



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Maria João Felgueiras Pires

LISBOA, Julho de 2011



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Maria João Felgueiras Pires

Sob orientação de Sr.^a Prof.^a Elisabete Nunes

Lisboa, Julho de 2011

RESUMO

O desenvolvimento infantil é um processo complexo que vai desde a concepção, envolvendo vários aspectos, indo desde o crescimento físico, passando pela maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afectiva da criança. Tendo como objectivo, tornar a criança competente para responder às suas necessidades e às do seu meio.

Conceptualizar o que vem a ser desenvolvimento infantil não é tão simples, variando com o referencial teórico que se queira adoptar e os aspectos que se queira abordar.

Este relatório apresenta intervenções de enfermagem direccionadas para a promoção do desenvolvimento infantil realizadas ao longo do estágio, destas destaco a identificação de estratégias de enfermagem no âmbito da promoção de saúde, assim como a implementação de estratégias de melhoria dos cuidados baseado no diagnóstico de situação efectuado.

Para fundamentar as minhas práticas, baseei-me no Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender, visto ser um instrumento útil para compreender o alcance da prática de enfermagem numa variedade de contextos e situações.

A promoção do desenvolvimento infantil é sem dúvida, considerada pelos profissionais de saúde, um elemento crucial na prestação de cuidados à tríade. No entanto, nem sempre é efectuada de uma forma sistemática e consciente da sua importância.

Constatei que apesar dos esforços desenvolvidos no sentido de promover um desenvolvimento infantil adequado a cada faixa etária, muitas intervenções estão centradas na patologia.

Contudo, foi neste sentido que a minha prática se tornou um desafio, visto ter como objectivo primordial promover o desenvolvimento infantil em todos os contextos.

É importante que o EESIP trabalhe a área da promoção do desenvolvimento infantil, de forma a ajudar a criança em parceria com a família, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade.

Este percurso contribuiu para um desenvolvimento pessoal e profissional promotor de competências de EESIP essenciais para a prestação de cuidados proficientes à criança/família.

Palavras – chave: Promoção do Desenvolvimento Infantil, EESIP.

ABSTRACT

The child development is a complex process that begins during the conception and involves several aspects such as the physical growth, the neurological, behavioural, cognitive, social and affective development of the child. Its aim is to provide the children competences that allow them to answer to their needs and those of their environment.

To conceptualise child development is not that simple and it varies according to the theoretical referential that one might adopt and the aspects that one choose to approach.

This report presents nursing interventions channelized at the promotion of the child development during a training period, from those I underline the identification of the nursing strategies to improve the cares based on the diagnosis of the situation.

To support my practice I took under consideration the Nola Pender Promoting Health Model, since it constitutes a useful instrument to understand the reach of the nursing practice in a variety of contexts and situations.

The promotion of child development is without a doubt considered by the health professionals as a crucial element as far as the triad is concerned. However it is not always done in a systematic and conscientious way.

I realized that although the efforts to promote the right child development for each age group, many interventions are centered in pathology.

This is why my practice became a challenge, since it has as a main aim to promote child development in all its contexts.

It is important for the Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health to work in the promotion of child development to help the children along with their families to develop within the standard expected to their age.

This trajectory contributed to the personal and professional development of the Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health competences essential to the proficient cares given to the children/families.

Keywords: Promotion of Child, Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health.

AGRADECIMENTOS

Quero mostrar o mais sincero agradecimento a todos aqueles que, de forma directa ou indirecta, contribuíram para a realização deste curso e particularmente:

À minha família, em especial ao meu marido e à minha mãe por toda a disponibilidade, motivação, compreensão e paciência, que me transmitiram ao longo deste percurso.

À professora Elisabete Nunes, que se encontrou sempre presente, ao longo desta grande caminhada.

Aos meus colegas de que viveram comigo, mais de perto, as dificuldades em gerir o tempo académico com o tempo profissional.

A todas as crianças que se cruzaram comigo neste etapa da minha vida, em especial à Mirian...

A todos, obrigado...

Maria João Pires

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

ed. – Editor

Gr - Gramas

Nº - Número

p. - Página

Prof.^a - Professora

Sr.^a - Senhora

vol. – Volume

SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

AMP – Atendimento Médico Permanente

ARS - Administrações Regionais

AVD – Actividade de Vida Diária

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria

EMLA – Eutectic Mixture of Local Anesthetics

FLACC – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

HSFX – Hospital de São Francisco Xavier

HSM – Hospital Santa Maria

IASP - Associação Internacional de Estudos da Dor

NIPS – Neonatal Infant Pain Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

SI – Saúde Infantil

SIP- Saúde Infantil e Pediatria

SO – Serviço de Observação

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

SUMÁRIO	p
0. INTRODUÇÃO.....	9
1. JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA.....	11
1.1.PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	11
2. CARACTERIZAÇÃO SUMÁRIA DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	18
2.1 CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA DO HSFX.....	18
2.2 UCSP DA AMADORA.....	18
2.3 SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA DO HSM.....	20
2.4 ATENDIMENTO MÉDICO PERMANENTE DO HOSPITAL DA LUZ.....	20
2.5 NEONATOLOGIA DO HOSPITAL DA LUZ.....	21
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO DESENVOLVIDO	23
3.1 MODULO I.....	23
3.1.1 Consulta do Desenvolvimento Infantil do HSFX.....	23
3.1.2 UCSP da Amadora.....	25
3.2 MODULO II.....	32
3.2.1 Serviço de Cirurgia Pediátrica do HSM.....	32
3.3 MODULO III.....	37
3.3.1 Atendimento médico permanente do Hospital da Luz.....	37
3.3.2 Neonatologia do Hospital da Luz.....	45
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
6. ANEXOS.....	61
Anexo I – Divulgação da Sessão na UCSP da Amadora (Convites e posters)	62
Anexo II – Sessão de Formação – “Ensinar a Conhecer – Aprender a Crescer”	65
Anexo III – Folheto – Avaliação do Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 6 meses	82
Anexo IV - Folheto– Avaliação do Desenvolvimento Infantil dos 6 meses aos 2 anos	85
Anexo V – Projecto – “A Visita Domiciliária à Criança de Risco”	88

Anexo VI – Análise dos ficheiros de todas as situações de risco	100
Anexo VII – Instrumento de registo de enfermagem	108
Anexo VIII – Norma de serviço acerca da Avaliação do Desenvolvimento Infantil	113
Anexo IX – Posters	128
Anexo X - Fundamentação do Projecto Institucional no âmbito da Dor	131
Anexo XI – Sessão de Formação: “Dor e Instrumentos de Avaliação”	172
Anexo XII – Régua das Faces	188
Anexo XIII – Procedimento – “Avaliação da Dor”	190
Anexo XIV – Procedimento acerca da Sucrose	196
Anexo XV – Sessão de Formação – “Posicionamento no RN”	201

FIGURAS

p

FIGURA I – Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde

12

0 – INTRODUÇÃO

O presente relatório, surge na sequência da Unidade Curricular Estágio, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa e tem como finalidade demonstrar a capacidade de identificar problemas e desenvolver estratégias para os solucionar, de reflectir sobre as acções realizadas e as suas implicações éticas/sociais.

Pretende-se assim, expor o percurso de formação ao longo do Estágio efectuado em unidades de prestação de cuidados de saúde, realizado em três módulos distintos e transmitir as actividades nele implementadas, os objectivos subjacentes bem como as competências que no seu decurso foram adquiridas e/ou desenvolvidas.

O Módulo I do Estágio, foi desenvolvido na Consulta Externa do HSFX, nos seguintes dias: 19, 20 e 21 de Abril de 2010 e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Amadora, que decorreu entre 26 de Maio a 8 de Junho de 2010, O Módulo II do Estágio, decorreu no serviço de Cirurgia Pediátrica do HSM (21 de Fevereiro a 15 e Abril de 2011). E por último, o Módulo III do Estágio, desenvolveu-se em duas fases, sendo a primeira no AMP (2 de Maio a 28 de Maio de 2011) e a segunda na Neonatologia (30 de Maio a 27 de Junho 2011) do Hospital da Luz. A selecção dos locais, prendeu-se com a temática e com o conhecimento prévio de algumas das instituições. Por outro lado, alguns serviços hospitalares onde o estágio decorreu situavam-se nos hospitais onde exerço ou onde já exerci funções, o que me dá oportunidade de acompanhar a evolução da implementação do projecto de estágio para além do limite temporal académico.

A escolha da temática a desenvolver “**Promoção do Desenvolvimento Infantil**”, surgiu após reflexões quotidianas no âmbito da prática profissional. A pertinência do tema, emerge da prática profissional aliada ao conhecimento de que, o enfermeiro especialista presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e família, tendo em conta os seus comportamentos. Neste contexto, delineei como objectivo geral de estágio: Contribuir para a Promoção do Desenvolvimento Infantil, na assistência de enfermagem avançada à criança e família, no âmbito das funções atribuídas ao EESIP.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, foi o escolhido para fundamentar toda a minha prática, este tem sido amplamente utilizado por muitos pesquisadores americanos, asiáticos e europeus, para estudar comportamentos que levam à promoção da saúde (PENDER, 2002).

Como metodologia de trabalho para a realização deste documento, optou-se pela reflexão e análise crítica das actividades desenvolvidas, fundamentadas em pesquisa/investigação nas áreas temáticas já referidas e nas competências do EESIP estipuladas pela OE.

Em termos de estrutura o relatório está apresentado da seguinte maneira; primeiramente fundamentação teórica da temática, seguindo-se de uma breve descrição das unidades de saúde onde decorreram os estágios. Por último, realizou-se uma análise crítica dos objectivos específicos de cada módulo bem como a apresentação das actividades implementadas para a sua concretização. É de salientar ainda que foi sempre feito um paralelismo entre a pesquisa bibliográfica e as competências específicas do enfermeiro especialista de SIP que foram desenvolvidas ao longo do estágio.

Em conclusão, realizou-se uma análise e reflexão do crescimento pessoal e profissional conseguido através deste percurso formativo, referindo-se dificuldades e limitações sentidas, assim como algumas sugestões.

1 – FUNDAMENTAÇÃO DA TEMÁTICA

1.1. PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Na literatura é crescente o número de trabalhos que procuram reflectir sobre a aplicabilidade dos modelos e teorias de enfermagem; tal tendência possibilita validação e construção de novas formas de interpretar a enfermagem. Cada vez mais existem estudos baseados em teorias de modelos que favorecem a melhoria da qualidade do cuidado, o que contribui claramente para a promoção da saúde (LANDIM, 2001). Neste âmbito, irei abordar a temática “**Promoção do Desenvolvimento Infantil**” à luz do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

O modelo surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os factores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos para se ajustarem em comportamentos produtores de saúde (PENDER, 2002).

O Modelo de Promoção da Saúde é fundamentalmente, um modelo de enfermagem, podendo ser usado para implementar e avaliar acções de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais: **1.** as características e experiências individuais, **2.** os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e **3.** o comportamento de promoção da saúde desejável (Figura I).

Na construção do Modelo de promoção da saúde, a autora utilizou, como bases teóricas a Teoria da Aprendizagem Social e o Modelo de Avaliar Expectativas, ambos da psicologia (PENDER, 2002).

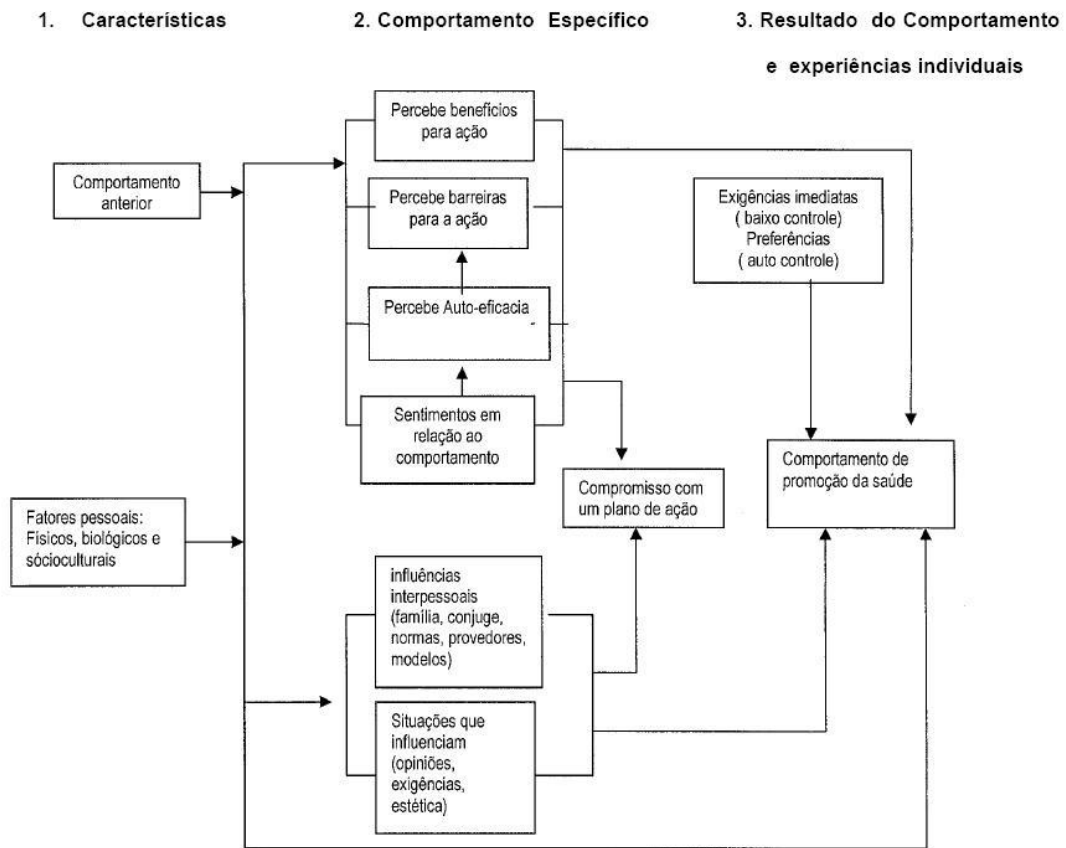


Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde. Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*

Fonte: VICTOR [et al.], 2005.

Após discussões suscitadas nas conferências internacionais de promoção da saúde (Otawa, Adelaide, Sundsvall, Bogotá, Jacarta), as actividades de promoção da saúde passaram a ser amplamente estimuladas, sendo compreendidas como o estímulo à utilização das habilidades e conhecimentos das pessoas, a adopção de estilo de vida saudável, a mudança de comportamento, o lazer, e a prática de actividade física (FONSECA, 2000).

O crescimento e desenvolvimento são processos complexos, que seguem uma sequência determinada e organizada e são influenciados por inúmeros factores. Para além dos factores biológicos, todo o meio envolvente nomeadamente a estimulação parental contribui para a formação de uma nova vida.

Conceptualizar o que vem a ser desenvolvimento infantil não é tão simples, variando com o referencial teórico que se queira adoptar e os aspectos que se queira abordar. Ou seja, dependendo do âmbito laboral são várias as definições para o termo

desenvolvimento infantil, para o enfermeiro, pediatra, neuropediatra, psicólogo e psicanalista são dados ênfases diferentes ao mesmo conceito (BRASIL *et al* , 2002).

Os enfermeiros constituem o grupo profissional com maior relevância na garantia de um desenvolvimento infantil adequado. Assim no que concerne à Saúde Infantil, os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento aos pais. É da competência do enfermeiro avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de Enfermagem (OE, 2009).

Como se sabe, o desenvolvimento humano resulta do refinamento da estrutura do sujeito através das transformações que se efectuam e auto-regulam dentro de cada pessoa, de modo a tornarem-se cada vez mais humanos e mais aptos a viverem em sociedade (ALARCÃO, 2003).

Para MUSSEN *et al* (1995) o desenvolvimento é definido como mudanças nas estruturas físicas e neurológicas, cognitivas e comportamentais, que emergem de maneira ordenada e são relativamente duradouras. Seu estudo consiste em detectar como e porquê o organismo humano cresce e muda durante a vida, tendo como um dos objectivos compreender as mudanças que parecem ser universais – mudanças que ocorrem em todas as crianças, não importando a cultura em que cresçam ou as experiências que tenham. Um segundo objectivo é explicar as diferenças individuais. O terceiro objectivo é compreender como o comportamento das crianças é influenciado pelo contexto ou situação ambiental. Esses três aspectos – padrões universais, diferenças individuais e influências contextuais – são necessários para se entender claramente o desenvolvimento da criança. Dependendo da orientação teórica seguida pelo pesquisador e dos tipos de questões a serem estudadas, a ênfase pode ser colocada em qualquer um desses aspectos.

Se a sobrevivência infantil é uma das principais questões pendentes que nos legou o século XX, garantir um crescimento e desenvolvimento saudáveis a todos na primeira infância é um objectivo que, já iniciado o século XXI, lhe deve estar indissolúvelmente associado.

Proporcionar à criança oportunidades para que tenha um desenvolvimento adequado a cada idade é da competência do EESIP. Um desenvolvimento infantil satisfatório, principalmente nos primeiros anos de vida, contribui para a formação de um sujeito com suas potencialidades desenvolvidas, com maior possibilidade de tornar-se

um cidadão mais resolvido, apto a enfrentar as adversidades que a vida oferece, reduzindo-se assim as disparidades sociais e económicas da nossa sociedade.

Para uma abordagem holística da criança, deve-se ter em atenção, quer o desenvolvimento físico, psicomotor, emocional e social. Todos estão interligados e são avaliados pelos profissionais de saúde através das escalas de desenvolvimento. Estas classificam as crianças por faixas etárias, de acordo com as suas idades e características. Existem vários instrumentos para realizar a avaliação do desenvolvimento infantil, dentro dos quais destaco os mais usados na Pediatria, a Escala de Desenvolvimentos de Mary Sheridan, Teste de Denver, Escala de Growing Skills, Escala de Avaliação Comportamental Neonatal de Brazelton e Escala de Desenvolvimento de Griffiths.

Compete, portanto, aos profissionais de saúde e sobretudo ao enfermeiro especialista ter um conhecimento mais profundo e coeso sobre as diferentes fases do desenvolvimento infantil para que se possa fazer, o mais precocemente possível, o rastreio de eventuais alterações, para as minimizar ou corrigir, promovendo deste modo a saúde da criança e da família em que está inserida.

O processo de desenvolvimento de uma criança é um processo vasto que vai desde a concepção, emerge de maneira ordenada e é relativamente duradouro, sendo primordial nos primeiros anos de vida, pois é nesta etapa da vida que a criança, segundo BRAZELTON (2002) estabelece as bases para o seu desenvolvimento, pois apresenta maior plasticidade e resiliência para responder aos estímulos que recebe e para se adaptar aos factores que possam influenciar o seu desenvolvimento.

A criança é um ser em desenvolvimento cujo crescimento se exprime através de simultâneos comportamentos ou reacções bio-anatómicos, psicológicos e sociais, que evoluem de acordo com as leis da maturação neurológica, sendo a sua ordem de sucessão a mesma para todos os indivíduos, mas diferem simplesmente em relação ao ritmo a que sucedem uns dos outros, (BELLMAN, *et al* 2003).

Ao longo do curso apercebi-me da importância que esta temática pode ter a nível da prevenção dos défices infantis como parte integrante do sucesso da saúde infantil. Pois como nos refere BELLMAN *et al* (2003) a promoção da saúde, a avaliação e o rastreio de possíveis alterações no desenvolvimento infantil não são realidades isoladas e deverão constituir o foco preferencial a nível da saúde infantil de todos os profissionais, com intervenções direccionadas à família para que esta possa ficar dotada de competências para interagir com a criança a fim de desenvolver todo o seu potencial.

Correlacionando a prática de enfermagem com o modelo de promoção da saúde e atendendo às suas variáveis, o comportamento que o enfermeiro vai adoptar para com a tríade é fundamental. Por exemplo, relativamente às características e experiências pessoais, o enfermeiro deve atender ao comportamento anterior dos prestadores e cuidados, visto que pode condicionar o comportamento actual (o facto de ter filhos anteriormente pode facilitar o conhecimento do desenvolvimento infantil).

PAPALIA *et al* (2001), mencionam que na sociedade actual a família é a célula vital que fortalece o processo de crescimento e desenvolvimento físico, psico, afectivo e social dos seus membros, sendo nos primeiros anos de vida que esta tem influência fundamental no desenvolvimento da criança.

Para além da co-responsabilização de todos, a criança precisa de ser encarada como o agente principal do seu desenvolvimento, e, principalmente, como o agente mais efectivo de mudança da sociedade onde vive. A criança de hoje é o Homem do amanhã...

Nesta educação da comunidade, é fundamental o papel dos profissionais de saúde que de mais perto lidam com as crianças e com os seus pais, tanto em contexto de saúde como de doença. Os enfermeiros exercem um papel cada vez mais crucial na transmissão e partilha de informações relativas à manutenção de um ambiente seguro e estimulante, promotor do seu desenvolvimento para cada estágio de cada criança.

Os pais, ao serem os primeiros e principais prestadores de cuidados da criança, tornam-se um dos alvos prioritários de intervenção no que diz respeito a mudanças de comportamento para promover o desenvolvimento infantil.

Atendendo a todos os aspectos supramencionados, o EESIP deve actuar nos três componentes que representam o diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Os componentes estão subdivididos em variáveis, que se apresentam da seguinte forma: 1. **características e experiências individuais**, que compreende o comportamento anterior, comportamento que deve ser mudado e os factores pessoais, que são divididos em factores biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade); psicológicos (auto-estima, automotivação) e socioculturais (educação, nível socioeconómico). Durante o estágio tive a oportunidade de operacionalizar várias vezes esta variável, nomeadamente no centro de saúde. Apercebi-me durante as consultas de SI que mães adolescentes tinham mais dificuldade em cuidar do seu bebé, pois a experiência era nova, as dúvidas eram uma constante e os rendimentos baixos. A

gestação e a maternidade em adolescentes têm sido estudadas e discutidas em muitos aspectos, por se tratar de situações cada vez mais frequentes (SPITZ *et al*, 1990). Os resultados de vários estudos revelam que filhos de mães adolescentes apresentam alguns marcadores do desenvolvimento, até mesmo beneficiados por esta situação quando comparados com filhos de mães adultas (CARRUTH *et al*, 1997). No entanto, há controvérsias, visto que a gestação na adolescência é acompanhada habitualmente de inseguranças e vários problemas que não se resolvem em curto prazo de tempo. A pouca profissionalização, a baixa renda e escolaridade dos pais, particularmente da mãe, são factores que interferem no crescimento das crianças, podendo torná-lo insatisfatório (DIAS *et al*, 2006).

O componente **2. sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento** que se quer alcançar, é o núcleo central do diagrama, sendo formado pelas variáveis; percebe benefícios para ação, representações mentais positivas, que reforçam as consequências de adoptar um comportamento; percebe barreiras para acção, percepções negativas sobre um comportamento, são vistas como dificuldades e custos pessoais; percebe auto-eficácia, julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar acções; sentimentos em relação ao comportamento, reflecte uma reacção emocional directa ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável; influências interpessoais, o comportamento pode ou não ser influenciada por outras pessoas, família, cônjuge, provedores de saúde, ou por normas e modelos sociais; influências situacionais, o ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde. Aproveitando o mesmo estudo supracitado acerca das mães adolescentes, conclui-se que esta é capaz de perceber os benefícios para a acção, no entanto, o papel do enfermeiro nesta fase é essencial, compete a este intervir no sentido de informar, esclarecer, explicar aos pais as vantagens de um desenvolvimento harmonioso, pois têm o direito de terem condições para uma promoção do desenvolvimento infantil fundamentada em dados correctos e válidos. Já MADEIRA (1999), refere que a adolescente deve receber uma assistência especial, de modo multidisciplinar e interdisciplinar, na qual a censura preconceituosa não aconteça de modo sistemático e haja a oportunidade da adolescente aproximar-se dos profissionais que a assistem, trazendo as suas dúvidas, inseguranças e preocupações, de modo a desenvolverem competências para cuidarem do seu filho de forma suficiente.

O componente **3. resultado do comportamento** abrange o compromisso com o plano de acção, acções que possibilitem o indivíduo a manter-se no comportamento de promoção da saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem ; exigências imediatas e preferências, as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto que as preferências pessoais exercem um alto controle sob as acções de mudança de comportamento; comportamento de promoção da saúde, resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde (VICTOR *et al*, 2005).

Os cuidadores devem estar conscientes e alertas para as principais mudanças que são mais comuns ocorrerem numa determinada faixa etária.

Enquanto agentes promotores, os enfermeiros, devem actuar no presente, tendo por base as experiências do passado e pensando continuamente no futuro.

2. CARACTERIZAÇÃO SUMÁRIA DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Este capítulo pretende descrever as características de cada instituição, onde foram realizados os vários estágios, e desta forma fundamentar as opções tomadas. A caracterização de cada serviço tem como base os recursos físicos e humanos, a metodologia de trabalho e projectos existentes em cada serviço.

2.1 CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA DO HSFX

Na Consulta do Desenvolvimento da consulta externa de pediatria do HSFX, são observados recém-nascidos considerados de alto-risco por diferentes motivos, bebés pré-termo e/ou baixo peso, bebés com malformações congénitas, entre outros que exigem cuidados específicos nesta fase precoce do ciclo de vida.

Esta consulta está dirigida a todas as crianças, com idades compreendidas entre os 0 e os 16 anos, de ambos os sexos. A referenciação para a consulta é feita habitualmente pelo serviço de Neonatologia do HSFX, pelo Serviço de Pediatria do HSFX, pelo médico de família assistente da criança ou pelas escolas e educadoras.

O papel do enfermeiro no que diz respeito à avaliação do desenvolvimento infantil, já teve funções mais activas, as quais se vieram a perder ao longo do tempo por sobreposição a outro tipo de trabalho também necessário, tais como realização de algumas colheitas (sangue e urina), avaliação de parâmetros vitais, avaliação estato-ponderal, atendimento telefónico e correio electrónico como forma de contacto para esclarecer dúvidas dos pais destas crianças.

2.2. UCSP DA AMADORA

Esta UCSP encontra-se integrada no ACES VII Amadora.

O Município da Amadora, com cerca de 23,8 Km², é constituído por 11 freguesias (Alfragide, Brandoa, Buraca, Damaia, Falagueira, Venda Nova, Mina, Reboleira, Venteira, Alfovelos e São Brás).

A sua localização geográfica influencia directamente as dinâmicas demográficas e sociais do Município.

A UCSP da Amadora presta assistência à população residente, cerca de 171.930 habitantes (Instituto Nacional de Estatística Estimativa de 2008) distribuídos pelas suas freguesias.

A população deste Município é muito envelhecida, e de acordo com os últimos censos tem tendência a aumentar. Para além de se encontrar envelhecido e degradado, o parque habitacional é ainda caracterizado pela existência de quatro grandes bairros de habitação social.

Tem como missão “garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população (...) procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de molde a que todos os grupos populacionais partilhem igualmente dos avanços científicos e tecnológicos, postos ao serviço da saúde e do bem-estar” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p.1).

No âmbito da enfermagem pediátrica, integra a Consulta de Saúde Infantil e o Programa de Vacinação. Estruturalmente, a consulta de saúde infantil funciona no 4º piso e vacinação no 1º piso. Quer na Consulta de Saúde Infantil como no Programa de Vacinação os pais ou familiar prestador de cuidados acompanham permanentemente a criança.

A consulta de saúde infantil funciona todos os dias existindo o apoio de um médico de clínica geral. Previamente à consulta médica é realizada a consulta de enfermagem que contempla para além da avaliação estado-ponderal, a promoção de cuidados antecipatórios com base no programa tipo instituído pela DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2005) e em documentação própria do centro de saúde. Esta consulta abrange todas as crianças com idades compreendidas entre os 0 e aos 2 anos de idade.

É de referir ainda, que as enfermeiras que realizam a consulta de SI são ambas EESIP.

Finalmente, é importante referir que existe um projecto intitulado “Estamos Presentes”, centrado na criança e na família, mediante acções de natureza preventiva. Este projecto de apoio integrado tem como principal objectivo: apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar.

2.3. SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA DO HSM

O serviço de Cirurgia Pediátrica funciona no 8º piso do edifício do HSM, o qual dá resposta ao internamento de 16 crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 15 anos. Os pais podem permanecer junto das crianças, durante o dia podem estar presentes os dois, a partir das 20h apenas pode permanecer um deles. Existe uma sala de actividades na qual uma educadora acompanha e incentiva a criatividade, proporcionando actividades lúdicas e de aprendizagem adaptadas a cada criança, promovendo assim o desenvolvimento infantil de acordo com cada faixa etária.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, EESIP, médicos de várias especialidades (cirurgia geral, cirurgia plástica, urologia, ortopedia e neurocirurgia), assistentes operacionais, administrativos, psicóloga, psiquiatra e assistente social. Atendendo às especialidades supramencionadas as cirurgias mais frequentes são: apendicectomias, herniorrafias, colocação de colostomias e craniossinostoses.

O objectivo geral desta unidade é prestar cuidados globais e específicos à criança com necessidades do foro cirúrgico.

2.4. ATENDIMENTO MÉDICO PERMANENTE DO HOSPITAL DA LUZ

O Hospital da Luz integra o Serviço de Atendimento Médico Permanente Pediátrico, localizado no piso 0, o qual contempla um espaço físico agradável e espaçoso.

A primeira abordagem à criança é realizada na sala de triagem, onde está sempre presente um enfermeiro para a avaliar e atribuir-lhe uma prioridade de atendimento de acordo com o seu estado de saúde. A triagem é baseada num método australiano que se rege pela sintomatologia do cliente, ou seja de acordo com os sintomas é lhe atribuído a categoria de Muito Urgente, Urgente e Não Urgente. São observadas todas as crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 15 anos de idade.

A sala de observações (SO) tem capacidade para dois berços e duas camas, dispõe de mobiles musicais e, para os acompanhantes, cadeirões confortáveis. Durante o dia podem permanecer em simultâneo os pais e receber outras visitas, no turno da noite só é permitido um acompanhante.

Na sala de tratamentos as macas para as crianças são em forma de animais coloridos, procurando minimizar o impacto ambiental de um serviço de urgência.

O corpo clínico do AMP é composto por médicos especialistas, apoiados por equipa de enfermagem e de técnicos especializados. Se houver necessidade do parecer de outras especialidades, estas estão de chamada.

O número de utentes atendidos no AMP tem crescido nos últimos anos, sendo os principais motivos de recorrência crianças com situações, pouco urgentes, de aparecimento recente.

2.5. NEONATOLOGIA DO HOSPITAL DA LUZ

A Unidade de Cuidados Especiais Neonatais do Hospital da Luz, localizada no piso 4, possui recursos tecnológicos modernos, que permitem prestar todos os cuidados necessários a recém-nascidos prematuros ou gravemente doentes que careçam de intervenções médicas e cirúrgicas.

Esta unidade destina-se especialmente a recém-nascidos que necessitem de cuidados específicos, devido a parto prematuro ou a doença.

A esta unidade têm acesso, bebés com menos de 28 dias de vida nascidos no Hospital da Luz, nascidos noutras unidades de saúde e referenciados para esta unidade ou que recorram ao Atendimento Médico Permanente e necessitem de internamento nesta unidade.

Como serviço capaz de receber recém-nascidos que necessitam de cuidados especializados e prematuros em crescimento, cada unidade individual está equipada com incubadora, monitor cardio-respiratório, insuflador manual, rampas de oxigénio, rampas de aspiração, duas bombas perfusoras de terapêutica endovenosa, foco de luz, e uma cadeira para o acompanhante da criança.

Quanto à permanência dos pais, durante o dia podem estar presentes os dois, à noite não é permitido nenhum acompanhante, no entanto está sempre disponível a qualquer hora uma linha telefónica para saberem informações acerca do seu bebé.

Inclui duas salas com 4 incubadoras cada uma, e possibilidade de ventilação assistida. Além da sala de incubadoras, existe uma sala reservada especificamente para amamentação e uma sala de enfermagem. É apoiada por uma equipa de Médicos Neonatologistas, Enfermeiros e EESIP, Psicólogos, Terapeutas e outros profissionais de saúde com uma vasta experiência nesta área.

Este serviço tem ainda à disposição um leque variado de material para posicionamento e conforto do recém-nascido. O método de trabalho de enfermagem praticado é o individual, sendo o rácio enfermeiro/doente de 1/4.

3 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO DESENVOLVIDO

No âmbito dos cuidados de saúde primários e recursos da comunidade, o módulo I do estágio foi realizado na UCSP da Amadora, contando com três dias de observação na consulta do Desenvolvimento do HSFX.

Os restantes módulos de estágio foram realizados em contexto hospitalar, nomeadamente na Cirurgia Pediátrica do HSM, AMP e Neonatologia do Hospital da Luz.

Em ambos desenvolvi actividades de acordo com o diagnóstico de situação realizado e com vista a alcançar os objectivos definidos, bem como as competências do EESIP. Para além dos objectivos específicos delineados para cada campo de estágio, foi traçado um objectivo geral que será mencionado de seguida e foi transversal a todos os campos de estágios. Assim sendo, este objectivo procura dar resposta às competências a aprofundar em concordância com a área temática definida.

OBJECTIVO GERAL: Contribuir para a Promoção do Desenvolvimento Infantil, na assistência de enfermagem avançada à criança e família, no âmbito das funções atribuídas ao EESIP.

3.1 MODULO I

3.1.1 CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL DO HSFX

- Tomar conhecimento da organização e funcionamento da consulta de Desenvolvimento Infantil do HSFX

Inserido no Módulo I de estágio visitei um recurso da comunidade, durante três dias, com o objectivo de conhecer a estrutura, organização e dinâmica de funcionamento. Escolhi a Consulta de Desenvolvimento Infantil do HSFX, visto a minha temática principal ser a Promoção do Desenvolvimento Infantil. Detive-me nesta escolha por diversos motivos, em primeiro lugar queria perceber e conhecer o funcionamento desta consulta que tanto interesse me despertou, por estar relacionada com crianças com alterações do desenvolvimento; em segundo lugar porque acreditei que este campo de estágio me proporcionasse experiências na minha área de interesse.

Por isso, senti a necessidade de obter mais conhecimento e informação para posteriormente, poder ajudar e referenciar outras crianças/famílias quando se deparam com alterações no desenvolvimento infantil.

Durante os três dias que permaneci na consulta do Desenvolvimento, obtive um leque de conhecimentos e experiências marcantes com cada família e criança que contactei. Através do diálogo que moderei com alguns pais/crianças foi referida a extrema importância do apoio, carinho e dedicação diária de todos os profissionais de saúde desta instituição.

Esta consulta recebe criança com idades compreendidas entre os 0 e os 16 anos, de ambos os sexos. A referenciação para a consulta é feita habitualmente pelo serviço de Neonatologia do HSF, pelo Serviço de Pediatria do HSF, pelo médico de família assistente da criança ou pelas escolas e educadoras. Os diagnósticos têm todos como base o atraso de Desenvolvimento Global da Criança.

Após o encaminhamento é realizada uma avaliação formal da criança, e uma avaliação dos recursos e das necessidades da família, permitindo desta forma realizar um plano de intervenção para a criança e sua família de acordo com o perfil psicomotor obtido na avaliação. Cada intervenção é adaptada às necessidades da criança e suas características e aos recursos, necessidades e objetivos dos pais. A finalidade da intervenção é a promoção e a melhoria da organização neuropsicomotora do bebé no maior número de situações e contextos possíveis, em casa, na creche. Os instrumentos utilizados com maior frequência para a avaliação do desenvolvimento infantil eram a escala de Mary Sheridan e a escala de Griffis.

Do ponto de vista estrutural, dispõe de vários gabinetes para realização de consultas que são utilizados por todos os profissionais numa óptica de maior rentabilização de recursos sendo que todos se encontram equipados com secretária, cadeiras, marquesa, computador e material didático (brinquedos, canetas, livros). Existe ainda uma sala de tratamentos que dispõe de material para realização de procedimentos (avaliação estatoponderal, entubação nasogástrica, administração de terapêutica, colheita de produtos biológicos, esvaziamento vesical, algaliação entre outros).

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros generalistas e especialistas, pediatras (desenvolvimento, neuropediatria), terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, assistente social, psicóloga, médico de medicina física e reabilitação,

assistentes operacionais e administrativas. No que concerne aos cuidados de enfermagem, a sua área de actuação insere-se na promoção na criança, jovem e família, de um nível máximo de adaptação à sua situação de saúde, numa perspectiva de ajuda, através da avaliação dos seus problemas, da definição dos resultados a atingir e do planeamento de intervenções pertinentes. Esta intervenção visa ajudá-los a ultrapassar a crise, a viver com as alterações decorrentes do diagnóstico, da terapêutica instituída e a alcançar a autonomia possível no seu auto cuidado.

A pertinência de um EESIP na consulta de Desenvolvimento passa pela ajuda, que este elemento pode fornecer no despiste precoce de alterações do bem-estar infantil. Por outro lado, promove mais ensinamentos aos pais de forma mais fundamentada e orientada de acordo com as necessidades manifestadas, indo de encontro à alínea E3.1. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011 (“promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”), facilitando a integração destas crianças na comunidade como preconizado na alínea E1.1.9. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011 (“apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais”).

3.1.2 UCSP da Amadora

- Aprofundar competências de EESIP na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família inserida na comunidade.

Para atingir este objectivo, a estratégia utilizada foi a prestação directa de cuidados de enfermagem durante a Consulta de Saúde Infantil.

Inicialmente realizei uma pesquisa bibliográfica exaustiva sobre as intervenções de enfermagem centradas na família, aplicadas aos cuidados de saúde primários, direccionadas para a promoção da saúde, prevenção da doença e parceria de cuidados. Ao mesmo tempo procurei obter conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança em todos os estádios, bem como as características do Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender e sua aplicabilidade/adaptação aos cuidados de saúde primários.

Inerente a este objectivo, tornou-se imperativo o estudo da comunidade que abrange este centro de saúde, uma vez que é imprescindível conhecer a realidade de um contexto específico de prestação de cuidados para que as intervenções se coadunem a ela. Desta forma, para dar resposta a este objectivo, realizei reuniões formais e

informais com a equipa de enfermagem; consultei manuais e protocolos existentes na instituição e efectuei uma observação dirigida e participada da prática de enfermagem.

A população que abrange o ACES da Amadora possui uma variedade multicultural bastante evidente, com imigrantes oriundos da Europa de Leste, da África, da Ásia, da América Latina, entre outros. A diversidade cultural é de tal modo rica, que a prestação de cuidados requer adaptação constante a cada cultura e pessoa/família que encontramos. Tal como refere BARRADAS (2009, p. 8) “ (...) o cuidar na multiculturalidade revela-se como o futuro da enfermagem devido à situação mundial de mobilidade humana e globalização”, nunca descurando que o direito à saúde deve ser um direito universal, dentro da cultura e das crenças individuais. Deste modo, a enfermagem deve possuir cada vez mais competências e formação para a interculturalidade/mundialidade e de ceder aos etnocentrismos, adequando o cuidar a cada cultura.

Perante esta diversificação de culturas e cuidados surgiram vários autores que abordaram o cuidar transcultural, referindo que o cuidar deve valorizar as crenças, costumes e meio em que as pessoas estão inseridas, alcançando, deste modo, laços de confiança e uma relação terapêutica que promovam uma manifestação de necessidades mais activa (LEININGER, 1988).

Durante a realização das consultas e do teste de diagnóstico precoce surgiram diversas necessidades de apoio/educação, tais como, ensinamentos acerca dos alimentos adequados à idade da criança, fazer massagem de alívio das cólicas, colocar o bebé na cadeira de transporte correctamente, cuidados com aleitamento materno/artificial, cuidados de higiene, medidas de alívio das cólicas, medidas de segurança e conforto, transporte do bebé, e cuidados que a mãe deve ter com ela própria. Percebi que nestas consultas de Enfermagem ao contrário do que muitas vezes ocorre na realidade hospitalar, a criança é vista como um todo dentro da sua família e do seu contexto cultural e social. É de salientar ainda, que durante estas consultas de SI tive sempre em consideração o preconizado no programa-tipo de actuação em saúde infantil e juvenil (DIRECÇÃO GERAL SAÚDE, 2005) bem como toda a documentação própria do centro.

A Vacinação funciona no piso 1, enquanto as consultas de SI funcionam no piso 4, no entanto, muitas das crianças que iam à consulta de SI eram vacinadas lá e como tal tive a possibilidade de conhecer a fundo o Programa Nacional de Vacinação e de

administrar diversas vacinas, assim como realizar os ensinamentos específicos de cada uma das inoculações vacinais e de realizar o respectivo registo no Boletim Individual de Vacinas. Antes de administrar as vacinas, validei sempre o estado de saúde da criança de forma a despistar possíveis doenças ou alergias, realizei ensinamentos personalizados e individualizados antes e após a administração e efectuei registos no Boletim Individual de Vacinas conforme preconizado no Centro de Saúde.

A DIRECÇÃO GERAL SAÚDE (2005) refere que compete aos profissionais de saúde divulgar o programa nacional de vacinação, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas susceptíveis. PENDER *et al* (2002) no modelo de promoção de saúde referem que os profissionais de saúde, onde os enfermeiros se incluem, constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influência sobre as pessoas ao longo do ciclo vital. Neste sentido é importante motivar, esclarecer e incentivar a criança/ família no cumprimento do plano nacional de vacinação.

Neste sentido estas actividades permitiram-me desenvolver, no domínio da prestação de cuidados especializados, a competência “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (ORDEM ENFERMEIROS, 2009).

- Desenvolver intervenções de sensibilização na área da promoção do desenvolvimento infantil, ao nível dos cuidados de saúde primários, junto da criança / família.

Segundo BRAZELTON (2002), o bebé humano, ao contrário de outros mamíferos, nasce razoavelmente “inacabado” do ponto de vista de maturação neuro-sensorial sendo muito dependente do meio que o rodeia e da protecção da sociedade. Como tal, os pais assumem um papel importante para proporcionar à criança um desenvolvimento adequado. Os pais devem explorar o ambiente, estimular a linguagem, desenvolver actividades juntamente com a criança que promovam o seu desenvolvimento e a sua autonomia a cada dia que passa.

Na sociedade actual o modelo de cuidados de saúde dominante é o do autocuidado incentivando o indivíduo e a família a desempenhar um papel activo no âmbito da saúde (PENDER *et al*, 2002). Por outro lado, o estilo parental e o ambiente familiar podem encorajar ou não comportamentos promotores de saúde, o que reforça a importância de investir a este nível.

Durante as consultas de SI apercebi-me da importância de envolver os pais na prestação de cuidados, de forma a promover um desenvolvimento infantil harmonioso, já que são os pais as pessoas mais próximas da criança. Foi o facto de os pais serem pouco participativos na consulta, nomeadamente aquando a avaliação do desenvolvimento infantil que suscitou em mim a necessidade de através de entrevistas informais perceber quais as suas dúvidas e curiosidades. A maioria referiram que não sabiam como estimular a criança em casa. Face a este levantamento de necessidades, realizei várias sessões de educação direccionadas para os pais, as quais tiveram uma grande adesão. Estas sessões foram divulgadas nas consultas e através da afixação de cartazes nas várias valências do centro de saúde (ANEXO I); obedeceram a um plano onde constavam os objectivos pretendidos. Nestas sessões foram abordadas as competências que a criança deve adquirir de acordo com cada faixa etária (ANEXO II). Os pais adquiriram assim saberes para identificarem sinais de alarme no desenvolvimento da criança e estratégias para estimular a criança a obter as competências esperadas, digo isto porque para avaliar sessão foi realizado um debate e dada a oportunidade aos pais para partilharem as suas experiências e correlacionarem determinadas actividades que realizavam em casa e que ajudavam a adquirir as competências apresentadas ao longo da sessão.

Durante as consultas observei ainda, que os pais estavam mais envolvidos e muito mais participativos que anteriormente, eles próprios pediam para participar nas actividades.

Com esta actividade desenvolveram-se as competências de comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico aos pais e produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparo (ORDEM ENFERMEIROS, 2009).

É na consulta de enfermagem, que temos oportunidade de proporcionar aos pais informação antecipatória, procurando informa-los sobre os comportamentos comuns e previsíveis da criança e sobre o desenvolvimento de competências que são esperadas para a idade dos seus filhos. Assim, e em conformidade com a enfermeira orientadora chegou-se à conclusão, que era pertinente também elaborar folhetos alusivos ao desenvolvimento infantil da criança com idades compreendidas entre os 0 meses e os 2 anos de vida, como forma de dotar os pais de conhecimentos sobre o desenvolvimento dos seus filhos, para que estes os ajudem a desenvolver ao máximo as suas

potencialidades, pois o ritmo de desenvolvimento de uma criança é tão rápido que é necessário estarmos atentos para que não se escape aquisições que possam comprometer todo o seu potencial para se desenvolver dentro do que é esperado para a sua idade (ANEXO III / IV). Aquando a realização desta actividade tive o cuidado de articular o modelo de Nola Pender, nomeadamente a variável - influências interpessoais. Tal como é referido no modelo, as influências interpessoais nomeadamente a família, o cônjuge, normas e modelos influenciam positivamente ou negativamente o desenvolvimento da criança. Logo se olharmos para a tríade além do contexto hospitalar, apercebemo-nos de imediato que em cada momento está presente a oportunidade para trabalhar as características pessoais, como a vinculação segura, recursos psicológicos, conhecimento e expectativas realistas (ORDEM ENFERMEIROS, 2010). Neste âmbito, todas as intervenções de enfermagem eram em prol da participação da família nos cuidados para que possam cuidar da criança em casa, sentindo-se seguros. Constatei ainda, que actualmente há um maior envolvimento e interesse por parte do cônjuge na aquisição de informação com o intuito de ajudar a mãe a cuidar melhor da criança. Esta variável também está directamente relacionada com a cultura de cada família, e neste campo de estágio isso foi bem notável, uma vez que a multiculturalidade é bem patente.

Faz parte desta consulta, a divulgação de informação através de folhetos direccionados aos pais com informação pertinente e de acordo com as suas necessidades, quanto à promoção do desenvolvimento infantil não existia nenhum. Estes folhetos foram aprovados pela equipa de enfermagem e pela direcção e assim implementados na consulta de SI, colmatando assim uma lacuna do serviço.

Todo o processo subjacente à realização do conjunto das actividades na UCSP da amadora pressupôs a aquisição da competência de gerir e interpretar, de forma adequada, a informação proveniente da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada. De igual forma, todo o trabalho efectuado demonstra um nível aprofundado de conhecimentos na área de especialização de SIP.

Deste modo, tive a oportunidade de promover o crescimento e desenvolvimento infantil, comunicar com a criança e família apropriado ao estágio de desenvolvimento (ORDEM ENFERMEIROS, 2009).

- Contribuir para a formalização e uniformização da visita domiciliária à criança em risco.

O factor de risco é definido como um elemento que, quando presente, determina um aumento da probabilidade de surgimento de problemas. Pode também ser definido como um factor que aumenta a vulnerabilidade de uma pessoa ou grupo em desenvolver determinada doença ou agravo à saúde (GRIZENKO *et al*, 1992).

Segundo o mesmo autor, quando falamos de risco, devemos ter em mente dois tipos de interacção, em primeiro lugar, a interacção da criança como um organismo biológico em relação com o seu meio social imediato, representado pela família (microsistema), em que ocorre uma série de processos, eventos e relacionamentos; em segundo, a interacção que diz respeito ao relacionamento desse sistema com o meio ambiente, no seu sentido mais amplo (macrossistema) e através do tempo as características intrínsecas do indivíduo.

Na UCSP da Amadora não existe um projecto que sistematize a visita domiciliária, face a isto propus-me elaborar um trabalho escrito que fundamentasse esta intervenção de enfermagem (ANEXO V).

Efectuei uma análise exaustiva de todos os ficheiros existentes na consulta de SI, com a finalidade de executar um levantamento de todas as situações de risco, desta análise chegou-se à conclusão, que o maior risco nesta comunidade com 62% é o facto de as crianças não cumprirem a vigilância da saúde infantil com a frequência recomendada. Com 10% segue-se a prematuridade, que em consonância com a literatura é uma das situações que deve ser seguida regularmente. O risco social também ocupa uma percentagem significativa (7%), isto vai de encontro à diversidade de culturas/raças existente no concelho da Amadora (ANEXO VI).

As crianças estão expostas a vários riscos, entre os quais o de apresentarem uma alta prevalência de doenças, o de nascerem de gestações desfavoráveis e/ou incompletas e o de viverem em condições socioeconómicas adversas (LIPMAN, 1994). Estes eventos negativos fazem com que essas crianças tenham uma maior probabilidade de apresentar atrasos de crescimento e desenvolvimento. Por essa razão, o impacto de factores biológicos, psicossociais (individuais e familiares) e ambientais no desenvolvimento infantil tem sido cada vez mais objecto de estudo nas últimas décadas (WERNER, 1997).

Estudos sobre factores de risco na infância incluem prematuridade, o muito baixo peso ao nascer (abaixo de 1.500 gramas) e as complicações moderadas ou severas neonatais como factores de alto risco para o desenvolvimento sadio e adaptado da criança (GRIFFIN *et al*, 1988).

O desenvolvimento futuro da criança encontra-se, portanto, associado à saúde neonatal do bebé, assim como a características maternas, variáveis do ambiente familiar e programas de intervenção precoce para detecção, atenuação e se possível reversão de problemas. (WERNER, 1997) salientaram a importância da intervenção precoce, com o objectivo de atenuar a tendência negativa que as crianças nascidas pré-termo e com baixo peso possuem no desenvolvimento intelectual ao longo dos primeiros três anos de vida.

Através do estudo do risco em crianças é possível detectar situações onde a intervenção é necessária, e ajustar os programas de saúde existentes, quer no apoio a famílias problemáticas, disfuncionais, incapazes de lidar com crianças, ou famílias em pobreza extrema, mal informadas, incapazes de acederem aos serviços de saúde ou de apoio social (GRIZENKO, 1992).

Foi neste contexto que realizei uma visita domiciliária a uma criança de risco, visto ser filho de uma mãe adolescente e com baixas condições socioeconómicas. Existem várias fontes que referem que a gravidez e o parto na adolescência são a causa de possíveis prejuízos para o desenvolvimento das crianças, ao longo dos primeiros anos de vida.

No entanto, é recomendável que a adolescente receba uma assistência especial, de modo multidisciplinar e interdisciplinar, na qual a censura preconceituosa não aconteça de modo sistemático e haja oportunidade de a adolescente aproximar-se dos profissionais de saúde que a assistem, esclarecendo as suas dúvidas, inseguranças e preocupações, para desenvolver a responsabilidade de cuidar do seu filho de forma suficiente (MADEIRA, 1999).

Em consonância com o projecto elaborado, realizei também um instrumento de registos de enfermagem para a aplicar na visita domiciliária (ANEXO VII), uma vez que não existia nenhuma folha de registo que a documentasse. Esta folha foi elaborada antes da realização da visita, com intuito de a validar posteriormente. Foram feitas algumas alterações da mesma, para esta se tornar mais prática e mais objectiva.

A realização desta actividade permitiu-me desenvolver competências no sentido de demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, abordando questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionados com a criança/família na área de especialização em Saúde Infantil e Pediatria, demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas no âmbito da especialização em SIP e demonstrei conhecimentos profundos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e a família e relacionei-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e a sua cultura (ORDEM ENFERMEIROS, 2009).

3.2. - MODULO II

3.2.1 Serviço de Cirurgia Pediátrica do HSM

- Aprofundar competências de EESIP na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família em contexto de hospitalização, de forma a promover o seu desenvolvimento infantil.

JORGE (2004) refere que a hospitalização significa para os pais separação da criança e das suas rotinas sendo acompanhada de sentimentos como o medo, a impotência e a culpa. Ao promover o desenvolvimento infantil tendo em consideração os comportamentos anteriores e valorizar os conhecimentos da família, esta vai sentir-se parte integrante da equipa facilitando a manutenção dos laços familiares. O papel do enfermeiro é fundamental enquanto membro que para além da prestação de cuidados funciona como elemento de ligação entre a criança, os pais e outros profissionais da equipa assistencial (JORGE, 2004).

Neste sentido, colaborei na prestação de cuidados de enfermagem e procurei situações de aprendizagem, sobretudo no que diz respeito à importância da promoção do desenvolvimento infantil em contexto hospitalar.

No sentido de compreender a realidade objectiva do serviço no que concerne à promoção do desenvolvimento infantil, iniciei o diagnóstico de situação, verificando se era efectuada a avaliação do desenvolvimento infantil nas crianças internadas e constatei que esta não é feita. Realizei várias entrevistas informais a toda a equipa de enfermagem bem como com a senhora enfermeira chefe do serviço, a qual me deu bastante apoio para o desenvolvimento da minha temática. Constatei que grande parte

dos enfermeiros desconhecia a escala de avaliação do desenvolvimento infantil segundo Mary Sheridan. Pretendi dar seguimento à minha prestação de cuidados realizada no centro de saúde, uma vez que considero bastante relevante a promoção de saúde no internamento. Neste âmbito, verifiquei também que os enfermeiros deste serviço estão muito focados na doença, logo pretendi minimizar esta situação. Posto isto, pôde-se concluir que apesar de algumas estratégias serem utilizadas (apesar de o serem empiricamente), era necessário desmistificar alguns aspectos do tema e corrigir alguns conceitos.

No entanto, não quero deixar de salientar que antes de avançar com os conhecimentos adquiridos no módulo I, tomei consciência de que a avaliação do desenvolvimento infantil em contexto hospital é diferente do contexto que se aborda no centro de saúde, visto ser uma abordagem mais preventiva e em que a criança está saudável, ou seja, sem compromisso patológico. Já, DIAS *et al* (1988) referia que na infância, um episódio de doença pode significar um trauma, bem como um atraso ou mesmo interrupção no processo de crescimento e desenvolvimento. Aquando da avaliação do desenvolvimento infantil, tive sempre o cuidado de atender à fase de desenvolvimento em que se encontra e o meio circundante, pois é evidente que este irá influenciar o desenvolvimento dito normal da criança. Neste caso o ambiente hospitalar pode criar um atraso no seu desenvolvimento, e o enfermeiro tem de estar desperto para este facto. Por outro lado, ZANNON *et al* (1991) diz-nos que no hospital, as crianças apresentam enfermidades que impõem restrições de diversas maneiras, condicionando os estímulos ao seu desenvolvimento. Por outro lado, o meio hospitalar tem uma organização estabelecida para o tratamento das enfermidades e, normalmente não está preparado para atender à individualidade de cada criança.

Tendo em conta que a avaliação do desenvolvimento infantil não é feita de uma forma sistematizada e universal por parte de toda a equipa de enfermagem, chegou-se à conclusão de que seria pertinente a elaboração de uma norma de serviço (ANEXO VIII) para contribuir para uma assistência sistematizada à criança/família no âmbito do desenvolvimento infantil, a qual ficou para aprovação pela directora da instituição. Para objectivar mais o meu trabalho, elaborei dois posters (ANEXO IX) que foram colocados na sala de trabalho de enfermagem, onde evidenciei as competências que se pretendem adquirir de acordo com cada faixa etária. Consegui através destes trabalhos mobilizar conhecimentos e habilidades sobre o crescimento e desenvolvimento da criança,

transmitir orientações antecipatórias aos profissionais de saúde, relativamente ao desenvolvimento infantil (ORDEM ENFERMEIROS, 2009).

Ao longo do estágio realizei várias reflexões no que diz respeito à promoção do desenvolvimento infantil em contexto hospitalar, e vários são os relatos teóricos que fazem um paralelismo entre estas duas temáticas. Pois, inevitavelmente a doença e a hospitalização afectam o desenvolvimento normal da criança, visto que a rotina da criança é como que interrompida.

A doença e hospitalização causa no ser humano angústias e alterações drásticas nas actividades quotidianas, em especial quando esta situação ocorre na infância (FRIZZO *et al*, 2009).

Por isso, é importante compreender quais são as implicações do internamento no desenvolvimento infantil. A autora BOTEGA (2002) refere que a doença traz a “quebra de uma linha de continuidade da vida, das funções desempenhadas no dia-a-dia”. Quando a criança fica doente, ela fica incapacitada de dar continuidade aos seus estudos e às suas brincadeiras, tendo em conta isto, cabe ao enfermeiro minimizar esta situação para que assim a criança possa ter um desenvolvimento harmonioso.

A estimulação oferecida pelo meio ambiente provém das condições que este oferece à criança. O enfermeiro é portanto considerado um elemento estimulador, e é dele que dependem as experiências que possam proporcionar à criança dentro do ambiente hospital.

Às crianças do primeiro ano de vida e toddlers solicitei a colaboração dos pais, quando presentes, e dos alunos curso de enfermagem (numa das situações orientei um dos alunos em todos os procedimentos para uma correcta avaliação do desenvolvimento infantil), com o intuito de envolver os pais na prestação de cuidados e ao mesmo tempo prepará-los para a alta com aquisição de mais competências para promover o desenvolvimento e estarem atentos aos sinais de alarme. Com base no Modelo de Nola Pender, tive sempre em atenção os comportamentos anteriores e possíveis comportamentos que ajudassem estes pais a ganharem confiança/segurança para cuidar mais eficazmente das suas crianças. Neste âmbito, existem estudos que evidenciam que o desenvolvimento da criança é activamente guiado pela experiência social, isto é, a criança evolui pela integração com o adulto socializado (FONSECA, 1989).

O enfermeiro é a pessoa responsável pelos cuidados diários a uma criança hospitalizada, é a principal fonte de estimulação. Durante o estágio utilizei a sala de

actividades com objectivo de estimular a criança, realizando actividades que se tornassem experiências significativas, para que assim o internamento não seja visto como um trauma, mas sim como um desequilíbrio para atingir o equilíbrio de um outro estágio de desenvolvimento.

É de salientar ainda que os registos de todos estes dados revestem-se de uma importância inconfundível, como tal foram registados no processo clínico de cada criança. Nesta perspectiva, efectuei os registos resultantes da avaliação do desenvolvimento infantil. Os resultados da prática foram assim transmitidos de forma eficaz nas passagens de turno, assegurando a continuidade de cuidados. Desenvolveram-se, assim, competências relacionadas com a capacidade de reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica, realizar a gestão dos cuidados de SIP e produção de discurso pessoal fundamentado.

- Colaborar com a equipa de enfermagem na implementação projecto institucional no âmbito da dor.

No decorrer da prática diária surgiu a necessidade de formular este objectivo específico. Tomei conhecimento deste projecto pelos elementos responsáveis, os quais me abordaram ao longo do estágio, acerca do meu possível contributo para a realização da fundamentação teórica do projecto da dor que está para ser implementado em toda os serviços de pediatria do HSM. Desde logo demonstrei todo o meu interesse e disponibilidade para participar neste projecto, pois seria uma mais-valia para aquisição de competências específicas enquanto futura EESIP.

Neste âmbito, fiquei mais desperta para determinados aspectos relativos à avaliação da dor no serviço de cirurgia pediátrica do HSM; onde sob um olhar crítico e atento tive a oportunidade de realçar determinados aspectos pertinentes aquando a elaboração de toda a fundamentação teórica deste grande projecto.

Como estratégia para atingir este objectivo resolvi elaborar uma pesquisa exaustiva sobre a avaliação da dor na criança. O conceito de dor hoje mundialmente usado é o da Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) e afirma que a dor é uma “Experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”. Este conceito avança na direcção de admitir que a dor é uma experiência única e individual, modificada pelo conhecimento prévio de um dano que pode ser existente ou presumido.

Após a análise da pesquisa bibliográfica, elaborei um trabalho completo e actualizado que sustentasse em termos teóricos o projecto da dor (ANEXO X), que aborda vários aspectos relacionados com o conceito da dor, dando maior ênfase aos instrumentos de avaliação da mesma. De acordo com, WONG (2006) o alívio da dor é uma necessidade básica e um direito de todas as crianças. Neste sentido, o controlo da dor exige aos profissionais de saúde uma grande disposição para uma série de intervenções para atingir os resultados pretendidos. Para controlar a dor a sua avaliação é um componente crítico. A dor é multifatorial e inclui componentes sensoriais, afectivos, comportamentais, cognitivos, sócio-culturais e fisiológicos, que devem ser verificados (BROOME *et al*, 2005). Infelizmente, os profissionais de saúde, tendem subestimá-la, e controlam a dor esporadicamente em bebés e crianças (BROOME *et al*, 2005). No entanto, há que mudar esta realidade e valorizar sempre a dor relatada pela criança/família.

Após esta reflexão, considero imperativo evitar ou minorar o desconforto a que a criança e família estão sujeitas. Confortar o indivíduo enquadra-se dentro do objectivo da profissão de enfermagem, sendo este “prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, [...] ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (n.º1 do Artigo 4.º do Dec-Lei 161/96).

Obtive inúmeros conhecimentos sobre o tema que me proporcionaram conhecimentos técnico-científicos que me vão capacitar na forma de cuidar e lidar com a dor na criança.

A consciência crítica desta problemática demonstra a presença das competências de demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de especialização de SIP e de identificar as necessidades formativas na área de especialização de SIP; a ambição de querer solucioná-la em prol do conforto da criança e da sua família demonstra as competências de tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de especialização de SIP e zelar pelos cuidados prestados na área de especialização de SIP.

Assim sendo, após momentos de reflexão talvez possa dizer que a avaliação da dor não é realizada da forma mais adequada e preconizada para cada faixa etária. Esta observação participada possibilitou o desenvolvimento da competência de formular e

analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e criativa.

3.3. - MODULO III

3.3.1. AMP do Hospital da Luz

- Aprofundar competências de EESIP na prestação de cuidados de enfermagem à criança/família, de forma a promover o seu desenvolvimento infantil.

Para atingir este objectivo, defini duas estratégias, a prestação de cuidados directos no AMP e a pesquisa bibliográfica.

Ao longo do estágio prestei cuidados em três áreas: maioritariamente na triagem e serviço de observação (SO) e com menor incidência na sala de tratamentos. O facto de já conhecer a realidade do serviço AMP do Hospital da Luz, visto anteriormente ter lá trabalhado foi uma mais-valia. No entanto, com outro olhar sob a realidade, a preocupação em contribuir para a melhoria dos cuidados foi uma prioridade, considero a minha abordagem à tríade muito mais personalizada, tendo sempre o cuidado de valorizar aspectos que anteriormente nem sequer estava elucidada para tal. Nomeadamente a minha abordagem na triagem foi muito mais especializada do que anteriormente. A colheita de dados foi muito mais complexa, antes preocupava-me apenas em perceber o motivo de vinda ao AMP, actualmente estou mais atenta à relação criança/pais e sinais de alarme no desenvolvimento da criança. Neste momento e sempre que o serviço permitia, aproveitava para fazer ensinamentos oportunos e clarificar dúvidas aos principais prestadores de cuidados da criança, de modo a promover a saúde e minimizar a causa patológica actual.

A minha prática foi direccionada tendo em conta sempre os comportamentos anteriores e factores pessoais preconizados por Nola Pender.

Na Urgência Pediátrica, as emoções dos pais são geralmente intensas e a sua capacidade de compreensão pode não estar no auge, devido ao stress que uma situação urgente acarreta. Como enfermeiros devemos estar atentos e dar resposta às necessidades da criança e dos pais (de informação, protecção e respeito), tendo em conta o ambiente em que estão inseridos. Logo uma avaliação inicial das capacidades da criança, da família e as respostas da comunidade em que se insere são importantes. O enfermeiro deve perceber se a pessoa operacionaliza os seus objectivos, se tem

capacidade de decisão, se utiliza as suas competências para dar resposta às actividades de vida diária e tem apoio quando necessita (NAVARRO, 2010).

De acordo com cada criança/família as necessidades eram colmatadas, procurando atingir no fim mudanças comportamentais que trouxessem autonomia e segurança aos pais e satisfizessem os requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde que passo a exemplificar: na triagem é muito frequente encontrar vários familiares que não administravam medicação antipirética à criança, as quais chegavam à urgência com hipertermia correndo maior risco de convulsão. Procurei ensinar como deviam proceder numa situação futura e que tipo e dose de medicação administrar, contribuindo assim para a mudança de comportamentos.

Neste sector, foi necessário ter, como preconizado na alínea E1.2.1. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011, “conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas”, um dos princípios da Triagem. Pelas suas especificidades e atendendo ao seu objectivo, ou seja o estabelecimento de prioridades tendo em vista a avaliação do tipo de cuidados necessários e a determinação da área de tratamento para onde encaminhar a criança/jovem e família, o enfermeiro de Triagem tem de ter a capacidade de tomar decisões rapidamente, pautadas por uma conduta dinâmica e princípios de boa comunicação e empatia, fundamentais na relação com a criança/ jovem e família. A comunicação assertiva com a família, de modo a compreender a situação de saúde e facilitar o esclarecimento de dúvidas é imperativa em qualquer local mas num serviço de urgência, local onde a criança/ jovem e família vivem momentos de grande stress, é imperativa.

Na sala de tratamentos coexistem outros componentes do Modelo de Nola Pender que podem ser postos em prática, como por exemplo o tópico percebe *benefícios para a acção e percebe barreira para a acção*, a autora refere que a relação entre estes dois tópicos poderá influenciar na mudança de comportamento (PENDER, 2002). Durante a prestação de cuidados tive sempre o cuidado de envolver os pais, referindo-lhes que a falta de informação, as várias crenças existentes (por exemplo, a sociedade acredita que as crianças se desenvolvem sozinhas, “em frente à televisão”), podiam-se tornar barreiras para a acção, e desta forma comprometer o desenvolvimento infantil. Assim, se estes perceberem a informação transmitida por parte dos profissionais, vamos atingir ganhos para a saúde, actuando na mudança de comportamentos de cada um de forma eficaz. Ainda no que respeita aos benefícios para a acção, o enfermeiro deve

intervir no sentido de informar, esclarecer, aconselhar o quanto importante é a promoção do desenvolvimento infantil e assim, os resultados positivos antecipados que decorrem de um comportamento de saúde ou as representações mentais positivas seriam evidentes. Por outro lado se existirem bloqueios negativos antecipados, percepções erradas sobre um determinado comportamento, estes aspectos vão-se tornar barreiras para a acção.

Num serviço de urgência, é focado constantemente o papel dos pais na parceria dos cuidados e a promoção das suas competências, isto é patente em todas as áreas mas principalmente no SO onde as crianças permanecem mais tempo e a equipa multidisciplinar tem mais contacto com a criança/família.

Desta forma e atendendo a tudo o que foi mencionado, o EESIP é o elemento mais qualificado para o fazer porque, tal como refere o Decreto-Lei nº 437/91 (p.5724), compete ao Enfermeiro Especialista “prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (individuo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui”.

Durante a participação na prestação de cuidados na área da Triagem, surgiu novamente a oportunidade de desenvolver competências na área de supervisão de cuidados, em conjunto com a EESIP, colaborando na integração de uma nova colega, ajudando-a a mobilizar conhecimentos teóricos e teórico-práticos na prestação de cuidados em enfermagem de pediatria, particularmente na área do desenvolvimento infantil e na utilização das escalas de avaliação da dor.

Neste contexto, foi muito gratificante denotar a confiança que consegui transmitir a alguns elementos da equipa de enfermagem, assim como o sentimento que ficou de que os conhecimentos especializados e experiências partilhadas tornaram-se valorizados para o crescimento e desenvolvimento profissional de todos.

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do reconhecimento dos principais comportamentos da criança em cada faixa etária.

É importante que a equipa de enfermagem esteja sensibilizada para a importância dos aspectos a avaliar nas idades chaves em cada momento do crescimento da criança. Não só para aprofundarem os conhecimentos acerca desta temática, mas também de forma a envolver os pais nesta área, proporcionando-lhes comportamentos parentais promotores do desenvolvimento dos seus filhos.

Sendo um desenvolvimento infantil adequado a cada idade essencial em Pediatria, torna-se imperativo aprofundar conhecimentos neste âmbito.

Do Enfermeiro Especialista esperam-se intervenções no sentido de aumentar os recursos internos da pessoa, neste caso da criança/família, para lidar com os desafios (alterações do comportamento) com que se depara. Para isso, o enfermeiro especialista precisa articular-se em parceria com a família para em conjunto, planejar e implementar estratégias com elevado grau de adequação às características particulares da criança/família, fortalecendo-a e elevando a sua capacidade de resiliência e assim aumentar o seu potencial de crescimento e desenvolvimento.

O Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2002, p.8) definiu que “Apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar” deverá ser uma meta a atingir pelos profissionais de Saúde Infantil. Uma das estratégias para alcançar este objectivo será a valorização dos cuidados antecipatórios ao bebé como factor de promoção da saúde e de prevenção da doença, facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental.

Deste modo, para além dos ensinios individualizados na triagem e sobretudo no SO, de acordo com as necessidades específicas de cada família, tive sempre o cuidado de realizar uma articulação com os pais, em Sessões de Educação para a Saúde, fornecendo-lhes conhecimentos específicos sobre temáticas de interesse pessoal, para que estes se sintam mais competentes e seguros enquanto cuidadores.

A evidência empírica tem mostrado que a intervenção nos primeiros tempos de vida da criança é relevante e efectiva, uma vez que o bebé que nasceu é catalisador de mudanças importantes nos seus progenitores e o casal encontra-se mais sensível e susceptível à mudança (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2005).

Atendendo ao modelo de Nola Pender, a pessoa é considerada, como um ser único, com características pessoais como, a auto-estima e o auto-conceito, que facilitam a manutenção de comportamentos saudáveis (VICTOR *et al*, 2005), ou seja o profissional de saúde tem de ter em conta os comportamentos individuais de cada pessoa, para posteriormente os moldar e fazer com que esta adquira novos comportamentos.

PENDER (2002) compreende vários factores como os estilos de vida saudáveis, a capacidade para o auto-cuidado, práticas nutricionais, actividade física, padrões de sono, gestão do stress, comunicação com outros e utilização dos cuidados de saúde.

Nesta linha, se a pessoa percepção a saúde como completo bem-estar, tende a relevar aspectos como o relaxamento, e outras actividades promotoras de bem-estar. Se, pelo contrário, a saúde é percebida como manter a estabilidade ou evitar as doenças, esta dará importância a comportamentos de protecção da saúde, como a vacinação ou os rastreios.

Para melhor se adequar os conteúdos a abordar para com os pais, procedi à elaboração de um procedimento de serviço acerca dos aspectos fulcrais do desenvolvimento infantil, tendo sempre em conta as necessidades por parte dos pais, através de conversas informais sobre as suas dúvidas, medos e preocupações.

De acordo com o 7º princípio da carta da criança hospitalizada (INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA, 2002), o ambiente hospitalar pediátrico deve corresponder não apenas às necessidades físicas da criança mas também afectivas e educativas.

Ao reflectir e analisar à luz dos pressupostos teóricos, a realidade encontrada é que os enfermeiros apenas estão focados na doença, com o intuito de minimizar este facto, realizei dois posters para explicar os principais aspectos para promover um desenvolvimento e crescimento adequado a cada faixa etária.

Na actualidade os hospitais são um dos locais privilegiados para a promoção e educação para a saúde. Tal como refere PENDER (2002), as pessoas que experimentam uma situação de doença, no pressuposto de que a motivação é factor determinante da aprendizagem, poderão ter grande facilidade para aprender, tornando este contexto ideal para promover o desenvolvimento infantil.

Assim, guiados por este modelo, os enfermeiros devem exercer influências interpessoais favoráveis à promoção do desenvolvimento infantil, estabelecendo uma relação terapêutica intencional e orientada, atendendo a algumas facetas descritas por PENDER (2002), como sejam, o facto de cada pessoa trazer consigo, para as situações de aprendizagem, aspectos da sua personalidade, da sua forma de interagir, os seus valores e as influências ambientais.

- Identificar necessidades de formação na equipa de enfermagem do serviço de AMP do Hospital da Luz.

Como forma de estabelecer um diagnóstico de situação, elaborei várias entrevistas informais com o objectivo de avaliar as necessidades formativas da equipa de enfermagem do serviço de AMP, tendo-se chegado à conclusão que grande parte da equipa carecia de conhecimentos, no que respeita à avaliação do desenvolvimento infantil, no entanto, referiram em grande maioria a necessidade de implementar no serviço, escalas da dor adequadas a cada idade.

As suas necessidades de formação e a sua disponibilidade para saber mais sobre o tema (Avaliação da Dor na Criança) foram significativas, o que motivou ainda mais a minha pesquisa. Assim mediante as informações obtidas, para além das observações feitas *a posteriori*, pôde-se concluir, que os enfermeiros necessitavam de aprofundar conhecimentos na área da avaliação da dor na criança (apesar de o fazerem empiricamente). De forma informal, questionou-se também se alguns dos elementos tinha formação na área, sendo que apenas um tinha conhecimentos mais diferenciados, devido à frequência da especialidade de saúde infantil e pediatria, os restantes elementos conhecia as escalas mas não as sabiam aplicar. A escala NIPS e FLACC eram as menos conhecidas.

Assim, com base na pesquisa bibliográfica efectuada e na aquisição de conhecimentos no estágio anterior, apliquei e mobilizei esses mesmos conhecimentos para a elaboração uma sessão de formação acerca da Dor e Instrumentos de avaliação da mesma (ANEXO XI). Na sessão foi abordado o conceito da dor com 5º sinal vital, a importância da avaliação da dor em Pediatria e as escalas de avaliação da dor: escalas de auto-avaliação (Faces e Numérica) e de hetero-avaliação (NIPS e FLACC). Salvaguardo de que as escalas foram discutidas em reunião com a enfermeira chefe e tutora, tendo-se chegado à conclusão que estas eram as escalas que se melhor adaptavam ao serviço de urgência (sobretudo em SO).

Na sequência de uma análise ao sistema informático Sorian, verifiquei que a escala numérica estava desactualizada, de seguida abordei a chefe acerca deste facto a qual se mostrou disponível e interessada, em sugerir esta alteração ao responsável pelo sistema informático, de forma a colocar em prática a actualização da mesma. Foi dada formação a toda a equipa de enfermagem e deixado em suporte informático para posteriores actualizações e até mesmo formações a novos elementos na equipa.

Verifiquei que as escalas de auto-avaliação eram pouco utilizadas, e quando usadas não eram executadas de uma forma uniformizada e correcta, por falta de material. Expus esta circunstância à enfermeira chefe no sentido de obter “réguas” utilizadas na avaliação da dor, por forma a ser mais fácil e correcta a sua avaliação. De momento não se conseguiu uma parceria com o responsável do marketing, então resolvi e em consonância com a responsável do serviço, imprimir e plastificar régua das faces para colocar na triagem e no SO, visto ser uma necessidade iminente em toda a equipa de enfermagem (ANEXO XII).

Durante o estágio pude constatar que os enfermeiros estavam mais motivados e todos tinham uma abordagem universal na aplicação da escala da dor.

Ficou então preconizado através do procedimento realizado (ANEXO XIII), que seria avaliada a dor a todas as crianças internadas no SO adequando as escalas de auto e hetero avaliação a cada situação e faixa etária. As escalas de avaliação da dor são para aplicar não só no momento de avaliação sistemática dos Sinais Vitais mas também sempre que a criança manifestar dor e antes e depois da administração de qualquer terapêutica analgésica para validação da eficácia das medidas desenvolvidas. De facto, conseguiu-se observar nos registos de enfermagem que, através desta simples medida e após reforço da necessidade da sua utilização nas sessões de formação, as escalas de auto-avaliação começaram a ser mais utilizadas com as crianças. Desta forma, considero que demonstrei consciência crítica para problemas da prática profissional, zelei pelos cuidados prestados, tomei iniciativas criativas na interpretação e resolução de problemas, e abordei questões complexas de modo criativo.

Não obstante, foi também feito uma ligação com os procedimentos do EMLA e Sucrose, tais documentos, para além de pretender ajudar os enfermeiros na sua prática diária, uniformiza procedimentos podendo ser utilizado como facilitador tanto da integração de novos profissionais como de alunos de enfermagem. Após uma análise destes procedimentos achei que estes necessitavam de mais informação e actualização de conceitos. Solicitei apoio da farmácia para contrapor factos actuais com alguns em desuso, ficou assim um procedimento actualizado e considerado útil para a equipa de enfermagem (ANEXO XIV).

A formação é um dos meios essenciais para operar a mudança e alcançar o aperfeiçoamento pessoal e profissional. Como forma de continuar a promover a formação em serviço, um dever dos enfermeiros preconizado na alínea l do n.º 1 do

Artigo 7º do Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, iniciada com uma pesquisa bibliográfica baseada em evidência científica, com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, para além de aplicar aos vários tipos de escalas com eles no decurso da prática de cuidados diária, procedeu-se a várias sessões de formação, em diferentes horários (normalmente após as passagens de turno). Em conversa informal com os elementos do serviço, percebeu-se que, para além de considerarem a temática relevante, estavam mais receptivos a este tipo de sistema do que a “sessões com horas marcadas”, indo assim o formador ao seu encontro e não eles ao encontro do formador.

Desta forma, conseguiu-se chegar a quase toda a equipa de enfermagem, excepto os elementos que se encontravam de férias, os que participaram nas sessões manifestaram que os conteúdos das mesmas tinham sido pertinentes, o discurso fundamentado em evidência científica recente e a metodologia utilizada a mais adequada. O planeamento das sessões, também contribuiu para a aquisição de competências relacionadas com a gestão de recursos humanos e materiais, e com a organização de actividades e estabelecimento de prioridades em função dos recursos temporais. Como poderá ser concluído através do relatório da sessão, o feedback e avaliação da sessão foi francamente positivo, sendo classificadas em Muito Bom e Excelente.

Zela-se assim pelos cuidados prestados e promove-se o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros. Os enfermeiros manifestaram que a maior dificuldade na aplicação destas técnicas se prende com a falta de pessoal e, consequentemente com a falta de tempo. No entanto, após as formações e ao longo da sua aplicação na prática diária em conjunto comigo, reconheceram que poderá haver algumas que são de aplicação fácil e rápida.

Relativamente aos registos de enfermagem e no que se refere à avaliação da dor, verificava-se que não só este nem sempre era feito como também que a sua utilização não era transmitida oralmente nas passagens de turno. A explicação do primeiro acontecimento residia no facto da não existência das várias escalas no sistema informático. No sentido de solucionar esta ocorrência foi proposta à equipa de enfermagem o registo nas notas de turno, nomeadamente na AVD sono/repouso, mais uma vez, sensibilizar para o seu registo e ao mesmo tempo para uma melhoria de cuidados prestados à criança com dor. Elaborei ainda uma lista identificando as intervenções de enfermagem mais adequadas ao registo da dor (esta lista ficou

disponível em sistema informático no serviço), já que os enfermeiros estão pouco determinados para tal. Após a minha persistência, consegui alterar esta prática.

Com o diagnóstico das necessidades formativas estabelecido inicialmente, com as sessões de formação e com o acompanhamento dos enfermeiros na prestação de cuidados enquanto se incentivava a implementação das Escalas de Avaliação da Dor, analisando posteriormente o seu impacto na equipa, foi possível desenvolver as competências preconizadas nas alíneas D2.1.1., D2.1.2., D2.1.3., D2.1.4 e D2.1.5. do Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro 2011 (“actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais”, “diagnostica necessidades formativas”, “concebe e gere programas e dispositivos formativos”, “favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros”, e “avalia o impacto da formação”).

3.3.2. Neonatologia do Hospital da Luz

- Desenvolver competências de EESIP na prestação de cuidados de enfermagem ao RN internado na Neonatologia.

Para atingir este objectivo, delineeii duas estratégias, a prestação de cuidados directos na Neonatologia e a pesquisa bibliográfica pertinente para a prestação de cuidados fundamentados. Este campo de estágio exigiu mais de mim, visto ser uma área muito específica, no entanto este facto não foi impeditivo de concretizar os meus objectivos.

A nível mundial nascem anualmente 20 milhões de crianças prematuras, das quais, um terço morre antes do primeiro ano de vida. Destacam-se, o peso ao nascimento e a idade gestacional, como factores determinantes do prognóstico de prematuridade, pelas consequências que têm nos sistemas do prematuro (GUIMARÃES *et al*, 2007)

Em Portugal, a prematuridade foi causa de 73% da mortalidade neonatal em 2005, sendo a sua maioria RN com idade gestacional inferior a 32 semanas e com peso ao nascimento abaixo dos 1500 gr. Estas taxas têm vindo a diminuir progressivamente, em grande parte devido à aplicação do Programa Nacional da Saúde Materno-Infantil, do Ministério da Saúde (GUIMARÃES *et al* , 2007).

No sentido de aprofundar as competências e conhecimentos adquiridos na Unidade de Neonatologia do Hospital da Luz, o meu empenho e dedicação foram fulcrais, aproveitando sempre a variedade de situações que foram surgindo de forma a dar resposta aos meus objectivos. Colaborei e prestei cuidados na Unidade de Neonatologia, promovendo sempre o desenvolvimento infantil do RN.

O RN, devido ao seu nível de desenvolvimento, apresenta necessidades que muitas das vezes são colmatadas pela mãe, pai ou outro cuidador. Quando o RN é internado numa UCIN as necessidades são muito complexas pelo que a mãe por si só, não consegue dar resposta. O enfermeiro avalia os comportamentos/características e experiências individuais dos cuidadores e neste contexto deve valorizá-los e promover outros conhecimentos. Este facto está comprovado na análise do diagrama da Promoção da Saúde de Nola Pender, quando esta refere que os comportamentos anteriores são o ponto de partida para a promoção da Saúde (PENDER, 2002). O objectivo final é o cuidado de enfermagem proporcionar gradualmente à mãe/cuidador principal a capacidade de (re) assumir o cuidado da criança.

Com base nestes pressupostos direcionei a minha prática tendo em conta sempre os comportamentos anteriores e factores pessoais preconizados por Nola Pender.

Durante o internamento de um RN prematuro (30 semanas) tive a oportunidade de desenvolver cuidados muito específicos e personalizados, pois para além de ser o primeiro filho desta mãe, esta deparou-se com um ser pequeno e frágil, perante o qual os pais se sentiram incapazes e muitas vezes culpados. Portanto, tornou-se imprescindível ter também os pais como foco principal. Orientá-los e capacitá-los, para cuidar do seu filho foi a forma de os fazer sentir perto do seu RN e capazes de, ao menos, lhe transmitir amor. Foi neste âmbito que tive a minha primeira oportunidade de por em prática a teoria relativa ao método de canguru, pois através deste método a mãe conseguiu desenvolver confiança e autonomia para cuidar do seu bebé.

É da competência dos enfermeiros prestarem cuidados especializados à criança, sempre que o seu estado de saúde assim o exija, permitindo que a família desempenhe as actividades de cuidados familiares. No entanto, não deve haver uma fronteira fixa, podendo o enfermeiro desempenhar actividades familiares e os pais, eventualmente, desempenharem cuidados mais especializados desde que devidamente orientados e supervisionados (CASEY, 1993).

Os pais desempenham um papel central no desenvolvimento do bebé, como tal tive sempre o cuidado de envolver os pais nos cuidados prestados ao RN, nomeadamente no Método de Canguru com o objectivo de promover a vinculação e assim assegurar desenvolvimento infantil mais harmonioso.

O Método Canguru apresenta-se como uma abordagem de intervenção complementar à tecnologia neonatal para promover o contacto directo do RN com a mãe, desde que ambos apresentem condições clínicas para desenvolvê-lo (RODRIGUES *et al*, 2006). Apesar de encontrarmos frequentemente na literatura este método associado à mãe, na verdade ele poderá ser posto em prática não só pela mãe como pelo pai ou outra pessoa significativa para o recém-nascido, inclusivamente pela enfermeira do serviço de neonatologia.

Com este método também a enfermagem ganha mais um espaço de actuação na assistência ao recém-nascido que tem como função cuidar da criança e da sua família sob os aspectos biológicos, proporcionando melhor adaptação à vida extra-uterina, e psicossocial a partir de uma assistência pautada no envolvimento, na dedicação e na humanização dos cuidados, promovendo uma aproximação entre a família, o bebé prematuro e a equipa de saúde (MEIRA *et al*, 2008).

Segundo o mesmo autor, o papel dos profissionais de enfermagem na estimulação do recém-nascido e do vínculo com a família implica em promover um cuidado individualizado, minimizando, os stressores ambientais.

A prática do Método Canguru proporciona inúmeras vantagens para o RN prematuro, segundo ALMEIDA (2007): Aumenta o vínculo mãe-filho; Evita longos períodos sem estimulação sensorial por reduzir o tempo de separação mãe-filho; Estimula o aleitamento materno, o que favorece maior frequência, precocidade e duração; Melhora o controlo térmico; Reduz o índice de infecção hospitalar; Possibilita menor permanência no hospital; Reduz o índice de mortalidade de RN prematuro de baixo peso; Proporciona sono mais calmo e prolongado; Exerce efeito analgésico por meio de libertação de endorfinas; Melhora as funções fisiológicas de forma geral; Aumento da interacção mãe-filho, inclusive em RN de termo.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no desenvolvimento dos processos de interacção, adaptando as suas intervenções às necessidades e capacidades individuais dos pais, facilitando o processo de vinculação. Os pais sentem-se envolvidos

quando podem tocar, amamentar, pegar no RN, sentindo-se assim integrados nos cuidados prestados.

A colaboração na prestação de cuidados ao RN prematuro permitiu-me desenvolver competências como gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós graduada; desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas do enfermeiro; demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura e demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Durante o estágio tive de reformular algumas vezes os meus objectivos e actividades a desenvolver as quais foram planeadas no decorrer do mesmo, apesar de outros terem sido traçados num momento anterior, no Projecto de Estágio. Isto deveu-se ao facto de desconhecer a realidade e à presença de alunos de outras escolas a realizarem lá estágio, logo foi imperativo a necessidade de ajuste ao contexto. Esta adaptação permanente a um contexto incógnito no sentido de se quererem concretizar determinados objectivos permitiu o desenvolver das competências de demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização de SIP e de tomar iniciativas e ser criativa na interpretação e resolução de problemas na área de especialização de SIP.

- Contribuir para uma assistência sistematizada ao RN/Família no âmbito do posicionamento como factor promotor do seu desenvolvimento.

O ambiente no qual os bebés prematuros são cuidados, em contraste com o ambiente ideal, o “útero materno”, é uma preocupação cada vez mais evidente, visto que a realidade dos cuidados na UCIN pode influenciar o seu desenvolvimento a curto e a longo prazo. (VANDENBERG *et al*, 1993).

Se o útero materno é o ideal para o crescimento e desenvolvimento fetal, permitindo ao feto repouso e sono profundo que colaboram no crescimento cerebral (TAMEZ *et al*, 2002), o ambiente de uma UCIN é bastante desigual: “iluminação intensa contínua, repleto de barulho e interrupção frequente dos períodos de sono e

repouso com procedimentos e actividades diversas, que prejudicam o desenvolvimento neuromotor desses prematuros” (TAMEZ *et al*, 2002).

O posicionamento sustentado/apoiado e a manipulação adequada constituem importantes áreas a considerar nos cuidados de enfermagem, de forma a promover um desenvolvimento motor adequado.

Ao longo dos primeiros dias de estágio pude constatar que no serviço de Neonatologia não se verifica uma uniformidade na prática de cuidados ao RN, relativamente a vários aspectos relacionados com o correcto posicionamento.

Os bebés prematuros apresentam um tónus e um desenvolvimento motor diferente dos de termo, pelo que requerem uma intervenção individualizada a este nível.

Para realizar o procedimento, foram consultados todos os procedimentos existentes no serviço. Quanto à temática “Posicionamento no RN” não existia nenhum, neste âmbito abordei a enfermeira chefe, a qual achou muito pertinente esta minha abordagem. Seguidamente, realizei uma pesquisa bibliográfica aprofundada acerca de vários conceitos inerentes a este assunto, nomeadamente, definição, tipos de decúbitos, objectivos de um posicionamento correcto e a pertinência desta temática no serviço de Neonatologia. Este procedimento foi apresentado à equipa de enfermagem, referindo que era uma necessidade do serviço e que desta forma ficou colmatada. Foi entregue à enfermeira chefe, a qual aprovou e enviou para a direcção de enfermagem para posterior divulgação na intranet.

Com o objectivo de uniformizar os procedimentos necessários a um correcto posicionamento do RN, e favorecer as condições ideais para um bom desenvolvimento, realizei um procedimento acerca de como posicionar o RN.

Posto isto, TAMEZ *et al* (2002) advogam que todos os profissionais têm a responsabilidade de informar-se e criar rotinas e procedimentos que visem promover o desenvolvimento neuromotor destes pequenos pacientes. Com este procedimento contribui para a uniformização de cuidados de enfermagem promotores do desenvolvimento infantil a crianças internadas na Unidade de Neonatologia. Em suma, o posicionamento destes neonatos é um aspecto de extrema importância e dele depende o seu desenvolvimento. Um posicionamento adequado na incubadora ou no berço contribui para o desenvolvimento motor e neuromuscular do RN. A diminuição do tónus muscular e a diminuição dos movimentos espontâneos das extremidades que

caracteriza os prematuros são factores favoráveis ao aparecimento de desordens músculo-esqueléticas, na ausência de posicionamentos correctos (MOTA *et al*, 2005).

Esta observação dirigida, fundamentada em práticas correctas com bases científicas, e a consciência da importância dos cuidados de excelência, permitiu o desenvolvimento das competências de consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, na área de especialização de SIP, de compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência e de incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

Com esta actividade foi desenvolvida a competência de abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, na área de especialização de SIP.

Ainda no sentido de sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do posicionar no RN e Contribuir para que o RN tenha um desenvolvimento mais harmonioso, assim como dar a conhecer e discutir o procedimento realizado surgiu a necessidade de planejar e realizar uma sessão de formação subordinada ao tema “Posicionamento no RN” (ANEXO XV).

Considerando ainda este assunto como uma mais-valia para as crianças e suas famílias, e tendo em conta que uma das competências do enfermeiro especialista é a prestação de cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente em situações de crise ou risco (Decreto-Lei n.º437/91 de 8 de Novembro), pretendi fomentar a prática de enfermagem baseada na importância do Posicionamento para a Promoção do Desenvolvimento Infantil.

Foi feita uma divulgação prévia deste momento formativo no serviço de Neonatologia e Internamento piso 4 (puérperas) através de um cartaz (ANEXO XV) e via correio electrónico pela Enfermeira Responsável do piso. Na sessão foi dado ênfase aos vários tipos de decúbito; referindo quando deve ser utilizado cada um; a descrição de cada um e as suas vantagens. Por fim foi realizada a avaliação da sessão através de um questionário baseado nas regras da instituição posteriormente foi realizada uma análise dos resultados e foram elaborados gráficos correspondentes à mesma.

O *feedback* obtido por parte da equipa de enfermagem relativamente à pertinência do tema foi muito positivo na medida em que verbalizaram ser de bastante

utilidade para a prática diária, houve um elemento que no inquérito aplicado sugeriu uma sessão de formação acerca do Método de Canguru, pois durante a sessão abordei essa temática mas de uma forma superficial.

Um outro aspecto muito positivo foi o facto de me ter sido proposto apresentar esta formação à equipa do piso 4, os quais se mostraram muito receptivos a esta iniciativa.

Paralelamente a esta actividade, observei que a equipa de enfermagem numa fase inicial, não referiam nos momentos das passagens de turno aspectos relativos ao posicionamento do RN e no final do estágio pude constatar o contrário. Esta actividade teve a mais-valia de promover oportunidades de reflexão sobre as práticas, em equipa, já que todos os enfermeiros o faziam mas de uma forma pouco sistematizada.

Com esta actividade desenvolveram-se as competências de comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico a enfermeiros; comunicar resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas; produzi um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparei e de demonstrei compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.

Esta actividade permitiu o desenvolvimento das competências de promover a formação em serviço, e de reflectir na e sobre a minha prática, de forma crítica.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização destes estágios foram uma oportunidade de descoberta e um permanente desafio nesta longa caminhada. Foi uma aprendizagem contínua que se traduziu em várias reflexões críticas inerente em toda sua elaboração, submetendo-me a um desenvolvimento de competências, habilidades e mobilização de conhecimentos.

Procurei, ao longo de todo o relatório, demonstrar o percurso efectuado e os resultados de aprendizagem obtidos na prestação de cuidados globais à criança/família no decorrer dos estágios como EESIP.

Os objectivos inicialmente traçados foram atingidos na totalidade, sendo adaptados a cada contexto e vivência.

A contribuição do Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender para os cuidados de Enfermagem ficou patente neste relatório, sendo que a aplicação desta teoria à prática pode trazer mudanças significativas no dia-a-dia da criança/família desde que devidamente fundamentadas.

Da dedicação e empenho neste percurso, surgiram algumas mudanças comportamentais pessoais e profissionais que quero manter ao longo da minha caminhada.

Fazendo uma retrospectiva do estágio realizado, conclui-se que as equipas de enfermagem consideram a inclusão da avaliação do desenvolvimento infantil nos cuidados à criança uma prática de extrema importância, no entanto não têm consciência que existe uma teoria que fundamente a sua prática. Apesar de tudo, estiveram sempre disponíveis para aquisição de novos conhecimentos, o que facilitou o meu desempenho.

Adquiri competências para promover um adequado desenvolvimento infantil, através de conhecimentos aprofundados acerca da temática. Tive a oportunidade de participar em várias avaliações de desenvolvimento. Através da prestação de cuidados que realizei, pude promover o crescimento e desenvolvimento infantil, comunicar de modo apropriado o estágio de desenvolvimento, promovendo assim o desenvolvimento, maximizando a saúde e prestando cuidados em situações de maior complexidade.

Em todo o processo consegui diagnosticar e intervir precocemente nas doenças comuns que podiam afectar a qualidade de vida da criança/jovem, através do aumento de conhecimentos, mobilização de recursos e abordagens.

Através do diagnóstico das necessidades formativas, favoreci a aprendizagem e desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. Liderei na formulação e implementação de novas normas de serviço.

Todas as intervenções realizadas no decorrer do estágio foram próprias de um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria pois tiveram por base um pensamento crítico e reflexivo fundamentado num conhecimento específico pós graduado na área de especialização em causa. E todas elas tiveram o seu contributo para a minha prática profissional.

Efectivamente, todo este percurso foi pautado pela motivação e empenho de prestar cuidados de enfermagem especializados de excelência à criança/família, com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida na saúde e na doença. Nunca descurando que é “ (...) indispensável saber quem é o outro que está nos meus cuidados, quais as suas capacidades e limites de crescimento e, sobretudo, preciso saber como posso ajudá-lo a crescer e a realizar-se, o que só é possível conhecendo as suas necessidades, as suas necessidades específicas.” (VIEIRA 2009, p. 115)

Nos cuidados prestados foram incluídos, os quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, ou seja, a responsabilidade profissional, ética e legal, a gestão da qualidade e dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como as três competências específicas de Saúde Infantil e Pediátrica: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (ORDEM ENFERMEIROS, 2009).

As experiências que vivenciei contribuíram para prosperar tanto a nível pessoal como profissional, de diferentes formas. Como pessoa, adquiri capacidades para lidar com algumas contrariedades e dificuldades pessoais que enfrentei, aprendi a conhecer-me melhor e a mobilizar os recursos e habilidades para dar resposta às minhas necessidades.

Como enfermeira, consegui adquirir um conjunto de conhecimentos, competências e habilidades que me completaram, tornei-me mais exigente na minha prestação de cuidados procurando em cada momento a excelência e a qualidade. Senti a importância e responsabilidade de ser EESIP em todas as áreas que passei, quer pela

necessidade de existir um olhar diferenciado e específico, quer pelos benefícios que a criança/família obtêm deste cuidado especializado.

O facto de ter apenas quatro anos de experiência profissional e a experiência em pediatria ser pouca tornou este desafio ainda mais efectivo pela necessidade de aproveitar cada momento, situação ou vivência, de modo a aprender e crescer diariamente. Senti cada vez mais a necessidade de investir na minha formação, de investigar e actualizar conhecimentos e procedimentos, de modo a praticar uma Enfermagem Avançada.

No futuro, procurarei ser um elemento de referência na equipa de enfermagem, participando na gestão da formação através da identificação de necessidades de formação, desempenhando o papel de formadora. Pretendo apostar na investigação, de modo a avaliar de forma sistemática as mudanças verificadas na situação de saúde/doença da criança/família. Procurarei ainda cooperar na articulação de cuidados, funcionando como elo de ligação entre a equipa multidisciplinar hospitalar e os recursos da comunidade.

Irei continuar o processo dinâmico de aquisição de saberes e de competências a partir de múltiplos contextos, analisando e reflectindo sobre o que se faz e como se faz, produzindo um saber baseado na prática - evidência científica. Deste modo irei de encontro ao preconizado no artigo 88º - Da Excelência do exercício (p.61), do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, que refere “ (...) manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

E, porque faz parte do pensamento reflexivo encontrar alternativas criativas, considero pertinente referir algumas sugestões de melhoria. A existência e implementação deste tipo de projectos representam de facto uma mais-valia para os serviços, pelo que sugiro a sua continuação através, por exemplo, da existência de uma listagem de áreas desenvolvidas nos diferentes locais de estágio, que permita a futuros mestrandos dar continuidade a estes projectos amplificando-os.

Nestes percursos, tão pessoais e particulares surgem também algumas dificuldades e limitações. Para além dos aspectos inerentes a qualquer percurso formativo como por exemplo o limite temporal, considero como limitação a impossibilidade de avaliar o impacto da implementação do projecto sendo, em tempo útil de estágio, difícil medir a eficácia das intervenções e monitorizar a sua continuação.

Ainda neste âmbito, refiro a título sugestivo a seguinte proposta de formação e investigação para os profissionais de saúde:

- Dar continuidade à investigação sobre a aplicação do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, nas diferentes áreas pediátricas pelo valor efectivo e benéfico que possui, de modo a contribuir para a aquisição e melhoria dos comportamentos, na qualidade de vida da criança e proporcionar uma prestação de cuidados de enfermagem completa, organizada, rigorosa e direccionada ao colmatar das necessidades diagnosticadas.

Em conclusão, considero que foi um percurso inovador e estimulante que proporcionou inúmeras mudanças ao nível de valores, sentimentos, conhecimentos, habilidades, com conseqüente crescimento, transformação e evolução como pessoa e enfermeira especialista de Saúde Infantil e Pediatria.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, M. – **(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica**. Coimbra: Quarteto, 2003. ISBN 989-558-067-3.

ALMEIDA, CM; Almeida, AFN; Forti, EMP -. Efeitos do método canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso In: Revista Brasileira de Fisioterapia, 2007. vol. 11, n.1, p.1-5 Jan- Fev.

BARRADAS, Alexandra M. - Parentalidade na relação com o recém-nascido prematuro: vivências, necessidades e estratégias de intervenção. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada à Universidade Aberta em 2009. 35- 46.

BELLMAN [et al] – **Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil: Dos 0 aos 5 anos**. Manual do Utilizador. 1ª Edição. Lisboa: CEGOC-TEA, 2003. ISBN 972-8817-08-8.

BENGUIGUI [et al].- **AIDPI**. 2ªEd. .[Consult. 18 Jun. 2011]. Disponível na Internet: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/vigilancia.pdf>. ISBN 92 75 72606.

BOTEGA - **A Força para Curar**. Porto. Campo das Letra, 2002.

BRASIL [et al] - Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Criança. Fundamentos técnicos-científicos e orientações práticas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento - vol.2; Brasília, 2002.

BRAZELTON, T. – **Dar atenção à criança**: Para compreender os problemas normais do crescimento. Mem Martins: Terramar, 2002. ISBN: 972-710-055-4.

BROOME [et al] – **Procedimentos em Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005.ISBN 85-277-0965-1.

CARRUTH [et al] – Developmental and food profiles of infants born to adolescent and adult mothers. J. Adolesc Health, 1997; 20:434-41.

CASEY, Anne – Development and use of the partnership modelo f nursing care. In GLASPER, Edward; TUCKER, Ann. “Advances in Child Health Nursing”. Oxford: Scutari Press, 1993. ISBN 1-871364-91-4.

COLLIÉRE, Marie - **Promover a vida**. 3ª Ed. Lisboa : Lidel - Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. ISBN 972-95420-0-7.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro 1986 – *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*.

DECRETO-LEI n.º 161/96 (Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem) de 4 de Setembro. Diário da República – I Série. N.º 205 (4-9-1996), p. 2959- 2962.

DECRETO-LEI n.º 437/91. s.l. : D.R. I Série - A. 257 (91-11-08). pp. 5723-5741.

DIAS [et al] – Acções de estimulação à criança na unidade de tratamento intensivo pediátrico. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 1988;9(2):73-6.

DIAS [et al] – Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2006; 22:1447-58.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação**. 2ª Ed. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005. 48 p. ISBN 972-675-084-9.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional de Vacinação**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002. 84 p. ISBN 972-675-136-5.

FONSECA, LE - Promoção da saúde: carta de Otawa, declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

FONSECA, V. Educação especial: programa de estimulação precoce. Porto Alegre: Notícias; 1989.

FRIZZO [et al] – **A Criança, a Doença e o Hospital**. Lisboa. Editora Morais, 2009.

GRIFFIN [et al] - The development of low birth weight term infants and the effects of the environment in northeast Brazil. *J Pediatr* 1988,132:661-6.

GRIZENKO [et al] – Vigilância e problemas de saúde de crianças não inscritas num centro de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa, 1992. ISSN 0870-9205

GUIMARÃES [et al] – Le bruit dans une unite de neonatais. *Archives Pédiatrie*. Paris, 2007,1065-1068.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA - **Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança – Legislação – Criança, Adolescente e Saúde**. 1.ªEd. Lisboa: IAC, 2002. ISBN 972-8003188.

JORGE, Ana Maria – **Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o cuidar em enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. 192 p. ISBN 972-8383-79-7.

LANDIM FLP - Teorias de enfermagem: reflexão como instrumento e construção da crítica ao conhecimento elaborado. Cogitare Enferm. 2001.

LEININGER, Madeleine M. – *Caring, an essencial human need: proceedings of three Nationsl caring conferences*. Detroit: Wayne State University Press, 1988. ISBN 0-8143-1992-0

LIPMAN, EL - Relation between economic disadvantage and psychosocial morbidity in children. CMAJ 1994;151:431-7.

MADEIRA, A – Assistindo a adolescente e seu filho em uma unidade básica de saúde, Revista enfermagem UERJ, 1999; 7:173-7.

MADEIRA, Lelia – Alta hospitalar da criança: implicações para a enfermagem. USP. (1999) 1-7. <http://www.fsp.usp.br/MADEIRA.HTM> 10-07-2011 12:00.

MEIRA [et al] - **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso Método Mãe Canguru Ministério da Saúde Área da Saúde da Criança**. 1ª Ed. Brasília, 2008.

MELLEIS, A - a elusive mirage or a mirror of reality. 3ª Ed. Nursing Philadelphia: Lippincott; 1997.

MELEIS [et al] – Experiencing Transitions: An emerging Middle-Range Theory. ANS. Advances in Nursing Science [ANS Adv Nurs Sci], ISSN: 0161-9268. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Carta de Missão do Agrupamento de Centros de Saúde.[Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2009. [Consult. 3 Fev. 2011]. Disponível em: <<http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1E66C837-83F7-4078-B65A-5812B947A428/0/CartaMissaoACESDirectoresExecutivos.pdf>>.

MOTA, Luciana [et al] – Estudo Comparativo do Desenvolvimento Sensório-Motor de Recém- Nascidos Prematuros da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e do Método Canguru. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. [Em linha]. 18:004 (2005) 191-198. [Consult. 9 Maio. 2011]. Disponível em <http://www.unifor.br/notitia/file/781.pdf>. ISSN 1806-1222.

MUSSEN, PH [et al] - **Desenvolvimento e personalidade da criança**. 3ª Ed. Traduzido por Rosa MLGL. São Paulo: Herbra, 1995.

NAVARRO, Pena;– Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitário a través del proceso de enfermería. *Revista electrónica Enfermería Global*. Chile. ISSN 1695-6141. 19, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. 2011. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Caderno Temático-Modelo de Desenvolvimento. Profissional; Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem; Individualização e Reconhecimento das Especialidades Clínicas em Enfermagem; Perfil Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista, 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem, individualização e reconhecimento de especialidades clínicas em enfermagem, perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Guia Orientador de Boa Prática: Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança, vol. I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

PAPALIA, Diane [et al] – **O mundo da Criança**. 8ª Ed. Amadora: Editora McGraw-Hill, 2001. 707 p. ISBN 972-773-069-8.

PENDER, Nola [et al.] – **Health Promotion in Nursing Practice**. 4ª Ed. New Jersey: Prentice Hall, 2002. 340 p. ISBN 0-13-031950-3.

RODRIGUES [et al] – Eis-me aqui! Um caminho de abertura ao outro com um desejo de autonomia e liberdade. Revista Nursing. Novembro 2006, Ano 20, nº 239.

SPITZ [et al] – Pregnancy abortion, and birth rates among US adolescents. *Jama*, 1990; 275: 989-94.

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones – **Enfermagem na UTI Neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 190 p. ISBN 85-277-0534-6.

VANDENBERG, K. [et al] - Homecoming for Babies After the Neonatal Intensive Care Nursery. A Guide for Professionals in Supporting Families and Their Infants' Early Development. Texas: PRO-ED, 1993.

VICTOR, Janaína [et al] – Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paulista de Enfermagem. [Em linha] Vol.18, n.º3 (2005), p.235-240.[Consult. 20Jan. 2011]. Disponível na Internet: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>>. ISSN 0103-2100.

VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro**. 2ª Ed. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2009. 115 p. ISBN 978-972-54-0195-8.

WERNER, EE - Vulnerable but invincible: high-risk children from birth to adulthood. Acta Paediatr Suppl 1997;422:103-5.

WONG, Donna L., [et al] - **Enfermagem Pediátrica** - Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva. 7ªEd. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2006. ISBN 85-352-1918-8.

ZANNON [et al] – **Desenvolvimento Psicológico da Criança** - questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar. Psicol Teor Pesq. 1991; 7 (2):119-36.

6. ANEXOS

SESSÃO DE EDUCAÇÃO

Tema Promoção do Desenvolvimento Infantil:

- Conceitos sobre o Desenvolvimento Infantil até aos 2 anos de vida;
- Actividades que os pais podem desenvolver em casa para estimular a criança.

População Alvo Pais/Família

Formador Enf^a Maria João Pires

Local Sala de Espera da Consulta de Saúde Infantil (Piso 4)

Data 1 de Junho de 2010, às 10h30 ou 14h30

Duração 35 minutos

Objectivo Geral Promover o Desenvolvimento Infantil ao utente pediátrico.

**CONTO COM
A VOSSA
PRESENÇA...**



Dia 1 Junho 2010

10:30 ou 14:30



EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Criança Feliz



... é criança saudável

Local: Sala de Espera, Piso 4
UCSP da Amadora

Tema: Promoção do Desenvolvimento Infantil

PLANO DE SESSÃO

Fases	Objectivos	Conteúdo	Metodologia	Recursos Pedagógicos	Tempo
Introdução	Apresentar a formadora e o tema; Apresentar os objectivos da sessão.	Apresentação da formadora, tema e objectivos.	Expositivo	Computador com diapositivos	5 Min
Desenvolvimento	Sintetizar conceitos sobre o desenvolvimento infantil nas diferentes faixas etárias; Compreender a importância dos Cuidados Antecipatórios como factor de promoção da saúde Dar a conhecer aos pais actividades que podem desenvolver para estimular a criança.	Caracterização do desenvolvimento infantil até aos 2 anos de vida; Parâmetros a avaliar na criança. Cuidados Antecipatórios Apresentação das actividades que podem desenvolver para estimular precocemente a criança.	Expositivo	Computador com diapositivos	15 Min
Conclusão	Reflectir sobre a sessão elaborada.	Sintetizar as ideias chave.	Expositivo	Computador com diapositivos	5 Min
	Debater os temas abordados.	Debate sobre a importância da Promoção do Desenvolvimento Infantil.	Interactivo	Utentes	10 Min
Avaliação	Aplicar questionário de avaliação.			Questionário	5 Min



Ensinar a Conhecer

Aprender a Crescer

UCSP da Amadora
Aluna da ESIP – Enfª Maria João Pires

Objectivos da Sessão



- QUE OS PAIS:

- Adquiram competências parentais na área do desenvolvimento infantil;
- Refenham conhecimento acerca do desenvolvimento infantil nas diferentes faixas etárias;
- Identifiquem algumas actividades que podem executar para estimular a criança.

O que é Crescer ?



- Período de mudança (nas formas, nos tamanhos, no nº. de células e na diferenciação de órgãos);
- Os pontos de troca de informação neuronal são mais do que todos os grãos de areia de todas as praias do mundo! No vosso bebé. Em todos nós.

(Cordeiro, 2006)

“Somos, portanto,
seres altamente
“improváveis”.
E por isso,
e sempre, únicos
e insubstituíveis.”

(Cordeiro, 2006)

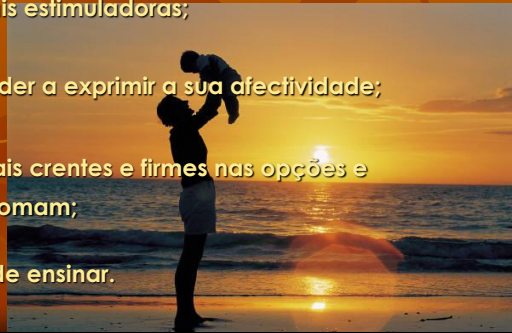
As nossas Famílias:

Devem ser mais estimuladoras;

Devem aprender a exprimir a sua afectividade;

Devem ser mais crentes e firmes nas opções e
atitudes que tomam;

Têm o dever de ensinar.



Na criança,
há que reconhecer:

- Precocemente

as suas competências...



1º MÊS

Aspectos a avaliar...

- Postura e Motricidade Global;
- Visão e Motricidade Fina;
- Audição e linguagem;
- Comportamento e adaptação social.



(Mary Sheridan)

Competências do Bebê

- Levanta a cabeça momentaneamente;
- Quando segurado pelas mãos, a cabeça cai;
- Em suspensão vertical: cabeça erecta e membros semi flectidos;
- Mãos fechadas;
- Volta-se na direcção de uma luz;
- Segue uma bola pendente 20-25 cm $\frac{1}{4}$ de círculo;
- Vira a cabeça na direcção de uma fonte sonora;



Competências do Bebê

Observa a face da mãe quando o alimenta;

Sorriso presente às 6 semanas;

Chora quando desconfortável;

Responde com sons guturais em situações e prazer.



3º MÊS

Competências do Bebê

Em posição ventral – apoio nos antebraços;

Em posição dorsal – simetria e movimentos rítmicos;

Cabeça e coluna direitas;

De pé flexiona os joelhos;

Mãos abertas e brinca com elas;

Segura um objecto e move-o em direcção à face;

Pestaneio de defesa;

Atende e volta-se aos sons;

Boa resposta social quando em contacto com familiar.



6º MÊS

Competências do Bebê



Em posição ventral - apoia-se nas mãos;

Em posição dorsal - levanta a cabeça;

Já faz força para se sentar, quando é traccionado pelas mãos;

Senta-se sem apoio;

Quando está de pé, faz apoio;

Tem preensão palmar;

Leva objectos à boca;

Vocaliza sons monossílabos e dissílabos;

Muito activo, atento e curioso.

9º MÊS

Competências do Bebê

- Senta-se sozinho e fica a 10 a 15 minutos;
- Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se;
- Leva tudo à boca;
- Apointa com o indicador;
- Tem pinça;
- Atira os objectos ao chão e procura-os;
- Repete sílabas ou sons do adulto;
- Leva uma bolacha à boca;
- Mastiga;
- Distingue os familiares dos estranhos.



12º MÊS

Competências do Bebê

- Tem equilíbrio sentado;
- Gatinha;
- Põe-se de pé e baixa-se com apoio de duas ou uma mão;
- Explora com energia os objectos e atira-os sistematicamente ao chão;
- Procura um objecto escondido;
- Interesse visual para o perto e para o longe;
- Volta-se ao ouvir o seu nome;
- Compreende ordens simples "dá cá; adeus";
- Bebe pelo copo com ajuda; Segura a colher mas não a usa;
- Colabora no vestir, levantando os braços.



18º MÊS

Competências do Bebê

Caminha bem;

Apanha os brinquedos do chão;

Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão;

Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muito mais;

Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos;

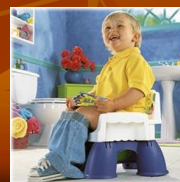
Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos;

Segura a colher e leva alimentos à boca;

Não gosta que lhe peguem;

Exige muita atenção;

Indica necessidade de ir ao WC.



2 ANOS

Competências do Bebê

- Corre;
- Sobe e desce com os 2 pés no mesmo degrau;
- Constrói torres de 6 cubos;
- Imita rabisco circular;
- Gosta de ver livros, vira uma página de cada vez;
- Diz o primeiro nome;
- Fala sozinho enquanto brinca;
- Linguagem incompreensível mesmo pelos familiares;
- Nomeia objectos;
- Põe o chapéu e os sapatos;
- Usa bem a colher.



O que fazer para estimular a sua Criança...



Papel dos PAIS:

- Para que a criança tenha um bom desenvolvimento é necessária a participação dos PAIS.
- A estimulação correcta favorece o desenvolvimento da criança, quando realizado no tempo certo.



O que os Pais devem fazer (dos 0 a 1 Ano de vida);

- Conversar com a criança;
- Respeitar a hora do sono;
- Posicionar a criança correctamente;
- Estimular os posicionamentos;
- Estimular os movimentos de braços e mãos para alcançar objectos;



O que os Pais devem fazer (dos 0 a 1 Ano de vida);

- Estimular a movimentação das pernas;
- Utilizar brinquedos coloridos;
- Colocar músicas infantis;
- Contar histórias;
- Deixar que a criança explore o ambiente;
- Estimular a criança a gatinhar/andar.



O que os Pais devem fazer (do 1 Ano de vida até aos 2)

- "Acreditar" e participar das suas fantasias;
- Participar da brincadeira, mas permitir que a criança determine o ritmo e o padrão da mesma;
- Sugerir novas actividades e desafios, desde que a criança mostre interesse na novidade.

Referências Bibliográficas

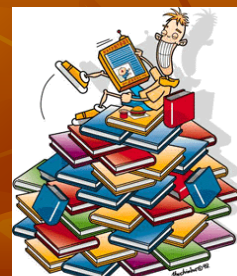
- √ BEE, Helen – A Criança em Desenvolvimento. 7ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996. 550p. ISBN 85-7307-134-6.
- √ BOWDEN, Vicky R.; GREENBERG, Cindy Smith – Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan. 2005. 765p. ISBN 85-277-0965-1.
- √ BOAVIDA, J, Borges L. Atrasos no desenvolvimento da linguagem – fatores de risco e intervenção precoce. Saúde Infantil .
- √ BRAZELTON, T. Berry – O Grande Livro da Criança – o Desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos. 11ª ed. Queluz: Editorial Presença. 2009. 535p. Depósito Legal nº: 293872/09
- √ CASTELO, Teresa Mota; FERNANDES, Boavida – Sinais de Alarme em Desenvolvimento. Saúde Infantil, 2009// 31(1), p.12-17, Hospital Pediátrico de Coimbra, 2009. [Consult. 20 de Maio de 2010]. Disponível em saudeinfantil.asic.pt/download.php?article_id=61.
- √ CORDEIRO, Mário – O grande Livro do Bebê – O primeiro ano de vida. 3ªed. Póvoa de Santo Adrião: A Esfera dos Livros. 2008.445p. ISBN 989-626-020-6.
- √ DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. Boletim de Saúde Infantil e Juvenil – Ministério da Saúde -- Modelo nº1396, Edição de 2009.

Referências Bibliográficas

- √ HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David; - Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ªed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora. 2006. 1300p. ISBN 10:85-352-1918-8
- √ LEI nº 7/2009 – D.R.I Série 30 (2009-02-12),[[Em linha], p. 936 [Consult. 20 de Maio de 2010]. Disponível em <http://www.dre.pt>
- √ NETO, Ana Serrão – Conheça melhor o seu bebê, 2ªed. Rio Tinto: Temas e debates Círculo de Leitores, 2009.230p. ISBN 978-989-644-082-4
- √ OPPERMAN, Cathleen; CASSANDRA, Kathleen – Enfermagem Pediátrica Contemporânea. Lusociência. 2001. p.587. ISBN 972-8383-19-3.
- √ PAPAIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin – O Mundo da Criança. 8ªed. Lisboa: McGraw Hill. 2001. 707p. ISBN 972-773-069-8
- √ PINHEIRO, Luís – Manual para pais de primeira viagem (e seguintes...), 3ªed. Tarsoedições.230p.ISBN 978-972-99692-4-9
- √ SHERIDAN M. Spontaneous play in early childhood – from birth to six years. 1st edition, London, Routledge 1993:11-83.

Referências Bibliográficas

- √ WHALEY, Lucille; WONG, Donna – Enfermagem Pediátrica – Elementos essenciais a intervenção efectiva. 5ª Edição, Rio de Janeiro; Editora Guanabara Koogan. 1999. p. 1118. ISBN:85-277-0506-0.





Obrigada pela Atenção!



Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na área de especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Avaliação da Sessão de Formação

Uma vez apresentada a sessão, é importante fazer um balanço e conhecer a sua opinião. Assim, solicito o preenchimento deste questionário que é anónimo.

Numa escala de 1 a 5, coloque a cruz no número que considera ser a sua opinião.

- 1- Insuficiente
- 2- Satisfaz
- 3- Bom
- 4- Muito bom
- 5- Excelente

Como classifica a sessão de formação:

Quanto ao **interesse?**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Quanto ao **conteúdo?**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Quanto à **organização?**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Quanto à **utilidade?**

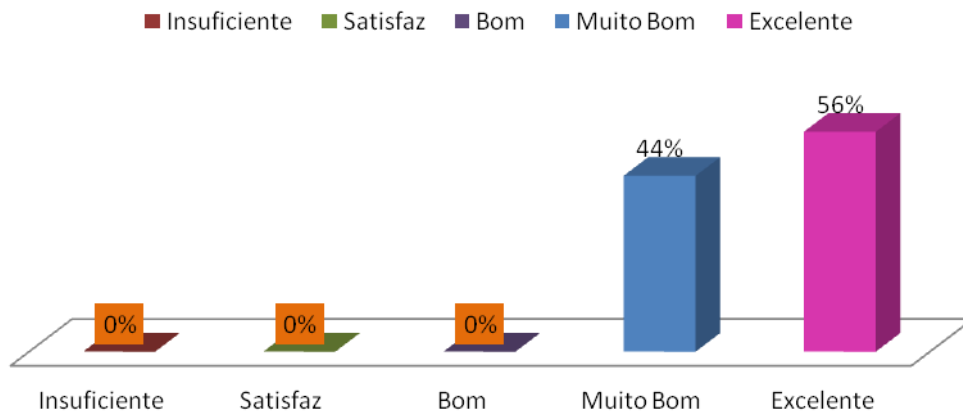
1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sugestões

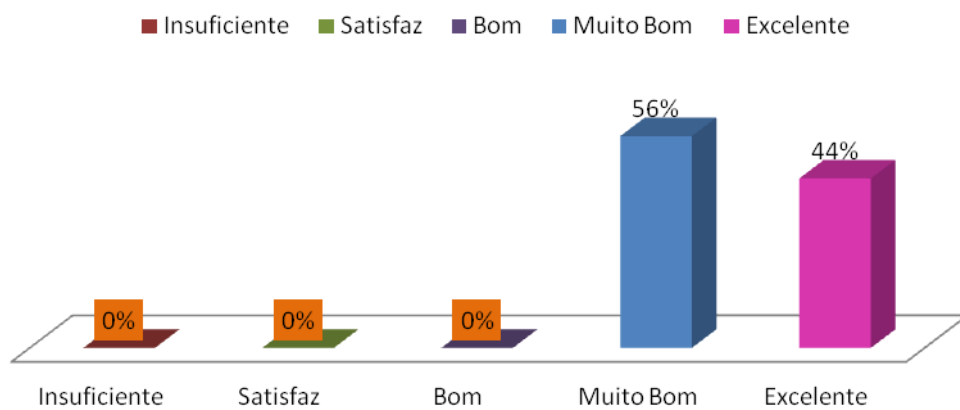
Obrigada

Avaliação da Sessão

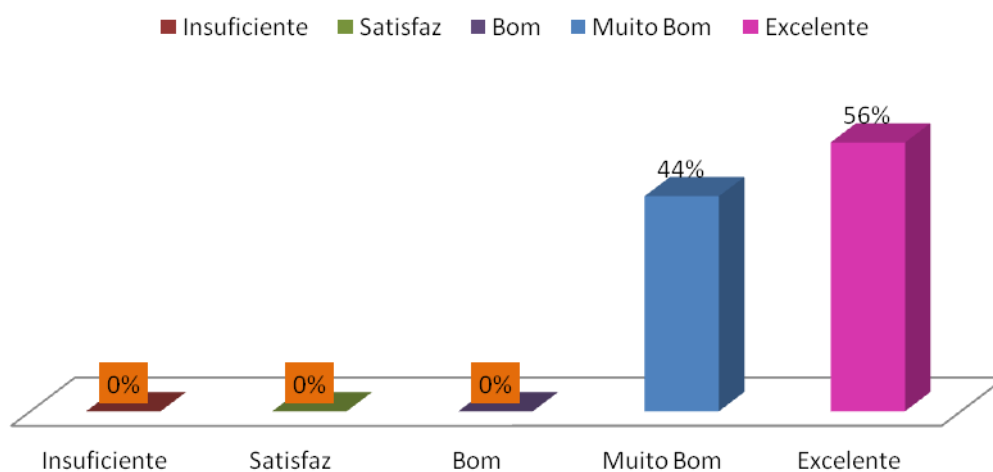
Distribuição das respostas ao questionário quanto ao interesse



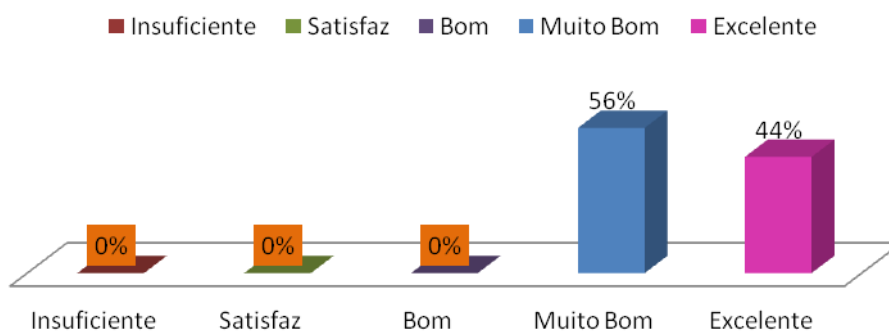
Distribuição das respostas ao questionário quanto ao conteúdo



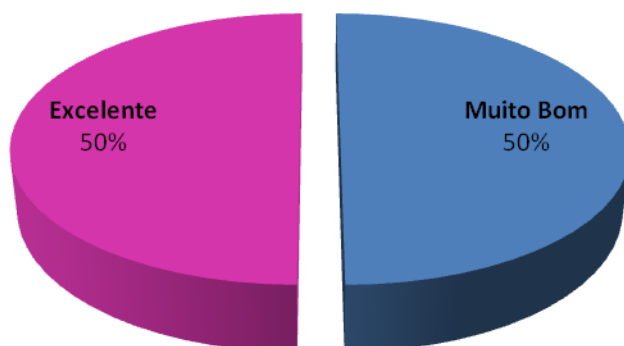
Distribuição das respostas ao questionário quanto à organização



Distribuição das respostas ao questionário quanto à utilidade



Análise Global da formação



Livros que pode consultar:

✓Boavida J, Borges L. Atrasos no desenvolvimento da linguagem – factores de risco e intervenção precoce. Saúde Infantil 1990;12:109-114.

✓Brazelton, T.Berry - O grande livro da criança , 11ªed. Editorial Presença. Lisboa, 2009.

✓Sheridan M. Spontaneous play in early childhood – from birth to six years. 1st edition, London, Routledge 1993:11-83.



A FAMÍLIA TEM UM PAPEL DE:

Estimuladora

Facilitadora

Promotora de um
ambiente rico...



Desenvolvimento Infantil

Entre os 0 e os 6 meses

UCSP da Amadora

Telefone: 214930113

Elaborado por Maria João Pires, aluna da especialidade de saúde infantil e pediatria da Universidade Católica Portuguesa

Orientado por: Enfª Celina Machado & Enfª Nídia Marques

O Desenvolvimento Infantil corresponde às várias mudanças que ocorrem durante a vida. Existe aumento daquilo que a criança é capaz de fazer através do seu crescimento. No entanto, cada criança tem o seu próprio ritmo.

Os Sinais de Alarme podem indicar alterações do desenvolvimento normal da criança.

Do que a sua criança será capaz...

• 12 MÊS

- De barriga para baixo levanta a cabeça ;
- Quando puxado pelas mãos, a cabeça cai;
- Mão fechadas;
- Fixa a cara da mãe quando o alimenta;
- Sorri.

Sinais de alarme:

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça na posição de sentado;
- Nunca segue a face humana;
- Não vira a cabeça ou olhos para o som;
- Não se mantém em situação de alerta nem por breves períodos.

• 30 MÊS

- De barriga para baixo apoia-se nos braços;
- Mãos abertas e brinca com elas;
- Segura um objecto e move-o em direcção à face;
- Interage em contacto com familiares;
- Atende e volta-se aos sons.

Sinais de alarme:

- Não controla a cabeça;
- Permanece sempre de mãos fechadas;
- Não fixa nem segue objectos;
- Não sorri.

• 60 MÊS

- De barriga para baixo apoia-se nas mãos;
- Segura os brinquedos com as mãos e transfere-os de uma mão para a outra;
- Mantém-se sentado sem apoio;
- Quando está de pé faz apoio;
- Vocaliza sons.

Sinais de alarme:

- Não se senta com apoio;
- Não segue nem agarra objectos;
- Não vocaliza;
- Estrabismo constante.

Como estimular a criança:

- Conversar com a criança;
- Respeitar a hora de sono;
- Posicionar a criança correctamente;
- Incentivar a criança a brincar, pois a brincadeira é o *trabalho* da criança;
- Estimular os movimentos de braços e mãos para alcançar objectos;
- Colocar músicas infantis.



Como estimular a criança:

- Contar histórias;
- Deixar que a criança explore o ambiente;
- Estimular a criança a gatinhar/andar;
- “Acreditar” e participar das suas fantasias;
- Participar na brincadeira, mas permitir que a criança determine o ritmo e o padrão da mesma;
- Sugerir novas actividades e desafios, desde que a criança mostre interesse na nova actividade.



Livros que pode consultar:

✓ Brazelton, T. Berry - O grande livro da criança , 11ªed. Editorial Presença. Lisboa, 2009.

✓ Sheridan M. Spontaneous play in early childhood – from birth to six years. 1st edition, London, Routledge 1993:11-83.

✓ Boavida J, Borges L. Atrasos no desenvolvimento da linguagem – factores de risco e intervenção precoce. Saúde Infantil 1990; 12:109—114.



UCSP da Amadora

Telefone: 214930113

Elaborado por Maria João Pires, aluna da especialidade de saúde infantil e pediatria da Universidade Católica Portuguesa

Orientado por: Enfª Celina Machado & Enfª Nidia Marques

UCSP da Amadora



Desenvolvimento Infantil

Entre os 9 meses e os 2 anos

O Desenvolvimento Infantil corresponde às várias mudanças que ocorrem durante a vida. Existe um aumento daquilo que a criança é capaz de fazer através do seu crescimento. No entanto cada criança tem o seu próprio ritmo.

Os Sinais de Alarme podem indicar alterações do desenvolvimento normal da criança.

Do que a sua criança será capaz...

• 9ºMÊS

- Repete sílabas ou sons dos adultos;
- Leva tudo à boca;
- Aponta com o indicador;
- Atira objectos ao chão e procura-os;
- Mastiga;
- Senta-se só e permanece 10 a 15 minutos sentado;
- Distingue os familiares dos estranhos.

Sinais de alarme:

Não se senta;
Não reage aos sons;
Não leva objectos à boca;
Não distingue familiares;
Estrabismo.

• 12ºMÊS

- Gatinha;
- Volta-se a ouvir o seu nome;
- Compreende ordens simples "dá cá, adeus";
- Segura a colher mas não a usa
- Bebe pelo copo com ajuda;
- Põe-se de pé e baixa-se com apoio de duas ou uma mão;
- Interesse visual para o perto e para o longe.

Sinais de alarme:

Não brinca nem estabelece contacto;
Não mastiga;
Não aguenta o peso nas pernas;
Não responde à voz;
Permanece imóvel: não procura mudar de posição.

• 18ºMÊS

- Caminha bem;
- Olha um livro de bonecos e volta várias páginas de cada vez;
- Segura a colher e leva os alimentos à boca;
- Diz 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muito mais;
- Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.

Sinais de alarme:

Anda sempre na ponta dos pés ;
Não pega nenhum objecto entre o polegar e o indicador;
Não reponde quando o chamam;
Não se interessa pelo que o rodeia;
Deita os objectos fora. Leva-os sistematicamente à boca;
Não vocaliza espontaneamente.

2 ANOS

- Corre;
- Sobe e desce com os 2 pés no mesmo degrau;
- Gosta de ver livros, vira uma página de cada vez;
- Diz o primeiro nome;
- Fala sozinho enquanto brinca — junta 2 ou mais palavras construindo frases curtas;
- Nomeia objectos;
- Linguagem incompreensível mesmo pelos familiares;
- Usa bem a colher.

Sinais de alarme:

Não anda,
Não sobe escadas;
Não procura imitar;

Não estabelece contacto ocular;
Não parece compreender o que se lhe diz.



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

“Visita Domiciliária”



Aluna: Maria João Felgueiras Pires
Sob orientação de: EESIP Celina Machado e EESIP Nídia Marques

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO	3
1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
2 – CONCLUSÃO	11
3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12
4 – ANEXOS.....	13
Anexo I – Instrumento de Registos de Enfermagem da Visita Domiciliária	14

0- INTRODUÇÃO

A elaboração deste documento escrito, surge de uma dinâmica reflexiva sobre as práticas profissionais e da interacção com as Enfermeiras Especialistas de Saúde Infantil e Pediátrica da UCSP da Amadora, no qual a autora se apresenta como aluna em contexto de trabalho no âmbito da Unidade Curricular “estágio” do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

É consensual entre a comunidade que ao longo dos anos, a promoção dos direitos e a protecção das crianças e jovens em risco tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção precoce a este nível.

Segundo a (DGS, 2007), “as situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança,” em relação à sua segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento, por isso a detecção precoce de crianças em risco é sem dúvida a melhor forma de prevenir o perigo potencial, que leva a situações de eventuais negligências.

O autor (BISCAIA, 2006) refere que a criança é um ser vulnerável que requer atenção e cuidado, porque é mais pequena (dependendo dos cuidadores), pela doença, pela menor capacidade mental, pela solidão e pela família e comunidade onde está inserida. Por isso, a família é um espaço privilegiado de socialização, promoção e protecção da criança.

No âmbito da visita domiciliária, o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica pode desenvolver um trabalho muito importante mas ao mesmo tempo bastante complexo. No decorrer da visita, pretende-se que sejam, desenvolvidas acções de enfermagem, e que sejam delineadas as principais vantagens e limitações desta. Assim sendo, pode-se utilizar a visita domiciliária, como estratégia de intervenção de educação em saúde nas diversas áreas.

A (DGS, 2007), valoriza a visita domiciliária de Enfermagem quando refere que desenvolve “os meios que possibilitem a visita domiciliária essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental de vigilância e de promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas como de risco.”

A visita domiciliária exige um processo racional, com objectivos definidos e pautados nos princípios de eficiência. Pode ser usada como um instrumento à prestação de cuidados, ao indivíduo, família e comunidade. Esta pode trazer resultados inovadores, uma vez que possibilita conhecer a realidade do doente e sua família in loco, contribuir para a redução de gastos hospitalares, além de fortalecer os vínculos doente-profissional.

Segundo (ROSEN, 1994), através da visita domiciliária consegue-se avaliar, desde as condições ambientais e físicas em que o indivíduo e sua família vive, assim como assistir os membros do grupo familiar, levantar dados sobre condições de habitação e saneamento, além de aplicar medidas preventivas na promoção da saúde.

Com a fundamentação teórica inerente a todo o processo que envolve a visita domiciliária, pretende-se que sejam seguidas e registadas situações de risco que recorrem à UCSP da Amadora. Sendo que o **principal objectivo** é educar para assim, contribuir para a mudança de padrões de comportamento e, conseqüentemente, promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde. Nas visitas domiciliárias, deve-se, garantir o atendimento holístico por parte dos profissionais, sendo, portanto, importante a compreensão dos aspectos psico-afectivo-sociais e biológicos dos doentes e famílias assistidas.

Ao Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria, cabe-lhe a responsabilidade de: zelar pelo bem-estar da criança, inserida numa família e esta por sua vez numa comunidade, através da “prestação de cuidados de enfermagem que requeiram um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (individuo, família ou grupo) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui”, Decreto-lei nº437/91.

Com este trabalho, pretende-se reflectir sobre a visita domiciliária e o modo de inserção do enfermeiro especialista nesta estratégia de assistência.

1- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As visitas domiciliares já surgiram há muito tempo atrás, sendo que os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade. Já na Grécia (443 a.c) encontram-se relatos de médicos que percorriam as cidades prestando assistência às famílias, de casa em casa, orientando-as quanto ao controle e à melhoria do ambiente físico, provisão de água e alimentos puros, alívio da incapacidade e do desamparo. Segundo (ROSEN, 1994), entre os anos de 1854 e 1856, em Londres, anteriormente ao surgimento das enfermeiras visitadoras, essa prática era realizada por mulheres da comunidade sem muita instrução, que recebiam um salário do estado para educar as famílias carentes, quanto aos cuidados de saúde. Elas eram chamadas de visitadoras sanitárias e a sociedade de Epidemiologia de Londres era responsável por esse treinamento. A experiência mostrou que havia uniformidade no sistema. Assim, os dirigentes dos distritos sanitários observaram que, ao se empregar mulheres de educação superior, tais como médicos e enfermeiros haveria uma otimização na assistência aos doentes e família.

Actualmente, a visita domiciliária, propicia maior proximidade dos profissionais e serviços com as pessoas e seus modos de vida. Conforme (FONSECA e BERTOLOZZI, 1997), ela permite uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar. Ou seja, a visita domiciliária é um instrumento que possibilita aos enfermeiros identificarem como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do universo familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros. Além de buscar a identificação dessa situação familiar, a sua prática compreende ainda entender as funções sociais, económicas e ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade.

Em reforço, lembramos (HORTA,1979), que já dizia:

“Cabe à enfermagem, assistir ao ser humano, dentro da família e da comunidade, direta ou indiretamente, através da enfermeira e de pessoal auxiliar, para atender às necessidades humanas básicas e intervir na história natural da enfermagem em todo os níveis de prevenção”.

Com a visita domiciliária, pretende-se que a equipa de enfermagem realize um conjunto de acções de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial. Através dela, são avaliadas as condições ambientais e físicas em que vivem o indivíduo e sua família, visando, entre outros aspectos, a aplicação de medidas de controle nas doenças e, principalmente, a educação.

As acções de enfermagem na visita domiciliária:

1. **Levantamento das necessidades (diagnósticos de enfermagem):** nesta fase, identificam-se as necessidades sentidas pela família.

2. **Planeamento:** esta fase engloba o planeamento da data da visita domiciliária e o desenvolvimento da mesma. Faz-se a selecção das visitas, colheita de dados, plano de visita e preparação do material.

Seleção de visitas: há que ter em consideração o tempo disponível; o horário mais adequado para a família, a fim de que não perturbe as suas actividades de vida diária; estabelecimento de um itinerário para a realização da visita.

Colheita de dados: Realiza-se um levantamento de necessidades prévias por meio de uma ficha própria (Anexo I).

Plano de visita domiciliária: Procede-se à identificação da família: endereço completo, condições sócio-económicas, diagnóstico e assistência de enfermagem.

3. **Execução:** Nesta etapa priorizam-se algumas regras: atendimento, na medida do possível, às prioridades; uso de uma linguagem clara, de acordo com o nível da família, a fim de que as famílias falem claramente dos problemas que as afligem no seu viver diário, prestando assistência de enfermagem; observar o meio ambiente e as reacções das pessoas frente aos problemas, mantendo contacto discreto e amável. Ao término, realiza-se de maneira clara e global uma avaliação de como decorreu a visita.

4. **Registo dos dados:** Descreve-se aqui as observações de enfermagem verificadas durante a visita, de maneira legível, sucinta e objectiva, para posteriormente, dar continuidade aos cuidados de enfermagem.

5. **Avaliação:** Nesta fase avalia-se o plano de visitas, as observações e as acções educativas, bem como os pontos positivos e negativos, se as soluções das prioridades foram realmente atingidas e se a família progrediu na resolução dos problemas.

Durante a visita domiciliária, de acordo com a problemática da família, a equipa de enfermagem poderá solicitar o auxílio dos demais profissionais de saúde.

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A pertinência deste documento escrito na UCSP da Amadora surgiu da necessidade de formalizar e uniformizar a visita domiciliária. Esta Unidade, abrange a população residente que segundo (INE, 2008), calcula-se muito perto dos 171.930 habitantes.

Importa ainda referir que existem cerca de 11206 crianças do 0 aos 18 anos, inscritos (dados retirados do Sistema Informático SINUS em Maio 2010), não sendo possível saber quantas crianças estão em situação de risco. No entanto é de referir que a “experiência” dos profissionais de saúde que aqui trabalham, revela que existe um grande número de crianças em risco.

Durante as consultas de enfermagem são detectados sinais e sintomas associados aos maus-tratos em geral e ao mesmo tempo factores de risco.

Após um levantamento estatístico, através da consulta das fichas pilotos desde de 2008 a 2010, conclui-se que:

Dados do UCSP da Amadora de 2008 a 2010, de crianças de risco:

No total foram identificadas cerca de **184 crianças de risco**.

Para a (DGS, 2007), “ os factores de risco dizem respeito a qualquer tipo de influências que aumentam a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus-tratos. Representam variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar, no meio em que ocorrem, alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e jovens”.

A ajuda à família na aquisição e desenvolvimento das competências parentais, é de primordial importância para os profissionais de saúde, principalmente para a enfermeira especialista de saúde infantil e pediatria.

O seu papel pode ser determinante, pelos seus conhecimentos de desenvolvimento infantil e dinâmica familiar, pela sua sensibilidade na avaliação de situações problemáticas, actuando a fim de evitar ou minimizar o risco infantil.

Como enfermeira, estando habilitada a prestar cuidados de maior complexidade nesta área de actuação, em parceria com a criança em risco, pretendia deste modo aumentar a qualidade dos cuidados, mas também o desenvolvimento de enfermagem enquanto profissão através do exercício de boas práticas, contribuindo assim, para o desenvolvimento de competências, revertendo acima de tudo para ganhos em saúde da população da Amadora.

POPULAÇÃO DESTINATÁRIA

As famílias com crianças até aos 2 anos de vida, com critérios considerados de risco ou vulnerabilidade para os maus-tratos.

Nota: No entanto, por motivos de impossibilidade devida à escassez de recursos físicos e/ou humanos, a equipa de Saúde Infantil pode referenciar para a UCC da Amadora pertencente ao ACES VII.

De acordo com a (DGS, 2008), consideram-se factores de risco:

- Inerentes a algumas características da criança/jovem:

- Crianças/jovens portadores de necessidades de saúde especiais (deficiência física ou mental);
- Prematuridade, em particular quando implica estar separado dos cuidadores no período neonatal;
- Crianças não desejadas pelos pais;
- Temperamento “difícil”;
- Crianças com dificuldades de aprendizagem ou “sobredotadas”.

- Inerentes às expectativas/percepções dos cuidadores sobre a criança/jovem:

- Percepção de que a criança é má, manipuladora ou difícil de educar;
- Criança com características físicas e/ou comportamentais semelhantes a alguém cujos pais/cuidadores não gostam;
- Pais/cuidadores que competem com a criança pela atenção e afecto que lhes é dedicado;
- Expectativas não realistas em relação à criança (escolares, desportivas, etc);
- Quando o sexo da criança não corresponde às expectativas dos pais/cuidadores.

- Inerentes às características do sistema familiar:

- Situações de adopção ou famílias reconstituídas;
- Contexto de violência doméstica;
- Pais abusados ou negligenciados em crianças;
- Problemas de saúde mental;
- Alcoolismo e/ou toxicod dependência;
- Pais/cuidadores envolvidos em processos legais ou a cumprir pena;
- Criança institucionalizadas;
- Ausência de redes familiares e sociais de apoio;
- Contextos de crise (por exemplo, morte, separação, desemprego, etc);
- Pais adolescentes;
- Padrões educacionais agressivos ou violentos;
- “Desenraizamento” cultural e social (migrantes);
- Pais com vida social e/ou profissional intensa;
- Más condições habitacionais (sobrelotação/promiscuidade).

RECURSOS

Humanos:

- Enfermeiras Especialistas de Saúde Infantil e Pediatria.

Materiais:

- Folhas de Registos

Financeiros:

- Horário dos profissionais;
- Apoio logístico.

Temporais:

4ª Feiras, das 14-16:30 Horas.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Nº de VD realizadas a Bebés de Risco referenciados pelas Noticias de Nascimento x100
Total de Bebés de Risco referenciados pelas Noticias de Nascimento

Nº de VD realizadas a Crianças de Risco referenciadas por diferentes Instituições x100
Total de Crianças de Risco referenciadas por diferentes Instituições

Nº de VD realizadas a Crianças de Risco referenciadas pela equipa da UCSP da Amadora x100
Total de Crianças de Risco referenciadas pela equipa multidisciplinar da UCSP da Amadora

2- CONCLUSÃO

Nos dias de hoje, a visita domiciliária deve estar direcionada para a educação e saúde e à consciencialização dos indivíduos com relação aos aspectos de saúde no seu próprio contexto. Portanto, esses conceitos deverão ser lembrados, uma vez que o resultado desejado referente à visita domiciliária é a mudança de comportamentos realizada a partir de novas convicções que forem sendo adquiridas pelas famílias e comunidade.

É considerado um momento rico, onde o enfermeiro presta assistência à saúde, acompanha a família, fornece sessões educativas para que os indivíduos, ou o grupo familiar e a comunidade tenham condições de se tornar independentes.

O factor que pesa significativamente nesta estratégia é o equilíbrio entre a execução e o custo/benefício. Se por um lado a visita domiciliária exige preparação profissional, predisposição pessoal e disponibilidade de tempo na sua execução, por outro, é um serviço prestado dentro do próprio contexto, parece agradar à maioria da população e pode diminuir a demanda nas instituições de saúde, reduzindo custos familiares e do sector saúde.

Confrontando-se a realidade vivida com os dados da bibliografia encontrada, verifica-se que não existe discórdia quanto à utilidade e à importância da visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde desenvolvido pelo enfermeiro. O que se verifica, no entanto, é a necessidade de uma reflexão maior sobre a optimização da visita domiciliar no contexto da saúde da família como um meio de melhor promover a saúde e a qualidade de vida.

Após a elaboração deste documento e reflexão do mesmo, conclui-se que o enfermeiro especialista deve prestar cuidados de maior complexidade na área de saúde infantil e pediatria, em parceria com a criança/família em risco, onde se incrementa a qualidade dos cuidados, mas também o desenvolvimento de enfermagem enquanto profissão através do exercício de boas práticas. Por tudo o que foi referido, a elaboração deste projecto de estágio, constituirá-se como factor de desenvolvimento de competências, que mais tarde se reverterá em ganhos em saúde.

Para o desenvolvimento deste trabalho foi determinante a partilha de experiências com as Enfermeiras que desempenham funções nesta área e a pesquisa bibliográfica.

3- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M.R. N. de et al. *Saúde da Família: cuidado no domicílio*. Rev. Bras. Enf. v.53, n. especial, p.117-122. 2000.

BISCAIA, Antunes. *Cuidados de Saúde Primários em Portugal -Reformar para Novos Sucessos* (Grande Prémio Fundação Ast raZeneca 2005). Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2006.

COSTA, J. *Visitação Domiciliária - Base para o ensino de Enfermagem na comunidade*. Rev.Enf. Novas dimensões, 1997.

FONSECA, R.M.G.S. da; BERTOLOZZI, M.R. *A epidemiologia social como instrumento de intervenção em saúde coletiva e em enfermagem em saúde coletiva*. (Texto resumido do curso Epidemiologia Social, ministrado durante o I Encontro Internacional de Enfermagem: Educação e Saúde), Santa Maria, 21p, Outubro de 1997.

HORTA, W. A. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU/ EDUSP, 1979.

NOGUEIRA, M.J.C. & FONSECA, R.M.G.S. da. A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem à família. *Rev.Esc.Enf.USP*, São Paulo, v.11, n.1, pp. 28-50, 1977.

ROSEN, George. (1994). *Uma história da saúde pública*. São Paulo: UNESP / HUCITEC - ABRASCO.

STANHOPE, Lancaster (1999), *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ªEd. Lusociência. ISBN: 972-8383-0

Anexo VI – Análise dos ficheiros de todas as situações de risco

TÍTULO: Análise dos ficheiros de todas as situações de risco na consulta de SI da UCSP da Amadora

RESUMO: Diagnóstico de situação utilizando metodologia científica de natureza exploratória e descritiva (observação participada com tratamento estatístico descritivo) com objectivo de identificar todas as situações de risco que recorrem à consulta de SI da UCSP da Amadora. Dos ficheiros consultados relativos ao ano de 2008; 80% dizem respeito ao Incumprimento da vigilância de SI, 6% PNV desactualizado, 5% Risco social, 3% Prematuridade e com 2% gravidez não vigiada, Emigrantes ilegais e doença cardíaca (Sopro cardíaco). No ano 2009; a percentagem maior diz respeito igualmente ao Incumprimento da vigilância de SI (81%); 7% prematuridade; 6% Risco social e 4% PNV desactualizado. Em 2010 observa-se um decréscimo significativo quanto ao incumprimento da vigilância de SI (62%); a prematuridade aumenta para 10% e os restantes factores de risco matem-se dentro das mesmas percentagens. É de notar que os ficheiros consultados dizem respeito a crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 2 anos. Face aos resultados e reflexão sobre os mesmos destaca-se como intervenção a elaboração de um manual com o objectivo de formalizar e uniformizar a visita domiciliária à criança de risco, tendo em conta os dados estatísticos aqui levantados e analisados.

INTRODUÇÃO

Actualmente a área da Promoção da Saúde é uma temática de grande interesse para os enfermeiros, neste sentido é importante atender a situações de risco ou passíveis de o serem, de forma a melhorar a qualidade de vida das famílias e ao mesmo tempo promover a sua saúde.

A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida (OTTAWA, 1986).

Segundo a DGS (2007), “as situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança,” em relação à sua segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento, por isso a detecção precoce de crianças em risco é sem dúvida a melhor forma de prevenir o perigo potencial, que leva a situações de eventuais negligências.

Ao nível da enfermagem existe uma maior preocupação em compreender a sua relevância e, sobretudo, o papel do enfermeiro neste âmbito. No entanto, a sua operacionalização é ainda pouco conhecida sendo as intervenções nesta área relegadas para segundo plano (CARVALHO, 2006).

Os cuidados de enfermagem ocorrem em vários contextos, no entanto é ao nível dos cuidados de saúde primários que a promoção de saúde assume uma maior importância (CARVALHO, 2006).

É nas consultas de SI que a intervenção de enfermagem tem maior expressão, ou seja as consultas surgem como uma oportunidade de diálogo entre a criança/família e o profissional de saúde. Nestas é possível avaliar o crescimento e desenvolvimento infantil ao nível estado ponderal mas também comportamental e relacional. São momentos chave de vigilância no qual os enfermeiros têm contacto directo com o prestador de cuidados. É neste instante que é realizado uma ficha com a informação da criança e sua família, posteriormente é arquivada e actualizada sempre que necessário.

Este trabalho vai permitir identificar as situações de risco que ocorrem à UCSP da Amadora com maior frequência e ao mesmo tempo contribuir para a melhoria de cuidados prestados.

OBJECTIVO

O presente trabalho surgiu no contexto da unidade curricular estágio do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria e tem como principal objectivo: realizar um levantamento das situações de risco que recorrem à consulta de SI da UCSP da Amadora, com o intuito de reflectir acerca dos cuidados de enfermagem prestados neste contexto e ao mesmo tempo desenvolver competências de EESIP.

METODOLOGIA

Este é um estudo retrospectivo e descritivo do triénio 2008 – 2010 no qual foi utilizada a análise de todos os ficheiros existentes na consulta de SI. Para tratamentos dos dados foi utilizada, estatística descritiva simples com análise de frequência e percentagem com recurso ao programa informático Microsoft Office – Excel.

RESULTADOS

Gráfico I : Situações de Risco no Ano 2008

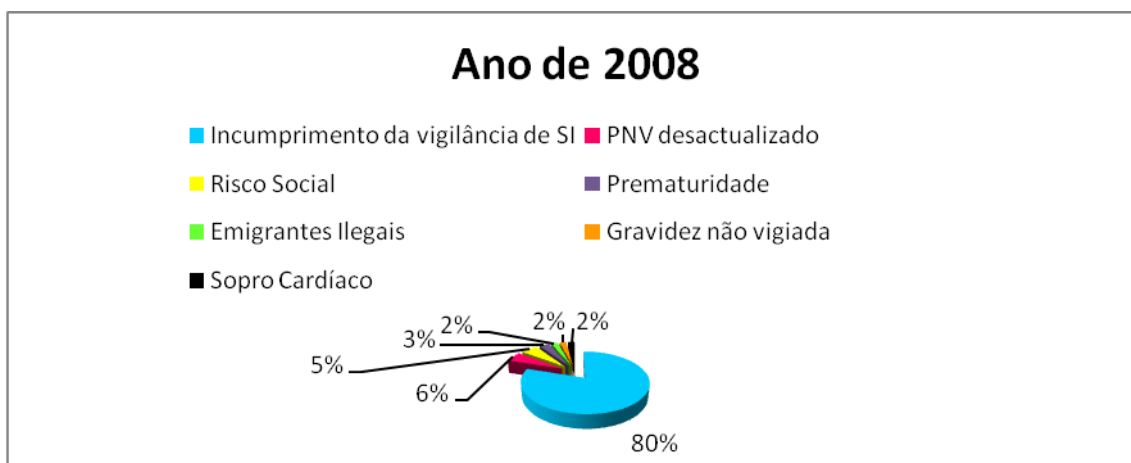


Gráfico II: Situações de Risco no Ano 2009

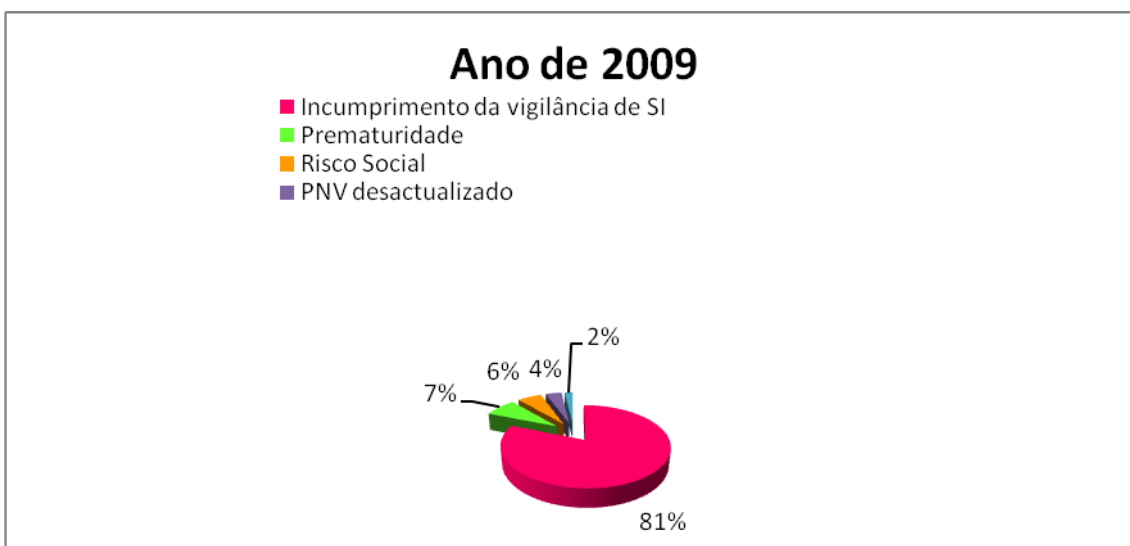
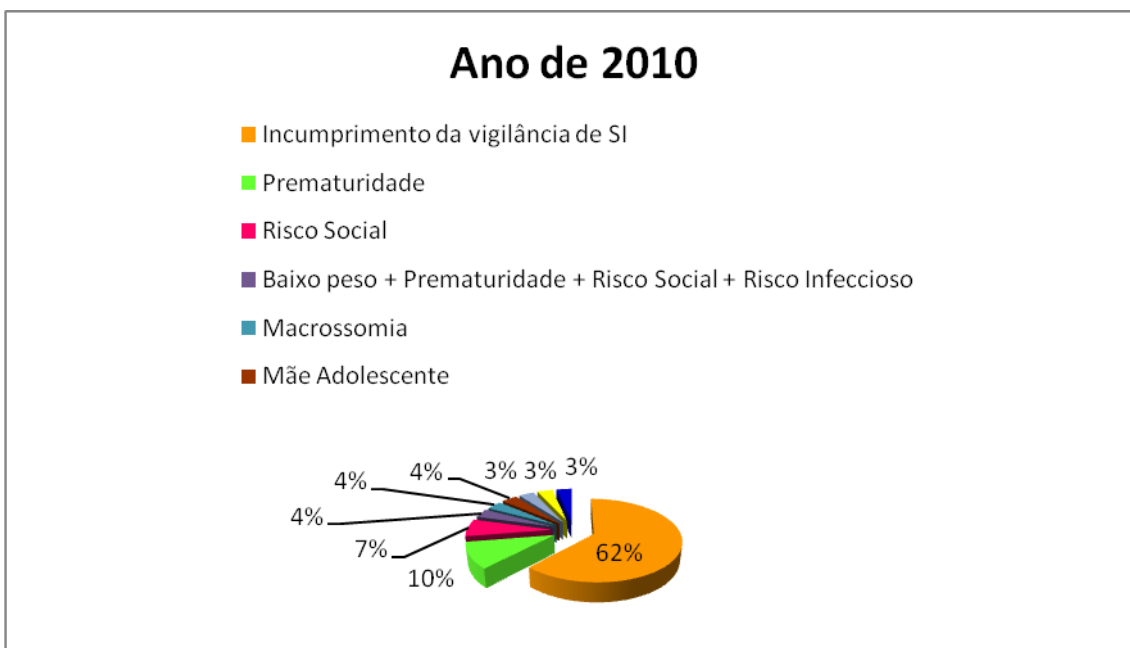


Gráfico III : Situações de Risco no Ano 2010



DISCUSSÃO

Na maioria dos ficheiros consultados constatei que as principais situações de risco são o incumprimento da vigilância de SI, Prematuridade e Risco Social. Estes ficheiros pertencem as crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 2 anos de idade.

Segundo a Direcção Geral de Saúde (2007), “as situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança,” em relação à sua segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento, por isso a detecção precoce de crianças em risco é sem dúvida a melhor forma de prevenir o perigo potencial, que leva a situações de eventuais negligências. Atendendo a todos os aspectos supracitados e em consonância com outros estudos existem várias aspectos que podem ser considerados situações de risco.

Inicialmente realizei um levantamento de todas as situações de risco e posteriormente elaborei um estudo estatístico, com o objectivo de perceber se as situações de risco recorrentes a este centro de saúde iam de encontro às fontes bibliográficas.

A DGS (2008), considera factores de risco situações inerentes a algumas características da criança/jovem; situações inerentes às expectativas/percepções dos cuidadores sobre a criança/jovem e situações inerentes às características do sistema familiar. Quanto aos aspectos abordados, verifica-se que são mais frequentemente encontrados aspectos que se referem às características da criança e características do sistema familiar. Em relação às características da criança, podemos incluir a prematuridade, o que era um resultado previsto dado que esta é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, em todos os lugares e classes sociais. Acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração. Afecta directamente a estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade (KENNER, 2001).

Nesta análise efectuada verificou-se que em 2008, 80% das situações de risco devem-se ao incumprimento da vigilância de SI, no entanto em 2010 notou-se um decréscimo dessa percentagem para 62%.

CONCLUSÕES

Após a análise dos resultados obtidos, estes foram apresentados à equipa de enfermagem e da reflexão conjunta foram propostas intervenções, nomeadamente: a elaboração de um manual acerca da visita domiciliária à criança de risco, tendo em conta esta base de dados.

Atendendo a que este trabalho decorreu num percurso académico com limite temporal não foi possível avaliar o impacto das intervenções na prática. Contudo a informação apresentada proporciona algum conhecimento acerca da temática e permitiu, no local onde decorreu, a reflexão em torno da prática de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

Carvalho A, Carvalho G. Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Loures: Lusociência; 2006.

Kenner C. Enfermagem neonatal. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso; 2001



SAÚDE INFANTIL

Visita Domiciliária

Nº do Processo _____

Médico de Família _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome _____ Idade _____

Dados Neonatais | Local de Nascimento _____ D.N. __/__/__

Idade Gestacional _____ Tipo de Parto: Eutócico Fórceps Ventosa Cesariana

Peso ao nascer _____ Comprimento _____ cm P. Cefálico _____ cm Índice de Apgar 1' _____ 5' _____ 10' _____

Observações _____

Problemas de saúde: Não Sim Quais? _____

Principal cuidador: Mãe Pai Avó Outro (parentesco): _____

Nome _____ Idade _____

Nome _____ Idade _____

Morada _____ Telefone _____

Habilitações _____ Profissão _____

MOTIVO DA VISITA DOMICILIÁRIA

Alterações do crescimento estado ponderal

Doença crónica

Alterações do desenvolvimento psicomotor

Infecções/internamentos recorrentes

Incumprimento do PNV

Situação socioeconómica difícil

Incumprimento das consultas de vigilância de saúde

Outros _____

Suspeita de Negligência/Maus-tratos

Prematuridade

Atraso de Crescimento Intra Uterino

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA DA FAMÍLIA

Agregado Familiar | N.º Elementos _____

Composição: Pai/Companheiro Mãe/Companheira Irmão(s) ____ Avós ____

Outro(s) _____

Observações _____

Rendimento | Salário Pensão Rendimento Social de Inserção Outro _____

Desemprego: Com subsídio Sem subsídio

Observações _____

Habitação | Apartamento Moradia Quarto Barraca Outro _____

Nº de assoalhadas _____

Luz eléctrica Água canalizada Rede de esgotos Fossa Recolha de Lixos

Aquecimento Casa de Banho Cozinha

Observações _____

Quarto da criança | Próprio: Sim Berço/cama de grades Outro _____

Não Berço/cama de grades Alcofa (onde?) _____

Dorme acompanhada (com quem, onde?) _____

Observações _____

Segurança no ambiente | Protecção de tomadas: Sim Não

Escadas: Sim, com protecção Sim, sem protecção Não

Acesso a medicamentos ou detergentes: Facilitado Dificultado

Enfermeiro Responsável pela Visita Domiciliária:

Necessidade de Encaminhamento: SIM NÃO

OBSERVAÇÕES:

UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DA AMADORA



Visita Domiciliária de Saúde Infantil



Nome da Criança: _____ Data de

Nascimento _____

Motivo da Visita Domiciliária:

Morada: _____ Contactos _____

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJECTIVOS	ACÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO

Enfermeira Responsável da Visita Domiciliária:

Anexo VIII – Norma de serviço acerca da Avaliação do Desenvolvimento Infantil



Direcção dos Serviços de
Enfermagem do HSM

**Norma nº1:
Avaliação do Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 5 anos**

Elaboração: Enf.^a Maria João Pires

Colaboração: Enf.^a Chefe Celeste, Enf.^a Helena Parreira e Enf.^a Cecília Pimpão

Data: 03/2011

**SERVIÇO
CIRURGIA
PEDIÁTRICA**

Aprovação:

Data: ___/___/___
Responsável:

Revisão:

Data: ___/___/___

Responsável:

1.OBJECTIVOS

- Promover o desenvolvimento das competências na criança dos 0 meses aos 5 anos;
- Sistematizar e uniformizar os cuidados prestados quanto à avaliação do desenvolvimento na criança dos 0 meses aos 5 anos de idade;
- Melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem relativamente à avaliação do desenvolvimento na criança dos 0 meses aos 5 anos de idade;
- Facilitar a integração de novos elementos.

2. ÂMBITO

Aplica-se a todas as crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos, no que respeita à avaliação do desenvolvimento infantil.

3. CONCEITO

Segundo Whaley e Wong (2001), desenvolvimento significa que existe uma sucessão de acontecimentos organizados, em que para se chegar a um estágio mais complexo tem que se passar por um menos diferenciado, implicando crescimento, amadurecimento e aprendizagem.

Assim desenvolvimento e crescimento são utilizados frequentemente como sinónimos e traduzem a soma de numerosas alterações que ocorrem durante a vida de um ser. Estas transformações são dinâmicas e influenciadas por diversos factores (Whaley e Wong, 2001).

São processos complexos, que seguem uma determinada sequência e organização, sendo influenciados por inúmeros factores, desde o momento da concepção, em que se inicia a divisão e posteriormente a diferenciação celular, até ao desenvolvimento completo de um novo ser. Este encadeamento de transformações origina uma criança única, dotada de uma individualidade própria, que começa por ser vulnerável e dependente para se tornar num indivíduo autónomo (Brazelton, 2007).

4. DESCRIÇÃO

Os especialistas de desenvolvimento infantil tendem a classificar as crianças por grupos etários, agrupando-as por características que lhes são comuns. Apesar desta classificação não ter em conta as diferenças individuais de cada criança e, por isso, não poder ser aplicada a todas com a mesma exactidão, funciona como pontos de referência para uma observação sistematizada.

DESENVOLVIMENTO INFANTIL / INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

4-6 SEMANAS

Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina	Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social
<ul style="list-style-type: none"> ● Decúbito ventral – Levanta a cabeça momentaneamente; ● Reflexo tónico - cervical; ● Tracção pelas mãos – Cabeça cai; ● Sentado – Dorso em arco e mãos fechadas; ● Suspensão vertical – Cabeça erecta e membros semi-flectidos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mãos predominantemente fechadas; ● Reflexo de preensão forte; ● Segue uma bola pendente 20-25 cm num movimento de 90º (do lado até à linha média); ● Volta-se na direcção de luz difusa. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fixa a face da mãe quando o alimenta; ● Responde com sons guturais em situações de prazer; ● Chora quando está desconfortável; ● Sorriso presente às 6 semanas.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM – Estimulação

- ✓ Olhar de perto para o lactente;
- ✓ Balançar um objecto a 20-25 cm do rosto do lactente, na linha média.
- ✓ Conversar com o lactente, cantar com voz suave;
- ✓ Segurar, acariciar, aconchegar e balançar o lactente;
- ✓ Manter o lactente aquecido;
- ✓ Envolvê-lo por exemplo num lençol, colocá-lo num ninho de forma a contê-lo.

3 Meses

Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina	Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social
<ul style="list-style-type: none"> ● Decúbito ventral – Apoia-se nos antebraços; ● Decúbito dorsal – Postura simétrica dos membros com movimentos rítmicos; ● Tracção pelas mãos – cabeça fica erecta e a coluna dorsal direita; ● De pé – flecte os joelhos e não faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mãos abertas junta-as na linha média e brinca com elas; ● Segura brevemente a roca e move-a em direcção à face; ● Segue a bola pendente na horizontal; ● Convergência dos olhos; ● Pestanejo de defesa. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Atende e volta-se geralmente aos sons. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sorri; ● Boa resposta social à aproximação de uma face familiar; ● Faz vocalizações / palra.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM – Estimulação			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fornecer objectos brilhantes; ✓ Clarear o quarto; ✓ Proporcionar-lhe uma visão vertical do ambiente; ✓ Falar com o lactente; ✓ Expô-lo a ruídos ambientais; ✓ Acariciar o lactente durante o banho e na troca da fralda; ✓ Exercitar o corpo movimentando as extremidades em movimentos de natação. 			

6 Meses			
Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina	Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social
<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito ventral – Apoiar-se nas mãos; • Decúbito dorsal – Levanta a cabeça; os membros inferiores ficam na vertical e os dedos ficam flectidos; • Tracção pelas mãos – Fazendo força para se sentar; • De pé – Faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faz preensão palmar; • Leva os objectos à boca; • Transfere objectos; • Se o objecto cai, esquece-o imediatamente; • Boa convergência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Segue os sons a 45 cm do ouvido; • Vocaliza sons monossílabos e dissílabos; • Dá gargalhadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muito activo, atento e curioso.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM – Estimulação			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oferecer-lhe brinquedos coloridos e brilhantes para segurar; ✓ Proporcionar-lhe uma visão vertical do ambiente; ✓ Conversar com o lactente, repetindo os sons/riso que ele emite; ✓ Chamá-lo pelo nome e permitir que bata na água durante o banho; ✓ Oferecer ao lactente brinquedos macios de apertar de várias texturas; ✓ Colocá-lo sem roupa sobre um cobertor macio e felpudo e movimentá-lo; ✓ Balançar o lactente ao colo, enquanto o segura na posição de pé; ✓ Ajudá-lo a rolar; ✓ Apoiá-lo na posição de sentado, deixá-lo inclinar-se para a frente e balançar-se. 			

9 Meses			
Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina	Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social
<ul style="list-style-type: none"> •Senta-se só, ficando nessa posição por 10 a 15 minutos; •Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se. 	<ul style="list-style-type: none"> •Preensão e manipulação; •Leva os objectos à boca; •Aponta com o indicador; •Faz pinça; •Atira os objectos para o chão deliberadamente; •Procura o objecto que caiu ao chão. 	<ul style="list-style-type: none"> •Atenção rápida para os sons perto e longe; •Localização de sons suaves a 90 cm acima ou abaixo do nível do ouvido; •Repete várias sílabas ou sons do adulto. 	<ul style="list-style-type: none"> •Leva uma bolacha à boca; •Mastiga; •Distingue os familiares dos estranhos.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM – Estimulação			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dar ao lactente brinquedos grandes que façam barulho; ✓ Brincar ao esconde-esconde e fazer caretas engraçadas; ✓ Chamá-lo pelo nome e repetir palavras simples, como papa, mama, tchau; ✓ Dar nomes às partes do corpo, aos alimentos e aos objectos; ✓ Dar ordens simples e usar o não quando necessário; ✓ Ensinar-lhe a dar palminhas e estimular a natação na banheira; ✓ Deixá-lo brincar com vários tipos de tecidos, de alimentos e com água; ✓ Segurá-lo de pé para que ele suporte o seu peso e se equilibre. 			

12 Meses			
Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina	Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social
<ul style="list-style-type: none"> ● Passa de decúbito dorsal a sentado; ● Tem equilíbrio sentado; ● Gatinha; ● Põe-se de pé e baixa-se, apoiando-se numa ou nas duas mãos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Explora com energia os objectos e atira-os para o chão sistematicamente; ● Procura um objecto escondido; ● Interesse visual para perto e longe. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Resposta rápida aos sons suaves habituando-se depressa; ● Dá pelo nome e volta-se; ● Compreende ordens simples “dá, cá e adeus”. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Bebe pelo copo com ajuda; ● Segura a colher mas não a usa; ● Colabora no vestir levantando os braços; ● Muito dependente do adulto (Angústia da separação); ● Demonstra afecto.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM – Estimulação

- ✓ Dar livros ao lactente para ele ver as figuras;
- ✓ Levá-lo a passear;
- ✓ Jogar à bola com o lactente, fazendo-a rolar, para que ele a devolva;
- ✓ Ensinar a construir uma torre de dois cubos;
- ✓ Ler para o lactente;
- ✓ Apontar para as partes do corpo e dizer o nome de cada uma;
- ✓ Imitar sons de animais;
- ✓ Deixar o lactente sentir o frio ou o quente ou até mesmo o vento;
- ✓ Oferecer-lhe brinquedos de puxar e empurrar;
- ✓ Estimular brincadeiras corporais.

18 Meses			
Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina	Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social
<ul style="list-style-type: none"> • Anda bem; • Apanha os brinquedos do chão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói torre de 3 cubos; • Faz rabiscos mostrando preferência por uma das mãos; • Vê um livro de bonecos, voltando várias páginas de cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muito mais; • Ecolália; • Mostra em si ou num boneco, os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bêbé por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos; • Segura a colher e leva alimentos à boca; • Não gosta que lhe peguem; • Exige muita atenção; • Começa a copiar as actividades domésticas; • Pede para ir à casa de banho.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM – Estimulação			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falar com o bebé; ✓ Brincar com ele; contar-lhe histórias; ✓ Oferecer-lhe brinquedos de puxar e empurrar, jogos de encaixe, bola, livros, papel e lápis; ✓ Deixá-lo utilizar o copo e a colher. 			

2 Anos			
Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina	Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social
<ul style="list-style-type: none"> ● Corre; ● Sobe e desce o degrau com os dois pés. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Constrói torre de 6 cubos; ● Imita o rabisco circular; ● Gosta de ver livros; ● Vira uma página de cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Diz o primeiro nome; ● Fala sozinho enquanto brinca, juntando duas ou mais palavras, construindo frases; ● Linguagem incompreensível mesmo pelos familiares; ● Nomeia objectos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aumento da autonomia; ● Põe o chapéu e calça os sapatos; ● Usa bem a colher; ● Bebe por um copo e coloca-o no lugar, sem entornar.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM – Estimulação			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falar com o bebé; ✓ Brincar com ele; contar-lhe histórias; ✓ Oferecer-lhe puzzles de madeira ou borracha, bonecos para vestir e despir, brinquedo sem madeira, livros, papel, lápis e jogos de encaixe; ✓ Deixá-lo utilizar o copo e a colher. 			

3 Anos			
Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina	Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social
<ul style="list-style-type: none"> ● Equilíbrio momentâneo num pé; ● Sobe escadas alternando os pés; ● Desce o degrau com os 2 pés. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Constrói torre de 9 cubos; ● Imita e copia a ponte, utilizando 3 cubos; ● Copia o círculo e imita a cruz; ● Combina 2 cores geralmente o vermelho e o amarelo; ● Confunde o azul e o verde. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Diz o nome completo e o sexo; ● Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos; ● Defeitos na articulação e imaturidade na linguagem. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Despe-se se lhe desapertarem o vestuário; ● Vai sozinho à casa de banho; ● Aprende a brincar com pares; ● Separa-se sem angústia (excepções); ● Conta experiências e alguns sentimentos; ● Come com colher e garfo.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM – Estimulação			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falar com a criança; ✓ Brincar com ela; contar-lhe histórias; ✓ Oferecer-lhe jogos de encaixe, bola, puzzles de madeira ou borracha, bonecos para vestir e despir, quadros, fantoches, livros, material de desenho; ✓ Deixá-la utilizar o copo, a colher e o garfo. 			

4 Anos			
Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina	Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social
<ul style="list-style-type: none"> ● Fica num pé sem apoio; ● Sobe e desce escadas alternadamente; ● Salta num pé. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Constrói escadas de 6 cubos; ● Copia a cruz; ● Combina e nomeia 4 cores básicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sabe o nome completo a idade, o sexo e pode saber a morada; ● Linguagem compreensível; ● Apenas algumas substituições infantis. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pode vestir-se e despir-se sozinho, não sabendo abotoar-se atrás ou dar laços; ● Gosta de brincar com crianças da sua idade (amigo preferido); ● Sabe esperar pela sua vez.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - Estimulação			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falar com a criança; ✓ Brincar com ela; contar-lhe histórias; ✓ Oferecer-lhe jogos com letras de borracha, dominó, instrumentos musicais, livros, material de desenho, bolas, fantoches. 			

5 Anos			
Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina	Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social
<ul style="list-style-type: none"> ● Fica num pé por 3 a 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax; ● Salta alternadamente num pé. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Constrói 4 degraus com 10 cubos; ● Copia o quadrado e o triângulo; ● Conta 5 dedos de uma mão; ● Nomeia 4 cores. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sabe o nome completo, a idade, a morada e habitualmente a data de nascimento; ● Vocabulário fluente e articulação geralmente correcta, podendo haver confusão nalguns sons. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Veste-se sozinho; ● Lava as mãos e a cara, limpando-se sozinho; ● Escolhe os amigos; ● Conta histórias com a sequência correcta; ● Início do pensamento concreto; ● Compreende as regras do jogo.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM – Estimulação			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falar com a criança; ✓ Brincar com ele; contar-lhe histórias; ✓ Oferecer-lhe jogos com letras de borracha, dominó, loto, instrumentos musicais, livros, material de desenho, bolas e fantoches. 			

4. RESPONSABILIDADE

A responsabilidade da avaliação do desenvolvimento infantil é de toda a equipa.











5. BIBLIOGRAFIA

Adaptado das Tabelas de desenvolvimento de Mary Sheridan

- ↪ Brazelton, T. (2003). O Grande Livro da Criança. O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos (5 ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- ↪ Mazet, P. & Stoleru, S. (2003). Psicopatologia do Lactente e da Criança Pequena. Lisboa: Climepsi Editores.
- ↪ Whaley & Wong. (2001). Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva (7 ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO



TESTE DE SHERIDAN – 1 AOS 12 MESES

	4 -6 Semanas	3 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> Em decúbito ventral levanta a cabeça. Em decúbito dorsal, apresenta postura assimétrica superior do lado da face em extensão. Quando faz tracção pelas mãos a cabeça cai. Na posição sentado, o dorso faz um arco e as mãos estão fechadas. Em suspensão vertical, a cabeça fica erecta e os membros semi-flectidos. 	<ul style="list-style-type: none"> Em decúbito ventral faz apoio nos antebraços. Em decúbito dorsal, apresenta uma postura simétrica, membros com movimentos ritmados. Quando faz tracção pelas mãos, a cabeça fica erecta e a coluna dorsal direita. De pé flecte os joelhos e não faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> Em decúbito dorsal, levanta a cabeça, os membros inferiores ficam na vertical e dedos ficam flectidos. Em decúbito ventral apoia-se nas mãos. Tracção pelas mãos, fazendo força para se sentar. Mantém-se sentado sem apoio. De pé faz apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> Senta-se só, ficando nessa posição por 10 a 15 minutos. Põe-se de pé com apoio, mas não consegue baixar-se. 	<ul style="list-style-type: none"> Passa de decúbito dorsal a sentado. Tem equilíbrio sentado. Gatinha. Põe-se de pé e baixa-se, apoiando-se numa ou nas duas mãos. 
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> Segue uma bola pendente a 20-25 cm, do lado até à linha média. 	<ul style="list-style-type: none"> Mãos abertas junta-as na linha média e brinca com elas. Segura brevemente a roca e move-a em direcção à face. Segue a bola pendente na horizontal. Convergência e pestanejo de defesa. 	<ul style="list-style-type: none"> Faz preensão palmar. Leva os objectos à boca. Transfere objectos. Boa convergência. Se o objecto cai esquece-o imediatamente. 	<ul style="list-style-type: none"> Tem preensão e manipulação. Leva tudo à boca. Aponta com o indicador. Faz pinça. Atira os objectos para o chão deliberadamente. Procura o objecto que caiu ao chão. 	<ul style="list-style-type: none"> Explora com energia os objectos e atrai-os para o chão sistematicamente. Procura um objecto escondido. Interesse visual para perto e longe. 
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido. 	<ul style="list-style-type: none"> Atende e volta-se geralmente aos sons. 	<ul style="list-style-type: none"> Segue os sons a 45cm do ouvido. Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. Dá gargalhadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Atenção rápida para os sons perto e longe. Localização de sons suaves a 90 cm acima ou abaixo do nível do ouvido. Repete várias sílabas ou sons. 	<ul style="list-style-type: none"> Resposta rápida aos sons suaves habituando-se depressa. Dá pelo nome e volta-se. Compreende ordens simples "dá cá e adeus". 
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> Fixa a face da mãe quando o alimenta. Sorriso presente às 6 semanas. Chora quando está desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer. 	<ul style="list-style-type: none"> Boa resposta social à aproximação de uma face familiar. Sorri. 	<ul style="list-style-type: none"> Muito activo, atento e curioso. 	<ul style="list-style-type: none"> Leva uma bolacha à boca. Mastiga. Distingue os familiares dos estranhos. 	<ul style="list-style-type: none"> Bebe pelo copo com ajuda. Segura a colher mas não a usa. Colabora no vestir levantando os braços. Muito dependente do adulto; Demonstra afecto. 

Elaborado por: Enf.ª MªJoão Pires, aluna da ESIP.
 Orientação: Prof.ª Elisabete Nunes e Enf.ª Cecília Pimpão.
 Adaptado da Tabela Mary Sheridan.
 Fonte de imagens: www.gettyimages.com
www.google.com

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

TESTE DE SHERIDAN – 18 MESES AOS 5 ANOS

	18 Meses	2 Anos	3 Anos	4 Anos	5 Anos
Postura e Motricidade Global	<ul style="list-style-type: none"> Anda bem. Apanha os brinquedos do chão. 	<ul style="list-style-type: none"> Corre. Sobe e desce o degrau com os 2 pés. 	<ul style="list-style-type: none"> Equilíbrio momentâneo num pé. Sobe as escadas, alternado os pés. Desce o degrau com os 2 pés. 	<ul style="list-style-type: none"> Fica num pé sem apoio por 3 a 5 segundos. Sobe e desce as escadas alternadamente. Salta num pé. 	<ul style="list-style-type: none"> Fica num pé por 3 a 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax. Salta alternadamente num pé. 
Visão e Motricidade Fina	<ul style="list-style-type: none"> Constrói torre de três cubos. Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. Vê um livro de bonecos voltando várias páginas de cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> Constrói torre de 6 cubos. Imita o rabisco circular. Gosta de ver livros. Vira uma página de cada vez. 	<ul style="list-style-type: none"> Constrói torre de 9 cubos. Imita e copia a ponte, utilizando 3 cubos. Copia o círculo e imita a cruz. Combina 2 cores, geralmente o vermelho e o amarelo. Confunde o azul e o verde. 	<ul style="list-style-type: none"> Constrói escada de 6 cubos. Copia a cruz. Combina e nomeia 4 cores básicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Constrói 4 degraus com 10 cubos. Copia o quadrado e o Triângulo. Conta 5 dedos de uma mão. Nomeia 4 cores. 
Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muito mais. Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, nariz e os sapatos. 	<ul style="list-style-type: none"> Diz o primeiro nome. Fala sozinho enquanto brinca, juntando duas ou mais palavras construindo frases. Linguagem incompreensível mesmo pelos familiares. Nomeia objectos. 	<ul style="list-style-type: none"> Diz o nome completo e o sexo. Vocabulário extenso mas pouco compreensível a estranhos. Defeitos na articulação e imaturidade na linguagem. 	<ul style="list-style-type: none"> Sabe o nome completo, a idade, o sexo e a morada. Linguagem compreensível. Apenas algumas substituições infantis. 	<ul style="list-style-type: none"> Sabe o nome completo, a idade, a morada e habitualmente a data de nascimento. Vocabulário fluente e articulação geralmente correcta, podendo haver confusão nalguns sons. 
Comportamento e Adaptação Social	<ul style="list-style-type: none"> Bebe por um copo sem entornar muito levantando-o com ambas as mãos. Segura a colher e leva alimentos à boca. Não gosta que lhe peguem. Exige muita atenção. Indica necessidade de ir ao WC. Começa a copiar actividades domésticas. 	<ul style="list-style-type: none"> Põe o chapéu e os sapatos. Usa bem a colher. Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar. 	<ul style="list-style-type: none"> Pode despir-se, se lhe desabotoarem o vestuário. Vai sozinho ao WC. Come com colher e garfo. 	<ul style="list-style-type: none"> Pode vestir-se e despir-se, não sabendo abotoar-se atrás ou dar laços. Gosta de brincar com crianças da sua idade. Sabe esperar pela sua vez. 	<ul style="list-style-type: none"> Veste-se sozinho. Lava as mãos e a cara, limpando-se sozinho. Escolhe os amigos. Compreende as regras do jogo. 

Elaborado por: Enf.ª M.ª João Pires, aluna da ESIP.
 Orientação: Prof.ª Elisabete Nunes e Enf.ª Cecília Pimpão.
 Adaptado da Tabela Mary Sheridan.
 Fonte de imagens: www.gettyimages.com
www.google.com

Anexo X - Fundamentação do Projecto Institucional no âmbito da Dor



A DOR

AVALIAÇÃO E REGISTO DA DOR NA CRIANÇA



Trabalho elaborado por: Maria João Pires (Aluna da ESIP na UCP)

Orientadora: Enf.^a Cecília Pimpão e Prof.^a Elisabete Nunes

ABRIL 2011

ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO	1
1 - DEFINIÇÃO DA DOR	3
2 – ANATOMIA E FISIOPATOLOGIA DA DOR	8
3 – RESPOSTAS CAUSADAS PELA DOR	10
4 - FACTORES QUE INFLUENCIAM A DOR NA CRIANÇA	11
5 - AS REACÇÕES DE DOR NA CRIANÇA	13
6 - ASPECTOS SOCIAIS E CULTURAIS DA DOR	14
7 - DOR AGUDA VERSUS DOR CRÓNICA	16
8 - A CRIANÇA E A DOR	17
9 – AVALIAÇÃO DA DOR NA CRIANÇA	18
9.1 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR	18
9.1.1 Escala comportamental NIPS	20
9.1.2 Escala comportamental FLACC	21
9.1.3. Escala comportamental OPS	22
9.1.4 Escala da dor na criança Gustave-Rousy	23
9.2 Escalas Unidimensionais	26
9.2.1 Escala das Faces	26
9.2.2 Escala Visual Analógica	27
9.2.3 Escala Visual Numérica	28
9.2.4 Escalas Multidimensionais	28
10 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM DOR	30
12 – CONCLUSÃO	32
13 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

0-INTRODUÇÃO

A dor é uma sensação temida pela maioria das crianças. Apesar de (ROSSATO, 2004), referir que há um consenso popular de que elas não a sentem. Embora esse conceito não tenha embasamento científico, muitos profissionais de saúde ainda apresentam dificuldades em considerar a sua existência, provavelmente pelo facto da criança expressá-la de maneira distinta dos adultos. Dessa forma, os profissionais deixam de mensurá-la incentivando a ocorrência do subtratamento.

MACKEY (1991), salienta o facto de haver uma comunicação errónea de conceitos relativamente à dor e por conseguinte, uma avaliação precária e inadequada desta.

O enfermeiro, por deparar-se com a dor da criança em numerosas situações, precisa de saber intervir não apenas na identificação desta, mas também na sua avaliação, mais que qualquer outro membro da equipa de saúde.

A Dor foi instituída como 5 sinal vital pela Direcção Geral de Saúde em 2003, sendo a sua avaliação um objectivo prioritário das políticas de saúde. No entanto, persistem ainda algumas reticências quanto à utilização sistemática dos instrumentos de avaliação.

Com base neste facto torna-se pertinente elaborar um suporte teórico que fundamente o Projecto da Dor a nível do Hospital Santa Maria, com os objectivos de clarificar e implementar as escalas de avaliação da dor nos serviços de Pediatria.

Inicialmente será feita uma descrição do conceito de dor; clarificação da dicotomia dor aguda / dor crónica; factores que influenciam a dor; métodos de avaliação e por fim o importante papel da equipa de saúde na abordagem da criança com dor.

Com o intuito de clarificar a temática da dor e de forma a fundamentar todo o projecto tenciona-se:

- Organizar um dossier para consulta (disponibilizando o trabalho escrito e a bibliografia consultada).

1-DEFINIÇÃO DADOR

“Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais ou descritas em termos de tais lesões. A dor é sempre subjectiva” (PIMENTA, 1995).

A palavra dor em inglês “pain” remete para a origem grega desta palavra, que vem de “poiné” que em grego quer dizer castigo, punição, fazendo alusão ao modelo cultural herdado dos antepassados, nos quais a dor física era expressão do castigo de Deus em resultado do pecado (FERRONHA, 1998).

Assim, desde os tempos mais remotos que existem referências à dor. Nos povos primitivos, a dor era essencialmente compreendida através da magia, devido à penetração no corpo por um demónio, um fluído mágico ou um objecto maléfico tal como uma flecha ou punhal invisíveis, a dor traduzia a presença de um espírito mau no interior do indivíduo que sofre. Esta racionalização permitia atenuar em parte a angústia sentida perante o aparecimento repentino da dor, a qual era aliviada pelos feiticeiros que provocavam uma ferida real de forma a soltar o fluido ou o espírito do corpo que por ele tinha sido invadido (SCHWOBS, 1994).

Esta percepção da dor persistiu no Ocidente até ao aparecimento da medicina grega hipocrática. Até essa época, os Egípcios, os Assírios, os Hebreus e os Gregos primitivos continuavam a considerar a dor como um sinal enviado pelos Deuses. Desta forma, em 400 a.C., Hipócrates definiu o sofrimento como “(...) um estado contra a harmonia natural (...)” (SCHWOBS, 1994:12), um desequilíbrio devido a factores exteriores, como o clima, o regime alimentar ou a humores do organismo. Aristóteles e Platão reforçam esta percepção racional da dor ao tentarem compreender os seus mecanismos para poderem obter os meios de a evitar, embora considerando a dor como uma emoção percebida pelo coração.

No início de 1900, Claude Galien e os seus contemporâneos greco-romanos localizam a dor no cérebro, visto como o centro das “sensações” sejam elas quais forem. Galien, é igualmente o primeiro a procurar na farmacopeia e na cirurgia, os meios de luta contra a dor e a doença. Com o advento da Idade Média, o Ocidente é marcado pelo obscurantismo científico e somente a medicina árabe dá importância à dor e às substâncias analgésicas como o ópio, a salva, a hera e a madrágora. Na Renascença, sob o impulso da Academia Laurentina, fundada por Laurent de

Médicos e os trabalhos de Leonard da Vinci, aparece a visão anatómica e fisiológica moderna da dor como sensação transmitida pelo sistema nervoso (SCHWOBS,1994).

René Descartes, no séc. XVII, também conceptualiza a dor como um fenómeno sensorial puro, propondo a existência de uma linha de transmissão sensorial directa desde a periferia, passando pela espinal-medula até ao cérebro, onde a dor é registada. Esta visão psico-sensorial de Descartes representou um grande passo na compreensão da dor. Também Erasmus Darwin, em 1794, partilha desta opinião que persiste até à demonstração clara no séc. XX do carácter eléctrico da transmissão nervosa (SCHWOBS,1994).

A par com todas as descobertas, avançam os progressos na luta contra a dor e é em 1806 que o tratamento da dor tem o seu grande avanço com o aparecimento da morfina, nome dado em honra ao Deus Morfeu, Deus dos sonhos. Alguns anos passados, em 1846, Morton anestesiou um doente com éter, iniciando a era da anestesia cirúrgica. Mas é com o aparecimento do veronal, em 1903, o mais importante dos barbitúricos que se revoluciona a anestesia. Esta evolução faz-se com a oposição dos cirurgiões, para os quais a dor faz parte integrante e inevitável das operações. Os médicos também não são a favor, dado recearem ver desaparecer um dos seus principais sinais de diagnóstico. Mas esta oposição é rapidamente vencida pelo desenvolvimento dos conhecimentos e das técnicas que têm tornado possível que, pouco a pouco, o homem do séc. XX, não sofra ou sofra cada vez menos (COSTA e PERREIRA, 1998 e SCHWOBS,1994).

Embora sejam muito antigas, as referências à dor e o seus tratamentos, as citações bibliográficas para as idades pediátricas são muito recentes, embora actualmente se assista a uma proliferação da literatura referente à dor na criança (COSTA e PERREIRA,1998).

Só em 1983 que Mather e Mackie publicaram um artigo em que se demonstrava que o tratamento da dor nas crianças era muitas vezes descurado, que os analgésicos e os opióides eram pouco usados e em doses menores do que nos adultos. Isto porque, durante muito tempo pensou-se que a estimulação nociceptiva nos bebés, devido à imaturidade do seu sistema nervoso não podia passar o nível medular e portanto não chegaria às vias superiores (FERRONHA, 1998 e RIBEIRO,1998).

Como foi possível verificar, longo dos tempos o conceito de dor tem assumido significados distintos e perante o adulto e a criança, a dor não era observada do mesmo modo. Actualmente, a

dor, é cada vez mais, entendida como um fenómeno único e pessoal, que deve ser valorizado, seja qual for a idade daquele que a padece.

E apesar de ser um fenómeno cada vez mais reconhecido pelos profissionais de saúde, persistem ainda mitos e medos que constituem uma barreira à sua valorização na população pediátrica. Destacam-se:

Mito: As crianças mais novas não sentem dor. O sistema nervoso da criança é imaturo e incapaz de perceber uma experiência de dor da mesma maneira que o adulto.

Facto: Como já anteriormente referido, o sistema nervoso central possui às 26 semanas de gestação as capacidades anatómicas e neuroquímicas da nocicepção.

Mito: A criança tolera melhor a dor que os adultos.

Facto: Crianças mais jovens desenvolvem níveis de dor maiores do que as crianças mais velhas. A tolerância à dor aumenta com a idade.

Mito: As crianças são incapazes de dizer onde têm dor.

Facto: As crianças podem não ser capazes de exprimir a sua dor da mesma maneira que o adulto. No entanto, elas são capazes de indicar no seu corpo a área que lhes dói ou mesmo desenhar uma pintura ilustrando a sua percepção à dor.

Mito: A criança habitua-se à dor ou a procedimentos dolorosos.

Facto: Em crianças expostas a repetidos procedimentos, aumenta a sua ansiedade e percepção da dor.

Mito: As crianças dizem sempre quando sentem dor.

Facto: A criança muitas vezes não se queixa de dor dado o medo da administração dolorosa de analgésicos (injecção), ou o medo de voltar para o hospital.

O ACTUAL CONCEITO DE DOR

A dor é como uma condição instituída ao próprio ser humano, como sinal de algo, um alerta que desperta no corpo uma reacção de aversão e repugna e que a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) designa como “(...) uma experiência sensorial e emocional desagradável

associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão.” (MULLER e SCHWETTA, 2002 :5). Porém, tentar definir e compreender a dor poderá não ser tarefa fácil, pois sabe-se que essa mesma sensação desconfortável e inteiramente subjectiva, só a pessoa que a experimenta a poderá descrever.

No entanto, a dor pode, também, ser entendida como uma experiência adquirida que é moldada por toda a vivência da pessoa, assim como aquilo que é percebido como dor e reacção a essa mesma, difere entre as pessoas (KARB,1995). Tal é ainda reforçado por McCafery, uma enfermeira, que declarou que a “(...) dor é aquilo que a pessoa diz que é, existindo sempre que a pessoa diz senti-la.” (BOLANDER, 1998). É por isso, frequente o uso da noção de limiar de dor, a qual refere-se à intensidade do estímulo nocivo necessário para que a pessoa sinta dor e que, durante muitos anos, pensou-se ser aproximadamente o mesmo para todos os indivíduos.

Actualmente, o limiar de dor é um conceito muito subjectivo, uma vez que não se encontra relacionado com a intensidade do estímulo e é variável de acordo com diversos factores (JEANS e MELZACK citado por FERNANDES, 2000). Por outro lado, a tolerância à dor, refere-se à “(...) duração ou intensidade da qual um indivíduo aceita um estímulo acima do limiar da dor, antes de ter uma reacção verbal ou alerta da dor”, ou ainda, à “(...) maior intensidade do estímulo, que provoca dor, que um indivíduo está preparado para tolerar.” (MCCAFFERY, citado por KARB, 1995:304). No entanto, a tolerância à dor pode ser elevada pelo álcool, drogas, hipnose, calor, fricção ou actividades distractivas. Crenças fortes e a fé religiosa também exercem significativa influência na tolerância à dor, ao contrário da fadiga, ira, tédio e apreensão que podem diminuir a capacidade de uma pessoa tolerar a dor (KARB, 1995).

2 – ANATOMIA E FISIOPATOLOGIA DA DOR

As antigas civilizações acreditam que a dor era resultado do castigo dos demónios, espíritos do diabo ou fluidos mágicos que entravam pelo corpo. Já a civilização moderna contribuiu enormemente para a compreensão dos mecanismos da dor (BERNADO, 1998).

A anatomia e fisiologia da dor envolvem uma série complexa de caminhos no sistema nervoso central e periférico. Existem muitas teorias sobre os mecanismos neurológicos da sensação de dor (PIMENTA, 1995).

Os receptores para a dor são terminações nervosas livres localizadas ao longo do corpo. Esses receptores dentro da pele respondem a estímulos de pressão, temperatura e dor resultantes do dano tecidual. Acima de um certo limiar de estimulação, esses receptores periféricos activam os caminhos nervosos que levarão à sensação de dor. Os impulsos dos receptores são conduzidos para a medula pelas fibras largas A-delta, mielinizadas, e fibras C, pequenas e amielinizadas. As fibras A-delta transmitem os impulsos dolorosos mais rapidamente em razão da sua mielinização (PIMENTA, 1995).

A dor é um fenómeno dinâmico que pode alterar as suas características quer no decorrer de um longo período (com a progressão da doença), quer num curto espaço de tempo (ao longo do dia). A sua caracterização engloba um vasto número de aspectos:

☑ Tipo e natureza da dor: é importante perceber a natureza da dor, fazendo uma ponte com a sua etiologia, pois isso poderá ser uma mais valia na avaliação da sua intensidade. Para exprimir a natureza da dor utilizam-se adjectivos como: latejante, lancinante, em facada, cólica, roer, ardor, dorido, peso, lacerante, enjoativa ou torturante. Contudo, na população pediátrica, as expressões podem ser as mais variadas, havendo a necessidade de um esforço acrescido dos profissionais no sentido de as apreender;

☑ Localização da dor: a localização da dor deve ser assinalada num diagrama corporal claro. Dados como se a dor é superficial ou profunda, ou se é localizada ou irradia devem também ser incluídos;

Início, frequência e duração da dor: este aspecto refere-se ao padrão temporal e de ocorrência da dor. Deve-se perceber há quanto tempo a criança/adolescente tem dor, se se trata de uma dor sempre presente e portanto será caracterizada como contínua ou permanente; se é intermitente ou episódica; ou ainda se aumenta progressivamente, caracterizando-se como progressiva. Ainda no que respeita o seu padrão de ocorrência, a dor pode ser classificada em incidental (exacerba-se para além da linha de base, sendo normalmente desencadeada por um estímulo) ou em irruptiva (dor de forte intensidade que surge sem qualquer factor desencadeante, com episódios de 15 a 20 minutos, normalmente três a quatro vezes por dia).

Factores de alívio ou agravamento: perceber o que alivia ou agrava a dor em determinada criança/adolescente é um bom recurso para implementar estratégias não farmacológicas de alívio da dor;

Capacidade de influência da dor: conhecer a forma como a dor interfere nas actividades de vida diária ou na qualidade de vida da criança/adolescente e/ou família, bem como as suas repercussões sociais, emocionais e psicológicas é fundamental.

Intensidade da dor: fazendo um paralelo entre a intensidade numérica e qualitativa, a dor pode ser classificada em dor ligeira (classificação 1 numa escala de 0 a 5, classificação 1 a 2 numa escala de 0 a 7 ou classificação 1 a 3 numa escala de 0 a 10); dor moderada (classificação 2 a 3 numa escala de 0 a 5, classificação 3 a 4 numa escala de 0 a 7 ou classificação 4 a 6 numa escala de 0 a 10); e dor severa (classificação de 4 a 5 numa escala de 0 a 5, classificação 5 a 7 numa escala de 0 a 7 ou 7 a 10 numa escala de 0 a 10). Esta classificação da intensidade é dada através de escalas de avaliação da dor que se abordarão seguidamente.

3 – RESPOSTAS CAUSADAS PELA DOR

As reacções fisiológicas relacionadas à dor aguda da criança são: rubor cutâneo, palidez, sudorese, midríase, liberação de catecolaminas, hormônio de crescimento, glucagon, cortisol, aldosterona e supressão da liberação de insulina, tendo com consequências o aumento da frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial e intracraniana e diminuição da oxigenação (ROSSATO, 2004).

As reacções comportamentais relacionadas à dor aguda da criança são: agitar-se, chorar, franzir a testa, cerrar os olhos, abrir a boca, apresentar irritabilidade e hostilidade; e as reacções posturais evidenciam a criança indicando a localização da dor por meio da sua postura. As reacções da dor crónica são diferentes da dor aguda por serem basicamente comportamentais, como tristeza, inapetência, desânimo, agressividade e depressão (DAMIÃO, 2001).

O cuidado à criança com dor envolve várias dimensões. O profissional de saúde, além de conhecer as reacções dela em relação aos diferentes tipos de dor e a existência de vários instrumentos de avaliação da dor, deve ser capaz de oferecer uma assistência não farmacológica, por meio de: utilização da aplicação de calor/frio, distração, relaxamento, toque, preparação para procedimentos dolorosos e comunicação terapêutica. Estas duas últimas estratégias ajudam a criança a lidar melhor com a situação, mostrando que o profissional entende os seus sentimentos como abandono, medo e ansiedade e os aceita, respeitando a sua individualidade e privacidade (DAMIÃO, 2001).

A assistência farmacológica deve ser realizada em conjunto à não farmacológica no combate à dor da criança. Alguns hospitais contam com um protocolo de analgesia, recurso que contribui para que a criança seja medicada de maneira mais eficaz e adequada.

4 - FACTORES QUE INFLUENCIAM A DOR NA CRIANÇA

A percepção da dor na criança não depende somente do grau de lesão, da doença ou do tratamento aplicado, mas, também, de outros factores, tais como a hospitalização e o estadio de desenvolvimento cognitivo, entre outros (MOTT *et al.*, 1990).

A doença e a hospitalização súbita de uma criança é um acontecimento inesperado e causador de grande stress para a criança e toda a família, uma vez que estas não se encontram preparadas para tal facto, podendo assim instalar-se uma crise no seio do grupo familiar.

São múltiplos os factores que influenciam as reacções das crianças a estas crises e que, por sua vez, influenciam a experiência de dor na criança, nomeadamente:

- personalidade da criança (sensível, mal humorada, irritável, hesitante, independente, irreverente, voluntariosa);
- estadio de desenvolvimento (dependendo da idade a criança vai ou não perceber o evento);
- experiências prévias de dor, doença e hospitalização da criança (morte no hospital de um familiar, relaciona o hospital a um sitio onde se morre e não a um local onde se fica melhor);
- sistemas de suporte disponíveis (pais, família, pessoa significativa, pares, amigo especial, melhor amigo);
- origens socioculturais (a cultura induz a comportamentos que são aceites pela própria sociedade);
- mecanismos de *coping* (ou seja, a resposta que a criança dá ou a forma como gere um evento desagradável e que lhe altera o seu equilíbrio, causando-lhe stress), nomeadamente:

- regressão – retorno a um comportamento utilizado em estadios anteriores do desenvolvimento, para lidar com uma situação ameaçadora;
- negação – consiste em suprimir a consciência de um acontecimento ou pessoa que pode ser ameaçadora;
- agressão – ataque verbal ou físico como resposta ao medo;
- birras – nas crianças mais novas em que existe limitação da linguagem e pouco autocontrole;
- jogo e fantasia – permite à criança dominar o meio que a rodeia e preparar-se para assumir papéis de adulto (MOTT *et al.*, 1990).

As crianças são particularmente vulneráveis a situações de crise, por estas representarem uma mudança do estado habitual de saúde e da rotina do seu ambiente. E por outro lado, as crianças também possuem um número limitado de mecanismos de defesa e de adaptação, para enfrentar e superar tais experiências, ou seja, experiências que podem ser internas ou externas, fisiológicas (dor) ou psicológicas (morte de um familiar, separação), mas que estão sempre interligadas e por vezes ocorrem em simultâneo, aumentando o stress para a criança e para toda a família (WHALEY e WONG, 2001).

Sendo assim, os principais factores causadores de stress durante a hospitalização e que possuem características diferentes e particulares em cada estadio de desenvolvimento da criança, são: separação, perda de controlo e dor/ lesão corporal (WHALEY e WONG, 2001).

5 - AS REACÇÕES DE DOR NA CRIANÇA

O modo como a criança pequena, ainda sem linguagem, ou com escassa linguagem verbal expressa a dor é diferente do modo de expressão de dor da criança mais velha, a partir dos cinco ou seis anos de idade, que possui outras capacidades de elaboração mental e de domínio da linguagem (SALGUEIRO, 1998).

A forma de expressar a dor difere muito de um nível de desenvolvimento para outro (Quadro 1).

Estádio de desenvolvimento da criança	Indicadores de dor
Lactente	Sufrimento físico generalizado, choro, inquietação, agitação dos braços e pernas.
1ª Infância	Lábios apertados, balança com o corpo, massaja, tem comportamento agitado ou agressivo (por exemplo: dar pontapés, bater, morder, atirar com coisas por acessos de raiva), foge da dor por a considerar uma “coisa”, tem mais medo da dor do que os bebés ou as crianças em idade escolar.
Idade Pré-Escolar	Verbaliza que “magoa”, não compreende o conceito de que “esta picada magoa mas vai fazer com que fiques melhor”, tem capacidade para apontar para a zona dolorosa.
Idade Escolar	Verbaliza a dor, sente-se talvez responsável por ela, relacionando os acontecimentos sem relação compreensível (“quando vou ali fico com uma dor”), tem uma atitude passiva acerca da dor (“não a posso tirar”)
Adolescentes	Têm consciência abstracta dos aspectos psicológicos e emocionais da dor; capacidade para compreender causas, consequências e tratamentos; regressão a alguns traços característicos de idades mais jovens, em situações de stress; talvez afastar-se dos outros.

Quadro 1 – Nível de desenvolvimento da criança e resposta à dor (SORENSEN & LUCKMAN, 1998:1180)

6 - ASPECTOS SOCIAIS E CULTURAIS DA DOR

A resposta à dor é influenciável e varia consoante valores e prioridades culturais que o homem foi transmitindo no seu processo de culturalização ao longo dos tempos através de várias representações, pelo que não há nada que seja intrinsecamente certo ou errado. Na dor, o que acontece e o que é exteriorizado é uma expressão que é moldada dentro dos limites que a cultura o permite (CRISTINA, LANÇA, RODRIGUES, 1998).

No que se refere à criança, o processo de culturização e socialização, são tidos como variáveis de peso no comportamento da criança com dor. Contribuem para um aumento ou diminuição da própria dor, o que torna fundamental, um olhar atento e aberto à individualidade de cada criança (FERNANDES, 2000).

Para alguns, o comportamento da criança com dor é aprendido, sendo incutido à criança o que é aceitável ou não. Existe, pois, a noção de que um dos factores que faz variar a expressão da dor é a valorização ou desvalorização que uma dada cultura promove da expressão emocional, associada a diferenças individuais, o que na criança está relacionado com o que lhe foi ensinado, ou seja, com o tipo de educação. Mas, a educação inclui as representações que a criança vai construindo acerca dor. E, deste modo, os pais são encarados como o principal veículo na aprendizagem de atitudes face à dor. A atitude dos pais é reconhecida como modeladora do comportamento da criança. Quando os pais incentivam a tolerância à dor, a criança aprende a resistir. Através das suas atitudes, os pais transmitem os seus próprios valores, definindo a sua expectativa sobre o comportamento da criança. Esta, começa desde cedo, a entender quais as situações em que é lícito manifestar dor e quais os comportamentos aceitáveis (FERNANDES, 2000).

A família exerce uma enorme influência na forma como a criança aprende a exprimir e a lidar com a dor, mas, não se sabe com precisão em que medidas as respostas familiares e as experiências familiares de dor afectam a natureza e a intensidade da experiência dolorosa da criança (MCGRATH citado por FERNANDES, 2000).

Nas crianças, as condições sociais influenciam igualmente a relação com a dor. A classe social, o nível de instrução dos pais e a proveniência rural ou urbana são representações que se agrupam sob a designação de origem social, sendo variáveis difíceis de trabalhar separadamente por operarem aqui alguns estereótipos. As exceções são consideradas, mas a imagem da criança do meio rural, é de uma criança criada num meio socio-económico desfavorecido, onde a família é muito numerosa e passa dificuldades e por isso a criança torna-se mais tolerante à dor. Por sua vez, considera-se, então, que a família do meio urbano é dotada de um nível de instrução mais elevado, o que os torna mais exigentes em relação ao alívio da dor. A classe social parece ainda interferir na dor através da sua influencia na informação que os pais e a criança possuem acerca da situação. Reconhece-se que as pessoas provenientes de um meio social desfavorecido, sejam adultos ou crianças, possuem uma atitude de submissão que não é referenciada no que diz respeito às pessoas oriundas de um nível socio-económico mais elevado. Trata-se de uma relação de poder que poderá condicionar a forma como a dor é gerida. Os pais de um meio social mais elevado dispõem de estratégias que lhes permitem obter a informação de que necessitam. Ocorre, assim uma distinção estereotipada que é efectuada em bloco entre dois grupos de crianças: um, de origem socio-económico mais baixa, provém do meio rural, tem pais menos instruídos, menos exigentes e, porque está habituado a sofrer, é mais tolerante à dor; o outro, oriundo de uma camada social mais elevada, com mais instrução, é mais protegido, adapta-se com mais dificuldade às situações desconhecidas ou desfavoráveis e por isso tolera mal a dor, sendo mais exigente nas medidas de alívio. Contudo, estudos realizados, realçam a ideia de que a influência da classe social se faz sentir na resposta à dor e não na percepção dolorosa em si (FERNANDES, 2000).

7 - DOR AGUDA VERSUS DOR CRÓNICA

PIMENTA (1995), define que a dor aguda é de início recente e provavelmente de duração limitada. Geralmente, é possível identificar uma causa relacionada à lesão ou doença. A dor crónica pode ser definida como “a dor que persiste por mais de 6 meses e que não responde a tratamento médico tradicional ou cirúrgico” e, muitas vezes, nem pode ser identificada com clareza.

A dor aguda e a dor crónica estão incluídas como categorias diagnósticas na lista de diagnósticos de enfermagem da Associação Norte Americana dos Diagnósticos de Enfermagem (Fernandes, 2000).

Uma **dor aguda** decorre sempre de uma lesão tecidual e é a manifestação súbita do estímulo nociceptivo que essa lesão provoca, não permanecendo mais do que seis meses. A dor aguda constitui, assim, um sinal de alarme que tem como finalidade biológica a preservação da integridade do organismo. Uma **dor crónica** pode ser resultante de um estímulo nociceptivo persistente, de uma lesão do sistema nervoso ou de uma patologia do foro psicológico que permanece mais de seis meses sem se curar. Por esta razão a dor crónica deixa de ser um sinal de alarme para passar a ser uma doença em si, que faz do indivíduo que sofre um prisioneiro da dor que suporta, podendo conduzi-lo à depressão e perda de esperança na cura. Portanto, a avaliação de uma dor crónica insere-se num modelo bi-psico-social, pois necessita que sejam abordadas todas as causas determinantes e não apenas a lesão orgânica (MULLER e SCHWETTA, 2002).

8-A CRIANÇA E A DOR

A dor infantil sempre foi uma grande preocupação para a família. Mas, somente nos últimos 30 anos, é que se iniciaram pesquisas científicas sobre a experiência de dor na criança, traumas decorrentes e a memória associada a ela, bem como a preocupação em entender, analisar e até mesmo quantificar a dor na criança (GULLO, 1996).

Como já anteriormente descrito, alguns cientistas provaram que os bebês podem sentir dor antes mesmo de nascer, “Após seis meses, o feto está com o sistema nervoso formado e é capaz de perceber a dor (...)” (CAMARGO citado por GULLO, 1996:2). Algumas pesquisas demonstraram que os bebês recém-nascidos também sentem dor. Contudo, até 1987, acreditava-se que antes de um mês de idade os bebês eram insensíveis por não terem o sistema nervoso totalmente formado. Um trabalho realizado pela pediatra Guinsberg deu provas concretas da sensibilidade dos bebês ao analisar 25 crianças pré-termo que recebiam tratamento numa Unidade de Cuidados Intensivos, onde eram submetidas a agressões impostas pela terapia invasiva. Algumas receberam analgésicos e outras um placebo. As crianças que “(...) tomaram medicamentos apresentaram uma resposta imunológica melhor e ficaram mais calmas.” (GULLO, 1996:3).

A dor é sempre um sinal de que no organismo algo não está bem. Mas, até aos sete anos, as crianças não associam este sofrimento a um aviso. Algumas relacionam-no com um castigo, principalmente se é resultado de uma queda no meio de uma brincadeira proibida pela mãe. Na maioria das vezes, a dor existe realmente e muitas são as ocasiões nas quais a criança pode vir a apresentar dor.

9 – AVALIAÇÃO DA DOR NA CRIANÇA

Acreditava-se que a criança não tivesse a capacidade de quantificar fenómenos abstractos como a intensidade da dor. No entanto, pesquisadores apresentam evidências de que ela é capaz de indicar os vários níveis de sofrimento, caso o adulto proporcione um instrumento adequado para a sua execução, como uma escala, um diagrama ou desenho. (CHRISTOFFEL, 2001).

A avaliação da dor pediátrica é um dos problemas mais desafiadores com que os profissionais de saúde infantil e pediatria se deparam. O objectivo da avaliação da dor não é apenas determinar a sua intensidade, mas também a qualidade, duração e influência na esfera psico-afectiva, possibilitando um auxílio para o diagnóstico, escolha de terapia e avaliação da sua eficácia (SETZ e RUSH, 2001).

O enfermeiro pode sobretudo influenciar o controle da dor na criança ao ter autonomia para avaliá-la e medicá-la, quando sente dor mediante prescrição médica, não precisando de esperar por outra prescrição. Deve, também, utilizar-se dessa vantajosa visando reduzir a distância entre a pesquisa e a sua utilização na prática sobre esse tema, na tentativa de diminuir ou aliviar o sofrimento infantil, aprendendo a avaliar a criança com dor por meio de uma variedade de abordagens (MERKEL, 2000).

Existem vários instrumentos para avaliar a dimensão e intensidade da dor.

9.1 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR

O principal objectivo dos instrumentos de avaliação da dor é determinar o grau de intensidade desta. A intensidade da dor da criança/adolescente pode ser obtida através da comunicação verbal e não verbal. A resposta verbal pode ser espontânea ou solicitada e pode referir componentes sensoriais, emocionais ou cognitivos para caracterizar a experiência dolorosa. A multiplicidade de instrumentos de avaliação da dor existente reflecte este aspecto.

Para avaliar a dor existem escalas de hetero-avaliação (avaliação da dor feita não pela criança/adolescente mas sim por um observador) e escalas de auto-avaliação (avaliação da dor feita pela criança/adolescente). As primeiras são escalas comportamentais e as últimas podem ser unidimensionais (existe uma avaliação quantitativa) e multidimensionais (existe uma avaliação quantitativa e qualitativa).

A selecção da escala apropriada deve ser baseada na fase de desenvolvimento cognitivo da criança, assim como no tipo de dor para a qual será utilizada.

1. Escalas de Hetero-Avaliação

2. Escalas Comportamentais

As crianças com idade inferior a três anos, dado o estadio de desenvolvimento cognitivo, têm muita dificuldade em exprimir a sua dor. Assim, numa tentativa de identificar e quantificar essa mesma dor, foram desenvolvidas inúmeras escalas de avaliação comportamental. Estas incluem parâmetros fisiológicos (dados objectivos que não podem ser utilizados de forma isolada na avaliação da dor, pois são também indicadores de stress) e parâmetros comportamentais (mostram-nos a vertente subjectiva da dor).

As escalas comportamentais são também úteis para avaliar a dor de crianças em idade pré-escolar/escolar e adolescentes com dificuldade na expressão verbal (atraso do desenvolvimento cognitivo; paralisia cerebral; demência; afasia...).

A aplicação da escala tem como parâmetro de comparação a criança sem dor pois, só assim será possível identificar mudanças de comportamento que possam revelar um quadro doloroso.

Entre as inúmeras escalas comportamentais destacam-se:

Escala comportamental NIPS (LAWRENCE et al, 1993)

Escala comportamental FLACC (MERKEL et al, 1997)

Escala comportamental OPS (HANNALLAH et al, 1998)

Escala da dor na criança Gustave-Rousy (1987)

9.1.1 Escala comportamental NIPS (LAWRENCE et al, 1993)

A NIPS (Neonatal Pain Scale) é usada em recém-nascidos prematuros e de termo, no primeiro mês de vida. Avalia a dor aguda relacionada com cirurgia, trauma, cancro ou outros processos patológicos.

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Expressão Facial	Calmo (músculos relaxados, expressão neutra)	"Caretá" (músculos faciais contraídos; sobancelhas franzidas; maxilares cerrados)	
Choro	Não chora (calmo)	Choraminga (gemido intermitente)	Choro vigoroso (grita, tom agudo e contínuo); Choro silencioso (se entubado) evidenciado pelos movimentos faciais
Características da Respiração	Calmo (padrão habitual para aquela criança)	Mudança na frequência (mais rápida; pausas respiratórias) e ritmo (irregular)	
Braços	Relaxados; Sem rigidez muscular; Movimentos ocasionais dos braços	Extensão/Flexão (tensos; esticados, ou em extensão/flexão rápida)	
Pernas	Relaxadas; Sem rigidez muscular; Movimentos ocasionais das pernas	Extensão/Flexão (tensas; esticadas, ou em extensão/flexão rápida)	
Estado de sono/repouso	A dormir/acordado (calmo/tranquilo)	Irrequieto (alerta; desassossegado; agitado)	

Quadro 2 - Escala comportamental NIPS (LAWRENCE et al, 1993)

Todas as categorias são pontuadas de 0 a 1, excepto a categoria choro que é pontuada de 0 a 2, resultando uma pontuação total entre 0 e 7.

9.1.2 Escala comportamental FLACC (MERKEL et al, 1997)

A FLACC (Face, Legs, Activity, Cry and Consolability) é usada em crianças dos dois meses aos sete anos e em crianças em idade escolar e adolescentes incapazes de exprimir a sua dor. Avalia a dor aguda relacionada com cirurgia, trauma, cancro ou outros processos patológicos.

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Face	Sem expressão particular ou com sorriso	De vez em quando faz caretas ou franze as sobrancelhas; esconde a face (isola-se) ou mostra expressão de desinteresse	Faz tremor do queixo frequente ou constante; maxilares cerrados
Pernas	Posição normal ou descontraídas	Desconfortável; pernas inquietas, rígidas	Dá pontapés ou tem as pernas encolhidas
Actividade	Permanece calmo, posicionamento habitual, move-se facilmente	Retorce-se; muda-se de dorsal para ventral; rígido	Arqueado; rígido ou movimentos bruscos/sacudidas
Choro	Não chora (acordado ou adormecido)	Queixa-se ou choraminga; soluça; lamúria; queixa-se de vez em quando	Choro constante; gritos ou soluços; queixas frequentes
Consolação	Satisfeito, descontraído	Tranquiliza-se com o toque feito de vez em quando; distrai-se abraçando-o ou falando com ele	Difícil de consolar ou confortar

Quadro 3 - Escala comportamental FLACC (MERKEL et al, 1997)

Cada uma das 5 categorias é pontuada de 0 a 2, o que resulta numa pontuação total entre 0 e 10.

9.1.3. Escala comportamental OPS (HANNALLAH et al, 1998)

A OPS (Objective Pain Scale) é usada em crianças/adolescentes do 1º ao 18º ano. Avalia a dor aguda no pós-operatório.

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Tensão Arterial	≤ 10% pré-operatório	> 10 – 20% pré-operatório	> 20% pré-operatório
Choro	Não	Sim, mas cala-se com um brinquedo/distracção	Sim e não se cala com um brinquedo/distracção
Movimentos	Movimentos anómalos ausentes	Impaciente; Incapaz de estar quieto; Muda frequentemente de posição; Não há perigo de se magoar	Não fica quieto; Dá pontapés, contorce-se; Pode-se magoar, é preciso proteger; Tenso, corpo arqueado ou rígido.
Agitação	Criança a dormir ou a acordada calma	Levemente agitado	Muito agitado
Verbalização da Dor Ou Linguagem corporal (crianças pré-verbais)	Sem verbalização da dor ou diz que não tem dor Postura indiferente	Queixa-se de dor mas não a localiza Postura antiálgica com extremidades flectidas	Queixa-se de dor, localiza-a e é capaz de a autoavaliar Postura antiálgica e com a mão protegendo o penso

Quadro 4– Escala comportamental OPS (HANNALLAH et al, 1998)

Cada uma das 5 categorias é pontuada de 0 a 2, o que resulta numa pontuação total entre 0 e 10.

9.1.4 Escala da dor na criança Gustave-Rousy (1987)

A escala da dor na criança Gustave-Rousy foi inicialmente desenvolvida para avaliar a dor na criança com cancro e é utilizada dos 2 aos 6 anos de idade. Contudo, não se encontra validada para a população portuguesa.

Item	Pontuação				
	0	1	2	3	4
1. Posição de defesa em repouso	Não assume posição de defesa. Movimenta-se sem dificuldade.	Parece evitar certas posições.	Evita certas posições mas não parece incomodada.	Escolhe uma posição de defesa que lhe proporciona alívio.	Procura sem êxito uma posição de defesa e não consegue sentir-se bem instalada.
2. Ausência de expressão	Mostra-se viva, dinâmica, com expressão bem-disposta.	Mostra-se um pouco descorada, débil.	No mínimo um dos sinais seguintes: traços faciais pouco expressivo, olhar morto, voz murmurante e monótona, fluxo verbal lento.	Vários dos sinais anteriores presentes.	Face rígida como que alargada. Olhar vazio. Fala com esforço.
3. Protecção instintiva de zonas dolorosas	Não mostra qualquer preocupação em proteger-se.	Evita contactos violentos.	Protege o corpo, evitando e afastando tudo o que possa tocá-lo.	Mostra grande preocupação em qualquer toque no seu corpo.	Presta toda a atenção em proteger a área afectada.
4. Queixas somáticas	Ausência de queixas: a criança diz que não tem dores.	Queixas “vagas”: - sem expressão afectiva: diz por alto dói-me - sem esforço: di-lo naturalmente.	No mínimo um dos sinais seguintes: - levou a que se perguntasse se tinha dores; - voz lamurienta para dizer que tem dores; - mímica expressiva acompanhando a queixa.	A somar à pontuação 2, a criança: - chamou a atenção para dizer que tem dores; - pediu um medicamento.	Queixa-se de dores entre gemidos, soluços ou súplicas.
5. Posição de	Não mostra qualquer dificuldade	Mostra algumas dificuldades,	Tem muito cuidado com alguns gestos.	Evita nitidamente alguns gestos,	Tem que ser ajudada, para lhe serem

defesa ao movimentar-se	em mexer todo o corpo. Os movimentos são fáceis.	certos movimentos são forçados.		movimenta-se com prudência e atenção.	evitados movimentos demasiado incómodos.
6. Desinteresse pelo mundo exterior	Mostra-se cheia de energia. Interessa-se pelo que a rodeia, fixa a atenção e é capaz de se distrair.	Interessa-se pelo que a rodeia, mas sem entusiasmo.	Aborrece-se com facilidade, mas consegue-se estimulá-la.	Arrasta-se incapaz de brincar, olha passivamente.	Mostra-se apática e indiferente a tudo.
7. Controla os movimentos que lhe fazem (mobilização passiva)	Deixa-se mobilizar sem prestar grande atenção ao facto.	Olha com muita atenção quando é mobilizada.	A somar à pontuação 1, manifesta que é preciso prestar atenção quando a movimentam.	A somar à pontuação 2, segura a mão ou conduz os gestos de quem a cuida.	Opõe-se a qualquer iniciativa dos que a cuidam, ou consegue que não façam qualquer gesto sem o seu consentimento.
8. Localiza zonas dolorosas	Não localiza: nunca indica qualquer parte do corpo como incómoda.	Refere apenas verbalmente uma sensação desagradável numa região vaga, sem precisar onde.	A somar à pontuação 1, aponta com um gesto vago essa região.	Indica com a mão uma zona dolorosa precisa.	A somar à pontuação 3, a criança descreve com segurança e precisão o local onde lhe dói.
9. Reacções à observação das zonas dolorosas	A observação não desencadeia qualquer reacção.	Manifesta algum receio, apenas na altura em está a ser examinada.	No mínimo um dos sinais seguintes durante a observação: rigidez da zona examinada, crispação facial, choro brusco, bloqueio respiratório.	A somar à pontuação 2, a criança muda de cor, geme ou tenta interromper o exame.	O exame da zona dolorosa é praticamente impossível devido às reacções da criança.
10. Lentidão e limitação dos movimentos	Os movimentos são amplos, rápidos, variam e dão-lhe um certo prazer.	A criança está um pouco lenta e mexe-se sem vivacidade.	Um dos seguintes sinais: - latência dos gestos; - restrição dos movimentos; - gestos lentos.	São nítidos muitos dos sinais já enunciados.	Mostra-se como que hirta, apesar de nada a impedir de se mexer.

Quadro 5 – Escala da dor na criança Gustave-Rousy (1987)

Cada uma das 10 categorias é pontuada de 0 a 4, o que resulta numa pontuação total entre 0 e 40.

ESCALAS DE AUTO-AVALIAÇÃO

A auto-avaliação deve ser utilizada sempre que a criança/adolescente tenha capacidade para relatar a sua dor, pois permite a avaliação da mesma enquanto experiência subjectiva.

De acordo com Piaget, o desenvolvimento cognitivo a partir dos três anos permite à criança visualizar os conceitos (fase pré-conceptual), ou seja, a criança já consegue descrever a dor como muita ou pouca. Ainda segundo Piaget, a partir dos seis anos, a nível cognitivo, dá-se a compreensão de fenómenos abstractos (fase conceptual), verificando-se a capacidade de especificar a intensidade da dor e de descrever a sua qualidade. A escala utilizada numa criança/adolescente deve ser sempre a mesma de modo a evitar confundi-los com instruções diferentes.

9.2 Escalas Unidimensionais

Existem inúmeras escalas unidimensionais. Destacamos:

- Escala das Faces – WONG & BAKER

- Escala Visual Analógica

- Escala Visual Numérica

9.2.1 Escala das Faces - WONG & BAKER

Utilizada frequentemente em crianças em idade pré-escolar.

É solicitado à criança que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que a expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e a expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima” (Figura 1).

Regista-se posteriormente o número equivalente à face seleccionada pela criança.

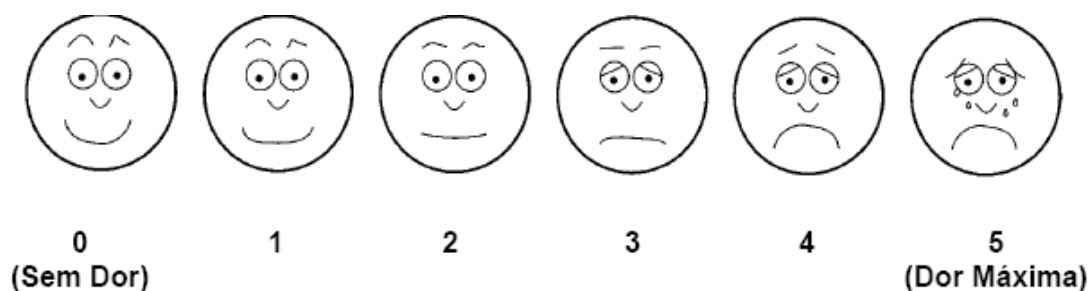


Figura 1 – Escala das Faces – WONG & BAKER

9.2.2 Escala Visual Analógica

Utilizada frequentemente em crianças em idade escolar e adolescentes. Pode apresentar-se sob a forma de uma régua ou sob a forma escrita.

Quando se utiliza a forma escrita, é pedido à criança/adolescente para marcar o nível da dor sentida sobre uma linha horizontal de 10 cm. As extremidades da linha representam pólos opostos, em que a extremidade esquerda corresponde a “sem dor” e a extremidade direita à “pior dor possível”.

A forma de régua apresenta duas faces e um cursor (Figura 2). A face que se mostra à criança/adolescente tem um traço horizontal de 10 cm, com uma classificação em cada extremidade: à esquerda “sem dor” e à direita “pior dor possível”. A face oposta tem uma graduação de 0 a 10. A técnica consiste em pedir à criança/adolescente para mover o cursor da régua, indicando o nível de intensidade de dor que sente. Posteriormente, o enfermeiro regista o algarismo correspondente ao local em que a criança/adolescente colocou o cursor.

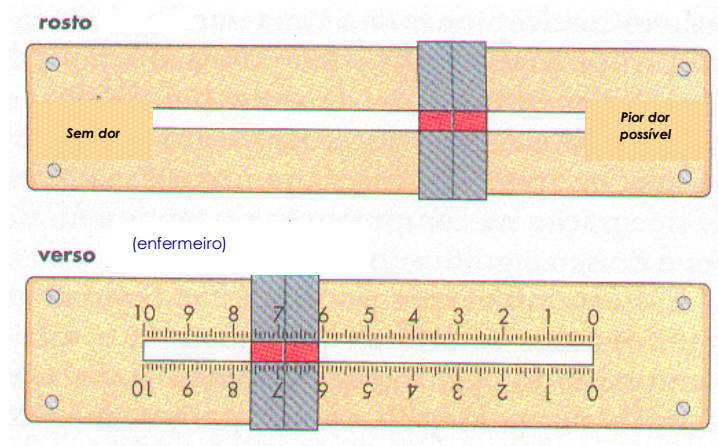


Figura 2 – Escala Visual Analógica

9.2.3 Escala Visual Numérica

Utilizada frequentemente em crianças em idade escolar e adolescentes dado já se encontrarem familiarizados com os números. Pode ser aplicada por escrito ou oralmente.

Pede-se à criança/adolescente que atribua um número à dor. O número poderá estar compreendido entre 0 e 10 ou entre 0 e 100, correspondendo o 0 à ausência de dor e o 10 ou o 100 à pior dor possível.



Figura 3 – Escala Visual Numérica

9.2.4 Escalas Multidimensionais

Estas escalas mais complexas traduzem-se em questionários e especificam não só as componentes sensoriais da dor, mas também as componentes emocionais. Usadas na avaliação da dor crónica.

Destes questionários, destacam-se:

- McGill Pain Questionary (MELZACK et al, 1975)

O McGill Pain Questionary (MPQ) assenta em três grandes dimensões da dor: sensorial (localização, aspectos temporais); afectiva (tensão emocional, medo) e avaliativa (Anexo IV). Apresenta-se à criança em idade escolar e adolescente o questionário que consiste numa série de palavras agrupadas em categorias. Estes escolhem as palavras que melhor se adequam ao que sente e obtém-se uma pontuação que traduz a forma como a dor tem sido vivida e percebida pelos mesmos.

O MPQ é de grande utilidade na dor crónica pois permite avaliar a dor na sua globalidade. Contudo, não se revela como um recurso em termos de dor aguda, dor intensa ou em situações em que as crianças em idade escolar e adolescentes não dominem completamente a língua, como é o caso dos mais jovens. Para além disso, o MPQ não está validado para a população portuguesa.

10 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM DOR

O enfermeiro deve possuir ou desenvolver alguns requisitos mínimos para cuidar adequadamente da criança que vivência a dor e da sua família, tais como saber reconhecer que ela sente dor, por meio das suas reacções, desenvolver um relacionamento de confiança com a criança e sua família, ter disponibilidade para assisti-las durante essas experiências dolorosas e ter empatia (DAMIÃO, 2001).

No contexto do processo de cuidar da criança que vivência a dor, é necessário incluir os membros da família. É importante que o enfermeiro auxilie a família a encontrar formas e lidar com a dor da criança, tornando essa atitude parte da rotina dela, minimizando o seu sofrimento e o da criança.

Uma boa avaliação da dor tem como ponto de partida a capacidade dos profissionais em obter boas informações junto da criança/adolescente e família.

Esta capacidade é algo que não se consegue isoladamente: cada prestador de cuidados deve contribuir para aprofundar o conhecimento relativo a uma dada situação e conseqüentemente que a informação seja o mais global possível e integrada num processo de cuidados contínuo. Neste sentido, a International Association for the Study of Pain defende que o trabalho em equipa multidisciplinar permite organizar um fio condutor que, interligando diversas intervenções, leva à complementaridade entre os saberes dos vários profissionais de saúde e resulta numa melhor avaliação e controle da dor na criança/adolescente.

Desta equipa multidisciplinar, o enfermeiro assume um papel fundamental, pois é o profissional que passa mais tempo junto da criança/adolescente e, desta forma, está numa posição mais favorável para intervir, quer na avaliação da dor, quer na articulação com outros profissionais.

“ A avaliação contínua e sistematizada dos profissionais de enfermagem relativamente à dor do doente permite (...) uma visão global da criança/adolescente”

(REIS, 1995), A dimensão da dor é assim valorizada como fenómeno profundamente individual e subjectivo.

12 - CONCLUSÃO

A avaliação da dor em crianças/adolescentes deve ser parte integrante nos cuidados pois é da responsabilidade dos profissionais de saúde a tomada de decisões sobre medidas de alívio/tratamento da dor.

A ausência de um processo que propicie uma avaliação adequada leva, muitas vezes, à não identificação e ao controlo inadequado da dor. Esta poderá ser subestimada pois, sendo uma experiência subjectiva e individual, as representações dos próprios profissionais podem, sem que os mesmos se dêem conta, conduzi-los à banalização dos sintomas descritos pela criança/adolescente.

Com a avaliação da dor pretende-se evitar esses desvios de interpretação e assim tornar objectivo algo que é, eminentemente, subjectivo.

As afirmações verbais e descrições da dor pelas crianças/adolescentes são os factores mais importantes na avaliação da mesma. As crianças mais jovens podem não saber o que significa a palavra “dor” e podem precisar de ajuda para descrevê-la empregando a linguagem familiar.

Assim, uma avaliação cuidadosa, inclui a colheita de dados (caracterização e história de experiência de dor) e a utilização de instrumentos de avaliação (tendo em conta o nível de desenvolvimento cognitivo).

Todas as informações recolhidas têm um papel determinante na nossa formação enquanto profissionais de saúde.

Direccionadas para a temática da dor é impossível ignorar o grau de importância da avaliação da mesma.

Esta é um objectivo prioritário das políticas de saúde, devendo deve ser parte integrante nos cuidados. A clarificação das escalas de avaliação realizada facilitará a sua implementação nos serviços de Pediatria do Hospital de Santa Maria.

A equipa de saúde, combinando medidas farmacológicas e não farmacológicas, é responsável pela tomada de decisões sobre medidas de alívio/tratamento da dor.

Os cuidados devem ter um grau de eficácia elevado para que o conforto e a qualidade de vida sejam preservados.

13 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, António (1995). A dor como experiência humana, in Barbosa, António (org.). Dor na criança e no jovem. Departamento de Educação Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa: Permanyer; 9-15.
- BARBIN, L. (1995). Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 95-141.
- BARROS, Luísa (1999). Psicologia Pediátrica – Perspectiva desenvolvimentista. Lisboa: Climepsi ; 87-128.
- BATALHA, Luís M. Cunha (2001). A criança com dor e a sua família: saberes e práticas dos enfermeiros pediátricos. Servir. Vol.49, N.º5, Set./Out: 213-223.
- BERTOCCHI, Marie-Lou C. (1999). La douleur en chirurgie chez l'enfant. Soins Pédiatrie e Puériculture. N.º187, Mars/Avril: 12-15.
- BLACK, Joyce M. e Jacobs, Esther M. (1996). Enfermagem Médico-Cirúrgica – Uma Abordagem Psicofisiológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1916-1941
- BOLANDER, Verolyn Barnes (1998). Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta; 1170-12000.
- BOLANDER, Verolyn R. – Sorensen & Luckmann - Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta, 1998.

- BURR, Sue (1988). A dor na infância. Nursing. N.º 10: 41-45.

- CHOINÈRE, M. e Latarjet, J. (1995). Pain in burn patients. Burns, Vol. 21, N.º5: 344-348.

- CORREIA, Maria Ivone – Kit sem-dói-dói para ajudar a criança a lidar com a dor. Enfermagem em Foco. SEP, Ano XIV, n.º 61, (Outubro/Dezembro 2005). 39-40

- COSTA, Ricardo e Pereira, Aldina (1998). Valorização da dor na criança. Nascer e Crescer. Vol.7, N.º 3 Set: 163-166.

- CRISTINA, Irene S.; Lança, Carla M.M. e Rodrigues, Maria F. (1998). O enfermeiro perante a dor. Enfermagem em foco – SEP. Ano VIII, N.º 31, Especial Junho: 21-25.

- ELAND, Joann M. (1990). Pain in Children. The Nursing Clinics of North America. N.º 25(4), December: 871- 883.

- FERNANDES, Ananda (2000). Crianças com dor – o quotidiano do trabalho de dor no hospital. Coimbra: Quarteto.

- FERRONHA, José Maria (1998). A dor vista pela psiquiatria de infância. Nascer e Crescer. Vol.7, N.º 3 Set.: 187-190.

- FURDON, Susan Arana; Pfeil, Virginia C.; Snow, Karla (1998). Operationalizing Donna Wong`s Principle of Atraumatic Care: Pain Management Protocol, in the NICU. Pediatric Nursing. N.º 24(4), July/ August: 336-342.

- GAUVAIN-PIQUARD, A. (1995). La douleur chez l`enfant, in S. Lebovici, R. Diatkine, S. Soulé (orgs.). Nouveau traité de l`enfant et de l` adolescent. Vol. I: 495-506.

- GRANDSARD, CATHERINE (2002). Ciências humanas e dor, in Metzger, C. et al (orgs). Cuidados de Enfermagem e Dor. Loures: Lusociência; 127-157.

- GRISOLIA, GIOVANNI (1999). Le Ustione in età Pediátrica. Firenze: Societá Editrice Eurpea di Nicodemo Maggiulli.

- GULLO, Carla (1996). O nascimento da dor. <http://www.zaz.com.br/istoe/comport/138911.htm> (4 de Abril de 2011).

- HERVÉ, Bernardette e Piatyszek, Nalhalie (1995). Brûlures graves de L`enfant: 26 jours de soins. Le journal de L`Infirmiére. N.º 20, Dec.: 29-44.

- IBÁÑEZ, Maria Ángeles Martínez (1997). Dolor en el niño. Revista ROL de Enfermería. N.º226, Junio: 13-17.

- KARB, Virgínia Burke (1995). Dor, in Phipps, Wilma J. et al (orgs). Enfermagem Médico-Cirurgica. Lisboa: Lusodidacta, 2ª edição; 303-329.

- KINSELLA, J. e Booth, M.G. (1991). Pain relief in burns: James Laing Memorial Essay. Burns. Vol. 17, Nº 5: 391- 395

- LIMA, Deolinda (1995), Neuroanatomia da dor, in Rico, Toscano e Barbosa António (orgs). Dor: Do Neurónio à Pessoa. Lisboa: Permanyer Portugal.

- LOPES, Wilma; Maia, Olga (1999). Contributo do enfermeiro em pediatria perante a dor. Informar. N.º18, Julho/Setembro: 30-32.

- LOURINHA, Dulce e Trindade, Ângela (1996). Cuidados de enfermagem a doentes queimados. Enfermagem em Foco. Nº22, Fev/ Abr: 41-46.

- LUCAS, Maria Filomena – Avaliação de Dor em Pediatria. Lisboa: 2005

- LUND, C.C. e Browder, N.C. (1944). The estimation of areas of burns. Surgery Gynecology Obstetrics. 79: 352-358.

- MCCAFFERY, Margo e Beebe, Alexandra (1997). Pain – Clinical Manual for Nursing Practice. Mosby.

- MCGRATH, Patrick J. et al (1985). CHEOPS: A Behavioral Scale for Rating Postoperative Pain in Children. Advances in Pain Research and Therapy. N.º 9: 395-401.

- MCGRATH, Patrick J. (2003). CHEOPS: A Behavioral Scale for Rating Postoperative Pain in Children. Patrick.mcgrath@dal.ca.

- METZGER, C.; Schwetta, M. e Walter, C. (2002). Avaliação da dor, in Metzger, C. et al. (orgs). Cuidados de Enfermagem e Dor. Loures: Lusociência; 159-182.

- METZGER, C.; Schwetta, M. e Walter, C. (2002). Cuidados de enfermagem e dor, in Metzger, C. et al. (orgs). Cuidados de Enfermagem e Dor: Loures, Lusociência; 183-224.

- MOTT, S.R. et al. (1990). Nursing Care of Children and Families. Menlo Park : Addison–Wesley, 2.^a Edição.

- MULLER, André e Schwetta, Martine (2002). Fisiologia e fisiopatologia da dor, in Metzger, Christiane et al. (orgs). Cuidados de Enfermagem e Dor. Loures: Lusociência; 5-27.

- MULLER, André e Schwetta, Martine (2002). Grandes Síndromas Dolorosos, in Metzger, Christiane et al. (orgs). Cuidados de Enfermagem e Dor. Loures: Lusociência; 225-265.

- NAGY, Sue (1999). Strategies used by burns nurses to cope with the infliction of pain on patients. Journal of Advanced Nursing. 29(6): 1427-1433

- N09.14/06/2003. A Dor como 5º Sinal Vital: Registo sistemático da intensidade da dor. Direcção Geral de Saúde.

- PAL, Sandip K.; Cortiella, Joaquin; Herndon, David (1997). Adjunctive methods of pain control in burns. Burns. Vol 23, Nº 5: 404-412.

- PHIPPS, Wilma (et al.) – Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica. 6.^a Edição. Tradução de Helena Dos Santos Azevedo. Loures: Lusociência, 1995.

- PORTUGAL, Plano Nacional da Luta contra a Dor. - Direcção Geral de Saúde, 2001.- 60p.

- PRICE, S. (1995). Avaliando a dor nas crianças. Nursing. N.º 95, Dez.:32-34.

- REIS, Joana (1995). Dor e Enfermagem, in Rico, Toscano e Barbosa António (orgs), Dor: Do Neurónio à Pessoa. Permanyer Portugal; 261-268.

- RIBEIRO, Pedro (1998). Organização de uma equipa de dor. Nascer e Crescer. Vol.7; N.º 3 Set.:155-156.

- ROSSATO LM. Utilizando instrumentos para avaliação da percepção de dor em pré-escolares face a procedimento doloroso (dissertação). Mestrado. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004, p.71.

- ROSALO, Lisabelle Mariano; Angelo Margareth (1999). Utilizando instrumentos para avaliação da percepção de dor em pré-escolares face a procedimento doloroso. Revista da Escola de Enfermagem da U.S.P.. Vol. 33, Nº3, Set.

- RUIZ, Javier R.; Moreno, Juan C. U.; Carrión, Pilar G., (1996). Dolor en el Niño. Revista Rol de Enfermería. N.º 220, Diciembre.

- SALGUEIRO, Emílio (1998). A intervenção psicológica na dor da criança. Análise Psicológica – Psicologia Pediátrica. N.º1, Série XVI, Janeiro/Março:145-147.

- SAVEDRA, Mrllyn; Eland, Joann; Tesler, Mary (1990). Pain Management, in Craft, Martha J.; Denehy, Janice A., (orgs). Nursing Interventions for Infants & Children. Philadelphia: W.B.Saunders Company; 304-322.
- SCHECHTER, Neil, L., et al. (1997). The Ouchless place: no pain, children's gain. Pediatrics. N.º99(6), June: 890-894.
- SCHWOB, Marc (1997). A Dor. Lisboa: Instituto Piaget.
- SEELEY, Rod R.; Stephens, Trent D. e Tate, Philip (1997). Anatomia e Fisiologia. Lisboa: Lusodidacta, 1ª Edição.
- SULLIVAN, Lynn Marie (1994). Factors Influencing Pain Management: A Nursing Perspective. Journal of Post Anesthesia Nursing. N.º 9 (2), April: 83-90.
- TYLER, Douthit e Chapman (1993). Toward validation of pain measurement tools for children: a pilot study. Pain. N.º 52(3), Mar: 301-309.
- WHALEY, Lucille F. e Wong, Donna L. (2001). Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara, 7ª Edição.

PLANO DE SESSÃO

Fases	Objectivos	Conteúdo	Metodologia	Recursos Pedagógicos	Tempo
Introdução	Apresentar a formadora e o tema; Apresentar os objectivos da sessão.	Apresentação da formadora, tema e objectivos.	Expositivo	Computador com diapositivos	5 Min
Desenvolvimento	Sintetizar conceitos sobre o 5º Sinal Vital; Compreender a importância da Avaliação da Dor no SO; Dar a conhecer aos profissionais de saúde os instrumentos seleccionados para fazer a avaliação da dor..	Conceito de Dor; Dor Aguda/Dor Crónica. Reconhecimento e Avaliação da Dor; Avaliação da Dor. Escala de auto e hetero-avaliação. .	Expositivo	Computador com diapositivos	15 Min
Conclusão	Reflectir sobre a sessão elaborada.	Sintetizar as ideias chave.	Expositivo	Computador com diapositivos	5 Min
	Debater os temas abordados.	Debate sobre a importância da Promoção do Desenvolvimento Infantil.	Interactivo	Enfermeiros	10 Min
Avaliação	Aplicar questionário de avaliação.			Questionário	5 Min

CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM
Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Avaliação da Dor na Criança

Maria João Pires

Sob orientação de : Prof^a Elisabete Nunes
Enf^a Chefe Ana Santos Pereira
Enf^a Susana Silva

OBJECTIVOS

- Sensibilizar os enfermeiros para a avaliação da Dor em Pediatria, nomeadamente no SO;
- Dar a conhecer as escalas de avaliação da Dor em Pediatria;
- Motivar os enfermeiros para o registo da dor nas notas de turno, na AVD (Sono/Repouso).

JUSTIFICAÇÃO

- A dor como 5º sinal vital (DGS - Circular Normativa nº 9 de 14/06/2003);
- Conhecer as escalas de avaliação da Dor em Pediatria.

A Ordem dos Enfermeiros no seu Guia Orientador de Boas Práticas defende que o controlo da Dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde.

DEFINIÇÃO

A Dor segundo a Internacional Association for the Study of Pain (IASP) é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição pode responder à existência de tal lesão”

(Metzger 2000, p.5)

A Dor é um dos muitos sintomas, se não o principal, que leva à procura de cuidados de saúde por parte da Criança/Família:

Dor Aguda

Dor Crónica

Dor Aguda

Início recente e normalmente associada a lesão específica e dura até 3 - 6 meses (média 1 mês).

Dor Crónica

Pode ter origem numa dor aguda ou desenvolver-se sem lesão aparente e dura mais de 3 - 6 meses.

O hospital é visto como um lugar de dor: sendo essa dor decorrente da doença, do tratamento, ou dos inúmeros processos de diagnóstico a que os doentes são submetidos.

(Barros, 2003)

RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO DA DOR

“Avaliação de forma metódica da dor durante o internamento” OE(2008, p.31) Uma avaliação realizada com auxílio de escalas de dor adequadas ao desenvolvimento da criança, de modo a servir como ponto de referência para os tratamentos a instituir;

Sensibilização e valorização da dor na realização de procedimentos, por parte dos enfermeiros;

AVALIAÇÃO DA DOR

- Personalidade da criança;
- Estadio de desenvolvimento;
- Experiências anteriores de dor, doença e hospitalização;
- Factores socioculturais;
- Mecanismos de coping.

- Todas as crianças têm capacidade para sentir dor;
- Tudo o que causa dor nos adultos também causa dor nas crianças;
- A avaliação deve ser feita regularmente, deve ser comparada e registada;
- É fundamental a informação transmitida pela criança;

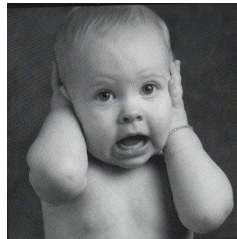
- A não manifestação de dor em situações potencialmente dolorosas deve ser interpretada como duvidosa;
- A ausência de resposta a um estímulo doloroso não significa ausência de dor;
- As crianças exibem manifestações distintas de dor.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Auto-Avaliação

Hetero-Avaliação

ESCALAS DE AUTO-AVALIAÇÃO



ESCALA DAS FACES

Usada em crianças com idades \geq a 3 anos.

É composta por 6 faces, com a seguinte legenda:

Face 0 = não dói

Face 2 = dói um pouco

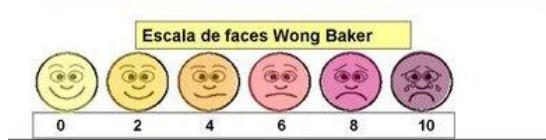
Face 4 = dói um pouco mais

Face 6 = dói ainda mais

Face 8 = dói muito mais

Face 10 = dói mais que possas imaginar

ESCALA DAS FACES



ESCALA NUMÉRICA

É utilizada em crianças com idades \geq a 8 anos.

A sua utilização depende da habilidade da criança para contar e, também, da sua preferência. A amplitude da escala varia entre 0-10:

- 0 – sem dor;
- 1-3 – dor ligeira;
- 4-6 – dor moderada;
- 7-10 – dor severa.

ESCALA NUMÉRICA



ESCALAS DE HETERO-AVALIAÇÃO



Escala Comportamental NIPS

Usada em RN, com idade gestacional ≥ 24 semanas até à 6ª semana de vida.

E constituída por 6 categorias de comportamento (5 categorias pontuadas de 0-1 e 1 categoria pontuada de 0-2), cuja amplitude varia entre 0-7:

- 0 – sem dor;
- 1-2 – dor ligeira;
- 3-4 – dor moderada;
- 5-7 – dor severa.

Escala Comportamental NIPS

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Expressão Facial	Calmos (músculos relaxados, expressão neutra)	"Caretas" (músculos faciais contraídos; sobrancelhas franzidas; maxilares cerrados)	
Choro	Não chora (calmo)	Choramanga (gemido intermitente)	Choro vigoroso (grito, tom agudo e contínuo); Choro silencioso (se entubado) evidenciado pelos movimentos faciais
Características da Respiração	Calmos (padrão habitual para aquela criança)	Mudança na frequência (mais rápida; pausas respiratórias) e ritmo (irregular)	
Braços	Relaxados; Sem rigidez muscular; Movimentos ocasionais dos braços	Extensão/Flexão (tensos; esticados, ou em extensão/flexão rápida)	
Pernas	Relaxadas; Sem rigidez muscular; Movimentos ocasionais das pernas	Extensão/Flexão (tensas; esticadas, ou em extensão/flexão rápida)	
Estado de sono/repouso	A dormir/acordado (calmo/tranquilo)	Irrequieto (alerta; desassossegado; agitado)	

Escala Comportamental FLACC

É utilizada desde o nascimento até aos 18 anos.

É composta por 5 categorias de comportamento (pontuadas de 0-2), cuja amplitude varia entre 0-10:

- 0 – sem dor;
- 1-3 – dor ligeira;
- 4-6 – dor moderada;
- 7-10 – dor severa.

Escala Comportamental FLACC

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Face	Sem expressão particular ou com sorriso	De vez em quando faz caretas ou franze as sobrancelhas; esconde a face (isola-se) ou mostra expressão de desinteresse	Faz tremor do queixo frequente ou constante; maxilares cerrados
Pernas	Posição normal ou descontraídas	Desconfortável; pernas inquietas, rígidas	Dá pontapés ou tem as pernas encolhidas
Actividade	Permanece calmo, posicionamento habitual, move-se facilmente	Retorce-se; muda-se de dorsal para ventral; rígido	Arqueado; rígido ou movimentos bruscos/sacudidas
Choro	Não chora (acordado ou adormecido)	Queixa-se ou choraminga; soluça; lamúria; queixa-se de vez em quando	Choro constante; gritos ou soluços; queixas frequentes
Consolação	Satisfeito, descontraído	Tranquiliza-se com o toque feito de vez em quando; distrai-se abraçando-o ou falando com ele	Difícil de consolar ou confortar

CONCLUSÃO

- A importância da avaliação da dor;
- A equipa de saúde é responsável pela tomada de decisões para o alívio e tratamento da dor;
- Cuidados com elevado grau de eficácia para preservar o conforto e a qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Evitar a dor de uma criança é um dever ético e humano, pelo que os enfermeiros são responsáveis por eliminá-la ou aliviá-la pondo em prática os seus conhecimentos e competências profissionais.

BIBLIOGRAFIA

- Brazelton, T. Berry; (2000). O grande livro da criança. O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos. (3ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Corney, Roslyn; (2000) O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina Climepsi editores
- Correia, Maria Ivone (2005) Kit sem-dói-dói para ajudar a criança a lidar com a dor In Enfermagem em foco nº61 Outubro/Dezembro 2005 pág. 39- 40
- DGS (2008) - Divisão de prevenção e Controle da Doença Programa Nacional de controlo da Dor PNCDOR - circular normativa
- Fernandes, Ananda. (2000) - Crianças com dor: o quotidiano no trabalho de dor no hospital. Coimbra: Quarteto Editora,
- Hesbeen, Walter; (2000) - Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Luso ciência.
- IAC - Instituto de apoio à Criança (2000) Carta da criança Hospitalizada - humanização dos serviços de atendimento à criança
- Lépuri, Dr Luis Raúl (2008) Dor Crónica Miniatlas Letbar Associados S.A.

BIBLIOGRAFIA

- MacCaffery, Margo; Pasero, Chris (1999) - Pain Clinical Manual 2ª ed. St Louis Mosby.
- Metzger, Christiane; Muller, André; Schetta, Martine; Walter, Christiane (2002) Cuidados de enfermagem e dor Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros (2003) Competências do enfermeiro de cuidados gerais Conselho de Enfermagem. Divulgar
- Ordem dos Enfermeiros (2008) Guia Orientador de Boa Prática e Cuidados de Enfermagem Cadernos da OE. Serie I. Nº1.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. (2002) Saúde infantil e juvenil. Programa-tipo de actuação. Lisboa: DGS. (Orientações técnicas; 12)
- Portugal. Ministério da Saúde. (2004) Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Vol I- Prioridades. Lisboa: Ministério da Saúde - DGS.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Vol II- Orientações Estratégicas - Lisboa: Ministério da Saúde-DGS.
- Whalley, L.&Wong, D. (1989) Enfermagem pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva (2ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

OBRIGADA...



pela vossa Atenção...

Maria João Pires



Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na área de especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Avaliação da Sessão de Formação

Uma vez apresentada a sessão, é importante fazer um balanço e conhecer a sua opinião. Assim, solicito o preenchimento deste questionário que é anónimo.

Numa escala de 1 a 5, coloque a cruz no número que considera ser a sua opinião.

- 1- Insuficiente
- 2- Satisfaz
- 3- Bom
- 4- Muito bom
- 5- Excelente

Como classifica a sessão de formação:

Quanto ao **interesse?**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Quanto ao **conteúdo?**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Quanto à **organização?**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Quanto à **utilidade?**

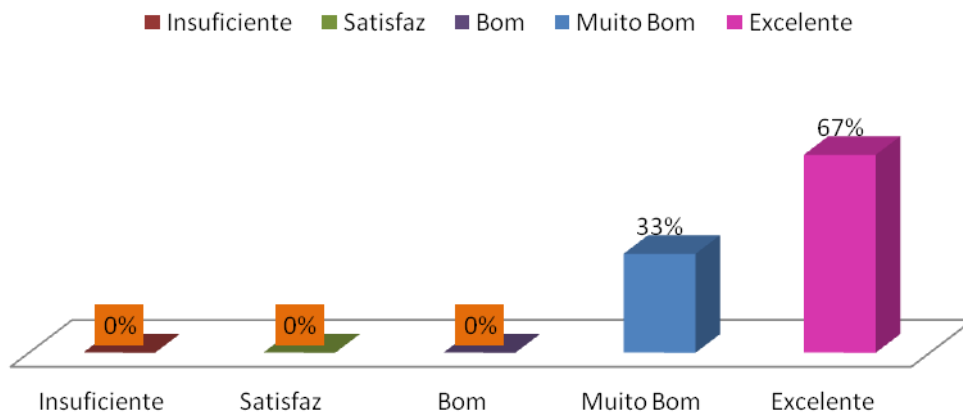
1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sugestões

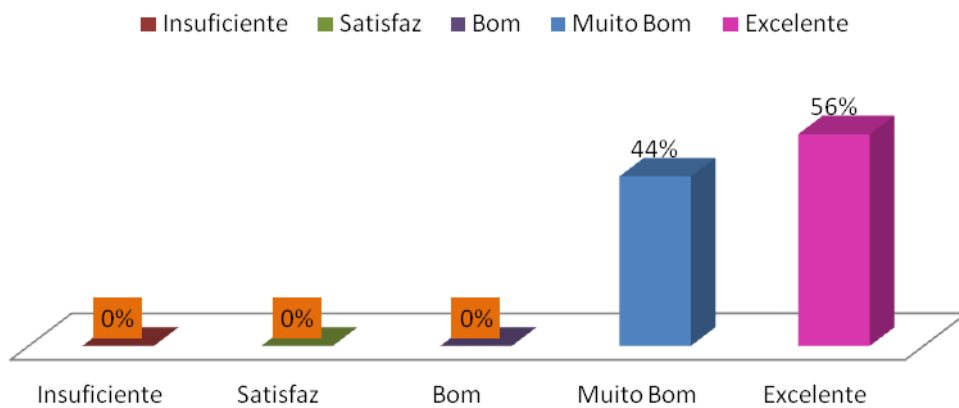
Obrigada

Avaliação da Sessão

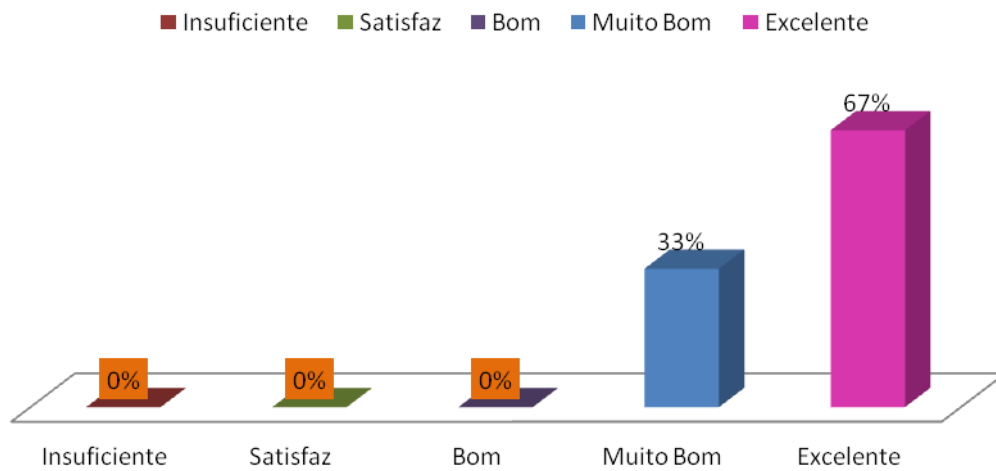
Distribuição das respostas ao questionário quanto ao interesse



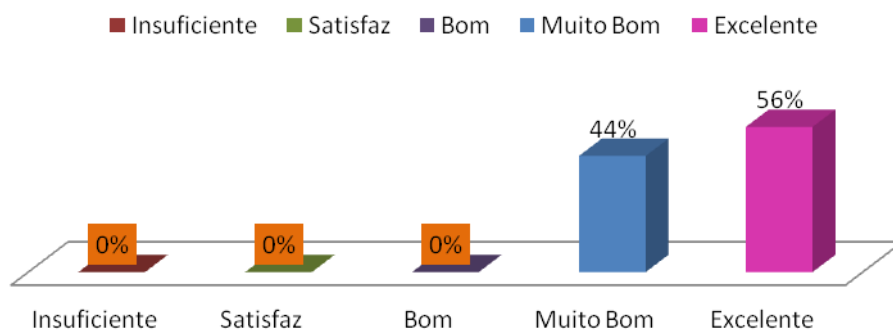
Distribuição das respostas ao questionário quanto ao conteúdo



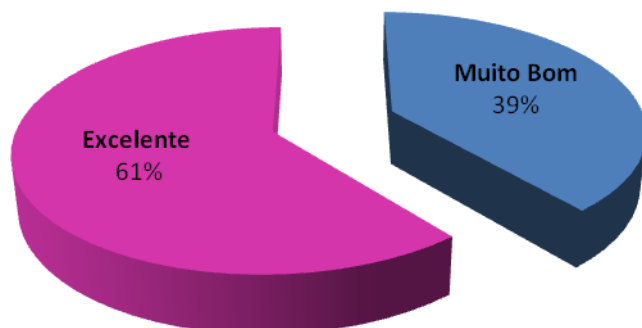
Distribuição das respostas ao questionário quanto à organização



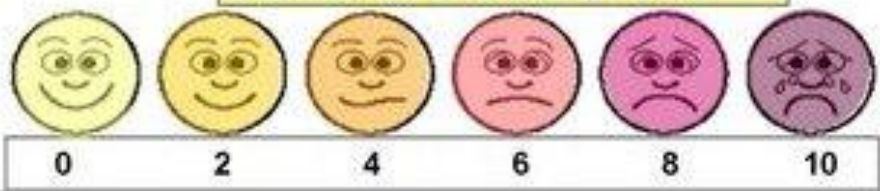
Distribuição das respostas ao questionário quanto à utilidade



Análise Global da formação



Escaia de faces Wong Baker



1. **NOME:**

AVALIAÇÃO DA DOR ENQUANTO 5º SINAL VITAL

2. **OBJECTIVO:**

Uniformizar a prática de cuidados na avaliação e registo sistemático da intensidade da dor nas crianças.

3. **PARTICIPANTES:**

Enfermeiros do AMP do Hospital da Luz.

4. **NOTAS TÉCNICAS:**

Dor – é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (METZGER, 2002).

Dor Aguda - Dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal (METZGER, 2002).

Dor crónica - Dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação causal ou temporal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversas situações patológicas (METZGER, 2002).

5º Sinal Vital - Consiste na avaliação e registo sistemático da Intensidade da dor com recurso a instrumentos de avaliação: hetero-avaliação e auto-avaliação da dor (DGS, 2001).

Auto-avaliação da dor - Avaliação da dor realizada pela pessoa que a experimenta, com recurso a escalas de auto-avaliação ou auto-relato (OE, 2008).

Hetero-avaliação da dor - Avaliação da dor efectuada através da observação de indicadores comportamentais e fisiológicos, feita pelo prestador de cuidados, com recurso a escalas de hetero-avaliação (OE, 2008).

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR:

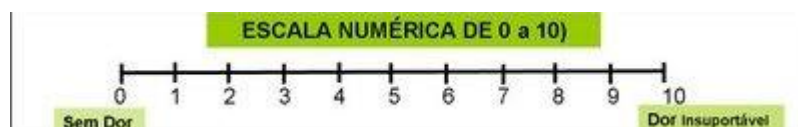
Escalas de Auto-Avaliação

- Escala das Faces de Wong e Baker
- Escala Numérica

• **Escala das Faces de WONG e BAKER** - usada em crianças de idade \geq a 3 anos. É uma escala de auto-avaliação modificada que permite às crianças mais pequenas utilizarem as suas habilidades sensoriais para além das cognitivas. As seis faces que constituem a escala de WONG e BAKER têm sido usadas para avaliar a dor em crianças dos 3 aos 18 anos e na idade adulta. É composta por 6 faces, com a seguinte legenda: Face 0 - não dói; Face 2 - dói um pouco; Face 4 - dói um pouco mais; Face 6 - dói ainda mais; Face 8 - dói muito mais; Face 10 - dói mais do que possas imaginar, embora não precises de chorar para te sentires assim. A amplitude varia entre 0-10: 0 - sem dor; 2 - dor ligeira; 4-6 - dor moderada; 8-10 - dor severa (BATALHA, 2009).



• **Escala Numérica** – é utilizada em crianças com idades \geq a 8 anos. A sua utilização depende da habilidade da criança para contar e, também, da sua preferência. A amplitude da escala varia entre 0-10: 0 - sem dor; 1-3 - dor ligeira; 4-6- dor moderada; 7-10 - dor severa (BATALHA, 2009).



Escalas de Hetero-avaliação

- NIPS - Neonatal Infant Pain Scale
- FLACC - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

• **Escala Comportamental - NIPS - Neonatal Infant Pain Scale** usada em RN, com idade gestacional ≥ 24 semanas até à 6ª semana de vida. E constituída por 6 categorias de comportamento (5 categorias pontuadas de 0-1 e 1 categoria pontuada de 0-2), cuja amplitude varia entre 0-7: 0 - sem dor; 1-2 – dor ligeira; 3-4 - dor moderada; 5-7 - dor severa (BATALHA, 2009).

CATEGORIAS	PONTUAÇÃO		
	0	1	2
Expressão Facial	Músculos relaxados, expressão neutra.	Músculos faciais contraídos; sulco entre as sobrancelhas; maxilares cerrados.	
Choro	Calmo, não chora.	Gemido, choro intermitente.	Grita, tom agudo, choro intermitente estridente contínuo Choro silencioso (se entubado) evidenciado pelos movimentos faciais.
Características da Respiração	Calma.	Mudança na frequência; irregular, mais rápida, pausas respiratórias.	
Braços	Relaxados; Sem rigidez muscular; movimentos ocasionais dos braços.	Tensos; esticados, ou extensão/flexão rápida.	
Pernas	Relaxadas; sem Sem rigidez muscular; Movimentos ocasionais das pernas.	Tensas; esticadas, ou em extensão/flexão rápida.	
Estado de Sono/Repouso	Dorme; Acordado; Calmo/Tranquilo.	Irrequieto; Alerta; Desassossegado/Agitado.	

Todas as categorias são pontuadas de 0 a 1, excepto a categoria *choro* que é pontuada de 0 a 2, resultando numa pontuação total entre 0 e 7. Usada em recém-nascidos prematuros (a partir da 24 a Semana de gestação) e de termo, até à 6ª semana de vida.

• **FLACC - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability** - É composta por 5 categorias de comportamento (pontuadas de 0-2), cuja amplitude varia entre 0-10: 0 - sem dor; 1-3 - dor ligeira; 4-6 - dor moderada; 7-10 - dor severa.

Versão Portuguesa da versão original da escala FLACC (Merckel et al (1997), validada para a população portuguesa até aos 15 anos, podendo ser usada na maioria das situações clínicas.

Usada em crianças desde o nascimento até aos 19 anos, em diversas situações clínicas (BATALHA, 2009).

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

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DE TAREFAS

Pressupostos na prestação de cuidados de enfermagem à criança com dor

- Questionar a criança/família acerca da dor na admissão e sistematicamente.
- Valorizar sempre os relatos da dor pela criança/família.
- Implementar estratégias que lhe proporcionem o seu alívio.
- Privilegiar a auto-avaliação da dor, tendo em consideração as capacidades de comunicação e as aptidões cognitivas de cada criança.
- Tendo em conta a situação clínica da criança, a sua idade, e o seu peso, aplicar os protocolos do EMLA (Procedimento nº3) e da Sucrose Oral (Procedimento nº 16), para prevenir a dor em alguns procedimentos de diagnósticos e terapêuticos.

Avaliação e Registo Sistemático do 5º Sinal Vital

- Avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde a admissão até à alta.
 - Pelo menos **1x por turno**, se intensidade \leq a 3 (dor controlada).
 - **2x por turno**, ou sempre que necessário, se intensidade \geq a 4 (não controlada e/ou não tratada).
 - **1h** após a administração de analgesia.
- Seleccionar os instrumentos de avaliação da dor, tendo em conta: a idade, a situação clínica e as capacidades cognitivas da criança.
- Ensinar a criança/família acerca da utilização das escalas da dor.
- Utilizar a escala de hetero-avaliação quando a criança não é capaz de se autoavaliar.
- Efectuar o registo da intensidade da dor nas notas de turno, na actividade de vida diária: **Sensação/Repouso**, garantindo a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos vários elementos da equipa multidisciplinar.
- De acordo com cada escala, a partir de determinada intensidade é imperativo chamar o médico para alívio da Dor:

Escala das Faces de WONG e BAKER - A partir da pontuação 6.

Escala Numérica - A partir da pontuação 7.

Escala Comportamental – NIPS - A partir da pontuação 5.

FLACC - A partir da pontuação 7.

- As equipas de cuidados devem obter resultados de satisfação do cliente em relação à gestão da dor e usar esses resultados para identificar oportunidades de melhoria contínua da prestação de cuidados directos e de competências dos enfermeiros nesta área de intervenção.

6. INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM

FOCO: Sensação / Reparação

- **(D)** Avaliar Dor (SV / Escala Dor)
- **(D)** Vigiar Padrão de Sono
- **(G)** Ajustar Comunicação
- **(I)** Educar Cliente/Família sobre instrumentos de avaliação da Dor

FOCO: Respiração

- **(D)** Avaliar FR (SV)

7. BIBLIOGRAFIA:

1. CASEIRO, José Manuel. Biblioteca da Dor: Compilação 1. **A Organização da Analgesia do Pós-operatório**. Lisboa. Ed. Permanyer, 2007. p. 197-244.

2. BATALHA L, REIS G, COSTA L, CARVALHO M, MIGUENS A. **Adaptação cultural e validação da reprodutabilidade da versão Portuguesa da escala de dor face, Legs, Activity, Cry, consolability (FLACC) em crianças.** in Revista REFERENCIA, 2009, II Serie, nO10, p. 7-14.
3. DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE - **Plano Nacional de Luta Contra a Dor.** Lisboa: DGS, 2001. ISBN 972-9425-95-7. 60p.
4. GARCIA, Margarida; FERNANDES, Ananda - **Avaliação da Dor nas Crianças com Deficiência Profunda: a escala OESS.** in Revista REFERENCIA, II Serie, nº 5, Dez 2007. p. 17-22.
5. METZGER, Christian; MULLER, Andre; SCHWETTA, Martine; WALTER, Christiane (2002). - **Cuidados de Enfermagem e Dor.** Loures: Editora Lusociência. 281p. ISBN: 972-8383-32-0.
6. ORDEM DOS ENFERMEIROS - DOR: **Guia Orientador de Boa Prática.** Conselho de Enfermagem, 2008. 55p. ISBN: 978-972-99646-9-5.

PROCEDIMENTO N.º X

Política n.º

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ano 2011

1. **NOME:**

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO DE SUCROSE ORAL AO RECÉM-NASCIDO/LACTENTE

2. **OBJECTIVO:**

Uniformizar as Intervenções de Enfermagem .
Prevenir a dor associada a procedimentos dolorosos na criança no período neonatal até aos 3 anos.

3. **PARTICIPANTES:**

Enfermeiros do AMP

4. **NOTAS TÉCNICAS:**

Sucrose 24% - é uma solução para administração oral, é eficaz na prevenção e alívio da dor em procedimentos minor, sendo fácil de administrar e de rápida actuação.

É um polissacarídeo composto por frutose e lactose.

O uso desta substância nos procedimentos dolorosos ao recém-nascido e lactente contribui para uma melhoria considerável nos níveis de dor por estes experimentados.

O **mecanismo de acção** deve-se à hidrolização lenta da sucrose em glicose e frutose através do intestino e a sua absorção produz rápidos efeitos, pois o sabor doce é responsável pelo bloqueio momentâneo dos mediadores da resposta à dor. (MOORE, 2007)

Características:

- 24% de sucrose e 76% de água;
- Sem conservantes e sem aditivos;
- Unidoses de 1,5ml prontas a usar ou embalagem asséptica de 11 ml;
- Facilidade de utilização.

Dosagem:

PESO	DOSE (ml)
< 3Kg	0.5 ml
3 – 9 Kg	1 a 1.5 ml
10 – 15Kg	1.5 a 2 ml

Intervalo entre as administrações = **4h**

Indicações:

- Punção venosa, arterial, capilar;
- Cateterização vesical;
- Punção supra-púbica;
- Aspiração de secreções;
- Intubação/Extubação;
- Exame oftalmológico;
- Mudança de penso;
- Fisioterapia dolorosa;
- Outros procedimentos minor.

Contra-Indicações:

- Intolerância à glucose e frutose;
- Criança sedada;
- Suspeita de enterocolite necrosante;
- Hiperglicemia.

Efeitos Adversos:

- Risco de aspiração, observar sinais de engasgamento, tosse, náuseas, vômitos;
- Flatulência;
- Hiperglicemia.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DE TAREFA:**5.1. Modo de utilização:**

- Administrar 2 minutos antes de qualquer procedimento doloroso.

5.2. Administração por chucha:

- Embeber a chucha;
- Permitir a sucção da chucha com a solução;

- Repetir o processo, mais do que um vez, se necessário.

5.3. Administrar por gotas:

- Aplicar 1 ou 2 gotas por cada minuto na parte anterior da língua ou superfície bucal.

5.4. Precauções de utilização:

- Só para uso oral;
- Não pode reutilizado ou esterilizado;
- Deve ser conservado a uma temperatura entre 4º e os 32ºc.

5.5. Intervenções autónomas de Enfermagem:

Foco: Sensação/Reparação

- (D) Avaliar dor

6

BIBLIOGRAFIA:

- GASPARDO, C.M.; LINHARES, M.B.; MARTINEZ, F.E- A eficácia da sacarose no alívio da dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*. 2005; 81:435-42.

- MOORE, K.; PERSAUD, T. – *The Developing Human: Clinically Oriented Embryology* (8ªed.). Elsevier, 2007.

- WHALEY, L. & WONG, Donna L. (1989) – *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara, 1118p.

- www.childmed.com

Sessão de Formação

POSICIONAMENTOS NO RN



Dia: 21/6/2011

Hora: 16h

Local: Piso 4HA

Destinatários: Enfermeiros do piso 4HA e Neonatologia

Formadora: Aluna da ESIP Enf.^a Maria João Pires

PLANO DE SESSÃO

Fases	Objectivos	Conteúdo	Metodologia	Recursos Pedagógicos	Tempo
Introdução	Apresentar a formadora e o tema; Apresentar os objectivos da sessão.	Apresentação da formadora, tema e objectivos.	Expositivo	Computador com diapositivos	5 Min
Desenvolvimento	Sintetizar conceitos sobre o Posicionamento no RN; Compreender a importância do posicionamento com factor promotor do desenvolvimento infantil; Dar a conhecer aos profissionais de saúde as vantagens de cada decúbito.	Conceito de Posicionamento; Ambiente intra uterino e extra uterino. Características de cada posicionamento. Desenvolvimento físico. Caracterização de cada decúbito.	Expositivo	Computador com diapositivos	15 Min
Conclusão	Reflectir sobre a sessão elaborada.	Sintetizar as ideias chave.	Expositivo	Computador com diapositivos	5 Min
	Debater os temas abordados.	Debate sobre a importância da Promoção do Desenvolvimento Infantil.	Interactivo	Enfermeiros	10 Min
Avaliação	Aplicar questionário de avaliação.			Questionário	5 Min

POSICIONAMENTOS NO RN



CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Enfª Maria João Pires

Sob orientação de : Profª Elisabete Nunes

Enfª Rita Ventura

Enfª Paula Costa

Objectivos da Sessão



- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do posicionar no RN.
- Contribuir para que o RN tenha um desenvolvimento mais harmonioso.

Posicionamento



Posicionar o RN, consiste em colocá-lo em determinada posição de conforto.

A criação de limites e apoios para assegurar a contenção e oferecer a sensação de segurança, assim como os incentivos aos movimentos de flexão são de extrema importância para o RN, ou seja, deve-se equilibrar as necessidades de contenção com as de movimentação.

Posicionamento



Promover limites está associado com maior eficiência na auto regulação, no controle fisiológico e melhor desenvolvimento neuromuscular.

A postura adequada evita suporte de peso na mesma área por tempo prolongado, cuidando da pele frágil do prematuro.

GRENIER *et al.*, 2009

Promover o desenvolvimento do RN

Vários pesquisadores têm demonstrado a necessidade de um ambiente e um posicionamento apropriado para promover o desenvolvimento do RN, ajudando assim a prevenir e a minimizar maiores défices neuromotores.

Os bebês prematuros estão sob maior risco para défices de desenvolvimento do que os bebês nascidos a termo.



Ambiente intra-uterino (adaptado para um bom desenvolvimento):

- Sons (amortecidos);
- Visual (limitado a uma luz vermelha);
- Eliminação da gravidade (os limites da parede uterina favorecem profundos estímulos proprioceptivos quando o bebê se movimenta);
- Os movimentos maternos proporcionam estímulos vestibulares e proprioceptivos adicionais;
- Termorregulação adequada.






Ambiente na Unidade

- Luminosidade intensa;
- Barulhos desagradáveis (equipamento, vozes, alarmes);
- Intervenções invasivas;
- A gravidade dificulta os movimentos;
- Limites ausentes;
- Problemas de termoregulação.



Características do Bebé Prematuro

- Hipotonia global;
- Extremidades tipicamente posicionadas em extensão e abdução;
- Padrão de flexão e linha média diminuída;
- Pouca força para lutar contra a força da gravidade;
- Reflexos primitivos ausentes, reduzidos;
- Movimento espontâneo mínimo.

Tônus e padrões motores	1 (< 32 semanas)	2 (32 a 36 semanas)	3 (> 36 semanas)	A (Anormal)
Postura Predominante	 Extensão total	 MSs estendidos MI flexionados	 Flexão total	Opistótono Extensão tônica

Objectivos de um posicionamento correcto:

- Reforçar/intensificar os padrões flexores;
- Aumentar a orientação na linha média;
- Promover o estado de organização pela contenção corporal;
- Evitar deformidades;
- Melhorar a ventilação e alimentação;
- Redução da permanência na unidade.



Antes de posicionar é importante:

Reconhecer o estado clínico do bebé, de modo a saber se poderá tolerar mudanças de posição.



Aspectos Importantes:

-Quando posicionamos um bebé, devemos ter em conta que em determinadas situações, este pode ter que ser posicionando em decúbito dorsal (colocação de cateter umbilical, ventilação...) contudo mesmo nestas situações é possível aliviar o seu desconforto.

-É importante alternar a sua posição ao longo do dia no entanto, devemos ter em conta que alguns toleram melhor determinado tipo de decúbito, sendo importante transmitir esta informação a toda a equipa.

- Os pais devem ser integrados nos cuidados ao recém-nascido, colaborando nos posicionamentos.

Durante o posicionamento deve-se:

-Falar suavemente com o bebé;

-Ajudar o bebé a manter uma posição em flexão com apoios e contenção;

-Observar reacções, respostas do bebé;

-Manipular delicadamente;

-Suster o Recém-nascido durante procedimentos traumáticos.

Durante o posicionamento deve-se:

- Diminuir o ruído, luz, colocando colcha por cima da incubadora;
- Promover intervalos para os bebês se restabelecerem.

Não interromper o sono quando possível...

Existem vários tipos de Posicionamento:



O que é necessário?

MATERIAL DE APOIO:

Ninhos -Material de algodão almofadado em forma de ninho;

Rolos – Esponja moldável com cobertura de algodão;

Lençol de recém-nascido em forma de rolo.

QUEM EXECUTA:

- Enfermeiros
- Pais

Decúbito Dorsal:



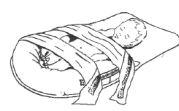
O posicionamento em dorsal é recomendado para a prevenção de morte súbita no berço.

POSICIONAR EM DECÚBITO DORSAL:

- Quadril e joelhos flectidos sobre o abdómen
- Ombros para a frente
- Mãos sobre o peito ou abdómen
- Cotovelos flectidos e para a frente
- Braços e pernas devem estar simétricos
- Cabeça na linha média, confortável e ligeiramente virada para um dos lados.

MOORIS, 1999

Decúbito Dorsal:



PROCEDIMENTO:

- Colocar um rolo em forma de ferradura à volta do recém-nascido;
- Suportar a cabeça com rolos de modo que os ombros fiquem posicionados um pouco para a frente;
- Colocar um rolo em cada lado do recém-nascido;
- Colocar os braços e pernas em posição de flexão;
- Colocar as mãos perto da face.

MOORIS, 1999

Decúbito Dorsal:

VANTAGENS:

- Facilita os cuidados e visualização;
- Promove simetria e movimentos de flexão;
- Evita achatamento do corpo contra superfície.

MOORIS, 1999

Decúbito Dorsal:

FISICAMENTE:

- Previne a deslocação posterior dos ombros e joelhos durante o movimento do diafragma (respiração);
- Mantém a anca na posição média;
- Promove o contacto mão-boca.

MOORIS, 1999

Decúbito Ventral:



Esta posição pode trazer vários benefícios ao bebé, como diminuição do choro, além de favorecer o controle de cabeça (BRASIL, 2002).

CHANG *et al* (2002) afirma que há uma diminuição do gasto energético, melhoria da qualidade do sono e diminuição do stress.

Decúbito Ventral:



POSICIONAR EM DECÚBITO VENTRAL:

- Quadril e joelhos flectidos;
- Joelhos debaixo da anca mais alta que os ombros;
- Braços flectidos;
- Mãos junto à cabeça, se possível em frente junto à face;
- A cabeça virada para um dos lados.

MOORIS, 1999

Decúbito Ventral:

PROCEDIMENTO:

- Colocar um rolo debaixo das ancas;
- Dobrar uma fralda de pano e colocá-la debaixo do corpo;
- Colocar um rolo em forma de ninho
- Colocar os pés virados para dentro
- Colocar um rolo debaixo e ao longo do corpo, de modo que os ombros fiquem posicionados um pouco para a frente;
- Alternar a cabeça de um lado para o outro.

MOORIS, 1999

Decúbito Ventral:

VANTAGENS:

- Facilita a flexão dos membros;
- Facilita o desenvolvimento do controle da cabeça mais cedo;
- Melhora a oxigenação (função cardio-respiratória) e melhora a função gastro-intestinal;
- Facilita a expansão torácica.

MOORIS, 1999

Decúbito Ventral:

FISICAMENTE:

- Promove a flexão e minimiza a abdução e rotação externa da anca;
- Prevenir a rotação externa do tornozelo;
- Aumenta a visibilidade.

MOORIS, 1999

Decúbito Lateral:



O desenvolvimento simétrico pode ser intensificado pelo uso alternado dos decúbitos direito e esquerdo. O decúbito lateral direito é utilizado depois da alimentação para facilitar o esvaziamento gástrico (BRASIL, 2002; WONG, 1999).

Já o decúbito esquerdo favorece uma diminuição significativa da duração e do número de episódios de refluxo gastroesofágico (EWER *et al*, 1999).

Decúbito Lateral:



POSICIONAR EM DECÚBITO LATERAL:

- Quadril e joelhos flectidos;
- Braços em abraço, para a frente dos ombros e confortavelmente flectidos;
- Cabeça na linha média do corpo ou ligeiramente flectida.

MOORIS, 1999

Decúbito Lateral:

PROCEDIMENTO:

- Colocar um rolo atrás das costas, desde os ombros e outro à frente entre os braços e as pernas que ele possa abraçar;
- Colocar um pequeno suporte debaixo do pescoço (algumas compressas dobradas);
- Recém-nascidos com tendência para estarem posicionados para um dos lados, devem ser posicionados periodicamente para o lado oposto.

MOORIS, 1999

Decúbito Lateral:

VANTAGENS:

- Facilita a flexão activa do tronco e quadril;
- Promove a simetria;
- Encoraja a actividade de levar mão à boca;
- Estimula o auto conforto;
- Favorece o esvaziamento gástrico (decúbito lateral direito);
- Facilita o contacto visual;

MOORIS, 1999

Decúbito Lateral:

VANTAGENS:

- Os efeitos da gravidade estão reduzidos;
- Orientação em relação à linha média;
- Alternar o lado direito com o lado esquerdo;
- Mais controlo com a cabeça.

MOORIS, 1999

Sentar o bebé:



- Ajuda a promover o estado de alerta;
- Podemos facilitar o posicionamento flexor (mãos na linha média e as extremidades inferiores flectidas);
- Incentivar a competência familiar;
- Preparação para a alta.

Considerações Finais

O desenvolvimento sensório motor do bebê prematuro é afectado pelo seu baixo tônus muscular e pela longa permanência num só decúbito. Atrasos no desenvolvimento podem ocorrer se não houver intervenções capazes de favorecer a postura normal. Utilizando-se o posicionamento corporal, com base no conhecimento fisiológico, resultados mais eficazes podem ser obtidos no tratamento destes bebês.

COSTENARO, 2001

Bibliografia

- x BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de saúde da criança. **Atenção humanizada ao RN de baixo peso: método mãe canguru**: manual do curso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- x CHANG Y. J.; ANDERSON G. C.; LIN C. H. Effects of prone and supine positions on sleep state and stress responses in mechanically ventilated preterm infants during the first postnatal week. **J Adv Nurs.**, v.40, n.2, p. 161-9, 2002.
- x CONSTANTIN E. Et al. Head turning and face down positioning in prone sleeping premature infants. **J pediatr.** v.134, n. 5, p.558-62, 1999.
- x COSTENARO, R.G.S. **Ambiente terapêutico de cuidado ao RN Internado em UTIN**. Florianópolis: Centro Universitário Franciscano, 2001.
- x EWER, A. K. ; JAMES, M. E. ; TOBIN, J. M. Prone and left lateral positioning reduce gastro-oesophageal reflux in preterm infants. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**, v.81, n.3 , p. 201-5, 1999.
- x GRENIER, I. R. et al. Comparison of motor self-regulatory and stress behaviors of preterm infants across body positions. **Am J Occup Ther.** v. 57, n.3, p. 289-297, 2003.

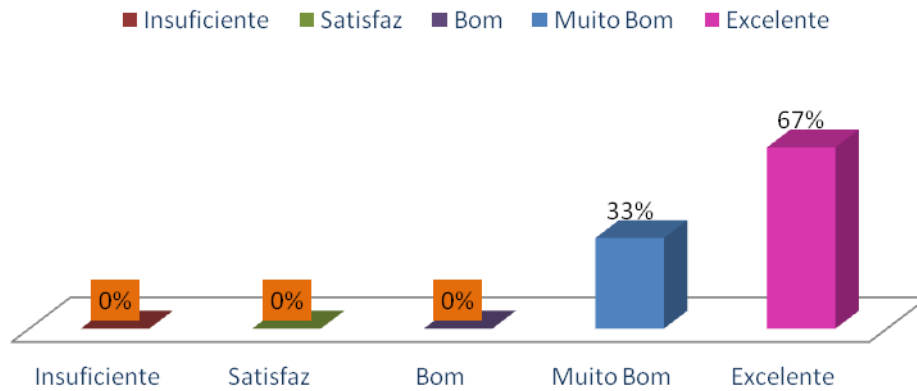
Bibliografia

- x KELNAR, C. J. K. ; HARVEY, D.; SIMPSOM, C. **O recém-nascido doente – diagnóstico e tratamento em neonatologia**. 3.ed. São Paulo: Santos, 2001.
- x MARCONDES, E. et al. **Pediatria Básica**. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2002.
- x MOORIS, K. Fisioterapia no recém-nascido e no lactente com problemas relacionados ao desenvolvimento. In: BURNS, Y. R.; MACDONALD, J. **Fisioterapia e crescimento na infância**. São Paulo: Santos, 1999, p. 343-357.
- x VERÇOSA, A. **Desenvolvimento Neural e Aprendizagem Motora do Recém-nascido e sua Interferência na Evolução das Atividades Reflexas**. 2001. Disponível em: <www.interfrio.com.br>. Acesso em: 7/06/2011.
- x WONG, D. L.; Waley e Wong. **Enfermagem pediátrica – elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

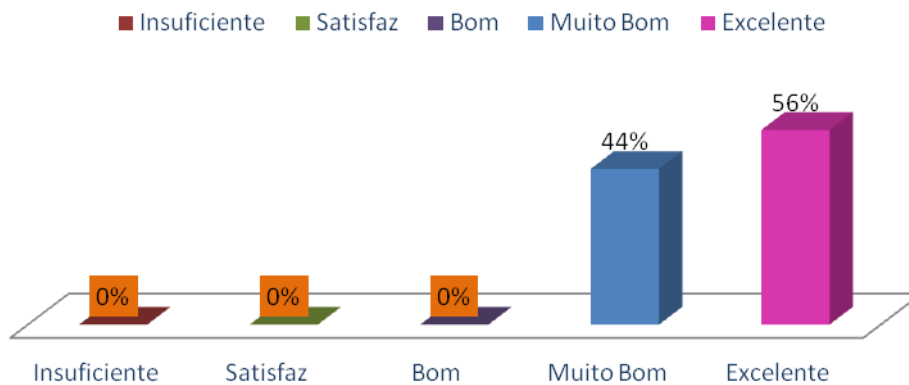


Avaliação da Sessão

Distribuição das respostas ao questionário quanto ao interesse

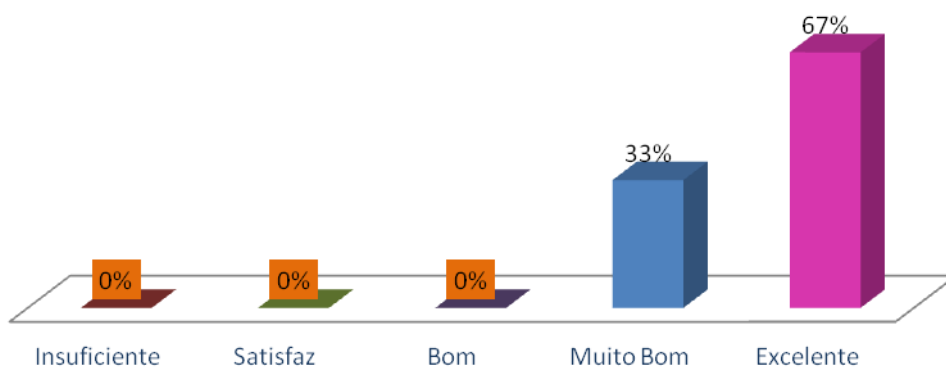


Distribuição das respostas ao questionário quanto ao conteúdo



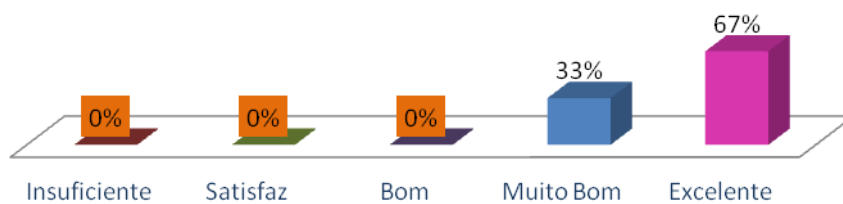
Distribuição das respostas ao questionário quanto à organização

■ Insuficiente ■ Satisfaz ■ Bom ■ Muito Bom ■ Excelente



Distribuição das respostas ao questionário quanto à utilidade

■ Insuficiente ■ Satisfaz ■ Bom ■ Muito Bom ■ Excelente



Análise Global da formação

