



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

---

LISBOA · PORTO

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

**A PROMOÇÃO DO CONFORTO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL  
E PEDIÁTRICA**  
THE PROMOTING OF COMFORT IN CHILD AND PEDIATRIC HEALTH  
NURSING

Por  
Ana Sofia Lourenço Ferreira

Lisboa, 2022





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

---

LISBOA · PORTO

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

**A PROMOÇÃO DO CONFORTO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL  
E PEDIÁTRICA**  
**THE PROMOTING OF COMFORT IN CHILD AND PEDIATRIC HEALTH  
NURSING**

Por

Ana Sofia Lourenço Ferreira

Sob a orientação da Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, 2022



## **Agradecimentos**

O relatório aqui apresentado é o culminar de um intenso processo de desenvolvimento pessoal e profissional, fruto da colaboração de um conjunto de pessoas a quem gostaria dedicar algumas palavras de apreço e profunda gratidão:

À Excelentíssima Professora Doutora Zaida Charepe pela disponibilidade demonstrada, pela valiosa partilha de conhecimentos proporcionada e pelo incentivo à constante reflexão dos cuidados.

Às equipas multidisciplinares que tão generosamente me acolheram nos seus serviços, particularmente às Senhoras Enfermeiras Orientadoras pela disponibilidade e exemplo de profissionalismo.

Às crianças/jovens e famílias que me concederam o privilégio de partilhar com eles uma etapa essencial das suas vidas e se mostraram disponíveis para o meu cuidado, mesmo em situações de dor e sofrimento.

À Inês Lúcio, minha parceira de “caminhada”, com quem partilhei muitos sentimentos e emoções, algumas lágrimas, mas essencialmente muitos sorrisos. Tornou certamente este percurso mais “leve”.

Às colegas e amigas que a UCIN trouxe para a minha vida e a quem pretendo guardar num cantinho muito especial do meu coração.

Ao João pela disponibilidade, carinho, suporte e incentivo a continuar a prosseguir os meus objetivos. A determinação que mete em tudo na vida estimula-me a ser melhor.

Aos meus pais e irmão, por serem o meu suporte em todos os momentos, por acreditarem em mim e por nunca me deixarem desamparada. Sou afortunada por vos ter na minha vida.

A todos vós, por me tornarem melhor profissional, mas essencialmente melhor pessoa, o meu bem-haja!



## **Resumo**

O presente relatório espelha o percurso realizado nos diferentes contextos de estágio e demonstra a aquisição de conhecimentos, bem como o desenvolvimento de competências alusivas ao grau de mestre, de Enfermeiro Especialista e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Pretende descrever, analisar e refletir acerca do caminho percorrido, apresentando os objetivos delineados e as atividades desenvolvidas para a aquisição de uma prática de cuidados especializada.

A temática transversal, que sustenta e une os diferentes contextos de estágio, refere-se ao conceito de conforto. Este representa um resultado essencial do cuidado em Enfermagem, que se traduz num estado holístico e complexo e que suplanta a ausência de dor ou outros desconfortos físicos. Esta multidimensionalidade no cuidar é particularmente relevante no contexto da assistência à criança/jovem, devido ao potencial efeito traumático que as situações geradoras de *stress* em contexto de saúde implicam para o seu desenvolvimento. O enfermeiro, em parceria com os sistemas tradicionais de apoio da criança/jovem, intervém intencionalmente no sentido de colmatar as necessidades de cuidados de saúde identificadas e, assim, promover a adaptação, recuperação e reabilitação mais eficientes ou assegurar uma morte serena. Deste modo, o presente percurso sustenta-se nos contributos provenientes da Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), da Parceria de Cuidados e dos Cuidados Centrados na Família, visto permitir uma adequada identificação de necessidades de cuidados de saúde, uma apropriada implementação de intervenções de enfermagem e uma efetiva avaliação de resultados.

O objetivo geral delineado consiste em: Desenvolver Competências Específicas de Enfermeiro Especialista no cuidado à criança/jovem saudável ou doente, bem como à sua família/pessoa significativa com enfoque na promoção do conforto.

Os estágios realizaram-se ao longo de quinze semanas, repartidas em igual medida pelos contextos de Internamento, de Unidade de Cuidados de Saúde Primários e de Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. No contexto de internamento pediátrico, das atividades realizadas destacam-se a aplicação da “Versão curta do Inventário de Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais”, a realização de uma Instrução de

Trabalho acerca dos procedimentos a adotar na aplicação do Método Canguru e a realização de um documento de suporte à referenciação para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). No contexto de cuidados de saúde primários realçam-se a realização de um folheto informativo relativamente à Promoção da Atividade Física nos Adolescentes e um folheto informativo acerca da Promoção da Alimentação Saudável nos Adolescentes. Por fim, no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos salientam-se a sessão de formação dirigida à equipa de Enfermagem acerca da Promoção do Sono para o Conforto da Criança Hospitalizada e a criação de material de sensibilização sobre a temática. Transversalmente a todos os contextos de estágio, foram prestados cuidados de conforto holístico à criança/jovem e família, o que permitiu uma maior consciencialização acerca do fenómeno em estudo.

A reflexão crítica sobre a prática, a partilha de experiências e conhecimentos com todos os intervenientes e a pesquisa da melhor evidência científica, tornaram esta árdua caminhada, num percurso profundamente gratificante e desafiador.

**Palavras-chave:** Cuidado de Conforto, Cuidado de Enfermagem, Enfermagem Pediátrica, Família

## **Abstract**

This internship report intends to demonstrate the path taken through all the different placements, as well as the knowledge acquired, and the development of skills regarding a master's degree, either for a specialized registered nurse or a pediatrics specialized registered nurse. It intends to describe, analyze, and reflect on the path taken, showing the outlined goals and the activities developed to acquire a specialized care practice.

The transversal topic that holds on the different placements is the concept of comfort. It represents an essential care in nursing, which translates in a holistic and complex state that outshines the absence of pain or another physical discomfort. This multidimensionality in caring is particularly relevant in the context of assisting the child/adolescent due to the potential trauma effect that *stress* situations in a health context can cause to their development. The registered nurse in partnership with the traditional help support for the child/adolescent must intervene on trying to fill in the identified care needs, as well as to foment a more efficient adaptation, recovery, and rehabilitation, or to secure a peaceful death. So, the theoretical support in which all the internship was based on was the contribution from the Kolcaba's Comfort Theory (2003), Partnership in Care and Family-Centred Care as it allows an adequate identification of the healthcare needs as well as a proper implementation of nursing interventions and an effective evaluation of the results.

The main goal set is the development of the specific specialized registered nurse competences in looking after the child/adolescent, healthy or sick, as well as caring for their family/next of kin, always emphasizing the promotion of comfort within.

The internships occurred during 15 weeks and were spent 5 weeks in each of the following placements: pediatric ward, primary health care and pediatric intensive care unit. Of the many activities performed at the pediatric ward placement, can be highlighted the implementation of a short form of the Neonatal Intensive Care Units Family Needs Inventory, the development of a document that helps with the procedure of applying the 'kangaroo care' and the writing of a document that supports the referral to the National System for Early Childhood Intervention. At the primary health care, can be emphasize the

writing of two different informative leaflets for adolescents, one regarding the promotion of physical activity and the other promoting a healthy diet. For last, at the Pediatric Intensive Care Unit there was a meeting with the nursing team about the importance of promoting sleep in children/adolescent as to it will result in more comfort to them while hospitalization; many posts were left to bring more attention to this topic. At all the placements care was given to the child/adolescent and their family based on a holistic comfort, which allowed a better awareness of the presented topic of comfort.

A critical reflection about the practice during the internships, the sharing of experiences and knowledge with all the stakeholders as well good research of scientific evidence allowed this difficult task to become a very deeply grateful and challenging journey.

**Keywords:** Comfort Care, Nursing Care, Pediatric Nursing, Family

## **Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas**

CCF – Cuidados Centrados na Família;

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

DGS – Direcção-Geral da Saúde;

EE – Enfermeiro Especialista;

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;

ET – Estrutura Taxonómica;

Et al – Abreviatura de: “e outros”;

Ex. – Abreviatura de: “exemplo”;

HSBs – *Health Seeking Behaviors*;

i.e. – abreviatura de "isto é”;

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*;

NIC – *Nursing Intervention Classification*;

NOC – *Nursing Outcome Classification*;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

p. – Abreviatura de: “página”

PC – Parceria de Cuidados;

PNV – Plano Nacional de Vacinação;

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal;

RN – Recém-nascido;

SWOT – *Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*;

TC – Teoria do Conforto;

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais;

UCIPed – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos;

USF – Unidade de Saúde Familiar.



## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>15</b>
<b>1. Enquadramento Teórico e Conceptual .....</b>	<b>17</b>
1.1. O Conceito de Conforto em Enfermagem	17
1.2. Conceitos basilares para a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	27
<b>2. Cuidados de Enfermagem Promotores do Conforto na Criança/Jovem Hospitalizada: <i>Scoping Review</i> .....</b>	<b>31</b>
2.1. Introdução	31
2.2. Questão de Revisão	32
2.3. Critérios de Inclusão	33
2.4. Métodos	33
2.5. Resultados e Discussão	34
2.6. Conclusão	39
<b>3. Percurso de Desenvolvimento de Competências .....</b>	<b>41</b>
3.1. Internamento Pediátrico	46
3.2. Cuidados de Saúde Primários	53
3.3. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	59
<b>Conclusão .....</b>	<b>65</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>67</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>77</b>
Apêndice I – Equações de Pesquisa	79
Apêndice II – PRISMA-ScR	87
Apêndice III – Características dos Estudos Incluídos na <i>Scoping Review</i>	91
Apêndice IV – Diagnósticos de Enfermagem Identificados nos Estudos Incluídos na <i>Scoping Review</i>	101

Apêndice V – Intervenções de Conforto Identificadas nos Estudos Incluídos na Scoping Review	115
Apêndice VI – Póster apresentado no âmbito do IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem	127
Apêndice VII – Instrução de Trabalho “O Método Canguru” realizado no decurso do estágio em Internamento Pediátrico	133
Apêndice VIII – Documento de suporte à referenciação para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) realizado no decurso do estágio em Internamento Pediátrico	141
Apêndice IX – Folheto “Promoção da Alimentação Saudável nos Adolescentes” realizado no decurso do estágio em Cuidados de Saúde Primários	158
Apêndice X – Folheto “Promoção da Atividade Física nos Adolescentes” realizado no decurso do estágio em Cuidados de Saúde Primários	162
Apêndice XI – Material de sensibilização (tapete para rato de computador) para a promoção do sono em contexto de hospitalização realizado no decurso do estágio em Cuidados Intensivos Pediátricos	166
Apêndice XII – Material de sensibilização (suporte de canetas) para a promoção do sono em contexto de hospitalização realizado no decurso do estágio em Cuidados Intensivos Pediátricos	170
Apêndice XIII – Apresentação da formação de sensibilização intitulada “A Promoção do Sono para o Conforto da Criança Hospitalizada” realizado no decurso do estágio em Cuidados Intensivos Pediátricos	174

## **Introdução**

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório, do curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família e, ainda, contribuir para o suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Estas necessidades vêm dar resposta às progressivas exigências técnicas e científicas que a Enfermagem tem assistido nos últimos tempos (Regulamento 140/2019 de 6 de fevereiro). Assim, pretende-se que o presente documento reflita os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas nos diferentes contextos da prática de cuidados, aquando da assistência ao recém-nascido (RN), criança, jovem e família, no decorrer dos seus processos de crescimento/desenvolvimento ou de saúde/doença.

A metodologia de projeto serviu de suporte à elaboração de projetos formativos individuais por cada contexto de estágio. Esta metodologia centra-se na análise e resolução de problemas reais, visando a sua posterior intervenção (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010). Para tal, foram desenvolvidas estratégias e ações, recorrendo a um conjunto de técnicas e procedimentos que permitiram “prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto” (Ruivo *et al.*, 2010, p.4), concentrando esforços e aproveitando recursos (Ruivo *et al.*, 2010). A análise e discussão dos processos de aprendizagem, bem como a reflexão sobre a ação na resolução de problemas novos em contexto multidisciplinar foram promovidas em contexto de orientação tutorial, o que permitiu analisar as soluções encontradas e as consequências das decisões tomadas, mostrando-se complementar à metodologia adotada.

O tema central e transversal aos diferentes contextos de estágio diz respeito ao conforto holístico da criança/jovem e família. Esta escolha resulta de um profundo interesse em querer

saber como confortar mais e melhor e da consciência de que para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, o enfermeiro deve ancorar-se em abordagens holísticas na prestação de cuidados. Este conceito, intrínseco à Enfermagem, está presente em diferentes concepções teóricas, tal como na desenvolvida por Kolcaba (2003). Na sua teoria, Kolcaba (2003) dá particular relevância aos aspetos físicos, “psicoespirituais”, socioculturais e ambientais do conforto, o que contribui para uma abordagem proativa e multifacetada do cuidado (Kolcaba & DiMarco, 2005). Não obstante, foram considerados os conceitos de Cuidados Centrados na Família (CCF) e de Parceria de Cuidados (PC), por serem conceitos basilares para a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) (Regulamento n.º 351/2015 de 22 de junho), visto competir-lhe, através da sua experiência e saberes científicos, o acompanhamento individualizado e holístico da criança/jovem inserida numa família.

Estruturalmente, o presente relatório inicia-se com um enquadramento teórico e conceptual dos termos considerados relevantes e norteadores para a prática de cuidados. Segue-se a apresentação de uma *Scoping Review* acerca dos cuidados de enfermagem promotores do conforto na criança hospitalizada. Posteriormente, aborda-se o percurso desenvolvido durante a realização dos estágios, dando especial enfoque aos objetivos delineados, atividades realizadas e resultados alcançados no que concerne às competências adquiridas e consolidadas. Por fim, realiza-se uma breve análise do percurso realizado, terminando com as referências bibliográficas que dão sustentação ao trabalho desenvolvido e com os apêndices considerados pertinentes para o presente percurso.

Para a referenciação bibliográfica foi utilizada a norma da *American Psychological Association* – 7.<sup>a</sup> edição.

## 1. Enquadramento Teórico e Conceptual

Neste primeiro capítulo, apresentam-se os conceitos considerados estruturantes do processo de aprendizagem desenvolvido ao longo do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Em primeiro lugar, enquadra-se teoricamente e conceptualmente o conceito de conforto à luz do referencial teórico proposto por Katharine Kolcaba (2003). De seguida, aborda-se, brevemente, os conceitos de CCF e de PC, considerados basilares para a prática do EEESIP (Regulamento n.º 351/2015 de 22 de junho).

### 1.1.O Conceito de Conforto em Enfermagem

Historicamente, a missão da enfermagem tem estado associada ao desconforto dos pacientes e às intervenções realizadas para o aliviar (Apóstolo & Kolcaba, 2009). As primeiras referências sobre o conforto surgem com Florence Nightingale (1860, 2005) em *Notas Sobre Enfermagem: O que é e o que não é*. Na sua obra, refere que o “alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada (...), nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia” (2005, p. 132). Salienta que, para “salvar vidas e melhorar a saúde e o conforto” (Nightingale, 2005, p.168), a enfermeira deverá desenvolver uma observação minuciosa da pessoa e do ambiente e tornar o alívio da dor e do desconforto uma prioridade. Assim, o conforto revelou-se um resultado desejável, bem como um objetivo de cuidados (Kolcaba & Kolcaba, 1991), representando a essência da prática de enfermagem (Novak, Kolcaba, Steine, & Dowd, 2001).

Esta perspetiva, devido à incapacidade curativa da medicina (Kolcaba, 2003), manteve-se ao longo da primeira metade do século XX (Apóstolo, 2009). Nas décadas de 60, 70 e início da década de 80, o conforto foi perdendo a sua centralidade, devido aos avanços tecnológicos que permitiram melhorar os cuidados curativos da medicina, às linhas orientadoras do ensino em enfermagem e ao desenvolvimento e implementação de modelos conceptuais em enfermagem (McIlveen & Morse, 1995). Só no final da década de 80, em consequência do

profundo desenvolvimento da Enfermagem, é que o conforto se tornou um conceito<sup>1</sup> estruturante da disciplina de Enfermagem e primordial objetivo da prática enquanto estratégia e resultado (Apóstolo, 2009). Para tal, contribuíram os esforços de diversas teóricas que integraram o conceito de conforto nas suas concepções, tais como: Watson, Roy, Orlando, Paterson e Zderad (Kolcaba, 1991), mas também Leininger, Morse e Kolcaba (Apóstolo, 2009). Atualmente está integrado em diferentes classificações e taxonomias, tais como a *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), a *Nursing Intervention Classification* (NIC), a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) ou a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®, 2019). Posto isto, pode considerar-se que o conforto possui um significado histórico, mas também contemporâneo (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Contudo, ao longo dos anos, a sua definição apresentou distintas formulações (Kolcaba, 1994), por condicionantes relativos à evolução histórica, política, social e religiosa da humanidade, bem como à evolução técnica e científica das ciências da saúde, especialmente da enfermagem (Apóstolo, 2009). Esta constatação reforça a ideia de Rodgers (1999) que considera os conceitos dinâmicos e sujeitos continuamente a transformações, refletindo uma “evolução cíclica, progressiva e influenciada pela significação, uso e aplicação” (Apóstolo, 2009, p.62).

As teorias de Morse e Kolcaba destacaram-se das demais, devido à profundidade com que trabalharam o conceito. Ambas concordam que a intervenção de enfermagem passa pela ação de confortar o paciente e que o conforto é o resultado dessa mesma intervenção (Apóstolo, 2009). No entanto, foi Kolcaba (1991) quem, pela primeira vez, operacionalizou o conceito de conforto e desenvolveu uma teoria de médio alcance<sup>2</sup> para a Enfermagem, designada por **Teoria do Conforto** (TC) (Kolcaba, 1994). Esta teoria enquadra-se no paradigma da transformação e na escola de pensamento do *Caring*, uma vez que possui uma abertura face ao mundo, numa perspetiva de unicidade de fenómenos e interação entre eles (Kérrouac *et al.*, 1996). Aqui, o enfermeiro constrói uma relação de “ser com” a pessoa, através de uma

---

<sup>1</sup> Simpson (2001) refere que um conceito representa uma “ideia ou construção mental elaborada acerca de um fenómeno” (Bouso, Poles, & Cruz, 2013, p.145) e que os conceitos interligam a teoria, a prática e a pesquisa (Mikkelsen & Frederiksen, 2010).

<sup>2</sup> As teorias, quer sejam de grande ou médio alcance, permitem organizar o pensamento de uma disciplina e influenciam a sua prática e pesquisa (Kolcaba, 2001). Enquanto as grandes teorias são abstratas, complicadas, afastadas da prática e dificilmente compreendidas, as teorias de médio alcance possuem menos conceitos e relacionamentos entre si, são concretas, adaptáveis a diferentes práticas e experiências e são construídas a partir de diversas fontes (Kolcaba, 2001). Assim, estas teorias são operacionalizáveis, permitem testar a relação entre os cuidados de Enfermagem e os resultados desejáveis; avaliar o impacto da Enfermagem nos resultados das preocupações das pessoas; compreender a produtividade dos enfermeiros de acordo com os resultados obtidos; e colaborar na formulação de políticas (Kolcaba, 2001).

relação de parceria (Kérouac *et al.*, 1996). Neste sentido, Kolcaba (2003) percebe a **TC** como algo que pressupõe uma avaliação intencional das necessidades de conforto do indivíduo, família ou comunidade para posterior intervenção e consequente avaliação da eficácia das medidas de conforto adotadas, comparando com uma linha de base prévia; a **pessoa** inclui um indivíduo, família ou comunidade, que necessita de um qualquer nível de cuidado de saúde; a **saúde** traduz-se num estado de funcionamento ideal, atendendo às necessidades de conforto e consoante a definição específica de cada indivíduo, família ou comunidade; e, por fim, o **ambiente**, que consiste num qualquer aspeto que pode afetar o conforto do indivíduo, família ou comunidade, podendo este ser manipulado pelo enfermeiro. Posto isto, a TC caracteriza-se por ser “humanista, holística e baseada nas necessidades do paciente” (Kolcaba, 2001, pg.86), tendo sido influenciada por diferentes perspetivas com níveis de abstração distintos, nomeadamente o holismo<sup>3</sup> (nível de maior abstração), as necessidades humanas<sup>4</sup>, a teoria das necessidades de Murray<sup>5</sup> e três teorias de enfermagem de médio alcance, nomeadamente de Orlando (1961/1990), de Henderson (1978) e de Paterson e Zderad (1976/1988) (Kolcaba, 2003).

Ao observar a prática de Enfermagem<sup>6</sup>, Kolcaba (2001), verificou que o conforto era um tema fundamental e incessantemente procurado pelos pacientes. Contudo, percebeu que o termo era frequentemente citado, mas não definido e que a sua utilização era variada, mas não esclarecida (Kolcaba, 2001). Este assumia diferentes formas, tais como: verbo, substantivo, gerúndio (confortando), adjetivo (confortável), processo ou resultado e podia estar no passado, presente ou futuro (Kolcaba, 2001). Há, ainda, quem o considerasse como negativo (ausência de desconforto recente), neutro (tranquilidade) e positivo (esperança) (Kolcaba & Wilson, 2002). Esta ambiguidade justificou uma análise de conceito através de uma extensa revisão da literatura em diferentes disciplinas, incluindo a Enfermagem, uma vez que, o seu significado era muito mais complexo e diferenciado do que aquilo que se podia apreender através da simples análise etimológica (Kolcaba, 2001; Kolcaba & Wilson, 2002). Da análise, sobressaíram seis significados que, posteriormente, foram agrupados em

---

<sup>3</sup> A pessoa humana é vista como uma unidade, “onde corpo, mente, espírito e ambiente são descritores das manifestações inter-relacionais da pessoa” (Burkhardt, 1989, citado por Kolcaba, 1991, p.239).

<sup>4</sup> As pessoas possuem necessidades de conforto, implícitas e explícitas, que extravasam as necessidades fisiológicas ou somáticas (Kolcaba, 201). Quando essas necessidades são satisfeitas, as pessoas sentem-se fortalecidas e motivadas para um desempenho no tratamento, reabilitação ou adesão a novos regimes de saúde mais significativo (Kolcaba, 2001).

<sup>5</sup> Teoria aplicável a pessoas em contexto de saúde que experienciem múltiplos estímulos geradores de *stress* (Kolcaba, 2001).

<sup>6</sup> Estágio indutivo da TC, caracterizado pelo raciocínio lógico. As generalizações ocorrem a partir de um número de instâncias específicas observáveis e de pressupostos que sustentam a prática (Kolcaba, 2001).

três estados específicos de conforto relevantes para a Enfermagem. Balizar o conceito de conforto nestes três estados, revelou-se essencial para a operacionalização do conceito e, assim, tornar a comunicação precisa e facilitada entre todos (Kolcaba & Kolcaba, 1991). Os três estados de conforto são: o alívio, a tranquilidade e a transcendência (Kolcaba, 1991) e juntos formam uma das dimensões do conforto (Kolcaba, 1994). Cada estado relaciona-se positivamente com o desempenho e implica uma componente de fortalecimento (Kolcaba, 1994). Estes podem ser contínuos, sobrepostos e interdependentes (Kolcaba, 1994).

O **alívio** consiste no estado de ter uma necessidade específica de conforto satisfeita (Kolcaba, 2003)<sup>7</sup>. Esta sensação única implica a existência de um estado prévio de desconforto no qual o paciente é aliviado (Kolcaba, 1991), levando a um célere restabelecimento do seu funcionamento normal (Apóstolo & Kolcaba, 2009) ou a uma morte serena (Kolcaba, 1994). Este pode ser incompleto (um dos desconfortos é aliviado), parcial (obtido algum grau de alívio) ou temporário (Kolcaba, 1991; Kolcaba & Kolcaba, 1991). A **tranquilidade** traduz-se num estado de calma ou contentamento (Kolcaba, 2003)<sup>8</sup>. Não necessita de um estado prévio de desconforto, mas pressupõe atenção na deteção atempada de riscos de desconfortos específicos (Kolcaba & Wilson, 2002; Apóstolo & Kolcaba, 2009) ou de condições que o derrotem, tal como a dor ou a tristeza (Kolcaba & Kolcaba, 1991). Consiste num estado duradouro, positivo (Kolcaba, 1991) e essencial para o desempenho eficiente (Apóstolo & Kolcaba, 2009). A **transcendência** (também designado de renovação) caracteriza-se por ser um estado em que o paciente supera os problemas ou a dor (Kolcaba, 2003)<sup>9</sup>. É um estado diferente dos restantes por exigir um esforço intencional/desempenho extraordinário, bem como, um abandono de preocupações como a dor, incapacidade ou qualquer outra dificuldade (Kolcaba, 1991). Permite alcançar um novo e estável normal relativamente a uma qualquer necessidade específica, através da motivação e inspiração (Boudiab & Kolcaba, 2015). As intervenções transcendentais tendem a ser mais eficazes caso sejam realizadas por pessoas significativas ao paciente (ex. família), pese embora os enfermeiros mantenham o encorajamento/motivação (Kolcaba e DiMarco, 2005) ao longo de todo o processo. Quando o alívio pleno não é possível, o enfermeiro intervém no sentido de proporcionar tranquilidade ou transcendência (Kolcaba, 2003).

---

<sup>7</sup> Termo sintetizado a partir do trabalho de Orlando (1961/1990), que refere que os enfermeiros devem aliviar as necessidades expressas pelos doentes (Kolcaba, 2015).

<sup>8</sup> Termo sintetizado a partir do trabalho de Henderson (1978), que refere que o ser humano necessita ver satisfeitas catorze necessidades básicas, por forma a manter a homeostase (Kolcaba, 2015).

<sup>9</sup> Termo sintetizado a partir do trabalho de Paterson e Zderad (1976), que refere que os doentes podem superar as suas dificuldades com o auxílio dos enfermeiros (Kolcaba, 2015).

A segunda dimensão do conforto, refere-se aos contextos onde este ocorre, nomeadamente: físico, “psicoespiritual”, ambiental e sociocultural (Kolcaba, 2015).<sup>10</sup> O contexto **físico** refere-se às “sensações corporais, mecanismos homeostáticos, função imunológica”, entre outros (Kolcaba, 2015, p.383). Abarca aspetos que afetam o estado físico das pessoas (como o descanso e relaxamento, níveis de eliminação e hidratação, equilíbrio hidroelectrolítico ou oxigenação celular) (Kolcaba, 2003). O contexto “**psicoespiritual**” é relativo à “consciência interna de si mesmo, incluindo estima, identidade, sexualidade, significado na vida e relacionamento com uma ordem ou ser superior” (Kolcaba, 2015, p.383). Este contexto assume as componentes mental, emocional e espiritual, visto que as experiências nestes âmbitos são difíceis de dissociar, encontrando-se frequentemente sobrepostas (Kolcaba, 2003). O contexto **ambiental** refere-se ao “contexto externo da experiência humana (temperatura, luz, som, odor, cor, mobiliário, paisagens, entre outros)” (Kolcaba, 2015, p.383). É um contexto determinante para a promoção do conforto físico e das funções cognitivas (Kolcaba, 2003). O enfermeiro manipula o ambiente de modo a aumentar o conforto em detrimento da pessoa (Kolcaba, 2003). Por fim, o contexto **sociocultural**, refere-se às “relações interpessoais, familiares e sociais (finanças, educação, profissionais de saúde, entre outros), mas também às tradições familiares, rituais e práticas religiosas” (Kolcaba, 2015, p383).

Quando os três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) são justapostos aos quatro contextos da experiência humana (físico, “psicoespiritual”, ambiental e sociocultural), surge uma **estrutura taxonómica** (ET) composta por doze facetas (Kolcaba & DiMarco, 2005). Cada faceta, representa as necessidades específicas que os pacientes vivenciam (Kolcaba, 1991), sendo o conforto total maior do que a soma das suas partes (Kolcaba & Wilson, 2002). A magnitude dos efeitos, diretos e indiretos, é maior do que os efeitos alcançados quando abordados aspetos individuais (Kolcaba, 1994). A ET orienta a intervenção do enfermeiro de modo a satisfazer as necessidades (por vezes crónicas e inter-relacionais) insatisfeitas, fornecer métodos de avaliação das intervenções adotadas com vista à identificação das melhores práticas e políticas e, por fim, criar/modificar questionários de conforto para questões de pesquisas específicas ou populações específicas (Boudiab & Kolcaba, 2015).

---

<sup>10</sup> Termos derivados da literatura de enfermagem sobre o holismo (Kolcaba, 1994).

A TC tem sido aplicada em diversos contextos da prática clínica, incluindo na área da saúde da criança/jovem e família (Kolcaba & DiMarco, 2005; Chandra, Raman & Kolcaba, 2016; Marchuck, 2016; Lafond, Bowling, Fortkiewicz, Reggio & Hinds, 2019). Nestes estudos, foram identificadas necessidades físicas como a imobilidade (Kolcaba & DiMarco, 2005; Marchuck, 2016; Lafond, *et al.*, 2019), a dor (Kolcaba & DiMarco, 2005; Chandra, *et al.*, 2016; Marchuck, 2016; Lafond, *et al.*, 2019), a sede, a febre (Chandra, *et al.*, 2016), a sonolência ou a fadiga (Lafond, *et al.*, 2019) passíveis de serem aliviadas, tranquilizadas ou transcendidas por intermédio de intervenções que promovam a alternância de decúbito (Kolcaba & DiMarco, 2005; Marchuck, 2016; Lafond, *et al.*, 2019), de um eficaz controlo da dor por medidas farmacológicas e não farmacológicas ou aplicação de técnicas de respiração/relaxamento (Kolcaba & DiMarco, 2005; Chandra, *et al.*, 2016; Marchuck, 2016; Lafond, *et al.*, 2019), da possibilidade de molhar os lábios na presença de sede ou da otimização do meio ambiente relativamente à temperatura na presença de febre ou do ruído na presença de sonolência/fadiga (Chandra, *et al.*, 2016; Lafond, *et al.*, 2019). Foram, também, identificadas necessidades “psicoespirituais” como ansiedade (Kolcaba & DiMarco, 2005; Chandra, *et al.*, 2016; Marchuck, 2016; Lafond, *et al.*, 2019), medo (Chandra, *et al.*, 2016; Lafond, *et al.*, 2019) ou expressão da fé/oração (Lafond, *et al.*, 2019), tendo sido prestado apoio psicológico (Kolcaba & DiMarco, 2005; Chandra, *et al.*, 2016; Marchuck, 2016; Lafond, *et al.*, 2019), espiritual (Marchuck, 2016; Lafond, *et al.*, 2019) ou incentivada a realização de memórias/diários (Marchuck, 2016; Lafond, *et al.*, 2019). As necessidades ambientais como o ruído (Kolcaba & DiMarco, 2005; Chandra, *et al.*, 2016; Marchuck, 2016; Lafond, *et al.*, 2019), o frio (Kolcaba & DiMarco, 2005; Marchuck, 2016; Lafond, *et al.*, 2019), a luminosidade intensa (Kolcaba & DiMarco, 2005; Marchuck, 2016) ou a falta de privacidade (Marchuck, 2016) foram acauteladas através da redução de estímulos ambientais e da promoção de um ambiente calmo/agradável (Chandra, *et al.*, 2016; Marchuck, 2016; Lafond, *et al.*, 2019) ou promovendo a privacidade através de cortinas (Kolcaba & DiMarco, 2005; Lafond, *et al.*, 2019). Por fim, as necessidades socioculturais, de onde se destacam as relativas à ausência de familiares/pessoas significativas (Kolcaba & DiMarco, 2005; Chandra, *et al.*, 2016; Marchuck, 2016; Lafond, *et al.*, 2019) ou ausência de cuidados culturalmente sensíveis (Kolcaba & DiMarco, 2005) foram tidos em consideração no momento em que se incentivou o envolvimento das figuras de referência nos cuidados à criança/jovem (Kolcaba & DiMarco, 2005; Chandra, *et al.*, 2016; Marchuck, 2016; Lafond, *et al.*, 2019) ou nos momentos em que se providenciou uma comunicação eficaz/informação preparatória realista acerca da situação clínica e prognóstico, recorrendo a tradutor se assim

se justificasse (Kolcaba & DiMarco, 2005; Lafond, *et al.*, 2019). Nestes estudos é possível validar que o conforto holístico é um conceito sustentado por evidência científica, que simboliza mais do que apenas o alívio da dor e que envolve cuidar da pessoa como um todo. Observa-se que, usando a ET da TC, a prestação de cuidados se torna individualizada, eficiente, holística e terapêutica (Kolcaba, 2015), representando o conforto um estado dinâmico, sujeito a mudanças rápidas, que podem ser positivas ou negativas (Kolcaba & DiMarco, 2005). Posto isto, Kolcaba (1994) definiu conforto como: “a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade ou transcendência decorrentes de situações de saúde stressantes” (1994, p.1178) e, mais tarde, como “a experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos de experiência humana (físico, “psicoespiritual”, sociocultural e ambiental)” (Kolcaba, 2003, p.251). O conforto é mais do que a ausência de dor e este pode ser aumentado, mesmo quando a dor não é integralmente tratada, por meio de atenção à transcendência (Kolcaba & Wilson, 2002). O conforto aprimorado implica aumento da esperança e da confiança e diminui a probabilidade de complicações relacionadas à ansiedade do paciente (Kolcaba & Wilson, 2002).

Existem três **pressupostos básicos** que sustentam a TC, designadamente: os seres humanos possuem respostas holísticas perante estímulos complexos; o conforto é um resultado desejável, holístico e importante para a Enfermagem; e, os seres humanos empenham-se de forma ativa por satisfazer ou por terem satisfeitas as suas necessidades básicas de conforto, requerendo, por vezes, a colaboração do enfermeiro (Kolcaba, 1994)<sup>11</sup>.

De modo a operacionalizar a TC, a autora definiu uma matriz conceptual do conforto (Kolcaba, 2001)<sup>12</sup>, onde incluiu os conceitos de necessidades de cuidados de saúde; intervenções de enfermagem; variáveis intervenientes; conforto (Kolcaba, 2001); comportamentos de procura de saúde (*Health Seeking Behaviors* – HSBs); e integridade institucional (Kolcaba, 2015).

---

<sup>11</sup> Os restantes pressupostos consideram que os pacientes variam consideravelmente nas suas necessidades ou desejos por certos níveis de conforto; que a prevenção dos desconfortos é mais fácil de tratar; que nas situações inevitáveis de desconforto (ex. caos ambiental), os pacientes e/ou famílias podem ser ajudados a vivenciar transcendência parcial ou completa por meio de intervenções de conforto que transmitam esperança, carinho e suporte para ultrapassar as suas dificuldades; que a teoria oferece eficientemente uma forma de padronizar a assistência e a comunicação entre todos os intervenientes, incluindo a equipa multidisciplinar; e que os enfermeiros são o primeiro elo com a normalidade, facilitando um ambiente educacional essencial para a recuperação (Kolcaba & Wilson, 2002; Kolcaba & DiMarco, 2005)

<sup>12</sup> Estágio dedutivo da TC, caracterizado pelo raciocínio lógico. O conceito de conforto relaciona-se com outros conceitos de modo a construir a teoria (Kolcaba, 2001).

As **necessidades de cuidados de saúde** traduzem-se em necessidade de conforto, decorrentes de situações geradoras de *stress* ao nível da assistência à saúde, que podem não ser atendidas pelos sistemas tradicionais de apoio aos recetores (Kolcaba, 2015). Assim, estas necessidades emergem após um estímulo gerar uma tensão negativa (Kolcaba, 1994). Essa tensão desequilibra o paciente quando as forças obstrutivas (inclui efeitos secundários da doença ou tratamento, experiências ambientais e sociais nocivas ou ameaçadoras e sensações emocionais como o medo, ansiedade, impotência ou solidão) superam as forças facilitadoras (Kolcaba, 1994). Após identificadas as necessidades de saúde do paciente, o enfermeiro intervém no sentido de as colmatar, gerando uma tensão no sentido positivo (Kolcaba, 1994). O conforto instala-se quando as tensões positivas superam as tensões negativas, devendo o enfermeiro avaliar de forma objetiva/subjetiva os resultados obtidos com as intervenções realizadas (Kolcaba, 1994). As necessidades de cuidados ocorrem nos quatro contextos da experiência humana (Kolcaba, 2015) e algumas podem não ser resolvidas na sua totalidade, cabendo ao enfermeiro ou família ajudar o paciente a superá-las de forma transcendental (Boudiab & Kolcaba, 2015).

As **intervenções de conforto** ou medidas de conforto, são ações intencionais destinadas a atender às necessidades específicas de conforto dos pacientes ou familiares (Kolcaba, 2015) que subsistem após as reservas destes se esgotarem, devido às forças obstrutivas (Kolcaba, 1994). Estas intervenções podem ser de três tipos: *standard* (intervenções interdependentes ou aplicadas por intermédio de protocolos de Enfermagem, que visam a homeostasia ou o controlo da dor); *coaching* (ações de Enfermagem para aliviar a ansiedade, fornecer segurança e informação, promover a esperança, apoio e escuta ativa) e *comfort food for the soul* (intervenções de Enfermagem especiais, holísticas e mais demoradas, tais como a massagem, imaginação guiada ou musicoterapia) (Kolcaba & Wilson, 2002; Kolcaba, 2015). Os dois últimos tipos de intervenções exigem consideravelmente mais experiência e confiança por parte dos profissionais. Contudo, são as que os pacientes mais se recordam após uma experiência de *stress* (Kolcaba, 2015).

As **variáveis intervenientes** influenciam a perceção de conforto dos recetores (Kolcaba & Wilson, 2002; Kolcaba, 2015) e são dificilmente influenciadas pelos enfermeiros (Kolcaba, 2015). Incluem aspetos como a idade, a atitude, as experiências passadas, o estado emocional, o sistema de apoio, o prognóstico, a educação, a formação cultural e a totalidade dos elementos da experiência (Kolcaba & Wilson, 2002; Kolcaba, 2015).

O conforto percecionado fortalece os seus destinatários a envolverem-se em **HSBs** (Kolcaba & DiMarco, 2005). Termo desenvolvido por Schlotfeldt (1975), que representa os resultados

subsequentes relacionados à procura de saúde (Kolcaba, 2015). Estes podem ser internos (a nível celular ou órgão), externos (relacionado com o mundo exterior) ou uma morte pacífica (Kolcaba, 1994). Devem ser definidos e priorizados com a pessoa e família, cabendo ao enfermeiro colaborar em todo o processo (Boudiab & Kolcaba, 2015). O conforto possui uma relação de reciprocidade com os HSBs (Kolcaba, Tilton, & Drouin, 2006) e estes associam-se a resultados institucionais desejáveis, pois permitem a redução de custos, o aumento da satisfação do paciente, da família e dos enfermeiros, a redução das taxas de readmissão e o aumento das altas precoces (Kolcaba & Wilson, 2002).

A **integridade institucional** corresponde a “corporações, comunidades, escolas, hospitais, regiões, Estados e países que possuem qualidades de serem completos, inteiros, sólidos, corretos, atraentes, éticos e sinceros” (Kolcaba, 2015, p.385). Quando a instituição é íntegra, sustenta a sua ação em evidência científica e pode, também, produzir valiosas evidências, quer ao nível das práticas (intervenções de saúde que produzem melhores resultados para o paciente e família), quer ao nível das políticas (institucionais ou regionais, que podem ir desde protocolos básicos para procedimentos e condições médicas, até sistemas de acesso a prestação de cuidados de saúde) (Kolcaba, 2015). Posto isto, o conforto pode ser considerado como um indicador de valor agregador, uma vez que representa o que os pacientes e familiares desejam e necessitam durante as suas experiências de assistência à saúde, mas também o que os profissionais de saúde desejam proporcionar aos pacientes e familiares (Boudiab & Kolcaba, 2015).

Em suma, os enfermeiros utilizam a ET da TC para identificar as necessidades de conforto dos pacientes e/ou familiares que não foram satisfeitas pelos sistemas de apoio tradicionais (Boudiab & Kolcaba, 2015) e projetar as intervenções que colmatam essas necessidades, tendo em consideração as variáveis intervenientes e o acordo mútuo sobre os resultados razoáveis imediatos e/ou subsequentes (HSBs) (Kolcaba, 2001). Quando o conforto é melhorado (deve ser avaliado tendo em consideração uma linha de base prévia), os pacientes sentem-se fortalecidos e envolvem-se em HSBs, o que leva a um aumento da satisfação dos pacientes, familiares e enfermeiros com os cuidados de saúde e a um aumento da integridade institucional (Kolcaba, 2001; Boudiab & Kolcaba, 2015).

Embora a ambiguidade, associada ao conceito do conforto tenha reduzido com os contributos de Kolcaba (2003), permanece a ideia de que o conforto é um conceito multidimensional e que significa coisas diferentes, para pessoas diferentes (Hamilton, 1989, citado por K. Kolcaba & R. Kolcaba, 1991). Assim, capturar todos os aspetos que o conceito apresenta num qualquer instrumento é uma tarefa difícil (Kolcaba & Steiner, 2000). No entanto, não

deixa de ser essencial para compreender o impacto das intervenções de Enfermagem nos resultados desejados (Novak *et al*, 2001). Estão disponíveis diferentes instrumentos que possibilitam uma avaliação objetiva/subjetiva do estado de conforto. Estes devem estar de acordo com o desenvolvimento cognitivo do paciente a quem é aplicado, ter em consideração o ambiente da prática de cuidados, das necessidades de conforto clínico e do propósito da medição (prático ou de pesquisa) e devem ser usados testes psicométricos para a sua validação (Kolcaba & DiMarco, 2005). Sempre que seja possível, é preferível a utilização de instrumentos que permitam o autorrelato do paciente acerca do seu próprio conforto (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Dos instrumentos existentes destaco as escalas visuais analógicas do conforto, por representarem de forma mais eficaz a singularidade de cada paciente, bem como a riqueza do conceito, em comparação com os questionários tradicionais (Kolcaba & Steiner, 2000); o *Comfort Behaviors Checklist* por permitir avaliar os aspetos positivos do conforto através da observação do comportamento da criança, tornando-se uma escala mais holística e congruente com a TC (Kolcaba & DiMarco, 2005); e as Margaridas do Conforto para Crianças, composta por quatro flores com diferentes expressões faciais que permitem à criança identificar o seu próprio estado (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Cuidar através do conforto é satisfatório para enfermeiros, pacientes e familiares; é natural, devido à familiaridade que cada enfermeiro apresenta com o conceito; é sensível à enfermagem, pois as suas ações estão direcionadas explicitamente ao conforto total do paciente; é científico ao envolver conhecimentos e habilidades específicas da Enfermagem; é eficiente, uma vez que algumas intervenções de carácter holístico podem ser realizadas num único encontro; é de fácil projeção e implementação; é realista, pela possibilidade de comparação entre estados de conforto; é centrado no paciente; e é uma construção transcultural (Kolcaba, 1995). Podemos depreender, dos benefícios elencados, que o conforto está intimamente associado à disciplina, bem como à profissão de Enfermagem. Pese embora represente um resultado desejável, positivo e holístico (Kolcaba & DiMarco, 2005), existem situações, como as que decorrem do processo de hospitalização, que o levam a estar constantemente ameaçado.

## 1.2. Conceitos basilares para a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Em primeiro lugar, importa realçar o âmbito da intervenção do Enfermeiro para posterior enquadramento da especificidade do EEESIP. Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, plasmado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro e alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, o enfermeiro cuida do “ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quando possível” [Ordem dos Enfermeiros (OE), 2015, p.99]. Para o efeito, são reunidos um conjunto de conhecimentos (Vieira, 2009) a nível científico, técnico e humano, considerados essenciais “para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidades, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” (OE, 2015, p.99). Assim sendo, e atendendo à abrangência da prestação de cuidados do Enfermeiro, é “indispensável saber quem é o outro que está aos meus cuidados, quais as suas capacidades e limites de crescimento e, (...) como posso ajudá-lo a crescer e a realizar-se” (Vieira, 2009, p. 115).

Ao EEESIP compete a prestação de cuidados numa “(...) fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade” (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho, p.19192), excetuam-se as situações de doença crónica, incapacidade e deficiência, que podem justificar o acompanhamento por parte deste especialista para além dos 18 anos, isto é, até à adequada transição para a vida adulta (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho). A sua intervenção decorre em “parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre” (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho, p.19192) e é utilizado “um modelo conceptual centrado na criança e família” (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho, p.19192). Neste sentido, a criança é percecionada “como um todo, inserida na sua família e comunidade” (Nunes, 2020, p. 69) e este binómio, criança e família, torna-se beneficiário dos cuidados do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho). Este, presta “cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (Regulamento 351/2015 de 22 de junho, p. 16661). É mediante o exposto, que se identificam os conceitos de CCF e de PC como norteadores da prática do EEESIP.

O CCF é um conceito globalmente relevante (Mikkelsen & Frederiksen, 2010), considerado como “padrão de ouro” para muitas instituições internacionais de cuidados (Feeg *et al.*, 2016), dado que se reconhece a família como fonte fundamental de apoio para a promoção da saúde (Mikkelsen & Frederiksen, 2010). Para o Institute for Patient-and Family-Centered Care (2017) o CCF é uma abordagem para o planeamento, prestação e avaliação de cuidados de saúde que se baseia em parcerias mutuamente benéficas entre pessoas, famílias e profissionais de saúde. Pode ainda ser considerado como uma forma de cuidar da criança e família, dentro das instituições de saúde, garantindo o planeamento de cuidados à criança/pessoa individual, mas também a toda a família, reconhecendo-os como destinatários de cuidados (Shields, 2009). Nesta conceção, acredita-se que o que acontece à criança afeta, invariavelmente, toda a família (Shields, 2009).

Esta filosofia de cuidados assenta em quatro conceitos fundamentais, sendo eles a dignidade e respeito (pelas perspetivas e escolhas da pessoa/família, incorporando os seus conhecimentos, valores, crenças e cultura no planeamento e prestação de cuidados); o compartilhamento de informação (através de informações completas, precisas e imparciais com a pessoa/família, facilitando a tomada de decisão relativa aos cuidados); a participação (a pessoa/família é incentivada e apoiada a participar nos cuidados e tomada de decisão, de acordo com o seu desejo); e a colaboração (entre pessoa/família, profissionais de saúde, entre outras, no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e programas) (Institute for Patient-and Family-Centered Care, 2017).

Por isso, pressupõe, segundo o Institute for Patient-and Family-Centered Care (2005), citado por Shields (2009), que se reconheça a família como uma constante na vida da criança; que a colaboração entre pais e profissionais de saúde, em todos os níveis de cuidados, seja facilitada; que a diversidade racial, étnica, cultural e socioeconómica das famílias seja honrada; que os pontos fortes, a individualidade e os diferentes métodos de enfrentamento sejam reconhecidos; que as informações completas e imparciais sejam compartilhadas continuamente entre todos; que o apoio e o trabalho em rede entre famílias seja incentivado e facilitado; que as necessidades de desenvolvimento da criança e família sejam atempadamente respondidas; que as políticas e práticas de apoio emocional e financeiro às famílias sejam adotadas; e que os cuidados de saúde flexíveis, culturalmente competentes e que respondem às necessidades da família sejam concebidos.

Considerando que o enfermeiro age no melhor interesse da criança (Feeg *et al.*, 2016) é exigido que este possua boas habilidades de negociação e comunicação (Shields, 2009; Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020), bem como uma “atitude e prática de respeito,

colaboração e de apoio” (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020, p.29) para que de uma forma igualitária com a família se tomem decisões relativamente ao planeamento e prestação de cuidados à criança (Corlett & Twycross, 2005). É no diálogo que o delineamento de objetivos colaborativos ocorre (Feeg *et al.*, 2016) e o planeamento e envolvimento da família nos cuidados é negociado, reconhecendo o contexto dinâmico de negociação e das necessidades que a família e a criança apresentam (Sousa, Antunes, & Carvalho, 2012).

A PC tem sido “(...) frequentemente mencionada como um dos atributos centrais” (Monteiro & Cerqueira, 2020, p.33) do CCF, por promover o desenvolvimento global da criança, bem-estar familiar e sentido de unidade (Mendes & Martins, 2012). Anne Casey (1998) propõe, pela primeira vez, um modelo de PC para a enfermagem pediátrica que se fundamenta “no respeito e valor da experiência dos pais nos cuidados aos seus filhos” e sustenta “em crenças e valores que defendem que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança”, cabendo ao enfermeiro nesta parceria fornecer os “cuidados relacionados com as necessidades de saúde” (Monteiro & Cerqueira, 2020, p.34) através de aconselhamento, orientação, apoio (físico e psicológico) e criação de um ambiente propício ao desenvolvimento (Monteiro & Cerqueira, 2020). Assim, o enfermeiro cria oportunidades e meios para a capacitação da família no desenvolvimento de novas habilidades e competências, mas também no aperfeiçoamento das existentes (Monteiro & Cerqueira, 2020), tornando-os gestores proficientes nos cuidados aos seus filhos e autónomos para a tomada de decisão informada em distintos domínios do percurso assistencial (Regulamento n.º 351/2015 de 22 de junho). O empoderamento que daí advém, permite que as famílias “mantenham ou adquiram confiança, autoestima, conhecimento e poder para assumir o controlo da sua vida e reconhecer as mudanças positivas que resultam de comportamentos de ajuda promotores das suas próprias forças, habilidades e ações” (Monteiro & Cerqueira, 2020, p.34). A capacitação e o empoderamento permitem que os pais se envolvam “na prestação de cuidados de acordo com a sua vontade, disponibilidade e perícia” (Monteiro & Cerqueira, 2020, p.34). Com o envolvimento destes, garante-se o afeto, segurança e apoio à criança, o que contribui para a minimização dos efeitos negativos/devastadores que a doença/hospitalização representam para a criança e sua família (Monteiro & Cerqueira, 2020).



## **2. Cuidados de Enfermagem Promotores do Conforto na Criança/Jovem Hospitalizada: *Scoping Review***

Neste segundo capítulo, apresentam-se os resultados de uma *Scoping Review* acerca dos cuidados de enfermagem promotores do conforto na criança/jovem hospitalizada.

### **2.1. Introdução**

O internamento hospitalar caracteriza-se por ser um ambiente seguro e curativo para todos aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade imposta pela doença (Rokach, 2016). Representa um local terminante para o restabelecimento da saúde, mas também gerador de um intenso *stress* físico e emocional (Rokach, 2016). Assim, a hospitalização pode traduzir-se numa situação de crise *major* para a vida de qualquer indivíduo (Chandra *et al.*, 2016), sendo as crianças, provavelmente, o grupo populacional mais suscetível aos seus efeitos (Carmo, Rocha, Bentes, & Soares, 2020). Estes eventos podem converter-se na primeira crise com que a criança se defronta, encarando-os de forma potencialmente traumática (Rokach, 2016; Tavares, 2020; Fernandes, 2020) e com efeitos psicológicos potencialmente persistentes (Carmo *et al.*, 2020).

A propensão das crianças para o desenvolvimento de efeitos adversos em consequência da doença e da hospitalização decorre das experiências de vida limitadas, da dependência face às figuras de referência, das limitações cognitivas e emocionais características do seu processo desenvolvimental (Rokach, 2016) e da rutura com os padrões normais de vida (Carmo *et al.*, 2020). Mediante o exposto, as crianças tendem a sentir medo (do desconhecido, da morte, da dor e da lesão corporal), descontrolo da situação, ansiedade, dependência, solidão, frustração, zanga, tristeza ou aborrecimento (Rokach, 2016; Tavares, 2020; Fernandes, 2020), mas também tendem a manifestar alterações comportamentais como choro, regressão ao nível das competências adquiridas, cooperação ou resistência, birras, agressividade, privação de sono e desequilíbrios alimentares (Kennedy *et al.*, 2004). As respostas emocionais e/ou comportamentais são muitas vezes expectáveis tendo em consideração o estágio desenvolvimental em que a criança se encontra (Kennedy, 2004) e podem ser mais graves do que a própria doença (Chandra *et al.*, 2016). A intensidade das

reações depende, entre outros fatores, das seguintes variáveis intervenientes: idade, género, experiências de saúde anteriores, estilo parental de *coping*, composição e dinâmica familiar, gravidade da doença atual, condição socioeconómica da família, cultura ou sistemas de apoio disponíveis (Carmo *et al.*, 2020; Tavares, 2020).

Assim, para que estas se envolvam em HSBs e se sintam fortalecidas/capazes de lidar com as adversidades, é vital que estejam integradas num ambiente de cuidados seguro e estável, bem como rodeadas de amor e suporte concedido pelas figuras de referência (Rokach, 2016), ou seja, num ambiente onde “as necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência” (Kolcaba, 2003, p.251) se encontram satisfeitas nos quatro “contextos de experiência (físico, “psicoespiritual”, sociocultural e ambiental)” (Kolcaba, 2003, p.251). Depreende-se do referido anteriormente que proporcionar conforto à criança hospitalizada representa uma prática de cuidados complexa (Soares, Silva, & Louro, 2019), porém exequível. Para que o processo de enfermagem ocorra, este deve alicerçar-se em teorias operacionalizáveis (Herdman, Kamitsuru, & Lopes., 2021), tal como a TC.

Por essa razão, foi realizada uma pesquisa preliminar na *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *Cochrane Library*, MEDLINE, CINAHL e PROSPERO (publicado ou em construção) a comprovar a inexistência de revisões acerca do conforto à criança hospitalizada numa vertente holística. Da pesquisa realizada, salienta-se que o conceito de conforto tem vindo a ser estudado com maior enfoque na população adulta, ao invés da pediátrica. Quando estudada em pediatria, esta acontece concretamente numa determinada faixa etária (ex. neonatal) ou em condições de saúde específicas (ex. cuidados paliativos). São diversos os estudos a comprovar a eficácia de determinadas intervenções, essencialmente relacionadas com o alívio da dor. Considerando que o conforto suplanta o alívio da dor, urge realizar uma *Scoping Review* onde seja possível analisar de forma holística o fenómeno do conforto neste grupo populacional e, assim, mapear e resumir as evidências atualmente disponíveis (Peters *et al.*, 2020). Foi definido o seguinte objetivo geral: Mapear a evidência científica disponível acerca dos cuidados de enfermagem promotores do conforto na criança hospitalizada.

## 2.2. Questão de Revisão

Questão geral: Quais os cuidados de enfermagem promotores do conforto na criança hospitalizada? (com base na mnemónica PCC - População, Conceito e Contexto).

Questões secundárias: Quais os diagnósticos de enfermagem no âmbito do conforto da criança hospitalizada? Quais as intervenções de enfermagem no âmbito do conforto na criança hospitalizada?

### 2.3. Critérios de Inclusão

Participantes: Esta revisão considerou os estudos cujo foco fosse o conforto de crianças, definidas como: “todo o ser humano menor de 18 anos” (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2019, p.8), que se encontrem hospitalizadas, independentemente do género ou condição de saúde.

Conceito: Esta revisão considerou os estudos que explorassem o conceito de conforto, definido como: “a experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos de experiência humana (físico, “psicoespíritual”, sociocultural e ambiental)” (Kolcaba, 2003, p.251).

Contexto: Esta revisão considerou os estudos que implicassem internamento em contexto hospitalar, bem como situações de urgência/emergência, por serem locais onde o conforto é facilmente colocado em causa (Carmo *et al.*, 2020).

Tipos de fontes: Esta revisão considerou os estudos de natureza qualitativa, quantitativa, métodos mistos, revisões sistemáticas e literatura cinzenta no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

### 2.4. Métodos

Esta revisão foi conduzida de acordo com a metodologia proposto por *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters *et al.*, 2020) para *Scoping Review*, tendo ido elaborado previamente um protocolo. A revisão foi desenvolvida em maio de 2021.

Estratégia de pesquisa: Foi realizada uma pesquisa inicial na MEDLINE (via PubMed) e CINAHL (via EBSCO) para identificar artigos relevantes acerca do tema. De seguida foram analisadas as palavras contidas no título e resumo, bem como os termos indexados, visando o posterior desenvolvimento das equações de pesquisa para cada fonte de informação.<sup>13</sup> As listas de referências dos artigos incluídos na revisão foram analisadas para artigos adicionais. As bases de dados pesquisadas incluíram: MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Plus Collection (inclui Central Register of Controlled Trials, Database of Systematic Reviews, Methodology Register e Clinical Answers), MedicLatina e literatura cinzenta no RCAAP. Artigos

---

<sup>13</sup> Ver Apêndice I

publicados em português, espanhol e inglês foram incluídos. Não foi definido friso temporal, de modo a obter uma visão abrangente do fenómeno em causa e, assim, tornar a presente *Scoping Review* mais elucidativa.

Seleção de Estudos: Após pesquisa, os artigos identificados foram recolhidos e enviados para Mendeley V1.19.8 (Mendeley Ltd., Elsevier, Netherlands). As duplicações foram removidas pela plataforma informática, seguindo-se uma dupla validação por dois revisores independentes. Os mesmos selecionaram os artigos através da leitura dos títulos e resumos, de acordo com os critérios definidos. Nas situações de dúvida, após leitura do título e resumo, os artigos foram recuperados e analisados integralmente pelos dois revisores independentes, resolvendo as divergências pelo diálogo. Foram excluídos os artigos em que a população compreendesse uma idade superior a 18 anos; em que as intervenções compreendessem medidas farmacológicas para o alívio do desconforto; e em que o contexto fosse os serviços de apoio domiciliário, internamento em rede de cuidados continuados, consultas externas, serviços de medicina física e reabilitação e serviços de terapia ocupacional. A pesquisa encontra-se sistematizada sob a forma de diagrama de fluxo, denominado de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR).

Extração e apresentação de dados: Os dados foram extraídos consoante ferramenta de extração de dados redigida previamente em protocolo. Os dados recolhidos respondem ao objetivo e questões de revisão. Os resultados e discussão serão expostos sob a forma tabelar e narrativa.

## 2.5. Resultados e Discussão

Inclusão dos estudos: Foram identificados 1291 estudos. Destes, 46 foram removidos por se encontrarem duplicados dentro da mesma base de dados. Dos 1245 que subsistiram, 341 foram excluídos por se encontrarem duplicados entre diferentes bases de dados, restando 904 estudos que foram sujeitos a triagem consoante os critérios de elegibilidade. Nesta fase, 652 estudos foram removidos pela leitura do título, 184 pela leitura do resumo e 9 pela sua língua. Dos restantes 59 artigos, 41 foram excluídos (13 em relação à população, 12 ao conceito, 8 ao contexto e 8 por contemplarem intervenções farmacológicas). Posto isto, foram incluídos 18 estudos. O fluxograma PRISMA-ScR descreve o fluxo de decisão apresentado.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Ver Apêndice II

Características dos estudos incluídos: Os estudos incluídos foram caracterizados<sup>15</sup> relativamente aos autores, ano de publicação, país de filiação dos autores, objetivo, tipo de estudo, participantes e contexto. Podemos verificar que o estudo mais antigo ocorreu em 1995 e o mais recente em 2021. 67% dos estudos ocorreram nos últimos 10 anos. De um modo geral, verificamos que o interesse pelo fenómeno do conforto é transversal a diferentes culturas, este encontra maior expressão no Brasil, China e EUA. Esta constatação valida a dimensão transcultural que o conceito apresenta. Mais de 80% dos estudos são de natureza descritiva, pretendendo avaliar a eficácia de intervenções específicas. Mais de 50% dos estudos incidem no conforto da criança, mas na perspectiva dos enfermeiros, ao invés da sua própria perspectiva. Existe maior incidência de estudos em contexto de enfermaria e de Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed), seguindo-se o Serviço de Urgência e as Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Apresentação dos Resultados e Discussão: Os resultados e discussão serão apresentados consoante os dados recolhidos para cada questão de revisão secundária. Assim sendo, relativamente à questão: Quais os diagnósticos de enfermagem no âmbito do conforto da criança hospitalizada?<sup>16</sup> foram identificadas um conjunto de necessidades de cuidados de saúde ao longo dos estudos que dizem respeito aos efeitos secundários da doença/tratamento, experiências ambientais e sociais nocivas/ameaçadoras e distintas sensações emocionais desagradáveis (Kolcaba, 1994). As necessidades identificadas permitem a posterior formulação de diagnóstico de enfermagem, traduzindo-se este num “julgamento clínico referente a uma resposta humana a condições de saúde/processos de vida ou suscetibilidade a essa resposta, por um indivíduo, cuidador, família, grupo ou comunidade” (Herdman *et al.*, 2021, p.85). Para que a formulação do diagnóstico seja possível, o enfermeiro tem à sua disposição um conjunto de sistemas de linguagem padronizada que organizam hierarquicamente conceitos essenciais para a disciplina.

Para a CIPE®, o conforto surge como foco “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (2019) e confortar surge como ação “consolar alguém nos momentos de necessidade” (2019). Ao analisar as definições propostas, constatamos que o conforto é abordado de forma redutora e ambígua. O foco considera exclusivamente a dimensão física e observa-se alguma confusão com o conceito de bem-estar, também ele importante para a enfermagem. Esta definição não reflete a evolução científica ocorrida nos últimos anos, pois não são considerados os quatro contextos da experiência humana (físico, ambiental,

---

<sup>15</sup> Ver Apêndice III

<sup>16</sup> Ver Apêndice IV

“psicoespiritual” e sociocultural). Relativamente à definição da ação, esta parece remeter-nos para algo que transcende o físico, o concreto, uma dimensão mais “psicoespiritual”, o que parece não ir ao encontro da dimensão física proposta na definição de conforto como foco. Assim, importa procurar um sistema de linguagem padronizada que olhe para o conforto de forma holística, tal como propõe Kolcaba (2003).

Neste sentido, na taxonomia NANDA-I (2021) é proposta uma abordagem multidimensional e mais completa (Pinto, Caldeira, & Martins, 2016), representando aquilo que os enfermeiros sabem de forma única (Herdman *et al.*, 2021). O conforto é visto como domínio, ou seja, representa uma “esfera do conhecimento” (Herdman *et al.*, 2021, p.79). Este divide-se em classes que se subdividem em diagnósticos com o seu devido julgamento (Herdman *et al.*, 2021). Neste sentido, sobressaem dois diagnósticos relativos ao conforto: **conforto prejudicado** “percebido como a falta de alívio, tranquilidade e transcendência nas dimensões física, “psicoespiritual”, ambiental, cultural e/ou social” (Herdman *et al.*, 2021, p.551), focado num problema real (resposta humana indesejável) (Herdman *et al.*, 2021); e **disposição para conforto melhorado** “padrão de alívio, tranquilidade e transcendência nas dimensões física, “psicoespiritual”, ambiental e/ou social, que pode ser fortalecido” (Herdman *et al.*, 2021, p.552), focado num ponto forte (relacionado com a motivação e desejo em aumentar o bem-estar, ou seja, aumentar o seu potencial de saúde) (Herdman *et al.*, 2021). Estas definições representam de forma mais fiel o estado da arte no que concerne ao conceito de conforto para a disciplina.

Para a precisão na formulação do diagnóstico de enfermagem, os indicadores clínicos, tais como os fatores relacionados e as características definidoras, devem ser bem interpretados (Pinto, Berenguer, & Martins, 2015). As características definidoras correspondem a “pistas/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico ou síndrome de promoção da saúde focado no problema” (Herdman *et al.*, 2021, p.85), implicam a existência de um conjunto de sinais ou sintomas que o enfermeiro observa, escuta (do paciente ou da família), sente ou cheira (Herdman *et al.*, 2021). Quantas mais características definidoras se identificarem, maior o suporte oferecido ao diagnóstico de enfermagem. Os fatores relacionados traduzem-se em “fatores antecedentes que parecem apresentar algum tipo de relação padronizada com a resposta humana (fatores etiológicos). Esses fatores devem ser modificáveis por intervenções de enfermagem independentes e, sempre que possível, as intervenções devem ser direcionadas a esses fatores etiológicos” (Herdman *et al.*, 2021, p.85).

Dos estudos incluídos na *Scoping Review* foram identificadas necessidades de cuidados de saúde distintas. Estas permitiram inferir um conjunto de características definidoras, tais como: ansiedade; choro; expressa medo; expressa desconforto; expressa descontentamento com a situação; dificuldade em relaxar; agitação psicomotora; entre outras. Estas características definidoras relacionam-se com os estímulos ambientais desagradáveis a que as crianças estão sujeitas, bem como à sua incapacidade em controlar adequadamente o ambiente e a situação. Estes fatores têm na sua base condições associadas que não são modificáveis pelo enfermeiro de forma independente e correspondem a um diagnóstico médico; dispositivo médico; procedimento diagnóstico ou cirúrgico; ou preparação farmacêutica (Herdman *et al.*, 2021). Assim, surge transversalmente a todos os estudos incluídos o diagnóstico de enfermagem: **conforto prejudicado**. Este diagnóstico demonstra a facilidade que o enfermeiro apresenta na formulação de diagnósticos focados num problema, ou invés dos focado num ponto forte.

Embora a NANDA-I seja a linguagem padronizada mais completa relativamente ao fenómeno do conforto, esta continua a merecer algumas críticas. Estas prendem-se com o facto de os diagnósticos de **conforto prejudicado** e de **disposição para o conforto melhorado** se encontrarem inseridos nas três classes do domínio do conforto, ou seja, físico, ambiental e social, negligenciando a dimensão “psicoespíritual” da experiência humana. Esta pode ser encontrada no domínio *coping*/tolerância ao *stress* ou no domínio princípios da vida. Acresce o facto de a definição operacional dos diagnósticos apresentarem uma abrangência maior do que aquela que se encerra na classe onde estão inseridos, o que denota alguma incongruência com a organização hierárquica que uma taxonomia deve apresentar.

Após formulado o diagnóstico de enfermagem, estamos em posição de seleccionar um conjunto de intervenções de enfermagem que visem a obtenção de resultados pelos quais a enfermagem tem responsabilidade (Herdman *et al.*, 2021), tal como o conforto. Assim sendo, relativamente à questão: Quais as intervenções de enfermagem no âmbito do conforto na criança hospitalizada?<sup>17</sup> Os resultados encontrados foram mais variados, o que demonstra o grande investimento dos enfermeiros na produção de conhecimento neste campo. É dado maior ênfase às intervenções do contexto “psicoespíritual” e físico.

As intervenções no contexto “psicoespíritual” incluem exercícios de respiração (implica a concentração no ato de respirar); exercícios de relaxamento (implica a redução consciente da tensão muscular); imaginação guiada (implica a concentração em imagens formadas na

---

<sup>17</sup> Ver Apêndice V

mente); distração (implica focar a atenção em diferentes estímulos) (Pederson & Harbaugh, 1995), através de diferentes estratégias como a leitura (Mendes *et al.*, 2009), a música (Liu *et al.*, 2020), a brincadeira (Soares *et al.*, 2019), a tecnologia (Romero & Colmenares, 2014) ou o desenho (He, *et al.*, 2007), entre outras. A expressão lúdica permite a revelação de sentimentos, pensamentos e emoções por intermédio da fala e das expressões corporais (Mendes, *et al.*, 2009). Importa ainda realçar o impacto que a informação preparatória (cognitiva e sensorial) (He, *et al.*, 2005), o envolvimento da criança nos cuidados (Silva *et al.*, 2014) e o respeito pela privacidade (Alvarenga *et al.*, 2021) apresentam para o equilíbrio emocional da criança. As intervenções no contexto físico centram-se no alívio da dor, para o efeito sugerem-se intervenções como o posicionamento (He *et al.*, 2005), a massagem (Lassetter, 2006), o descanso/repouso (He *et al.*, 2007), o método canguru (Oliveira *et al.*, 2011) ou por exemplo a sucção não nutritiva (Harrison *et al.*, 2006). Embora existam várias diretrizes para o controlo eficaz da dor em pediatria, estas continuam a ser pouco implementadas (Harrison *et al.*, 2006). Relativamente ao contexto sociocultural este foca-se essencialmente no suporte parental ou familiar concedido pelas pessoas significativas à criança (Diogo *et al.*, 2016), mas também no suporte emocional concedido pelos profissionais de saúde à criança (Pope *et al.*, 2018). Por fim, as intervenções de âmbito ambiental são as menos exploradas e muitas vezes incluem apenas indicações genéricas como “ambiente confortador”. De uma forma mais concreta, é sugerido ao enfermeiro que proporcione um ambiente confortável por intermédio de mobiliário confortável (Romero & Colmenares, 2014); redução de odores (Stelmak *et al.*, 2017); redução do ruído e luminosidade, bem como a manutenção de uma ventilação e temperatura adequadas (Soares *et al.*, 2019).

Analisando as intervenções de enfermagem isoladamente, verifica-se que uma determinada intervenção pode ter efeitos em mais do que um contexto da experiência humana, o que permite a inserção de uma intervenção em mais do que um contexto. Esta situação representa a falta de especificidade que certas intervenções de enfermagem têm para o conforto, podendo, igualmente, serem utilizadas em outros diagnósticos como a dor.

Tendo em consideração a evidência científica desenvolvida neste âmbito, importa refletir acerca das razões pela quais muitas das intervenções de enfermagem não são aplicadas quotidianamente. Foram identificadas algumas barreiras como a falta de tempo, a insegurança na aplicação das intervenções, o desconhecimento face às técnicas, a insuficiência de recursos materiais, ser desconhecido para a criança (Pederson & Harbaugh,

1995), por serem intervenções culturalmente pouco valorizadas (He *et al.*, 2005), situações emergentes ou pela irritabilidade da criança (Katende & Mugabi, 2015).

## 2.6. Conclusão

O conforto holístico, embora relevante para a disciplina (constitui-se como uma dimensão dentro da taxonomia NANDA-I), ainda é difícil de implementar na prática de cuidados, graças à complexidade que lhe está inerente. São diversas e variadas as necessidades de cuidados de saúde identificadas e que possibilitam o desenvolvimento do diagnóstico de *conforto prejudicado*. Literatura recente refere que o conceito de conforto parece corresponder a uma resposta humana que integra vários diagnósticos (ex. dor, angústia espiritual ou desesperança), pelo que o enfermeiro deveria fornecer um conjunto de intervenções diferentes e específicas para o fator etiológico que o sustenta (Pinto, Caldeira, & Martins, 2017). Assim, sugere-se que o conforto deveria ser encarado como síndrome, em vez de um diagnóstico focado num problema (Pinto *et al.*, 2017). Um diagnóstico de enfermagem de síndrome refere-se a um julgamento clínico em relação a “um conjunto específico de diagnósticos de enfermagem que ocorrem juntos e que são mais bem tratados em conjunto por intermédio de intervenções semelhantes” (Herdman *et al.*, 2021, p.178). Para o efeito, devem estar presentes para além das características definidoras e dos fatores relacionados, dois ou mais diagnósticos de enfermagem (Herdman *et al.*, 2021).

O ato de cuidar possui valor para quem cuida e é cuidado (Ponte *et al.*, 2015) e a forma como o fazemos tem sido desenvolvida ao longo dos anos. Sobressaíram diversas intervenções de enfermagem nos estudos identificados, intervenções essas passíveis de enquadrar em diferentes contextos da experiência humana, sendo os mais expressivos o físico e o “psicoespiritual”. Destaco que a componente espiritual foi abordada em apenas um estudo, no entanto, esta não se traduz numa dimensão menor da experiência humana, é essencial para o restabelecimento da saúde e deve merecer maior destaque por parte dos enfermeiros. Constata-se que algumas intervenções do conforto têm sido desenvolvidas à margem de um referencial teórico que as sustenta, apenas um estudo recorreu ao referencial teórico proposto por Kolcaba (2003).

Relativamente às implicações dos resultados para a enfermagem, destaco a necessidade de realização de mais estudos tendo em consideração a opinião das crianças face ao seu próprio conforto, uma vez que, ao saber de forma concisa as necessidades de cuidados de saúde que esta população vulnerável apresenta é que o enfermeiro obtém diagnósticos inequívocos e consequentemente intervém apropriadamente. Importa ainda realçar a necessidade de

realização de mais estudos que comprovem a eficácia das intervenções realizadas pelo enfermeiro no estabelecimento do conforto, bem como a eficácia de novas estratégias que emergem diariamente da investigação científica, focando em faixas etárias específicas, em amostragens maiores, que integrem crianças de culturas distintas e que se utilizem escalas do conforto próprias para mensurar os resultados obtidos (apenas um estudo recorreu a escalas do conforto para mensuração dos resultados), por exemplo.

Posto isto, ao longo da presente *Scoping Review* foi possível responder às questões de revisão formuladas, bem como alcançar o objetivo traçado. Este documento reveste-se de grande utilidade para a prática, uma vez que concentra o estado da arte relativamente aos diagnósticos de conforto e intervenções promotoras de conforto à luz do referencial teórico de Kolcaba (2003). No entanto, não está isento de possíveis limitações. A restrição do contexto para a área hospitalar e a abrangência de faixas etárias poderá ser uma potencialidade da presente revisão ou uma limitação, tendo em consideração que o fenómeno do conforto não é específico do contexto hospitalar e que ao longo do crescimento e desenvolvimento do ser humano existem necessidades de cuidados de saúde muito específicos, cujas intervenções mais adequadas podem não ser transversais às necessidades sentidas.

### **3. Percurso de Desenvolvimento de Competências**

Neste capítulo, analisa-se criticamente e reflexivamente o percurso desenvolvido relativamente à aquisição e aprimoramento de um conjunto diversificado de competências, tais como: competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro), competências específicas do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho), assim como competências alusivas ao grau de mestre (Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março), tendo a TC de Kolcaba (2003) como referencial teórico e os CCF e a PC como conceitos basilares para a prática especializada em saúde infantil e pediátrica.

Competência é entendida como a “capacidade de responder adequadamente às situações concretas” (Neves & Pacheco, 2004, p.42). Implica o domínio de habilidades cognitivas, psicomotoras e socioafetivas (Phaneuf, 2005) e um constante aperfeiçoamento profissional (Neves & Pacheco, 2004). Ser competente representa simultaneamente um valor universal da prática profissional e um dever de análise regular da prática e de atualização contínua (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro).

O EEESIP detém competências especializadas, decorrentes quer do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, que se concretizam em competências comuns do EE, quer das competências específicas definidas em regulamento próprio (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho). A este especialista compete a intervenção em situações de maior complexidade (Vieira, 2009), envolvendo diferentes dimensões como a “educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, p.4744), enquanto cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade, os assiste na maximização da sua saúde e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo vital/desenvolvimental da criança/jovem (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho). Atendendo que o desenvolvimento de competências decorre de um processo contínuo e dinâmico, onde a experiência se configura como essencial, importa realçar que algumas das

competências anteriormente elencadas têm vindo a ser trabalhadas no decurso da minha atividade profissional em UCIN. Este contexto, oferece a oportunidade de cuidar do RN/família nos momentos mais disruptivos gerados pela doença grave e/ou necessidade de readaptação a novas condições de vida.<sup>18</sup> Perante a fragilidade de vida do RN admitido na unidade e a natureza holística da profissão de enfermagem (Bice, 2015), é fundamental a mobilização de diferentes conhecimentos para a prática profissional, tais como os necessários para a identificação de possíveis focos de instabilidade hemodinâmica. No entanto, quando a recuperação da saúde não é viável e o suporte avançado de vida se torna infrutífero, o resultado mais realista deverá ser uma morte pacífica.<sup>19</sup> Nesses momentos, há que tornar o processo de luto “digno” para o RN/família e permitir que estes se libertem em paz, com um mínimo de dor física e psicológica (Kolcaba & DiMarco, 2005). Este profundo ato de enfermagem incorpora a verdadeira arte da profissão (Kolcaba & DiMarco, 2005). Assim, a dor experienciada pelo RN (contexto físico) é recorrentemente monitorizada com recurso a escalas próprias e aliviada através de medidas farmacológicas (*standard*) e não farmacológicas (*coaching e comfort food for the soul*), de onde realço a contenção física ou sucção não nutritiva<sup>20</sup> (Oliveira, *et al.*, 2011). Segundo a American Society for Pain Management Nursing (s.d.), citada por Bice e Wyatt (2016), a combinação dessas medidas na experiência de dor é altamente recomendável, pois confere uma abordagem mais holística do conforto à criança/jovem (Bice & Wyatt, 2016). A ansiedade (contexto “psicoespiritual”), sentida pela família, é reduzida quando se facilita a sua presença junto do RN, se providencia informações acerca do processo de morte, se realiza “caixas de memórias” (recheadas de recordações como a roupa do RN, fotografias do RN ou impressões da palma da mão/planta do pé) ou se pede colaboração do assistente espiritual para a celebração do batismo/apoio espiritual. Estas intervenções permitem que a família aceite o que está a vivenciar e que se eleve acima dos problemas, ou seja, que alcancem o conforto transcendental. A falta de privacidade e os múltiplos estímulos nocivos, como o ruído e a luminosidade intensa (contexto ambiental), são minimizados quando oferecemos a possibilidade do RN/família permanecerem juntos em sala isolados. E, por fim, o suporte conferido pela família alargada (contexto sociocultural) é incentivado quando possibilitamos a sua permanência junto do

---

<sup>18</sup> E.2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (Regulamento n. °422/2018 de 12 de julho).

<sup>19</sup> E.2.1 – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados (Regulamento n. °422/2018 de 12 de julho).

<sup>20</sup> E.2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (Regulamento n. °422/2018 de 12 de julho).

RN/família. Estas intervenções corroboram o estudo de Marchuk (2016) e visam colmatar as necessidades de cuidados de saúde identificadas no RN/família, promovendo o conforto holístico.

Sou dinamizadora e elemento de referência de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados em Enfermagem, designado por “Programa da Alta - Da Admissão A Casa”<sup>21</sup> que permite promover o conforto “psicoespiritual” e sociocultural. Esse projeto alicerça-se nas recomendações emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011) através do seu Guia Orientador de Boa Prática: Preparação do Regresso a Casa da Criança com Necessidade de Cuidados. Regressar a casa nem sempre representa a recuperação total do RN, pode apenas indicar uma estabilização da situação clínica, fazendo com que os cuidados, ainda necessários, possam ser prestados pela família em contexto domiciliário (OE, 2011). Para o efeito, a família deve ser ajudada na adequação do seu papel parental aos novos processos de vida, dotando-a de “conhecimentos e de capacidades que lhe permita gerir o regime terapêutico, assumir as responsabilidades necessárias à continuidade dos cuidados em casa, e os cuidados necessários para a cura ou recuperação de autonomia, e aceder a recursos e rede de suporte que promovam a adaptação (eficaz) aos desafios de saúde” (OE; 2011, p.67). No projeto, estão incluídas recomendações para a prática profissional, onde se destacam as necessidades de valorização da interação com o RN/família, através da assunção dos CCF e da PC<sup>22</sup> a elaboração de um plano individual de cuidados que se inicia no internamento e se prolonga até ao “pós-alta” e o encaminhamento/articulação com as estruturas da comunidade, onde os cuidados de saúde primários<sup>23</sup> se podem e devem incluir, mas também redes móveis de apoio domiciliário ou associações de apoio a situações específicas, como nas situações de doenças raras.<sup>24</sup> Assim, e com o intuito de garantir a qualidade e continuidade dos cuidados ao RN/família, é da minha responsabilidade desenvolver, liderar e avaliar regularmente o projeto, mobilizando todos os conhecimentos e habilidades relativamente às melhores práticas de melhoria contínua dos cuidados, mas também de um adequado regresso a casa.<sup>25</sup>

---

<sup>21</sup> B.1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

<sup>22</sup> E.1.1 – 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 (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

<sup>23</sup> E.2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

<sup>24</sup> E.2.3 – Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

<sup>25</sup> B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

A par com a prestação de cuidados diretos ao RN/família, assumo frequentemente funções de co-chefia de turno. Essa função implica a colaboração na gestão da alocação de materiais, equipamentos e recursos humanos, de acordo com a complexidade de cuidados. Procuo realizar uma gestão dos cuidados eficaz, otimizando as respostas da equipa de Enfermagem e da equipa de saúde, por forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados e/ou tarefas delegadas.<sup>26</sup> As tarefas delegadas na equipa de saúde são indispensáveis ao normal funcionamento da unidade, sendo sistematicamente avaliadas e corrigidas através de instrução e/ou demonstração. A competência identificada concretiza-se quando a equipa multidisciplinar requer o meu apoio para a avaliação de situações clínicas complexas, como seja nas situações de lesões provocadas por dispositivos médicos ou de deterioração súbita do estado hemodinâmico do RN, mas também quando requer a minha colaboração para a prestação direta de cuidados, tal como na realização de procedimentos invasivos ou apoio nos ensinamentos aos pais para a alta. A integração e supervisão de elementos recém-admitidos é outra das funções assumidas. Nessas circunstâncias, procuro reconhecer a individualidade do colega e adaptar-me às suas características/métodos de trabalho (conforto sociocultural), transmitindo confiança e motivação para “subir acima” dos seus medos e anseios com o início de um novo desafio profissional<sup>27</sup> (conforto “psicoespiritual”).

Na minha prática, independentemente do contexto (trabalho ou estágio), esforço-me por adotar uma conduta responsável e ética, agindo no respeito pela *legis artis*, pela deontologia e pelos direitos das pessoas-alvo dos meus cuidados, responsabilizando-me pelas minhas decisões, atos que pratico e tarefas que delego.<sup>28</sup> São inúmeros os problemas éticos com que me defronto, para os fazer face, procuro desenvolver uma “sensibilidade moral acentuada, saber ético, imaginação, experiência de vida, virtudes (i.e. compaixão, empatia, integridade, cuidado, decência), informação (da lei, processos sociais e culturais, natureza humana, política) e um profundo compromisso pessoal para fazer o que ‘está certo’” (Vieira, 2009, p. 112). Para tal, contribuem as formações académicas que vou regularmente realizando, as reflexões constantes relativamente aos cuidados prestados, assim como todo o meu esforço

---

<sup>26</sup> C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

<sup>27</sup> C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

<sup>28</sup> A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

autônomo de procura de informação ou evidência científica que ofereçam suporte aos problemas identificados.<sup>29</sup>

Este percurso não se consubstancia ao desenvolvimento de competências comuns do EE e competências específicas do EEESIP. Implica, igualmente, o desenvolvimento de competências alusivas ao grau de mestre. Estas ocorrem quando: se desenvolve e aprofunda um conjunto de conhecimentos e capacidades obtidos ao nível do primeiro ciclo de estudos; se constitui a base para o contexto investigativo; se aplica os conhecimentos e capacidades em situações novas, contextos alargados e multidisciplinares; se integram conhecimentos, lidam com questões complexas, desenvolvem soluções ou se emitem juízos em situações de informação limitada ou incompleta; se comunicam conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma clara e sem ambiguidades; e se verifica uma aprendizagem autónoma ao longo da vida (Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março). Este relatório reflete isso mesmo. A par com o aprofundamento de conhecimentos e capacidades aqui expressos, foi realizada uma *Scoping Review* sob criteriosa orientação e apresentada no âmbito do IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem sob a forma de póster. Esta apresentação representou o culminar de um longo processo de aprendizagem e de investigação.<sup>30</sup>

Pese embora algumas competências tenham vindo a ser trabalhadas, tal como visto anteriormente, todas foram aprofundadas e muitas outras adquiridas. Para tal, contribuíram em muito, as experiências vivenciadas em contexto de estágio.

Os estágios decorreram num período de 15 semanas, equitativamente distribuídas pelos três contextos da prática de cuidados, nomeadamente internamento pediátrico, cuidados de saúde primários e cuidados intensivos pediátricos, tal como preconizado no Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho. Exceção-se o contexto neonatal, fruto da creditação conferida devido à experiência acumulada de mais de cinco anos neste âmbito. Os locais selecionados correspondem a contextos de reconhecida qualidade assistencial, com existência de diversificadas oportunidades de aprendizagem, consideradas essenciais para a consecução do projeto formativo individual. Estruturalmente, o relatório encontra-se dividido por contextos de estágio, sendo que para cada contexto é realizada uma breve descrição do mesmo, onde se incluem características gerais da instituição, do serviço e da equipa, seguindo-se a formulação do diagnóstico de situação, dos objetivos específicos e das

---

<sup>29</sup> D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

<sup>30</sup> Ver Apêndice VI

atividades realizadas, tendo por base os três tipos e os quatro contextos de conforto definidos por Kolcaba (2003) e articulando com as competências de EE e EEESIP desenvolvidas.

Foi delineado o seguinte objetivo geral, transversal aos vários contextos de estágio: *Desenvolver Competências Específicas de Enfermeiro Especialista no cuidado à criança/jovem saudável ou doente, bem como à sua família/pessoa significativa com enfoque na promoção do conforto.*

### 3.1. Internamento Pediátrico

O estágio realizou-se num serviço de cardiologia pediátrica de um hospital central da área de Lisboa. Trata-se de um serviço com mais de 50 anos de história, que foi o berço da especialidade em Portugal e que se mantém na vanguarda das mais variadas técnicas e procedimentos, contribuindo para a redução da mortalidade infantil. Por ser um centro de referência nacional de cardiopatias congénitas, recebe crianças/jovens de norte a sul do país e através de protocolos com Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. É um serviço fisicamente pequeno nas suas dimensões, mas enorme nos seus feitos. Possui um quarto constituído por cinco vagas destinadas exclusivamente a RN e quatro quartos que perfazem um total de oito vagas destinadas a crianças/jovens. Os quartos são visivelmente agradáveis, ricos em luz natural, pouco ruidosos e com temperatura amena (contexto ambiental). É permitido o acesso à televisão e internet nos quartos das crianças/jovens, assim como a permanência de objetos considerados de referência para estes (contexto “psicoespiritual”). Os espaços comuns estão repletos de ilustrações alegres e convidativas que apelam ao imaginário das crianças/jovens, mas também estão apetrechados com brinquedos, equipamentos e mobiliários adaptados às diferentes faixas etárias (contexto ambiental e “psicoespiritual”). A equipa de enfermagem rege-se pela filosofia de CCF, trabalha em PC com as crianças/jovens e família e valoriza os cuidados atraumáticos (contexto “psicoespiritual”, sociocultural e físico). É utilizado o método de trabalho individual, que consiste na atribuição de um determinado número de crianças/jovens por enfermeiro, aos quais deve prestar todos os cuidados necessários. Essa distribuição tem em consideração a complexidade dos cuidados, a necessidade de isolamento e a experiência profissional ou características relevantes que possam contribuir para um melhor desempenho e qualidade dos cuidados.

Após a breve descrição do contexto de prática de cuidados e atendendo às temáticas que sustentam o presente relatório, foi elaborada uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses,*

*Opportunities, Threats*) por forma a identificar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças relativamente à experiência de conforto da criança/jovem e família e, assim, realizar um diagnóstico de situação específico para o presente contexto. Esta análise representa uma ferramenta útil para os enfermeiros, pois confere-lhes suporte para a tomada de decisão face a um determinado problema (Stonehouse, 2018).

As forças, dimensão positiva e direcionada para o interior (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010), estão presentes nos diferentes contextos da experiência humana. Constatei que a equipa de enfermagem monitoriza constantemente a dor (contexto físico), mediante escalas adequadas à idade da criança/jovem ou condição de saúde, e intervém no sentido de a aliviar (administração de analgésicos ou alternância de decúbitos), tranquilizar (providenciamento de informação ou apoio emocional) ou transcender (toque terapêutico ou massagem). Perante o medo e a ansiedade que a criança/jovem (contexto “psicoespiritual”) experienciam ao longo do internamento, a equipa de enfermagem promove a distração através da leitura, música ou televisão e incentiva a presença e recurso a objetos pessoais e/ou de transição. O respeito e sensibilidade pelas peculiaridades culturais (contexto sociocultural) são evidentes aquando da criação de privacidade e silêncio nos momentos de oração. Por fim, a existência de um ambiente colorido, decorativo, embelezado e apropriado aos gostos da criança/jovem são uma constante preocupação da equipa, o que segundo Bice (2015) facilita o conforto holístico, pois as crianças percebem essas decorações como algo que as fazem sentir-se globalmente melhor, prevenindo a ansiedade e o medo por elas vivenciado.

As ameaças, dimensão negativa e direcionada para o exterior (Ruivo *et al.*, 2010), centram-se, essencialmente, ao nível da sala de berçário. Neste local, verificámos a impossibilitada de permanência da figura parental junto do seu filho RN durante o período noturno, bem como a impossibilidade da outra figura parental visitar o seu filho RN ao longo do internamento. Estas condições prejudicam o conforto holístico, pois inibem o processo de vinculação do RN/família e o desenvolvimento do papel parental.

As fraquezas, dimensão negativa e direcionada para o interior (Ruivo *et al.*, 2010), dizem respeito à escassez de tempo e de conhecimento dos enfermeiros que impossibilitam a implementação de intervenções promotoras da vinculação e do papel parental.

As oportunidades, dimensão positiva e direcionada para o exterior, (Ruivo *et al.*, 2010), referem-se à minha experiência enquanto enfermeira de cuidados gerais ao RN/família em contexto de UCIN que pode traduzir-se num valioso contributo, bem como a abertura da equipa à mudança e a sua motivação em querer continuar a inovar no cuidar.

Mediante a observação do contexto, das pessoas que o compõem e das atividades realizadas, constatei que o conforto, nas suas diferentes dimensões, tem sido uma fonte de constante preocupação para a equipa de enfermagem. No entanto, permanece a necessidade e a oportunidade de intervenção no sentido da promoção da vinculação e do papel parental, considerados essenciais para o conforto holístico do RN/família.

O nascimento de uma criança é visto como um acontecimento marcante na vida de uma pessoa (Fernandes, Toledo, Campos, & Vilelas, 2014). Confere-lhe realização pessoal, reajuste do sentido de vida e promove a aproximação entre os elementos do casal e a família alargada (Diaz, 2012). Este acontecimento sublime, encerra um conjunto de intensas emoções que podem devastar ou enaltecer o sentido de se ser humano (Fernandes, *et al.*, 2014). Após o nascimento, o bebé imaginário dá lugar ao bebé real e o processo de parentalidade é iniciado (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020). Agora, a díade tem a oportunidade de se conhecer mutuamente e de fomentar os laços iniciados durante a gravidez (Diaz, Caires, & Correia, 2016), através de uma aproximação física, mas também emocional (Feeley, Genest, Niela-Vilén, Charbonneau, & Axelin, 2016). Esses laços emocionais fortes são essenciais para o desenvolvimento social e emocional da criança, pressupõe uma relação de troca mútua de estímulos e a uma dependência entre elementos (Chora, 2020). Este é o momento por excelência para o estabelecimento da saúde ou agravamento da condição de vulnerabilidade psicossocial do RN, uma vez que depende da qualidade e estabilidade das relações interpessoais desenvolvidas (Vilaça & Ramos, 2020).

Quando este processo é interrompido, como quando é necessário o internamento do RN devido à vulnerabilidade da sua condição de saúde, os pais experienciam um período traumático (Anderson, s.d.), angustiante (Cleveland, 2008) e disruptivo (Alves, Severo, Amorim, Grande, & Silva, 2016), podendo as emoções sentidas ser intensamente dolorosas e os sentimentos e pensamentos confusos e exaustivos (Diaz, 2012). O *stress* que daí advém é agravado pelo ambiente desconhecido e amplamente tecnológico do hospital (Shields, 2009), pela incerteza face à gravidade da doença ou recuperação da saúde do RN, bem como pela interrupção do seu papel parental (Hallström, Runeson, & Elander, 2002). A separação que o internamento do RN implica, pode inibir o estabelecimento de relações afetivas, repercutindo-se no processo de vinculação, desenvolvimento e bem-estar do RN e na confiança dos pais para a assunção dos seus papéis enquanto pais (Diaz, 2012). Para que as crianças se sintam confortáveis e se desenvolvam harmoniosamente, necessitam de carinho, estímulo, cuidado e proteção, de construir relações estáveis e vivenciar autossuficiência para, eventualmente, construir a sua própria personalidade (Brisch & Walter, 2021).

Posto isto, os enfermeiros, enquanto agentes determinantes para o desenvolvimento de competências, autonomia e capacidades parentais (Diaz, *et al.*, 2016), procuram equilibrar a necessidade de proximidade dos pais com as necessidades de cuidados específicos ao RN (Feeley, *et al.*, 2016) através de educação para a saúde, do acompanhamento das famílias e da promoção dos cuidados centrados no desenvolvimento (Ramos, *et al.*, 2020). A educação para a saúde é vital para o desenvolvimento do papel parental, pois permite “uma partilha de saberes, dúvidas, expectativas e medos” (Ramos, *et al.*, 2020, p. 132). Assim, o enfermeiro é encarado como facilitador do processo de vinculação, pois cria oportunidades e incentiva “os pais ao seu desenvolvimento, proporcionando o contato corporal, a participação dos pais nos cuidados ao seu filho e a informação/formação adequada acerca das competências do seu bebé” (Ramos, *et al.*, 2020, p.132).

Deste modo, o afastamento que a hospitalização implica, leva à falta de conforto a nível “psicoespiritual” (instabilidade emocional), sociocultural (papel parental dificultado), físico (incapacidade de relaxar pelo afastamento imposto) e ambiental (desconhecimento e apetrechamento tecnológico dos espaços).

Por forma a promover adequadamente a vinculação e o papel parental, torna-se essencial proceder à correta identificação das necessidades de cuidados de saúde que a família apresenta. Para tal, foi elaborado o seguinte objetivo específico: *Identificar as necessidades de conforto na família admitida no serviço de cardiologia pediátrica.*

Alves *et al.*, (2016) propõe um breve inventário adaptado à população portuguesa acerca das necessidades que os pais apresentam aquando do internamento do seu filho RN em contexto de UCIN. Pese embora este não represente o mesmo contexto do estudo, as necessidades que os pais admitidos no serviço de cardiologia pediátrica enfrentam são em tudo idênticas, uma vez que se verifica um afastamento físico imposto pela doença, necessidade de internamento ou instabilidade hemodinâmica (Feeley, *et al.*, 2016). Assim, procedi à aplicação da referida escala a duas mães (representam a totalidade das mães presentes no período de aplicação) e verifiquei o enfoque que estas conferiam às necessidades centradas no RN relativamente à informação, segurança e proximidade, não privilegiando na mesma medida as necessidades associadas ao seu próprio conforto e apoio social. Estes resultados corroboram os achados provenientes da evidência científica (Diaz, 2012; Alves, *et al.*, 2016; Feeley, *et al.*, 2016), que afirmam que os pais anseiam por: proximidade física; orientação e aconselhamento para se envolverem adequadamente nos cuidados ao seu filho; assumirem a tomada de decisão relativamente aos cuidados e tratamentos; por se manterem informados acerca do estado de saúde e cuidados prestados; e por serem escutados (Diaz, 2012; Feeley,

*et al.*, 2016). Assim, os pais experienciam estabilidade humoral e sentimentos de utilidade (Feeley, *et al.*, 2016).

Após identificadas as necessidades de cuidados de saúde, foram elaborados os seguintes objetivos específicos de modo a colmatá-las: *promover a vinculação dos RN admitidos no serviço de cardiologia pediátrica com os seus pais; e capacitar os pais para a aquisição de competências para o seu papel parental.*

Procurei respeitar os tempos de aprendizagem, as crenças, os valores, os sentimentos e os desejos da família em participar na prestação de cuidados, o que exigiu uma avaliação individualizada desta. Procurei envolvê-los em todas as atividades de cuidados, mesmo as que podiam parecer pouco significativas como a escolha da roupa. Ensinei-os, instruí-os e treinei-os em relação aos cuidados de higiene, mudança da fralda, massagem de alívio de cólicas, alimentação, amamentação, mas também especificamente à condição clínica do RN, como estratégias para a redução do cansaço durante a alimentação e reconhecimento de sinais de agravamento clínico, entre outros. Mostrei-me disponível para os ouvir e incentivei-os a expressar abertamente os seus sentimentos. Encorajei-os a confortar o seu filho através do toque (colocar as suas mãos na cabeça e tronco, acariciar, pegar ao colo), da audição (conversando suavemente com ele), da visão (permanecendo em proximidade) do olfato (colocando fraldas de pano com o seu cheiro junto do RN) e oralmente (oferecendo a possibilidade de sucção não nutritiva). O toque representa o primeiro ato de comunicação entre os pais e a criança e em conjunto com a visualização e interação, ajuda-os gradualmente a ajustar a ideia do bebé imaginário ao bebé real (Hockenberry & Wilson, 2014). Reforcei as competências que o RN vai adquirindo, o facto de este se acalmar na presença dos pais, quando os ouve/sente. Proporcionei um ambiente harmonioso, silencioso e privado. Globalmente, foram delineadas um conjunto variado de intervenções que visam aumentar o controlo dos pais sobre a situação e a assunção de um papel mais ativo ao longo do processo de internamento (Hockenberry & Wilson, 2014), garantindo o conforto holístico.<sup>31</sup>

Uma das estratégias que facilita a proximidade e promove o conforto de uma perspetiva holística diz respeito ao Método Canguru ou contacto pele a pele. Este deve ser iniciado o mais precocemente possível e mantido continuamente (Bergman *et al.*, 2018). Trata-se de

---

<sup>31</sup> 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; E.1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E.2.2. - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E. 3.2. – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

um método simples e com benefícios a curto prazo (aumento da estabilidade física do RN; redução da mortalidade e taxa de infecção; melhora da autorregulação e sono; diminuição do *stress* e dor; melhora na confiança dos pais; interação precoce pais-RN; redução da duração da separação pais-RN), assim como a longo prazo (melhor resultado cognitivo e de desenvolvimento neurológico; aleitamento materno exclusivo melhorado e prolongado; melhor desenvolvimento da fala) (Moen, *et al.*, 2018), sendo o vínculo o seu resultado imediato (Bergman, *et al.*, 2018). Para a sua realização, o RN deve ser colocado de barriga para baixo ao peito de um dos pais e em contacto direto pele com pele (Brisch & Walter, 2021). A nível ambiental devem ser ajustados os estímulos como o ruído, a luz, os odores excessivos e a temperatura (Stelmak *et al.*, 2017). A nível físico verifica-se a libertação da hormona ocitocina, responsável pelos efeitos positivos no RN e seus pais, pois promove uma estabilização dos sinais vitais, aumento de peso, do relaxamento e da produção de leite (Brisch & Walter, 2021). A nível “psicoespiritual” verifica-se o estabelecimento de uma sensação de bem-estar e satisfação nos pais que é reforçada pelo comportamento, vocalização e odor do RN (Bergman *et al.*, 2021). Por fim, a nível sociocultural, verifica-se o desenvolvimento da vinculação e do papel parental, devido à proximidade dos pais em relação aos seus filhos e de um sentimento de autorrealização parental (Stelmak *et al.*, 2017). Com a realização do referido método, o enfermeiro realiza uma intervenção do tipo *comfort food for the soul*, pois compreende ser uma intervenção demorada e de alcance holístico (Kolcaba, 2003).

O referido método, embora não fosse totalmente desconhecido por parte da equipa de enfermagem, não era praticado por esta. Por isso, e atendendo ao interesse demonstrado pela equipa, optou-se pela elaboração de uma Instrução de Trabalho acerca do Método Canguru, visando a sua sensibilização para os benefícios e forma de realização.<sup>32</sup> A realização da Instrução de Trabalho, a sua divulgação, a aplicação do referido método na prática de cuidados e a promoção da reflexão em equipa em contextos informais de partilha de saberes, reforçou o impacto positivo da atividade.<sup>33</sup>

Considerando que as competências parentais se desenvolvem ao longo de um *continuum* e que as necessidades das crianças podem vir a complexificar-se, pode ser necessário o acompanhamento da criança/família no regresso a casa. O regresso a casa pode representar

---

<sup>32</sup> Ver Apêndice VII

<sup>33</sup> E.2.4. – Providência cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; E. 3.2. – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.

o momento mais esperado e desejado desde o nascimento do RN, mas também o momento mais angustiante pela responsabilidade exclusiva dos cuidados a este. Neste sentido, surge o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância que tem como objetivo assegurar o apoio de todas as crianças dos 0 aos 6 anos de idade, com risco de alterações/alterações nas funções e estruturas do corpo, ou em risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro). Consiste num conjunto de medidas de apoio integrado, centrado na criança/família e inclui ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, saúde e ação social (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro). No momento do nascimento, as situações legíveis deverão ser imediatamente sinalizadas para os serviços de intervenção precoce, mesmo não existindo um diagnóstico definitivo ou estando a sua confirmação dependente de exames complementares (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro). Assim, o acompanhamento por parte dos profissionais de intervenção precoce contribuirá positivamente na diminuição da ansiedade com que este período de espera é vivido, fazendo com que os pais não se sintam desamparados e transmitindo-lhes confiança e segurança (Diaz, 2012). A intervenção precoce pode fazer toda a diferença no desenvolvimento da criança e no bem-estar da sua família, pode mesmo mudar o rumo e contrariar as consequências negativas da perturbação precoce, pois potencializam as competências da família para lidar com a situação complexa, centrando-se nas suas necessidades (Diaz, 2012). Assim sendo, e atendendo que a equipa de enfermagem desconhecia a existência desta rede de apoio, foi desenvolvido um documento de suporte à referenciação para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.<sup>34</sup> Nesse documento são explicados os objetivos do Sistema, quais os critérios de elegibilidade, como se processa o seu funcionamento e quais as práticas recomendadas em intervenção precoce, assim como é formulado um plano individual de intervenção precoce na infância. O feedback da equipa de enfermagem relativamente a esta intervenção do tipo *coaching* (de encaminhamento) foi muito significativo, pois permitiu satisfazer as necessidades de cuidados de conforto no âmbito do contexto “psicoespiritual” e sociocultural, bem como a consecução do plano de cuidados inicialmente trabalhado com a família.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Ver Apêndice VIII

<sup>35</sup> E.1.1. - 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; E.1.2. – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E.2.5. – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

### 3.2. Cuidados de Saúde Primários

O estágio decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) em modelo A, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde da área de Lisboa Central. A sua atividade assistencial desenvolve-se com autonomia organizativa, funcional e técnica (Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto). São prestados cuidados de saúde personalizados, individuais e familiares à população nela inscrita, por uma equipa multiprofissional, o que garante a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade de cuidados. A USF oferece um conjunto diversificado de consultas e cumpre o disposto em diversos Programas Nacionais de Saúde, como o Programa Nacional de Vacinação (PNV) ou o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ).

No que à saúde da criança/jovem concerne, a atual pandemia provocada por COVID-19 levou a uma redução no número de consultas programadas, com o intuito de minimizar os contactos entre pessoas e favorecer o isolamento social. Assim, as consultas sofreram uma reestruturação e a vigilância de saúde passou a centrar-se quase em exclusivo nas crianças em idades-chave preconizadas no PNSIJ, desde que coincidissem com momentos de vacinação, bem como em todas as crianças que se encontravam referenciadas pelo Núcleo de Apoio para Crianças e Jovens em Risco. Assim, face à opção anteriormente referida e tendo em consideração que a vacinação nos adolescentes ocorre apenas aos 10 anos, salvo exceções pontuais de ajustes ao esquema vacinal propostos pela Direcção-Geral da Saúde (DGS), pode concluir-se que a vigilância de saúde dos adolescentes não foi eficazmente realizada. Este facto é comprovado através de uma diminuição nas percentagens ao nível dos indicadores contratualizados e assentes no plano de ação da USF, verificando-se a existência de apenas 35,64% dos jovens entre os 11 e os 14 anos com avaliação do peso e altura e 47,91% de jovens com mais de 14 anos com avaliação do Índice de Massa Corporal nos últimos 3 anos (dados disponibilizados pela USF e referentes aos primeiros oito meses do ano de 2021).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, citada por Prazeres (1998), a fase da adolescência corresponde ao período de vida entre os 10-19 anos e a juventude medeia os 15-24 anos de idade. É nesta fase que as maiores transformações físicas ocorrem como o crescimento do corpo, a acentuação do dimorfismo sexual e o estabelecimento da capacidade reprodutora; que as capacidades cognitivas e/ou psicológicas se desenvolvem claramente devido à

evolução do pensamento abstrato, da capacidade de projeção do futuro e da melhora progressiva em relação ao autocontrole; que a componente afetiva amadurece, através da redefinição da percepção individual da imagem corporal e do estabelecimento da orientação pelo desejo sexual; e que o processo de socialização se estrutura, centrando a atenção do adolescente/jovem no grupo de pares ou em outros adultos fora da família e que à medida que estes se deparam com novos desafios, experimentam novos comportamentos, mais ou menos gratificantes, e assumem novas responsabilidades (Prazeres, 1998; DGS, 2013). O crescimento que daqui advém, ocorre de forma contínua, mas não linear, apresentando diferentes velocidades (Festas, Quelhas, & Braga, 2020). Assim, podemos inferir que o início da adolescência é assinalado pelas alterações biológicas (responsabilidade do sistema endócrino), mas que se verifica uma continuidade com os processos psicológicos cuja especificidade depende do significado que o adolescente atribui ao conjunto de transformações físicas e relacionais que ocorrem e a cada experiência que vive (Graça, 2016). O significado que o adolescente atribui às transformações internas e externas com as quais se confronta ao longo deste processo, depende dos contextos de vida (ex. familiar ou grupal), sendo certo que o desenvolvimento é influenciado pela maturação, pelas experiências individuais e pela cultura, devido à interação constante que possui com o contexto/ambiente (Graça, 2016).

Importa realçar que o desenvolvimento do sistema límbico, zona do cérebro que regula o processo de “recompensa, do apetite e da procura do prazer” (Graça, 2016, p.19) se desenvolve mais cedo na adolescência quando comparado com o córtex pré-frontal, zona do cérebro que promove a “regulação emocional, tomada de decisão, a multitarefa e a autoconsciência” (Graça, 2016, p.19). Esta característica fisiológica permite compreender o desfasamento na maturidade cerebral, o que justifica a adoção de comportamentos de ordem emocional, ao invés das tomadas de decisão racional (Graça, 2016). Face ao exposto, é notória a propensão que o adolescente apresenta para a tomada de decisão inesperada apesar do conhecimento que detém sobre os riscos, dificultando a assunção de estilos de vida ou comportamentos saudáveis, que à partida estão em contradição com os estilos dominantes ou socialmente valorizados (Graça, 2016). “O prazer pela novidade e pela descoberta, a curiosidade pela experimentação e a necessidade da vivência do risco e de testar limites confrontam o adolescente com a necessidade de fazer opções” (Graça, 2016, p.21). Neste âmbito, os enfermeiros de cuidados de saúde primários, assumem um lugar de destaque no auxílio ao adolescente para a identificação de problemas e para o encorajamento da adoção

de estilos de vida saudáveis, através do debate e reflexão sobre as suas escolhas e motivando o exercício da autonomia no controlo da sua vida (Graça, 2016).

Mediante o exposto, surge a necessidade e a oportunidade de intervir junto deste grupo populacional, no sentido de compreender quais as áreas que se encontram menos trabalhadas e cuja intervenção se torna essencial, por forma a manter o conforto destes ao longo da vida. Para tal, foi desenvolvido o seguinte objetivo específico: *Capacitar o adolescente para a adoção de estilos de vida saudáveis durante a consulta de enfermagem no âmbito dos cuidados de saúde primários, visando a manutenção do seu conforto ao longo da vida.*

Ao longo da consulta de enfermagem com o adolescente, foi aplicado o acrónimo HEEADSSSS (*Home, Education, Eating habits, Activities, Drugs, Suicide, Sleep, Sexuality, Strengths*), o que permitiu identificar diversas necessidades de cuidados de saúde no adolescente. Das necessidades identificadas, destaco as relativas à alimentação saudável e prática de exercício físico por serem as mais alteradas no discurso dos adolescentes, bem como por representarem problemas de saúde graves e complexos. Essas necessidades vão ao encontro do disposto no Relatório de Saúde Infantil e Juvenil de 2018. Nele, constata-se que cerca de 65,1% dos adolescentes consomem doces pelo menos uma vez por semana, que 50,7% dos adolescentes consomem refrigerantes uma vez por semana e 18% consomem-no diariamente (DGS, 2018). No que à atividade física diz respeito, cerca de 57,5% dos adolescentes, independentemente do sexo, praticam regularmente 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa (DGS, 2018). Estes dados sugerem o “reforço de estratégias dos programas nacionais existentes e o investimento em políticas integradoras e multissetoriais, tais como a promoção da literacia em saúde em todos os contextos de vida desta população (família, escola e comunidade)” (DGS, 2018, p. 75).

Assim, e com o intuito de promover a literacia em saúde e alterar a tendência crescente de maus hábitos alimentares/sedentarismo (DGS, 2018) objetivou-se a promoção para a refletida tomada de decisão através da realização de dois folhetos relativos à prática de exercício físico, bem como à prática de uma alimentação saudável.<sup>36</sup> Literacia “implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde de forma a formar juízes e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a qualidade de vida durante o ciclo de vida” (Organização Mundial de Saúde, 2013, citado por DGS, 2019). Não descurando os fatores de ordem biológica, psicológica e

---

<sup>36</sup> Ver Apêndice IX e X

social e os seus determinantes, implica que seja desenvolvida uma relação clínica e de comunicação onde os fatores do contexto e da linguagem verbal e não-verbal sejam utilizados de forma a melhorar os resultados em saúde (DGS, 2019). A sua promoção permite solucionar problemas de saúde, promover estilos de vida saudáveis, prevenir a doença e promover a saúde. Assim, conseguimos estimular o pensamento crítico no sentido de antecipar problemas de saúde e de encontrar soluções para os mesmos, bem como exibir comportamentos saudáveis, estabelecendo metas por forma a prevenir a doença e promover a saúde; promover a autonomia na procura de informação de saúde e do uso adequado dos serviços que tem ao seu dispor; comunicar eficazmente, transmitindo crenças, ideias e informações sobre saúde de forma organizada; e tornar os cidadãos mais responsáveis e pró ativos no sentido de manter a sua comunidade saudável, protegida e segura (DGS, 2019).

A tónica dos cuidados é colocada ao nível da estimulação de comportamentos promotores de saúde, onde a “nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais” e a “prática regular de exercício físico” (DGS, 2013, p.9) devem ser centrais. Ao motivar os adolescentes, estamos a torná-los capazes para gerir a “sua saúde, com base no seu direito a ter uma vida saudável” (Conselho Nacional de Saúde, 2018) e a proporcionar um estado de completo bem-estar físico, mental e social (DGS, 2019), ou seja, um estado de conforto que se prolonga ao longo da vida. Face ao exposto, este período corresponde a uma oportunidade única para os profissionais investirem e melhorarem os resultados em saúde, sendo que a mudança de comportamentos e a capacidade em controlá-los requer um trabalho conjunto do adolescente com o enfermeiro e a compreensão por parte do adolescente de que os seus comportamentos se constituem como potenciais ameaças à sua integridade (Graça, 2016).

A alimentação saudável e a prática regular de exercício físico conferem, inevitavelmente, conforto a nível físico, pois regulam o normal funcionamento do organismo (Kolcaba & Wilson, 2002). Porém, este contexto da experiência humana não representa a totalidade dos benefícios gerados, pelo que a nível “psicoespiritual” e sociocultural também se revelam contextos com benefícios importantes. Desenvolve-se o sentido de estima, uma sensação de bem-estar emocional e psicológico, bem como um sentimento de se estar bem consigo próprio, mas também com os outros (Kolcaba & Wilson, 2002). Se o conforto pretendido for alcançado, os adolescentes sentem-se incentivados a adotar estilos de vida saudáveis, ou seja, sentem-se incentivados a envolverem-se em HSBs (Kolcaba & DiMarco, 2005). Assim, promovemos concomitantemente o “desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação (...) dos jovens, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde,

prevenindo situações disruptivas ou de risco acrescido” (DGS, 2013, p.10). Foi com estes factos em mente, que os dois folhetos informativos foram construídos, visando transformar-se numa ferramenta constituída por informações claras, objetivas, de linguagem acessível e de fácil acesso para os adolescentes.<sup>37</sup>

Considerando que o impacto da mensagem transmitida pelos folhetos só trará resultados consistentes a longo prazo, torna-se impossível de verificar a sua utilidade num curto espaço de tempo. No entanto, o feedback obtido por parte da equipa foi encorajador e motivador, considerando tratar-se de ferramentas úteis e dinâmicas, que serão complemento às consultas realizadas.

Face ao objetivo: *Promover o conforto da criança/jovem e família na consulta de enfermagem no âmbito dos cuidados de saúde primários*, foram delineados um conjunto de atividades que visam dar resposta ao objetivo identificado.

O PNSIJ é um instrumento de apoio à saúde integral da criança/jovem, que prevê a regular realização de consultas de vigilância de saúde (Chora, 2020) e que permite estabelecer a “igualdade de oportunidades de desenvolvimento (...), independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e comunidades” (DGS, 2013, p.8). A consulta tem como objetivo a obtenção contínua de ganhos em saúde, através da promoção da saúde e da prevenção da doença (Chora, 2020).

Ao longo das diversas consultas de enfermagem, procurei estabelecer uma relação terapêutica, intencional e orientada, com enfoque na promoção do desenvolvimento infantil (DGS, 2005), que permitisse a expressão de sentimentos, dúvidas e problemas das crianças/jovens e famílias. Para tal, recorri a estratégias adequadas à idade e desenvolvimento da criança/jovem como a brincadeira, bem como a uma linguagem acessível e culturalmente sensível (conforto “psicoespiritual” e sociocultural”). Avaliei o crescimento e o desenvolvimento infantil através da observação do comportamento da criança desde o primeiro contacto, quer este fosse na sala de espera, ao colo dos pais ou a brincar e posteriormente preenchi as curvas de crescimento e a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, tal como preconizado no PNSIJ (DGS, 2013) (conforto físico). Esta Escala de desenvolvimento compreende um período de tempo

---

<sup>37</sup> E.1.1. – 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; E.1.2. – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E.3.1. - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E.3.3. – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E.3.4. - Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

em que ocorrem modificações e aquisições de competências mais céleres (DGS, 2013). Contudo, cada criança tem a sua própria velocidade na obtenção de novas competências e no cumprimento de diferentes etapas de desenvolvimento (DGS, 2013). Perante o exposto, foram fornecidos cuidados antecipatórios, que consistem na transmissão de conhecimentos necessários ao melhor desempenho da criança, de modo a promover a saúde e prevenir a doença (DGS, 2013) (conforto “psicoespiritual” e sociocultural).

Os enfermeiros, ao prestarem cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança/jovem e família, constituem-se como o grupo profissional mais relevante na garantia de um desenvolvimento infantil adequado, visto que possuem competências na avaliação do estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança. Neste sentido, salientamos a capacidade de detetar variantes de desenvolvimento fora do normal, que merecem uma avaliação por profissionais especializados no âmbito do desenvolvimento e comportamento. Perante uma situação desse género e previamente ao seu encaminhamento, procedi ao preenchimento da *Modified Checklist for Autism in Toddlers*, tal como recomendado pela DGS (2013). Trata-se de um breve questionário, aplicável a crianças dos 16 aos 30 meses, com o objetivo de rastrear perturbações do espectro do autismo (DGS, 2013) (conforto físico, “psicoespiritual” e sociocultural).

Os procedimentos de enfermagem invasivos, como a vacinação ou o teste de Guthrie, são algo comum na assistência à saúde em pediatria. Esses procedimentos têm sido apontados como uma das principais causas de dor aguda e desconforto em crianças, sendo a experiência desses procedimentos não apenas dolorosa, mas também angustiante e assustadora para a criança (Bice & Wyatt, 2016). As crianças, dependendo da idade e do seu nível de desenvolvimento, têm necessidades de conforto diferentes (Bice & Wyatt, 2016; Bice, Hall & Devereaux, 2018) e estas não se restringem apenas às necessidades de conforto físico. A evidência científica apoia o uso de várias técnicas de distração durante procedimentos de enfermagem invasivos para diminuir a ansiedade, angústia, medo e dor, (Bice, 2015). Numa revisão sistemática da literatura recente, constituída por 33 estudos, revelou que as intervenções de conforto processual em pediatria se subdividiam em quatro categorias principais: musicoterapia, diversão e entretenimento, presença do cuidador e uma abordagem multifacetada de várias intervenções, onde estão incluídas intervenções não farmacológicas e farmacológicas para o alívio da dor (Bice & Wyatt, 2016).

Face às novas descobertas, foram implementadas intervenções semelhantes aquando da realização de procedimentos invasivos e verificadas a sua eficácia através da observação do comportamento da criança e da informação transmitida oralmente por esta. O conforto físico

foi assegurado através de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor (durante a amamentação na realização do teste de Guthrie) (Katende & Mugabi, 2015), mas também através do toque/abraço que os pais realizavam para conter as crianças para o procedimento vacinal (Bice, 2015). Estes exemplos, para além de conferirem conforto físico, também conferiam conforto “psicoespiritual” e sociocultural, uma vez que é associada a presença do cuidador a intervenções que transmitem sensação de bem-estar psicológico e segurança. O conforto ambiental foi acautelado nos momentos em que eram disponibilizados à criança brinquedos ou a possibilidade de manterem junto de si os seus objetos preferidos. Foram, deste modo, realizadas diversas intervenções e que permitiram a aquisição e aprimoramento de diversas competências.<sup>38</sup>

### 3.3. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

O último estágio realiza-se numa UCIPed, pertencente a um Centro Hospitalar da área de Lisboa. A sua missão consiste na prestação de cuidados de saúde diferenciados à população da sua zona de influência, bem como a todos quantos necessitam de cuidados especializados em múltiplas áreas clínicas. Assim, é garantida a equidade e universalidade do acesso, da assistência eficaz eficiente, da promoção da qualidade e da excelência, com consequente satisfação dos doentes e dos profissionais. Trata-se de uma unidade polivalente e pluridisciplinar, dotada de recursos físicos e humanos capazes de assegurar a prestação de cuidados médico-cirúrgicos e de enfermagem diferenciados a todas as crianças/jovens (do nascimento até perfazerem 18 anos ou excecionalmente depois dessa idade nas situações de doença crónica de evolução prolongada) que se encontram em situação crítica de risco ou de falência das funções vitais e que requerem o uso de técnicas ou procedimentos avançados de suporte hemodinâmico, ventilatório ou cardiovascular.

A intervenção dos profissionais é orientada para a minimização dos efeitos secundários da doença e/ou tratamento, para a promoção da recuperação a nível físico, psicológico,

---

<sup>38</sup> 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; E.1.2. – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E.2.2. - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E.2.5. – Promove a adaptação da criança/jovem e família a doença à crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; E.3.1. – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E.3.3. – Comunica com a criança e família de forma apropriada e ao estado de desenvolvimento e à cultura (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

espiritual, social e funcional e para a possibilidade de uma vida futura com qualidade. Considerando que o conforto da criança/jovem e família, nos seus diferentes contextos, pode representar uma necessidade de cuidados de saúde em situação de doença/tratamento, o enfermeiro, na perspetiva defendida pela unidade, irá orientar a sua intervenção (*standard, coaching* ou *comfort food for the soul*) no sentido de o garantir (alívio, tranquilidade ou transcendência). É, deste modo, que a qualidade dos cuidados e da saúde é promovida.

Após a breve caracterização do contexto clínico, elaborei uma análise SWOT com o intuito de identificar as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças relativamente à experiência de conforto da criança/jovem e família internadas em contexto de UCIPed. Para tal, recorri à observação participante não estruturada das características do contexto, das pessoas que o compõem e das atividades desenvolvidas. A observação não estrutura caracteriza-se por ser uma forma livre de observação, onde há um “contacto direto, frequente e prolongado” (Correia, 2009, p.31) com os diferentes intervenientes que compõem o contexto em análise. As forças correspondem aos “elementos favoráveis e internos ao próprio sistema” (Ruivo *et al.*, 2010, p.14) e estão presentes em diferentes contextos da experiência humana. A nível físico, verifiquei que a equipa de enfermagem monitoriza constantemente os sinais de deterioração hemodinâmica ou utiliza sistematicamente escalas de monitorização da dor, ajustadas às diferentes faixas etárias e estados de consciência. Após rigorosa monitorização da dor, caso se justifique, a equipa de enfermagem intervém tecnicamente, procedendo à administração de fármacos analgésicos segundo prescrição médica. Não obstante, em paralelo com a administração de analgésicos, a equipa de enfermagem recorre a um conjunto variado de intervenções não farmacológicas no sentido de aliviar a dor (alternância de decúbitos), mas também no sentido de reduzir a perceção de dor. Neste âmbito, surgem intervenções no domínio “psicoespiritual” e sociocultural relevantes, como as do tipo *coaching* (redução da ansiedade vivenciada através da distração pela música/conto de histórias, incentivo à utilização de objetos pessoais como o pijama ou objetos de transição como a chucha/brinquedo ou até do incentivo à participação e envolvimento dos familiares à criança/jovem) ou do tipo *comfort food for the soul* (massagens relaxantes ou apoio espiritual prestado pelos próprios ou pedindo colaboração a figuras de referência como o pastor ou capelão). As características da equipa são outro aspeto relevante. Esta é uma equipa dedicada e empenhada a perseguir um ideal de excelência, sendo as suas ações baseadas na entajuda, no aprofundamento de conhecimentos, na análise sistematizada do trabalho realizado e na implementação de estratégias que otimizem os resultados pretendidos. Recorre ao método de trabalho individual, segue a filosofia de CCF e intervém em PC com

a criança/jovem e família, sempre que a situação clínica o permita (conforto “psicoespiritual” e sociocultural).

As ameaças, constituídas pelos “fatores ou circunstâncias provenientes do exterior, que eventualmente prejudicam o sistema” (Ruivo *et al.*, 2010, p.14), centram-se, essencialmente, ao nível do contexto ambiental. Atualmente, a unidade encontra-se num processo de melhoria das suas instalações originais, o que justificou a sua transferência para outro local durante o corrente período de estágio. Globalmente, trata-se de um espaço desprovido de cor e de desenhos, apetrechado de equipamentos complexos, com ruído e luminosidade constantes, de forte circulação de profissionais e de espaço compacto, sendo este partilhado por crianças/jovens com diferentes faixas etárias e diferentes necessidades de cuidados. Estas condições inibem a existência de longos períodos de sono/descanso, levando a desequilíbrios nos restantes contextos. O conforto ambiental é para Kolcaba (2003) a chave para a promoção do conforto físico e das funções cognitivas, e pode/deve ser manipulado pelo enfermeiro em detrimento do aumento do conforto. O corpo não se restabelece (físico), sente-se esgotado, assustado e impaciente (“psicoespiritual”) e ocorre uma desregulação dos habituais padrões de sono/descanso (sociocultural).

A fraqueza, entendida como aspeto negativo de carácter interno (Ruivo *et al.*, 2010), refere-se à perceção que a equipa de enfermagem exhibe relativamente à multidimensionalidade do conceito de conforto. Verifiquei, por diversas vezes, uma exclusiva associação do termo conforto à ausência de dor (contexto físico), como também da escassa implementação de intervenções consideradas protetoras do sono/descanso. Tal como defende Kolcaba (2003), o conforto é holístico e não deve ser confundido com a experiência de dor, pois envolve mais do que a doença física ou sofrimento (Kolcaba, 1994). Assim, deve ser desenvolvida uma atitude de cuidado que reconheça e trate a criança/jovem como um ser por inteiro e com cuidadosa consideração por todas as suas necessidades de conforto (Bice, 2015).

As oportunidades possuem um carácter exógeno (Ruivo *et al.*, 2010) e prendem-se com a possibilidade que o sistema demonstra em ajustar o ambiente da criança/jovem e família às suas necessidades de conforto. Esta constatação advém quer da observação, uma vez que se procedeu à improvisação de salas próprias para os pais poderem permanecer, guardar os seus pertences, partilharem experiências com outros pais, descansarem por curtos períodos e alimentarem-se (conforto físico, “psicoespiritual”, sociocultural e ambiental), quer da informação oralmente transmitida pelos elementos que compõem o sistema.

Perante a análise realizada, torna-se evidente a necessidade de maximizar as forças, aproveitar as oportunidades, melhorar as fraquezas e minimizar as ameaças. É possível

identificar que o conforto da criança/jovem se encontra prejudicado devido à privação de sono/descanso que o internamento hospitalar em UCIPed implica, representando, assim, uma necessidade de cuidado de saúde. Os estímulos ambientais nocivos, o medo, a ansiedade e os efeitos secundários da doença e/ou tratamento representam forças obstrutivas que desequilibram o sistema, gerando uma tensão no sentido negativo. Após identificada a necessidade de cuidado de saúde e consideradas as variáveis intervenientes que influenciam a perceção de conforto (idade, estado emocional, prognóstico, entre outros), compete ao enfermeiro intervir no sentido de gerar uma tensão no sentido positivo e, deste modo, promover o conforto (Kolcaba, 2001). Assim, fornecem-se cuidados e serviços de qualidade às crianças/jovens e famílias que são alvo dos nossos cuidados (Stonehouse, 2018).

Promover o sono de qualidade é fundamental para a recuperação do estado de saúde, sendo os utentes hospitalizados os mais vulneráveis aos efeitos da privação do sono (Oliveira & Ferreira, 2014). A evidência científica tem demonstrado que, de um modo geral, as crianças/jovens dormem menos e pior quando se encontram hospitalizados (Oliveira & Ferreira, 2014; Oliveira, Gomes, Nicolau, Ferreira, & Ferreira, 2015), sendo a luminosidade, o ruído, a prestação de cuidados (Oliveira & Ferreira, 2014; Oliveira, *et al.*, 2015), a temperatura e os sintomas associados à doença/tratamento (Oliveira, *et al.*, 2015) as causas mais frequentes.

Segundo Oliveira e Ferreira (2014), o sono corresponde a um processo biológico, dinâmico, complexo e essencial a todos os seres humanos, independentemente da idade, género ou etnia. Corresponde a uma necessidade básica do organismo que influencia a maturação do sistema nervoso central e o desenvolvimento psicomotor, cognitivo e comportamental (Oliveira & Ferreira, 2014). Embora seja considerado um estado de inatividade física, corresponde a um período profundamente reparador (Oliveira & Ferreira, 2014).

O “tempo de sono diário, que engloba o sono noturno e as sesta, vai diminuindo ao longo da infância” (Festas, *et al.*, 2020, p. 173) e os hábitos de sono, segundo Maia e Pinto (2009), são como os alimentares, criam-se e modificam-se ao longo do crescimento, sendo os fatores que os influenciam internos e externos. No entanto, após um período de instabilidade dos habituais períodos de sono, as perpetuações desses episódios podem prolongar-se no tempo, justificando a necessidade de intervenção atempada com o intuito de minimizar os efeitos negativos (Maia & Pinto, 2009).

A perturbação do sono nas crianças/jovens hospitalizados é frequente e tem sido associado a efeitos negativos em diversos domínios, tais como o desempenho cognitivo e académico, a regulação emocional e do comportamento, o risco de quedas acidentais e de obesidade

(Silva, Silva, Braga & Neto, 2013), o que torna essencial colocar esta temática como uma prioridade na prestação de cuidados.

Posto isto, foi formulado o seguinte objetivo específico: *Atualizar a informação, sustentada em evidência científica, acerca da promoção do sono em ambiente de cuidados intensivos pediátricos.*

De modo a concretizar o referido objetivo, realizei uma pesquisa nas bases de dados a fim de recolher a melhor evidência científica relativamente à problemática da privação de sono em contexto hospitalar. Após recolhida a informação, os documentos foram agrupados num portfólio que serviram de base ao desenvolvimento de uma formação em serviço intitulada de “A Promoção do Sono para o Conforto da Criança Hospitalizada”<sup>39</sup> Nessa formação, pude: apresentar de forma sumária a TC proposta por Kolcaba (2003), alertando para a multidimensionalidade do fenómeno em estudo; abordar a importância da promoção do sono/descanso para a vida da criança/jovem e como este pode estar alterado em contexto hospitalar; elencar estratégias promotoras do sono em contexto de internamento; e, ainda, apresentar diferentes escalas do conforto para que se possa avaliar a eficácia das intervenções realizadas. Ao longo da formação a equipa mostrou-se receptiva à mensagem transmitida, pois criou momentos de partilha de experiências, reflexões pessoais e sugestões de estratégias a implementar, visando colmatar a presente necessidade de cuidado de saúde. No fim da formação, foram disponibilizados um conjunto de materiais de sensibilização (suportes de canetas e tapetes para o rato do computador) com o intuito de permanecerem nos espaços comuns e de servirem de constante alerta para a necessidade de promover o sono e o conforto da criança.<sup>40</sup> Estes materiais continham intervenções claras, bem como mensagens de sensibilização para a promoção do sono em contexto de internamento em UCIPed.<sup>41</sup>

Por fim, foi formulado o seguinte objetivo específico: *Promover o conforto da criança/jovem e família na prestação de cuidados no âmbito dos cuidados intensivos pediátricos;*

Ao longo do estágio pude prestar cuidados à criança/jovem e família em situação de especial complexidade. Pude monitorizar e avaliar sinais vitais, prestar cuidados de higiene, realizar a higienização oral, aspirar secreções ou promover horas de sono/descanso (contexto físico).

---

<sup>39</sup> Ver Apêndice XIII

<sup>40</sup> Ver Apêndices XI e XII

<sup>41</sup> D.2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; D.2.2. – Suporta a prática clínica em evidência científica (Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro). E.1.2. – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho).

Pude promover o conforto “psicoespiritual” através do incentivo à audição de músicas ou desenhos animados preferidos por estes ou comunicados pelos seus cuidadores durante a realização de procedimentos considerados angustiantes como a punção venosa. Esta intervenção permite a diminuição eficaz da ansiedade e da perceção de dor (Bice, 2015). Esta dimensão foi, ainda, promovida através do fornecimento de informação preparatória e do reforço positivo após a realização de procedimentos considerados angustiantes. A presença do cuidador foi sistematicamente incentivada (conforto físico, “psicoespiritual” e sociocultural). Este, através do toque, do olhar, da sua presença, dos abraços e das palavras de encorajamento e esperança transmitem tranquilidade e transcendência à criança/jovem (Bice, 2015). O seu envolvimento na prestação de cuidados, dentro das suas capacidades e vontades, permitiu criar uma atmosfera de calma e contentamento. A nível ambiental procurei criar um ambiente harmonioso, minimizando o ruído (ajustando alarmes dos monitores, conversando fora da sala, desligando a televisão nos momentos considerados de descanso, como o período noturno), minimizando a luminosidade (desligando as luzes desnecessárias, minimizando as luzes dos monitores e fechando persianas nos momentos de luz diurna intensa) e providenciando privacidade (correndo cortinas, colocando biombos).<sup>42</sup> Concluído este percurso, é possível identificar um conjunto de intervenções que estão à disposição do enfermeiro e que são de fácil aplicação, que necessitam de poucos ou nenhuns recursos económicos para a sua realização e que não implicam uma carga de trabalho excessiva (Bice, *et al.*, 2018). No entanto, para que tal seja uma realidade, é necessário o retorno a uma abordagem mais holística na assistência à saúde da criança/jovem e família, que envolva não apenas o tratamento de doenças, mas que se concentre também na promoção da saúde e no desenvolvimento infantil (Bice, *et al.*, 2018). Compreender o conforto holístico e agir em conformidade permite dar sentido ao que fazemos, à arte de ser Enfermeiro.

---

<sup>42</sup> E.1.1. – 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; E.1.2. – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E.2.1. – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; E.2.2. – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E.2.5. - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; E.3.3. – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

## **Conclusão**

A construção deste percurso em torno do conceito de conforto, fenómeno intrínseco à Enfermagem, partiu de uma profunda reflexão acerca do que é considerado fundamental para quem cuida, assim como para quem é cuidado. Estar confortável representa mais do que o alívio de um determinado desconforto físico, simboliza antes um fenómeno positivo, um estado imediato e multidimensional, que pode ser perspectivado como a experiência de ser ajudado, suportado ou encorajado. Segundo a literatura científica, o ato de confortar é intuitivo. Contudo, compete ao enfermeiro intervir intencionalmente no sentido de aumentar o conforto dos destinatários de cuidados, pelo que este deve fundamentar a sua prática em teorias que sejam operacionalizáveis, tal como a teoria humanista, holística e baseada nas necessidades de conforto desenvolvida por Kolcaba (2003) e denominada por TC.

Esta teoria dispõe de uma ET que se revelou fundamental ao longo dos diferentes contextos de estágio, pois permitiu a identificação inequívoca das necessidades de conforto, a seleção das intervenções adequadas que suprimam essas necessidades e a avaliação dos resultados que provieram das referidas intervenções. Assim, foi possível conceber uma visão holística relativamente às necessidades de conforto da criança/jovem e família, independentemente do contexto onde se encontrem e da condição de saúde que detenham.

As atividades empreendidas revelaram-se benéficas para a criança/jovem e família devido à maximização do seu conforto durante a assistência à saúde, para a equipa de enfermagem pela elaboração de instrumentos que melhoram a prática de cuidados, e para mim enquanto enfermeira pela aquisição e desenvolvimento de um conjunto diversificado de competências. Relativamente às competências de EE, são de ressaltar as pertencentes ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pois demonstrei uma forte capacidade de autoconhecimento, como também de proatividade na procura pelo conhecimento mais atual, pertinente e válido, assumindo um papel de facilitador nos processos de aprendizagem. Face às competências de EEESIP destaco a competência no que se refere à prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo vital e desenvolvimental da criança/jovem,

pois foram consideradas as especificidades e exigências desenvolvimentais das diferentes etapas do ciclo vital e maximizado o potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

A par com todas as intervenções confortadoras realizadas enfatizo, ao nível do contexto de internamento, a realização de uma Instrução de Trabalho acerca do Método Canguru, o que permitiu a promoção da vinculação e do papel parental. Ao nível do contexto de cuidados de saúde primários, saliento o desenvolvimento de dois folhetos informativos direcionados ao período da adolescência e relacionados com a prática de exercício físico/alimentação saudável, o que propiciou a promoção da autoestima e autodeterminação do jovem com especial destaque para as escolhas relativas ao seu projeto de saúde. E, por fim, ao nível do contexto de cuidados intensivos pediátricos, a realização de uma formação dirigida aos enfermeiros, visando a sua sensibilização, relativamente à promoção do sono, o que possibilitou a maximização da saúde das crianças/jovens e famílias.

Os estágios revelaram-se momentos de aprendizagem por excelência, porém desafiadores. Uma das dificuldades sentidas prendeu-se com a escassa literatura sobre o conforto holístico na criança/jovem e família, verificando-se uma sistemática associação com o conforto físico. Outra das dificuldades consideradas relaciona-se com a inexistência de escalas de conforto holístico validadas para a população portuguesa, o que se traduziu numa parca avaliação de resultados, limitando, em parte, o percurso realizado.

Acredito que este relatório representa um *continuum* de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, que tende para altos níveis de competência e perícia. Olhando para o futuro, sinto que falta conhecer o conforto de acordo com as perspetivas da criança/jovem, as diferenças entre faixas etárias, procedimentos, condições de saúde, particularidades culturais, étnicas, entre outros. Importa, também, conhecer a perspetiva única que os pais ou pessoas significativas detêm relativamente ao conforto das crianças/jovens. É fundamental que se proceda à validação de escalas adaptadas à população portuguesa, assim como se teste a eficácia de múltiplas intervenções no sentido da promoção do conforto. Estas são algumas oportunidades de investigação identificadas no âmbito do conforto holístico da criança/jovem.

Em suma, anseio que o presente relatório transmita a ideia de que a gestão eficaz do conforto holístico deverá ser um direito de qualquer criança/jovem.

## Referências Bibliográficas

- Alvarenga, W. A., Machado, J. R., Leite, A. C. A. B., Caldeira, S., Vieira, M., Rocha, S. S. da, & Nascimento, L. C. (2021). Spiritual needs of Brazilian children and adolescents with chronic illnesses: A thematic analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 60, 39-45. DOI: 10.1016/j.pedn.2021.02.020.
- Alves, E., Severo, M., Amorim, M., Grande, C., & Silva, S. (2016). A short form of the neonatal intensive care unit family needs inventory. *Jornal de Pediatria*, 92(1), 73-80. DOI: 10.1016/j.jpmed.2015.04.010.
- Anderson, J. (s.d.). *Families kept apart: barriers to parents' involvement in their baby's hospital care*. London: Bliss.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, II(9), 61-67. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/311921419\\_O\\_conforto\\_nas\\_teorias\\_de\\_enfermagem-analise\\_do\\_conceito\\_e\\_significados\\_teoricos](https://www.researchgate.net/publication/311921419_O_conforto_nas_teorias_de_enfermagem-analise_do_conceito_e_significados_teoricos)
- Apóstolo, J. L. A., & Kolcaba, K. (2009). The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(6), 403-411. DOI: 10.1016/j.apnu.2008.12.003.
- Baptista, A., Quintas, C., Baltar, P., Alves, R., Lavrador, V., & Silva, T. D. (2020). O jovem. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Bergman, N. J., Westrup, B., Kuhn, P., Daly, M., Bertonecelli, N., & Caballero, S. (2021). *Very early and continuous skin-to-skin contact*. European foundation for the care of newborn infants.
- Bice, A. A. (2015). *Exploring holistic comfort in children who experience a clinical venipuncture procedure*. (Dissertação de Doutorado não publicada). University of Tennessee, Knoxville.
- Bice, A. A., & Wyatt, T. H. (2016). Holistic comfort interventions for pediatric nursing procedures: A systematic review. *Journal of Holistic Nursing*, 35(3), 280-295. DOI: 10.1177/0898010116660397.

- Bice, A. A., Hall, J., & Devereaux, M. J., (2018). Exploring holistic comfort in children who experience a clinical venipuncture procedure. *Journal of Holistic Nursing*, 36 (2), 108-122. DOI: 10.1177/0898010117692719.
- Boudiab, L. D., & Kolcaba, K. (2015). Comfort theory. Unraveling the complexities of veterans' health care needs. *Advances in Nursing Science*, 38(4), 270-278. DOI: 10.1097/ANS.0000000000000089.
- Bouso, R. S., Poles, K., & Cruz, D. A. L. M. (2014). Conceitos e teorias na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 48(1), 144-148. DOI: 10.1590/S0080-623420140000100018.
- Brisch, K. H., & Walter, C. (2021). *The importance of attachment for preterm babies and their parents*. European foundation for the care of newborn infants.
- Carmo, M., Rocha, E., Bentes, M., & Soares, C. (2020). A criança e o jovem submetidos a procedimento cirúrgico. In A L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Cuidados Centrados na Família. In A L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Chandra, S. M., Raman, K., & Kolcaba, K. (2016). Application of Katharine Kolcaba comfort theory in post operative child: Delivering integrative comfort care intervention by using theory of comfort – A case study of a 5 year old child admitted in PICU with laprotomy experiencing post operative discomfort. *International Journal of Science and Research*, 5(6), 1714-1720. DOI: 10.21275/v5i6.NOV164670.
- Chora, M. A. C. (2020). O lactente. In A L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Cleveland, L. M. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *JOGNN*, 37, 666-691. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x.
- Conselho Nacional de Saúde (2018). *Gerações mais saudáveis. Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal*. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde.
- Corlett, J., & Twycross, A. (2005). Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. *Children and Families*, 15, 1308-1316. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01407.x.
- Correia, M. C. B. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 30-36.

Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março. Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior. *Diário da República n.º 74/2006 – I série - A*. Lisboa: Assembleia da República.

Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto. Regime Jurídico da Organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF). *Diário da República n.º 298/2007 – I série*. Lisboa: Assembleia da República.

Decreto-Lei n.º 281/2009 de 06 de outubro. Cria o sistema nacional de intervenção precoce na infância. *Diário da República n.º 281/2009 – I série*. Lisboa: Assembleia da República.

Diaz, Z. M. (2012). *Identificação e intervenção nas dificuldades, preocupações e necessidades dos pais de bebés internados numa unidade de neonatologia* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Minho: Braga.

Diaz, Z. M., Caires, S., & Correia, S. (2016). Necessidades e preocupações de pais de bebés internados numa unidade de neonatologia. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 236-252. DOI: 10.15309/16psd170210.

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: Enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23729/1/Doc2\\_26\\_47.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23729/1/Doc2_26_47.pdf)

Direcção-Geral da Saúde (2005). *Saúde infantil e juvenil: Programa tipo de atuação* (2.ª edição). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

Direcção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde (2018). *Saúde infantil e juvenil – Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde (2019). *Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Feeg, V., Paraszczuk, A. M., Çavuşoğlu, H., Shields, L., Pars, H., Mamun, A. (2016). How is family centered care perceived by healthcare providers from different countries? An international comparison study. *Journal of Pediatric Nursing*, 31, 267-276. DOI: 10.1016/j.pedn.2015.11.007.

Feeley, N., Genest, C., Niela-Vilén, H., Charbonneau, L., & Axelin, A. (2016). Parents and nurses balancing parent-infant closeness and separation: a qualitative study of NICU nurses' perceptions. *BMC Pediatrics*, 16 (134), 1-13. DOI: 10.1186/s12887-016-0663-1.

- Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. In A L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L., & Vilelas, J. M. da S. (2014). A emocionalidade no ato de cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais: uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 28(2), 45-60.
- Festas, C., Quelhas, I., & Braga, M. C. (2020). A criança em idade pré-escolar (3 aos 6 anos) e escolar (6 aos 12 anos). In A L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Graça, M. (2016). *Perspetivas dos adolescentes sobre os profissionais e os serviços de saúde: preferências, barreiras e satisfação* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Hallström, I., Runeson, I., & Elander, G. (2002). An observational study of the level at which parents participate in decisions during their child's hospitalization. *Nursing Ethics*, 9(2), 202-214. DOI: 10.1191/0969733002ne499oa.
- Harrison, D., Loughnan, P., & Johnston, L. (2006). Pain assessment and procedural pain management practices in neonatal units in Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 42, 6-9. DOI: 10.1111/j.1440-1754.2006.00781.x.
- He, H., Pölkki, T., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A. (2005). Chinese nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain relief. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 335-342. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03505.x.
- He, H., Vehviläinen-Julkunen, K., Pölkki, T., & Pietilä, A. (2007). Children's perceptions on the implementation of methods for their postoperative pain alleviation: An interview study. *International Journal of Nursing Practice*, 13, 89-99. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2007.00614.x.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2021). *NANDA international nursing diagnosis: definitions and classification. 2021-2023* (12th ed.). New York: Thieme Medical Publishers, Inc.
- Hockenberry, M., & Wilson, W. (2014). *Wong enfermagem da criança e do adolescente* (9.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Lusociência.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals: How to get started*. Bethesda: Institute for Patient- and Family-Centered Care.

- 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 Pediatric*, *15*, 2-8. DOI: 10.1186/s12887-015-0438-0.
- Kennedy, C., Kools, S., Kong, S. K. F., Chen, J.-L., Franck, L., & Wong, T. K. S. (2004). Behavioural, emotional and family functioning of hospitalized children in China and Hong Kong. *International Nursing Review*, *51*(1), 34-46. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2003.00204.x.
- K erouac, S. (1996). *El pensamiento enfermero*. Bascelona: Ensevier Masson;
- Kolcaba, K. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, *23*(4), 237-240. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *19*, 1178-1184. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x.
- Kolcaba, K. (1995). The art of comfort care. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, *27*(4), 287-289. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1995.tb00889.x.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, *49*(2), 86-92. DOI: 10.1067/mno.2001.110268.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer.
- Kolcaba, K. (2015). Katharine Kolcaba's comfort theory. In M. C. Smith & M. E. Parker (Ed.). *Nursing theories & nursing practice* (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, *31*(3), 187-194. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/7686145\\_Comfort\\_Theory\\_and\\_its\\_application\\_to\\_pediatric\\_nursing](https://www.researchgate.net/publication/7686145_Comfort_Theory_and_its_application_to_pediatric_nursing)
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of Comfort. *Journal of Advanced Nursing*, *16*, 1301-1310. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x.
- Kolcaba, K., & Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*, *18*(1), 46-62. DOI: 10.1177/089801010001800106.
- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort theory. A unifying framework to enhance the practice environment. *The Journal of Nursing Administration*, *36*(11), 538-544. DOI: 10.1097/00005110-200611000-00010.
- Kolcaba, K., & Wilson, L. (2002). Comfort care: A framework for perianesthesia nursing. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, *17*(2), 102-114. DOI: 10.1053/jpan.2002.31657.

- Lafond, D. A., Bowling, S., Fortkiewicz, J. M., Reggio, C., & Hinds, P. S. (2019). Integrating the comfort theory into pediatric primary palliative care to improve access to care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 21*(5), 382-389. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000538.
- Lassetter, J. H. (2006). The effectiveness of complementary therapies on the pain experience of hospitalized children. *Journal of Holistic Nursing, 24*(3), 196-208. DOI: 10.1177/0898010106289838.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República n.º156/2015 – I série*. Lisboa: Assembleia da República.
- Liu, M., Zhu, L., Peng, J., Zhang, X., Xiao, Z., Liu, Q., Qiu, J., & Latour, J. M. (2020). Effect of personalized music intervention in mechanically ventilated children in PICU: A pilot study. *Pediatric Critical Care Medicine, 21*(1), 8-14. DOI: 10.1097/PCC.0000000000002159.
- Maia, I., & Pinto, F. (2008). Hábitos de sono. *Nascer e Crescer. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia, 17*(1), 9-12:
- Marchuk, A. (2016). End-of-life care in the neonatal intensive care unit: applying comfort theory. *International Journal of Palliative Nursing, 22*(7), 317-323. DOI: 10.12968/ijpn.2016.22.7.317.
- McIlveen, K. H., & Morse, J. M. (1995). The role of comfort in nursing care: 1900-1980. *Clinical Nursing Research, 4*(2), 127-148. DOI: 10.1177/105477389500400202.
- Mendes, L. R., Broca, P. V., & Ferreira, M. A. (2009). A leitura mediada como estratégia de cuidado lúdico: Contribuição ao campo da enfermagem fundamental. *Escola Anna Nery, 13*(3), 530-536. DOI: 10.1590/S1414-81452009000300011.
- Mendes, M. G. S. R. & Martins, M. M. F. P. da S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, III série, 6*, 113-121. DOI: 10.12707/RIII1144.
- Mikkelsen, G. & Frederiksen, K. (2010). Family-centred care of children in hospital – a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 67*(5), 1152-1162. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x.
- Moen, A., Hallberg, B., Bambang, O, S., Ewald, U., Frost, P., Sizun, J., & White, R. (2021). *Facilitation of skin-to-skin care and parental involvement through the physical environment*. European foundation for the care of newborn infants.

- Monteiro, A. J., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. In A L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Neves, L. (2020). Ética no cuidado à criança, jovem e família. In A L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Neves, M. do C. P., & Pacheco, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem – desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é* (C. Ferraz & G. Couto, Trad.). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1860).
- Novak, B., Kolcaba, K., Steiner, R., & Dowd, T. (2001). Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 18(3), 170-180. DOI: 10.1177/104990910101800308.
- Oliveira, L., & Ferreira, R. (2014). O ambiente das enfermarias pediátricas favorece o sono das crianças?. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 45. 82-89;
- Oliveira, L., Gomes, C., Nicolau, L. B., Ferreira, L., & Ferreira, R. (2015). Environment in pediatric wards: light, sound, and temperature. *Sleep Medicine*, 16(9), 1041-1048. DOI: 10.1016/j.sleep.2015.03.015;
- Oliveira, R. M., Silva, A. V. S. e, Silva, L. M. S. da, Silva, A. P. A. D. da, Chaves, E. M. C., & Bezerra, S. C. (2011). Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 15(2), 277-283. DOI: 10.1590/S1414-81452011000200009.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – volume III*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 351/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 119, de 22 de junho, pp. 19192-19194
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 422/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 133, de 12 de julho, pp. 16660-16666;

- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, de 6 de fevereiro, pp. 4744-4750;
- Pederson, C., & Harbaugh, B. L. (1995). Nurses' use of nonpharmacologic techniques with hospitalized children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 18, 91-109. DOI: 10.3109/01460869509080962.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Ed.). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*, JBI, 2020. Disponível em: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinto, S. M. O., Berenguer, S. M. A. C., & Martins, J. C. A. (2015). Is impaired comfort a nursing diagnosis?. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(4), 205-209. DOI: 10.1111/2047-3095.12121.
- Pinto, S., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2016). A systematic literature review toward the characterization of comfort. *Holistic Nursing Practice*, 30(1), 14-24. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000126.
- Pinto, S., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2017). A qualitative study about palliative care patients' experiences of comfort: implications for nursing diagnosis and interventions. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(8), 37-45. DOI: 10.5430/jnep.v7n8p37.
- Ponte, K. M. A., Gomes, M. C. F., Ponte, H. M. S. da, & Farias, M. S. (2015). Cuidados de enfermagem que proporcionam conforto à criança hospitalizada: Visão do responsável. *UNOPAR Científica. Ciências biológicas e da saúde*, 17(3), 165-168. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/323015493\\_Cuidados\\_de\\_Enfermagem\\_que\\_Proporcionam\\_Conforto\\_a\\_Criança\\_Hospitalizada\\_Visao\\_do\\_Responsavel](https://www.researchgate.net/publication/323015493_Cuidados_de_Enfermagem_que_Proporcionam_Conforto_a_Criança_Hospitalizada_Visao_do_Responsavel)
- Pope, N., Tallon, M., Leslie, G., & Wilson, S. (2018). Ask me: Children's experiences of pain explored using the draw, write, and tell method. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 23(3), 1-11. DOI: 10.1111/jspn.12218.
- Pravder, H. D., Leng-Smith, A., Brash, A. I., Elkin, D. J., Attard, M., Rose, B., Messina, C. R., & Chitkara, M. B. (2019). A magic therapy program to alleviate anxiety in pediatric inpatients. *Hospital Pediatrics*, 9(12), 942-948. DOI: 10.1542/hpeds.2019-0212.
- Prazeres, V. (1998). *Saúde dos adolescentes: princípios orientadores*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde;

- Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G. (2020). O recém-nascido pré-termo. In A L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Rokach, A. (2016). Psychological, emotional and physical experiences of hospitalized children. *Clinical Case Reports and Reviews*, 2(4), 399-401. DOI: 10.15761/CCRR.1000227.
- Romero, H. R. A., & Colmenares, S. M. R. (2014). Necesidades percebidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. *Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo*, 17(1), 113-130. DOI: 10.11144/Javeriana.IE17-1.npan.
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: coletânea descritiva das etapas. *Revista Percursos*.
- Shields, L. (2009). Questioning family-centred care. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2629-2638. DOI: 10.1111/j.1365-2702-2010.03214.x.
- Silva, F., Silva, C., Braga, L., & Neto, A. (2013). Hábitos e problemas do sono dos dois aos dez anos: estudo populacional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 196-202;
- Silva, M. M. da, Vidal, J. M., Leite, J. L., & Silva, T. P. da. (2014). Estratégias de cuidados adotadas por enfermeiros na atenção à criança hospitalizada com câncer avançado e no cuidado de si. *Ciência Cuidado e Saúde*, 13(3), 471-478. DOI: 10.4025/ciencucuidsaud.v13i3.19937.
- Soares, P. R., Silva, C. R. da, & Louro, T. Q. (2019). Conforto da criança na terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), 1-6. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0922.
- Sousa, P., Antunes, A., & Carvalho, J. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*, 25(2), 24-28. DOI: 10.7748/ncyp2013.03.25.2.24.e142.
- Stelmak, A. P., Mazza, V. A., & Freire, M. H. S. (2017). The value attributed by nursing professionals to the care proposed by the canguru method. *Journal of Nursing Ufpe Online*, 11(9), 3376-3385. DOI: 10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201708.
- Stonehouse, D. (2018). SWOT: what is it all about and how do you use it? *British Journal of Healthcare Assistance*, 12(12), 617-619. DOI: 10.12968/bjha.2018.12.12.617
- Tavares, P. T. (2020). No contexto do internamento. In A L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Vieira, M. (2009). *Ser enfermeiro. Da compaixão à proficiência* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica

Vilaça, S., & Ramos, M. (2020). O recém-nascido. In A L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

## Apêndices



## Apêndice I – Equações de Pesquisa



Tabela 1 – Equações de Pesquisa

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

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

	#7	TI pediatric* OR AB pediatric*
	#6	TI paediatric* OR AB paediatric*
	#5	TI “young people” OR AB “young people”
	#4	TI youth OR AB youth
	#3	TI teen* OR AB teen*
	#2	TI adolescen* OR AB adolescen*
	#1	TI child* OR AB child*
<b>Nursing &amp; Allied Health Collection: Comprehensive</b> (via EBSCO) Data da Pesquisa: 27/05/2021	#21	#15 AND #18 AND #19 AND #20 (Resultados = 72)
	#20	TI nurs* OR AB nurs*
	#19	TI hospital* OR AB hospital*
	#18	#16 OR #17
	#17	TI discomfort* OR AB discomfort*
	#16	TI comfort* OR AB comfort*
	#15	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14
	#14	TI scholar OR AB scholar
	#13	TI pre-scholar OR AB pre-scholar
	#12	TI toddler OR AB toddler
	#11	TI infancy OR AB infancy
	#10	TI infant* OR AB infant*
	#9	TI newborn* OR AB newborn*
	#8	TI neonate* OR AB neonate*
	#7	TI pediatric* OR AB pediatric*
	#6	TI paediatric* OR AB paediatric*
	#5	TI “young people” OR AB “young people”
	#4	TI youth OR AB youth
	#3	TI teen* OR AB teen*
	#2	TI adolescen* OR AB adolescen*

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

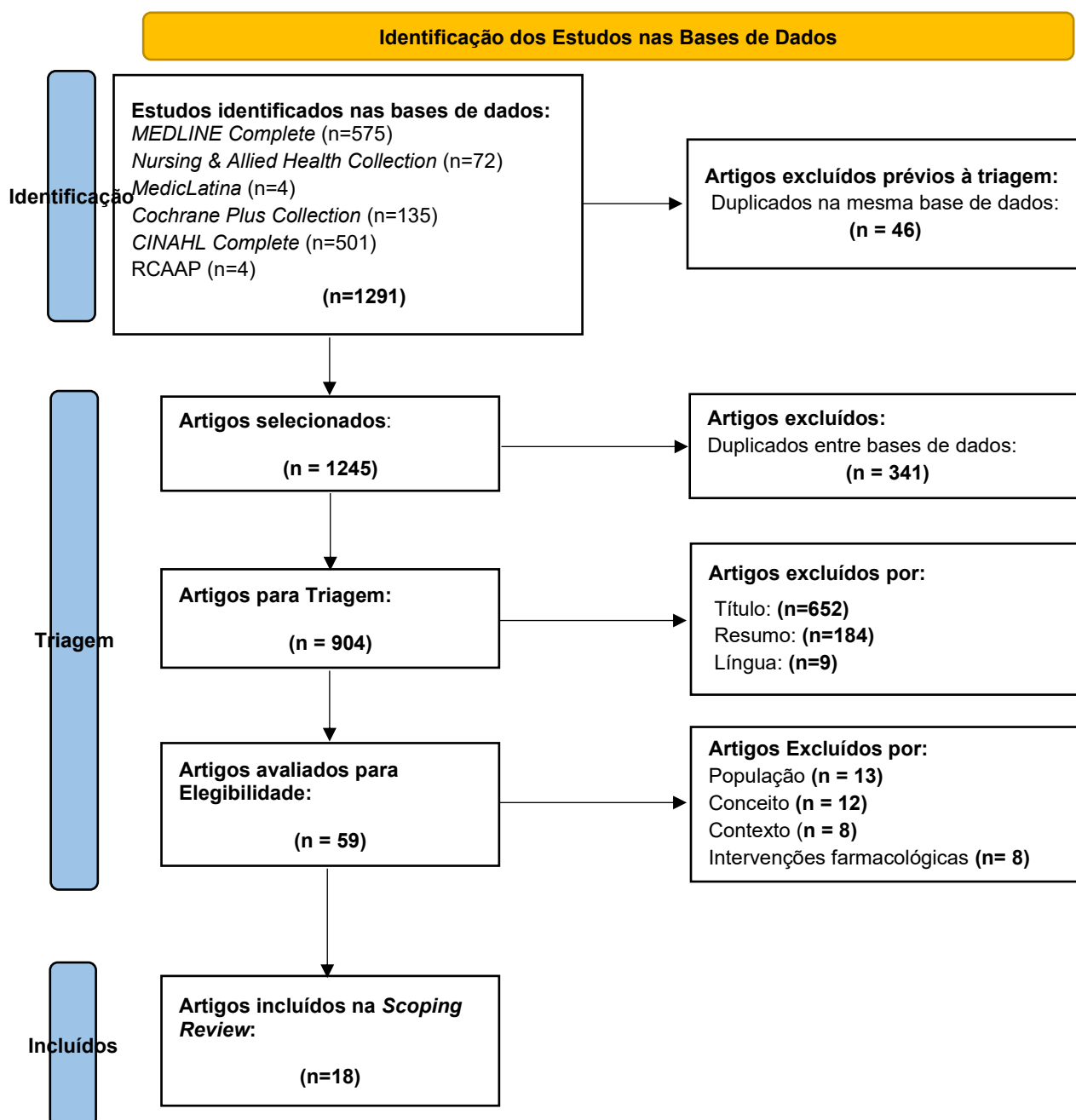
<b>MEDLINE</b> (via PubMed) Data da Pesquisa: 27/05/2021	#37	#18 AND #22 AND #29 AND #36 (Resultados = 575)
	#36	#30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35
	#35	nursing care [MeSH Terms]
	#34	nurs* [Title/Abstract]
	#33	nurses [MeSH Terms]
	#32	pediatric nurse practitioners [MeSH Terms]
	#31	nurses, neonatal [MeSH Terms]
	#30	pediatric nursing [MeSH Terms]
	#29	#23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28
	#28	hospice care [MeSH Terms]
	#27	hospices [MeSH Terms]
	#26	hospitals [MeSH Terms]
	#25	child, hospitalized [MeSH Terms]
	#24	hospitalization [MeSH Terms]
	#23	hospital* [Title/Abstract]
	#22	#19 OR #20 OR #21
	#21	patient comfort [MeSH Terms]
#20	discomfort* [Title/Abstract]	
#19	comfort* [Title/Abstract]	
#18	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15	
#17	OR #16 OR #17	
#16	infant [MeSH Terms]	
#15	child [MeSH Terms]	
#14	adolescente [MeSH Terms]	
#13	scholar [Title/Abstract]	
#12	pre-scholar [Title/Abstract]	
#11	toddler [Title/Abstract]	

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

## Apêndice II – PRISMA-ScR



Figura 1 – PRISMA-ScR





## Apêndice III – Características dos Estudos Incluídos na Scoping Review



Tabela 2 – Caracterização dos Estudos Incluídos na Scoping Review

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Contexto</b>
Pederson & Harbaugh 1995 EUA	Nurses' use of nonpharmacologic techniques with hospitalized children	Examinar o autorrelato dos enfermeiros acerca dos fatores que ajudam ou dificultam o uso de técnicas não farmacológicas, das situações clínicas onde são empregues, das estratégias utilizadas na sua aplicação e da eficácia dessas técnicas	Estudo descritivo e exploratório	54 Enf.	4 UCIPed, cada unidade com foco em patologias específicas na população pediátrica, tais como: patologia oncológica, renal/cardíaca, transplante de órgãos sólidos ou polivalente. 1 Unidade de Transplante de Medula Óssea. Localização: hospital central dos EUA
He, Pölkki, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2005 China e Finlândia	Chinese nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain relief	Descrever a utilização, por parte dos enfermeiros chineses, de estratégias não farmacológicas no alívio da dor pós-operatória de crianças com idades compreendidas entre os 6-12anos, bem como os fatores individuais e institucionais relacionados	Estudo descritivo	178 Enf.	12 enfermarias cirúrgicas, cada enfermaria com foco em áreas cirúrgicas específicas e com experiência em cirurgias de crianças dos 6-12anos, tais como: pediatria geral;

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Contexto</b>
					cardíaca e torácica; ouvido, nariz e garganta. Localização: 5 distintos hospitais da província de Fujian, China.
Harrison, Loughnan & Johnston 2006 Austrália	Pain assessment and procedural pain management practices in neonatal units in Australia	Identificar as práticas atuais de avaliação e intervenção no controlo da dor durante a realização de procedimentos dolorosos em Unidades Neonatais Australianas	Estudo descritivo e transversal	105 Enf. gestores de Unidades Neonatais	13 UCIN, 89 Berçários de Cuidados Especiais e 3 Serviços de Transporte de Emergência Neonatal Localização: Austrália
Lassetter 2006 EUA	The Effectiveness of Complementary Therapies on the Pain Experience of Hospitalized Children	Avaliar a evidência científica em relação à eficácia e uso de diferentes terapias complementares, bem como de técnicas não farmacológicas na experiência de dor de crianças em ambiente hospitalar	Estudo de revisão	13 estudos	Internamento hospitalar pediátrico
He, Vehviläinen-Julkunen,	Children's perceptions on the implementation of methods for their	Revelar a percepção das crianças com idades compreendidas entre os 8-12 anos acerca do uso de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor pós-	Estudo descritivo	59 crianças submetidas a intervenção cirúrgica	5 enfermarias cirúrgicas, cada enfermaria com foco em áreas cirúrgicas específicas e com experiência em cirurgias

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Contexto</b>
Pölkki & Pietilä 2007 China e Finlândia	postoperative pain alleviation: An interview study	operatória, aplicadas pelas próprias, pelos pais e pelos enfermeiros			de crianças dos 8-12anos, tais como: pediatria geral, cardíaca e torácica Localização: 3 distintos hospitais da província de Fujian, China.
Mendes, Broca & Ferreira 2009 Brasil	A leitura mediada como estratégia de cuidado lúdico: contribuição ao campo da enfermagem fundamental	Identificar os sentidos atribuídos pelos sujeitos às ações de mediação de leitura realizadas junto à criança hospitalizada; caracterizar as contribuições da leitura mediada no âmbito do tratamento e recuperação da criança hospitalizada, a partir da experiência dos sujeitos envolvidos na ação; analisar as possibilidades de integração da leitura mediada no cotidiano do cuidado à criança hospitalizada; discutir a leitura mediada como estratégia expressiva/lúdica de cuidado fundamental.	Estudo descritivo de abordagem qualitativa	10 crianças em idade escolar, 10 cuidadores, 7 mediadores de leitura e 10 membros da equipa de enfermagem (técnicas e auxiliares de enfermagem)	7 enfermarias pediátricas. Localização: hospital no Rio de Janeiro, Brasil
Oliveira, Silva, A.V.,	Implementação de medidas para o	Identificar a implementação de medidas para o alívio da dor em recém-nascidos	Estudo descritivo,	45 Enf., 74 técnicas e 61	4 UCIN

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Contexto</b>
Silva, L., Silva, A.P., Chaves & Bezerra 2011 Brasil	alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem	pelos enfermeiros, bem como caracterizá-las em tipo, frequência e finalidade da aplicação	transversal e de abordagem quantitativa	auxiliares de enfermagem com experiência em cuidados neonatais há pelo menos 1 ano	Localização: 4 distintos hospitais públicos de referência em Ceará, Brasil
Silva, M., Vidal, Leite & Silva, T. 2014 Brasil	Estratégias de cuidados adotadas por enfermeiros na atenção à criança hospitalizada com cancro avançado e no cuidado de si	Analisar as principais estratégias de cuidados adotadas por enfermeiros no enfrentamento do processo de morrer, na atenção à criança hospitalizada com cancro avançado e no cuidado de si	Estudo descritivo de abordagem qualitativa	9 Enf. com experiência mínima de 2 anos no cuidado a crianças	Enfermaria pediátrica Localização: Instituto de Oncologia no Rio de Janeiro, Brasil
Romero & Colmenares 2014 Colômbia	Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en	Identificar as necessidades de crianças e jovens com idades compreendidas entre os 8-18anos de idade, as dos seus cuidadores e as dos enfermeiros, durante a hospitalização em terapia intensiva, bem como as barreiras que	Estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa	20 crianças, 20 cuidadores e 20 Enf.	UCIPed Localização: hospital de nível IV, Colômbia

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Contexto</b>
	una unidad de cuidado intensivo	possam afetar a satisfação dessas necessidades			
Ponte, K., Ponte, H., Gomes & Farias 2015 Brasil	Cuidados de enfermagem que proporcionam conforto à criança hospitalizada: visão do responsável	Identificar os cuidados de enfermagem que proporcionam conforto à criança hospitalizada na visão do responsável	Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa	10 cuidadores	Serviço de Urgência Pediátrica Localização: hospital de ensino em Ceará, Brasil
Katende & Mugabi 2015 Omã	Comforting strategies and perceived barriers to pediatric pain management during IV line insertion procedure in Uganda's national referral hospital: A descriptive study	Estabelecer as práticas atuais relativamente ao uso de estratégias confortadoras, bem quanto às barreiras que impedem a implementação de tais estratégias pelos profissionais de saúde de um hospital de referência em Mulago, Uganda, aquando da inserção de um acesso intravenoso	Estudo descritivo	105 médicos, Enf. e internos de medicina com experiência na assistência em pediatria e na colocação de acessos intravenosos de há pelo menos 3 meses	6 Enfermarias pediátricas Localização: hospital de referência em Mulago, Uganda

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Contexto</b>
Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida 2016 Portugal	Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional	Explicitar o desempenho do trabalho emocional dos enfermeiros, com enfoque na análise da experiência dos medos (normais/desenvolvimentais) das crianças dos 6 aos 12 anos, no serviço de urgência pediátrica	Estudo descritivo, correlacional de abordagem quantitativa	82 crianças	Serviço de Urgência Pediátrica Localização: hospital periférico de Lisboa, Portugal
Stelmak, Mazza & Freire 2017 Brasil	The value attributed by nursing professionals to the care proposed by the kanguru method	Compreender o valor atribuído pelos enfermeiros aos cuidados humanizados propostos pelo método canguru	Estudo descritivo de abordagem qualitativa	37 profissionais de enfermagem	UCIN Localização: hospital universitário de referência no sul do Brasil
Pope, Tallon, Leslie & Wilson 2018 Austrália	Ask me: Children's experiences of pain explored using the draw, write, and tell method	Explorar as experiências de dor das crianças, as suas perceções no controlo da dor e as suas expectativas em relação ao papel do enfermeiro	Estudo descritivo, qualitativo de abordagem indutiva	15 crianças com dor aguda e idades compreendidas entre 4-8 anos	Serviço de Urgência Localização: hospital pediátrico terciário na Austrália

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Contexto</b>
Liu, Zhu, Peng, Zhang, Xiao, Liu, Qiu & Latour 2020 China Inglaterra	Effect of personalized music intervention in mechanically ventilated children in PICU. A pilot study	Determinar a viabilidade de uma intervenção musical personalizada com pacientes ventilados mecanicamente	Estudo piloto, quasi- experimental	50 crianças com idades compreendidas entre 1mês- 7anos, sem compromisso da acuidade auditiva e sob ventilação mecânica há pelo menos 48h	UCIPed Localização: hospital pediátrico terciário em Changsha, China
Soares, Dilva & Louro 2019 Brasil	Conforto da criança na terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de enfermagem	Analisar o conceito de conforto em unidade de terapia intensiva pediátrica, na perspectiva dos profissionais de enfermagem	Estudo descritivo de abordagem qualitativa e quantitativa	40 profissionais de enfermagem	UCIPed Localização: hospital pediátrico universitário no Rio de Janeiro, Brasil
Pravder, Leng-Smith, Brash, Elkin,	A Magic Therapy Program to Alleviate Anxiety	Avaliar o impacto de um programa de terapia mágica, organizado e facilitado por estudantes de medicina, no alívio da	Estudo controlado, randomizado	100 crianças com idades compreendidas	Enfermaria pediátrica

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Contexto</b>
Attard, Rose, Messina & Chitkara 2019 EUA	in Pediatric Inpatients	ansiedade de crianças internadas e seus cuidadores		entre 5-16anos e 90 cuidadores	Localização: hospital pediátrico universitário dos EUA
Alvarenga, Mavhado, Leite, Caldeira, Vieira, Rocha & Nascimento 2021 Brasil Portugal	Spiritual needs of Brazilian children and adolescents with chronic illnesses: A thematic analysis	Identificar as necessidades espirituais de crianças e adolescentes com doença crónica e como essas necessidades são satisfeitas pelos profissionais de saúde durante a hospitalização	Estudo descritivo com abordagem qualitativa	35 crianças e adolescentes com idades compreendidas entre 7-18anos e diagnosticadas há pelo menos 3meses com cancro, fibrose quística ou diabetes mellitus tipo 1	Enfermaria pediátrica Localização: hospital público pediátrico no sudeste do Brasil

Apêndice IV – Diagnósticos de Enfermagem Identificados nos Estudos Incluídos na  
Scoping Review



Tabela 3 – Diagnósticos de Enfermagem Identificadas nos Estudos Incluídos na Scoping Review

Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)	Título	Necessidades de Cuidados de Saúde	Indicadores Diagnósticos	Diagnóstico de Enfermagem
Pederson & Harbaugh 1995 EUA	Nurses' use of nonpharmacologic techniques with hospitalized children	<p>“Pediatric nurses are often present with children who are in discomfort or pain, and are essential to successful management of this pain.” p.91</p> <p>“(…) adolescents (…) may lack the ability to deal with underlying anxiety (…)” p.92</p> <p>“Pain (…) Insomnia (…) anxiety (…) fears (…)” p. 105</p>	<p><b><u>Características Definidoras:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expressa desconforto</li> <li>- Ansiedade</li> <li>- Relata alteração do padrão de sono</li> <li>- Expressa medo</li> <li>- Dificuldade em relaxar</li> </ul> <p><b><u>Fatores Relacionados:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle situacional inadequado</li> <li>- Estímulos ambientais desagradáveis</li> </ul> <p><b><u>Condições Associadas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomas relacionados à doença</li> <li>- Regime tratamento</li> </ul>	<b>Conforto prejudicado</b>
He, Pölkki, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2005 China e Finlândia	Chinese nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain relief	<p>“The experience of pain is common among children undergoing surgery.” p.336</p> <p>“To ensure adequate pain relief, or to make pain more tolerable and to give the children a sense of control over the situation (Coty et al. 1995), non-</p>	<p><b><u>Características Definidoras:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expressa desconforto</li> </ul> <p><b><u>Fatores Relacionados:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle situacional inadequado</li> <li>- Estímulos ambientais desagradáveis</li> </ul> <p><b><u>Condições Associadas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomas relacionados à doença</li> <li>- Regime tratamento</li> </ul>	<b>Conforto prejudicado</b>

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Necessidades de Cuidados de Saúde</b>	<b>Indicadores Diagnósticos</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>
		pharmacological methods are widely accepted (...)" p.336		
Harrison, Loughnan & Johnston 2006 Austrália	Pain assessment and procedural pain management practices in neonatal units in Australia	"Premature and sick infants are exposed to multiple painful procedures over the course of their hospitalization." p.6	<p><b><u>Características Definidoras:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade em relaxar</li> <li>- Expressa desconforto</li> <li>- Agitação psicomotora</li> </ul> <p><b><u>Fatores Relacionados:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estímulos ambientais desagradáveis</li> </ul> <p><b><u>Condições Associadas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomas relacionados à doença</li> <li>- Regime tratamento</li> </ul>	<b><i>Conforto prejudicado</i></b>
Lassetter 2006 EUA	The Effectiveness of Complementary Therapies on the Pain Experience of Hospitalized Children	<p>"(...) analgesics alone do not sufficiently relieve their discomfort" p. 196</p> <p>"Pain is a complex phenomenon for children, involving psychological, biological, and sociological factors (Savins, 2002), and the concepts of hospitalization and pain are often linked" p.196</p> <p>"(...) pain and anxiety in children experiencing cardiac catheterization (...)" p.205</p>	<p><b><u>Características Definidoras:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedade</li> <li>- Dificuldade em relaxar</li> <li>- Expressa desconforto</li> <li>- Expressa medo</li> <li>- Expressa descontentamento com a situação</li> </ul> <p><b><u>Fatores Relacionados:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlo inadequado sobre o ambiente</li> <li>- Controle situacional inadequado</li> <li>- Estímulos ambientais desagradáveis</li> </ul>	<b><i>Conforto prejudicado</i></b>

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Necessidades de Cuidados de Saúde</b>	<b>Indicadores Diagnósticos</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>
		“(…) pain, distress, and fear” p.205	<p><b><u>Condições Associadas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomas relacionados à doença</li> <li>- Regime tratamento</li> </ul>	
He, Vehviläinen-Julkunen, Pölkki & Pietilä 2007 China e Finlândia	Children’s perceptions on the implementation of methods for their postoperative pain alleviation: An interview study	“(…) the children might have felt discomfort when they were expected to recall and measure their pain (…)” p. 92 “(…) when I am suffering from pain” p.95	<p><b><u>Características Definidoras:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expressa desconforto</li> <li>- Dificuldade em relaxar</li> </ul> <p><b><u>Fatores Relacionados:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlo inadequado sobre o ambiente</li> <li>- Controle situacional inadequado</li> <li>- Estímulos ambientais desagradáveis</li> </ul> <p><b><u>Condições Associadas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomas relacionados à doença</li> <li>- Regime tratamento</li> </ul>	<b><i>Conforto prejudicado</i></b>
Mendes, Broca & Ferreira 2009 Brasil	A leitura mediada como estratégia de cuidado lúdico: contribuição ao campo da enfermagem fundamental	“O processo de internação afasta a criança de seu mundo cotidiano, gerando situações de insegurança para enfrentar o medo que sente da internação” p.533 “(…) cuidados (…) dolorosos e desconfortantes” p. 535 “O humor da criança muda (…) p.534	<p><b><u>Características Definidoras:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedade</li> <li>- Dificuldade em relaxar</li> <li>- Expressa desconforto</li> <li>- Expressa medo</li> <li>- Humor irritável</li> <li>- Agitação psicomotora</li> </ul> <p><b><u>Fatores Relacionados:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle inadequado sobre o ambiente</li> </ul>	<b><i>Conforto prejudicado</i></b>

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Necessidades de Cuidados de Saúde</b>	<b>Indicadores Diagnósticos</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>
		“(…) crianças superagitadas e estressadas que não deixavam ninguém chegar perto delas (...) p.534	- Controle situacional inadequado - Estímulos ambientais desagradáveis <b><u>Condições Associadas:</u></b> - Sintomas relacionados à doença - Regime tratamento	
Oliveira, Silva, A.V., Silva, L., Silva, A.P., Chaves & Bezerra 2011 Brasil	Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem	“(…) dor sentida pelo neonato é bem mais forte e aguda (...), traduzindo-se em desconforto físico, psíquico e sofrimento para os neonatos, incapazes de relatá-lo verbalmente” p.278 “(…) duração do choro, atenuação da mímica facial de dor (...) p.280 “(…) agitação e o estresse em momentos críticos como no ato de uma punção venosa (...)” p.281	<b><u>Características Definidoras:</u></b> - Choro - Dificuldade em relaxar - Agitação psicomotora - Expressa desconforto <b><u>Fatores Relacionados:</u></b> - Estímulos ambientais desagradáveis <b><u>Condições Associadas:</u></b> - Sintomas relacionados à doença - Regime tratamento	<b><i>Conforto prejudicado</i></b>
Silva, M., Vidal, Leite & Silva, T. 2014 Brasil	Estratégias de cuidados adotadas por enfermeiros na atenção à criança hospitalizada com cancro avançado e no cuidado de si	“(…) doença que ameaça a vida (...) sofrimento (...) dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.” p.471 “(…) mudanças (...) no humor (...)” p.474	<b><u>Características Definidoras:</u></b> - Humor irritável - Dificuldade em relaxar - Expressa sofrimento psicológico - Expressa desconforto - Expressa descontentamento com a situação	<b><i>Conforto prejudicado</i></b>

Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)	Título	Necessidades de Cuidados de Saúde	Indicadores Diagnósticos	Diagnóstico de Enfermagem
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedade</li> <li>- Expressa medo</li> <li style="padding-left: 20px;"><b><u>Fatores Relacionados:</u></b></li> <li>- Controle inadequado sobre o ambiente</li> <li>- Controle situacional inadequado</li> <li>- Estímulos ambientais desagradáveis</li> <li style="padding-left: 20px;"><b><u>Condições Associadas:</u></b></li> <li>- Sintomas relacionados à doença</li> <li>- Regime tratamento</li> </ul>	
Romero & Colmenares 2014 Colômbia	Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo	<p>“(…) estrés que ocasiona esta experiencia (…) ansiedad, temores y miedos (…) lo negativo de esta difícil experiencia” p.116</p> <p>“(…) inquietudes que se solucionen en el momento del ingreso” p.121</p> <p>“Sentir que llorar está bien” p.122</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Características Definidoras:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedade</li> <li>- Choro</li> <li>- Expressa desconforto</li> <li>- Expressa medos</li> <li>- Dificuldade em relaxar</li> <li>- Inquieto</li> <li style="padding-left: 20px;"><b><u>Fatores Relacionados:</u></b></li> <li>- Controle inadequado sobre o ambiente</li> <li>- Controle situacional inadequado</li> <li>- Estímulos ambientais desagradáveis</li> <li style="padding-left: 20px;"><b><u>Condições Associadas:</u></b></li> <li>- Sintomas relacionados à doença</li> </ul>	<b><i>Conforto prejudicado</i></b>

Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)	Título	Necessidades de Cuidados de Saúde	Indicadores Diagnósticos	Diagnóstico de Enfermagem
			- Regime tratamento	
Ponte, K., Ponte, H., Gomes & Farias 2015 Brasil	Cuidados de enfermagem que proporcionam conforto à criança hospitalizada: visão do responsável	<p>“(…) a hospitalização (…) geralmente é encarada como uma situação de crise (…)” p.165</p> <p>“O que poderia melhorar era que olhassem para o desconforto da gente” p.167</p> <p>“(…) para a criança, a hospitalização é uma experiência potencialmente traumática” p.168</p> <p>“A criança ao ser hospitalizada pode manifestar protesto, medo, apatia, fuga e tristeza, ao experimentar rotinas diferente e dolorosa decorrente de procedimentos invasivos.” p.168</p> <p>“(…) ansiedade e sofrimento do ser hospitalizado (…)” p.168</p> <p>“(…) aliviar medo, dor e sofrimento” p.168</p>	<p>- Ansiedade</p> <p>- Dificuldade em relaxar</p> <p>- Expressa desconforto</p> <p>- Expressa descontentamento com a situação</p> <p>- Expressa medo</p> <p>- Expressa sofrimento psicológico</p> <p><b><u>Fatores Relacionados:</u></b></p> <p>- Controle inadequado sobre o ambiente</p> <p>- Controle situacional inadequado</p> <p>- Estímulos ambientais desagradáveis</p> <p><b><u>Condições Associadas:</u></b></p> <p>- Sintomas relacionados à doença</p> <p>- Regime tratamento</p>	<b>Conforto prejudicado</b>
Katende & Mugabi 2015	Comforting strategies and perceived barriers to pediatric	“(…) common procedures and sources of pain in hospitalized children (…)” p.2	<p><b><u>Características Definidoras:</u></b></p> <p>- Dificuldade em relaxar</p> <p>- Expressa desconforto</p>	<b>Conforto prejudicado</b>

Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)	Título	Necessidades de Cuidados de Saúde	Indicadores Diagnósticos	Diagnóstico de Enfermagem
Omã	pain management during IV line insertion procedure in Uganda's national referral hospital: A descriptive study	“(…) children undergoing venipuncture experience moderate to severe pain as well as elevated levels of pre-procedural and procedural distress.” p.2 “(…) children being irritable (…)” p.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expressa descontentamento com a situação</li> <li>- Humor irritável</li> <li>- Agitação psicomotora</li> <li>- Inquieto</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Fatores Relacionados:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle inadequado sobre o ambiente</li> <li>- Controle situacional inadequado</li> <li>- Estímulos ambientais desagradáveis</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Condições Associadas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomas relacionados à doença</li> <li>- Regime tratamento</li> </ul>	
Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida 2016 Portugal	Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional	“Para a criança este é um período de elevado stress e ansiedade” p.27 “(…) medo (…)	<p style="text-align: center;"><b><u>Características Definidoras:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedade</li> <li>- Choro</li> <li>- Dificuldade em relaxar</li> <li>- Expressa desconforto</li> <li>- Expressa descontentamento com a situação</li> <li>- Expressa medo</li> <li>- Expressa sensação de frio</li> </ul>	<b><i>Conforto prejudicado</i></b>

Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)	Título	Necessidades de Cuidados de Saúde	Indicadores Diagnósticos	Diagnóstico de Enfermagem
		<p>horror, terror, e como psicopatologia fobia e pânico” p.27  “Uma das mais traumáticas experiências (...) é a hospitalização de urgência.” p.29  “A hospitalização em SU origina medos nas crianças (...) p.43  “As consequências dos medos vivenciados na hospitalização traduzem-se nas crianças (...) por nervosismo, choro, problemas de sono (...)” p.42  “(...) sofrimento da criança é frequente (...)” p.43</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expressa sofrimento psicológico</li> <li>- Humor irritável</li> <li>- Agitação psicomotora</li> <li>- Relata alterações no padrão de sono</li> <li>- Inquieto</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Fatores Relacionados:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle inadequado sobre o ambiente</li> <li>- Controle situacional inadequado</li> <li>- Estímulos ambientais desagradáveis</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Condições Associadas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomas relacionados à doença</li> <li>- Regime tratamento</li> </ul>	
Stelmak, Mazza & Freire 2017 Brasil	The value attributed by nursing professionals to the care proposed by the kanguru method	<p>“In the event of hospitalization, infants are deprived of the initial constructions of the affective bonds (...) p.3380  “(...) various painful and stressful procedures (...) may cause (...) changes in sleep patterns, apnea, irritability, crying crises, and anything else reflect on your weight gain and overall development” p.3381</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>Características Definidoras:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Choro</li> <li>- Dificuldade em relaxar</li> <li>- Humor irritável</li> <li>- Agitação psicomotora</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Fatores Relacionados:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estímulos ambientais desagradáveis</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Condições Associadas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomas relacionados à doença</li> <li>- Regime tratamento</li> </ul>	<b><i>Conforto prejudicado</i></b>

Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)	Título	Necessidades de Cuidados de Saúde	Indicadores Diagnósticos	Diagnóstico de Enfermagem
Pope, Tallon, Leslie & Wilson 2018 Austrália	Ask me: Children's experiences of pain explored using the draw, write, and tell method	<p>“(…) pain in children is linked to a number of negative physiological and psychological consequences (…)” p.1</p> <p>“(…) child's pain and distress is exacerbated (…)” p.8</p> <p>“(…) visual cues associated with pain (… ) which heightens the pain experience (… ) and increases anxiety” p.8</p> <p>“(…) children shared negative emotional responses to their pain, which included feelings of fear, sadness, and apprehension about being in pain” p.8</p>	<p><b><u>Características Definidoras:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedade</li> <li>- Expressa desconforto</li> <li>- Dificuldade em relaxar</li> <li>- Expressa descontentamento com a situação</li> <li>- Expressa medo</li> <li>- Expressa sofrimento psicológico</li> <li>- Agitação psicomotora</li> <li>- Inquieto</li> </ul> <p><b><u>Fatores Relacionados:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle inadequado sobre o ambiente</li> <li>- Controle situacional inadequado</li> <li>- Estímulos ambientais desagradáveis</li> </ul> <p><b><u>Condições Associadas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomas relacionados à doença</li> <li>- Regime tratamento</li> </ul>	<b><i>Conforto prejudicado</i></b>
Liu, Zhu, Peng, Zhang, Xiao, Liu, Qiu & Latour	Effect of personalized music intervention in mechanically	“Children admitted to PICUs because of acute critical illness can develop feeling of fear and stress due to the unfamiliar environment or alarming sounds of monitors” p.1	<p><b><u>Características Definidoras:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedade</li> <li>- Dificuldade em relaxar</li> <li>- Expressa desconforto</li> <li>- Expressa medo</li> </ul>	<b><i>Conforto prejudicado</i></b>

Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)	Título	Necessidades de Cuidados de Saúde	Indicadores Diagnósticos	Diagnóstico de Enfermagem
2020 China Inglaterra	ventilated children in PICU. A pilot study	“Intensive care treatment and procedures can increase pain, discomfort, and stress experiences in mechanically ventilated patients” p.1 “(…) discomfort of the child during mechanical ventilation, (…) anxiety” p.3	- Expressa sofrimento psicológico <b><u>Fatores Relacionados:</u></b> - Controle inadequado sobre o ambiente - Controle situacional inadequado - Estímulos ambientais desagradáveis <b><u>Condições Associadas:</u></b> - Sintomas relacionados à doença - Regime tratamento	
Soares, Dilva & Louro 2019 Brasil	Conforto da criança na terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de enfermagem	“A internação de uma criança (...) é (...) um processo traumático (...) relacionado à dor e ao sofrimento” p.2 “(…) sofrem devido à dor, frio, sede, dificuldade em descansar por excesso de ruído e iluminação, mobilização limitada e dificuldade de comunicação” p.2 “(…) o ambiente da terapia intensiva (...) gerador de sofrimento, dor, tensão e desconforto, além de possuir características que diminuem a oferta de conforto.” p.4	<b><u>Características Definidoras:</u></b> - Ansiedade - Dificuldade em relaxar - Expressa desconforto - Expressa descontentamento com a situação - Expressa sensação de frio - Expressa sofrimento psicológico <b><u>Fatores Relacionados:</u></b> - Controle inadequado sobre o ambiente - Controle situacional inadequado - Estímulos ambientais desagradáveis <b><u>Condições Associadas:</u></b> - Sintomas relacionados à doença	<b><i>Conforto prejudicado</i></b>

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Necessidades de Cuidados de Saúde</b>	<b>Indicadores Diagnósticos</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>
			- Regime tratamento	
Pravder, Leng-Smith, Brash, Elkin, Attard, Rose, Messina & Chitkara 2019 EUA	A Magic Therapy Program to Alleviate Anxiety in Pediatric Inpatients	<p>“Hospitalization generates increased psychological discomfort for children (...)” p.942</p> <p>“Pediatric patients struggle with an onslaught of fears and concerns on hospitalization regardless of acuity” p.943</p> <p>“In the pediatric population, a hospitalization experience creates a constant environment of uncertainty and stress” p.947</p> <p>“(...) anxiety (...) hospitalized patients (...)” p.947</p>	<p><b><u>Características Definidoras:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedade</li> <li>- Dificuldade em relaxar</li> <li>- Expressa desconforto</li> <li>- Expressa descontentamento com a situação</li> <li>- Expressa medo</li> <li>- Expressa desconforto psicológico</li> <li>- Agitação psicomotora</li> <li>- Inquieto</li> </ul> <p><b><u>Fatores Relacionados:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle inadequado sobre o ambiente</li> <li>- Controle situacional inadequado</li> <li>- Estímulos ambientais desagradáveis</li> </ul> <p><b><u>Condições Associadas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomas relacionados à doença</li> <li>- Regime tratamento</li> </ul>	<b><i>Conforto prejudicado</i></b>
Alvarenga, Mavhado, Leite, Caldeira,	Spiritual needs of Brazilian children and adolescents with	“The suffering resulting from the diagnosis of a chronic disease and the subsequent recurrent hospitalizations has an impact on the spiritual dimension of	<p><b><u>Características Definidoras:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedade</li> <li>- Choro</li> <li>- Dificuldade em relaxar</li> </ul>	<b><i>Conforto prejudicado</i></b>

Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)	Título	Necessidades de Cuidados de Saúde	Indicadores Diagnósticos	Diagnóstico de Enfermagem
Vieira, Rocha & Nascimento 2021 Brasil Portugal	chronic illnesses: A thematic analysis	children and adolescents, including the emergence of spiritual needs.” p.5 “(…) because I always cry a lot” p.5 “The fear of the future impacting on hope (…)” p.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expressa desconforto</li> <li>- Expressa descontentamento com a situação</li> <li>- Expressa medo</li> <li>- Expressa sofrimento psicológico</li> <li style="padding-left: 20px;"><b><u>Fatores Relacionados:</u></b></li> <li>- Controle inadequado sobre o ambiente</li> <li>- Controle situacional inadequado</li> <li>- Estímulos ambientais desagradáveis</li> <li style="padding-left: 20px;"><b><u>Condições Associadas:</u></b></li> <li>- Sintomas relacionados à doença</li> <li>- Regime tratamento</li> </ul>	

Apêndice V – Intervenções de Conforto Identificadas nos Estudos Incluídos na Scoping  
Review



Tabela 4 – Intervenções de Conforto Identificadas nos Estudos Incluídos na Scoping Review

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Contexto Físico</b>	<b>Contexto “Psicoespiritual”</b>	<b>Contexto Sociocultural</b>	<b>Contexto Ambiental</b>
Pederson & Harbaugh 1995 EUA	Nurses’ use of nonpharmacologic techniques with hospitalized children	-	- Exercícios de Respiração; - Exercícios de Relaxamento; - Distração (inclui desvio da atenção); - Imaginação guiada; - Informação preparatória; - Envolvimento da criança.	- Suporte parental (inclui presença e/ou envolvimento nos cuidados).	-
He, Pölkki, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2005 China e Finlândia	Chinese nurses’ use of non-pharmacological methods in children’s postoperative pain relief	- Terapia térmica (inclui aplicação de calor ou frio); - Posicionamento; - Massagem; - Auxílio nas atividades de vida diárias.	- Exercícios de Respiração; - Exercícios de Relaxamento; - Distração (inclui desvio da atenção); - Imaginação guiada; - Informação preparatória (inclui informação cognitiva e sensorial); - Reforço positivo (inclui recompensa verbal ou física).	- Suporte emocional (inclui toque, presença e transmissão de tranquilidade).	- Ambiente confortador.
Harrison, Loughnan & Johnston 2006	Pain assessment and procedural pain management	- Sucção não nutritiva isolada;	-	-	-

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Contexto Físico</b>	<b>Contexto “Psicoespiritual”</b>	<b>Contexto Sociocultural</b>	<b>Contexto Ambiental</b>
Austrália	practices in neonatal units in Australia	- Sucção não nutritiva combinada com soluções açucaradas; - Soluções açucaradas isoladas; - Amamentação; - Contenção física; - <i>Swaddling</i> (envolver); - <i>Nesting</i> (aninhar).			
Lassetter 2006 EUA	The Effectiveness of Complementary Therapies on the Pain Experience of Hospitalized Children	- Posicionamento (3); - Auxílio nas atividades de vida diárias (2); - Massagem (1); - Terapia térmica [inclui aplicação de frio (1)]; - Descanso/repouso (1).	- Exercícios de Respiração (4); - Exercícios de Relaxamento (5); - Distração (8) [inclui hipnose (2); desvio da atenção (2)]; - Imaginação guiada (4); - Reforço positivo (3); - Informação preparatória (2); - Arteterapia (1).	- Suporte emocional [inclui toque (1); presença (2) e transmissão de tranquilidade (1)].	- Ambiente confortador.
He, Vehviläinen-	Children’s perceptions on the	- Posicionamento; - Descanso/repouso;	- Exercícios de Respiração; - Exercícios de Relaxamento;	- Suporte Parental (inclui presença);	- Ambiente confortador.

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Contexto Físico</b>	<b>Contexto “Psicoespiritual”</b>	<b>Contexto Sociocultural</b>	<b>Contexto Ambiental</b>
Julkunen, Pölkki & Pietilä 2007 China e Finlândia	implementation of methods for their postoperative pain alleviation: An interview study	- Terapia térmica (inclui aplicação de calor ou frio); - Massagem; - Auxílio nas atividades de vida diárias.	- Distração (inclui leitura; música, televisão, desenho, brincadeira; desvio da atenção - Imaginação guiada; - Reforço positivo; - Informação preparatória.	- Suporte emocional (inclui toque e presença).	
Mendes, Broca & Ferreira 2009 Brasil	A leitura mediada como estratégia de cuidado lúdico: contribuição ao campo da enfermagem fundamental	-	- Distração (inclui leitura).	-	-
Oliveira, Silva, A.V., Silva, L., Silva, A.P., Chaves & Bezerra 2011 Brasil	Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem	- Sucção não nutritiva com administração concomitante de algumas gotas de uma solução açucarada; - Sucção não nutritiva com administração concomitante de	-	- Suporte parental (inclui toque nutritivo; colo; diálogo).	-

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Contexto Físico</b>	<b>Contexto “Psicoespiritual”</b>	<b>Contexto Sociocultural</b>	<b>Contexto Ambiental</b>
		algumas gotas de leite materno; - Administração de soluções açucaradas isoladas; - Sucção não nutritiva isolada; - Método canguru; - Contacto pele a pele; - Aninhar.			
Silva, M., Vidal, Leite & Silva, T. 2014 Brasil	Estratégias de cuidados adotadas por enfermeiros na atenção à criança hospitalizada com cancro avançado e no cuidado de si	- Posicionamento; - Descanso/repouso.	- Distração (inclui leitura; música; brincadeira; fotografia; telemóvel); - Informação preparatória; - Envolvimento da criança; - Incentivo à autonomia da criança; - Respeito pela privacidade.	- Negociação acerca da satisfação de desejos; - Suporte familiar (inclui presença de entes queridos; envolvimento de cuidadores); - Suporte emocional (inclui escuta ativa).	-

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Contexto Físico</b>	<b>Contexto “Psicoespiritual”</b>	<b>Contexto Sociocultural</b>	<b>Contexto Ambiental</b>
Romero & Colmenares 2014 Colômbia	Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo	-	- Distração (inclui brinquedos e tecnologia); - Informação preparatória; - Incentivo à autonomia da criança; - Respeito pela privacidade.	- Suporte familiar (inclui presença de familiares e amigos); - Suporte emocional (inclui comunicação e escuta ativa).	- Mobiliário confortável; - Ambiente espaçoso.
Ponte, K., Ponte, H., Gomes & Farias 2015 Brasil	Cuidados de enfermagem que proporcionam conforto à criança hospitalizada: visão do responsável	- Posicionamento.	- Distração (inclui leitura, música e brincadeira); - Informação preparatória.	- Suporte parental (inclui presença e envolvimento dos cuidadores); - Suporte emocional (inclui carinho, dedicação, escuta ativa e comunicação).	- Manutenção dos espaços higienizados; - Equipamentos confortáveis.
Katende & Mugabi 2015 Omã	Comforting strategies and perceived barriers to pediatric pain management during IV line insertion	- Posicionamento; - Método canguru; - Contacto pele a pele - Aninhar; - Sucção não nutritiva; - Amamentação.	- Distração; - Envolvimento da criança	- Suporte parental (inclui presença e envolvimento dos cuidadores); - Suporte emocional (inclui comunicação).	- Ambiente confortador.

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Contexto Físico</b>	<b>Contexto “Psicoespiritual”</b>	<b>Contexto Sociocultural</b>	<b>Contexto Ambiental</b>
	procedure in Uganda’s national referral hospital: A descriptive study				
Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida 2016 Portugal	Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional	-	- Distração (inclui música, jogo e brincadeira); - Informação preparatória; - Envolvimento da criança.	- Suporte parental (inclui envolvimento dos cuidadores); - Suporte emocional (inclui presença; atitude empática e escuta ativa).	-
Stelmak, Mazza & Freire 2017 Brasil	The value attributed by nursing professionals to the care proposed by the kanguru method	- Método canguru; - Manipulação mínima.	-	- Suporte parental (inclui envolvimento dos cuidadores).	- Redução do ruído; - Redução da luminosidade; - Redução de odores
Pope, Tallon, Leslie & Wilson	Ask me: Children’s experiences of pain explored using the	- Descanso/repouso; - Massagem.	- Distração (inclui escrita; leitura; desenho; quebra-cabeças; jogos de computador; televisão; humor);	- Suporte parental (inclui envolvimento dos cuidadores);	-

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Contexto Físico</b>	<b>Contexto “Psicoespiritual”</b>	<b>Contexto Sociocultural</b>	<b>Contexto Ambiental</b>
2018 Austrália	draw, write, and tell method	- Terapia térmica (inclui aplicação de calor ou frio);	- Reforço positivo (inclui adesivos; brinquedos; selos; alimentação); - Informação preparatória; - Envolvimento da criança. - Respeito pela privacidade.	- Suporte emocional (inclui escuta ativa).	
Liu, Zhu, Peng, Zhang, Xiao, Liu, Qiu & Latour 2020 China Inglaterra	Effect of personalized music intervention in mechanically ventilated children in PICU. A pilot study	-	- Distração (musicoterapia).	-	-
Soares, Dilva & Louro 2019 Brasil	Conforto da criança na terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de enfermagem	- Posicionamento (inclui utilização de posicionadores); - Manipulação mínima; - Hidratação corporal.	- Distração (inclui brincadeira); - Informação preparatória.	- Suporte emocional (inclui presença; toque e escuta ativa).	- Redução do ruído; - Redução da luminosidade; - Ventilação adequada; - Temperatura amena;

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Contexto Físico</b>	<b>Contexto “Psicoespiritual”</b>	<b>Contexto Sociocultural</b>	<b>Contexto Ambiental</b>
					- Mobiliário confortável; - Cores agradáveis
Pravder, Leng-Smith, Brash, Elkin, Attard, Rose, Messina & Chitkara 2019 EUA	A Magic Therapy Program to Alleviate Anxiety in Pediatric Inpatients	-	- Distração (inclui magia).	-	-
Alvarenga, Mavhado, Leite, Caldeira, Vieira, Rocha & Nascimento 2021 Brasil	Spiritual needs of Brazilian children and adolescents with chronic illnesses: A thematic analysis	-	- Facilitar deslocação à igreja; - Apoio espiritual (inclui colaboração com pastor; rezar com a criança); - Respeito pela privacidade.	- Suporte familiar (inclui presença e envolvimento de cuidadores; presença de familiares e amigos); - Suporte emocional (inclui presença; empatia; incentivo à	- Ambiente confortador.

<b>Autor(es) Ano País(es) de filiação dos Autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Contexto Físico</b>	<b>Contexto “Psicoespiritual”</b>	<b>Contexto Sociocultural</b>	<b>Contexto Ambiental</b>
Portugal				expressão de sentimentos e emoções; promoção de esperança; aconselhamento; escuta ativa e comunicação).	



Apêndice VI – Póster apresentado no âmbito do IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem



Figura 2 – Póster apresentado no âmbito do IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem



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

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

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

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

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

**RESULTADOS:** É possível formular diagnósticos NANDA-I em 22% dos estudos

### MATERIAIS E MÉTODOS:

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

Bases de dados utilizadas:

- MEDLINE Complete
- CINAHL Complete
- Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive
- Cochrane Central Register of Controlled Trials
- Cochrane Database of Systematic Reviews
- Cochrane Methodology Register
- Cochrane Clinical Answers
- MedicLatina
- RCAAP

1291  
Estudos

18  
Estudos

➤ Conforto Prejudicado<sup>9,10,11</sup>

➤ Disposição para o conforto melhorado<sup>12</sup>

*As intervenções são o foco central dos estudos*

#### Domínio Psicoespiritual

- ✓ Técnicas de respiração<sup>13,14,15,16</sup>
- ✓ Imaginação guiada<sup>13,14,15,16</sup>
- ✓ Relaxamento<sup>13,14,15,16</sup>
- ✓ Música<sup>10,16,19,20,22</sup>
- ✓ Leitura<sup>16,17,19,20,21</sup>
- ✓ Brincadeira<sup>10,16,19,20</sup>
- ✓ Jogos<sup>9,10,16,21</sup>
- ✓ Fornecimento de informações<sup>9,10,14,15,16,19</sup>
- ✓ Reforço positivo<sup>14,15,16</sup>
- ✓ Afeto<sup>10,11,18,20</sup>

#### Domínio Físico

- ✓ Posicionamento<sup>11,14,15,20,23,24</sup>
- ✓ Toque<sup>14,15,16,18,23</sup>
- ✓ Relaxamento<sup>13,14,15</sup>
- ✓ Contenção física<sup>18,23,25</sup>
- ✓ Amamentação<sup>18,23,24</sup>
- ✓ Sucção não nutritiva<sup>18,23,24</sup>
- ✓ Técnicas de respiração<sup>13,14,15,16</sup>

#### Domínio Sociocultural

- ✓ Envolvimento dos pais/família<sup>10,11,12,14,15,16,19,20,21</sup>
- ✓ Articulação com estruturas da comunidade<sup>12</sup>

#### Domínio Ambiental

- ✓ Diminuição da iluminação<sup>11,14,25</sup>
- ✓ Diminuição do ruído<sup>11,14,25</sup>
- ✓ Mobiliário confortável<sup>9,11</sup>

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

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

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

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**







Apêndice VII – Instrução de Trabalho “O Método Canguru” realizado no decurso do estágio em Internamento Pediátrico



Logotipo da Instituição	Instrução de Trabalho	IT.0000
	<b>O MÉTODO CANGURU</b>	

<b>APROVAÇÃO</b>

### **1 OBJETIVO**

A presente Instrução de Trabalho pretende:

- Descrever o Método Canguru;
- Uniformizar os procedimentos a adotar pela equipa de enfermagem na aplicação do Método Canguru.
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados em enfermagem;

### **2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO**

Esta Instrução de Trabalho aplica-se a todos os enfermeiros do serviço de Cardiologia Pediátrica.

### **3 DESCRIÇÃO**

O Método Canguru é um cuidado poderoso e de fácil utilização, visa a promoção da saúde e do bem-estar dos recém-nascidos prematuros, bem como dos recém-nascidos de termo.

Foi inicialmente aplicado por Rey e Martinez (1979) em Bogotá, Colômbia, em resposta à escassez de incubadoras e às necessidades de cuidados dos recém-nascidos prematuros que após estabilização da sua condição clínica, mantinham necessidade de alimentação e crescimento. Assim, os recém-nascidos foram colocados pele a pele com as suas mães, com o intuito de lhes proporcionar calor e bem-estar.

Ao longo dos anos, a evidência científica tem demonstrado benefícios da aplicação do presente método, verificando-se uma redução da morbidade, mais evidente nos casos de recém-nascidos com dificuldades respiratórias leves; um aumento na prevalência e duração da amamentação; um estabelecimento mais eficaz da regulação térmica e do metabolismo; um aumento da confiança, autoestima e sentimento de realização por parte dos pais; e, por fim, um aumento do vínculo.

- Benefícios da realização do Método Canguru para o recém-nascido:

- Possibilitar a recordação do som do coração da mãe, da sua voz, do seu cheiro, transmitindo-lhe calma, serenidade e segurança;
- Regular os batimentos cardíacos e os movimentos respiratórios;
- Melhorar a distribuição do oxigênio por todo o corpo;
- Evitar o arrefecimento corporal;
- Reduzir as respostas à dor;
- Proporcionar períodos mais longos de sono calmo e de menor irritabilidade;
- Proporcionar um aumento mais célere do peso;
- Proporcionar maior oportunidade no estabelecimento do aleitamento materno;
- Reduzir os riscos de infecções hospitalares;
- Promover a vinculação precoce.

- Benefícios da realização do Método Canguru para as figuras parentais:

- Reduzir o stress e a ansiedade;
- Fomentar a confiança e a competência para cuidar do recém-nascido;
- Fortalecer pensamentos positivos sobre o desenvolvimento do recém-nascido;
- Aumentar a produção de leite;

#### **4.1. Antes da aplicação do Método Canguru devem estar garantidas as seguintes necessidades:**

##### **- Necessidades parentais:**

- Informar acerca do Método Canguru e da sua importância para o desenvolvimento do recém-nascido;
- Esclarecer a importância da presença contínua e do envolvimento necessário ao longo do internamento, de modo a alcançar os efeitos desejáveis;
- Avaliar a disposição, estado de saúde global, energia e nível de atividade das figuras parentais antes do início da aplicação do método;
- Instruir acerca da necessidade de utilização da casa-de-banho, evitando interrupções precoces;
- Instruir acerca da importância da correta higienização das mãos para a prevenção da transmissão de infeções;
- Instruir sobre a necessidade de se alimentarem previamente, evitando interrupções precoces;
- Garantir a existência de água junto da mãe/pai, principalmente das mães que amamentam;
- Providenciar discos protetores nas situações em que ocorre libertação de leite;
- Desencorajar o consumo de tabaco e álcool;
- Reforçar a utilização de roupas confortáveis, quentes para a temperatura ambiente e largas, de modo a manter o recém-nascido firme e confortável dentro da roupa que posteriormente o envolverá.

##### **- Necessidade do recém-nascido:**

- Garantir a estabilidade hemodinâmica antes do início da aplicação do método;
- Despir o recém-nascido, mantendo apenas a fralda;
- Manter o gorro, meias e camisa de algodão sem mangas e aberta na frente para permitir que o rosto, tórax, abdómen, braços e pernas permaneçam em contacto pele a pele com o tórax e abdómen da mãe/pai nos casos dos recém-nascidos com alguma labilidade térmica;

- Avaliar regularmente, numa fase inicial, a temperatura do recém-nascido com recurso a um termómetro axilar (garantir uma temperatura 36,5°C - 37°C), tapando e destapando consoante necessidade;
- Necessidades ambientais:
  - Garantir a existência de equipamentos confortáveis, tais como cadeiras ou cadeirões, se possível ajustáveis ou com almofadas suficientes para permitir uma posição de sentado, fowler ou semi-fowler, consoante preferência da mãe/pai, espaçosos e com apoio para os pés, junto da incubadora dos recém-nascidos;
  - Providenciar cortinas/biombos, garantindo a privacidade do momento;
  - Regular a temperatura do quarto (22-24°C);
  - Evitar locais com correntes de ar, que se encontrem sob uma fonte de ventilação de ar condicionado ou de uma janela exposta ao sol, evitando um aumento do consumo de energia do recém-nascido para a regulação térmica;
  - Minimizar, na medida do possível, o ruído e a luminosidade;
  - Utilizar mantas/cobertores para cobrir as costas do recém-nascido;

#### **4.2. Durante a aplicação do Método Canguru:**

- Avaliar a disponibilidade do recém-nascido para o início da aplicação do método;
- Permitir que a mãe/pai retire o recém-nascido da incubadora e que o posicione adequadamente no seu peito;
- Colocar o recém-nascido numa posição verticalizada, tórax contra tórax;
- Lateralizar a cabeça do recém-nascido e posicioná-la ligeiramente para cima, permitindo a abertura das vias aéreas e o contacto visual entre o recém-nascido e a mãe/pai (evitar hiperextensão e flexão da cabeça). É natural que o recém-nascido levante a cabeça algumas vezes durante o decurso do método;
- Posicionar os membros inferiores e superiores em flexão e abdução;
- Garantir uma durabilidade no mínimo de 60 minutos, não existindo tempo máximo permitido;
- Avaliar sinais de stress ou de instabilidade no recém-nascido, tais como: inquietação motora, choro inconsolável ou alteração nos sinais vitais;

#### **4.3. Após a aplicação do Método Canguru:**

- Alguns recém-nascidos sentem-se tão confortáveis no método canguru que quando são transferidos para a incubadora permanecem adormecidos.
- Outros recém-nascidos despertam e desenvolvem comportamentos de protesto, uma vez que sentem a passagem de um ambiente confortável para um ambiente mais ruidoso, iluminado e confuso.
- Proceder aos registos de enfermagem no que concerne aos seguintes parâmetros: idade corrigida do recém-nascido, data e duração do método, peso do recém-nascido, forma de alimentação, estabilidade hemodinâmica, intercorrências durante o momento, satisfação da díade no final do método e outras situações de relevo.

#### **4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

World Health Organization. (2003). *Kangaroo mother care: a practical guide*. Geneva: World Health Organization



Apêndice VIII – Documento de suporte à referência para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) realizado no decurso do estágio em Internamento Pediátrico





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

---

LISBOA·PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório

**DOCUMENTO DE SUPORTE À REFERENCIAÇÃO PARA O  
SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA  
INFÂNCIA (SNIPI)**

Elaborado por:

**Ana Sofia Lourenço Ferreira**

Lisboa

Outubro de 2021

## ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>146</b>
<b>DEFINIÇÕES .....</b>	<b>147</b>
<b>OBJETIVOS DO SNIPI.....</b>	<b>148</b>
<b>CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....</b>	<b>148</b>
<b>ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO .....</b>	<b>150</b>
<b>PRÁTICAS RECOMENDADAS EM IPI.....</b>	<b>150</b>
<b>PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA (PIIP).....</b>	<b>151</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>153</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>154</b>
<b>ANEXO I – FICHA DE REFERENCIAÇÃO .....</b>	<b>155</b>



## INTRODUÇÃO

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) surge na sequência da necessidade de garantir os princípios espelhados na Convenção das Nações Unidas acerca dos Direitos das Crianças, bem como do Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009.

A criação deste Sistema Nacional permite dar qualidade de vida à sociedade e reforçar os valores de coesão social, uma vez que, permite uma maior visibilidade das políticas de inclusão social. Quanto mais célere for o acionamento das intervenções e das “políticas que afetam o crescimento e o desenvolvimento das capacidades humanas, mais capazes se tornam as pessoas de participar autonomamente na vida social e mais longe se pode ir na correção das limitações funcionais de origem” (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009).

Deste modo, deve ter-se especial atenção ao início da infância, pois caracteriza-se por ser um momento de rápido e forte desenvolvimento cerebral. Nesta fase, as crianças confrontam-se com variados estímulos e desafios desenvolvimentais e as relações parentais e familiares são postas à prova, uma adequada evolução permite a construção de sentimentos de segurança e de pertença (SNIPI, 2021) e o acompanhamento em situações de fragilidade reveste-se de grande benefício para todos os intervenientes.

## DEFINIÇÕES

Segundo o Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro de 2009, o “SNIPI abrange as crianças dos 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias.”

- *As funções do corpo* dizem respeito às “funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas ou da mente)” (SNIPI, 2021);

- *As estruturas do corpo* correspondem às “partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes” (SNIPI, 2021);

- *As atividades* correspondem à “execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Limitações da atividade são dificuldades que o indivíduo pode ter na execução de atividades” (SNIPI, 2021);

- *A participação* diz respeito ao “envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real. Restrições na participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real” (SNIPI, 2021).

Assim, considera-se que estamos perante uma situação de risco de alterações ou de alterações efetivas nas funções e estruturas do corpo quando existe um risco de alteração, ou “alteração, que limite o normal desenvolvimento da criança e a sua participação, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, consoante a idade e o contexto social” (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009).

E considera-se que estamos perante um risco grave de atraso de desenvolvimento quando existem “condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança” (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009).

Face a estes dados, é fundamental recorrer com celeridade à Intervenção Precoce na Infância (IPI) nas situações em que se verificam riscos ou prejuízos efetivos deste normal desenvolvimento, caracterizando-se esta intervenção como um “conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social” (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009), pois envolve os esforços concertados dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Segurança Social e da Educação, com envolvimento das famílias e da comunidade.

### **OBJETIVOS DO SNIPI**

O SNIPI, pretende: assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades; identificar e referenciar todas as crianças que necessitam de IPI; intervir em função das necessidades do contexto familiar de cada criança, reduzindo os riscos de atraso no desenvolvimento; apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação; e, envolver a comunidade através da criação de mecanismos de suporte social. (SNIPI, 2021).

### **CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE**

Foram definidos em junho de 2010 os critérios de elegibilidade para acesso ao SNIPI e criado um instrumento de referenciação que esquematiza os aspetos considerados fundamentais para uma adequada identificação (Anexo I). São elegíveis todas as crianças que constem do **Grupo 1** e as crianças que possuem quatro ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental do **Grupo 2**.

**Grupo 1** – Crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens, ICF-CY 2007).

1.1. Atraso de Desenvolvimento sem etiologia conhecida. Confirmado através de avaliação fundamentada e por profissional competente. Abrangem uma ou mais áreas, tais como: “motora, física, cognitiva, da linguagem e comunicação, emocional, social e adaptativa” (SNIPI, 2021).

1.2. Atraso de Desenvolvimento por condições específicas. Associado a um diagnóstico que desencadeia atraso do desenvolvimento, tais como: anomalias cromossómicas; perturbações neurológicas; malformações congénitas; doenças metabólicas; défices sensoriais; perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a narcóticos, cocaína e outras drogas; perturbações relacionadas com infeções severas congénitas; doença crónica grave; desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação; perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais.

**Grupo 2** – Crianças com Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento

2.1. Crianças expostas a fatores de risco biológico. Inclui crianças em risco de manifestar algum tipo de limitação na atividade e participação por condições biológicas que prejudiquem a prestação de cuidados básicos, de saúde e de desenvolvimento. Baseiam-se num diagnóstico relacionado por exemplo com: história familiar de anomalias genéticas, associadas a perturbações do desenvolvimento; exposição intra-uterina a tóxicos; complicações pré-natais severas; prematuridade inferior a 33 semanas; muito baixo peso à nascença; atraso de crescimento; asfixia perinatal; complicações neonatais; hemorragia intraventricular; infeções congénitas; crianças HIV positiva; infeções graves; traumatismos cranianos e otite média crónica.

2.2. Crianças expostas a fatores de risco ambiental. Englobam fatores parentais ou contextuais que atuam como obstáculo à atividade e à participação da criança, limitando as suas oportunidades de desenvolvimento e impossibilitando ou dificultando o seu bem-estar. Exemplos de fatores de risco parental: pais adolescentes; existência de história de consumo de substâncias aditivas; maus-tratos ativos ou passivos; doenças do foro psiquiátrico; doença física e escolaridade inferior à quarta classe. Exemplos de fatores de risco contextual: Isolamento; pobreza; desorganização familiar e preocupações acentuadas.

## **ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO**

O SNIPI funciona em articulação com diversos Ministérios, em colaboração direta com as famílias e comunidades e é coordenado a nível nacional pela Comissão de Coordenação do SNIPI, a nível regional pelas Subcomissões de Coordenação Regional e a nível local pelas Equipas Locais de Intervenção (ELI). A referenciação é realizada para as ELI, existindo para o efeito endereços próprios como os apresentados no site do SNIPI.

## **PRÁTICAS RECOMENDADAS EM IPI**

- Práticas centradas na família e baseadas nas suas rotinas. Toda a família é considerada elemento-chave e unidade de intervenção, para tal, devem ser consideradas as necessidades dos elementos da família, para além das necessidades da criança, pois nas situações em que um elemento da família possui uma necessidade por satisfazer, as implicações desse estado manifestam-se nos restantes membros, principalmente na criança; Estas intervenções são possíveis no decurso

de uma parceria efetiva de cuidados entre profissionais e famílias e baseadas em prioridades, interesses e preocupações da família. Assim, as práticas de cuidados devem apoiar e ajudar a dar resposta às necessidades identificadas com a família, desenvolvendo para o efeito um plano de intervenção personalizado para cada família.

- As intervenções devem ser realizadas em contextos naturais de aprendizagem, onde se incluem o ambiente familiar, mas também os locais onde a criança está integrada, como a escola, creche ou hospital, entre outros. Assim, é possível aproveitar o potencial das atividades realizadas regularmente, contribuindo para o seu desenvolvimento e participação nas atividades de vida diárias;

- Trabalho em equipa, idealmente transdisciplinar, de modo a enriquecer o plano de intervenção dedicado àquela criança/família. Surge, deste modo, a figura do mediador de caso, que apoiado pela equipa, se responsabiliza pela comunicação com a família, pela realização do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) e pela articulação com outros serviços da comunidade que possam vir a ser necessários;

- Coordenação e integração de serviços e recursos, de modo a proporcionar uma intervenção menos fragmentada e otimizada nos recursos disponíveis. Pode ser necessária a articulação com associações, apoio social, serviços médicos, de apoio ao emprego, entre outros.

### **PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA (PIIP)**

O PIIP é um instrumento de registo onde se encontra descrita toda a informação recolhida sobre a situação da criança/família e que serve de guia de intervenção. O PIIP é simultaneamente um organizador de toda a informação

recolhida, mas o seu valor está no processo de elaboração. Trata-se de um instrumento dinâmico, elaborado pelos profissionais e pela família e que aborda os seguintes tópicos: níveis atuais do desenvolvimento da criança nas diferentes áreas com base em critérios objetivos; definição das necessidades, preocupações e recursos das famílias; definição dos objetivos em relação à criança e à família (devem ser objetivos, sendo baseados em comportamentos observáveis; claros, de modo a serem entendidos por todos; completos, balizando com precisão o objetivo definido e concisos, ou seja, descritos em poucas palavras); definição de estratégias, atividades e recursos adequados para atingir cada um dos objetivos (pensar em conjunto com a família formas de atingir os objetivos já definidos; rever as capacidades, recursos e suporte que a família identificou e partilhou; refletir em conjunto acerca das estratégias mais adequadas; identificar apoios técnicos que complementem as necessidades identificadas; apresentar oportunidades imediatas de sucesso e estabelecer prioridades); contextos em que o processo de intervenção irá decorrer; recursos formais (serviços e profissionais de Intervenção Precoce); recursos informais (grupos de pais, associações); frequência, intensidade e metodologia de prestação de serviços; data prevista para o início das ações e a previsão da sua duração; resultados obtidos e respetiva data; designação do mediador de caso; registo e clarificação das responsabilidades dos membros da família e dos profissionais no desenvolvimento e implementação do PIIP; previsão e o processo a desenvolver para possíveis transições;

Ao elaborarem em conjunto o PIIP, famílias e profissionais desenvolvem um trabalho em parceria e onde são abordados os “problemas”, mas também as “oportunidades” da criança e da família. As intervenções delineadas devem focar as necessidades, rotinas, prioridades e preocupações da criança e família.

Deve ser incentivado o envolvimento das famílias em todo este processo porque: são as famílias que melhor conhecem a criança; que têm uma relação privilegiada de afeto com a criança e que é sobretudo através dessa relação que esta

se desenvolve; são no decurso das atividades do dia-a-dia com a família que surgem inúmeras oportunidades de aprendizagem; as famílias têm as condições necessárias para promoverem o desenvolvimento das crianças através dos apoios e recursos necessários; o sucesso da intervenção depende do grau de envolvimento da família; a inclusão e os direitos das crianças e suas famílias devem ser precocemente promovidos e porque a elaboração e implementação do PIIP tem, sempre, por base a relação e colaboração da família (SNIPI, 2021).

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA**

- Decreto-Lei n.º 281/2009 do Ministério da Saúde (2009). Assembleia da República. *Diário da República: I Série* (N.º 193 de 6-10-2009), 7298-7301. ELI <https://dre.pt/application/conteudo/491397>
- SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (2021). Acedido em <https://snipi.gov.pt/#no-black>

**ANEXOS**

**ANEXO I – FICHA DE REFERÊNCIAÇÃO**

SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA



FICHA DE REFERENCIAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/FAMÍLIA

Nome: \_\_\_\_\_  
 Data Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Gênero: Masculino  Feminino  NISS \_\_\_\_\_  
 Residência: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 LOCAL ONDE SE ENCONTRA A CRIANÇA:  
 Domicílio:  Ama:  Creche  J.I.:  Outro: Qual \_\_\_\_\_  
 Familiar Responsável - (Grau de parentesco) \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 T.M.: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

MOTIVOS DA REFERENCIAÇÃO : MARQUE UMA X EM CADA CONDIÇÃO IDENTIFICADA

1. ALTERAÇÕES NAS FUNÇÕES OU ESTRUTURAS DO CORPO	2. RISCO GRAVE DE ATRASO DE DESENVOLVIMENTO	SERVIÇOS ENVOLVIDOS DE:				
<p><b>1.1. Atrasos de Desenvolvimento s/etiologia conhecida</b></p> <p>Abrangendo uma ou mais áreas validado por avaliação fundamentada, feita por profissional competente para o efeito:</p> <input type="checkbox"/> Motora <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Linguagem e Comunicação <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Social e Adaptativa <p><b>1.2. Atraso de Desenvolvimento por Condições Específicas</b></p> <p>Diagnóstico relacionado com situações que se associam a atraso do desenvolvimento, <u>entre outras</u>:</p> <input type="checkbox"/> Anomalia cromossômica (p. ex. Trissomia 21, Trissomia 18, Síndrome de X-Fragil) <input type="checkbox"/> Perturbação neurológica (p. ex. paralisia cerebral, neuro-fibromatose) <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (p. ex. síndromas polimalformativos) <input type="checkbox"/> Doença metabólica (p. ex. mucopolissacaridoses, glicogenoses) <input type="checkbox"/> Déficit sensorial (p. ex. baixa visão/cegueira, surdez) <input type="checkbox"/> Perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a narcóticos, cocaína e outras drogas (p. ex. síndrome fetal alcoólico) <input type="checkbox"/> Perturbações relacionadas com infeções severas congénitas (p. ex. HIV, grupo TORCH, meningite) <input type="checkbox"/> Doença crónica grave (p. ex. tumores do SNC, D. renal, D. hematológica) <input type="checkbox"/> Desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação (p. ex. perturbações do espectro do autismo) <input type="checkbox"/> Perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais.	<p><b>2.1. Crianças Expostas a Factores de Risco Biológico</b></p> <p>Baseiam-se num diagnóstico relacionado com, <u>entre outros</u>:</p> <input type="checkbox"/> História familiar de anomalias genéticas, associadas a perturbações do desenvolvimento; <input type="checkbox"/> Exposição intra-uterina a tóxicos (alcoól, drogas de abuso e infeções HIV e Hepatite C); <input type="checkbox"/> Complicações pré-natais severas (Hipertensão, toxémia, infeções, hemorragias, etc.); <input type="checkbox"/> Prematuridade < 33 semanas de gestação; <input type="checkbox"/> Muito baixo peso à nascença (< 1,5kg); <input type="checkbox"/> Atraso de Crescimento Intra-Uterino (ACIU): Peso de nascimento < percentil 10 para o tempo de gestação; <input type="checkbox"/> Asfixia perinatal grave (Apgar ao 5º minuto <4 ou pH do sangue do cordão <7,2 ou manifestações neurológicas ou orgânicas sistémicas neonatais). <input type="checkbox"/> Complicações neonatais graves (sépsis, meningite, alterações metabólicas ou hidroelectrolíticas, convulsões) <input type="checkbox"/> Hemorragia intraventricular <input type="checkbox"/> Infeções graves do sistema nervoso central (Meningite bacteriana, meningococéfale) <input type="checkbox"/> Traumatismos cranianos graves <input type="checkbox"/> Otite média crónica com risco de défice auditivo	<p><b>1. ACÇÃO SOCIAL</b></p> <p>Serviço Local : TR - _____                  RSI/Instituição/TR - _____                  Processo Tribunal  <input type="checkbox"/> PPP <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Outro                  TR - _____                  Instituição c/acordos S.S. - <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                  Qual: _____                  Ama / Nome: _____                  TR: _____</p> <p><b>2. CPCJ</b></p> <p>Qual : _____                  TR : _____</p> <p><b>3. IPSS / INSTITUIÇÕES</b></p> <p>Qual : _____                  Tipo de Resposta:  <input type="checkbox"/> Creche Familiar <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> J.I. <input type="checkbox"/> Apoios Específicos                  Qual : _____</p> <p><b>4. SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO</b></p> <p>J.I: _____                  Tem Educação Especial <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                  TR: _____</p> <p><b>5. SERVIÇOS DE SAÚDE</b></p> <p>Hospital: _____                  Responsáveis: _____                  Entidade Saúde Local _____                  Médico de Referência: _____                  Outros Técnicos: _____                  Contactos (☎, TM, Mail): _____</p>				
<p><b>2.2. Crianças Expostas a Factores de Risco Ambiental</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Factores de Risco Parentais</th> <th>Factores de Risco Contextual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Mães adolescentes &lt;18 anos  <input type="checkbox"/> Abuso de álcool ou outras substâncias aditivas  <input type="checkbox"/> Maus-tratos activos (físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança – saúde, alimentação, higiene e educação) *  <input type="checkbox"/> Doença do foro psiquiátrico  <input type="checkbox"/> Doença física incapacitante ou limitativa  <input type="checkbox"/> Escolaridade &lt;4º ano (ensino básico de acordo com a idade)                      * Penha, T. (2000) <i>Tipologia de maus-tratos</i> </td> <td> <input type="checkbox"/> Isolamento (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais; discriminação sócio-cultural e étnica, racial ou sexual; discriminação religiosa; conflitualidade na relação com a criança) e/ou Pobreza (recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social; desempregados; famílias beneficiárias de RSI ou de apoios da acção social)  <input type="checkbox"/> Desorganização Familiar (conflitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene)  <input type="checkbox"/> Preocupações acentuadas, expressas por um dos pais, pessoa que presta cuidados à criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interacção mãe/pai-criança                 </td> </tr> </tbody> </table>		Factores de Risco Parentais	Factores de Risco Contextual	<input type="checkbox"/> Mães adolescentes <18 anos <input type="checkbox"/> Abuso de álcool ou outras substâncias aditivas <input type="checkbox"/> Maus-tratos activos (físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança – saúde, alimentação, higiene e educação) * <input type="checkbox"/> Doença do foro psiquiátrico <input type="checkbox"/> Doença física incapacitante ou limitativa <input type="checkbox"/> Escolaridade <4º ano (ensino básico de acordo com a idade) * Penha, T. (2000) <i>Tipologia de maus-tratos</i>	<input type="checkbox"/> Isolamento (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais; discriminação sócio-cultural e étnica, racial ou sexual; discriminação religiosa; conflitualidade na relação com a criança) e/ou Pobreza (recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social; desempregados; famílias beneficiárias de RSI ou de apoios da acção social) <input type="checkbox"/> Desorganização Familiar (conflitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene) <input type="checkbox"/> Preocupações acentuadas, expressas por um dos pais, pessoa que presta cuidados à criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interacção mãe/pai-criança	
Factores de Risco Parentais	Factores de Risco Contextual					
<input type="checkbox"/> Mães adolescentes <18 anos <input type="checkbox"/> Abuso de álcool ou outras substâncias aditivas <input type="checkbox"/> Maus-tratos activos (físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança – saúde, alimentação, higiene e educação) * <input type="checkbox"/> Doença do foro psiquiátrico <input type="checkbox"/> Doença física incapacitante ou limitativa <input type="checkbox"/> Escolaridade <4º ano (ensino básico de acordo com a idade) * Penha, T. (2000) <i>Tipologia de maus-tratos</i>	<input type="checkbox"/> Isolamento (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais; discriminação sócio-cultural e étnica, racial ou sexual; discriminação religiosa; conflitualidade na relação com a criança) e/ou Pobreza (recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social; desempregados; famílias beneficiárias de RSI ou de apoios da acção social) <input type="checkbox"/> Desorganização Familiar (conflitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene) <input type="checkbox"/> Preocupações acentuadas, expressas por um dos pais, pessoa que presta cuidados à criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interacção mãe/pai-criança					
Os pais foram informados desta referenciação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Os pais foram orientados para o serviço de I.P. da sua área (ELI) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Data Preenchimento: _____ Data de entrada na ELI: _____				
IDENTIFICAÇÃO DO REFERENCIADOR: Nome: _____ Serviço: _____ Contactos: (morada, telefone, e-mail) _____ ☎ _____ Email: _____						

ELI Amadora  
 UCC Amadora +, Praceta Conde da Lousã, Damaia, 2720-122 Amadora  
[eliamadora@esreboleira.min-saude.pt](mailto:eliamadora@esreboleira.min-saude.pt)  
 ☎ 21 490 62 17 / Fax: 21 490 62 19

Traduzido e adaptado pela Eq LP do ISS, IP/CDL – SATPR (TNMMGP)



Apêndice IX – Folheto “Promoção da Alimentação Saudável nos Adolescentes” realizado no decurso do estágio em Cuidados de Saúde Primários



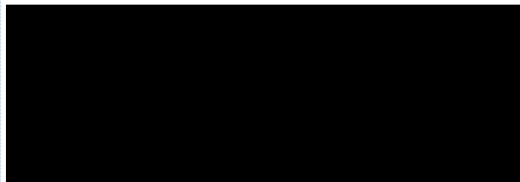
### RECOMENDAMOS QUE:

- \* Não te esqueças que o pequeno-almoço é tão importante como o almoço e jantar!
- \* Introduzas refeições a meio da manhã e a meio da tarde para controlo do apetite;
- \* Controles as quantidades e características dos alimentos consumidos;
- \* Diminuas a quantidade de alimentos por cada garfada e que pouses os talheres várias vezes;
- \* Diminuas o tempo sedentário (tempo ao telemóvel, computador, televisão, sentado...);
- \* Faça exercício físico.

***Os hábitos alimentares inadequados são o terceiro fator de risco que mais contribui para a perda de anos de vida saudável***

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Obesidade: Otimização da abordagem terapêutica no serviço nacional de saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Guia para lanches escolares saudáveis*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
- Matos, M., Gaspar, T., Santos, T., Tomé, G., Ferreira, M., & Equipa Aventura Social. (Eds.). (2013). *O Manual Tempest. Estratégias de apoio para uma alimentação saudável dos adolescentes*. Lisboa: Cafilesa Soluções Gráficas, Lda.



## PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NOS ADOLESCENTES

*Comer de forma saudável não é fácil,  
mas com a ajuda certa...*

**TU VAIS CONSEGUIR!**

**CONFIA EM TI!**



## PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NOS ADOLESCENTES

### SABIAS QUE:

A *alimentação saudável* é essencial para o teu *crescimento*, *desenvolvimento* e *sucesso escolar*?

### É MUITO IMPORTANTE QUE:

#### **Aumentes o consumo de:**

Frutas;  
Hortícolas;  
Água



#### **Reduzas o consumo de:**

Refrigerantes;  
Açúcares;  
Gorduras.



### **Não consegues resistir à tentação de comer alimentos pouco saudáveis?**

#### NÓS AJUDAMOS-TE!

- \* Desvia o olhar ou afasta-te de algo que desejas e que sabes não ser saudável.
- \* Não vás às compras com fome;
- \* Evita guardar em casa alimentos pouco saudáveis;
- \* Tenta perceber como te sentes quando te apetece algo menos saudável, podes estar aborrecido e sem nada para fazer, nesses momentos liga para um amigo, ouve música, lê uma história ou joga um jogo;
- \* Prepara em casa a lancheira da escola com alimentos saudáveis, podes incluir:

leite e derivados, fruta, cereais e até mesmo hortícolas;

- \* Mantém perto de ti snacks saudáveis como cenoura em palitos ou frutos secos sem adição de açúcar e sal;
- \* Define objetivos específicos, realistas e que consigas alcançar;

**Exemplo:** Comer 1 sopa todos os dias ou 2 peças de fruta por dia.

- \* Estabelece um prazo para atingires os teus objetivos e regras para te ajudar a cumpri-los;
- \* Analisa frequentemente se estás a conseguir cumprir com o teu objetivo;

*Podes contar com a ajuda dos teus pais e profissionais de saúde nos momentos mais difíceis.*

Apêndice X – Folheto “Promoção da Atividade Física nos Adolescentes” realizado no decurso do estágio em Cuidados de Saúde Primários





### É RECOMENDADO QUE:

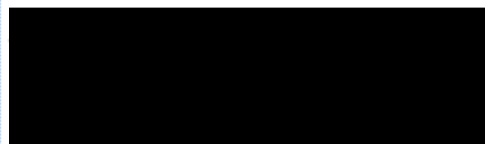
- \* Realizes diariamente alguma atividade física. Não te esqueças que os passeios no parque, após as aulas, podem estar incluídos;
- \* Introduzas pelo menos 3 dias por semana atividades de fortalecimento muscular e ósseo;
- \* Reduzas o tempo despendido em comportamentos sedentários, particularmente o tempo de exposição a ecrãs como o telemóvel, computador e televisão.



A atividade física é boa para o  
*coração, corpo e mente*

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- \* Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- \* Direção-Geral da Saúde. (2020). *Recomendações da OMS para atividade física e comportamento sedentário: resumo*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
- \* Matos, M. G., & Equipa aventura Social. (2018). *A saúde dos adolescentes portugueses após a recessão—dados nacionais do estudo HBSC 2018*. Lisboa: Equipa Aventura Social.



## PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NOS ADOLESCENTES



**COMEÇA HOJE A  
CUIDAR MAIS DE TI!**



## PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NOS ADOLESCENTES

### SABIAS QUE...

Praticar regularmente **exercício físico** ajuda a **melhorar** a saúde do teu **corpo** (como por exemplo a nível do coração, pulmões, músculos e ossos) e da tua **mente** (aumentando a concentração nas aulas e estimulando o raciocínio)?

### E QUE...

A falta de exercício físico está associada a:

- Aumento da gordura corporal;
- Menor condição física;
- Redução da interação social ;
- Redução da duração e da qualidade do sono?

### POR ISSO...

Qualquer atividade física é boa!

E se for praticada ao ar livre, **melhor ainda!**

Começa com pequenas atividades físicas e aumenta gradualmente a **FREQUÊNCIA, INTENSIDADE e DURAÇÃO.**

Escolhe um desporto que consideres **divertido** e **adequado à tua idade** e **capacidade física**



**DESAFIA-TE A SER MAIS ATIVO E TRAZ UM AMIGO!**

Existem diversos desportos à tua disposição, desde:

- \* Futebol ou futsal;
- \* Natação;
- \* Basquetebol;
- \* Ginástica;
- \* Atletismo;
- \* Ciclismo.



Podes, ainda, tornar-te mais ativo se fores a pé para a escola, se optares por subir e descer escadas e se colaborares nas tarefas domésticas.

Apêndice XI – Material de sensibilização (tapete para rato de computador) para a promoção do sono em contexto de hospitalização realizado no decurso do estágio em Cuidados Intensivos Pediátricos



## ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DO SONO

### ✓ Regulação do ruído:

- Encostar portas;
- Reduzir o som de equipamentos (monitor cardiorrespiratório, ventilador, seringas infusoras);
- Reduzir o som do rádio, telefone e televisor;
- Evitar conversar junto das crianças;
- Ajustar o tom de voz;
- Promover a hora da sesta;
- Definir hora de descanso noturno;
- Oferecer tampões auriculares às crianças que o desejem;

### ✓ Regulação da temperatura;

### ✓ Regulação da humidade.

### ✓ Regulação da luminosidade:

- Privilegiar luz natural;
- Reduzir luz artificial;
- Privilegiar luz de cabeceira;
- Fechar estores;
- Oferecer máscara ocular às crianças que o desejem;

### ✓ Agrupamento de cuidados:

- Monitorização de sinais vitais (espaçar monitorizações não invasivas);
- Administração de terapêutica ou alimentação entérica;
- Observação simultânea de várias especialidades;
- Posicionamento/alternância de decúbitos;
- Garantia de privacidade.

AMBIENTAL

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS



A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda os seguintes níveis de ruído:

Período diurno entre 0-45 decibéis;

Período noturno entre 0-35 decibéis.

## ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DO SONO



CONDIÇÃO PSICOLÓGICA OU EMOCIONAL

### ✓ Aumento da sensação de segurança ou confiança:

- Permitir a colaboração da criança e da pessoa significativa na prestação de cuidados;
- Incentivar o uso de objetos de transição (tais como: chucha, peluche, fralda de pano);
- Informar e explicar acerca da importância dos cuidados a realizar;
- Incentivar a expressão de sentimentos e emoções.

### ✓ Avaliação e alívio do desconforto:

- Utilização de escalas da dor apropriadas à idade, desenvolvimento e capacidade cognitiva da criança;
- Utilização de escalas do conforto apropriadas à idade, desenvolvimento e capacidade cognitiva da criança;
  - Para crianças não verbais:  
*Comfort Behaviors Checklist;*
  - Para crianças mais pequenas:  
*Children's Comfort Daisies;*
  - Para crianças mais crescidas:  
*Comfort Line.*

Exemplos

### Incentivar o uso de **terapias complementares**:

- Massagem;
- Leitura
- Musicoterapia;
- Exercícios respiratórios de relaxamento;
- Aromaterapia

CONDIÇÃO CLÍNICA

Apêndice XII – Material de sensibilização (suporte de canetas) para a promoção do sono em contexto de hospitalização realizado no decurso do estágio em Cuidados Intensivos Pediátricos



Dormir regularmente o número de horas recomendado traz **benefícios inestimáveis** para a saúde, nomeadamente ao nível da:

- ✓ Atenção;
- ✓ Aprendizagem;
- ✓ Memória;
- ✓ Regulação comportamental;
- ✓ Regulação emocional;
- ✓ Qualidade de vida;
- ✓ Saúde física;
- ✓ Saúde mental;

**A DURAÇÃO, a CONTINUIDADE e a PROFUNDIDADE do sono influenciam fortemente a sua QUALIDADE.**

Idade	Duração Recomendado
0 – 3 meses	14 a 17 horas
4 – 11 meses	12 a 15 horas
1 – 2 anos	11 a 14 horas
3 – 5 anos	10 a 13 horas
6 – 13 anos	9 a 11 horas
14 – 17 anos	8 a 10 horas
18 – 25 anos	7 a 9 horas

Durante o sono é possível:

- ✓ O restabelecimento de vários sistemas;
  - ✓ A recuperação da energia;
- ✓ O assegurar de varias funções hormonais;
- ✓ O aumento da capacidade de defesa às infeções;
- ✓ O crescimento e desenvolvimento do Sistema Nervoso Central.

Se o sono é vital para um **corpo saudável**, ainda mais importante se torna nos momentos de grande **vulnerabilidade física e psicológica**, tal como nas situações de internamento em unidade de cuidados intensivos.

A perturbação do padrão normal de sono-vigília na criança hospitalizada é **multifatorial** e envolve:

Fatores **externos**

- ✓ Ambiente
- ✓ Prestação de cuidados

Fatores **internos**

- ✓ Condição clínica
- ✓ Condição psicológica ou emocional

O impacto causado pode ser minimizado através de **estratégias promotoras do sono**

Um determinado conjunto de estratégias é mais eficaz do que o seu uso singular



Apêndice XIII – Apresentação da formação de sensibilização intitulada “A Promoção do Sono para o Conforto da Criança Hospitalizada” realizado no decurso do estágio em Cuidados Intensivos Pediátricos



---

# A PROMOÇÃO DO SONO PARA O CONFORTO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

Trabalho desenvolvido por:

Ana Sofia Lourenço Ferreira (mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa)

Sob orientação:

Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [REDACTED]  
Professora Doutora Zaida Charepe



Unidade curricular: Estágio Final e Relatório



## SUMÁRIO

- Objetivo
- Introdução
- O Sono da Criança Internada em Unidade de Cuidados Intensivos
- Estratégias Promotoras do Sono
- Escalas de Avaliação do Conforto na Criança
- Conclusão
- Referências Bibliográficas

## OBJETIVO

- Atualizar informação sustentada em evidência científica acerca da promoção do sono em ambiente de cuidados intensivos pediátricos.

## INTRODUÇÃO

As pessoas que recebem intervenções confortadoras pelo enfermeiro ao longo do seu processo de saúde-doença, acabam por se sentir mais fortalecidas, por conseguirem superar com maior facilidade as adversidades e/ou obstáculos, por se adaptarem eficazmente às limitações impostas pela sua condição de saúde, por se curarem de forma mais célere e por se reabilitarem de uma forma mais completa.

(Kolcaba & Steiner, 2000)

## O SONO DA CRIANÇA INTERNADA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

“O sono corresponde a um processo biológico, dinâmico, complexo e essencial a todos os seres humanos, independentemente da idade, género ou etnia.”

(Young, Bourgeois, Hilty & Hardin, 2008, citados por Oliveira & Ferreira, 2014)

Trata-se de uma necessidade humana básica.

(Maslow, 1943 citado por Edvardsen & Hetmann, 2020)

## O SONO DA CRIANÇA INTERNADA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Dormir regularmente o número de horas recomendado traz **benefícios inestimáveis** para a saúde.

- Atenção
- Aprendizagem
- Memória
- Regulação comportamental;
- Regulação emocional;
- Qualidade de vida;
- Saúde física;
- Saúde Mental (Paruthi et al, 2016)

Idade	Duração Recomendado
0 – 3 meses	14 a 17 horas
4 – 11 meses	12 a 15 horas
1 – 2 anos	11 a 14 horas
3 – 5 anos	10 a 13 horas
6 – 13 anos	9 a 11 horas
14 – 17 anos	8 a 10 horas
18 – 25 anos	7 a 9 horas

A **qualidade** do sono é fortemente influenciada pela **duração, continuidade e profundidade.**

(Hirshkowitz et al, 2015)

## O SONO DA CRIANÇA INTERNADA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

- Se o sono é vital para um **corpo saudável**, ainda mais importante se torna nos momentos de grande **vulnerabilidade física e psicológica**.
- Os distúrbios do sono:
  - Impedem a secreção da hormona do crescimento;
  - Enfraquecem o sistema imunitário;
  - Atrasam o processo de cura.

(Ganz, 2012 & Zakri, 2019 citados por Aparício & Panin, 2020)

- Podem resultar num aumento da vulnerabilidade à infeção.

(D'Souza et al, 2019 citado por Aparício & Panin, 2020)

## O SONO DA CRIANÇA INTERNADA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A perturbação do padrão normal de sono-vigília na criança hospitalizada é **multifatorial** e envolve:

### Fatores **Externos**

- Ambiente
- Prestação de cuidados

### Fatores **Internos**

- Condição clínica
- Condição psicológica ou emocional

- Pode ser categorizada em:
  - Privação do sono ou diminuição do tempo total de sono;
  - Fragmentação do sono, em que ocorrem despertares ou interrupções frequentes.

(Berger & Kudchadkar, 2021)

O impacto causado pode ser minimizado através de **estratégias promotoras do sono**

# ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DO SONO

## ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DO SONO

### ✓ Regulação do ruído:

- Encostar portas;
- Reduzir o som de equipamentos (monitor cardiorrespiratório, ventilador, seringas infusoras);
- Reduzir o som do rádio, telefone e televisor;
- Evitar conversar junto das crianças;
- Ajustar o tom de voz;
- Promover a hora da sesta;
- Definir hora de descanso noturno;
- Oferecer tampões auriculares às crianças que o desejem;

AMBIENTAL

### ✓ Regulação da temperatura;

### ✓ Regulação da humidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda os seguintes níveis de ruído:  
Período diurno entre 0-45 decibéis;  
Período noturno entre 0-35 decibéis.

### ✓ Regulação da luminosidade:

- Privilegiar luz natural;
- Reduzir luz artificial;
- Privilegiar luz de cabeceira;
- Fechar estores;
- Oferecer máscara ocular às crianças que o desejem;

### ✓ Agrupamento de cuidados:

- Monitorização de sinais vitais (espaçar monitorizações não invasivas);
- Administração de terapêutica ou alimentação entérica;
- Observação simultânea de várias especialidades;
- Posicionamento/alternância de decúbitos;
- Garantia de privacidade.

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS



## ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DO SONO



### ✓ Aumento da sensação de segurança ou confiança:

- Permitir a colaboração da criança e da pessoa significativa na prestação de cuidados;
- Incentivar o uso de objetos de transição (tais como: chucha, peluche, fralda de pano);
- Informar e explicar acerca da importância dos cuidados a realizar;
- Incentivar a expressão de sentimentos e emoções.

CONDIÇÃO PSICOLÓGICA OU EMOCIONAL

### ✓ Avaliação e alívio do desconforto:

- Utilização de escalas da dor apropriadas à idade, desenvolvimento e capacidade cognitiva da criança;
- Utilização de escalas do conforto apropriadas à idade, desenvolvimento e capacidade cognitiva da criança;

### Incentivar o uso de terapias complementares:

- Massagem;
- Leitura
- Musicoterapia;
- Exercícios respiratórios de relaxamento;
- Aromaterapia

Exemplos

- Para crianças não verbais:  
*Comfort Behaviors Checklist;*
- Para crianças mais pequenas:  
*Children's Comfort Daisies;*
- Para crianças mais crescidas:  
*Comfort Line.*

CONDIÇÃO CLÍNICA

# ESCALAS DE AVALIAÇÃO DO CONFORTO NA CRIANÇA COMFORT BEHAVIORS CHECKLIST

## Comfort Behaviors Checklist

How is patient acting right now? Please circle best response.

NA = sleeping, or not appropriate for this patient because of diagnosis or age.

(For example, if patient is sleeping questions 3-5 are circled NA.)

	NA	No	Somewhat	Moderate	Strong
<b>Vocalizations</b>					
1. awake	0	1	2	3	4
2. moaning	0	1	2	3	4
3. complaining	0	1	2	3	4
4. content sounds/talk	0	1	2	3	4
5. crying/shouting	0	1	2	3	4
<b>Motor Signs</b>					
6. peaceful	0	1	2	3	4
7. agitated	0	1	2	3	4
8. rapid pacing	0	1	2	3	4
9. fidgety	0	1	2	3	4
10. muscles relaxed	0	1	2	3	4
11. rubbing an area	0	1	2	3	4
12. guarding	0	1	2	3	4
<b>Performance</b>					
13. anxious movements	0	1	2	3	4
14. accepts kindness	0	1	2	3	4
15. likes touch/ hand holding	0	1	2	3	4

16. able to rest	0	1	2	3	4
17. able to eat	0	1	2	3	4
18. calm, at ease	0	1	2	3	4
19. purposeless movements	0	1	2	3	4
20. tries to move away	0	1	2	3	4
<b>Facial</b>					
21. appears depressed	0	1	2	3	4
22. grimaces/winces	0	1	2	3	4
23. relaxed expression	0	1	2	3	4
24. hyper-vigilant	0	1	2	3	4
25. appears frightened or worried	0	1	2	3	4
26. smiles	0	1	2	3	4
<b>Miscellaneous</b>					
27. unusual breathing	0	1	2	3	4
28. focuses mentally	0	1	2	3	4
29. able to converse	0	1	2	3	4
30. awakens smoothly	0	1	2	3	4

(Kolcaba & DiMarco, 2005)

# ESCALAS DE AVALIAÇÃO DO CONFORTO NA CRIANÇA

## COMFORT BEHAVIORS CHECKLIST

If this is the only comfort/pain instrument being used, ask the patient:

30. Do you have any pain? No \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ [Please rate your pain from 0 to 10, with 10 being the highest possible pain]. \_\_\_\_\_ (rating)

31. Taking everything into consideration, how comfortable are you right now? [Please rate your total comfort from 1 to 10, with 10 being the highest possible comfort.] \_\_\_\_\_ (rating)

Adapted by K. Kolcaba from: Ladislav Volicic. "Management of advanced Alzheimer's dementia/The comfort checklist." From Volicic & others (1988). *Clinical Management of Alzheimer's Disease*. Rockville, MD. Aspen Publications.

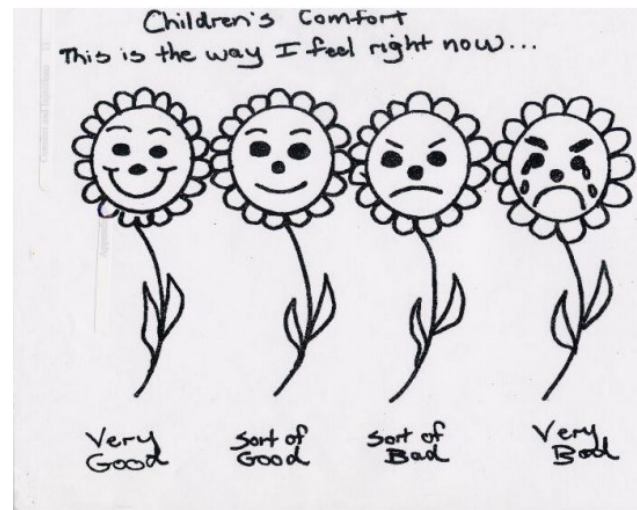
**Other open-ended information**.....  
(change in medication use, recent injury, recent decline in functional status, staff reports of comfort/discomfort, changes in appetite, ambulation, etc.)

### Scoring of the Behaviors Checklist

1. Subtract number of "not appropriate" (NA) from 30, to obtain **total answered**.
2. Multiply total answered (step 1) by 4, to obtain **total possible score**.
3. Reverse code: numbers 2, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27 to obtain **raw comfort responses**.
4. Add raw comfort responses (step 3) for all questions not marked NA, to obtain **raw comfort score**.
5. Divide actual comfort score (step 4) by total possible score (step 2) and round to two decimal places. (If the third decimal place is a 5 or greater, round the second decimal place up to the next number.)
6. Report score as a **2-digit number** (percent without the % sign or decimal). *Higher scores indicate higher Comfort.*

(Kolcaba & DiMarco, 2005)

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO DO CONFORTO NA CRIANÇA CHILDREN'S COMFORT DAISIES



(Kolcaba & DiMarco, 2005)

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO DO CONFORTO NA CRIANÇA COMFORT LINE

Please rate your Total Comfort from 0 to 10, using the scale below.

Place X in best box below	The amount of Total Comfort you are experiencing <i>right now</i> :
10	Highest comfort possible
9	Very high comfort
8	Between fairly high and high comfort
7	Fairly high comfort
6	Between moderate and fairly high comfort
5	Moderate comfort
4	Between some and moderate comfort
3	Some comfort
2	Between a little bit and some comfort
1	A little bit of comfort
0	No comfort at all

Note: Total Comfort includes physical, psychological, spiritual and social aspects of comfort, all combined into one score.

(Kolcaba & DiMarco, 2005)

## CONCLUSÃO

- A promoção do sono saudável em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos é altamente desafiador, mas de enorme importância.

(Berger & Kudchadkar, 2021)

- As crianças dormem melhor em casa do que no hospital, otimizar o ambiente hospitalar para simular o do domicílio é uma etapa integrante da otimização da higiene do sono.

(Berger & Kudchadkar, 2021)

○ foco: Intervir nos fatores modificáveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aparício, C., & Panin, F. (2020). Interventions to improve inpatients' sleep quality in intensive care units and acute wards: a literature review. *British Journal of Nursing*, 29(13), 770-776.
- Berger, J., & Kudchadkar, S. (2021). Sleep in the pediatric intensive care unit. In P. Kamat, & J. Berkenbosch (Eds.), *Sedation and Analgesia for the Pediatric Intensivist*. (pp. 259-273). Switzerland: Springer;
- Edvardsen, J., & Hetmann, F. (2020). Promoting Sleep in the Intensive Care Unit. *SAGE Open Nursing*, 6, 1-8. DOI: 10.1177/2377960820930209;
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., ... Hillard, A. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*, 40-43, DOI: 10.1016/j.sleh.2014.12.010;
- Hybschmann, J., Topperzer, M., Gjaerde, L., Born, P., Mathiasen, R., Sehested, A., ... Sørensen, J. (2021). Sleep in hospitalized children and adolescents: A scoping review. *Sleep Medicine Reviews*, 59, 1-9. DOI: 10.1016/j.smr.2021.101496;
- Kolcaba, K., & Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*. 18 (1), 46-62. DOI: 10.1177/089801010001800106;