



**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 TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: A VISÃO DO  
ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**The Transition to Parenting: The Vision of the Specialist Nurse**

Por

Sónia Cristina Venâncio Pereira

Lisboa, 2019





**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 TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE: A VISÃO DO  
ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

**The Transition to Parenting: The Vision of the Specialist Nurse**

Por

Sónia Cristina Venâncio Pereira

Sob a orientação de Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, 2019



*“Não nascemos pais, tornamo-nos pais... a parentalidade fabrica-se com ingredientes complexos”*

(Moro, 2005, p. 258)



## **AGRADECIMENTOS**

Ao longo deste importante percurso na minha vida foram muitas pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste relatório. A todas elas expresso a minha gratidão pelo apoio prestado.

À Professora Doutora Zaida Charepe pela disponibilidade, orientação e estímulo durante este período de aprendizagem.

À minha família pela tolerância, incentivo e apoio nos momentos mais difíceis, e aos meus filhos pelos abraços calorosos que me deram.

Às Enfermeiras orientadoras e restante equipa, pela dedicação, disponibilidade e momentos de aprendizagem que me facultaram.

Às crianças e pais pelo carinho e força que me deram ao longo deste percurso.

Às minhas colegas J. e I. do Mestrado, às minhas amigas e colegas de trabalho que sempre me apoiaram com palavras de carinho e força.

A todos vós, o meu obrigado!



## RESUMO

Este relatório representa o percurso de aprendizagem desenvolvido, descreve e analisa objetivos, atividades e competências adquiridas, que visam uma prestação de cuidados especializados. Pretende dar resposta a uma temática particular na área da Enfermagem, nomeadamente a Parentalidade. Como objetivo geral e transversal nos estágios, estabeleci o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), com ênfase na promoção da parentalidade, nos diferentes contextos da prestação de cuidados.

O nascimento de um filho é considerado um momento único na vida do casal. No entanto, obriga a alterações a nível pessoal, conjugal, familiar e social. Os pais devem estar cientes destas mudanças, de forma a adquirirem comportamentos adequados para o desenvolvimento e crescimento da criança/jovem.

Habitualmente, ocorrem eventos críticos que interferem no desempenho da parentalidade, como por exemplo o nascimento prematuro do bebé, a hospitalização da criança/jovem ou o diagnóstico de uma doença crónica.

Para Afaf Meleis (1986), o enfermeiro é o profissional de saúde mais habilitado para apoiar os pais neste momento de transição, capacitando-os no cuidar da criança/jovem.

Os resultados da scoping review realizada demonstram a importância do papel do enfermeiro na promoção da parentalidade, destacando a capacitação dos pais, através da disponibilidade e relação de escuta ativa, bem como a realização de sessões de grupos parentais e de educação para a saúde.

Cabe ao EESIP, pelos conhecimentos aprofundados e competências específicas, a responsabilidade na promoção das competências parentais no cuidar da criança/jovem. Assim, das atividades desenvolvidas nos diversos contextos de

intervenção, destaco a importância da realização de uma sessão de educação para a saúde, dirigida aos pais, no cuidar ao recém-nascido (RN) e a construção de suportes informativos de apoio aos pais após a alta hospitalar e na gestão terapêutica da Diabetes *Mellitus* tipo 1.

Após análise e reflexão do percurso percorrido considero que atingi as competências do EESIP na assistência e cuidado à criança/jovem e família, na maximização da sua saúde através do recurso à parceria de cuidados e capacitação dos pais.

**Palavras-chaves:** Enfermagem Pediátrica, Parentalidade, Transição, Criança.

## **ABSTRACT**

This report represents the learning pathway developed, describes and analyzes objectives, activities and acquired competences, aimed to provide specialized care. It intends to respond to a particular theme in the area of Nursing, related with the Parenting. As general and transversal goal in stages, I established the development of the competencies as Specialist Nurses in Child and Pediatric Health with emphasis on the promotion of parenting, in the different contexts of care delivery. The birth of a child is considered a unique moment in the life of the couple. However, it requires changes on a personal, marital, familiar and social level. Parents should be aware of these changes in order to acquire appropriate behaviors for the development and growth of the child.

Usually, there are critical events that interfere with the performance of parenting, for example, premature birth, hospitalization of the child/young or the diagnosis of a chronic illness.

For Afaf Meleis (1983), the nurse is the most qualified health professional to support parents in this moment of transition, enabling them to take care of the child.

The results of the scoping review demonstrates the importance of the nurse's role in promoting parenting, highlighting parent empowerment, through the availability and active listening relationship, as well as the holding of parental group and health education sessions.

It is Pediatric Nurse's responsibility, through its deep knowledge and specific competences, to promote parental skills in childcare. Thus, from the activities of different contexts of intervention, I highlight the importance of the health education session, addressed to the parents, in the care of the newborn and the

construction of informational supports in the care of the child after hospital discharge and in the therapeutic management of Diabetes Mellitus type 1.

After analyzing and reflecting about the developed route, I consider that I have achieved Pediatric Nurse competences in assisting and caring for the child and family, in the maximization of their health through the parental care and empowerment partnership.

**Keywords:** Pediatric Nursing, Parenting, Transition, Child.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPAP - Continuous Positive Airway Pressure

DGS - Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

et al - e colaboradores

n<sup>o</sup> - número

NANDA-I - North American Nursing Diagnosis Association International

NIC - Nursing Interventions Classifications

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. - página

PCC - População, Conceito e Contexto

PNSIJ - Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN - Recém-nascido

SO - Sala de Observação

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

vol. - volume



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>19</b>
1.1 - TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS .....	19
1.2 - TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE.....	22
1.2.1 - O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE: SCOPING REVIEW .....	25
<b>2 - PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS</b>	
<b>ADQUIRIDAS</b> .....	<b>37</b>
2.1 - UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS.....	38
2.2 - UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA .....	42
2.3 - UNIDADE DE INTERNAMENTO DE NEONATOLOGIA.....	45
2.4 - UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA.....	49
<b>3 - CONCLUSÃO</b> .....	<b>57</b>
<b>4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>61</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>69</b>
Apêndice I – Instrumento de seleção dos artigos incluídos e excluídos da Scoping Review.....	71
Apêndice II - Poster “O Papel do Enfermeiro na Promoção da Parentalidade: uma Scoping Review” apresentado no I Seminário do Curso de Mestrado em Enfermagem .....	77
Apêndice III – Avaliação de oportunidades de intervenção de enfermagem no contexto da UCSP .....	83
Apêndice IV- Manual “Intervenção do enfermeiro no alívio da dor na criança/jovem durante a vacinação” realizado em contexto da USCP .....	89
Apêndice V – Fotografias da “Caixa Mágica”: estratégia não farmacológica utilizada durante a vacinação em contexto da USCP .....	111
Apêndice VI – Folheto informativo “Como ajudar o seu filho durante a vacinação?” realizado em contexto da USCP .....	115

Apêndice VII – Avaliação do folheto informativo “Como ajudar o seu filho durante a vacinação?” realizado em contexto da USCP .....	119
Apêndice VIII – Marcador informativo para anexo ao folheto informativo realizado em contexto da UCSP .....	125
Apêndice IX – Relatório da sessão formativa “Intervenção do enfermeiro no alívio da dor na criança/jovem durante a vacinação” elaborada em contexto da UCSP .....	129
Apêndice X – Suporte Informativo dirigido aos pais após alta no SO em contexto da Urgência Pediátrica.....	151
Apêndice XI – Procedimento Geral “Cuidados de Enfermagem ao Recém-nascido, Criança e Adolescente com Dor” realizada em contexto da Urgência Pediátrica .....	155
Apêndice XII – Manual de apoio aos pais “Nascer Prematuro” realizado em contexto de internamento em Neonatologia .....	169
Apêndice XIII – Relatório da Sessão de educação para a saúde “Promoção das Competências Parentais: Cuidados ao Recém-nascido” realizado no contexto de internamento em Neonatologia .....	175
Apêndice XIV – Suporte informativo dirigidos aos pais “Educação Terapêutica na Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1” em contexto de internamento de Pediatria.....	195
Apêndice XV – Fotografias do Kit de treino Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1 elaborado em contexto de internamento de Pediatria .....	199

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Representação da Teoria de Afaf Meleis .....	20
Figura 2 - Fluxograma de Prisma .....	28

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1- Estudos incluídos na Scoping Review .....	29
Quadro 2- Análise dos estudos incluídos na Scoping Review .....	30



## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular “Estágio final e Relatório”, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

A sua finalidade, é documentar o percurso de aprendizagem ao longo dos estágios, bem como o desenvolvimento de competências do EESIP.

A escolha da temática “A Transição para a Parentalidade: a Visão do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica” surgiu após reflexões quotidianas no âmbito do exercício profissional, reconhecendo os pais como principais cuidadores da criança/jovem.

Meleis (2010) descreve que as transições vivenciadas ao longo do ciclo de vida são significativas para a intervenção do enfermeiro, realçando que a parentalidade constitui uma área importante na Enfermagem.

Tornar-se mãe ou pai, é uma das transições mais marcantes do ciclo de vida familiar, proporcionando mudanças pessoais e familiares. Ao longo do processo de transição, os pais devem adquirir competências adequadas, de forma a dar respostas às necessidades do filho (Moura, Canavarro, Araújo et al, 2008).

Para Meleis, Sawyer e Im et al (2000), o enfermeiro encontra-se na posição privilegiada para identificar as necessidades parentais e adequar a sua intervenção para a promoção da parentalidade.

O percurso desenvolvido divide-se em quatro contextos de estágios, correspondentes às unidades curriculares: “A Saúde da Criança e Família: Vigilância e Decisão Clínica” e “Estágio Final e Relatório”. Os locais foram selecionados de acordo com o meu interesse pessoal e profissional. O primeiro

contexto de estágio foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e os restantes foram realizados em contexto hospitalar, numa unidade de Urgência Pediátrica, numa unidade de internamento de Neonatologia e numa unidade de internamento de Pediatria.

Durante este percurso desenvolvi atividades com o intuito de capacitar os pais no desempenho da sua parentalidade. São de destacar a realização de suportes informativos dirigidos aos pais, a nível da preparação da criança para a vacinação, dos cuidados a manter após a alta hospitalar, a educação terapêutica da Diabetes *Mellitus* tipo 1 e a realização de uma sessão de educação para a saúde dirigida aos pais, no âmbito das competências parentais no cuidar ao RN.

Este relatório encontra-se organizado por quatro capítulos, sendo que o primeiro compreende o enquadramento teórico com abordagem ao referencial teórico de Afaf Meleis, bem como os conceitos de transição e parentalidade, e posteriormente consta a scoping review realizada sobre a importância do papel do enfermeiro na promoção da parentalidade. O segundo capítulo, descreve o meu percurso ao longo dos estágios, divididos, em subcapítulos. Foi utilizado a metodologia de projeto, dando visibilidade ao diagnóstico de situação, objetivos específicos e planeamento de atividades. Organizei, também, um portfólio, o qual me permitiu realizar uma constante reflexão e avaliação das atividades e competências adquiridas. No terceiro capítulo consta uma conclusão, onde destaco os aspetos que considerei fundamentais na evolução ao longo deste percurso. O relatório inclui, ainda, referências bibliográficas e apêndices.

## 1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo pretende-se clarificar a área temática em estudo, através da explanação da Teoria das Transições de Afaf Meleis (1986) e da definição dos principais conceitos, nomeadamente transição e parentalidade. Por fim, são apresentados os resultados obtidos na scoping review subordinada à temática “O papel do enfermeiro na promoção da parentalidade”.

### 1.1- TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

As Teorias de Enfermagem oferecem estrutura e organização ao conhecimento do enfermeiro, permitindo uma prestação de cuidados mais sistemática e intencional (Ribeiro, Martins, Tronchin et al, 2018).

A Teoria de Afaf Meleis é considerada uma Teoria de Médio Alcance, ou seja, permite descrever, compreender, interpretar e explicar os fenómenos específicos da Enfermagem que refletem e emergem da prática profissional (Meleis, 2012). Esta encontra-se inserida no Paradigma da Transformação, onde a pessoa é considerada um ser único, com capacidade e possibilidade de ser parceiro na tomada de decisão; tendo sido posteriormente incluída na Escola de Pensamento do Cuidar (Ribeiro, Martins, Tronchin et al, 2018).

Para Fawcett (1984) o metaparadigma entende-se como o nível mais abstrato do conhecimento, sendo ele que determina os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina. Para a autora supracitada (1984), os conceitos metaparadigmáticos de Enfermagem são: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. De acordo com Fawcett (2005), o conceito *pessoa* refere-se ao indivíduo que é reconhecido numa cultura, comunidade e família, que participa

nos cuidados de enfermagem e o conceito *ambiente* determina o meio físico envolvente onde a pessoa e pessoas significativas, recebem os cuidados (desde o domicílio, às instituições de saúde e à sociedade como um todo). O conceito *saúde* menciona os processos de vida e morte da pessoa, enquanto que o conceito *enfermagem* refere-se à definição de Enfermagem, às ações realizadas pelo enfermeiro e aos objetivos ou resultados das intervenções de enfermagem (Fawcett, 2005).

Relativamente à Teoria das Transições, Afaf Meleis (2010) propõe, como conceito central, a transição que a pessoa vivencia face aos acontecimentos na vida, na saúde, nas relações ou nos ambientes. Define a transição como uma *"passagem de um estado bastante estável para outro bastante estável e é um processo acionado por uma mudança. As transições são caracterizadas por diferentes etapas dinâmicas, marcos, e pontos de viragem e podem ser definidas através de processos"* (Meleis, 2010, p.11). Esta passagem é considerada sempre como positiva, uma vez que a pessoa atinge maior estabilidade relativamente ao período anterior (Meleis e Chick, 1986).

Esta Teoria, cuja matriz conceptual é representada na figura seguinte, apresenta três domínios orientadores das terapêuticas de enfermagem, sendo eles: a natureza, as condições facilitadoras e dificultadoras e os padrões de resposta comuns aos processos de transição.

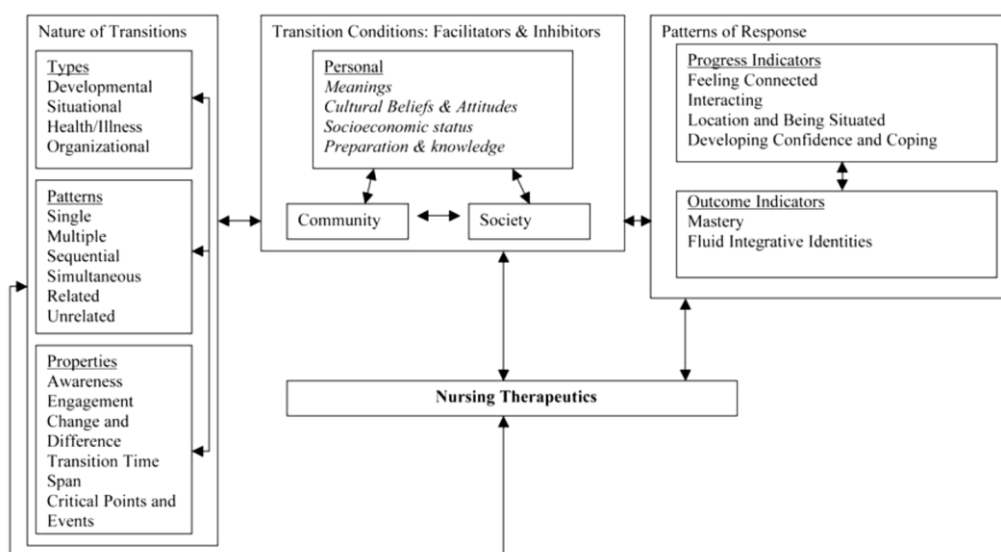


Figura 1-Representação da Teoria de Afaf Meleis (2010, p.56)

A natureza, enquanto primeiro domínio desta Teoria, inclui a tipologia, os padrões e as propriedades. A este nível identificam-se quatro tipos de transições: as do tipo desenvolvimental (associada a problemas próprios de determinada fase do desenvolvimento ou mudanças no ciclo vital), as do tipo situacional (relacionada com situações e acontecimentos inesperados, que origina alteração de papel na pessoa), as do tipo de saúde-doença (associada a mudanças súbitas de papel, a qual resulta da passagem de um estado de saúde para o de doença aguda) e as do tipo organizacional (desencadeada pelas mudanças num ambiente social, político ou económico) (Meleis, Sawyer, Im et al, 2000).

Em relação aos padrões, as transições podem ser classificadas como simples ou múltiplas, podendo as últimas ainda ser caracterizadas em sequenciais, simultâneas e relacionadas ou não relacionadas. Considera-se uma transição simples aquela que apenas ocorre uma vez na vida da pessoa. Quando ocorre mais que uma alteração ao mesmo tempo e existe uma ligação entre elas, encontra-se perante transições múltiplas sequenciais. De acordo com o grau de sobreposição, as transições múltiplas podem ainda ocorrer ao mesmo tempo, ou seja, simultaneamente, podendo a sua natureza estar relacionada ou não (Meleis e Schumacher, 2010).

Para os autores supracitados (2010), as transições apresentam propriedades que se encontram interrelacionadas num processo contínuo, nomeadamente a consciencialização, envolvimento, mudanças e diferenças, período de transição ao longo da vida e pontos críticos e eventos. Uma transição inicia-se quando a pessoa se consciencializa das mudanças que estão a ocorrer. A consciencialização relaciona-se com a perceção, conhecimento e reconhecimento da experiência de transição. O conceito de envolvimento traduz a ideia de participação ativa e empenhada da pessoa no processo de transição. O grau de consciencialização influencia o grau de envolvimento, porque a pessoa só se pode envolver depois de ter noção da mudança. As transições implicam mudanças e são também descritas pelo espaço de tempo. No entanto, existem algumas transições que se encontram

associadas a eventos críticos evidentes ao longo da vida, nomeadamente o nascimento de uma criança (Meleis, Sawyer, Im et al 2000).

Para compreender as experiências vivenciadas ao longo da transição é necessário conhecer as condições pessoais, da comunidade e da sociedade, uma vez que estas podem exercer uma influência e constituir fatores facilitadores ou inibidores da transição, sendo descrito como o segundo domínio desta Teoria (Meleis, Sawyer, Im et al 2000).

O terceiro domínio consiste nos padrões de resposta, que podem apresentar-se sob a forma de indicadores de processo ou de resultado. Numa transição saudável, os sentimentos iniciais de stress são substituídos por sensações de bem-estar e a pessoa adquire mestria, através da transformação pessoal e integração fluida da identidade (Meleis e Schumacher, 2010). Os padrões de resposta, especialmente os indicadores de processo, permitem determinar o impacto da adaptação na consciencialização (ao localizar-se e estar situado), no envolvimento (ao sentir-se ligado e interagir), bem como no desenvolvimento da confiança e estratégias de *coping* (Meleis e Schumacher, 2010).

Para as autoras supracitadas (2010), as terapêuticas de enfermagem visam a facilitação dos processos de transição, acompanhando as mudanças e impactos, preparando as transições eminentes e potenciando o processo de aprendizagem de novas tarefas relacionadas com experiências de saúde e de doença.

## 1.2- TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Para Cruz (2013, p. 13), o termo parentalidade é definido como *“um conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento, de forma o mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, de fora dela, na comunidade”*.

No que respeita à Enfermagem, a parentalidade assume particular destaque ao constituir um foco de atenção para a prática e, de acordo com a Classificação

Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2016, p. 71), é definida como *“tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar, comportamentos para otimizar o desenvolvimento e crescimento das crianças (...)”*.

Para Ramos e Canavarro (2007), a parentalidade é considerada um acontecimento normativo no ciclo de vida, que se manifesta como uma fonte de stress para os pais, devido às exigências dos cuidados ao filho e à reestruturação pessoal, conjugal, familiar e social que exige.

A sociedade espera que os pais cuidem do filho, proporcionando um desempenho adequado da parentalidade, de forma a favorecer o crescimento e desenvolvimento do mesmo (Sousa, 2012). O estudo de Martins, Abreu e Figueiredo (2014) defende que os pais se organizam de forma tradicional, ou seja, que a mãe assume o papel de principal cuidador e o pai assume o papel secundário de apoio, com relativa ausência no cuidado ao filho.

Para Cruz (2013), a parentalidade é a tarefa mais desafiante e complexa da idade adulta, identificando as suas funções, do seguinte modo:

- satisfazer as necessidades mais básicas de sobrevivência e saúde;
- disponibilizar à criança um mundo físico organizado e previsível, com espaços e objetos que possibilitem a existência de rotinas;
- responder às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extra-familiares, sendo através dos pais que a criança conhece e interage com o mundo físico e social que a rodeia;
- satisfazer as necessidades de afeto, confiança, segurança, que se traduzem pela construção de relações de vinculação;
- responder às necessidades de interação social da criança e a sua integração na comunidade.

Barroso e Machado (2014) descrevem o modelo integrativo dos elementos teóricos da parentalidade de Hoghughi, onde se preconiza a existência de onze dimensões, sendo estas subdivididas em atividades parentais, áreas funcionais e

pré-requisitos. No que concerne às atividades parentais, estas são consideradas um conjunto de atividades necessárias para uma parentalidade suficientemente adequada e destacam-se as dimensões de cuidado (físico, emocional e social), disciplina e desenvolvimento (Barroso e Machado, 2014). No que diz respeito às áreas funcionais, estão envolvidos elementos do funcionamento da criança e que requerem atenção parental, encontrando-se subdivididos de acordo com os autores anteriormente citados, em saúde física, saúde mental, comportamento social e funcionamento educativo e intelectual. Os pré-requisitos associados ao conceito em análise são um conjunto de especificidades necessárias para o desenvolvimento do papel parental, que incluem conhecimento e compreensão, recursos, motivação e oportunidades (Barroso e Machado, 2014). Assim, os pais são considerados um meio de crescimento para a criança, mas existem fatores que podem condicionar a parentalidade, nomeadamente circunstâncias individuais, históricas e sociais (Barroso e Machado, 2014).

De acordo com Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015), a parentalidade é uma das transições mais importantes no ciclo de vida do casal, onde existe a responsabilidade de se tornar mãe e pai. Trata-se de um acontecimento em constante mudança, uma vez que cada estadio de desenvolvimento do filho exige aos pais uma adaptação aos seus comportamentos e sentimentos (Cruz, 2013). Além das mudanças normativas, existem eventos/acontecimentos críticos que alteram as competências parentais (Martins, 2013). O nascimento prematuro, a hospitalização da criança/jovem e/ou o diagnóstico de uma doença crónica constituem uma crise de transição parental, gerando dor e sofrimento, o que dificulta a adaptação à parentalidade (Santos, Alves e Apolinário, 2010; Sousa, 2012 e OE, 2015).

De acordo com o referencial teórico abordado, a parentalidade encontra-se no tipo desenvolvimental, situacional e de saúde-doença (Meleis, Sawyer, Im et al, 2000). É considerada um processo de transformação individual, conjugal e social, através dos quais os pais redefinem a sua identidade parental e desenvolvem

competências para lidar com as mudanças e exigências desenvolvimentais, situacionais e de saúde/doença que ocorrem na vida da criança (Meleis, Sawyer, Im et al, 2000).

Para as autoras descritas anteriormente (2000), o enfermeiro tem um lugar privilegiado para identificar as necessidades parentais durante o momento que ocorrem transições de papéis e adequar as suas intervenções.

Face à temática da parentalidade e de acordo com a NANDA-I (2018), o diagnóstico de enfermagem que emerge é o conflito no papel de mãe/pai, ou seja, *“pai/mãe experimenta confusão e conflito no desempenho de seu papel em resposta a uma crise”* (NANDA- I, 2018, p. 567).

De acordo com a NIC (2010, p. 603-604), as intervenções que podem ser desenvolvidas, face à temática em estudo, são *“escutar os problemas e preocupações dos pais; auxiliar na transição dos papéis; estimular a interação entre pais e filho; dar feedback positivo relativamente às capacidades parentais; oferecer orientação antecipatória em diferentes níveis de desenvolvimento; fornecer folhetos e livros para o desenvolvimento de habilidades dos pais e encaminhá-los para grupos de apoio e recursos da comunidade”*.

Desta forma, considera-se relevante compreender as intervenções de enfermagem dirigidas aos pais, visando a promoção da parentalidade. Neste sentido, tornou-se pertinente a realização de uma scoping review, com vista a concretizar na prática as intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade.

### 1.2.1- O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE: SCOPING REVIEW

#### Introdução

O Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (Direção Geral de Saúde, DGS, 2013) destaca a necessidade do desenvolvimento do exercício da

parentalidade, facultando aos pais o conhecimento necessário para a promoção da saúde e prevenção da doença na criança.

Como foi referido anteriormente tornar-se mãe ou pai, é uma das transições mais marcantes do ciclo de vida familiar, proporcionando inúmeras mudanças pessoais e familiares. Ao longo do processo de transição, os pais devem adquirir conhecimentos no sentido de dar respostas às necessidades do filho durante as várias fases de desenvolvimento ou acontecimentos críticos.

Para Meleis, Sawyer, Im et al (2000) na transição para a parentalidade, o enfermeiro é o profissional de saúde mais privilegiado e deve proporcionar conhecimento e capacitação aos pais, aumentando as suas competências parentais.

De acordo com Regulamento de Competências Específicas do EESIP (2018), uma das competências consiste no assistir a criança/jovem com a família, na sua maximização da sua saúde, onde estabelece com ambos uma parceria de cuidados promotora da saúde, dando ênfase à parentalidade.

De acordo com a OE (2015), o EESIP tem uma missão fulcral na adaptação à parentalidade, passando pela colaboração com cada família na adaptação ao seu processo de saúde, interagindo através do apoio, ensino, instrução e treino, dotando-os de conhecimentos e aprendizagem de habilidades, capacitando-os para que eles possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico da criança/jovem.

Assim, o objetivo desta scoping review foi mapear, na literatura científica, as intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade.

### Metodologia

Foi elaborada uma scoping review de acordo com a metodologia de Joanna Briggs Institute (2015). A pesquisa foi realizada nas bases de dados de MEDLINE, CINAHL (ambas por via EBSCO) e SciELO, de acordo com os descritores MeSH e DeCS: Pediatric Nursing, Parenting e Promotion e o operador booleano AND. Os

critérios de inclusão foram os pais das crianças (População) e cuidados de enfermagem (Contexto) promotores da parentalidade (Conceito).

Foram considerados, como limitadores de pesquisa, os artigos incluídos em *full text*, com publicação entre 2012 e 2017, nos idiomas em inglês, português e espanhol. Justifica-se o friso temporal pela intenção de demonstração da evidência científica recente.

Inicialmente, foi realizado a pesquisa nas bases de dados referidas, tendo sido identificados dezassete artigos, sendo sete da MEDLINE, cinco da CINAHL e cinco da SciELO. Foi realizado uma análise das palavras chave, nos títulos e resumos dos artigos e elaborado um instrumento de seleção de artigos (Apêndice I), com o objetivo de dar resposta à temática em questão. Na fase seguinte, os artigos selecionados foram analisados integralmente. Os que cumpriram os critérios de inclusão foram incluídos e os restantes foram excluídos.

A pesquisa e a extração dos dados foram realizadas por três revisores independentes e qualquer discordância entre os revisores foi resolvida por meio de consenso.

O processo de seleção dos artigos considerado foi representado em diagrama de fluxo Prisma:

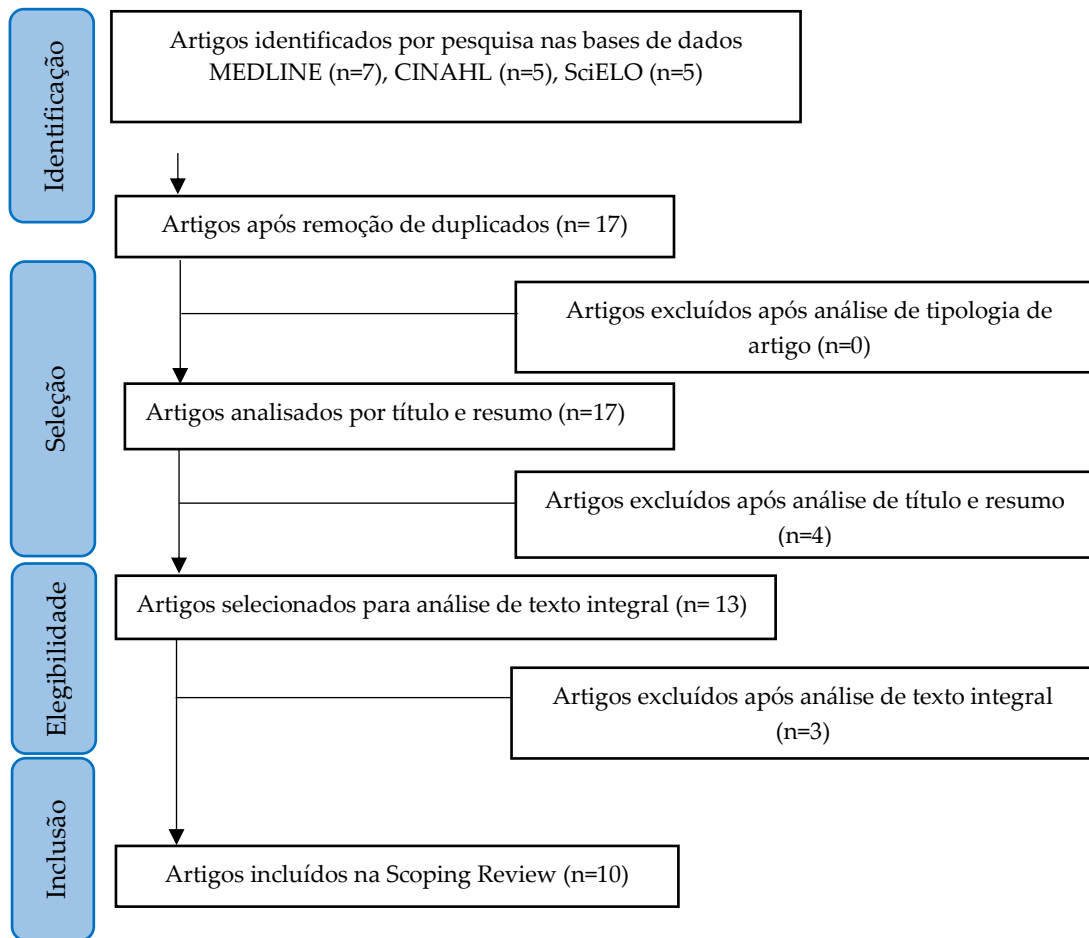


Figura 2- Fluxograma de Prisma (Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, DG., The PRISMA Group, 2009)

### Apresentação e Discussão dos Resultados

Após a análise dos artigos, foram identificados dez estudos relevantes para a temática em estudo. No quadro 1 encontram-se caracterizados os mesmos, tendo em conta os autores/ano, o título, o tipo de estudo e objetivo.

Quadro 1- Estudos incluídos na Scoping Review

AUTORES/ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO
<b>Ordway, Sadler, Dixon et al (2014)</b>	Parental reflective functioning: analysis and promotion of the concept for pediatric nursing	Revisão sistemática	Identificar os elementos de auto-reflexão dos pais e desenvolver um modelo com aplicação na prática de Enfermagem
<b>Lefèvre, Lundqvist, Drevenhorn et al (2014)</b>	Parents' experiences of parental groups in Swedish child health-care: Do they get what they want?	Quantitativo	Enumerar as experiências dos pais que participam nos grupos de apoio, durante o primeiro ano de vida da criança
<b>Penn, Kerr (2014)</b>	Childhood obesity: the challenges for nurses	Revisão literatura	Identificar as causas de obesidade infantil e compreender o papel dos pais na aquisição do peso saudável
<b>Liu, Zhang, Li (2012)</b>	Sleep duration and overweight/obesity in children: Review and implications for pediatric nursing	Revisão sistemática	Analisar a relação entre a duração do sono e a obesidade infantil, bem como a importância do papel do enfermeiro
<b>Rew, Arheart, Thompson et al (2013)</b>	Predictors of adolescents' health-promoting behaviors guided by primary socialization theory	Longitudinal	Avaliar a influência dos pais e colegas na aquisição de comportamentos promotores no adolescente, enquadrado na teoria de socialização primária
<b>Caley (2012)</b>	Risk and protective factors associated with stress in mothers whose children are enrolled in early intervention services	Qualitativo	Compreender a adaptação ao stress de mães com crianças com necessidade especiais de saúde
<b>Soares, Pereira, Figueiredo (2016)</b>	Touchpoints: parents and nurses perceptions and satisfaction	Qualitativo	Compreender o significado atribuído pelos pais ao participarem na

			implementação da metodologia Touchpoints, uma intervenção de enfermagem inovadora
<b>Cardoso, Silva, Marín (2015)</b>	Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação	Qualitativo e descritivo	Construir um instrumento orientador da avaliação das competências parentais
<b>Martins, Abreu, Figueiredo (2014)</b>	Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído	Qualitativo	Compreender como se desenvolve a transição para a parentalidade durante os primeiros seis meses de vida da criança
<b>Melo, Ferreira, Lima et al (2014)</b>	The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children	Qualitativo e exploratório	Analisar respostas de pais sobre o envolvimento dos pais no cuidado da criança hospitalizada

Os estudos analisados consistem em metodologias qualitativas, quantitativa e revisões sistemáticas, dando ênfase ao papel do enfermeiro nas transições vivenciadas pelos pais. Os resultados identificados nos estudos encontram-se sistematizados no quadro 2.

Quadro 2- Análise dos estudos incluídos na Scoping Review

AUTORES/ANO	TÍTULO	RESULTADOS
<b>Ordway, Sadler, Dixon et al (2014)</b>	Parental reflective functioning: analysis and promotion of the concept for pediatric nursing	Dá ênfase à relação de apego entre criança e pais, bem como à capacidade reflexiva dos pais para o desenvolvimento da criança. Refere que pais informados e esclarecidos apresentam comportamentos mais adequados no desenvolvimento e crescimento da criança. O enfermeiro deve fornecer informação aos pais sobre os cuidados antecipatórios, desenvolvimento e crescimento infantil, de forma a capacitá-los para o desempenho da parentalidade.

<p><b>Lefèvre, Lundqvist, Drevenhorn et al (2014)</b></p>	<p>Parents' experiences of parental groups in Swedish child health-care: Do they get what they want?</p>	<p>Tornar-se mãe ou pai é um momento de transição na vida do casal, onde ocorre mudança dos papéis. Os grupos de apoio dirigidos aos pais são considerados uma mais valia, uma vez que existe uma partilha de ideias e experiências. No questionário deste estudo, 82% dos pais referem que tiveram a oportunidade de expressar as suas dúvidas/medos com a enfermeira e 52% referem que houve melhoria no desempenho da parentalidade. Os temas de maior interesse para os pais são o desenvolvimento da criança, doenças, vacinação e prevenção de acidentes.</p>
<p><b>Penn, Kerr (2014)</b></p>	<p>Childhood obesity: the challenges for nurses</p>	<p>A obesidade é uma doença que traz consequências negativas para a criança. Os pais são considerados agentes de mudança. Cabe ao enfermeiro oferecer informação e estratégias aos pais para abordar a questão comportamental do filho., de forma a reduzir os fatores de risco da obesidade.</p>
<p><b>Liu, Zhang, Li (2012)</b></p>	<p>Sleep duration and overweight/obesity in children: Review and implications for pediatric nursing</p>	<p>A obesidade é uma preocupação evidente a nível mundial. Existem vários fatores que podem estar relacionadas, sendo que o sono é um deles. A educação parental é uma estratégia de intervenção eficaz, para promover os hábitos de sono adequados. Referem que devem existir programas educativos com os cuidados antecipatórios nas diversas faixas etárias.</p>
<p><b>Rew, Arheart, Thompson et al (2013)</b></p>	<p>Predictors of adolescents' health-promoting behaviors guided by primary socialization theory</p>	<p>Os comportamentos do adolescente são adquiridos em contexto de socialização, a nível familiar ou escolar. A nível familiar existem vários estilos parentais que evidenciam a interação entre pais e filhos. O estilo autoritário é descrito como responsável e com supervisão, sendo o mais adequado na aquisição de comportamentos promotores de saúde por parte dos adolescentes. Nesta fase de transição, o enfermeiro deve informar os pais que têm influência na aquisição de comportamentos saudáveis do filho. Deve realizar uma sessão informativa, onde aborda as temáticas</p>

		chaves, para a aquisição de comportamentos saudáveis e esclarecimento de dúvidas dos pais.
<b>Caley (2012)</b>	Risk and protective factors associated with stress in mothers whose children are enrolled in early intervention services	O número de crianças com necessidades especiais de saúde tem vindo a aumentar, o que obriga a criação de programas de intervenção precoce. Esta fase de transição é vivenciada pelos pais como uma fonte de stress. A capacidade da família se adaptar depende do tipo de funcionamento, das estratégias utilizadas e do apoio social. Verificou-se que quanto maior o nível de stress, menor a família tem capacidade para ajudar o seu filho. O enfermeiro é o profissional de saúde de eleição, uma vez que deve dar apoio às famílias através do fornecimento de informação sobre o desenvolvimento e crescimento infantil.
<b>Soares, Pereira, Figueiredo (2016)</b>	Touchpoints: parents and nurses perceptions and satisfaction	Os Touchpoints são acontecimentos esperados que antecedem o desenvolvimento motor, cognitivo e emocional da criança. São considerados momentos de adaptação familiar. O enfermeiro deve ajudar a família e criança a lidar com este momento de transição. Os pais referiram que as sessões contribuíram para a aquisição de conhecimentos e competências e validação de comportamentos parentais. O enfermeiro deve estar ciente das necessidades da família neste período de transição, pelo que deve implementar estratégias para o adequado desempenho da parentalidade.
<b>Cardoso, Silva, Marín (2015)</b>	Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação	O nascimento de um filho é considerado um momento de transição, caracterizado por mudanças a nível familiar. Neste estudo foram identificadas várias competências parentais. O enfermeiro deve tê-las em mente para desenvolver cuidados de enfermagem de excelência.
<b>Martins, Abreu, Figueiredo (2014)</b>	Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído	O nascimento de um filho é um acontecimento marcante na vida do casal. A mãe assume o papel principal de cuidado e disponibilidade, enquanto que o pai assume o papel secundário e de apoio, com relativa ausência em relação ao cuidado

		infantil. O enfermeiro deve apoiar os pais na busca de uma transição bem-sucedida, através da realização de programas educacionais de forma a aumentar as competências parentais.
<b>Melo, Ferreira, Lima et al (2014)</b>	The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children	A hospitalização da criança traz mudanças a nível da parentalidade. É fundamental que o enfermeiro, durante a hospitalização da criança, tenha conhecimento das necessidades dos pais. As estratégias identificadas são o envolvimento, a comunicação, a informação e o ensino dos cuidados de forma a capacitar os pais.

Todos os estudos incluídos na amostra teórica desta revisão, elencaram a importância do papel do enfermeiro na promoção da parentalidade nas diversas fases de transição.

Para Martins, Abreu, Figueiredo (2014) o nascimento de um filho foi descrito como um desafio parental e no estudo de Cardoso, Silva, Marín (2015) foram identificadas competências parentais que devem ser desenvolvidas, sendo elas: preparar a casa, preparar o enxoval, alimentar a criança, colocar a eructar, lidar com o choro, vestir, amamentar, alimentar por biberão, garantir a segurança e prevenir acidentes, assegurar a higiene e pele saudável, tratar do coto umbilical, reconhecer o padrão de crescimento e desenvolvimento normais, promover a vigilância da saúde da criança, estimular o crescimento, lidar com os problemas comuns da criança e criar hábitos: dormir. Desta forma, o enfermeiro deve ter conhecimento das necessidades da família e apoiá-la na busca de uma transição saudável (Martins, Abreu, Figueiredo, 2014).

Para Lefèvre, Lundqvist, Drevenhorn et al (2014) os grupos de apoio dirigidos aos pais foram uma intervenção de excelência do enfermeiro com vista à promoção da parentalidade.

Nos estudos de Penn, Kerr (2014), Liu, Zhang, Li (2012) e de Rew, Arheart, Thompson et al (2013) foram abordadas temáticas no ensino aos pais, como a

obesidade infantil e a adolescência, para além de ser destacada a importância do papel do enfermeiro na capacitação dos pais e filhos sobre os comportamentos promotores de saúde.

Relativamente a crianças com necessidades especiais de saúde, Caley (2012) refere que o enfermeiro deve ser um elemento ativo na equipa de saúde para realizar a prevenção primária, secundária ou terciária, devendo fornecer informação aos pais sobre o desenvolvimento infantil da criança e para além de abordar os fatores que desencadeiam o stress nas mães.

No estudo de Melo, Ferreira, Lima et al (2014) foi abordado a transição aquando da hospitalização da criança, onde os pais atravessam um momento de mudança de papéis. Nesta fase, o enfermeiro deve promover a participação e o envolvimento dos pais, de forma a reforçar a parentalidade.

Assim, após a análise dos estudos pode-se sistematizar a intervenção do enfermeiro na promoção da parentalidade, através da relação de escuta ativa, da disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, da capacitação dos pais, da realização de educação para a saúde e criação de grupos parentais.

Nesta scoping review foi possível verificar que apenas dois dos estudos fazem referência à Teoria das Transições de Meleis, sendo o estudo Cardoso, Silva, Marín (2015) e de Soares, Pereira, Figueiredo (2016).

### Limitações

Considero que dada à amostra final, a pesquisa deveria ser realizada em outras bases de dados, extensível a outros idiomas, de forma a abranger maior evidência científica.

### Conclusão

Perante uma transição ao longo do ciclo vital, os pais demonstram-se inseguros e desapoitados, pelo que o enfermeiro deve adotar estratégias que promovam a adaptação à parentalidade e o fortalecimento de competências

parentais. Dentro dos estudos analisados nesta scoping review, as intervenções de enfermagem incidem na sessão de grupos parentais, sessão de educação para a saúde, capacitação dos pais, relação de ajuda com escuta ativa e disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.

O enfermeiro deve-se centrar na família e ajudá-la a encontrar estratégias para se sentir competente, segura e satisfeita relativamente ao desempenho da parentalidade.



## 2- PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O enfermeiro especialista (EE) é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado numa área específica em enfermagem e demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (OE, 2010). O perfil do EESIP integra as competências do EE, juntamente com as competências especializadas na área da Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. Segundo a OE (2018, p. 19192), as competências do EESIP são: *“assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança/jovem”*.

De acordo, com o Regulamento do Mestrado de Enfermagem da UCP (2017, p. 3), as competências de Mestre em Enfermagem são: *“possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada da área (...); saber aplicar os seus conhecimentos (...) em situações novas (...); ter capacidade de integrar conhecimentos (...), incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais (...); ser capaz de comunicar as suas conclusões, os conhecimentos e raciocínios (...) e possuir competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida (...)”*.

No sentido de dar resposta a uma das competências de Mestre, após a realização da scoping review, foi elaborado um poster intitulado “O Papel do Enfermeiro na Promoção da Parentalidade: uma Scoping Review” (Apêndice II) apresentado no I Seminário do Curso de Mestrado em Enfermagem “Intervenção Especializada: o Valor entre a Clínica e a Academia” realizado no Instituto de Ciências da Saúde da UCP.

Neste capítulo descrevo o percurso desenvolvido nos locais de estágios que permitiram a aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências de EESIP.

Como objetivo geral e transversal, consiste em desenvolver competências de EESIP, com ênfase na promoção da parentalidade, nos diferentes contextos de prestação de cuidados. Foi utilizada a metodologia de projeto, procedendo ao diagnóstico de situação e identificação dos objetivos específicos. Posteriormente, realizei uma reflexão das atividades desenvolvidas, bem como a descrição das competências alcançadas.

## **2.1- UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS**

Este estágio foi desenvolvido em contexto de Cuidados de Saúde Primários, numa UCSP, entre 30 de Abril e 16 de Junho de 2018, comportando uma carga horária de 180 horas.

A UCSP pertence ao Agrupamento dos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), e encontram-se inscritos 4.548 utentes a nível do Programa da Saúde Infantil e Juvenil. Relativamente a este programa, o percurso da criança/jovem e família inicia-se, habitualmente, na consulta de enfermagem e seguidamente a consulta médica. Segundo o PNSIJ (2013), as consultas são calendarizadas em idade chaves, correspondendo a acontecimentos importantes na vida da criança/jovem, valorizando os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença. Desta forma, o enfermeiro deverá transmitir estes cuidados aos pais, contribuindo para o desempenho da parentalidade e desenvolvimento adequado da criança/jovem (PNSIJ, 2013).

Durante a realização das consultas de enfermagem, tornei-me mais autónoma, considerando-as um momento privilegiado para a avaliação da criança/jovem e do desempenho das competências parentais no cuidar da mesma.

Desenvolvi estratégias para ajudar os pais, nomeadamente a escuta ativa, esclarecimento de dúvidas e fornecimento dos cuidados antecipatórios nas idades chaves. Desta forma, dei resposta a uma competência específica do EESIP (2018, p. 19193), sendo ela *“implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor de parentalidade (...) procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde”*. Assim, perante a teórica abordada, o enfermeiro é considerado o profissional de saúde mais capacitado para auxiliar os pais nesta fase de transição, nomeadamente a parentalidade.

As consultas do Programa de Saúde Infantil e Juvenil são realizadas em harmonização com o esquema cronológico preconizado no Plano Nacional de Vacinação (PNV, 2017), existindo um trabalho coordenado entre as enfermeiras dos vários programas da UCSP. No entanto, constatei que no Programa da Vacinação, a dor durante a ato vacinal não é avaliada e a estratégia não farmacológica mais utilizada na criança é a distração, através do uso de um boneco.

Desta forma, realizei um questionário com o objetivo de avaliar as oportunidades de intervenção da equipa de enfermagem no âmbito da utilização das medidas não farmacológicas durante a vacinação (Apêndice III). Com o tratamento de dados verifiquei que a brincadeira terapêutica é uma intervenção de enfermagem usual e relevante na prática diária da equipa, tendo constatado a necessidade da criação de uma *“Caixa Mágica”* e de um suporte informativo, dirigido aos pais, na preparação da criança para a vacinação. Assim, estabeleci como objetivo específico do estágio a implementação de medidas não farmacológicas durante a vacinação, com ênfase na capacitação dos pais para a vacinação.

Realizei uma pesquisa bibliográfica, onde abordei temáticas, como o conceito da dor, as reações da criança/jovem ao procedimento doloroso, a avaliação da dor, os instrumentos para a sua validação e as estratégias farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor. Como resultado, elaborei

um Manual de Intervenção do Enfermeiro referente às medidas não farmacológicas no alívio da dor da criança/jovem durante a vacinação (Apêndice IV).

De acordo com as competências específicas do EESIP (OE, 2018), este deve proceder à gestão diferenciada da dor, bem como a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos em terapias não farmacológicas. Dando ênfase às estratégias não farmacológicas e resposta à competência do EESIP referida anteriormente, procedi à elaboração da “Caixa Mágica” (Apêndice V) sendo ela, constituída por um conjunto de materiais didáticos e lúdicos, adequados à idade e desenvolvimento da criança e que podem ser utilizados na vacinação como forma de distração. É composta por: roca, brinquedos de montar e desmontar, livros para pintar, lápis, carros, bonecas, jogo quebra-cabeças, livros para ler, diplomas de bom comportamento e bola *anti-stress*.

A utilização das estratégias não farmacológicas permite ao enfermeiro uma intervenção planeada que alivia a dor, devendo proceder ao registo de enfermagem com a avaliação da dor antes e após o procedimento doloroso e a estratégia utilizada. Durante o estágio foi possível implementar a “Caixa Mágica”, tendo-se verificado, por observação informal, que se trata de uma atividade eficaz e útil quando utilizada durante o momento da vacinação.

É imperativo que o EESIP reconheça os pais como membros ativos e responsáveis da equipa de saúde, realizando um trabalho em parceria (OE, 2018). Para Batalha (2010), os pais devem ser parceiros privilegiados no cuidado à criança, na medida em que promovem e facilitam o reconhecimento na avaliação da dor no seu filho. Torna-se, assim, essencial que as intervenções de enfermagem sejam dirigidas aos pais, por forma a minimizar os stressores na criança e a maximizar o seu papel no momento da vacinação. O enfermeiro deve encorajar os pais a usarem estratégias de distração mais adequadas à faixa etária do seu filho. Desta forma, elaborei um folheto informativo dirigido os pais (Apêndice VI) acerca da preparação da criança para a vacinação, onde consta informação sobre as

reações da criança à dor e as estratégias que os pais podem utilizar para minimizar o desconforto associado a este procedimento. A avaliação deste folheto foi efetuada através da disponibilidade de um questionário aos pais. Foi possível verificar que os pais o consideram entre “Muito Bom” a “Excelente” quanto ao nível de apresentação, organização e utilidade na preparação do filho para a vacinação (Apêndice VII).

Uma vez que durante o ato vacinal, a atenção dos pais não está direcionada para a informação fornecida pelo enfermeiro, elaborei, também, um marcador informativo para anexo ao folheto informativo, onde consta a síntese das estratégias a adotar durante o procedimento e as reações adversas mais frequentes associadas à administração de vacinas (Apêndice VIII). Considero que com estas atividades, promovi o desenvolvimento de competências parentais através do ensino e informação fornecida aos pais para a preparação do filho durante a vacinação.

Realizei, também, uma sessão formativa intitulada “Intervenção do enfermeiro no alívio da dor na criança/jovem durante a vacinação”, onde participaram enfermeiros e médicos. Foram abordados os conceitos-chaves sobre a temática e apresentados os instrumentos elaborados, nomeadamente a “Caixa Mágica”, o manual, o folheto e marcador informativos dirigidos aos pais.

Após análise dos resultados referentes à satisfação dos participantes da sessão, percecionei a importância da sensibilização para a temática sobretudo nos aspetos relacionados com a importância do alívio da dor e com a utilização de medidas não farmacológicas durante a vacinação. Foi desenvolvido um relatório da sessão formativa onde consta todo o trabalho elaborado (Apêndice IX). Com a realização desta atividade, concretizei uma das competências comuns do EE (2010, p.6), nomeadamente *“desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”*.

## 2.2- UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Este estágio foi realizado em contexto de trabalho, entre 3 de Setembro e 5 de Outubro de 2018, na unidade de Urgência Pediátrica de um Centro Hospital da ARSLVT, com a duração de 115 horas.

A Urgência Pediátrica funciona ininterruptamente e procede ao atendimento de crianças e jovens até aos 17 anos e 364 dias independentemente da patologia apresentada que acedam por referência dos Cuidados de Saúde Primários, linha de apoio Saúde 24, transportados pelos Bombeiros, transferências hospitalares ou por iniciativa própria (CH 2018).

O utente pediátrico, após inscrição, é chamado para a triagem de enfermagem, onde o enfermeiro avalia a situação clínica da criança/jovem e determina o grau de prioridade de acordo com sistema informático SIRIU. Distinguem-se cinco graus de prioridade, aos quais corresponde uma pulseira de determinada cor: branca: não compatível com o serviço de urgência; verde: pouco urgente; amarela: urgente; laranja: muito urgente e vermelha: emergente.

Considero que a realização da triagem por parte de um EESIP, é fundamental uma vez que é o primeiro profissional de saúde a contactar com a criança/jovem e pais, pelo que exige um desenvolvimento de competências e responsabilidades, com mobilização de conhecimentos técnico-científicos, com o intuito de dar resposta às necessidades da criança/jovem e pais.

Sousa (2012) refere que os pais atravessam um momento crítico com a vinda do filho à urgência, uma vez que experienciam uma elevada vulnerabilidade, stress e ansiedade. Pude verificar estes sentimentos e desenvolvi estratégias de forma a minimizar a ansiedade parental através do estabelecimento de uma relação terapêutica, utilização de uma comunicação adequada, criação de um ambiente calmo e disponibilidade. Valorizei, assim, as queixas e preocupações referidas pelos pais, tentando compreender o motivo da vinda à urgência, através da escuta ativa e da colheita de dados. Para Meleis, Sawyer, Im et al (2000) o

enfermeiro tem a missão de facilitar a transição de uma pessoa ao longo da vida, promovendo o sentido do bem-estar.

Considero que a urgência pediátrica é um local promotor da parentalidade na transição saúde-doença, uma vez que é realizado o esclarecimento de dúvidas, é fornecida informação sobre os recursos da comunidade (Cuidados de Saúde Primários e Saúde 24) e feito os ensinamentos específicos adequados à situação, de forma a capacitar os pais para o desenvolvimento e bem-estar da criança/jovem. São também fornecidos folhetos informativos aos pais, desenvolvidos pelos enfermeiros do Centro Hospitalar e/ou DGS.

Segundo Sousa (2012), os pais mudam da ação de tomar conta de uma criança saudável para a ação de tomar conta de uma criança doente e enfrentam repentinamente a alteração do seu papel enquanto pais, sendo considerado um desafio à sua identidade parental. Assim, estabeleci como objetivo específico deste estágio, a capacitação dos pais no cuidar da criança/jovem em contexto de doença, após alta hospitalar.

Para Sousa (2012), os pais devem ser incentivados a participar nos cuidados, devendo ser atendidos nas suas necessidades e informados sobre aspetos relacionados com o internamento da criança/jovem. Desta forma, construí um suporte informativo dirigido aos pais (Apêndice X) para ser entregue no momento da alta da Sala de Observação (SO). Este foi realizado tendo em conta os diagnósticos de enfermagem associados às patologias mais frequentes, reunindo os cuidados necessários à criança/jovem no domicílio. Devido à curta duração do estágio não foi possível colocar em prática este instrumento, apesar de divulgado junto da equipa de enfermagem e atualmente, aguarda-se a sua aprovação.

Durante a prestação de cuidados valorizei os pais como os melhores cuidadores da criança/jovem, envolvendo-os nos cuidados e aproveitei os momentos para o fornecimento de informação e realização de ensinamentos, facultando aos pais os conhecimentos necessários para um bom desempenho das competências parentais. De acordo com a OE (2018), o EESIP deve estabelecer uma

parceria de cuidados com a criança/jovem e pais, no sentido de otimização da sua saúde.

Neste estágio, participei ativamente nos cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem nas várias valências da unidade, sendo elas a Triagem, Sala de Procedimentos/Reanimação e SO. Dando, assim, resposta à competência descrita no Regulamento de Competências Específicas do EESIP (2018, p. 19193), sendo ela: *“cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, reconhecendo situações de instabilidade das funções vitais (..) e presta cuidados de enfermagem apropriados”*.

Visei sempre o cuidar da criança como um ser frágil, único e em desenvolvimento, prevalecendo os seus direitos e promovendo a sua autonomia. Garanti a presença dos pais junto à mesma, como é referido na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008). Desenvolvi uma abordagem de proximidade com os pais, proporcionando a informação necessária face aos cuidados e o esclarecimento de dúvidas, com o objetivo de se sentirem seguros e confiantes. Assim, considero que dei resposta a uma das competências do EESIP (2018, p. 19194), sendo ela: *“presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem, (...) promove o crescimento e desenvolvimento infantil, comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura”*.

Durante a prestação de cuidados, pude constatar que os pais recorrem à urgência por dor no RN, criança e jovem. De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EESIP (2018) são áreas de atuação particular a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança. Para além disso, *“a gestão adequada da dor nos serviços de saúde, é atualmente, considerada pelas entidades acreditadoras, a nível internacional, como padrão de qualidade, e passa pela necessidade de implementação de programas de melhoria contínua da avaliação da dor nas crianças”* (DGS, 2010, p. 4). É definido como boa prática, pela DGS (2012) a avaliação da dor, a realização da

história da dor e a avaliação da sua intensidade, através de instrumentos ou escalas, de acordo com a faixa etária da criança.

Assim, defini como objetivo específico, o padronizar as atividades relacionadas com a intervenção de enfermagem “*controle da dor*” do RN, criança e adolescente na Urgência Pediátrica, com ênfase na capacitação dos pais. Como tal, realizei uma reestruturação do procedimento geral “Cuidados de Enfermagem ao RN, criança e adolescente com dor”, com foque às estratégias não farmacológicas (Apêndice XI). Assim, procedi à consulta do procedimento geral anterior e realizei uma pesquisa bibliográfica, de forma a encontrar evidência científica acerca da temática. Como esta atividade, dei resposta a uma das competências comuns do EE (2010, p. 6): “(...) *concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade*” e de Mestre (UCP, 2017, p. 3) “*ser capaz de comunicar as suas conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, (...), de forma clara e sem ambiguidades*”.

Durante a realização de procedimentos dolorosos, tive o enfoque na diminuição da dor, recorrendo à utilização de estratégias não farmacológicas de acordo com a idade e o estadio de desenvolvimento da criança. Segundo a OE (2013), compete ao EESIP a gestão das medidas farmacológicas e a aplicação das medidas não farmacológicas no alívio da dor da criança e jovem.

Devido ao curto período do estágio não foi possível a aprovação do procedimento geral, mas foi feita a divulgação pela equipa de enfermagem da unidade.

### **2.3- UNIDADE DE INTERNAMENTO DE NEONATOLOGIA**

Este estágio foi desenvolvido entre 8 de Outubro e 9 de Novembro de 2018, na unidade de internamento de Neonatologia de um Centro Hospitalar da ARSLVT, com a duração de 115 horas.

Esta unidade tem capacidade de internamento para oito RN, dispondo de quatro incubadoras e quatro berços. Recebe RN após as 33 semanas de gestação

até aos 28 dias de vida, que necessitam de cuidados intermédios e especiais neonatais, vindo das várias unidades, como por exemplo: Bloco de Partos, Urgência Pediátrica, Serviço de Obstetrícia, Consulta Externa ou outras unidades neonatais de outros hospitais (CHBM, 2018).

O nascimento prematuro origina que a parentalidade seja interrompida. É, portanto, um momento de choque devastador para os pais, uma vez que as expectativas e idealizações do bebé imaginário, criadas na gravidez, não foram concretizadas. Para Silva, Barbosa, Rocha et al (2018), os pais vivenciam angústia, tristeza e medo.

Segundo o Instituto Nacional de Estatísticas (2017), em Portugal, registou-se um acréscimo da percentagem de nascimentos de RN prematuros de 7,4% para 7,8%, em 2016. Segundo a Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro (2018), este ocorre antes das 37 semanas de gestação, podendo ser o RN classificado pela idade gestacional e pelo seu peso à nascença.

Na unidade onde decorreu o estágio, constatei que a prematuridade é um diagnóstico clínico frequente, sendo que a equipa de enfermagem se encontra sensibilizada face à transição da parentalidade. Para Afaf Meleis, o nascimento de um filho é uma fase de transição na vida do casal, desta forma o enfermeiro deve apoiar e promover a saúde da criança/jovem e pais. Assim, estabeleci como objetivo específico do estágio, a promoção da parentalidade durante o internamento do RN na unidade de internamento de Neonatologia.

Para Moraes, Araújo, Miranda et al (2013), os pais observam o seu filho dentro de uma incubadora, rodeado de tubos e fios, ligado a equipamento de alta tecnologia, e faz com que se sintam mais ansiosos e preocupados. Estes autores defendem que, no primeiro contato com a unidade, os pais confrontam-se com um ambiente desconhecido, com equipamentos de alta tecnologia, mas torna-se um local de esperança e fé para a recuperação do seu filho.

Para facilitar a aceitação desta situação, Pereira, Sezões, Esteves et al (2012) referem que é fundamental um bom acolhimento aos pais pelos profissionais de

saúde com vista a desenvolver relações terapêuticas de confiança, disponibilidade e comunicação. Assim, construí um manual de apoio aos pais do RN prematuro, intitulado “Nascer Prematuro” (Apêndice XII), onde são descritos os cuidados necessários ao RN prematuro. Este manual está dirigido aos pais na admissão do RN, junto com o guia de acolhimento da unidade. A necessidade da sua realização foi levantada no decurso das reuniões informais com as enfermeiras orientadoras e com a restante equipa multidisciplinar e por ser frequente os pais terem dificuldade em gerir a informação fornecida pelos profissionais de saúde durante o acolhimento. Este manual foi divulgado à equipa de enfermagem da unidade e aguarda aprovação.

Para Fernandes, Toledo, Campos et al (2014), é função do enfermeiro apoiar e esclarecer com informação pertinente e adequada os aspetos globais da prematuridade. Segundo Roque e Costa (2014), os ensinamentos realizados aos pais durante o internamento devem incidir nos cuidados ao banho, amamentação, segurança, vacinação, posicionamento, pele, desenvolvimento infantil, leite adaptado e utilização dos materiais adequados, cuidados ao coto umbilical, limpeza das vias aéreas, diagnóstico precoce e parentalidade. Durante o estágio realizei os ensinamentos dirigidos aos pais sobre algumas temáticas-chaves, enunciadas no Manual de Procedimentos: competências parentais na preparação para a alta do RN (CHBM, 2011), instituído na unidade, de forma a capacitá-los no seu papel parental.

Procedi, também, à realização de uma sessão de educação para a saúde, intitulada de “Promoção das Competências Parentais: Cuidados ao RN” destinada aos pais de RN internados na unidade. Teve como objetivos: a aquisição de competências parentais na área dos cuidados ao RN, bem como a verbalização de dúvidas e medos face aos mesmos. Foi desenvolvido um relatório da sessão, onde consta as atividades desenvolvidas (Apêndice XIII). Esta sessão foi elaborada na continuidade dos projetos instituídos na unidade, nomeadamente o Manual de Procedimentos da Preparação para a Alta e o folheto “Cuidados a ter com o RN”.

Da análise dos resultados obtidos através de um questionário de avaliação de sessão, pode-se verificar os contributos desta sessão no desenvolvimento de autonomia e confiança dos pais nos cuidados ao RN durante o internamento. Estes verbalizaram que foi um momento enriquecedor, tendo permitido a partilha de experiências entre os pais dos RN internados (em diferentes fases do seu estado clínico).

Para Diaz, Caires e Correia (2016), a criação de encontros de partilha de experiências entre pais é uma intervenção privilegiada, acessível a todos os profissionais de saúde. Foi notório a “ligação” existente entre os pais, uma vez que passam muitas horas na unidade, acabando por comunicar e partilhar informações, fornecendo deste modo um apoio mútuo. Para Pereira, Sezões, Esteves (2012) e Charepe (2014) este apoio mútuo é uma fonte de suporte, devido à vivência semelhante que passam, sobressaindo o sentimento que de não serem os únicos nesta situação.

Com o desenvolvimento da atividade referida anteriormente, dei resposta a uma das competências específicas do EESIP (2018, p. 19193), sendo ela: *“implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor de parentalidade (...) e proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais à criança e família, facilitando o desenvolvimento de competências (...)”*.

Durante o estágio, tendo em vista a promoção da parentalidade e dando ênfase a uma das competências do EESIP (2018, p. 19194), *“(...) promover a vinculação do RN doente ou com necessidades especiais”*, considerei os pais como elementos fundamentais, incentivando-os no cuidar ao RN, promovendo uma relação de parceria de cuidados. Através da mesma, consegui identificar as dificuldades sentidas e respondi às suas preocupações, através de explicações “simples” sobre os cuidados ao RN.

Todas as intervenções de enfermagem desencadeadas por mim, foram em função do estado clínico do RN e os cuidados centrados no desenvolvimento do mesmo, passando por manter a incubadora coberta, com o objetivo de reduzir a

intensidade da luz e dos ruídos, e bem como a utilização de técnicas de posicionamento (ninhos e rolos).

Neste estágio, a especificidade nos cuidados prestados exigiu que realizasse uma pesquisa bibliográfica temática, no sentido de fundamentar uma prestação de cuidados de qualidade ao RN e sua família. Foram adquiridos novos conhecimentos sobre o RN, nomeadamente no que diz respeito ao funcionamento de equipamentos (CPAP, fototerapia simples/dupla e incubadoras).

Assim, considero que as atividades desenvolvidas no estágio permitiram a capacitação dos pais na transição da parentalidade, bem como a sua autonomia e confiança nas competências parentais fundamentais para o cuidado ao RN.

#### 2.4- UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Este estágio decorreu de 12 de Novembro a 19 de Dezembro de 2018, na Unidade de Internamento de um Centro Hospitalar da ARSLVT, com a duração de 130 horas.

A unidade tem lotação de vinte e uma camas e tem como objetivo a prestação de cuidados em regime de internamento a crianças e jovens (desde os 29 dias aos 17 anos e 364 dias de idade) com patologias do foro médico, cirúrgico, ortopédico, oftalmológico e otorrinolaringológico. A criança/jovem pode ser admitida através da Urgência Pediátrica, Consulta Externa, Hospital de Dia, Unidade de Neonatologia ou transferida de outra unidade hospitalar (CH [REDACTED] 2018). As patologias agudas mais frequentes da unidade são: bronquiolite, pneumonia, gastroenterite, vômitos incoercíveis, infeções urinárias, entre outras. São, também, frequentes as situações de doenças crónicas, nomeadamente drepanocitose e Diabetes *Mellitus* tipo 1. Ocorrem, também, internamentos de crianças em situações de cirurgia de otorrinolaringologia e de ortopedia, em dias específicos.

Durante o internamento, privilegiei o acompanhamento dos pais junto da criança/jovem, como fator protetor dos efeitos stressores da hospitalização. Para Batalha (2017), a presença dos pais é útil uma vez que assumem um papel de apoio, segurança e carinho para o filho.

Em situações de hospitalização de doença aguda ou crónica, valorizei as dúvidas e receios dos pais, uma vez que se trata de uma fonte de stress. Para Hockenberry e Wilson (2014), o enfermeiro pode aliviar os sentimentos vivenciados, através da explicação do que esperar e o que é esperado por eles, incentivando-os a participar nos cuidados durante o internamento.

Na unidade de internamento de Pediatria, verifiquei a existência de um projeto subordinado ao apoio informativo/formativo da criança/jovem com Diabetes *Mellitus* tipo 1, em funcionamento e operacionalizado por uma equipa multidisciplinar, existindo articulação entre a unidade e a consulta externa de Pediatria. Assim, de forma a dar resposta a uma das competências específicas do EESIP (2018, p. 19193) *“cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, promovendo a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (...)”*, considerei pertinente a abordagem da parentalidade após o diagnóstico da doença crónica na criança/jovem, nomeadamente a Diabetes *Mellitus* tipo 1.

Esta é uma das patologias metabólicas mais comuns da idade pediátrica, sendo uma doença crónica que atinge cada vez mais crianças e jovens em todo o mundo (OE, 2011). Em Portugal, atingiu 3327 indivíduos com idades entre 0-19 anos e foram detetados 13,3 novos casos por cada 100 000 jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

Nesta doença crónica, as células B do pâncreas deixam de produzir insulina, uma vez que existe uma destruição das células produtoras de insulina. Desta forma, caracteriza-se por uma hiperglicémia mantida e os elementos fundamentais para o seu tratamento consistem em insulino-terapia, alimentação equilibrada e

realização de exercício físico (Associação Protetora dos Diabéticos Portugueses, 2018).

De acordo com o Guia de Boas Práticas da Parentalidade (OE, 2015), o enfermeiro deve promover a adaptação da parentalidade, através do fornecimento de conhecimentos, de forma a capacitá-los para serem os melhores gestores do regime terapêutico. Assim, defini como objetivo específico para o estágio a implementação de medidas promotoras da capacitação dos pais no cuidado à criança/jovem com Diabetes *Mellitus* tipo 1.

A educação terapêutica, à criança/jovem e pais, é fundamental, uma vez que os capacita no desenvolvimento de conhecimentos na adaptação da doença e na adesão ao tratamento (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2018). Desta forma, o EESIP é o profissional de saúde de excelência para a realização da mesma, envolvendo a criança/jovem e sua família, tornando-os assim ativos nos cuidados de saúde (OE, 2018). Para Ortiz, Damião, Rossato et al (2017), o envolvimento da família nos cuidados é essencial, desde o diagnóstico até à alta hospitalar, uma vez que são a base de apoio para o auto-cuidado da criança/jovem. Desta forma, construí um suporte informativo dirigido aos pais, intitulado de “Educação Terapêutica na Diabetes *Mellitus* tipo 1” (Apêndice XIV), onde constam os cálculos necessários para o bólus de correção para a glicémia e alimentação, e o protocolo de hipoglicémia vigente.

No decorrer do estágio desenvolvi a vertente educacional na promoção da capacitação parental na criança/jovem com doença crónica. Foram realizados ensinamentos, de forma, individualizada e gradual e com a orientação de um *flipchart* de educação terapêutica existente na unidade. O estudo de Ortiz, Damião, Rossato et al (2017) refere que deve existir um programa de educação, a nível hospitalar, bem definido e implementado, de forma a capacitar a criança/jovem e seus pais para uma melhor adesão e gestão do seu controlo glicémico a longo prazo.

O kit de ensino existente na unidade (Kit Treino Diabetes *Mellitus* tipo 1) para criança/jovem e pais tem como finalidade a instrução acerca da avaliação da

glicêmica capilar e a administração de insulina (componente prática). Para mim, considerei uma mais valia para a equipa de enfermagem, criança/jovem e pais, e assim propus-me à remodelação do kit. Este é constituído por dispositivos de punção capilar, lancetas, glucómetros, tiras de teste de glicémia e cetonémia, canetas de insulina, agulhas de caneta de insulina, cartuchos de insulina, bolas de treino, glucagen e livro de registos (Apêndice XV).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2018), a educação terapêutica deve incidir em métodos pedagógicos interativos, de modo a promover o envolvimento da criança/jovem e pais, bem como o desenvolvimento de competências. É salientado, também, o uso de diversas técnicas pedagógicas, nomeadamente o uso de meios audiovisuais, demonstração e prática.

No estudo de Ortiz, Damião, Rossato et al (2017), a educação terapêutica deve ser mantida após alta hospitalar, ou seja, em regime de consulta externa, mantendo-se sempre uma tríade equipa-criança-família. Como tal, estabeleci como objetivo específico o caracterizar o apoio social à criança/jovem com o diagnóstico de Diabetes *Mellitus* tipo 1, pais e família na área de influência hospitalar. Assim, tive a oportunidade de realizar uma observação participada do papel do enfermeiro na consulta de enfermagem. Esta atividade permitiu-me aumentar conhecimento sobre o funcionamento e organização da consulta e refletir acerca do papel do enfermeiro neste contexto.

De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas (OE, 2011), a consulta de enfermagem tem como principal objetivo o promover a aprendizagem contínua sobre a Diabetes e a gestão do regime terapêutico da criança/jovem e sua família. As atividades desenvolvidas incluem: a avaliação da gestão do regime terapêutico, através da consulta e análise dos registos efetuados em casa no caderno de registo diário; a observação dos locais de administração de insulina; o controlo do peso e a validação com a criança/jovem e família sobre a adaptação aos cuidados (OE, 2011).

Durante a consulta de enfermagem, foi possível verificar a relação de empatia e confiança existente entre a enfermeira - criança/jovem - pais, bem como a sua disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas. Para Pedro (2009) este tipo de relação é fundamental, uma vez que dá resposta às necessidades específicas da criança/jovem e família, possibilitando uma intervenção de enfermagem mais eficaz e adequada. Foram, também, reforçados/validados os ensinamentos pela enfermeira, de acordo com as necessidades específicas da criança/jovem e família.

Na maioria das consultas foi notório que a parentalidade se encontra comprometida, uma vez que os pais verbalizaram ser difícil “lidar” com a doença crónica, especialmente quando existem situações de festa de aniversário, visitas de estudo e atividades desportivas; ou que se sentem culpados e tristes devido à doença da criança/jovem. No estudo de Leal, Fialho, Dias et al (2012), os pais verbalizaram modificações na adaptação à doença crónica, sendo elas a nível pessoal, profissional, económico e social. Para Pimentel, Targa e Scardoelli (2017) o enfermeiro deve fornecer um conjunto de estratégias e cuidados para que a criança/jovem e família convivam com a doença.

De forma, a refletir nas intervenções do enfermeiro na consulta, a nível da parentalidade, foi realizada uma entrevista semi-estruturada à enfermeira perita, que se encontra na consulta de enfermagem. Para Fortin (2003, p. 245) a entrevista *“é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos à questão de investigação formulada”*. Benner (2001, p.58) refere que o enfermeiro perito *“tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis”*.

Da análise realizada da entrevista, destaca-se a importância da intervenção de enfermagem promotora da adaptação da criança/jovem e da família no processo de transição para a situação de Diabetes Mellitus tipo1, orientando os pais para a necessidade de realizar uma maior vigilância e supervisão da criança/jovem, dedicando-lhes muito mais atenção e tempo.

Para Meleis, Sawyer e Im et al (2010), o enfermeiro é o profissional de saúde habilitado para identificar as necessidades parentais e adequar a sua intervenção para a promoção da parentalidade. Para as autoras supracitadas (2010), o enfermeiro deve proporcionar conhecimento e capacitação aos pais, aumentando as suas competências e promovendo o funcionamento familiar.

Dada as características da doença crónica, a família vive a necessidade da mudança dos hábitos alimentares, essencialmente no que se refere ao tipo de alimentos e ao horário das refeições, inclusão nas atividades escolares e sociais, prática de exercício físico ou atividades extra-curriculares. Em conjunto com a equipa multidisciplinar são sugeridas estratégias aos pais que visam a aquisição de habilidades e competências com o objetivo de se sentirem capacitados e confiantes para prestar cuidados ao seu filho após o diagnóstico.

Para Santos (2010) a procura de informação e o conhecimento acerca da doença crónica, por parte dos pais, são formas de aceitação e de adesão ao tratamento da doença. Os pais procuram de forma privilegiada os profissionais de saúde, mas também fontes próximas como amigos ou familiares (Santos, 2010). De acordo, com o Regulamento de Competências Específicas do EESIP (OE, 2018), este deve promover a capacitação da família e o referenciamento de recursos da comunidade.

Em continuidade, realizei uma entrevista semi-estruturada a um elemento de referência da Associação de Apoio à pessoa com Diabetes *Mellitus* tipo 1, localizada na área de influência do Centro Hospitalar. Após a análise da mesma, destaco que a Associação foi fundada recentemente, por pais de crianças diabéticas acompanhadas na consulta, e visa colmatar as diversas dificuldades sentidas pela criança/jovem e pais em lidar com a doença, quer do ponto de vista educacional, quer do ponto de vista da saúde, familiar e da componente social. As intervenções, desenvolvidas juntos dos pais, são realizadas de forma pontual e a nível dos grupos de entre ajuda. Visa, também, o contato com as escolas onde existem crianças/jovens com a doença crónica, de forma a desmitificar a própria doença.

Existe uma articulação entre a consulta de enfermagem e a Associação, no sentido do conhecimento de novos casos.

Considero que as atividades desenvolvidas permitiram dar resposta aos objetivos propostos, demonstrando o papel fundamental do EESIP na parentalidade após o diagnóstico da doença crónica.

Durante a prestação de cuidados de enfermagem respeitei o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015) zelando pelos valores universais na relação profissional e os princípios orientadores da atividade profissional. Valorizei o valor da vida e da dignidade humana da criança/jovem, promovendo o envolvimento dos pais na prestação de cuidados, considerando-os os melhores cuidadores da criança/jovem. Desta forma, dei resposta às competências do EE (2010, p. 4-5) *“desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”* e *“promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”*, bem como à competência de Mestre (UCP, 2017, p. 3) *“ter capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais (...)”*.

Durante o percurso de aprendizagem existiu a possibilidade de participar em eventos científicos e por este motivo, ampliar a produção técnica associada à aplicação de conhecimentos em novas situações.

A realização da scoping review permitiu-me um conhecimento aprofundado sobre as intervenções de enfermagem na promoção da parentalidade. Outro contributo que se destaca foi, também, a realização do poster elaborado no âmbito da participação do I Seminário do Curso de Mestrado em Enfermagem organizado pelo Instituto de Ciências em Saúde da UCP.

Desta forma, desenvolvi uma das competências referentes à aquisição do grau de Mestre (UCP, 2017, p.3) *“possuir conhecimentos e capacidade de compreensão*

*aprofundada da área, no desenvolvimento das competências adquiridas no curso de licenciatura, incluindo no domínio da investigação”.*

### 3- CONCLUSÃO

A parentalidade é considerada uma das temáticas de grande relevância em Enfermagem Pediátrica. Assim, é da responsabilidade do EESIP promover uma transição saudável para a parentalidade.

A realização deste relatório exigiu um olhar profundo e fundamentado sobre a transição na parentalidade e as competências do EESIP, face a esta temática.

De forma a contribuir para o aumento do conhecimento de Enfermagem, foi realizada uma scoping review, com o objetivo de mapear as intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade.

Em todos os locais de estágio foram identificadas as necessidades, através da realização do diagnóstico de situação, seguindo-se a identificação de objetivos específicos e atividades. As atividades implementadas tiveram por base um pensamento crítico e reflexivo, fundamentado nos conhecimentos adquiridos na área da especialização.

Assim, no estágio desenvolvido na UCSP foi realizado um suporte informativo dirigido aos pais na preparação da criança/jovem durante a vacinação. Os pais devem ser considerados parceiros no cuidar, de forma a minimizar a ansiedade e dor da criança/jovem através do uso de estratégias não farmacológicas.

Na unidade da Urgência Pediátrica foi dado ênfase à participação dos pais nos cuidados à criança/jovem internado na SO, de forma a desenvolver novas habilidades face à situação de doença. Foi, também, construído um suporte informativo dirigidos aos pais com os cuidados a manter no domicílio, sendo entregue no momento da alta hospitalar.

Relativamente ao estágio na unidade de internamento de Neonatologia foi desenvolvido um manual “Nascer Prematuro” dirigido aos pais, a ser entregue na

admissão do RN na unidade, onde consta o conceito da prematuridade e da parentalidade. Destaco, também, a elaboração de uma sessão de educação para a saúde aos pais com o objetivo de capacitá-los para o desenvolvimento das competências parentais ao RN.

Na unidade de internamento de Pediatria, dei destaque à doença crónica, nomeadamente a *Diabetes Mellitus* tipo 1, procedendo à atualização do kit de ensino existente na unidade e à realização de um suporte informativo dirigido aos pais sobre a gestão do controlo sintomático e administração de insulina.

As atividades desenvolvidas trouxeram benefícios para a criança/jovem, através da maximização da sua saúde; para os pais, através da sua capacitação nos cuidados à criança/jovem e para a equipa de enfermagem, uma vez que permitiu uma melhoria dos cuidados de enfermagem prestados e conseqüentemente a excelência da prática profissional. Assim, em todos os contextos, destaco a valorização da intervenção do EESIP como elemento ativo no processo de transição.

É essencial que o EESIP assuma uma postura e um exercício profissional responsável e contínuo no processo de desenvolvimento pessoal e profissional. Concomitantemente, deve centrar-se na facilitação das transições, ajudando os pais na aquisição de competências, de forma a desenvolverem um adequado desempenho parental, quer na transição para a parentalidade ou na ocorrência de um estado de doença.

Assim, considero que este percurso me possibilitou o desenvolvimento de competências de EE e EESIP que me permitiram responder com tomada de decisão e práticas mais seguras e fundamentadas. Penso que os objetivos propostos no relatório foram alcançados, apesar da dificuldade em conjugar a vida pessoal, profissional e académica. O percurso formativo proporcionou-me momentos repletos de experiências e conhecimento, que contribuiu para o desenvolvimento de competências científicas e metodológicas na prestação de cuidados e de assistência à criança/jovem e família nos diferentes contextos.

Como futura EESIP, considero-me uma agente de mudança, contribuindo para a maximização da saúde da criança/jovem, bem como a capacitação das competências parentais.



#### 4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (2018). Acedido em <http://www.apdp.pt/a-apdp>.

Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro (2018). Acedido em <http://www.xxs-prematuros.com>.

Barroso, R. e Machado, C. (2010). Definições, Dimensões e Determinantes da Parentalidade. *Psychologica*. nº 52. vol. 1. p. 211-229.

Batalha, L. (2010). *Dor na Pediatria- Compreender para mudar*. Lidel.

Batalha, L. (2017). *Doença Crónica e Hospitalização: Implicações no Desenvolvimento da Criança e Cuidados a Prestar*. Manual de estudo- versão 1. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

Briggs, J. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition*. p. 1-24.

Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. (2010). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 5ª edição Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Caley, L. (2012). Risk and protective factors associated with stress in mothers whose children are enrolled in early intervention services. (2012). *Journal of Pediatric Health Care*, p. 346-355.

Centro Hospital [REDACTED] (2011). *Manual de Procedimentos: Competências Parentais na Preparação da Alta do RN*. ARSLVT: Centro Hospitalar [REDACTED].

Centro Hospital [REDACTED] (2018). *Carteira de Serviços- Serviço de Pediatria*. ARSLVT: Centro Hospitalar [REDACTED].

Charepe, Z. (2014). Promover a Esperança em Pais de Crianças com Doença Crónica: modelos de intervenção em ajuda mútua. Lisboa: UCP.

Cruz, O. (2013). Parentalidade. Porto: Livpsic.

Diaz, Z., Caires, S., Correia, S. (2016). Necessidades e Preocupações de Pais de Bebés Internados Numa Unidade de Neonatologia. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 17(2). p. 236-252.

Direção Geral da Saúde (2010). *Orientações Técnicas sobre a Avaliação da Dor nas Crianças*. Circular Normativa nº 014/2010. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde (2012). *Orientações Técnicas sobre o Controlo da Dor em Procedimentos Invasivos nas Crianças (1 mês a 18 anos)*. Circular Normativa nº 022/2012. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa: DGS.

Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future refinements. *The Journal of Nursing Scholarship*. XVI, 3, p. 84-89.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Philadelphia. F.A. Davies Company.

Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L. et al (2014). A Emocionalidade no Acto de Cuidar de Recém-nascidos Prematuros e seus Pais: uma Competência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. vol. 18, nº 2. p. 45-60.

Fortin, M (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Herdman, T. e Kamitsuru, S. (2018). *Diagnóstico de Enfermagem da NANDA-I. Definições e Classificações*. 11ª edição. Porto Alegre: Artmed.

Hockenberry, M. e Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência. p. 897-930.

Instituto de Apoio à Criança (2008). Carta da Criança Hospitalizada. Acedido em <http://www.iacrianca.pt/imagens/stories/pdf/fs/humanizacao/carta-crianca-hospitalizada.pdf>

Instituto Nacional de Estatísticas (2017). *Estatísticas Demográficas 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatísticas.

Leal, D., Fialho, F., Dias, I. et al (2012). A Vivência dos Familiares de Crianças e Adolescentes Portadores de Diabetes Mellitus tipo 1. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. 14 (1). p. 189-196.

Lefèvre, A., Lundqvist, P., Drevenhorn, E. et al (2014). Parents' experiences of parental groups in Swedish child health-care: Do they get what they want? *Journal of Child Health Care*, p.1-9.

Martins, C. (2013). *A Transição no Exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida: uma teoria explicativa de enfermagem*. Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. Acedido em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/9420>.

Martins, C., Abreu, W., Figueiredo, M. (2014). Tornar-se mãe e pai: um papel socialmente construído. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV. nº 2. Maio/Junho. p. 121-131.

Meleis, A. e Chick, N. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. Acedido em: <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E. et al. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. vol. 23, nº 1. p. 12-28.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle range and situation specific Theories in Nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. e Schumacher, K. (2010). *A Transitions: a Central Concept in Nursing*. New York: Springer Publishing Company, p.38 -65.

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. 5ª edição. Philadelphia: Wolters Kulwer Health.

Melo, E., Ferreira, P., Lima, R. et al (2014). The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, p. 432-439.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J, et al The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. The PRISMA Statement. *PLoS MED*. 6 (7). p. 1-6.

Morais, A., Araújo, W., Miranda, J. et al (2013). O que pensam os pais sobre a Assistência de Enfermagem aos prematuros em UTI Neonatal?. *Ciência, Cuidado e Saúde*, p. 96-103.

Moro, M. (2005). Os Ingredientes da Parentalidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. volume 8. nº 2. p. 258-273.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem- enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica- Volume II*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática. Estratégias Não Farmacológicas no controlo da Dor na Criança*. Caderno OE, Série 1, nº 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática- Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. versão 2015. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ortiz, L., Damião, E., Rossato, L. et al (2017). Melhores Práticas de Enfermagem na Educação em Diabetes à Criança Hospitalizada: uma revisão integrativa. *Revista Eletrónica Enfermagem*. p.1-12.

Pedro, J. (2009). *Parceiros no Cuidar: A Perspetiva do Enfermeiro no Cuidar com a Família, a Criança com Doença Crónica*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Penn, S. e Kerr, J. (2014). Childhood obesity: the challenges for nurse . *Nursing Children and Young People*, p.16-21.

Pereira, A., Sezões, J., Esteves, S. et al (2012). Os Pais e a Hospitalização do Recém-nascido Prematuro. *Percursos*. Ano 7. nº 26. Outubro/Dezembro. p. 30-40.

Pimentel, R., Targa, T., Scardoelli, M. (2017). Do Diagnóstico ao Desconhecido: Perceções dos Pais de Crianças e Adolescentes com Diabetes Mellitus. *Revista de Enfermagem UFPE On line*. 11 (3). mar. p. 1118-1123.

Ramos, M. e Canavarro, M. (2007). Adaptação Parental ao Nascimento de um Filho: comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*. 3 (XXV). p. 399-413.

Ramos, M., Canavarro, M., Araújo, A. et al (2005). A Adaptação Paterna na Transição para a Parentalidade. *IberPsicología*. 2º Congresso Hispano-Português de Psicologia. nº 10. p. 1-7.

Relvas, A. (2004). *O Ciclo vital da Família: Perspectiva Sistémica*. Porto: Afrontamento.

Rew,L., Arheart, K., Thompson, S. et al (2013). Predictors of adolescents' health-promoting behaviors guided by primary socialization theory. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*, p. 277-288.

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. et al (2018). O Olhar dos Enfermeiros Portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 27 (2). p. 1-9.

Roque, S. e Costa, M. (2014). Preparação dos Pais para o Cuidar do Recém-Nascido Após a Alta: Avaliação dos Registos de Enfermagem. *Millenium*. 47. Junho/Dezembro. p. 47-60.

Santos, A., Alves, C., Apolinário, M. (2010). A Aquisição de Competências Parentais na Área do Cuidar do Recém-nascido Prematuro: Efetividade da Educação Realizada pelo Enfermeiro. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*. nº 2. p. 237-250.

Santos, M. (2010). *Vivência Parental da Doença Crónica. Estudo sobre a experiência subjetiva da doença em mães de crianças com fibrose quística e com diabetes*. Edições Calibri. Instituto Politénico de Lisboa.

Silva, P., Barbosa, S., Rocha, R. et al (2018). Vivência e necessidade de pais de neonatos prematuros internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Enfermagem da UFPI*. 7 (1). p. 15-19.

Soares, H., Pereira, S., Figueiredo, M. (2016). Touchpoints: parentes and nurses perceptions and satisfaction. *Da investigação às práticas*. p. 5-24.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016). *Diabetes: Factos e números- O ano de 2015. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2018). *Educação Terapêutica na Diabetes. Competências dos Profissionais de Saúde e das Pessoas com Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Sousa, P. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. Tese de Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. Acedido em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13972>.

Universidade Católica Portuguesa (2017). Regulamento Geral do Mestrado de Enfermagem -2012. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa.



## APÊNDICES



Apêndice I – Instrumento de seleção dos artigos incluídos e excluídos da Scoping  
Review



Nº	Título	Palavras Chave	Autores	Ano	Base de dados	Incluído	Excluído	Motivo de exclusão
1	Parental reflective functioning: analysis and promotion of the concept for pediatric nursing	Concept; Nurse-patient relationship; Parental guidance; Parenting; Reflection.	Ordway, M. Sadler, L. Dixon, J. et al	2014	CINAHL	✓		
2	Parents' experiences of parental groups in Swedish child health-care: Do they get what they want?	Family-centred care; Health promotion; Nurse-family relationships; Parenting support; Primary care.	Lefèvre, A. Lundqvist, P. Drevenhorn, E. et al	2014	MEDLINE	✓		
3	Childhood Obesity: the challenges for nurses	Children's health care; Healthy eating; Obesity; Overweight; Public health.	Penn, S. Kerr, J.	2014	CINAHL	✓		
4	Translational Research: The Multidimensional Scope of Pediatric Nursing	Translational research; Evidence-based practice; Pediatric Nursing; Research synthesis.	Christian, B.	2015	CINAHL		x	Aborda vários estudos no âmbito da enfermagem pediátrica, mas sem evidenciar a promoção da parentalidade.
5	Interpersonal violence: secondary analysis of the keep your children/yourself safe and secure data	Pediatric Nursing; Health Promotion; Parenting; Parent-child relations; Domestic violence.	Simmons, C. Craun, S. Farrar, M. et al	2012	MEDLINE		x	Aborda a violência interpessoal e a relação entre pais e filhos.
6	Sleep duration and overweight/obesity in children: Review and	Obesity; Overweight; Pediatric; Sleep;	Liu, J. Zhang, A. Li, L.	2012	CINAHL	✓		

	implications for <b>pediatric nursing</b>	Sleep deprivation; Sleep duration.						
7	Predictors of adolescents' health-promoting behaviors guided by primary socialization theory	Adolescence; Health Behaviors; Health Promotion; Parental Monitoring; Primary socialization; Religiosity.	Rew, L. Arheart, K. Thompson, S. et al	2013	CINAHL	✓		
8	Managing parental groups: personal impact of a group leadership course for child healthcare nurses.	Child health services; Group leadership; Health promotion; Nurses; Parental groups; Parental support; Training.	Lefevre, A. Lundqvist, P. Drevenhorn, E. et al	2016	MEDLINE		x	Aborda a liderança do enfermeiro durante a sessão de grupos parentais.
9	Managing parental groups during early childhood: New challenges faced by Swedish child health-care nurses	Education; Family-centred care; Health promotion; Nurse-family relationships; Parenting support.	Lefèvre, A. Lundqvist, P. Drevenhorn, E. et al	2015	MEDLINE		x	Não foi possível realizar o download do artigo através das várias bases de dados.
10	Risk and protective factors associated with stress in mothers whose children are enrolled in early intervention services	Children with special care needs; Transition; Early intervention; Parenting; Community settings.	Caley, L.	2012	MEDLINE	✓		
11	Applying normalization process theory to understand implementation of a family violence screening and care model in maternal and child health <b>nursing</b> practice: a mixed method process evaluation of a randomised controlled trial	Normalization process theory; Process evaluation; Intimate partner violence; Maternal and child health nursing; Complex intervention.	Hooker, L. Small, R. Humphreys, C. et al	2015	MEDLINE		x	Aborda a violência familiar, não dando ênfase à temática da parentalidade

12	Preparing Student Nurses as Parent-based Adolescent Sexual Health Educators: Results of a Pilot Study	Adolescents; Family nursing; Nurse education; Parent education; Pediatric Nursing; Sexual health.	Maria, D. Markham, C. Crandall S. et al	2017	MEDLINE		x	Aborda a formação dos estudantes de enfermagem
13	Touchpoints: parents and nurses perceptions and satisfaction	Parenting; Patient satisfaction; Job satisfaction; Touchpoints methodology; Nursing interventions.	Soares, H. Pereira, S. Figueiredo, M.	2016	SciELO	✓		
14	Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação	Parenting competencies; Knowledge; Skills; Clinical assessment; Adapation to parenting; Parenting.	Cardoso, A. Silva, A. Marín, H.	2015	SciELO	✓		
15	Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído	Parents; Paternal behavior; Maternal behavior; Nursing.	Martins, C. Abreu, W. Figueiredo, M.	2014	SciELO	✓		
16	The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children	Child; Hospitalized; Parents; Nursing.	Melo, E. Ferreira, P. Lima, R. et al	2014	SciELO	✓		
17	Estilos parentais, inteligência emocional e o enfant terrible – relações, implicações e reflexões	Child rearing; Emotions; Control; Behavior.	Paula, J.	2012	SciELO		x	Aborda a relação da educação parental e o desenvolvimento psicossocial da criança/adolescente



Apêndice II- Poster “O Papel do Enfermeiro na Promoção da Parentalidade: uma Scoping Review” apresentado no I Seminário do Curso de Mestrado em Enfermagem



## O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE: UMA SCOPING REVIEW

Pereira, Sónia<sup>1</sup>; Charepe, Zaida<sup>2</sup>; Lourenço, Margarida<sup>2</sup>

1. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 2. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

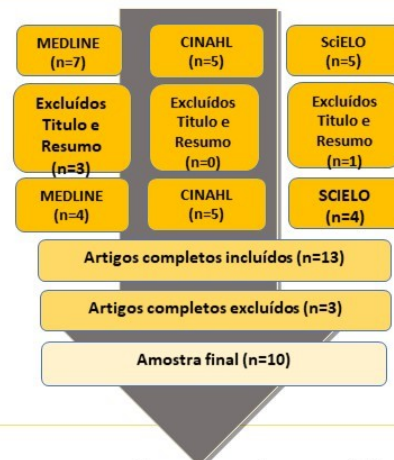
**INTRODUÇÃO:** O Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil<sup>1</sup> destaca a necessidade do desenvolvimento do exercício da Parentalidade, facultando aos pais o conhecimento necessário para a promoção da saúde e prevenção da doença na criança. A CIPE<sup>2</sup> (p. 71) define a Parentalidade como “*tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar, comportamentos para otimizar o desenvolvimento e crescimento das crianças; interiorização de expectativas dos indivíduos, família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados*”. É uma das competências do Enfermeiro Especialista, assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, onde estabelece com ambos uma parceria de cuidados promotora da saúde, dando ênfase à Parentalidade<sup>3</sup>.

**OBJETIVO:** Mapear, na literatura científica, evidência sobre o papel do enfermeiro na promoção da Parentalidade.

**METODOLOGIA:** Scoping Review pela metodologia de *Joanna Briggs Institute*<sup>4</sup>. A pesquisa foi realizada nas bases de dados de MEDLINE, CINAHL e SciELO. Os critérios de inclusão foram pais de crianças (**população**) e cuidados de enfermagem (**contexto**) promotores da parentalidade (**conceito**). Foram considerados e revistos os artigos incluídos nesta revisão, em *full text*, com publicação entre 2012 e 2017, nos idiomas em inglês, português e espanhol.

**RESULTADOS:** Todos os artigos destacam a importância do papel do Enfermeiro na promoção da Parentalidade nas diversas transições.

SESSÕES DE GRUPOS PARENTAIS<sup>7</sup>  
 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE<sup>8, 7, 8, 11, 12, 14</sup>  
 CAPACITAÇÃO DOS PAIS<sup>6, 10, 11, 14</sup>  
 RELAÇÃO DE ESCUTA ATIVA<sup>7, 9, 13, 14</sup>  
 DISPONIBILIDADE PARA O ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS<sup>7, 9, 14</sup>



**CONCLUSÃO:**

Perante uma transição ao longo do ciclo vital, os pais demonstram insegurança e desapoio, pelo que o Enfermeiro deve adotar estratégias que promovam a adaptação à Parentalidade e o fortalecimento de competências parentais.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- Direção Geral da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
- Enfermeiros, C. I. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lusodidacta. 71.
- Enfermeiros, O. (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*.
- Briggs, J. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/Supplement.1-24.
- Caley, L. (2012). Risk and protective factors associated with stress in mothers whose children are enrolled in early intervention services. (2012). *Journal of Pediatric Health Care*, 346-355.
- Cardoso, A., Silva, A., Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 11-20.
- Lefèvre, A., Lundqvist, P., Drevenhorn, E. et al (2014). Parents' experiences of parental groups in Swedish child health-care: Do they get what they want? *Journal of Child Health Care*, 1-9.
- Liu, J., Zhang, A., Li, L. (2012). Sleep duration and overweight/obesity in children: Review and implications for pediatric nursing. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*, 193-204
- Martins, C., Abreu, W., Figueiredo, M. (2014). Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. *Revista de Enfermagem Referência*, 121-131.
- Ordway, M., Sadler, L., Dixon, J. et al (2014). Parental reflective functioning: analysis and promotion of the concept for paediatric nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 3490-3500.
- Penn, S., Kerr (2014). Childhood obesity: the challenges for nurse. *Nursing Children and Young People*, 16-21.
- Rew, L., Arheart, K., Thompson, S. et al (2013). Predictors of adolescents' health-promoting behaviors guided by primary socialization theory. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*, 277-288.
- Soares, H., Pereira, S., Figueiredo, M. (2016). Touchpoints: parentes and nurses perceptions and satisfaction. *Da investigação às práticas*. p. 5-24.
- Melo, E., Ferreira, P., Lima, R. et al (2014). The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, p. 432-439.





CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ENFERMAGEM

14000 PEREIRA

## DECLARAÇÃO

**1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”**

Para os devidos efeitos se declara que **SÓNIA PEREIRA, ZAIDA CHAREPE e MARGARIDA LOURENÇO**, participaram com um Poster:

**“O Papel do Enfermeiro na promoção da parentalidade: Uma Scoping Review”**

no **Seminário** supracitado, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 30 de novembro de 2018.

Lisboa, 30 de novembro de 2018.

O Diretor  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Sérgio Deodato, PhD, RN  
Professor Associado



Apêndice III – Avaliação de oportunidades de intervenção de enfermagem no  
contexto da UCSP



### Questionário de oportunidades de intervenção de enfermagem

Este questionário destina-se a avaliar as oportunidades de intervenção da equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [REDACTED] no âmbito da utilização das medidas não farmacológicas no alívio da dor na criança, durante a vacinação. A Brincadeira terapêutica é vista como promotora do desenvolvimento infantil e facilitadora na adesão a procedimentos invasivos. É de carácter individual, voluntário e os seus dados são confidenciais.

Para o seu preenchimento, assinale a sua resposta com um X em cada pergunta, sendo que: 1 – Sem Importância; 2 – Pouco Importante; 3 – Indiferente; 4 – Importante e 5 – Muito Importante.

INDICADORES	AVALIAÇÃO				
	1	2	3	4	5
1 – Considera importante a temática como promotora do desenvolvimento infantil?					
2 – Considera importante a Brincadeira Terapêutica como promotora na adesão a procedimentos invasivos, nomeadamente na preparação para a vacinação?					
3 – Considera importante a temática para a melhoria da prestação de cuidados na sua prática diária?					
4 – Considera importante a elaboração de um folheto sobre a temática para esclarecimento dos pais?					
5 – Considera importante a construção de um kit para brincadeira terapêutica de apoio ao ato vacinal?					

Faça sugestões relativamente a outros instrumentos que considere pertinente para a sua prática diária

---

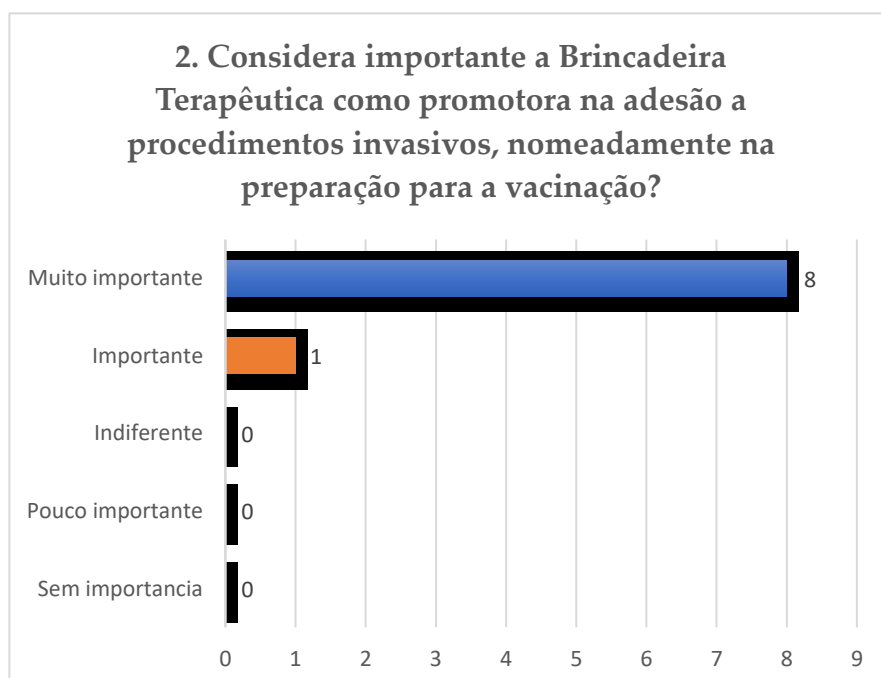
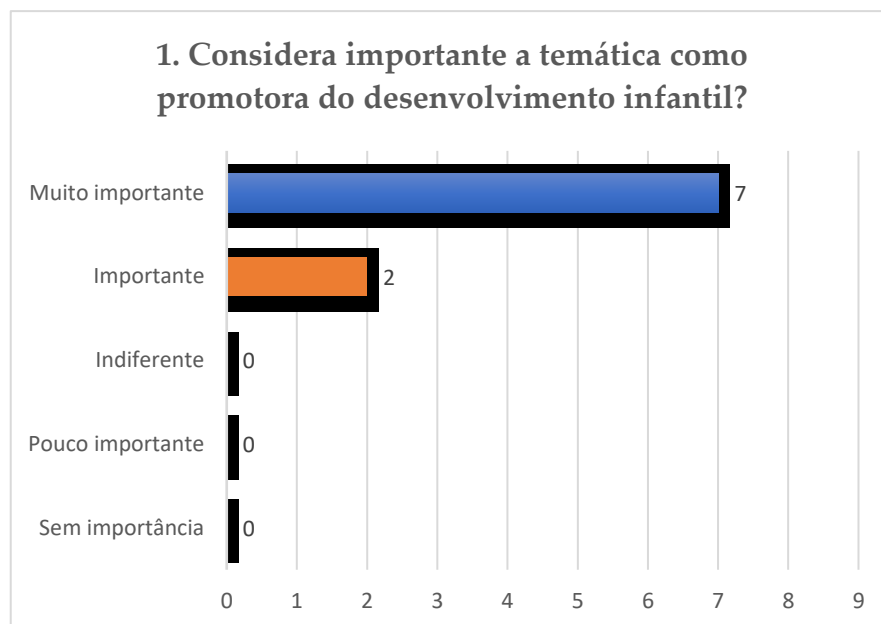
---

Obrigada pela sua colaboração!

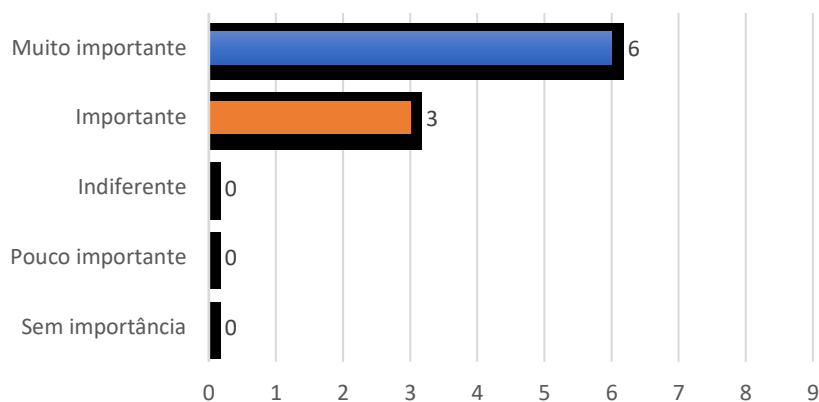
Enf<sup>a</sup> Sónia Pereira

Aluna do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

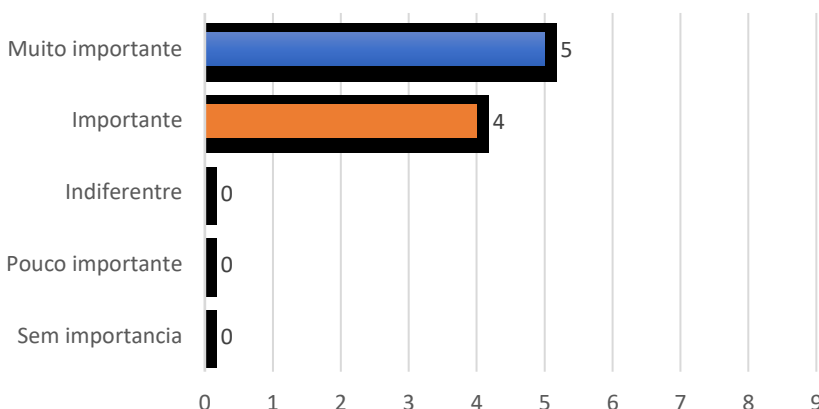
Tratamento de dados do questionário de oportunidades de intervenção de enfermagem



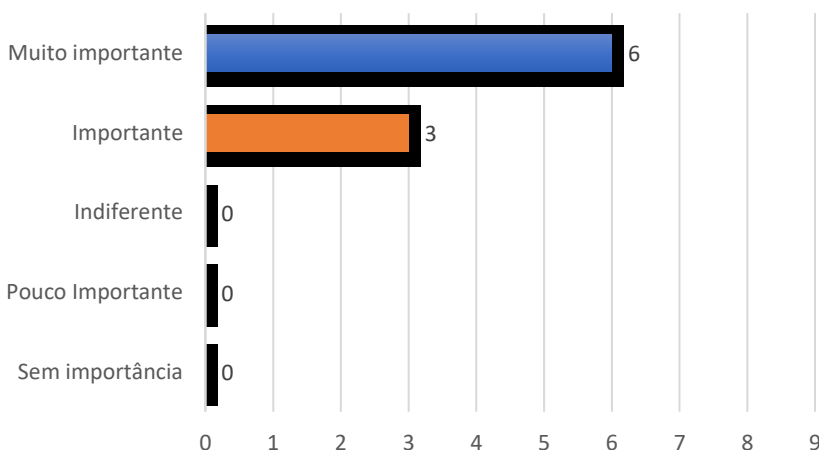
**3. Considera importante a temática para a melhoria da prestação de cuidados na sua prática diária?**



**4. Considera importante a elaboração de um folheto sobre a temática para esclarecimento dos pais?**



**5. Considera importante a construção de um kit para brincadeira terapêutica de apoio ao ato vacinal?**





Apêndice IV- Manual “Intervenção do enfermeiro no alívio da dor na criança/jovem durante a vacinação” realizado em contexto da USCP



# INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO ALÍVIO DA DOR NA CRIANÇA/JOVEM DURANTE A VACINAÇÃO

UCSP



Elaborado por:  
Sónia Pereira – Aluna do MEEESIP da UCP  
Orientado por:  
Enfermeira [REDACTED]  
Professora Doutora Zaida Charepe

Junho de 2018

## Índice

<b><u>1.</u></b>	<b><u>Introdução</u></b> .....	933
<b><u>2.</u></b>	<b><u>Dor na criança</u></b> .....	94
<b><u>2.1</u></b>	<b><u>Reações da criança</u></b> .....	94
<b><u>2.2</u></b>	<b><u>História da dor</u></b> .....	97
<b><u>2.3</u></b>	<b><u>Avaliação da intensidade da dor</u></b> .....	97
<b><u>3.</u></b>	<b><u>Intervenções de Enfermagem</u></b> .....	100
<b><u>3.1</u></b>	<b><u>Estratégias Farmacológicas</u></b> .....	101
<b><u>3.2</u></b>	<b><u>Estratégias Não Farmacológicas</u></b> .....	101
<b><u>3.2.1</u></b>	<b><u>A Caixa Mágica como estratégia</u></b> .....	104
<b><u>4.</u></b>	<b><u>Registos de Enfermagem</u></b> .....	105
<b><u>5.</u></b>	<b><u>Conclusão</u></b> .....	109
<b><u>6.</u></b>	<b><u>Referências Bibliográficas</u></b> .....	110

## 1. Introdução

No âmbito da realização do estágio de cuidados de saúde primários, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica propus-me elaborar um manual de intervenção do enfermeiro no alívio da dor na criança e jovem durante a vacinação.

Defino como objetivo geral:

- ✓ Sensibilizar a importância da avaliação da dor e a utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança/jovem durante a vacinação.

Como objetivos específicos:

- ✓ Definir a dor;
- ✓ Identificar a dor na criança/jovem, de acordo com a faixa etária;
- ✓ Enumerar os instrumentos de avaliação da dor;
- ✓ Identificar as estratégias não farmacológicas no alívio de dor na criança/jovem exequíveis na vacinação.

A metodologia de trabalho é uma pesquisa bibliográfica e a compilação de trabalhos realizados durante o estágio.

## 2. Dor na criança

Segundo a CIPE (2016, p.54), a dor é definida como: “*Percepção prejudicada: aumento de sensação desagradável no corpo, relato subjetivo de sofrimento, expressão facial de dor, alteração do tônus muscular, comportamento autoprotetor, foco de atenção reduzido, alteração do tempo de percepção, afastamento do contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietude e perda de apetite*”.

Para a Associação Internacional para o Estudo da Dor, a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos reais ou eventuais dos tecidos, ou descrita em termos desses danos (IASP, 2011).

A Direção Geral da Saúde, em 2003, equiparou a dor como o 5º sinal vital e considerou como norma de boa prática a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde (DGS, 2010). O enfermeiro é o profissional de saúde que permanece mais tempo junto da pessoa com dor, por esse facto, tem a oportunidade de contribuir para o conforto e alívio da dor, dando visibilidade as suas ações autónomas e interdependentes que promovem o mesmo (DGS, 2003).

A dor pediátrica foi durante muito tempo subvalorizada, uma vez que existia a crença que a imaturidade fisiológica fazia da criança um ser com menos dor. Hoje em dia, não só se reconhece que a criança sente dor desde o nascimento como se valoriza as consequências graves da dor para o desenvolvimento e a saúde da criança (Barros, 2003). Sendo a dor uma experiência perturbadora na criança e existindo evidência que esta guarda memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo (DGS, 2010), torna-se imperativo uma consciencialização face a esta temática.

A Direção Geral de Saúde emitiu vários documentos, dando ênfase ao alívio da dor, sendo eles:

- ✓ A Dor como 5º sinal vital. registo sistemático da intensidade da dor – circular normativa, em 2003;
- ✓ Programa nacional de controlo da dor – circular normativa, em 2008;
- ✓ Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças, em 2010;
- ✓ Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 aos 28 dias), em 2012;
- ✓ Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos), em 2012;
- ✓ Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica, em 2012.

O alívio da dor é uma necessidade e um direito da criança. O seu direito está consignado na Carta da Criança Hospitalizada, a qual refere que as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo (IAC, 2008).

O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2008).

### 2.1 Reações da criança

A dor na criança apresenta uma enorme variabilidade na forma como se expressa, devido às especificidades de cada grupo etário. À experiência de dor nas crianças estão frequentemente associados o medo e a ansiedade, fatores que dificultam a avaliação da dor (DGS, 2013).

Para uma correta intervenção de enfermagem é fundamental saber identificar as reações da criança/jovem face aos procedimentos dolorosos. Estas devem ser interpretadas com precaução pois, a variabilidade das manifestações individuais depende da criança/jovem, da sua idade e nível de desenvolvimento, das experiências passadas, do ambiente em que foi educada e de muitos outros aspetos difíceis de sistematizar (Barros, 2003).

Nesse sentido, foi elaborada uma grelha de observação para cada grupo etário, onde apresento uma tabela com o resumo das características de desenvolvimento da criança, de acordo com as teorias de desenvolvimento psicossocial de Freud, de desenvolvimento psicossocial de Erickson e de desenvolvimento cognitivo de Piaget e as suas principais manifestações de dor.

Características de Desenvolvimento	Reações à Dor
<b>Lactente</b>	
<p><b>Psicosssexual: Fase Oral</b> Fonte de prazer concentra-se em atividades orais, como o sugar</p> <p><b>Psicossocial: Confiança vs Desconfiança</b> Desenvolvimento da confiança</p> <p><b>Cognitiva: Sensório-motor (nascimento a 2 anos)</b> Comportamento de imitação Percepção de causa-efeito Comportamento dirigido para os objetos Pensamento representacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem palavras para descrever a dor</li> <li>• Memoriza acontecimentos dolorosos, possivelmente desde a nascença</li> <li>• Responde com ansiedade ao comportamento dos pais</li> <li>• Resposta corporal generalizada de rigidez e agitação, possivelmente com afastamento do local reflexo da área estimulada</li> <li>• Choro forte</li> <li>• Expressão facial de dor ou medo</li> <li>• Resistência física</li> <li>• Demonstra associação entre estímulo de aproximação e dor subsequente</li> </ul>
<b>Toddler (1 – 3 anos)</b>	
<p><b>Psicosssexual: Fase Anal</b> Interesse concentra-se na região anal</p> <p><b>Psicossocial: Autonomia vs Vergonha e dúvida</b> Desenvolvimento da autonomia Aprendizagem por imitação</p> <p><b>Cognitiva: Pensamento pré-operacional</b> Egocentrismo Raciocínio indutivo Raciocínio transdutivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choro alto, grito estridente</li> <li>• Usa palavras para a dor (“Ui”, “Ai”, “Dói”)</li> <li>• Agita os braços e pernas</li> <li>• Tenta empurrar o estímulo para longe antes de ser aplicado</li> <li>• Ausência de cooperação: necessidade de contenção física</li> <li>• Exige o término do procedimento</li> <li>• Segura-se à mãe ou pai</li> <li>• Exige apoio emocional, como abraços ou outra forma de conforto físico</li> <li>• Pode sentir mais distress se os pais estão ausentes</li> <li>• Comportamentos em antecipação ao procedimento doloroso real</li> </ul>
<b>Pré-escolar (3 – 5 anos)</b>	

<p><b>Psicossexual: Fase Fálica</b> A área genital torna-se uma área interessante e sensível do corpo</p> <p><b>Psicossocial: Iniciativa vs Culpa</b> Forte imaginação Exploração do mundo Sentimentos de culpa</p> <p><b>Cognitiva: Pensamento pré-operacional</b> Egocentrismo Raciocínio indutivo Raciocínio transdutivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chora e grita</li> <li>• Agita braços e pernas</li> <li>• Usa a linguagem para exprimir a dor, mas apenas a um nível concreto e sensorial</li> <li>• Acredita na dor como punição de algo errado que fez</li> <li>• Mistura factos reais com ficção</li> <li>• Teme as lesões corporais ou a mutilação medo de agulhas</li> <li>• Tenta atrasar os tratamentos dolorosos ou desconfortáveis</li> <li>• Precisa de sentido de controlo; coopera melhor se são envolvidos na avaliação e tratamento</li> <li>• Tende a culpar alguém pela própria dor e pode bater na pessoa</li> </ul>
<p><b>Idade Escolar (6 – 12 anos)</b></p>	
<p><b>Psicossexual: Fase Latência</b> Elabora sobre os traços e habilidades previamente adquiridos Aquisição de conhecimentos Brincadeiras vigorosas</p> <p><b>Psicossocial: Diligência vs Inferioridade</b> Completa tarefas Pode desenvolver sentimentos de inadequação e inferioridade Aquisição de competência</p> <p><b>Cognitiva: Operações concretas</b> Pensamento lógico Raciocínio indutivo Pensamento menos autocentrado e mais socializado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rigidez muscular</li> <li>• Teme a mutilação corporal</li> <li>• Comportamento de esquizofrenia, como “Espere um minuto”</li> <li>• Pode adiar a gratificação</li> <li>• Compreende o tempo</li> </ul>
<p><b>Adolescente (12 – 18 anos)</b></p>	
<p><b>Psicossexual: Fase Genital</b> Os órgãos genitais tornam-se a principal fonte de tensão e de prazer sexual</p> <p><b>Psicossocial: Identidade vs Confusão de papéis</b> Confiança abalada Preocupação com autoconceito e como é vista pelos outros Confusão de papéis</p> <p><b>Cognitiva: Operações formais</b> Pensamento abstrato</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensão muscular e controlo corporal aumentados</li> <li>• Usa expressões verbais como “doí” e “estás a magoar-me”</li> <li>• Precisa de manter a auto-estima e controlo</li> <li>• Pode não mostrar comportamentos da dor por vergonha</li> <li>• Teme perder o controlo durante a experiência dolorosa</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sente-se onipotente, como se nada o pudesse magoar, por isso pode não cumprir o tratamento</li> <li>• Acredita que o profissional de saúde sabe quando é necessária a medicação para a dor, pelo que não a pede</li> </ul>
--	---

## 2.2 História da dor

As crianças diferem na forma como respondem a eventos dolorosos. Aos fatores de variabilidade individual somam-se os fatores relacionados com o contexto da dor, pelo que a avaliação deve ser sempre multifacetada (DGS, 2010).

A história de dor consiste na colheita de informação que permita orientar a avaliação e o controlo da dor utilizando todas as fontes de informação documentais disponíveis, aliadas à observação e entrevista dos pais e da criança a partir dos 3 anos (DGS, 2010).

A Ordem dos Enfermeiros considera como norma de boa prática na avaliação da dor, a realização da história de dor. Esta colheita deve considerar as características da dor (como a sua localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados), os fatores de alívio e de agravamento, o uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas, as formas de comunicar e expressar a dor, as experiências anteriores traumatizantes e medos, as habilidades e estratégias para enfrentar a dor, os comportamentos da criança e ambiente familiar, os efeitos da dor na vida diária e o impacto emocional e socioeconómico (DGS, 2010).

## 2.3 Avaliação da intensidade da dor

A avaliação da intensidade da dor consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo em atenção o tipo de dor, situação clínica e idade da criança (DGS, 2010).

São usados dois métodos na avaliação da dor: a autoavaliação (a criança relata a sua própria dor) e a heteroavaliação (observação de indicadores comportamentais, fisiológicos ou ambos, feito por profissionais de saúde) (Batalha, 2010). Devem ser privilegiados os instrumentos de autoavaliação (DGS, 2008).

A DGS (2010) emanou orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças, recomendando a utilização de diferentes instrumentos de acordo com a idade e o nível de desenvolvimento da criança e jovem.

### Recém-nascidos

- ✓ EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né). De referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais;
- ✓ NIPS (Neonatal Infant Pain Scale). Mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo;
- ✓ PIPP (Premature Infant Pain Profile). Útil para a avaliação da dor em procedimentos;
- ✓ N-PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale). Útil para recém-nascidos em ventilação assistida.

### Menores de 4 anos ou crianças sem capacidade para verbalizar

- ✓ FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability).

### Entre 4 e 6 anos

- ✓ FPS-R (Faces Pain Scale – Revised);
- ✓ Escala de faces de Wong-Baker.

### A partir de 6 anos

- ✓ EVA (Escala Visual Analógica);
- ✓ EN (Escala Numérica);
- ✓ FPS-R (Faces Pain Scale – Revised);
- ✓ Escala de faces de Wong-Baker.

### Criança com multideficiência

- ✓ FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised).

Desta maneira, a utilização de instrumentos adequados para a avaliação da dor é o primeiro passo para um tratamento efetivo, seja ele farmacológico, não farmacológico ou a associação destes (Blasi, 2015).

A intensidade da dor obtida varia de acordo com o somatório da pontuação atribuída em cada item. Considera-se como critério de boa qualidade de cuidados no controlo da dor que a intensidade da dor se mantenha inferior a 3/10 (DGS, 2010).

Das escalas recomendadas pela DGS para a avaliação da intensidade da dor na criança, sugere-se a utilização das seguintes no contexto de vacinação em cuidados de saúde primários: NIPS, FLACC, Faces de Wong-Baker e Numérica.

### NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

	DESCRIÇÃO
<b>Expressão facial</b>	
0 – Relaxada	Face serena, expressão neutra
1 – Careta	Músculos faciais tensos, sobrancelhas, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa – nariz, boca e sobrancelha).
<b>Choro</b>	
0 – Ausente	Sereno, não chora.
1 – Choramingo	Choramingo brando, intermitente.
2 – Choro vigoroso	Gritos altos, agudos, contínuos, que vão aumentando de intensidade. (NOTA: O Choro silencioso pode ser detectado se o RN estiver entubado e é evidenciado por um movimento óbvio facial e local.
<b>Respiração</b>	
0 – Relaxada	Padrão normal para o RN.
1 – Mudança na respiração	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração.
<b>Braços</b>	
0 – Relaxados/Controlados	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços
1 – Flexionados/Estendidos	Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
<b>Pernas</b>	
0 – Relaxadas/controladas	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas.
1 – Flexionadas/Estendidas	Pernas tensas, esticadas e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
<b>Estado de vigília</b>	
0 – Dorme/calmo	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável.
1 – Agitado	Alerta, inquieto e agitado

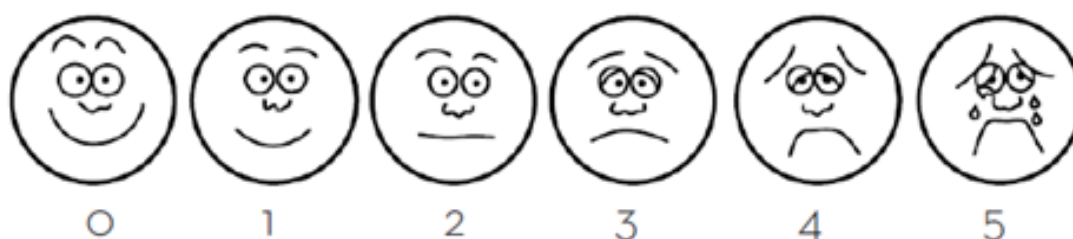
Esta escala é considerada como comportamental, uma vez que avalia a expressão facial, choro, respiração, os movimentos dos membros superiores e inferiores e estado de vigília. A intensidade da dor é avaliada entre 0 a 7. Sendo que 0 é considerado sem dor, 1 a 2 é dor ligeira, 3 a 4 é dor moderada e 5 a 7 é dor severa.

### FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

IDENTIFICAÇÃO			DATA
			HORA
	0	1	2
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso.	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
PERNAS	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas
ATIVIDADE	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos
CHORO	Ausência de choro (acordado ou adormecido).	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais.	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes.
CONSOLABILIDADE	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar
			<b>Pontuação total</b>

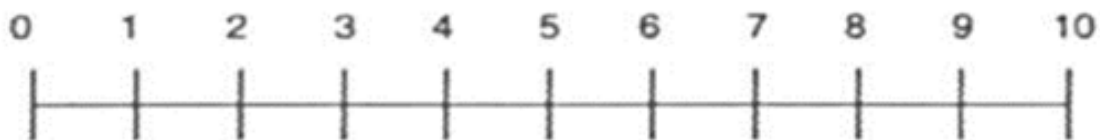
Esta escala é considerada comportamental e avalia a expressão facial, movimentos dos membros inferiores, atividade motora, intensidade do choro e facilidade com que é consolada. A intensidade da dor é avaliada entre 0 a 10, sendo que 0 é considerado sem dor, 1 a 3 é dor ligeira, 4 a 6 é dor moderada e 7 a 10 dor severa.

### Escala de faces de Wong-Baker



Esta escala ilustra uma avaliação da expressão facial que descreve os diferentes graus de dor, desde a face neutra (dor 0) para indicar “sem dor”, até à face mais à direita (dor 5) que exprime “dor máxima”. Pedem-se à criança ou adolescente que escolha a face que melhor descreva como ela se sente.

### Escala Numérica



Esta escala apresenta a forma de uma régua que mede a dor numa escala de 0 a 10. Pedese à criança ou adolescente que mostre com o cursor o nível que corresponde à sua dor, sendo que a 0 corresponde a classificação “sem dor” e a 10 corresponde a classificação “dor máxima”.

### 3 Intervenções de Enfermagem

É fundamental que o enfermeiro adote uma série de estratégias e técnicas que contribuam para diminuir a ansiedade, proporcionar um ambiente acolhedor e diminuir a percepção de dor da criança e família (Barros, 2003). Através de diferentes estratégias, o enfermeiro pode ajudar a criança e família a lidarem melhor com os stressores provenientes dos procedimentos invasivos, como é o caso da vacinação, contribuindo assim para a manutenção do equilíbrio do seu sistema (DGS, 2012).

Compete ao enfermeiro, a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), é importante respeitar critérios fundamentais que garantam os direitos da criança no controlo da dor:

- ✓ Ter atenção à idade da criança e jovem e ao seu desenvolvimento cognitivo;
- ✓ Negociar a presença do pai ou mãe;
- ✓ Facilitar a segurança e proteção pelos pais;
- ✓ Permitir que os pais decidam o tipo de colaboração que pretendem dar, tendo em conta o papel parental desejado no momento;
- ✓ Sempre que possível, assegurar que os procedimentos sejam executados pelo enfermeiro com quem a criança ou jovem e família já têm uma relação de confiança estabelecida;
- ✓ Dar informação à criança ou jovem, de forma simples e exata sobre o que irá ser feito;
- ✓ Ser honesto;
- ✓ Ajudar a criança ou jovem a fazer perguntas e exprimir sentimentos;
- ✓ Não dar à criança ou jovem a falsa confiança e tranquilidade em relação ao procedimento doloroso, dizendo que “não vai doer nada”;
- ✓ Não utilizar expressões com as quais a criança ou jovem se possa sentir humilhado, tais como “só és forte, se não chorares” ou “se te portares mal, deixo-te aqui sozinho”;
- ✓ Ajudar a criança ou jovem a participar no controlo da sua dor;
- ✓ Atribuir à criança ou jovem algum controlo sobre o tratamento;
- ✓ Proporcionar o falar consigo próprio;
- ✓ Dar feedback positivo;
- ✓ Permanecer junto da criança ou jovem após um procedimento doloroso;
- ✓ Planear os cuidados de forma a manipular o menor número de vezes possível;
- ✓ Agrupar os procedimentos dolorosos e providenciar que sejam feitos com analgesia.

A presença dos pais é um elemento importante na planificação de intervenções individualizadas. No processo de gestão da dor na criança esta presença assume particular importância. A separação dos pais gera stress na criança e pode aumentar a sua percepção de dor.

### 3.1 Estratégias Farmacológicas

O tratamento farmacológico da dor aguda envolve diversos medicamentos. Um dos fármacos mais utilizados é o Eutectic Mixture of Local Anesthetics (EMLA®). Este consiste numa mistura de dois anestésicos locais (lidocaína 2,5% e prilocaína 2,5%) na forma de creme sob penso oclusivo ou penso impregnado, que apresenta um efeito cerca de 60 a 90 minutos após a aplicação.

Os pais devem ser informados sobre as suas características e sobre a possibilidade deles próprios o adquirirem e utilizarem. A sua utilização deve ser sempre combinada entre o enfermeiro e os pais, de forma a garantir que a aplicação do penso seja efetuada no local certo e com a antecedência adequada.

Outro do tratamento utilizado é o Paracetamol, que segundo Batalha (2010) é o analgésico mais prescrito em pediatria e pode ser usado se dor ou febre sendo aconselhado, pela Direção Geral da Saúde (2012), 4 a 6 horas após o ato vacinal. A dosagem depende da idade da criança e via de administração.

### 3.2 Estratégias Não Farmacológicas

As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. São várias as intervenções não farmacológicas para o controlo e alívio da dor na criança. A sua escolha depende dos recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade da criança/jovem à dor, das suas preferências e habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de *coping*, do tipo de dor (aguda, recorrente ou crónica), do contexto (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico) e das suas características (localização, intensidade, duração e qualidade afetiva) (OE, 2013).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), as estratégias não farmacológicas podem classificar-se como:

- ✓ Comportamentais: envolvem o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor (por exemplo, o relaxamento);
- ✓ Cognitivas: utilizam métodos mentais para lidar com a dor (por exemplo, a informação prévia);
- ✓ Cognitivo-comportamentais: utilizam estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, que modificam a perceção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar (por exemplo, a distração e a imaginação guiada);
- ✓ Físicas ou periféricas: permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular (por exemplo, a aplicação de calor superficial seco ou húmido, o frio, o toque/massagem superficial, o posicionamento ou a estimulação nervosa elétrica transcutânea);
- ✓ Suporte emocional: implica a presença de alguém significativo que proporciona conforto;
- ✓ Ambientais: melhoria das condições ambientais, nomeadamente no que diz respeito à luz, ao ruído, à temperatura e à decoração.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), devem ser adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança e deve ser estimulada a presença dos pais e o seu envolvimento visto que proporciona sentimento de segurança à criança quando esta se sente ameaçada.

O enfermeiro deve selecionar as intervenções não farmacológicas mais apropriadas à situação. Na especificidade da vacinação, em cuidados de saúde primários, importa realçar os aspetos mais pertinentes.

**Lactente**

- ✓ Método canguru;
- ✓ Sucção não nutritiva;
- ✓ Aleitamento materno;
- ✓ Sacarose a 24% ou Glicose a 30%;
- ✓ Distração: música e visual;
- ✓ Massagem terapêutica.

**Toddler**

- ✓ Sucção não nutritiva;
- ✓ Aleitamento materno;
- ✓ Sacarose a 24% ou Glicose a 30%;
- ✓ Distração: música e visual;
- ✓ Massagem terapêutica;
- ✓ Brinquedo favorito;
- ✓ Brincadeira lúdica e terapêutica;
- ✓ Reforço positivo.

**Idade pré-escolar**

- ✓ Ouvir histórias;
- ✓ Brinquedo favorito;
- ✓ Brincadeira lúdica e terapêutica;
- ✓ Musicoterapia;
- ✓ Técnica de relaxamento;
- ✓ Reforço positivo;
- ✓ Aplicação de frio.

**Idade escolar**

- ✓ Massagem;
- ✓ Brincadeira lúdica e terapêutica;
- ✓ Atividade favorita;
- ✓ Leitura, dizer o abecedário e as cores;
- ✓ Técnica de relaxamento: respiração lenta e profunda;
- ✓ Aplicação de gelo;
- ✓ Reforço positivo;
- ✓ Musicoterapia.

**Adolescente**

- ✓ Técnicas de relaxamento: respiração lenta e profunda;
- ✓ Camisola favorita, ouvir música, fotos, facultar o telefone;
- ✓ Aplicação de gelo;
- ✓ Massagem;
- ✓ Reforço positivo;
- ✓ Diário, escrita e desenho.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2012), estas estratégias consistem em:

<b>Intervenção</b>	<b>Modo de aplicação</b>
Relaxamento	Antes e/ou depois do procedimento, utilizar uma combinação de relaxamento muscular progressivo e de exercícios respiratórios para reduzir o nível de vigília e ansiedade.
Informação prévia	Antes do procedimento, fornecer informação sobre o procedimento (o que vai passar-se) e sensorial (que sensações poderão ocorrer) a fim de ajudar a criança a criar uma expectativa realista. A antecedência é estimada pela idade e temperamento da criança, devendo não ser excessiva para evitar a ansiedade antecipatória, mas suficiente para a criança se preparar.
Distração	Antes e durante o procedimento desviar a atenção da criança através de atividades que envolvem a cognição ou o comportamento (ler, ver imagens, contar histórias, dizer as cores ou abecedário, cantar, construir um lego), dependendo da idade e preferências da criança.
Imaginação guiada	Levar a criança a concentrar-se intensamente numa imagem mental do seu agrado que envolva componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas.
Massagem	Efetuar estimulação cutânea através de manipulação com ou sem aplicação de óleos, durante 15 a 30 minutos.
Aleitamento materno	Colocar o lactente ao seio materno antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final.
Glicose a 30% (disponível em ampolas) ou Sacarose a 24% (preparação em farmácia hospitalar)	Administrar 2 ml de solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento. Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos. A solução de sacarose deve ser conservada no frigorífico durante um período não superior a 1 semana. É eficaz durante o primeiro ano de vida
Reforço positivo	Antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado e a recompensa. Após o final do procedimento, utilizar o elogio verbal (“gostei que tivesses ficado muito quieto como te pedi”) ou pequenos prémios (como por exemplo autocolantes, certificado de bom comportamento), conforme combinado. Foi realizado um diploma de bom comportamento, que irá constatar na Caixa Mágica.
Sucção não nutritiva	Oferecer ao lactente a chupeta, como medida terapêutica.

Algumas destas estratégias assentam na metodologia da brincadeira lúdica e terapêutica. A brincadeira lúdica é uma estratégia de comunicação terapêutica, composta por diferentes técnicas que ajudam na transmissão de informações verdadeiras, em linguagem adequada ao desenvolvimento cognitivo e intelectual da criança e jovem. Sendo o objetivo reduzir o nível de ansiedade e o medo (OE, 2013).

Para as estabelecer é necessário utilizar como recurso o brinquedo terapêutico, considerando que é um brinquedo estruturado para facilitar a expressão de sentimentos, suavizar o impacto de experiências desconhecidas e estressantes, permitir assimilar novas situações e compreender a necessidade dos procedimentos a realizar (OE,2013).

O brinquedo terapêutico é uma técnica que permite ao enfermeiro a compreensão das necessidades e sentimentos da criança, estabelecendo um relacionamento com a criança, de maneira que ela se sinta segura e permita a realização de procedimentos (Melo, 2010).

No âmbito dos novos modelos de desenvolvimento de cuidados de enfermagem pediátricos, os pais são parceiros na prestação de cuidados de saúde aos seus filhos. Cabe ao enfermeiro colaborar na sua adaptação aos processos de saúde, adequando o seu papel parental através do ensino, instrução e treino, dotando-os de conhecimentos e aprendizagem de habilidades para que possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos (OE, 2013). Deste modo, foi elaborado um folheto para os pais com o objetivo da preparação do filho para a vacinação e um marcador para colocar no Boletim de Vacinas com as recções da criança à dor, bem como as reacções mais frequentes da vacinação.

### 3.2.1 A Caixa Mágica como estratégia

A Caixa Mágica é constituída por um conjunto de materiais didáticos e lúdicos, adequados à idade e desenvolvimento da criança e que podem ser utilizados na vacinação como forma de distração e de alívio da dor.

Desta forma, procedi à realização da Caixa Mágica com os seguintes material: roca, brinquedos de montar e desmontar, livros para pintar, lápis, carros, bonecas, jogo quebra-cabeças, livros para ler, diplomas de bom comportamento e bola anti-stress.

A utilização da mesma com a criança/jovem e sua família permite ao enfermeiro uma intervenção planeada, face aos procedimentos que possam induzir a dor, com o posterior registo de enfermagem da estratégia usada e do seu resultado.





## 4 Registos de Enfermagem

A importância de um sistema de registos para a organização dos cuidados de enfermagem vem enunciado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sendo necessária a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente (OE, 2001).

Assim, nos registos de enfermagem relacionados com a vacinação da criança e jovem devem ser incluídos os seguintes pontos:

- ✓ História de dor
- ✓ Escala de avaliação da intensidade de dor utilizada
- ✓ Intensidade de dor avaliada
- ✓ Estratégias utilizadas
- ✓ Efeitos das estratégias.

De acordo com o suporte informático disponível na UCSP (SClínico), deverá ser realizado os seguintes passos, de forma a elaboração do registo da dor:

- Ativar o foco da dor;

The screenshot shows the SClínico software interface. The main window is titled 'PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE' and 'FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO'. The 'Dor' focus is highlighted with a red circle. Below the focus list, there is a table of suggested interventions:

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre estratégias de alívio da dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Avaliar potencial para melhorar o conhecimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Monitorizar bloqueio motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Monitorizar dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Monitorizar dor através da escala de EDIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

- Selecionar o botão das intervenções.

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE  
Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Nº Utente: \_\_\_\_\_ Nº Processo: \_\_\_\_\_

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO  
Início: 05-06-2017 Fim: 05-06-2018  Todos  Ativos  Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	Início	Termo
Precuação de Segurança	Precuação de segurança comprometida	08-05-2018 08:43	
Adesão à Vacinação	Adesão à vacinação	19-04-2018 14:42	
Vinculação	Sem vinculação comprometida	13-03-2018 12:57	
S Desenvolvimento infantil	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai para promover	13-03-2018 12:57	
Dor	Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre desenvolvimento infantil	05-06-2018 13:44	

Resp. Início: \_\_\_\_\_ Resp. Termo: \_\_\_\_\_

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
Avallar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre estratégias de alívio da dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Avallar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Avallar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Avallar potencial para melhorar o conhecimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Monitorizar bloqueio motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Monitorizar dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Monitorizar dor através da escala de EDIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Resp. Início: \_\_\_\_\_ Resp. Termo: \_\_\_\_\_

Última Avaliação: Início \_\_\_\_\_ Termo \_\_\_\_\_ Especificações \_\_\_\_\_

- Ir às intervenções sugeridas.

Intervenções

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE  
Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Nº Processo: \_\_\_\_\_

Activa  Total

Intervenções Fenómenos \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

	Horário	Início		Termo	
		Data	Hora	Data	Hora
Vigiar fontanela	Todos os Contactos	13-03-2018	12:59		
Vigiar reflexos da criança	Todos os Contactos	13-03-2018	12:59		
Vigiar tónus muscular	Todos os Contactos	13-03-2018	12:59		
Monitorizar peso corporal	Por Programa	20-03-2018	09:16		
Monitorizar índice de massa corporal	Por Programa	20-03-2018	09:16		
Monitorizar peso corporal	Por Programa	28-03-2018	14:40		
Avallar adesão à vacinação	Todos os Contactos	19-04-2018	14:42		
Administrar vacina	Todos os Contactos	19-04-2018	14:43		
Vigiar resposta/reacção à vacina	Todos os Contactos	19-04-2018	14:43		
Planear vacinação	Todos os Contactos	19-04-2018	14:43		
Avallar desenvolvimento da criança	Por Programa	08-05-2018	08:40		
Monitorizar peso corporal	Por Programa	08-05-2018	08:43		
Monitorizar índice de massa corporal	Por Programa	08-05-2018	08:43		
Avallar precaução de segurança	Todos os Contactos	08-05-2018	08:43		

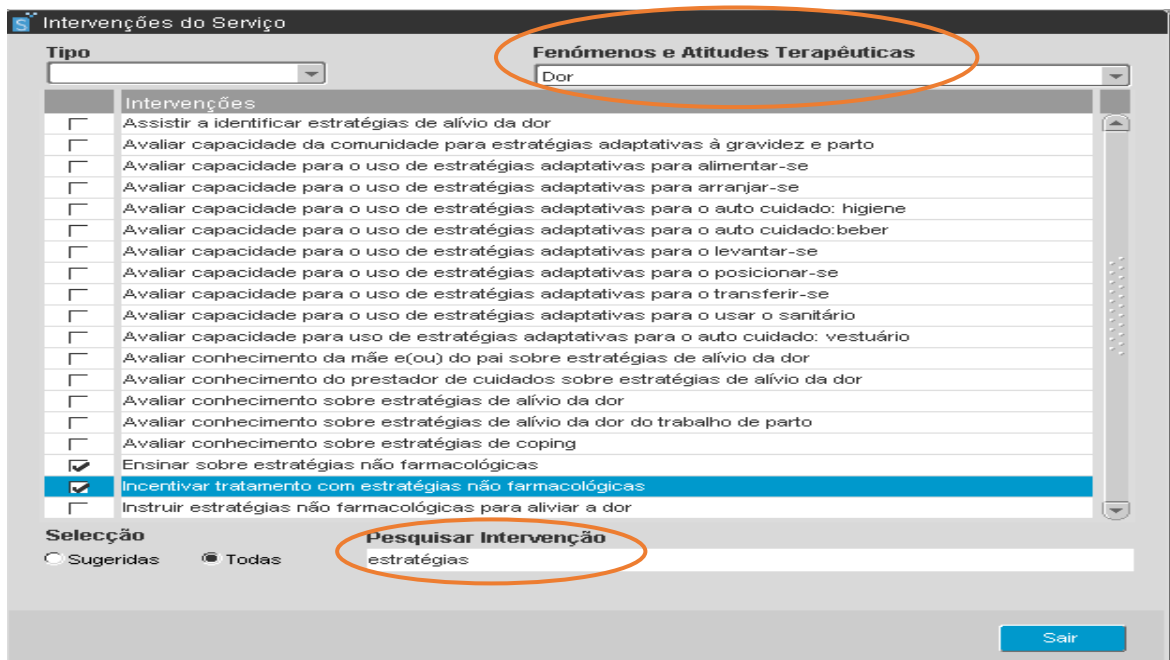
Início: Filomena Martins Termo: \_\_\_\_\_

Horário  
 Neste Contacto  Todos os Contactos  
 Próximo Contacto  Dia/Hora Fixa  
 Por Programa

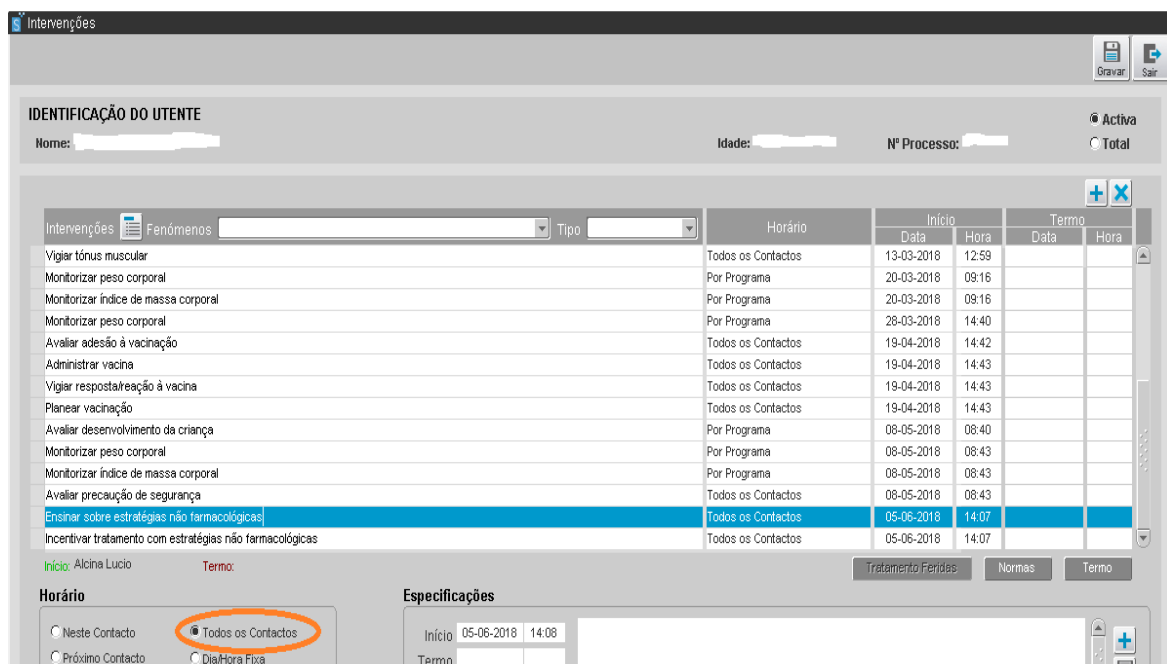
Especificações  
 Início 05-06-2018 13:55  
 Termo \_\_\_\_\_

Nº Contacto  
457776 UCSP BAIXA DA BANHEIRA

- Colocar no campo Pesquisar Intervenção a palavra **estratégias** e no campo do Fenómenos e Atitudes Terapêuticas a palavra **Dor**. E selecionar as seguintes intervenções:
  - ✓ ensinar sobre as estratégias não farmacológicas,
  - ✓ incentivar o tratamento com as estratégias não farmacológicas.



- Ativar o horário da intervenção para todos os contatos e finalizar com o clicar no gravar.



- Ir ao mapa de cuidados e seleccionar as intervenções, finalizando com a tecla de sair.



## 5 Conclusão

A diminuição do medo, da ansiedade e da dor constitui um foco importante dos cuidados de enfermagem. É imperativa a utilização de estratégias adequadas no sentido de criar um ambiente acolhedor para a criança/jovem e seus pais, diminuindo o stress e medo associado à vacinação.

Não existe um conjunto de instruções fixas para cada situação, pois cada criança/jovem possui uma percepção própria de dor e níveis de desenvolvimento únicos. Cabe ao enfermeiro decidir qual a melhor estratégia, tendo em conta a criança e a família presentes.

Em suma, o Enfermeiro deve valorizar a dor da criança como 5º sinal vital. É uma exigência profissional que reconhece a criança como pessoa a quem se presta um cuidado personalizado de forma a que os cuidados prestados se encontrem cada vez mais no caminho da excelência.

## 6 Referências Bibliográficas

- ✓ Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica. Perspetiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ✓ Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*. vol. 18. nº2. p. 295-306.
- ✓ Blasi, D. e Cândido, L. (2015). Avaliação e manejo da dor na criança: percepção da equipe de enfermagem, *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. vol. 36. nº 1.p. 301-310.
- ✓ Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria. Compreender para mudar*. Lisboa: Lidle.
- ✓ Batalha, L. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde e Tecnologia*. p. 16-21.
- ✓ Bastos, M. e Sousa, C. (2014). Valorizar a dor na criança: uma reflexão voltada para a praxis. *Nascer e Crescer*. vol.23. nº4.
- ✓ Cândido, L. e Tacla, M. (2015). Avaliação e caracterização da dor na criança: utilização de indicadores de Qualidade. *Revista enferm UERJ*. Julho/Agosto. nº23, p. 526-532.
- ✓ Direção Geral da Saúde (2003). Circular Normativa nº 09/DGCG. *A dor como 5ª sinal vital*. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: DGS.
- ✓ Direção Geral da Saúde (2008). Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD: *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: DGS.
- ✓ Direção Geral da Saúde (2010). Circular Normativa nº014/2010: *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: DGS.
- ✓ Direção Geral da Saúde (2010). Circular Normativa nº024/2012: *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Lisboa: DGS.
- ✓ Direção Geral da Saúde (2012). Circular Normativa nº022/2012: *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: DGS.
- ✓ Hockenberry, M. e Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª Edição. Loures: Lusociência.
- ✓ Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*, 4ª edição. Obtido em 10 de Maio de 2018
- ✓ Internacional Association for the Study of Pain. (2011). IASP Taxonomy. Acedido em 10 de Maio de 2018: <http://www.iasppain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>
- ✓ Melo, L. e Pettengill, M. (2010). Dor na infância: atualização quanto à avaliação e tratamento. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* vol.10, nº.2, p.97-102.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática. Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor na Criança*. Caderno OE, Série I, nº6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE- Classificação internacional para a Prática de enfermagem*. versão 2015. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice V- Fotografias da “Caixa Mágica”: estratégia não farmacológica  
utilizada durante a vacinação em contexto da USCP





# Caixa Mágica





Apêndice VI- Folheto informativo “Como ajudar o seu filho durante a vacinação?” realizado em contexto da USCP



## REAÇÕES DA CRIANÇA À DOR

- ⇒ Recém-nascido até 3 anos  
Choro e agitação intensa
- ⇒ Dos 3 aos 5 anos  
Choro, gritos, resistência vertical e física
- Fazem confusão entre a atitude de proteção e de tratamento, não entendendo a finalidade da vacinação. Tem um pensamento mágico e acreditam que a dor é um efeito de punição, levando ao exagero do seu sofrimento.
- ⇒ Dos 6 aos 12 anos  
Temem a mutilação corporal. Utilizam a expressão com frequência “Espere um minuto”.
- ⇒ A partir da adolescência  
Choro (menos frequente), resistência física e verbal. Já entendem o que é a vacinação, para que serve. Contudo podem ter medo e ansiedade, relativamente à dor.

**VACINAS PARA A VIDA**

O seu filho está a crescer  
Lembre-se, vacinar é proteger

Fonte: [www.ans24.gov.pt](http://www.ans24.gov.pt)

**UCSP**

### Horário de funcionamento:

2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> feira

9:00-12:00, 13:30- 15:00

5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> feira 9:00-12:00

### Marcação:

agendamento telefónico

2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> feira (8:30 as 9:00)

Tlf: [REDACTED]

marcação presencial

5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup>feira (8:30 as 9:00)

### Referências bibliográficas:

- BARROS, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contribuintor da psicologia pediátrica. Temas em Psicologia, Lisboa, vol. 18, nº 2, pp. 295-306.
- Baialha, L. (2010). Dor em Pediatría: Compreender para Mudar. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.
- Direção-Geral de Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa: DGS.
- Faria, H. (2012). Interação e perfil de comportamentos das crianças, pais e enfermeiros durante a vacinação pediátrica. Lisboa: Faculdade de Psicologia, Teó de Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de boa prática. Estratégia não farmacológica no controlo da dor da criança. Série 1..Número 6.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2017). **Programa Nacional de Vacinação 2017**. Direção-Geral da Saúde, Lisboa: DGS

Folheto realizado por Sónia Pereira  
(Aluna do MEEESP da UCP)  
Sob orientação da Enfermeira [REDACTED]  
e da Professora Zaida Charepe



## Vacinação Infantil



**Como ajudar o seu filho?**



*“Através da vacinação milhões de crianças foram salvas e tiveram a possibilidade de viverem com mais saúde, mais tempo e melhor, uma vez que foram maiores as hipóteses para aprender, brincar, ler e escrever, sem sofrimento” (PNV,2017).*

Os pais, têm um papel muito importante na preparação da criança para a vacinação, sendo uma preciosa ajuda.

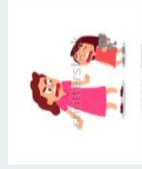


### COMO DIZER À CRIANÇA?

De acordo com a idade, deve-se explicar com linguagem simples e adequada o que vai fazer e para que serve a vacina.

### NÃO DIGA:

- Vais levar uma pica;
- Não te vai doer nada,
- Se te portas mal, deixo-te aqui sozinho;
- Só és forte, se não chorares.



### OS PAIS DEVEM SER:

- Sinceros, calmos e honestos!

Ajude o seu filho a lidar com a dor a brincar.

### O QUE FAZER DURANTE A VACINAÇÃO:

- ⇒ Recém-nascido até 3 anos
- \* Amamentar, acarinhar e tocar, dar colo, oferecer o objeto significativo (chucha, fralda),



- \* Oferecer um brinquedo (roca),
- \* Cantar,
- \* Usar frases simples.

⇒ A partir dos 3 anos

- \* Cantar, contar, dizer o abecedário ou as cores,



- \* Construir um lego,
- \* Ver um livro.

⇒ A partir da adolescência

Conversar com o adolescente sobre áreas de interesse, incentivar técnicas de relaxamento como por exemplo:

- \* Respirar fundo,
- \* Ouvir música,
- \* Facultar o telemóvel



### O QUE FAZER DEPOIS DA VACINAÇÃO:

Conforte o seu filho e converse sobre as atitudes positivas que ele fez.



Dê feedback positivo!

### REAÇÕES MAIS FREQUENTES DAS VACINAS:

Podem ter dor, vermelhidão, inchaço e dardão e febre nas próximas 48 horas.

Aplicar gelo no local, de forma, a diminuir a dor no local de administração da vacina.

No caso da vacina da **VASPR** (12 meses e 5 anos), pode ocorrer febre, pequenas borbulhas/manchas no corpo e ligeiro inchaço no pescoço (após 5 a 12 dias). Deverá tratar apenas a febre.

**AS CRIANÇAS QUE NÃO SÃO PREPARADAS APRESENTAM MAIS ANSIEDADE PERANTE A VACINAÇÃO.**



Apêndice VII- Avaliação do folheto informativo “Como ajudar o seu filho durante a vacinação?” realizado em contexto da USCP



### Questionário de avaliação do folheto informativo

Com o preenchimento deste questionário pretende-se saber a sua opinião sobre o folheto entregue aos pais, com o intuito de preparar a criança para o ato da vacina. É de carácter individual, voluntário e os seus dados são confidenciais.

Para o seu preenchimento, assinale a sua resposta com um X em cada pergunta, sendo que: **1** – Insuficiente; **2** – Suficiente; **3** – Bom; **4** – Muito Bom e **5** – Excelente.

INDICADORES	AVALIAÇÃO				
	1	2	3	4	5
Como classifica a apresentação do folheto?					
Como classificação a organização do folheto?					
Como classifica a utilidade do folheto para o desempenho dos pais na sala de vacinação?					
Como classifica a utilidade do folheto na preparação da criança para a vacinação?					

Outras considerações:

---

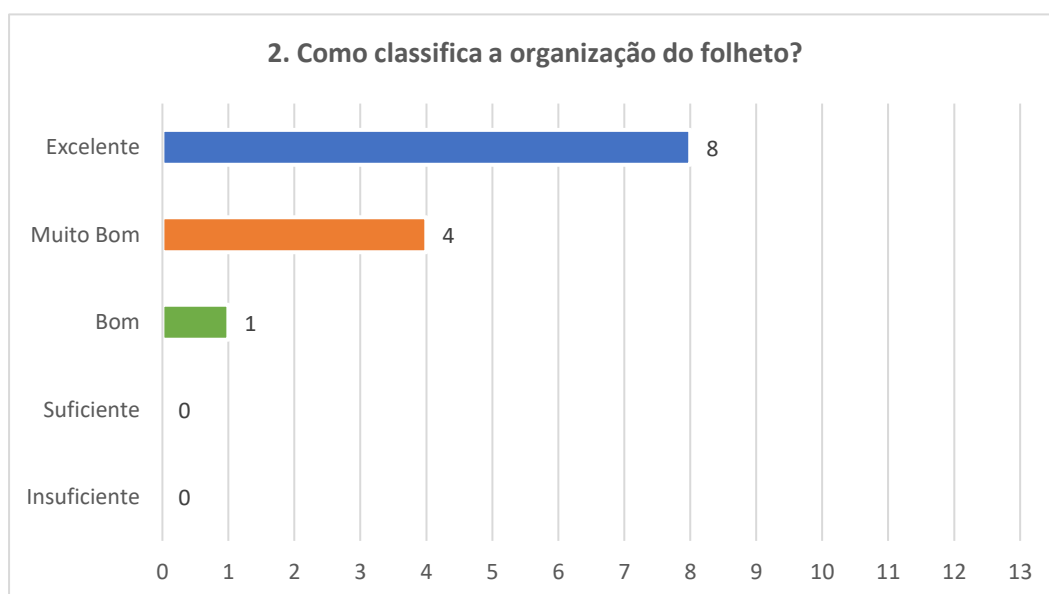
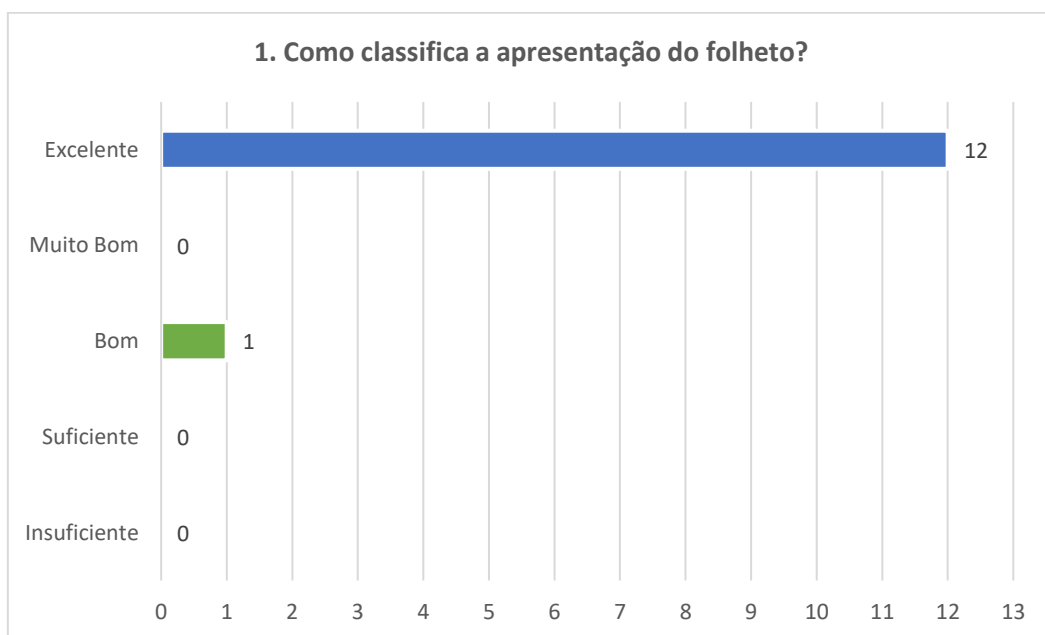
---

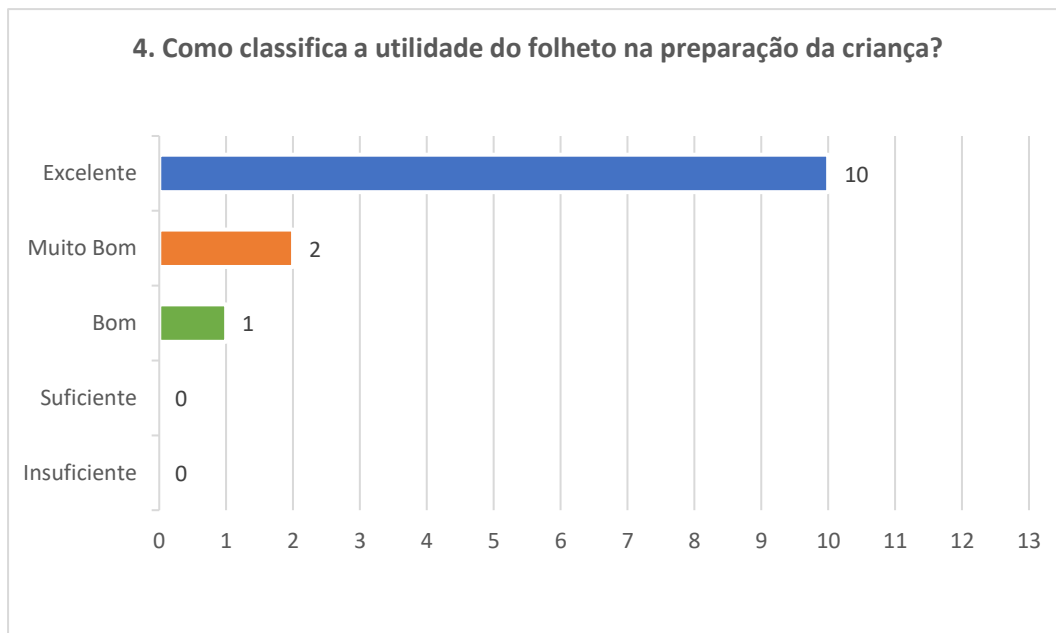
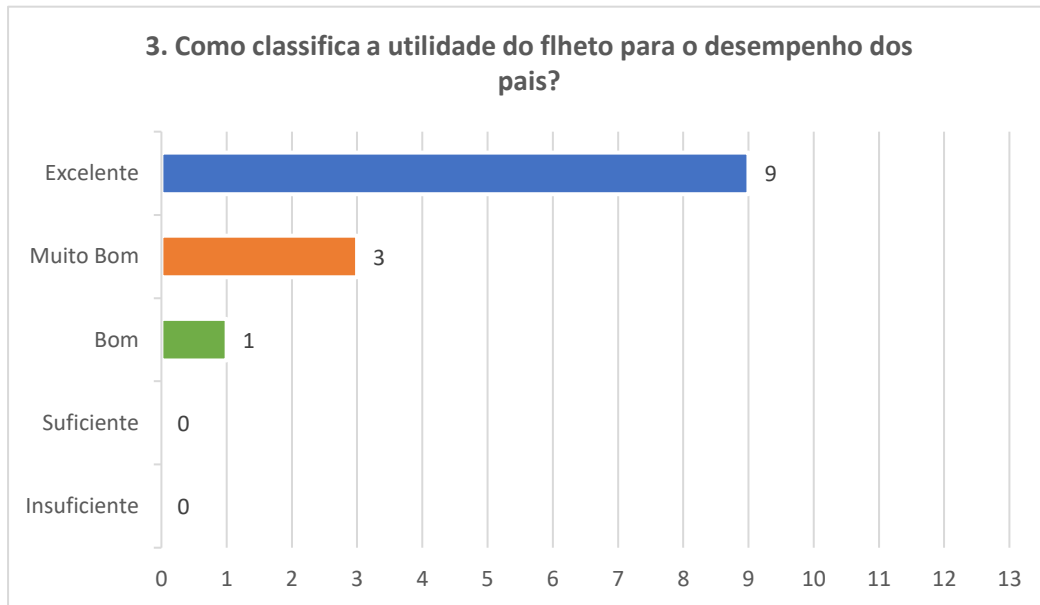
Obrigada pela sua colaboração!

Enf<sup>a</sup> Sónia Pereira

Aluna do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

## Tratamento dos dados do folheto informativo







Apêndice VIII- Marcador informativo para anexo ao folheto informativo  
realizado em contexto da UCSP



## O que fazer para ajudar o seu filho na vacinação?

### ⇒ **Recém-nascido até 3 anos**

- \* Amamentar, acarinhar e tocar, dar colo, oferecer o objeto significativo (chucha, fralda),
- \* Oferecer um brinquedo (roca),
- \* Cantar,
- \* Usar frases simples.



### ⇒ **A partir dos 3 anos**

- \* Cantar, contar, dizer o abecedário ou as cores,
- \* Construir um lego,
- \* Ver um livro.



### ⇒ **A partir da adolescência**

Conversar com o adolescente sobre áreas de interesse, incentivar técnicas de relaxamento como por exemplo:

- \* Respirar fundo,
- \* Ouvir música,
- \* Facultar o telemóvel.



## Reações mais frequentes das vacinas:

- Pode ter dor, vermelhidão, inchaço e durão e febre nas próximas 48 horas.
- Aplicar gelo no local, de forma, a diminuir a dor no local de administração da vacina.
- No caso da vacina da **VASPR** (12 meses e 5 anos), pode ocorrer febre, pequenas borbulhas/manchas no corpo e ligeiro inchaço no pescoço (após 5 a 12 dias). Deverá tratar apenas a febre.





Apêndice IX- Relatório da sessão formativa “Intervenção do enfermeiro no alívio da dor na criança/jovem durante a vacinação” elaborada em contexto da UCSP





CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA-PORTO

## Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho desenvolvido em contexto da UCSP

Sónia Cristina Venâncio Pereira

2018

131



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>134</b>
<b>PLANO DA SESSÃO FORMATIVA .....</b>	<b>135</b>
<b>DISPOSITIVOS UTILIZADOS NA SESSÃO FORMATIVA .....</b>	<b>136</b>
<b>QUESTIONÁRIO DA SESSÃO FORMATIVA.....</b>	<b>147</b>
<b>TRATAMENTO DE DADOS SOBRE A SESSÃO FORMATIVA .....</b>	<b>148</b>

## INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular “A Saúde da Criança e Família: Vigilância e Decisão Clínica” integrada no Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, propus-me a elaborar este presente relatório, onde descrevo as atividades desenvolvidas para a realização da sessão formativa.

Foram, então, desenvolvidas as seguintes atividades:

- Realização do plano de sessão,
- Criação dos dispositivos utilizados na sessão formativa,
- Elaboração de questionário de avaliação da sessão formativa,
- Avaliação dos dados obtidos através do questionário.

PLANO DA SESSÃO FORMATIVA “INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO  
ALÍVIO DA DOR NA CRIANÇA/JOVEM DURANTE A VACINAÇÃO”

**Tema:** Intervenção do enfermeiro no alívio da dor na criança/jovem durante a vacinação

**Destinatários:** Enfermeiros e Médicos da UCSP [REDACTED]

**Formadora:** Sónia Pereira

**Orientação:** Enfermeira Especialista [REDACTED] e Professora Doutora Zaida Charepe

**Local:** Sala de reuniões da UCSP [REDACTED]

**Objetivo geral:**

- Sensibilizar a importância da avaliação da dor e da utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança/jovem durante a vacinação.

**Objetivos específicos:**

- Definir a dor;
- Identificar a dor na criança;
- Enumerar os instrumentos de avaliação da dor;
- Enumerar as estratégias não farmacológicas no alívio de dor na criança/jovem exequíveis na vacinação, em diferentes grupos etários.

**Data:** 1 de Junho de 2018

**Duração:** 30 minutos

**Materiais e equipamentos a utilizar:** Computador e projetor

## DISPOSITIVOS UTILIZADOS NA SESSÃO FORMATIVA

### INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NO ALÍVIO DA DOR NA CRIANÇA/JOVEM DURANTE A VACINAÇÃO

UCSP

Junho de 2018



Elaborado por:  
Sónia Pereira – Aluna do MEEESIP da  
UCP  
Orientado por:  
Enfermeira [redacted]  
Professora Doutora Zaida Charepe



### PLANO DA SESSÃO

Título	Intervenção do enfermeiro no alívio da dor na criança/jovem durante a vacinação
Destinatários:	Enfermeiros e médicos da UCSP [redacted]
Formadora:	Sónia Pereira
Local:	Sala de reuniões da UCSP [redacted]
Data/Hora:	1 de Junho de 2018
Duração:	30 minutos



### SUMÁRIO

- Objetivos da sessão;
- Definição do conceito da dor;
- A dor na criança e as reações ao procedimento doloroso, de acordo com a faixa etária;
- Descrição da história da dor;
- Avaliação da intensidade da dor e as escalas utilizadas, de acordo com a faixa etária;
- Intervenções do Enfermeiro, dando ênfase às estratégias não farmacológicas durante a vacinação;
- Realização dos registos de enfermagem;
- Conclusão.



## OBJETIVOS DA SESSÃO

- **Geral:**

- Sensibilizar a importância da avaliação da dor e a utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança/jovem durante a vacinação.

- **Específicos:**

- Definir a dor;
- Identificar a dor na criança;
- Enumerar os instrumentos de avaliação da dor ;
- Identificar as estratégias não farmacológicas no alívio de dor na criança exequíveis na vacinação, em diferentes faixas etárias.



## DOR

- A Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos reais ou eventuais dos tecidos.

(IASP, 2011)



- A DGS (2010) equiparou a dor como o 5º sinal vital e considerou como boa prática a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde.



## PREVENÇÃO DA DOR EM PORTUGAL

- A DGS emitiu vários documentos:

- “A dor como 5º sinal vital. registo sistemático da intensidade da dor” – circular normativa, 2003;
- “Programa nacional de controlo da dor” –circular normativa, 2008;
- “Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças”, 2010;
- “Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 aos 28 dias)”, 2012;
- “Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos)”,2012;
- “Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica”, 2012.



A experiência de dor na criança está associada ao medo e a ansiedade.

• **Reações da criança à dor dependem :**

- idade,
- sexo,
- nível de desenvolvimento,
- experiências anteriores,
- contexto familiar e cultural.

(DGS,2012)



- O alívio da dor é um direito da criança e está inserido na Carta da Criança Hospitalizada. Onde refere que as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas.

(IAC, 2008)

## REAÇÕES À DOR:

• **Lactente:**

- Expressão facial de dor ou medo;
- Sem palavras para descrever a dor;
- Resistência física,
- Resposta corporal generalizada de rigidez e agitação;
- Choro forte.



• **Toddler (1-3 anos):**

- Choro alto, grito estridente;
- Usa palavra para a dor (uí, aí, dói);
- Resistência física;
- Exige o término do procedimento;
- Ausência de cooperação;
- Exige apoio emocional.



## REAÇÕES À DOR:

• **Pré-escolar (3-5 anos)**

- Chora e grita;
- Agita braços e pernas;
- Usa a linguagem para exprimir a dor;
- Acredita na dor como uma punição de algo errado que fez;
- Teme as lesões corporais;
- Tenta atrasar os procedimentos dolorosos;
- Culpa alguém pela própria dor e pode bater na pessoa.



• **Escolar (6-12 anos)**

- Teme a mutilação corporal;
- Rigidez muscular;
- Apresenta comportamento de esquizofrenia, como "espere um minuto";
- Compreende o tempo.



## REAÇÕES À DOR:

- **Adolescente (12-18 anos):**

- Tensão muscular e controlo corporal aumentados;
- Usa expressões verbais como “doi” e “estás a magoarme”;
- Pode não mostrar comportamentos da dor por vergonha;
- Precisa de manter a auto-estima e controlo;
- Teme perder o controlo.



## HISTÓRIA DA DOR

- Consiste na colheita de informação que permita orientar a avaliação e o controlo da dor utilizando todas as fontes de informação documentais disponíveis, aliadas à observação e entrevista dos pais e da criança a partir dos 3 anos.

(DGS 2010)



- Deve considerar:
  - Características da dor;
  - Fatores de alívio e de agravamento,
  - Uso de efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
  - Experiências anteriores traumatizantes e medos;
  - Estratégias para enfrentar a dor e outros problemas de saúde;
  - Comportamento da criança e ambiente familiar;
  - Efeitos da dor na vida diária;
  - Impacto emocional e socioeconómico.

(DGS, 2010)

## AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR

- Consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo em atenção o tipo de dor, situação clínica e idade da criança.

(DGS, 2010)



- Considera-se como critério de boa qualidade de cuidados no controlo da dor que a intensidade da dor se mantenha inferior a 3/10.

(DGS, 2010)

## INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

- **Recém-nascido:**

- EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né). De referência para unidades de cuidados intensivos neonatais;
- PIPP (Premature Infant Pain Profile). Útil para a avaliação da dor em procedimentos;
- N-PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale). Útil para recém-nascidos em ventilação assistida;
- NIPS (Neonatal Infant Pain Scale). Mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo.



Escala facial		Resposta	
0	Face serena, expressão neutra	0	Resposta adequada
1	1-1 sorriso	1	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
2	2-2 sorriso	2	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
3	3-3 sorriso	3	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
4	4-4 sorriso	4	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
5	5-5 sorriso	5	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
6	6-6 sorriso	6	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
7	7-7 sorriso	7	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
8	8-8 sorriso	8	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
9	9-9 sorriso	9	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
10	10-10 sorriso	10	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
11	11-11 sorriso	11	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
12	12-12 sorriso	12	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
13	13-13 sorriso	13	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
14	14-14 sorriso	14	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
15	15-15 sorriso	15	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
16	16-16 sorriso	16	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
17	17-17 sorriso	17	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
18	18-18 sorriso	18	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
19	19-19 sorriso	19	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
20	20-20 sorriso	20	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
21	21-21 sorriso	21	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
22	22-22 sorriso	22	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
23	23-23 sorriso	23	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
24	24-24 sorriso	24	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
25	25-25 sorriso	25	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
26	26-26 sorriso	26	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
27	27-27 sorriso	27	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
28	28-28 sorriso	28	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
29	29-29 sorriso	29	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
30	30-30 sorriso	30	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
31	31-31 sorriso	31	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
32	32-32 sorriso	32	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
33	33-33 sorriso	33	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
34	34-34 sorriso	34	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
35	35-35 sorriso	35	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
36	36-36 sorriso	36	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
37	37-37 sorriso	37	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
38	38-38 sorriso	38	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
39	39-39 sorriso	39	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
40	40-40 sorriso	40	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
41	41-41 sorriso	41	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
42	42-42 sorriso	42	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
43	43-43 sorriso	43	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
44	44-44 sorriso	44	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
45	45-45 sorriso	45	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
46	46-46 sorriso	46	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
47	47-47 sorriso	47	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
48	48-48 sorriso	48	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
49	49-49 sorriso	49	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)
50	50-50 sorriso	50	Resposta adequada, porém com alguma alteração (sorriso, choro, ou expressão neutra)

## INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

- **Menores de 4 anos ou crianças sem capacidade para verbalizar:**

- FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability).

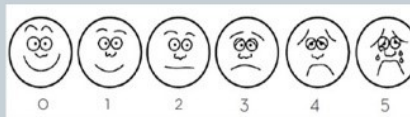


	IDENTIFICAÇÃO			DATA	
	0	1	2	DATA	HORA
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso	Carinhas ou sorrisos curtos, frequentados de uma para outra, intermitentes, observáveis	Tremor frequente das bochechas, mandíbulas, ou carinas		
PERNAS	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, firmes	Abn. posturas ou entorpecidas		
ATIVIDADE	Deitado e relaxado, posição normal, não se mexe ou (lento)	Comovido ou inquieto, virando-se para a frente, firme	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos		
CHORO	Ausência de choro ou (lento e não irritado)	Carinhos ou choramingos, queixas ocasionais	Choro persistente, gritos ou soluços frequentes		
CONSOLABILIDADE	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toque, abraço ou conforto ou (lento)	Dificil de consolar ou confortar		
					Pontuação total

## INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

- **Entre 4 e 6 anos:**

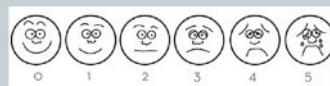
- FPS-R (Faces Pain Scale – Revised);
- Escala de faces de Wong-Baker.



## INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

- **A partir de 6 anos:**

- EVA (Escala Visual Analógica);
- EN (Escala Numérica);
- FPS-R (Faces Pain Scale – Revised);
- Escala de faces de Wong-Baker.



## INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

- **Criança com multideficiência:**

- FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised).

## INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO

- É fundamental que adote uma série de estratégias que contribuam para diminuir a ansiedade, proporcionar um ambiente acolhedor e diminuir a percepção de dor da criança e família. (Barros, 2003)
- Segundo a DGS (2013), é importante respeitar critérios fundamentais que garantam os direitos da criança no controlo da dor:
  - ter atenção à idade da criança e ao seu desenvolvimento cognitivo;
  - negociar a presença do pais;
  - dar informação à criança de forma simples e exata sobre o que irá ser feito;
  - ser honesto;
  - ajudar a criança a fazer perguntas e exprimir sentimentos;
  - não dar à criança falsa confiança e tranquilidade em relação ao procedimento doloroso, dizendo que « não vai doer nada »;
  - ajudar a criança a participar no controlo da sua dor;
  - dar feedback positivo.



## ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS

- EMLA®:  
Consiste numa mistura de dois anestésicos locais (lidocaína 2,5% e prilocaína 2,5%) na forma de creme sob penso oclusivo ou penso impregnado, que apresenta um efeito cerca de 60-90 minutos após a aplicação.



## ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- Funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas.
- A sua escolha depende:
  - recursos existentes em cada serviço,
  - sensibilidade da criança à dor,
  - preferências,
  - desenvolvimento cognitivo,
  - estratégias de *coping*,
  - tipo de dor (aguda, recorrente e/ou crónica) e características (localização, intensidade, duração),
  - contexto (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico).



(DGS, 2013)

## ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- Podem classificar-se como:
  - **Comportamentais;**
  - **Cognitivas;**
  - **Cognitivo-comportamentais;**
  - **Físicas ou periféricas;**
  - **Suporte emocional;**
  - **Ambientais.**

(DGS, 2013)



Segundo DGS (2013), devem ser adequadas à faixa etária e estágio de desenvolvimento da criança e deve ser estimulada a presença dos pais e o seu envolvimento visto que proporciona sentimento de segurança à criança quando esta se sente ameaçada.



### DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA:

• **Lactente:**

- método canguru;
- aleitamento materno;
- sucção não nutritiva;
- sacarose;
- massagem terapêutica,
- distração: musical e visual.



• **Toddler:**

- sucção não nutritiva;
- aleitamento materno;
- sacarose;
- distração: música e visual;
- massagem terapêutica;
- reforço positivo.



### DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA:

• **Idade pré-escolar:**

- ouvir histórias, cantar;
- brinquedo favorito;
- construir um lego;
- musicoterapia;
- técnica de relaxamento;
- reforço positivo;
- aplicação de frio.



• **Idade escolar:**

- leitura, dizer o abecedário e as cores;
- atividade favorita;
- aplicação de frio;
- técnica de relaxamento;
- musicoterapia;
- reforço positivo;



## DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA:

- **Adolescente:**
  - técnicas de relaxamento;
  - aplicação de gelo;
  - massagem;
  - camisola favorita, ouvir música, fotos;
  - reforço positivo;
  - facultar o telefone, diário pessoal.



- Algumas destas estratégias assentam na metodologia da brincadeira lúdica e da brincadeira terapêutica.

- Facilitar a expressão de sentimentos;
- suaviza o impacto de experiências desconhecidas e estressantes;
- permite assimilar novas situações;
- compreender a necessidade dos procedimentos a realizar.



Brinquedo  
Terapêutico



## A CAIXA MÁGICA COMO ESTRATÉGIA

- A Caixa Mágica é constituída por um conjunto de materiais didáticos e lúdicos, nomeadamente:
  - roca,
  - brinquedos de montar e desmontar,
  - livros para pintar,
  - lápiz;
  - carros e bonecas,
  - livros para ler,
  - diplomas de bom comportamento,
  - jogo quebra cabeça;
  - bola anti-stress.

Utilizados na vacinação como forma  
de distração e de alívio da dor



## REGISTOS DE ENFERMAGEM

- Devem ser incluídos:
  - história de dor;
  - escala de avaliação da intensidade de dor utilizada;
  - intensidade de dor avaliada;
  - estratégias utilizadas;
  - efeitos das estratégias.



## CONCLUSÃO

- A diminuição do medo, da ansiedade e da dor constitui um foco importante dos cuidados de enfermagem;
- É imperativa a utilização de estratégias adequadas no sentido de criar um ambiente acolhedor para a criança e seus pais, diminuindo o stress e o medo associado à vacinação;
- Não existe um conjunto de instruções fixas para cada situação, pois cada criança possui uma percepção própria de dor e níveis de desenvolvimento únicos;
- Cabe ao Enfermeiro decidir qual a melhor estratégia, tendo em conta a criança e a família presentes.



## OBRIGADO PELA ATENÇÃO!



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica. Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climeps Editores
- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, vol. 18, n.º 2, p. 295-306
- Blasi, D., e Cândido, L. (2015). Avaliação e manejo da dor na criança: percepção da equipe de enfermagem. *Seminário: Ciências Biológicas e da Saúde*, vol. 36, n.º 1, p. 301-310
- Batalha, L. (2013). *Dor em Pediatria. Compreender para mudar*. Lisboa: Lúde
- Batalha, L. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde e Tecnologia*, p. 16-21
- Bastos, M e Sousa, C. (2014). Valorizar a dor na criança: uma reflexão voltada para a praxis. *Nascer e Crescer*, vol.23, n.4
- Cândido, L. e Tacla, M. (2015). Avaliação e caracterização da dor na criança: utilização de indicadores de Qualidade. *Revista enferm UERJ*, julho/agosto, n.º 23, p. 526-532.
- Direção Geral da Saúde (2003). Circular Normativa n.º 09/DGCG. *A dor como 5.º sinal vital*. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2008). Circular Normativa N.º11/DSCS/DPCD. *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2010). Circular Normativa n.º014/2010: *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2010). Circular Normativa n.º024/2012: *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2012). Circular Normativa n.º022/2012: *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: DGS.
- Hockenberry, M. e Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª Edição. Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*, 4ª edição. Obtido em 10 de Maio de 2018
- International Association for the Study of Pain. (2011). *IASP Taxonomy*. Acedido em 10 de Maio de 2018: <http://www.iasppain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>
- Melo, L. e Pettengill, M. (2010). Dor na infância: atualização quanto à avaliação e tratamento. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.*, vol.10, n.º 2, p.97-102.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – enquadramento conceitual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática. Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor na Criança*. Caderno OE, Série I, n.º6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE- Classificação internacional para a Prática de enfermagem*. versão 2015. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO FORMATIVA

Com o preenchimento deste questionário pretende-se saber a sua opinião sobre a sessão de formação à qual assistiu. É de carácter individual, voluntário e os seus dados são confidenciais. Para o seu preenchimento, assinale a sua resposta com um X em cada pergunta, sendo que: 1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom e 5 – Excelente.

INDICADORES	AVALIAÇÃO				
	1	2	3	4	5
1 – Como classifica a organização dos conteúdos apresentados?					
2 – Como classifica a segurança e domínio da temática por parte da formadora?					
3 – Como classifica os meios audiovisuais utilizados durante a sessão?					
4 – Como classifica a utilidade da sessão de formação no sentido de melhorar a sua prática?					

Outras considerações

---

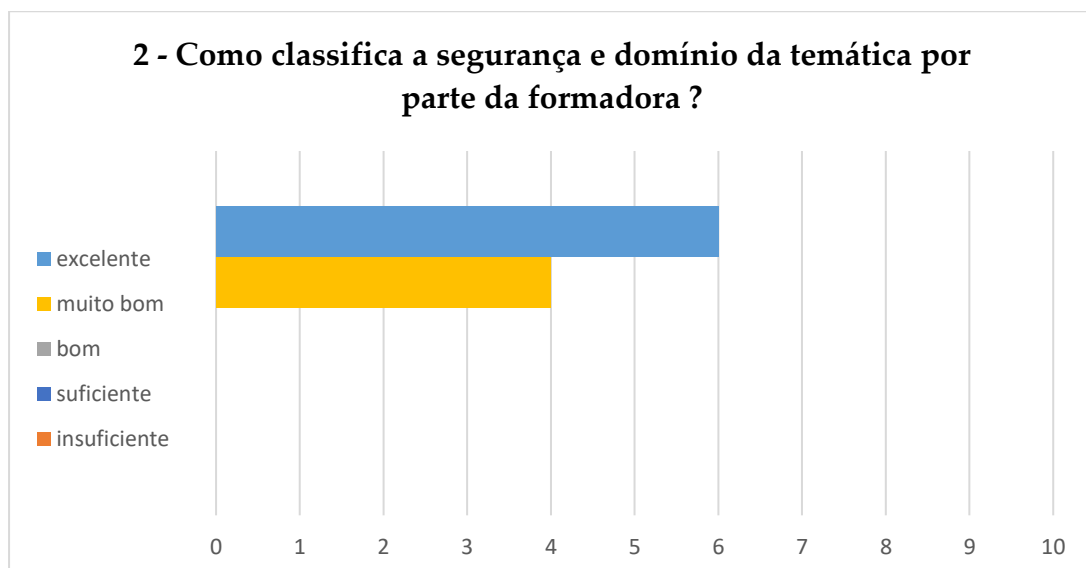
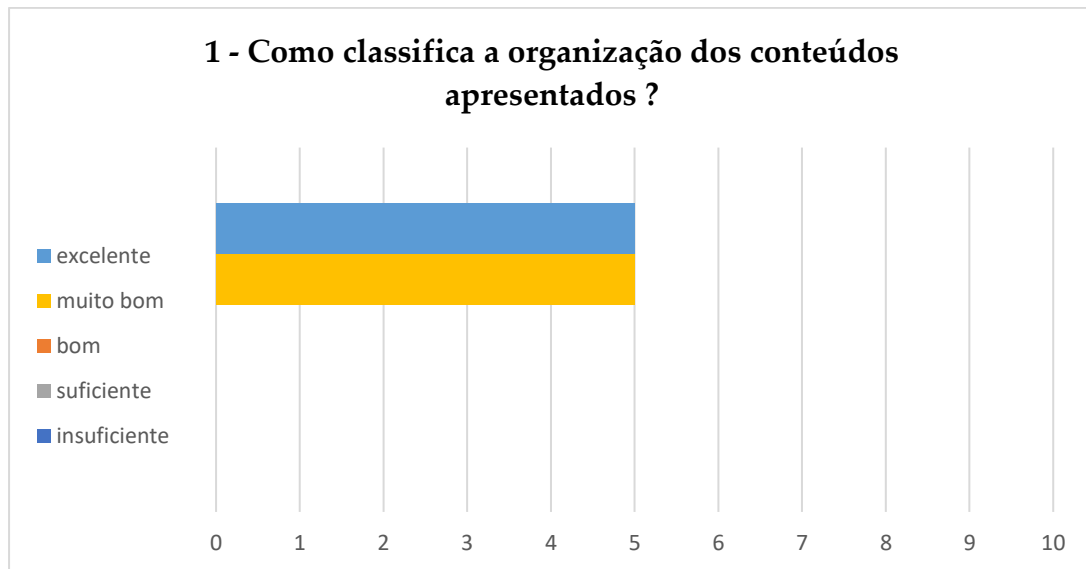
---

Obrigada pela sua colaboração!

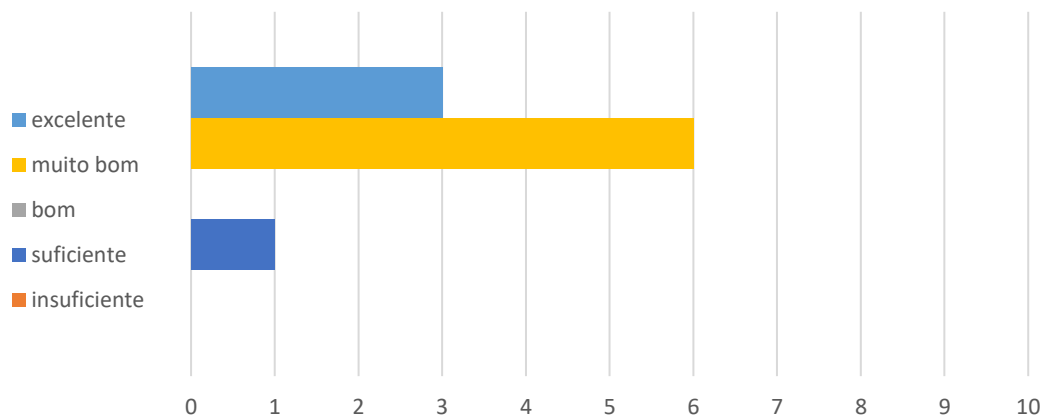
Enf<sup>a</sup> Sónia Pereira

Aluna do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

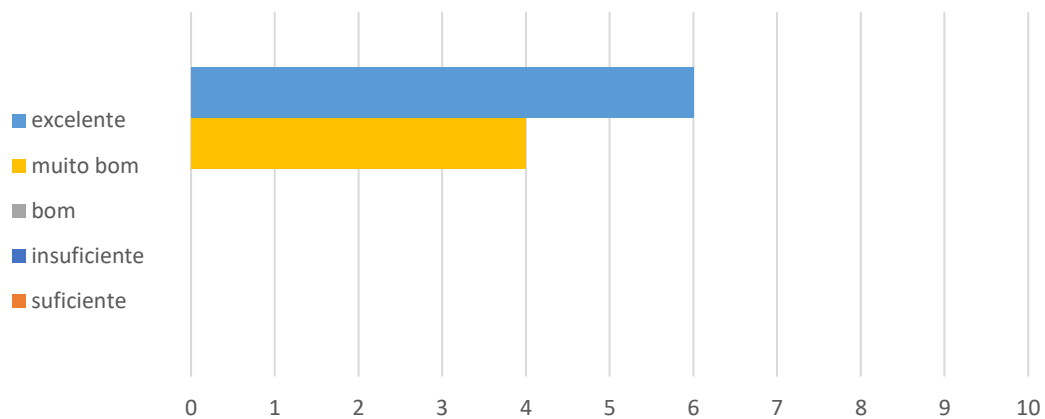
## TRATAMENTO DE DADOS DO QUESTIONÁRIO DA SESSÃO FORMATIVA



### 3 - Como classifica os meios audiovisuais utilizados durante a sessão ?



### 4 - Como classifica a utilidade da sessão de formação no sentido de melhorar a sua prática ?





Apêndice X- Suporte Informativo dirigido aos pais após alta no SO em contexto  
da Urgência Pediátrica



**URGÊNCIA PEDIÁTRICA – SALA DE OBSERVAÇÃO**  
Orientações de Enfermagem para a Alta

A/O \_\_\_\_\_ esteve internada na SO para vigilância.

No domicílio, deve manter os seguintes cuidados (assinalar as opções com uma cruz):

- Elevação da cabeceira
- Lavagem nasal com soro fisiológico
- Aspiração de secreção com aspirador nasal
- Dieta fracionada
- Ingestão de líquidos
- Vigiar sinais de alarme: febre, tiragem (“covichas”), vômitos ou dor
- Outros:

---

---

---

E administrar a medicação:

Nome	Dose	Horário	Termina a

Observações: \_\_\_\_\_

---

---

Data:

Enfermeira:

---

Saúde 24: 800242424



**Elaborado por:**  
Sónia Pereira – Aluna do MEEESIP da UCP

**Orientado por:**  
Enfermeiras \_\_\_\_\_  
Professora Doutora Zaida Charepe



Apêndice XI- Procedimento Geral “Cuidados de Enfermagem ao Recém-nascido, Criança e Adolescente com Dor” realizada em contexto da Urgência Pediátrica



	PROCEDIMENTO GERAL
	<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO, CRIANÇA E ADOLESCENTE COM DOR</b>

SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO		
Nº E DATA DE REVISÃO		

<b>APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO</b>
--

### 1. OBJECTIVO

- Capacitar os Enfermeiros para as intervenções farmacológicas e não farmacológicas utilizadas durante os procedimentos dolorosos no recém-nascido, criança e adolescente;
- Contribuir para o alívio da dor no recém-nascido, criança e adolescente, e desta forma melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

### 2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se aos Enfermeiros do Serviço de Obstetrícia, Unidade de Neonatologia, Serviço de Pediatria, Consulta Externa de Pediatria, Unidade Urgência Pediátrica e Serviço de Cirurgia do Ambulatório.

### 3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº em \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### 4. RESPONSABILIDADES

#### 4.1 Pela implementação do procedimento

#### 4.2 Pela revisão do procedimento:

Grupo de Trabalho do Projeto “A Linguagem da Dor em Pediatria”

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO
------------	-------------	----------------

## 5. DEFINIÇÃO

**Dor:** é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos reais ou eventuais dos tecidos, ou descrita em termos desses danos (IASP, 2011). Para Batalha (2010), é considerada um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural.

**Dor aguda:** é previsível, de duração inferior a três meses que desaparece quando tratada, podendo estar associada a traumatismo dos tecidos ou inflamação, e que frequentemente é acompanhada de ansiedade e medo. Pode levar ao desenvolvimento de dor crónica. É um exemplo, da dor aguda, a associada a procedimentos dolorosos na hospitalização da criança (Batalha, 2010).

**Dor crónica:** caracteriza-se por ser de longa duração (superior a três meses) e sem função biológica, persistindo depois de cumprir uma função necessária. É considerada uma verdadeira doença e não um sintoma da mesma. Ao perdurar na vida da criança adquire uma enorme importância para o seu bem-estar com influência no seu desenvolvimento global. Em idade pediátrica, a dor crónica é frequentemente consequência de doenças inflamatórias músculo-esquelética (Batalha, 2010).

**EMLA:** consiste numa mistura de dois anestésicos locais (lidocaína 2,5% e prilocaína 2,5%) na forma de creme sob penso oclusivo ou penso impregnado, que apresenta um efeito cerca de 60 a 90 minutos após a aplicação.

**Amamentação:** colocar o RN/criança ao seio materno antes, durante e após o procedimento.

**Canguru materno:** colocar o RN, 15 minutos antes do procedimento, em contacto ventral (apenas com a fralda) com o peito da mãe.

**Sucção não nutritiva:** oferecer a chupeta como medida terapêutica ao RN/criança (idade gestacional superior a 30 semanas e já que utilize a chupeta).

**Contenção:** pode ser realizada através da colocação de lençol ou de forma manual e evita a desorganização motora do RN/criança.

**Sacarose a 24% ou Glucose a 30%:** administrar a solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento. A dose mínima de administração é de 0,05 a 0,5 ml. Pode variar de acordo com a idade gestacional do RN, assim a dose máxima por procedimento é:

27-31 semanas IG	32-36 semanas IG	RN termo
0,5 ml	1 ml	2 ml

Deve ser conservada no frigorífico durante um período não superior a uma semana, se não for unidose.

**Relaxamento:** antes e/ou depois do procedimento, utilizar uma combinação de relaxamento muscular progressivo e de exercícios respiratórios para reduzir o nível de vigília e ansiedade.

**Informação antecipatória:** antes do procedimento, fornecer informação sobre o procedimento (o que se vai passar) e a nível sensorial (que sensações poderão ocorrer) a fim de ajudar a criança/adolescente a criar uma expectativa realista.

A antecedência é estimada pela idade e temperamento da criança/adolescente, devendo não ser excessiva para evitar a ansiedade antecipatória, mas suficiente para a criança/adolescente se preparar.

**Distração:** antes e durante o procedimento desviar a atenção da criança/adolescente através de atividades que envolvem a cognição ou o comportamento (ler, ver imagens, contar histórias, dizer as cores ou abecedário, cantar, construir um lego), dependendo da idade e preferências da criança/adolescente.

**Imaginação guiada:** levar a criança/adolescente a concentrar-se intensamente numa imagem mental do seu agrado que envolva componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas.

**Massagem:** efetuar estimulação cutânea através de manipulação com ou sem aplicação de óleo, durante 15 a 30 minutos.

**Reforço positivo:** antes do procedimento, combinar com a criança/adolescente o comportamento esperado e a recompensa. Após o final do procedimento, utilizar o elogio verbal (“gostei que tivesses ficado muito quieto como te pedi”) ou pequenos prémios (como por exemplo autocolantes, certificado de bom comportamento), conforme combinado.

**Modelação:** antes do procedimento, proporcionar a observação de outra criança a ser submetida a uma simulação do procedimento (por exemplo através de um vídeo ou demonstração com um boneco).

**Brincadeira lúdica:** estratégia de comunicação terapêutica, composta por diferentes técnicas que ajudam na transmissão de informações verdadeiras, em linguagem adequada ao desenvolvimento cognitivo e intelectual da criança/adolescente.

**Brincadeira terapêutica:** ferramenta essencial no cuidar de enfermagem que recorre ao uso do brinquedo terapêutico.

**Kit sorriso:** é constituído por uma variedade de materiais terapêuticos, didáticos e lúdicos (por exemplo: compressas, pensos, adesivos, ligaduras, soro fisiológico, máscaras, barretes, luvas cirúrgicas, seringas, brinquedos com texturas, cor e sons, cd's de música e histórias, livros, lápis para pintar, bonecos, fantoches, bolas de sabão, apitos tipo «língua da sogra», bolas anti-stress e jogos) que favorecem o controlo da dor associados à hospitalização e a procedimentos dolorosos.

**Buzzy Bee:** brinquedo em forma de abelha com uma bolsa de gel frio, que através de movimentos vibratórios dessensibiliza as terminações nervosas ajudando a diminuir ou eliminar a dor de um procedimento doloroso.

## 6. SIGLAS E ABREVIATURAS



DGS: Direção Geral da Saúde

EMLA: Eutectic mixture of local anesthetics

IG: Idade gestacional

ML: Mililitro

Nº: Número

OE: Ordem dos Enfermeiros

RN: Recém-nascido

## 7. REFERÊNCIAS

- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria. Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidle.
- Direção Geral da Saúde (2003). Circular Normativa nº 09/DGCG. *A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2010). Circular Normativa nº014/2010. *Orientações Técnicas sobre a Avaliação da Dor nas Crianças*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2012). Circular Normativa nº022/2012. *Orientações Técnicas sobre o Controlo da Dor em Procedimentos Invasivos nas Crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde (2012). Circular Normativa nº024/2012. *Orientações Técnicas sobre o Controlo da Dor nos Recém-Nascidos (0 a 28 dias)*. Lisboa: DGS.
- Internacional Association for the Study of Pain (2011). IASP Taxonomy. Obtido em 10 de Maio de 2018: <http://www.iasppain.org7Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDesinitions/default.htm>.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática. Estratégias Não Farmacológicas no controlo da Dor na Criança*. Caderno OE, Série 1, nº6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática. Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização*. Caderno OE, Série 1, nº 8. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

## 8. DESCRIÇÃO

A Dor pediátrica foi durante muito tempo subvalorizada, atualmente reconhece-se que o recém-nascido tem dor, guarda memória e que a dor não tratada tem consequências imediatas e a longo prazo (Batalha, 2010). A Direção Geral da Saúde, em 2003, equiparou a dor como o 5º sinal vital e considerou como norma de boa prática a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde (DGS, 2010).

O enfermeiro é o profissional de saúde que permanece mais tempo junto da criança com dor, por esse facto, tem a oportunidade de contribuir para o alívio da dor, dando visibilidade às suas ações autónomas e interdependentes (DGS, 2003).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), é importante respeitar critérios fundamentais que garantam os direitos do RN/criança/adolescente no alívio da dor:

- ter atenção à idade do RN/criança/adolescente e ao seu desenvolvimento cognitivo;
- negociar a presença dos pais;
- facilitar a segurança e proteção pelos pais;
- permitir que os pais decidam o tipo de colaboração que pretendem dar, tendo em conta o papel parental desejado no momento;
- sempre que possível, assegurar que os procedimentos sejam executados pelo enfermeiro com quem o RN/criança/adolescente e pais já têm uma relação de confiança estabelecida;
- dar informação à criança/adolescente, de forma simples e exata sobre o que irá ser feito;
- ser honesto;
- não utilizar os procedimentos dolorosos como ameaças;
- ajudar a criança/adolescente a fazer perguntas e exprimir sentimentos;
- não dar à criança/adolescente a falsa confiança e tranquilidade em relação ao procedimento doloroso, dizendo que “não vai doer nada”;
- não utilizar expressões com as quais a criança/adolescente se possa sentir humilhado, tais como “só és forte, se não chorares” ou “se te portares mal, deixo-te aqui sozinho”;
- ajudar a criança/adolescente a participar no controlo da sua dor;

- atribuir à criança/adolescente algum controlo sobre o tratamento;
- proporcionar o falar consigo próprio;
- dar feedback positivo;
- permanecer junto da criança/adolescente após um procedimento doloroso;
- planear os cuidados de forma a manipular/incomodar o menor número de vezes possível.

Compete, então, ao enfermeiro a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RN/criança/adolescente, a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em intervenções não farmacológicas para o alívio da dor.

As intervenções farmacológicas no controlo da dor referem-se a funções interdependentes, de complementaridade, e iniciam-se na prescrição efetuada pelo médico. Os fármacos analgésicos utilizados na Pediatria compreendem: não opióides (Paracetamol, Anti-inflamatórios não esteroides), opióides fracos (Tramadol e Codeína), opióides fortes (Morfina e Fentanil), sedativos (Midazolam, Diazepam, Hidrato de cloral) e anestésicos locais (EMLA e cloreto de etilo) (Batalha, 2010). Relativamente ao Paracetamol e ao Ibuprofeno, existem protocolos definidos na Urgência Pediátrica.

Cabe ao enfermeiro a responsabilidade de preparar e administrar a terapêutica prescrita, decidir quando administrar, se prescrita em SOS, avaliar e comunicar a sua eficácia, monitorizar e controlar os efeitos secundários, desempenhar um papel educativo junto da criança/adolescente e pais e colaborar na revisão terapêutica, consoante a avaliação contínua da dor e resposta ao tratamento (Batalha, 2010).

Segundo o Guia Orientador emitido pela Ordem dos Enfermeiros (2013), as intervenções não farmacológicas funcionam, de forma isolada ou em conjunto com as farmacológicas, como um importante recurso para o alívio da dor no RN/criança/adolescente.

Estas intervenções podem ser classificadas, segundo OE (2013) como:

- comportamentais (envolvem o ensino de comportamentos, como por exemplo, a distração e o relaxamento);
- cognitivas (utilizam métodos mentais, como por exemplo, a informação antecipatória, distração, reforço positivo, imaginação guiada e modelação);
- cognitivo-comportamentais (utilizam estratégias combinando pelo menos uma intervenção cognitiva e uma comportamental);
- físicas ou periféricas (permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular, como por exemplo, a

aplicação de calor ou frio- utilização do Buzzy Bee, a massagem, o posicionamento, a);

- suporte emocional (implica a presença de alguém significativo, os pais, que proporcionam conforto):
- ambientais (melhoria das condições ambientais, nomeadamente no que diz respeito à luz, ao ruído, à temperatura e à decoração).

Existem outras intervenções descritas pela DGS (2012), sendo elas: amamentação, canguru materno, sucção não nutritiva, contenção e sacarose a 24% ou glucose a 30%.

Algumas destas estratégias assentam na metodologia da brincadeira lúdica e da brincadeira terapêutica. Desta forma, cabe ao enfermeiro a utilização do Kit sorriso existente no serviço. A sua utilização permite o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais que favorecem o controlo da dor e estimula a cooperação e a criatividade dos vários intervenientes, através do ato de brincar.

De acordo com a DGS (2012), a dor deve ser avaliada antes, durante e após o procedimento doloroso e deve ser referido a intervenção não farmacológica utilizada pelo Enfermeiro para o alívio da dor.

A presença dos pais, no momento doloroso para o RN/criança/adolescente, é um elemento importante na planificação e execução das intervenções não farmacológicas, e o Enfermeiro deve compreender a importância deste papel e deve promover a adaptação da parentalidade na transição de saúde-doença (OE, 2013).

Desde 1981 que se reconhece, em Portugal, a importância dos pais no acompanhamento do seu filho durante a hospitalização. Para Batalha (2010), a presença dos pais por si só não é suficiente para uma gestão da dor e nem sempre os pais são competentes para a presença de qualidade. Desta forma, o enfermeiro deve negociar a sua presença e deve ensiná-los a terem uma presença de qualidade durante o procedimento doloroso. Assim, os pais devem ser envolvidos nos cuidados, proporcionando um aumento de confiança e capacidade na tomada de decisões.

De acordo com Ordem dos Enfermeiros (2015), tornar os pais parceiros nos cuidados implica que fiquem mais autónomos, adaptando as suas competências parentais durante a hospitalização da criança. O compromisso do enfermeiro durante a fase de transição passa pelo apoio, ensino, instrução e treino dos pais, e forma a capacitá-los para o melhor regime terapêutico do filho.

## 8.1. Recém-nascido

O RN saudável, é exposto, no primeiro mês de vida, a procedimentos invasivos cuja dor pode ser prevenida através de intervenções não farmacológicas. Quando nasce prematuramente ou doente, o internamento em Unidade Neonatal de Cuidados Intermédios ou Intensivos é acompanhado por uma elevada frequência de procedimentos invasivos diagnósticos e terapêuticos, ou tratamentos médicos e cirúrgicos que provocam dor aguda e/ou persistente. (DGS, 2012)

Desta forma, a Direção Geral da Saúde (2012) refere que o enfermeiro deve estar desperto para as manifestações de dor no RN e ter em mente que a partir das 24 semanas de gestação, este responde aos estímulos dolorosos.

<b>Manifestações de Dor no RN</b>		
<b><u>Sono/Alerta</u></b>	<b><u>Fisiológico</u></b>	<b><u>Coloração</u></b>
Alterações bruscas	Taquicardia e posteriormente bradicardia, hipoxémia, hipotermia e hipertensão	Palidez cutânea, cianose ou rubor
<b><u>Expressão facial</u></b>	<b><u>Postura</u></b>	<b><u>Vocalização</u></b>
Fácies contraído, testa, olhos e/ou sobrancelhas franzidas, movimentos oculares rápidos, lábios e boca franzida ou contraída	Movimentos de fuga, Moro acentuado, flexão e extensão dos membros em movimentos descoordenados, extensão do pescoço, tronco e membros, afastamento dos dedos das mãos e pés, postura desalinhada, inerte (incapacidade de reagir, olhar fixo, vago e rigidez facial)	Esboço de choro ou choro silencioso (frequente no bebé ventilado) e choro

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), as intervenções não farmacológicas mais eficazes nesta faixa etária são:

- redução da incidência de luzes sobre o RN (utilização de capa protetora);
- redução do ruído ambiente associados ao equipamento e a equipa de saúde;
- preservação dos períodos mais prolongados de sono e repouso com estabelecimento do ciclo dia-noite;

- posicionamento adequado do RN, como por exemplo a posição fetal/curvada e contenção em ninhos ou rolos;
- concentração de manipulações agrupando os cuidados a realizar;
- massagem;
- método canguru;
- sucção não nutritiva;
- amamentação;
- sacarose a 24% ou glucose a 30%.

## 8.2. Criança e Adolescente

A dor na criança/adolescente apresenta uma enorme variabilidade na forma como se expressa. Para uma correta intervenção do enfermeiro, é fundamental identificar as reações de cada grupo etário face aos procedimentos dolorosos.

<b>Manifestações de Dor</b>
<b><u>Lactente</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem palavras para descrever a dor;</li> <li>• Memoriza acontecimentos dolorosos;</li> <li>• Responde com ansiedade ao comportamento dos pais;</li> <li>• Resposta corporal generalizada de rigidez e agitação;</li> <li>• Choro forte;</li> <li>• Expressão facial de dor ou medo;</li> <li>• Resistência física;</li> <li>• Demonstra associação entre estímulo de aproximação e dor subsequente.</li> </ul>
<b><u>Toddler</u></b>
<p>Choro alto, grito estridente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usa palavras para a dor (“Ui”, “Ai”, “Dói”);</li> <li>• Agita os braços e pernas;</li> <li>• Tenta empurrar o estímulo para longe antes de ser aplicado;</li> <li>• Ausência de cooperação;</li> <li>• Exige o término do procedimento;</li> <li>• Segura-se à mãe ou pai;</li> <li>• Exige apoio emocional, como abraços ou outra forma de conforto físico;</li> <li>• Pode sentir mais distress se os pais estão ausentes;</li> </ul> <p>Comportamentos em antecipação ao procedimento doloroso real.</p>

<b><u>Pré-escolar</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chora e grita;</li> <li>• Agita braços e pernas;</li> <li>• Usa a linguagem para exprimir a dor, mas apenas a um nível concreto e sensorial;</li> <li>• Acredita na dor como punição de algo errado que fez;</li> <li>• Mistura factos reais com ficção;</li> <li>• Teme as lesões corporais ou a mutilação medo de agulhas;</li> <li>• Tenta atrasar os tratamentos dolorosos ou desconfortáveis;</li> <li>• Precisa de sentido de controlo; coopera melhor se são envolvidos na avaliação e tratamento;</li> </ul> <p>Tende a culpar alguém pela própria dor e pode bater na pessoa.</p>
<b><u>Idade Escolar</u></b>
<p>Rigidez muscular;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teme a mutilação corporal;</li> <li>• Comportamento de esquivez, como “Espere um minuto”;</li> <li>• Pode adiar a gratificação;</li> <li>• Compreende o tempo.</li> </ul>
<b><u>Adolescente</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensão muscular e controlo corporal aumentados;</li> <li>• Usa expressões verbais como “Doí” e “Estás a magoar-me”;</li> <li>• Precisa de manter a auto-estima e controlo;</li> <li>• Pode não mostrar comportamentos da dor por vergonha;</li> <li>• Teme perder o controlo durante a experiência dolorosa;</li> <li>• Sente-se onnipotente, como se nada o pudesse magoar, por isso pode não cumprir o tratamento;</li> <li>• Acredita que o enfermeiro sabe quando é necessária a medicação para a dor, pelo que não a pede.</li> </ul>

Batalha (2010)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), as intervenções não farmacológicas para alívio da dor devem ser adequadas à idade e estágio de desenvolvimento, sendo elas:

<b><u>Lactente</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Método canguru;</li> <li>- Sucção não nutritiva;</li> <li>- Amamentação;</li> <li>- Sacarose a 24% ou Glucose a 30%;</li> <li>- Distração;</li> <li>- Aplicação de calor ou frio;</li> <li>- Massagem.</li> </ul>	Gerir os estímulos ambientais e agrupar os cuidados, respeitando os momentos de vigília-reposo.
<b><u>Toddler</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sucção não nutritiva;</li> <li>- Amamentação;</li> <li>- Sacarose a 24% ou Glucose a 30%;</li> <li>- Distração;</li> <li>- Massagem;</li> <li>- Aplicação de calor ou frio;</li> <li>- Reforço positivo.</li> </ul>	Usar linguagem simples, neutra e centrada nas suas sensações.
<b><u>Pré-escolar</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distração;</li> <li>- Relaxamento;</li> <li>- Reforço positivo;</li> <li>- Massagem;</li> <li>- Aplicação de calor ou frio;</li> <li>- Modelação;</li> <li>- Informação antecipatória.</li> </ul>	Explicar à criança o que vai sentir, qual a parte do corpo envolvida e o que pode fazer para ajudar.
<b><u>Escolar</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Massagem;</li> <li>- Distração;</li> <li>- Informação antecipatória;</li> <li>- Relaxamento;</li> <li>- Imaginação guiada;</li> <li>- Aplicação de calor ou frio;</li> <li>- Modelação;</li> <li>- Reforço positivo.</li> </ul>	Dar tempo à criança para interiorizar sobre o que lhe vai acontecer e negociar a hora do procedimento; e explicar quais os comportamentos esperados.
<b><u>Adolescente</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaxamento;</li> <li>- Massagem;</li> <li>- Reforço positivo;</li> <li>- Distração;</li> </ul>	Garantir a privacidade e discutir as implicações na sua imagem corporal.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informação antecipatória;</li> <li>- Modelação;</li> <li>- Aplicação de calor ou frio;</li> <li>- Imaginação guiada.</li> </ul>	
--	--	--

## 9. INDICADORES

Taxa de conformidades de avaliação e registo da dor na área pediátrica =

$$\frac{\text{Nº de conformidades de avaliação e registo da dor}}{\text{Nº total de auditorias realizadas pelos auditores internos}} \times 100$$

% de crianças e adolescentes a quem lhe foram aplicadas medidas não farmacológicas para o alívio da dor=

$$\frac{\text{Nº crianças com pelo menos uma medida não farmacológica para alívio da dor}}{\text{Nº total de crianças com registo de dor e/ou procedimento doloroso}} \times 100$$

Nº total de crianças com registo de dor e/ou procedimento doloroso

Apêndice XII- Manual de apoio aos pais “Nascer Prematuro” realizado em  
contexto de internamento em Neonatologia





## Manual Nacer Prematuro

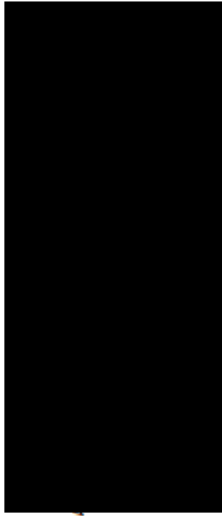


Unidade de Neonatologia

Elaborado por:  
Sónia Pereira – Aluna do MEEESP da UCP  
Coautorado por:  
Enfermeiras | Professora Doutora Zaida Charópe



Outubro de 2018



### Olá Papás, Bem-vindos à Unidade de Neonatologia

Este manual vai esclarecer algumas dúvidas sobre a prematuridade e sobre os cuidados que o vosso bebé vai precisar até ao momento da alta da Unidade.

A Equipa de Saúde estará presente e disponível para vos ajudar, orientar na participação nos cuidados ao vosso filho e esclarecer qualquer tipo de dúvidas que tenham.

Nome do Bebê:	
Data do Parto:	
Idade Gestacional:	



### Telefone Importante:

Unidade de Neonatologia



*"Ser mãe ou pai antes do tempo... estar preso a todos os gestos, monitores, alarmes... viver a paternidade do lado de fora da incubadora. Ser pai ou mãe de um bebé intocável, frágil. Tantas dúvidas e incertezas!"*

(Sociedade Portuguesa de Neonatologia)

Durante este percurso, os pais podem procurar apoio junto da família e amigos, dos profissionais de saúde que sintam mais confiança, de famílias que passam por situação idêntica ou associações de apoio ao bebé.



A 17 de Novembro comemora-se o Dia Mundial da Prematuridade, onde existe uma consciencialização desta problemática a nível mundial e onde são homenageados todos os prematuros e as suas famílias.

#### Espacos para Dúvidas e Preocupações dos Papás:

---

---

---

---

---

---

---

---

#### O que é um Bebê Prematuro?

A duração de uma gravidez é considerada de termo, quando o parto se realiza entre as 37 semanas e 42 semanas de gestação. Quando o bebé nasce antes das 37 semanas este é prematuro.

Carateriza-se pela imaturidade dos seus órgãos, tornando-o mais vulnerável a determinadas doenças e mais sensível a determinados fatores externos.

<http://www.xxs-prematuros.com/>



Fisicamente, este apresenta:

- Tamanho pequeno;
- Baixo peso ao nascer;
- Pele fina, brilhante e rosada;
- Veias visíveis sobre a pele;
- Cabelo escasso;
- Orelhas finas e moles;
- Cabeça grande e desproporcional em relação ao corpo;
- Atividade física reduzida;
- Reflexos de sucção e de deglutição fracos ou inexistentes;
- Respiração irregular.

<http://www.xxs-prematuros.com/>

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, em Portugal, registou-se um acréscimo do número de bebés prematuros de 7,4% para 7,8%, em 2016. Cerca de oito em cada 100 recém-nascidos, nascem prematuros.

### Parentalidade na Prematuridade

O nascimento de um filho é um momento marcante e importante na vida do casal. Assinala a transição de uma nova fase do ciclo de vida, designada de Parentalidade.

A Parentalidade fica comprometida com o nascimento de um filho prematuro, uma vez que as expectativas parentais não se concretizaram e a necessidade de internamento do bebé, origina momentos de medo, tristeza, dor, culpa e negação.

A experiência do internamento de um bebé prematuro é um momento de ansiedade e preocupação para os pais. A Equipa de Saúde estará sempre presente e tem um papel fundamental durante o internamento.

### Cuidados ao Bebé Prematuro

Os Enfermeiros são profissionais de saúde fundamentais na prestação de cuidados ao vosso bebé, privilegiando a parceria de cuidados com os pais.

O vosso bebé encontra-se dentro de uma incubadora rodeado de tubos e fios, ligado a equipamento de alta tecnologia.

É importante que os pais realizem as orientações fornecidas pela Equipa de Saúde, de modo a promover o bom desenvolvimento, conforto e tranquilidade do vosso bebé.

O vosso bebé necessita de momentos de sono, evitando o ruído e a luminosidade. Toquem, interajam com ele, falando ou cantando.



Todos estes aspetos vão melhorar os laços de ligação entre os pais e o vosso bebé.

Existe o projeto na unidade "Polvo de Amor", que proporciona um polvo em croché e que acompanha o bebé desde a admissão até ao regresso da casa. Os tentáculos do polvo são semelhantes ao cordão umbilical, o que permite que o bebé esteja calmo e que não retire os outros fios.



De acordo com a estabilidade do bebé, a mãe é sempre incentivada a amamentar e a realizar o método canguru (contato pele a pele do bebé e o peito da mãe ou pai).



Os pais são considerados os melhores cuidadores do bebé e a vossa participação nos cuidados é fundamental.

Cabe à Equipa de Saúde ajudar-vos na participação dos mesmos, bem como o esclarecimento de dúvidas e receios.

Durante o internamento, serão realizados pelos Enfermeiros, vários ensinamentos aos pais, como por exemplo a mudança da fralda, aleitamento materno, cuidados de higiene e desconforto do bebé. Estes ensinamentos permitem a aquisição de confiança e autonomia dos pais no cuidar do bebé.



Apêndice XIII- Relatório da Sessão de educação para a saúde “Promoção das Competências Parentais: Cuidados ao Recém-nascido” realizado no contexto de internamento em Neonatologia





CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA-PORTO

## Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho desenvolvido em contexto do Internamento em Neonatologia

Sónia Cristina Venâncio Pereira

2018

177

## Índice

INTRODUÇÃO .....	179
PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE .....	180
DISPOSITIVOS UTILIZADOS NA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE .....	181
QUESTIONÁRIO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	190
TRATAMENTO DE DADOS SOBRE A SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE .....	191

## INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular “Estágio final e Relatório” integrada no Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, propus-me a elaborar este presente relatório, onde descrevo as atividades desenvolvidas para a realização da sessão de educação para a saúde.

Foram, então, desenvolvidas as seguintes atividades:

- Realização do plano de sessão,
- Criação dos dispositivos utilizados na sessão,
- Elaboração de questionário de avaliação da sessão,
- Avaliação dos dados obtidos através do questionário.

PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “PROMOÇÃO DAS  
COMPETÊNCIAS PARENTAIS: CUIDADOS AO RN”

**Tema:** Promoção das Competências Parentais: Cuidados ao Recém-nascido

**Destinatários:** Pais de recém-nascidos internados na Unidade de Neonatologia [REDACTED]  
[REDACTED]

**Modalidade de Sessão:** Educação para a Saúde

**Caraterização da Sessão:** Expositiva e Interativa

**Fundamentação da Pertinência:** O nascimento de um bebé, é um momento único e marcante para os pais. Estes têm de assumir o novo papel parental, com responsabilidades e competências acrescidas. Com a necessidade de internamento do recém-nascido, existe uma separação e os pais sentem uma ambiguidade de emoções. Assim, o processo de Parentalidade encontra-se comprometido. Cabe ao Enfermeiro Especialista apoiar os pais durante o processo de transição e de adaptação à Parentalidade.

**Objetivos:**

- Aquisição de competências parentais na área dos cuidados ao recém-nascido.
- Verbalização das dúvidas e medos face aos cuidados ao recém-nascido.

**Formadora:** Sónia Pereira

**Orientação:** Enfermeira [REDACTED] e Professora Doutora  
Zaida Charepe

**Data e Hora:** 2 de Novembro de 2018 às 18:00

**Local da Sessão:** [REDACTED]

**Duração:** 30 minutos

## DISPOSITIVOS UTILIZADOS NA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

**PROMOÇÃO DAS COMPETÊNCIAS  
PARENTAIS: CUIDADOS AO  
RECÉM-NASCIDO**

Unidade de Neonatologia do Centro Hospitalar [REDACTED]

Elaborado por:  
Sónia Pereira – Aluna do MEEESIP da UCP  
Orientado por:  
Enfermeira [REDACTED]  
Professora Doutora Zaida Charepe

### Plano da Sessão:

Título:	Promoção das Competências Parentais: Cuidados ao Recém-nascido
Destinatários:	Pais de recém-nascido internados na Unidade de Neonatologia do Centro Hospitalar [REDACTED]
Formadora:	Sónia Pereira
Local:	Unidade de Neonatologia [REDACTED]
Data e Hora:	02/11/2018 - 18:00
Duração:	30 minutos

### Objetivos:

- Aquisição de competências parentais na área dos cuidados ao recém-nascido.
- Verbalização das dúvidas e medos face aos cuidados ao recém-nascido.



## Introdução:

- O nascimento de um bebê, é um momento único e marcante para os pais. Estes têm de assumir o novo papel parental, com responsabilidades e competências acrescidas (Cardoso, 2011).
- Com a necessidade de internamento do recém-nascido, existe uma separação e os pais sentem uma ambiguidade de emoções (Santos, Alves e Apolinário, 2010). Assim, o processo de Parentalidade encontra-se comprometido. Cabe ao Enfermeiro Especialista, apoiar os pais durante o processo de transição e de adaptação à Parentalidade (OE, 2015).
- Durante o internamento na Unidade de Neonatologia, a relação que é estabelecida entre a Equipa de Enfermagem e os pais, é um ponto chave para os ensinos. A participação precoce dos pais nos cuidados a prestar ao recém-nascido pode gerar benefícios aos pais, que incluem a diminuição do stress, o aumento da confiança e das habilidades nos cuidados (CH ■■■ 2011).
- O Enfermeiro Especialista deve estimular o estabelecimento de competências parentais e de autonomia, para que após a alta os pais se sintam preparados para assumir um melhor desempenho da função parental (OE, 2015).

## Competências Parentais



## Aleitamento Materno:

- O leite materno é o alimento mais vivo, completo e natural.
- É adequado às necessidades nutricionais do recém-nascido nos primeiros meses de vida.



## Benefícios do Aleitamento Materno:

Para o Bebê

Satisfaz as necessidades do bebê durante os primeiros 6 meses de vida ( contém nutrientes e hidratação adequados, é de fácil digestão e isento de microrganismos).

Fornecer proteção imunológica ao bebê (reduz alergias e doenças).

Estabelece o primeiro contato de interação mãe/filho, que são fundamentais para o equilíbrio, desenvolvimento emocional do bebê.

Para a Mãe

Os órgãos maternos retomam mais facilmente à sua condição antes da gravidez.

Proteção contra o cancro da mama e menor risco do cancro do ovário.

Não requer utensílios de apoio e não acarreta custos económicos.

## Fatores que contribuem para uma boa amamentação:

### Posicionamento:

#### Mãe:

- Costas direitas mas relaxadas e apoiadas;
  - Confortável;
- Deve ser capaz de suportar o bebê à mama sem ter de se inclinar para a frente.



<https://www.gestacobebe.com.br/posicoes-confortaveis-para-amamentar/>

#### Bebê:

- A cabeça alinhada com o corpo;
- Corpo todo virado para a mãe;
- Corpo totalmente suportado, pela mãe ou por uma almofada;
- Relaxado, confortável e a mamar.



<https://www.guiadobebe.com.br/tecnicas-e-posicoes-para-amamentar/>

## Boa Pega



<http://boapostura.com.br/postura-correta-so-amamentar/>

### É importante:

- A amamentação deve acontecer num ambiente tranquilo, em horário livre e a sua duração não deve ser estabelecida.
- Antes de amamentar deve realizar a lavagem das mãos.
- O bebê deve esvaziar completamente a mama uma vez que o leite do final da mamada é o mais rico em gordura. Pode ainda oferecer a outra mama se o bebê não estiver satisfeito.
- O bebê deve ser posto a "arrotar" no final da mamada.
- No final da mamada, utilize o seu próprio leite para proteger os mamilos.
- Na mamada seguinte, oferecer primeiro, a mama que não mamou ou que mamou pouco.

### A mãe deve:

- Manter uma alimentação equilibrada e uma boa hidratação,
- Evitar bebidas alcoólicas, bebida com cafeína, tabaco e auto-medicação,
- Criar períodos de sono e repouso no intervalo das mamadas.



## Higiene e Vestuário



## Banho:

É considerado um momento ideal de interação e conhecimento mútuo entre o bebê e os pais.

- A melhor hora é aquela em que os pais estejam disponíveis, proporcionando um ambiente aquecido, calmo e agradável.
- O bebê não precisa de tomar banho diariamente, no entanto a cara, as pregas do pescoço, braços e a zona da fralda necessitam de maior atenção.
- Preparar todo o material necessário para o banho. Este não deve ser prolongado, para evitar a perda de calor.
- Colocar a água na banheira a uma temperatura tépida e avaliar a temperatura através da submersão da face interna do punho. Colocar primeiro a água fria e depois a água quente, com a loção própria do bebê (sabão de Ph neutro).
- Ainda com o bebê nas toalha, lavar com água sem a loção, os olhos, face e orelhas.
- Colocar o bebê na banheira, apoiando a nuca no pulso e segurando-o com a mão na região da axila do bebê.
- Lavar a cabeça, tronco, braços, pernas e genitais.
- Retirar o bebê e secá-lo bem, com especial atenção às pregas, zonas axilares e região inguinal.
- Colocar a fralda abaixo do coto umbilical.
- Realizar uma massagem com creme hidratante.
- E por último vestir o bebê.



## Vestuário:

- Deve ser apropriado ao meio ambiente e na mesma quantidade que o adulto se veste.
- Dar preferência às roupas de algodão.
- Lavar as roupas do bebê, à parte do adulto e com detergente próprio.
- Remover as etiquetas e verificar se os adereços estão bem presos.
- No Verão, ter atenção à exposição solar e adotar medidas de proteção.
- No Inverno, ter atenção à proteção das mãos, cabeça e ouvidos.



## Desconforto do Bebê



## Choro:

É uma forma que o bebê tem para comunicar, podendo significar:

- Fome,
- Fralda suja,
- Calor/frio,
- Sono,
- Cólicas,
- Necessidade de arrotar,
- Excitação,
- Querer mimos.



### É importante:

- A mãe manter a calma e dar muito mimo e colinho.

## Cólicas:

- É uma distensão abdominal, devido a acumulação de gases e de fezes.
- Ocorre mais frequentemente durante o fim da tarde e noite.
- É um acontecimento frequente e desaparece espontaneamente por volta dos 3-4 meses de idade.



- Garantir a técnica de mamada correta, evitando a ingestão de ar e colocando o bebê a arrutar sempre.
- A mãe deve fazer uma alimentação adequada.
- Fazer massagem/manobras facilitadoras da atividade intestinal.

- Fazer uma massagem na região umbilical no sentido do ponteiro do relógio,
- Efetuar movimentos de elevação das pernas, fletindo-as e empurrando-as em direção à barriga do bebê.

## Asfixia e Aspiração:

### Manobra de desengasamento:

- Colocar o bebê em decúbito ventral com a cabeça ligeiramente inclinada para baixo, suportando a cabeça na mão e apoiando o tórax sobre o antebraço.
- Aplicar 5 pancadas nas costas (com a mão em forma de concha).

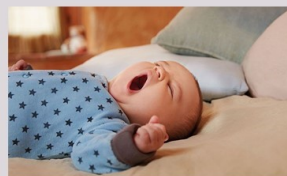


### Prevenção:

- Não usar fios no pescoço do bebê.
- Posicionar corretamente a criança durante as mamadas.
- Dormir, preferencialmente, sempre em decúbito dorsal.
- Não colocar almofadas, brinquedos no berço.
- Ao deitar, colocar o bebê com os pés no fundo da cama, e não utilizar roupa pesada.

## Sono e Repouso:

- Após a mamada, o bebê adormece e acorda de novo quando tiver fome.
- É frequente passar grande parte do dia a dormir. À medida que vai crescendo, o bebê está acordado mais horas durante o dia e começa a estabelecer um ritmo noturno de sono.



- Quando o bebê faz o sono diurno, a luminosidade e ruído habituais devem manter-se para que o bebê tenha percepção que é dia. À noite a restrição é importante
- É fundamental criar rotinas na hora de dormir, como o banho, mama e cantar uma música. Criar um ambiente calmo.
- O bebê deve ser deitado em deitado dorsal e no berço.
- Não utilizar almofadas, roupas pesadas e brinquedos no berço.

## Ambiente do bebê:

- O ambiente que envolve o bebê deve ser calmo e harmonioso.
- Os pais devem transmitir amor, afeto, carinho e estimular o bebê.
- O quarto do bebê deve ser arejado, com luz natural e cores suaves.
- Os passeios devem ser ao ar livre e pouco movimentados.
- O bebê deve ser vestido de acordo com o ambiente onde se encontra.



## Vigilância e Vacinação



## Vigilância de Saúde:

- Deve ser efetuada no Centro de Saúde ou no Pediatra Particular
- É desejável que as consultas sejam realizadas nas seguintes idades:
  - primeira semana de vida;
  - 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses;
  - 12 meses, 15 meses, 18 meses;
  - 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 e 8 anos;
  - 10, 12/13 e 15/18 anos.
- Deve sempre levar o Boletim de Saúde Infantil e o Boletim Individual de Saúde.
- Se o bebé fizer aleitamento materno exclusivo deve ser pesado semanalmente até ao 1º mês de vida.
- Entre o 3º e 6º dia de vida, o bebé deve efetuar o Diagnóstico Precoce (Teste do Pezinho).



## Vacinação:

- É o meio mais eficaz e seguro para a proteção contra certas doenças.
- As vacinas do Plano Nacional de Vacinação são gratuitas e administradas no Centro de Saúde e Hospitais. As que não integram o Plano, só podem ser administradas com receita médica.

Vacinas contra	Idade									
	Nascimento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5-6 anos	10-13 anos	Toda a vida 10/10 anos	
Tuberculose	BCG									
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3						
Hanseniões Influenza B		HB 1	HB 2	HB 3		HB 4				
Sarampo			DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5	T6	T6
Toxo, Coqueluche										
Poliomielite		VP 1	VP 2	VP 3				VP 4		
Meningococo C,III						Menc 1				
Sarampo Escarlatina epidémica Rubéola						VASPR 1		VASPR 2		
Caprimunicação Humana, Bb									13 anos HPV 1,2,3	

Obrigado pela atenção!



## Referências Bibliográficas:

- Cardoso, A. (2011). *Tornar-se Mãe, Tornar-se Pai: Estudo sobre a Avaliação das Competências Parentais*. Doutoramento em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. Porto.
- Centro Hospitalar [REDACTED] (2011). *Manual de Procedimentos: Competências Parentais na Preparação da Alta do Recém-nascido*. [REDACTED]
- Centro Hospitalar [REDACTED] (2016). *Cuidados a ter com o bebé*. [REDACTED]
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional de Vacinação*. Obtido de: <https://www.dgs.pt/em-destaque/novo-programa-nacional-de-vacinacao-pdf.aspx>.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática- Adaptação à Parentalidade Durante a Hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Santos, A., Alves, C., Apolinário, M. (2010). A Aquisição de Competências Parentais na Área do Cuidar do Recém-nascido Prematuro: Efetividade da Educação Realizada pelo Enfermeiro. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INEAD Revista de Psicologia*. Nº2. p. 237-250.

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Com o preenchimento deste questionário pretende-se saber a sua opinião sobre a sessão de educação à qual assistiu.

É de carácter individual, voluntário e os seus dados são confidenciais.

Para o seu preenchimento, assinale a sua resposta com um X em cada pergunta, sendo que: 1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom e 5 – Excelente.

INDICADORES	AVALIAÇÃO				
	1	2	3	4	5
1 – Considera que a sessão de educação foi útil?					
2 – Considera que os objetivos da sessão foram cumpridos?					
3 – Considera que foram abordados todos os pontos importantes sobre os cuidados ao recém-nascido?					
4 – Considera que o conteúdo da sessão foi apresentado de forma adequada?					
5 – Considera que a Formadora teve conhecimentos sobre o tema?					

Outras opiniões:

---

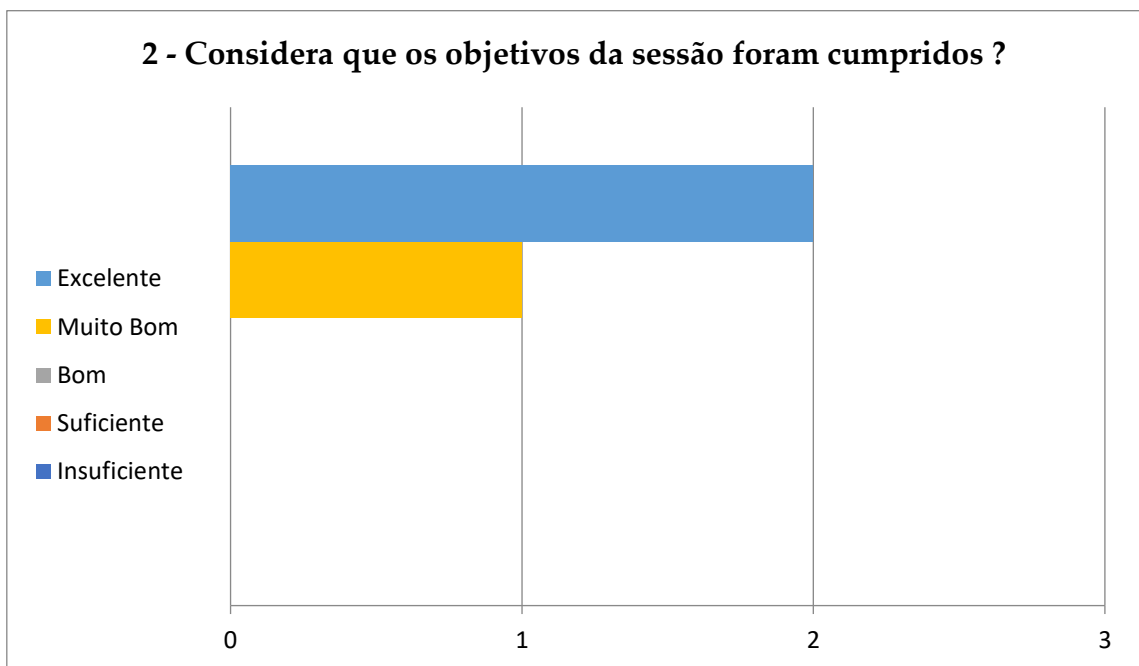
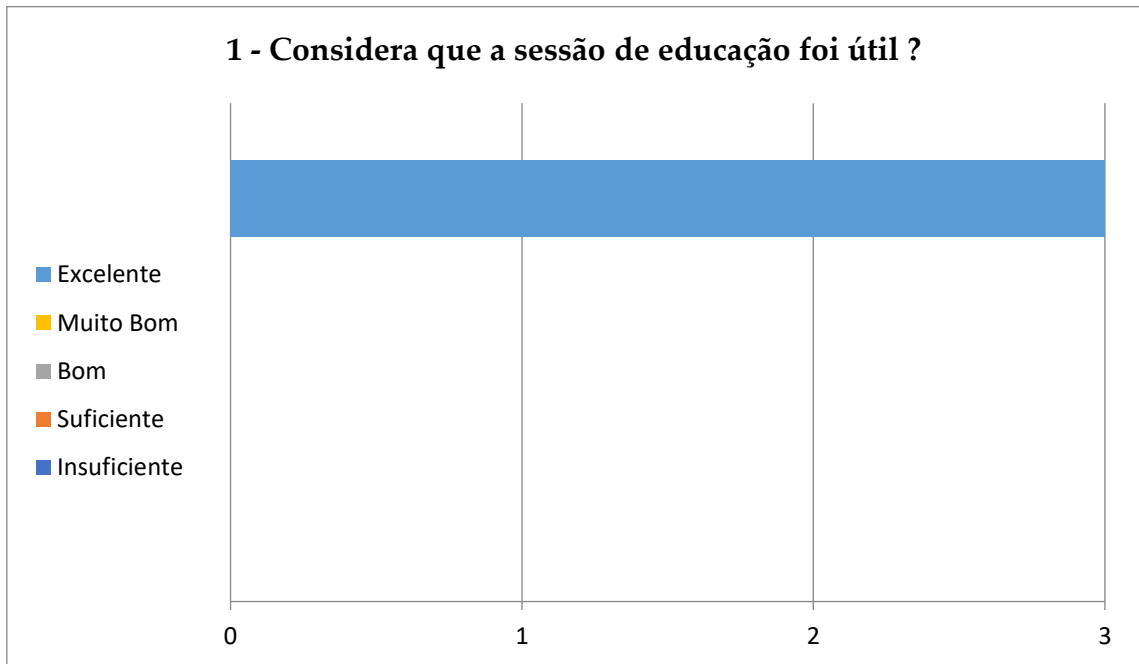
---

Obrigada pela sua colaboração!

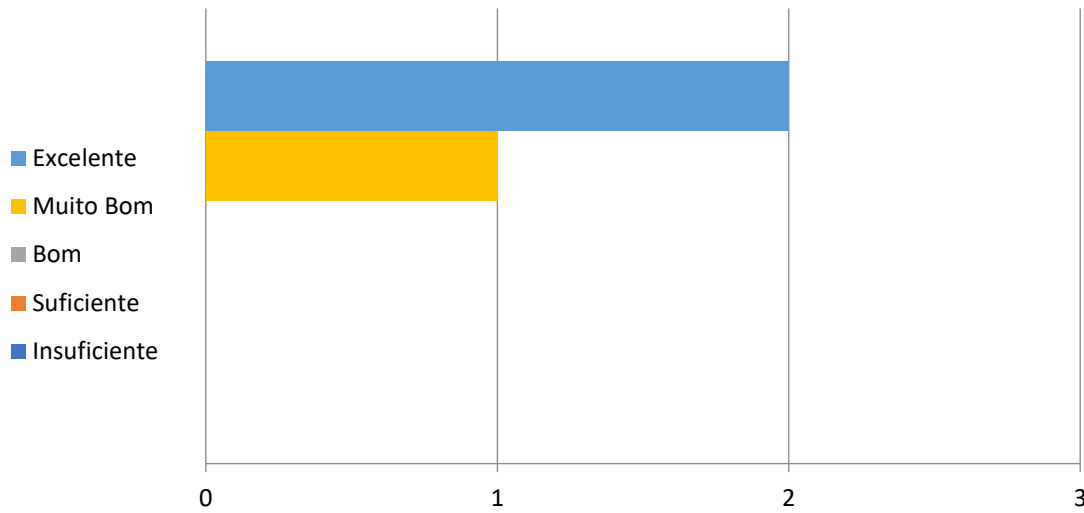
Enf<sup>a</sup> Sónia Pereira

Aluna do Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

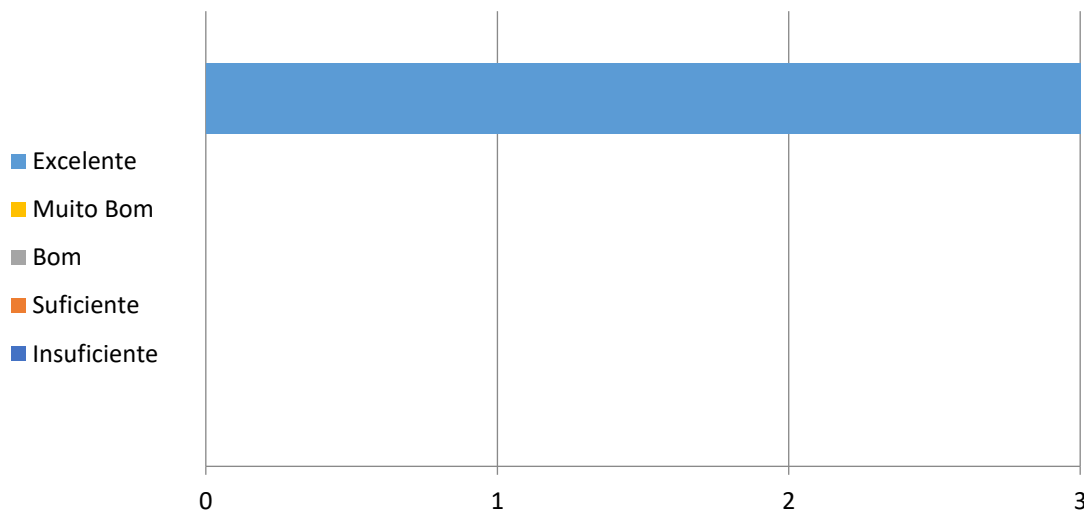
TRATAMENTO DE DADOS DO QUESTIONÁRIO DA SESSÃO DE  
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



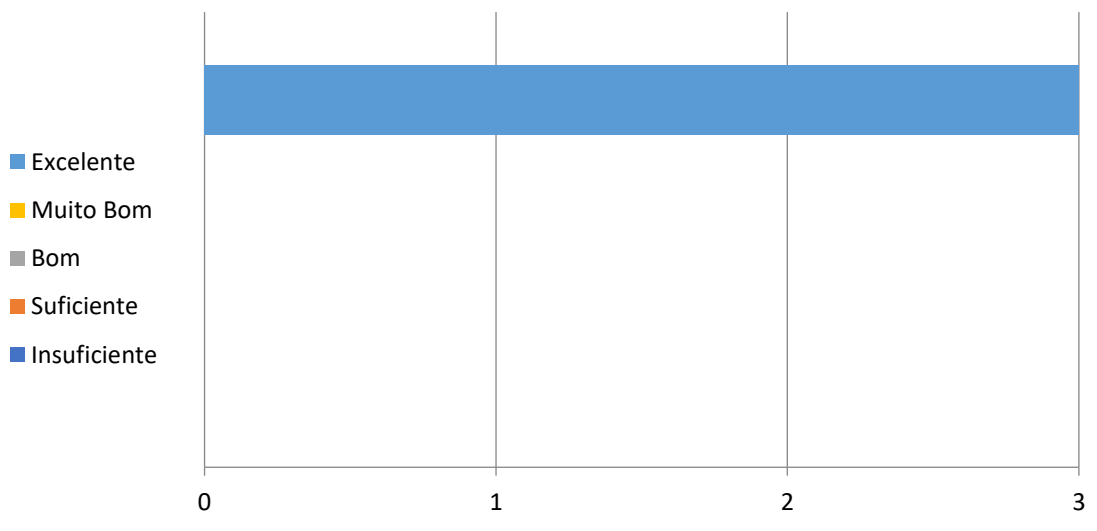
**3 - Considera que foram abordados todos os pontos importantes sobre os cuidados ao recém-nascido ?**



**4 - Considera que o conteúdo da sessão foi apresentado de forma adequada ?**



**5 - Considera que a Formadora teve conhecimentos sobre o tema ?**





Apêndice XIV- Suporte informativo dirigidos aos pais “Educação Terapêutica na  
Diabetes *Mellitus* tipo 1” em contexto de internamento de Pediatria



# EDUCAÇÃO TERAPÉUTICA NA DIABETES TIPO 1

## 1. Unidades de Insulina de correção da glicémia:

$$\frac{\text{Glicémia atual} - \text{Objetivo glicémico}}{\text{FSI}}$$

## 2. Unidades de Insulina para as gramas de hidratados de carbono a ingerir:

$$\frac{1 \text{ unidade de insulina} \times \text{Gramas de HC}}{\text{Ratio I/HC}}$$

**Plano Terapêutico de:** \_\_\_\_\_  
**Objetivo glicémico=** \_\_\_\_\_  
**FSI=** \_\_\_\_\_  
**Ratio I/HC=** \_\_\_\_\_

Contatos:

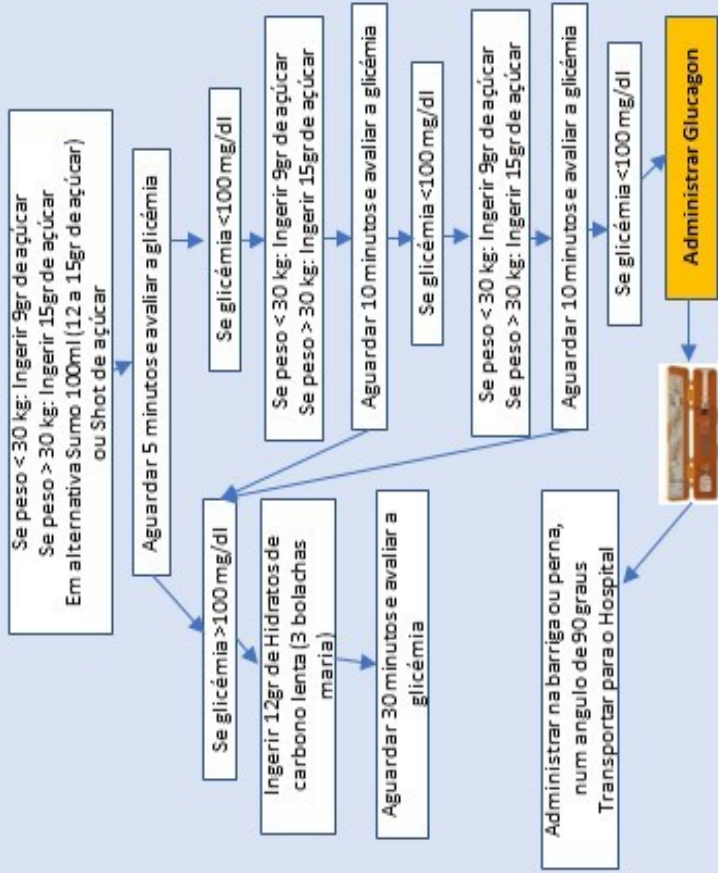


Elaborado por:  
 Sónia Pereira – Aluna do MEEESIP da UCP  
 Orientado por:  
 Enfermeira M. [Redacted]  
 Professora Doutora Zaida Charepe

## HIPOGLICÉMIA (VALOR DE GLICÉMIA <70 MG/DL)

Sintomas: fome, dor de cabeça, dor de barriga, sonolência, palidez, suores frios, desequilíbrio da marcha, comportamento estranho, irritabilidade  
**Atuar imediatamente!**

**Nunca deixar a criança/jovem sozinho**



**Hipoglicémia com Bomba de Insulina:** Parar de imediato a infusão de insulina e corrigir a hipoglicémia. Só pode ligar a Bomba com valor de glicémia >100 mg/dl



Apêndice XV- Fotografias do Kit de treino Diabetes *Mellitus* tipo 1 elaborado em contexto de internamento de Pediatria



