoal.

As intervenções realizadas como redução de luminosidade, o ruído, o ambiente, estimulação, concentração de manipulações promovem o conforto, promovem a regulação dos sistemas corporais que promovem o desenvolvimento social, físico e psíquico. (Ferreira, Amaral, & Lopes, 2016)

Referências bibliográficas

Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 230-244.

Costa, T. M., Nascimento, J. C., Rocha, R. R., Oliveira, E. S., Silva, B. V., Melo, E. B., . . . Dantas, D. V. (2020). Medidas não-farmacológicas para o alívio da dor de recém-nascidos em unidade de terapia intensiva neonatal. *Enfermagem Brasil*, 518-524.

Farias, L. M., Cardoso, M. V., Silva, V. M., & Araujo, T. L. (2012). Nurses' perception on the use of music as a technology for pain relief in newborns. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 142-148.

Ferreira, J. H., Amaral, J. J., & Lopes, M. M. (2016). Equipe de enfermagem e promoção do cuidado humanizado em unidade neonatal. *Rene*, 741-749.

Hills, E., Rosenberg, J., Banfield, N., & Harding, C. (2020). A multidisciplinary approach to the implementation of non-pharmacological strategies to manage infant pain. *Infant*, 78-81.

Kolcaba, K. (s.d.). *The Comfort Line*. Obtido de Comfort Line: <https://www.thecomfortline.com/>

Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, 183-194.

Morais, A. P., Façanha, S. M., Rabelo, S. N., Silva, A. V., Queiroz, M. V., & Chaves, E. M. (2016). Non-pharmacological measures in the pain management in newborns: nursing care. *Revista Rene*, 435-442.

Mufato, L. F., & Gaíva, M. A. (2022). Nurses' empathy with newborns hospitalized in neonatal intensive care units. *Acta Paul Enfermagem*.

Saúde, D. G. (Dezembro de 2012). *Norma da Direção Geral da Saúde*. Obtido de Diagnóstico e Tratamento da Bronquiolite Aguda em Idade Pediátrica: https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/16_2012_Diagn%C3%B3stico_e_Tratamento_da_Bronquiolite_Aguda_em_Idade_Pediatrica.pdf

Soares, P. R., Silva, C. R., & Louro, T. Q. (2019). Comfort of the child in intensive pediatric therapy: perception of nursing professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*.

Tamez, R. (s.d.). *Enfermagem na UTI Neonatal*. Guanabara Koogan.

APÊNDICE IX – Promoção do Conforto numa Unidade de Cuidados Intensivos –
sessão formativa



OFICINAS DO CUIDAR

As "Oficinas do Cuidar", é um projeto implementado na Neonatologia desde 2012, que pretende contribuir para a capacitação e autonomia dos pais/cuidadores, promovendo igualmente a otimização da saúde e da parentalidade, através de uma comunicação efetiva.

As sessões, ministradas por profissionais do com recurso a uma metodologia expositiva com reflexão e espaço para esclarecimentos de dúvidas, têm uma periodicidade semanal, e temas variados entre:

- ✓ Alimentação
- ✓ Amamentação
- ✓ Higiene e Conforto
- ✓ Promoção do Desenvolvimento
- ✓ Sono
- ✓ Vigilância de Saúde.



Conforto



Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais



Conforto

Promoção do Conforto na Unidade de Cuidados Intensivos



- **Afeto**



Posicionamento



Toque afetivo / Contenção manual



Canguru

Conforto

Promoção do Conforto na Unidade de Cuidados Intensivos

- **Sensibilidade (através do zelo e respeito)**



Diminuição dos alarmes e ruído



Falar suavemente com o bebê



Diminuição das luzes

Conforto

Promoção do Conforto na Unidade de Cuidados Intensivos

- **Comunicação – Profissionais/Família/Filhos**



Conforto

Promoção do Conforto

- Posicionamento;
- Swaddling;
- Método Canguru ou contato pele com pele;
- Massagem para alívio da cólica abdominal;
- Aleitamento Materno;
- Respeito pelo ciclo circadiano



Conforto

Inverno – Permeabilidade das Vias Aéreas

- Se vias aéreas não permeáveis – Sinais de alerta (Sinais de dificuldade respiratória)



- Instilar com uma seringa de 1mL (0,5ml) em cada narina para desobstruir o nariz



Se não resolver, realizar lavagem nasal



Demonstração da Lavagem Nasal



Até 1 Ano de Idade

Questionário de Satisfação



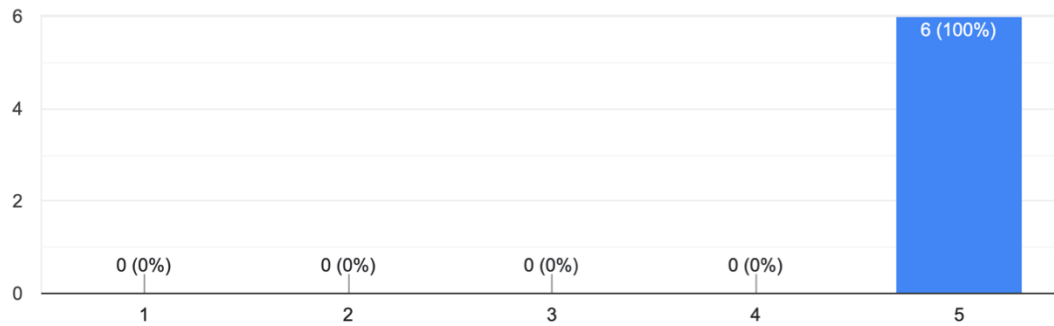


APÊNDICE X – Respostas do questionário de satisfação aos pais sobre a sessão formativa

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO AOS PAIS – RESPOSTAS

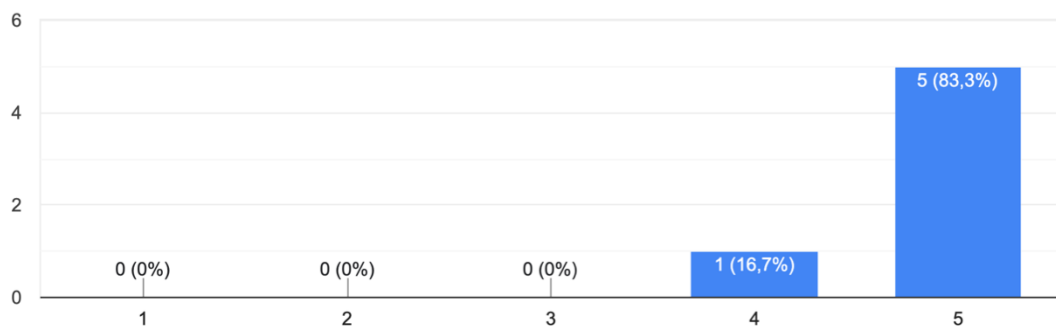
O tema abordado foi importante para si?

6 respostas



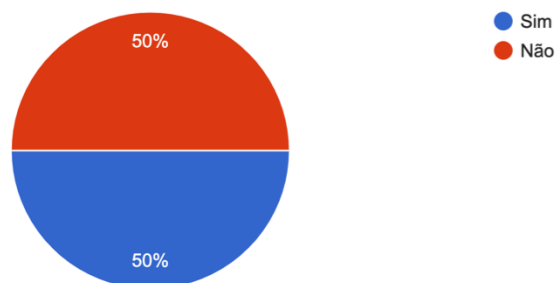
Esta sessão correspondeu às suas expectativas

6 respostas



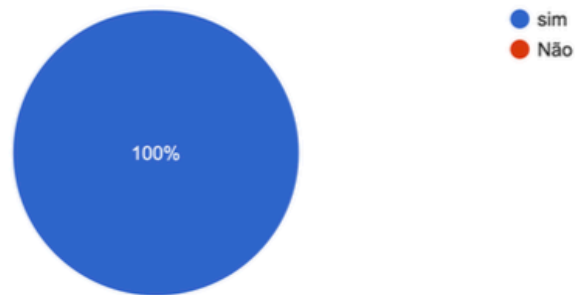
Já tinha ouvido falar do tema abordado?

6 respostas



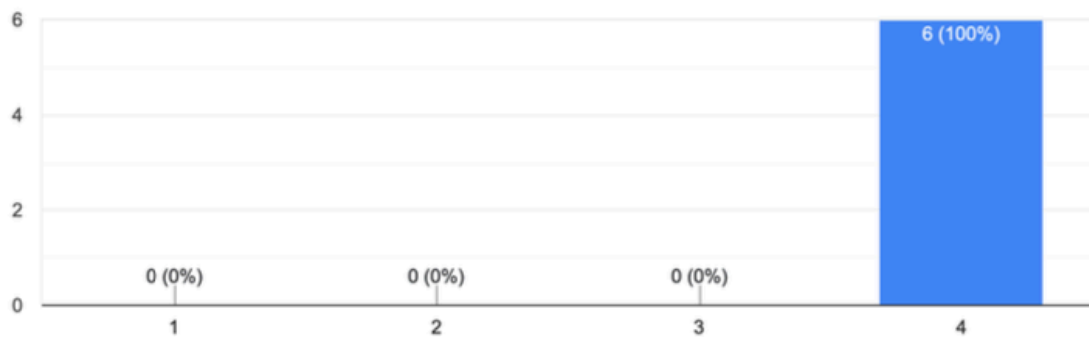
Depois desta sessão, encontra-se mais preparado/a para cuidar do seu bebé?

6 respostas



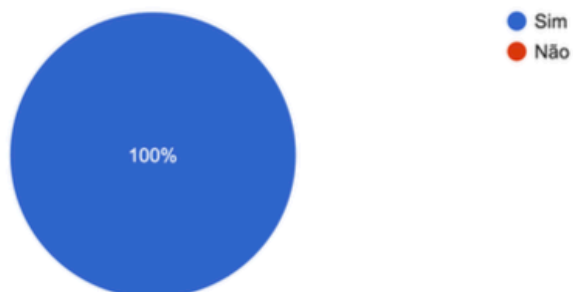
Relativamente à formadora, como classifica a transmissão de informação e sua postura?

6 respostas



Recomendaria esta sessão a outros pais?

6 respostas



APÊNDICE XI – Decoração da unidade (ornamentos) de forma a haver humanização do espaço



Imagem 1 – Abóbora para realização de atividade com bebês internados na unidade neonatal



Imagem 2 – Abóbora para decorar a unidade



Imagem 3 – Fato de bruxa para decorar a unidade / Fato de bruxa para bebê neonatal



Imagem 4 – Fantasma para decorar a unidade / Fato para bebê neonatal

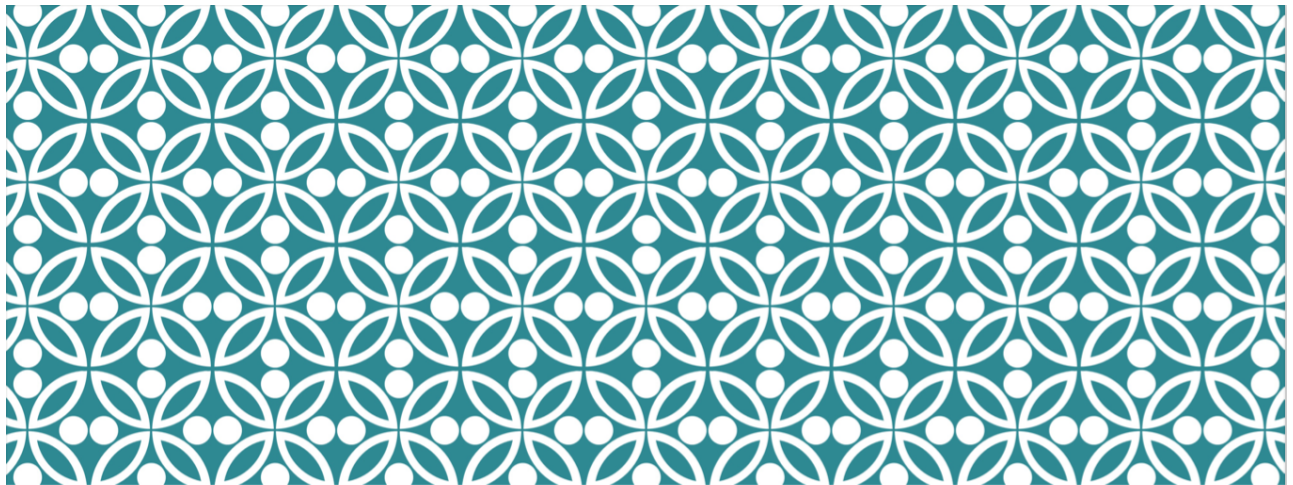


Imagem 5 – Decoração para unidade de neonatologia



Imagem 6 – Decoração final na unidade de neonatologia

APÊNDICE XII – Sessão formativa para os colegas na urgência pediátrica sobre a vacinação



VACINAÇÃO

Elaborado por: Catarina Costa, aluna do mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica
Sr. Enf. Orientador:
Professoras Orientadoras: Sílvia Ramos e Margarida Lourenço

ÍNDICE

- Programa Nacional de Vacinação
- Vacinas que levam as crianças à urgência
- Vacinas extra plano
- Vacinas extra plano nos diferentes países da Europa
- Locais anatómicos das vacinas
- Questionário de satisfação

PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO

O Programa Nacional de Vacinação (PNV) é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal

Objetivo: proteger os indivíduos e a população em geral contra as doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz por vacinação.

Princípios básicos:

- Universalidade, destinando-se a todas as pessoas que em Portugal tenham indicação para vacinação;
- Gratuidade, para o utilizador;
- Acessibilidade;
- Equidade;
- Aproveitamento de todas as oportunidades de vacinação;

Implementado em 1965

PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO

Programa Nacional de Vacinação 2020

Esquema geral recomendado



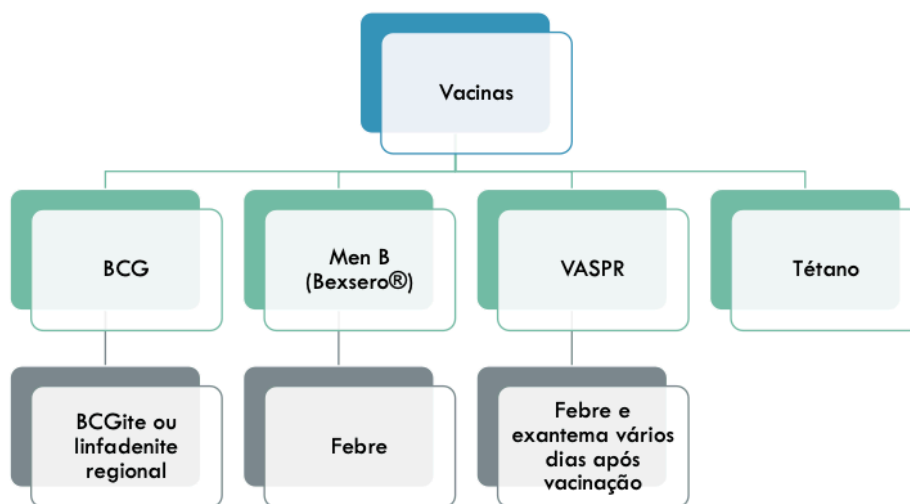
ATUALIZADO - OUTUBRO 2020
NORMA 18/2020

Vacina Doença	Idade											
	Nascimento	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		Hb 1	Hb 2	Hb 3		Hb 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VP 1	VP 2	VP 3		VP 4	VP 5					
Streptococcus pneumoniae		Pn1 1	Pn1 2		Pn1 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

MenB: aplicável aos nascidos >2019
HPV: aplicável também ao sexo masculino, aos nascidos >2009. Esquema 0, 6 meses
Tdpa: aplicável apenas a mulheres grávidas. Uma dose em cada gravidez
Td: de acordo com a idade, devem ser aplicados os intervalos recomendados entre doses, tendo como referência a data de administração da dose anterior. A partir dos 65 anos de idade, recomenda-se a vacinação se a última dose de Td tiver ocorrido há >10 anos; se doses seguintes são administradas de 10 em 10 anos.



PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO



PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO

BCG

(Vacina contra a tuberculose)

• INDICAÇÕES:

- Prevenção de formas graves de tuberculose na criança
- Recomendada a grupos de risco <6 anos de idade

• REAÇÕES ADVERSAS:

- Reações locais mais frequentes: nódulo vermelho que evolui para uma vesícula, seguida de uma úlcera, em 2 a 4 semanas. Esta reação desaparece em 2 a 5 meses, deixando uma cicatriz superficial com diâmetro de 2 a 10 mm. Ocasionalmente pode ocorrer linfadenite regional (gânglios cervicais ou axilares). Não necessitam de qualquer tratamento.

PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO

Men B

(Vacina contra doença invasiva por *Neisseria meningitidis* B)

• INDICAÇÕES:

- Prevenção de doença invasiva por *Neisseria meningitidis* B
- Recomendada ≥ 8 semanas e < 5 anos de idade

• REAÇÕES ADVERSAS:

- Reações locais mais frequentes (ensaios clínicos): sensibilidade/dor, eritema, tumefação, induração
- Reações sistêmicas mais frequentes: febre e irritabilidade, diarreia, vômitos, perturbações alimentares, sonolência, choro anormal e erupção cutânea. Em adolescentes e adultos foi referido ainda mal-estar geral, náuseas, mialgias, artralgias e cefaleias.

PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO

VASPR

(Vacina contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola)

• INDICAÇÕES:

- Prevenção do sarampo, parotidite epidémica e rubéola
- Recomendada ≥ 12 meses de idade

• REAÇÕES ADVERSAS:

- Reações adversas mais frequentes (nas primeiras 24 horas): dor, vermelhidão, tumefação e sensibilidade, que duram 2 a 3 dias
- Reações sistêmicas mais frequentes: febre 6 a 12 dias após a vacinação, exantema, 6 a 10 dias após a vacinação, que duram 1 a 2 dias; tumefação das parótidas, 10 a 14 dias após a vacinação.

PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO

Td
(Vacina contra tétano e difteria, doses reduzidas)

- **INDICAÇÕES:**
 - Prevenção da difteria e do tétano, como primovacinação ou como reforço
 - Recomendada ≥ 7 anos de idade
- **REAÇÕES ADVERSAS:**
 - Reações locais mais frequentes: dor à mobilização do braço, rubor, tumefação
 - Reações sistémicas mais frequentes: febre, cefaleias, fadiga, arrepios e mal-estar

PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO – VACINAS EXTRA PLANO

Vacina contra o vírus da hepatite A

Vacina contra varicela

Vacina contra a gripe - sazonal

Rotavírus

Vacina contra *Neisseria meningitidis* conjugada - ACWY

Vacina contra COVID-19

VACINAS EXTRA PLANO – PAÍSES DA EUROPA

Vacina contra o vírus da hepatite A



- Recomendação geral
- Recomendação apenas para grupos específicos
- Respingação (por exemplo, se os dados anteriores foram positivos)
- Vacinação não financiada pelo Sistema Nacional de Saúde
- vacinação obrigatória

	Meses			Anos					
	13	15-18	23	2	6	7	12	18	≥ 19
Áustria	HepA ¹								
Bélgica								HepA ²	
Bulgária									
Crócia									
Chipre						HepA ²			
República Checa								HepA ⁴	
Dinamarca									
Estónia									
Finlândia									
Frância									
Alemanha									
Grécia					HepA ³		HepA ³		HepA ³
Hungria									
Islândia									
Irlanda									
Itália			HepA ⁵				HepA ⁷		
Letónia									
Liechtenstein									
Lituânia									
Luxemburgo									
Malta									
Holanda									
Noruega									
Polónia									
Portugal									
România									
Eslováquia									
Eslovénia									
Espanha									
Suécia									

Legenda

Figura 1 – Países na Europa com vacina contra o vírus da hepatite A

VACINAS EXTRA PLANO – PAÍSES DA EUROPA

Vacina contra varicela



- Recomendação geral
- Recomendação apenas para grupos específicos
- Respingação (por exemplo, se os dados anteriores foram positivos)
- Vacinação não financiada pelo Sistema Nacional de Saúde
- vacinação obrigatória

	Meses												Anos														
	9	11	12	13	14	15	16	18	19	23	2	3	4	5	6	7	11	12	15	16	17	18	19-26	40	64	≥ 65	
Áustria																											
Bélgica																											
Bulgária																											
Crócia																											
Chipre																											
República Checa																											
Dinamarca																											
Estónia																											
Finlândia																											
Frância																											
Alemanha																											
Grécia																											
Hungria																											
Islândia																											
Irlanda																											
Itália																											
Letónia																											
Liechtenstein																											
Lituânia																											
Luxemburgo																											
Malta																											
Holanda																											
Noruega																											
Polónia																											
Portugal																											
România																											
Eslováquia																											
Eslovénia																											
Espanha																											
Suécia																											

Legenda

Figura 2 - Países na Europa com vacina contra o varicela

VACINAS EXTRA PLANO — PAÍSES DA EUROPA

Vacina contra a gripe - sazonal

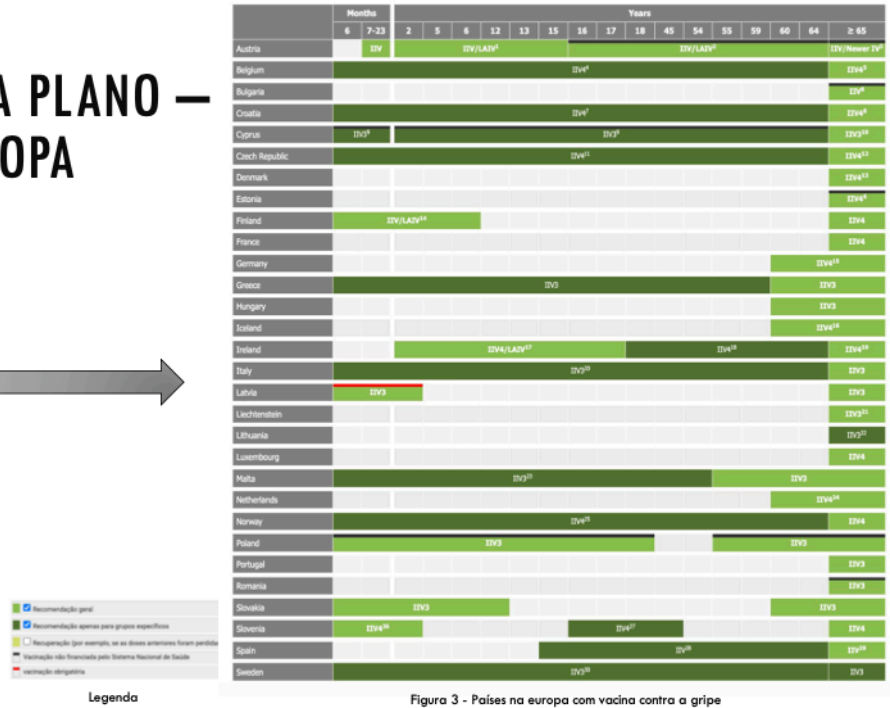


Figura 3 - Países na europa com vacina contra a gripe

VACINAS EXTRA PLANO — PAÍSES DA EUROPA

Rotavírus



Figura 4 - Países na europa com vacina contra rotavírus

VACINAS RECOMENDADAS EM PORTUGAL

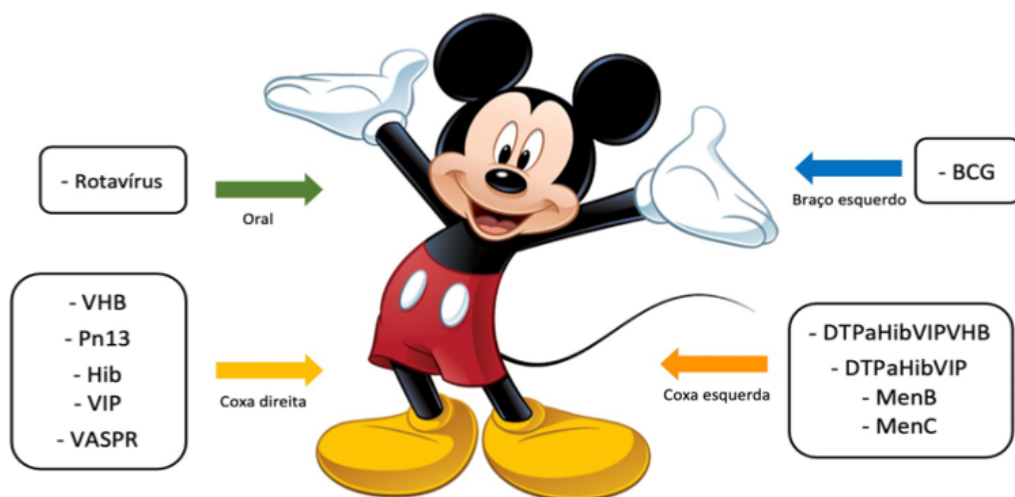
	Birth	Months					Years					
		2	4	6	12	18	5	10	15	25	65	≥ 66
Coronavirus disease (COVID-19) ¹							COVID-19 ¹					
tuberculosis	BCG											
diphtheria		D	D	D		D	D	d			d ²	
tetanus		TT	TT	TT		TT	TT	TT			TT ²	
pertussis		acP	acP	acP		acP	acP				acP ²	
poliomyelitis		IPV	IPV	IPV		IPV	IPV					
Haemophilus influenzae type b infection		Hib	Hib	Hib		Hib						
hepatitis B	HepB	HepB		HepB								
pneumococcal disease ³		PCV13 ⁵	PCV13		PCV13							
meningococcal disease		MenB	MenB		MenB - MenC							
measles					MEAS		MEAS					
mumps					MUMPS		MUMPS					
rubella					RUBE		RUBE					
human papillomavirus infection							HPV (F/M) ⁶					
influenza												IIV3

- General recommendation
- Recommendation for specific groups only
- Catch-up (e.g. if previous doses missed)
- Vaccination not funded by the National Health system
- Mandatory vaccination

Figura 5 – Vacinas recomendadas em Portugal

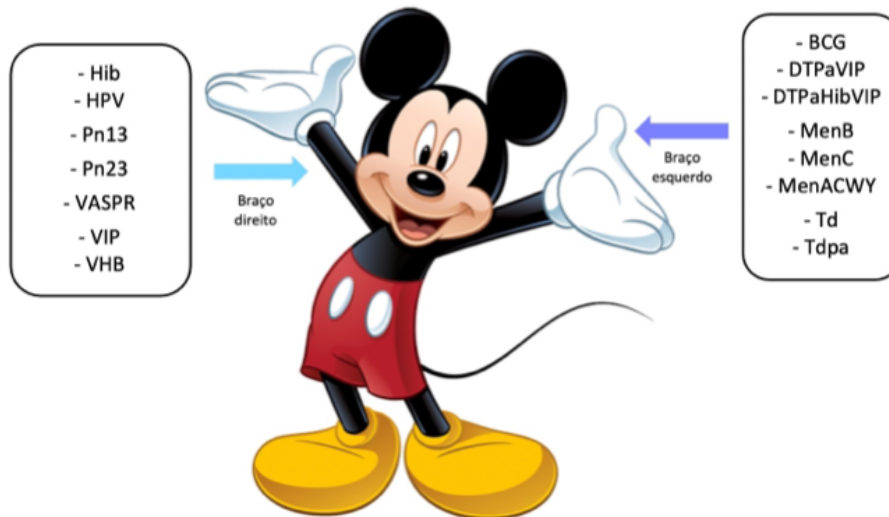
LOCAIS ANATÓMICOS DE ADMINISTRAÇÃO

Locais Anatômicos de Administração de Vacinas em Crianças com idade inferior a 12 meses

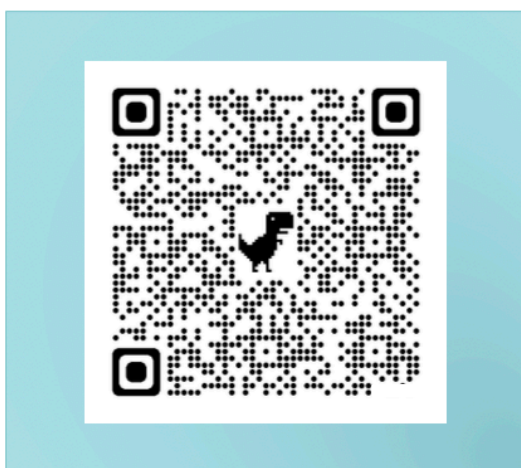


LOCAIS ANATÓMICOS DE ADMINISTRAÇÃO

Locais Anatômicos de Administração de Vacinas em Crianças com idade Superior ou Igual a 12 meses



QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO



*Obrigado pela
atenção*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

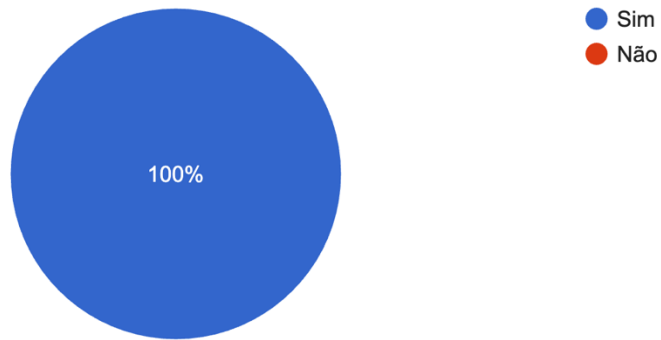
- Constant, C., Figueiredo, A., & Brito, M. J. (2011). [Bacille Calmette-Guérin adenitis: diagnostic and therapeutic guidelines]. *Acta Medica Portuguesa*, 24 Suppl 2, 263–268. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22849911/>
- *European Vaccination Information Portal / Home page | European Vaccination Information Portal*. (n.d.). Vaccination-Info.eu. <https://vaccination-info.eu/en>
- *Programa Nacional de Vacinação*. ([s.d.]). Dgs.pt. Consultado 5 de dezembro de 2022, de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/programa-nacional-de-vacinacao.aspx>
- *Ordemenfermeiros.pt*. Consultado 5 de dezembro de 2022, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>

APÊNDICE XIII – Respostas ao questionário de vacinação dirigidas aos profissionais

Resultados Obtidos após sessão formativa dos profissionais de saúde sobre a vacinação

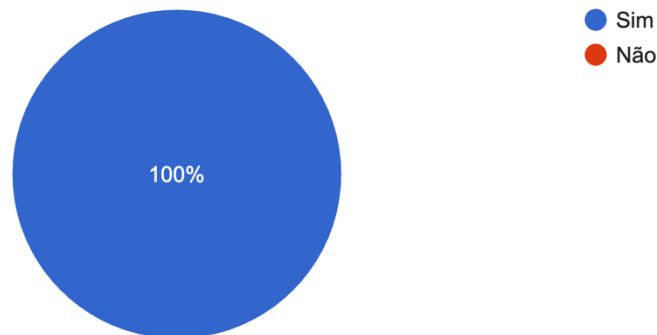
O tema abordado foi importante para si?

7 respostas



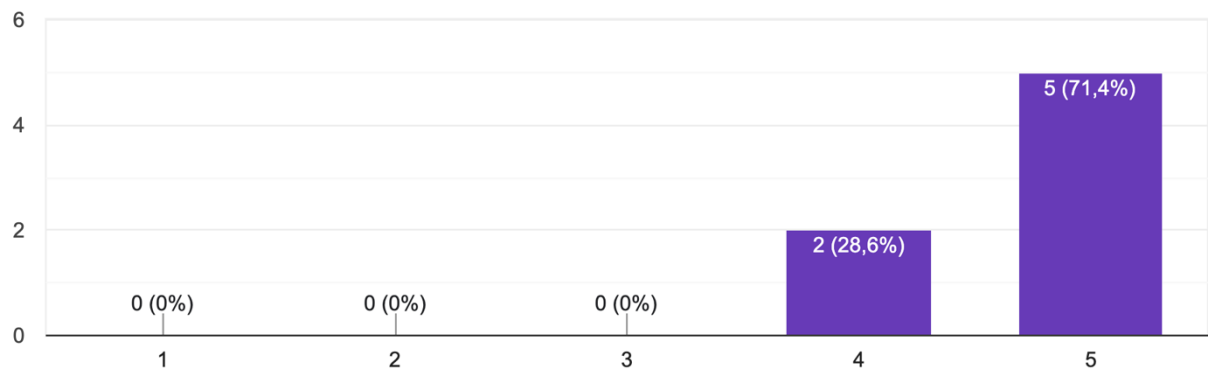
Foi pertinente falar deste tema no âmbito de contexto de urgência?

7 respostas



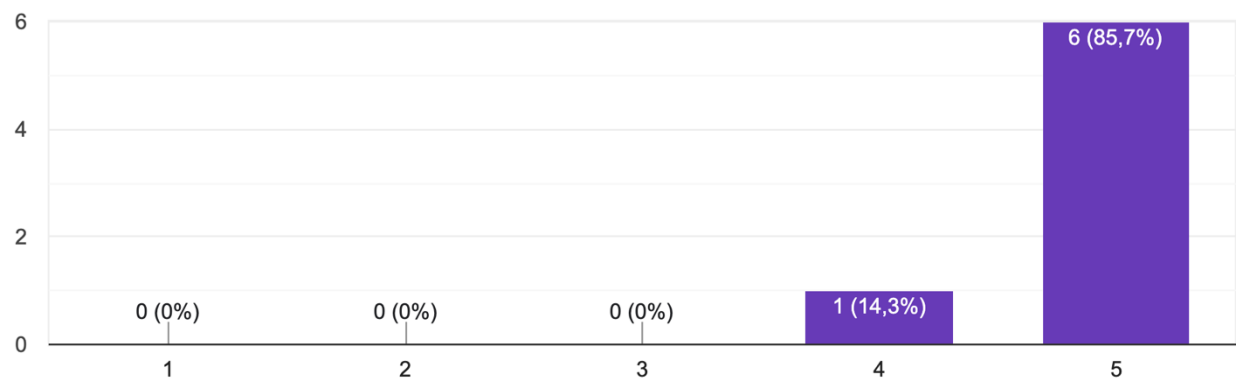
A sessão correspondeu às suas expectativas?

7 respostas



Relativamente à formadora, como classifica a transmissão de informação e sua postura?

7 respostas



Sugestões

1 resposta

Informação da tabela "Programa Nacional Vacinação" disponível na sala de espera do SUP

APÊNDICE XIV – Documento sob QRcode para salas de espera da na urgência
pediátrica

**O SEU FILHO TEM AS VACINAS
ATUALIZADAS?**



Verifique aqui

O SEU FILHO TEM AS VACINAS ATUALIZADAS?

Programa Nacional de Vacinação 2020

Esquema geral recomendado



O Programa Nacional de Vacinação é um programa universal gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal.

O objetivo é proteger os indivíduos e a população em geral contra as doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz por vacinação.

Onde dirigir-se para atualizar:

- Centros de saúde ou procure o seu enfermeiro de família



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		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5					
Streptococcus pneumoniae		Pn13 1	Pn13 2		Pn13 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



Elaborado por: Catarina Costa, aluna do mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;

Enfermeiro Orientador:

Professoras Orientadoras: Sílvia Ramos e Margarida Lourenço

Referências Bibliográficas:

- Programa Nacional de Vacinação. (s.d.). Dgs.pt. Consultado 5 de dezembro de 2022, de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-2/programa-nacional-de-vacinacao/programa-nacional-de-vacinacao.aspx>
- OrdemEnfermeiros.pt. Consultado 5 de dezembro de 2022, de <https://www.ordem.enfermeiros.pt/media/20070/pni-2020-2020.pdf>

O SEU FILHO TEM AS VACINAS ATUALIZADAS?

Quando o seu filho entrar na escola, não se esqueça das vacinas dos 5 anos

Vacinas

DTPaVIP (Vacina contra difteria, tétano, tosse convulsa e poliomielite)

VASPR (Vacina contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola)



APÊNDICE XV – Poster científico “Intervenções promotoras do conforto na
criança e família associadas a procedimentos dolorosos”



Intervenções de enfermagem promotoras do conforto na crianças e família associadas a procedimentos dolorosos: scoping review

Autores: Costa, Catarina I.S.⁽¹⁾; Lourenço, Margarida ⁽²⁾

(1) Mestranda e Enfermeira no serviço de Internamento da Pediatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
(2) Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Introdução

- O conceito conforto é um resultado holístico e consistente na missão de enfermagem em comparação com a dor. (Kolcaba, 2017)
- Os procedimentos dolorosos são associados à dor, e quando a gestão da mesma é inadequada pode levar ao medo e ansiedade que se podem traduzir no futuro numa aversão aos cuidados. (Chrisler et al., 2021)

Objetivo

Mapear o conhecimento disponível sobre intervenções de enfermagem promotoras do conforto associadas a procedimentos dolorosos nas crianças e famílias.

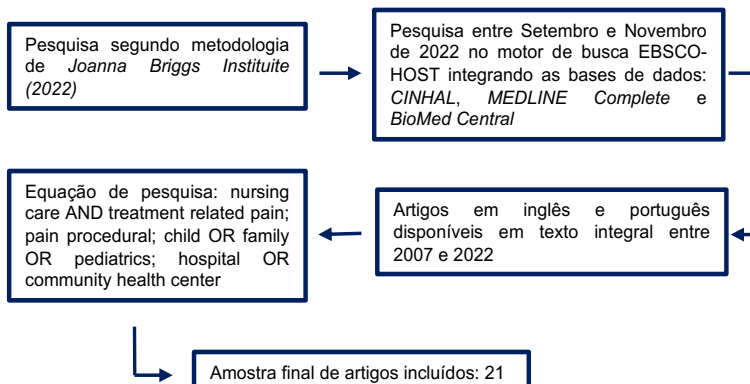
Questão de Investigação

Quais as intervenções de enfermagem promotoras do conforto associadas a procedimentos dolorosos nas crianças e famílias?

Referências Bibliográficas



Metodologia



População:

- Pais / familiares/ cuidadores/ acompanhantes de crianças hospitalizadas e crianças com idades compreendidas dos 0-18 anos

Conceito:

- Intervenções de enfermagem promotoras do conforto associadas a procedimentos dolorosos

Contexto:

- Todas as unidades hospitalares e cuidados de saúde primários

Resultados

Intervenções de enfermagem promotoras do conforto

- Posicionamento (Trottier et al., 2019)
- Aconchego (Kohli, et al., 2019)
- Distração (brinquedos lúdicos, realidade virtual e jogos) (Fisher et al., 2018) (Trottier et al., 2019) (Katende & Mugabi, 2015) (Lee, et al., 2021) (Gold & Mahrer, 2017)
- Sução não nutritiva (sacarose) (Kholi et al., 2019) (Trottier et al., 2019) (Curtis et al., 2007) (Katende & Mugabi, 2015)
- Aleitamento materno (Trottier et al., 2019)
- Relaxamento (Burton et al., 2018)
- Musicoterapia (Trottier et al., 2019)
- Hipnose (Trottier et al., 2019)

Conclusão

Tendo em conta a idade, o desenvolvimento e as experiências vividas (Cozzi et al., 2021) anteriormente pela criança e família, o enfermeiro pode contribuir com intervenções de enfermagem promotoras do conforto nos três tipos (alívio - estado de ter uma necessidade específica de conforto atendida, facilidade - estado de calma ou contentamento e transcendência - estado para superar problemas ou desafios) em quatro contextos (conforto físico - relativos a sensações corporais; psico-espiritual - referente à consciência interna de si mesmo, incluindo a auto-estima, reforço positivo e confiança; sociocultural - relações interpessoais, familiares e sociais e ambiental - ambientes externos) definidos por Kolcaba. (Kolcaba, 2017)