

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização:

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Intervenção do Enfermeiro na Prevenção da  
Dor da Criança Sujeita a Vacinação**

**Filipa Santos Azevedo**

**2013**

A decorative graphic consisting of several overlapping, curved, greyish-green shapes that resemble stylized waves or a large, abstract smile, located in the bottom right corner of the page.



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização:

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

### **Intervenção do Enfermeiro na Prevenção da Dor da Criança Sujeita a Vacinação**

**Filipa Santos Azevedo**

**Relatório de Estágio Orientado por:**

**Professora Odete Lemos e Sousa**

**2013**

*“A borboleta não conta meses  
mas sim momentos, e tem tempo  
suficiente”*

Rabrinranath Tagore

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Odete Lemos e Sousa pela orientação, disponibilidade e incentivo ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros com quem partilhei este caminho, pela colaboração, disponibilidade, transmissão de conhecimentos e experiências e ajuda na concretização dos objetivos.

À minha filha Sofia pelo tempo que não lhe dediquei e pelo seu contributo na elaboração do *Kit* e dos *Diplomas* através da sua “visão de uma criança de 4 anos”.

Ao meu marido pelo incentivo, apoio e tolerância dispensados ao longo desta longa caminhada.

À minha família por todo o esforço e apoio incondicional.

Aos meus amigos e colegas de trabalho da USF A pelo apoio concedido.

Às crianças, adolescentes e suas famílias, pois sem eles este percurso não faria sentido.

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma para o sucesso deste percurso.

A todos, o meu muito obrigada!

## RESUMO

Este documento pretende descrever o meu percurso de aprendizagem realizado em diferentes contextos da prestação de cuidados de enfermagem que surgiram no âmbito da Unidade Curricular “*Estágio com Relatório*”. Tem como objetivo desocultar o desenvolvimento de competências no âmbito das funções atribuídas ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP). Este percurso formativo, pessoal e profissional, teve início com o desenvolvimento de um projeto individual de estágio, subordinado ao tema “***Intervenção do enfermeiro na prevenção da dor da criança sujeita a vacinação***”.

A valorização da dor na criança tem vindo a crescer, reconhecendo-se que a criança sente dor desde o nascimento e que esta pode trazer consequências para o seu desenvolvimento e saúde. Existe um conjunto de intervenções que contribuem de forma decisiva para a prevenção da dor proveniente de procedimentos invasivos. Assim, através deste projeto pretendia: desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/adolescente, submetida a procedimentos dolorosos e definir um padrão de intervenção de enfermagem na prevenção da dor da criança/adolescente sujeito à vacinação, na Unidade de Saúde Familiar (USF) A.

Foram utilizadas estratégias, como: a pesquisa bibliográfica; a realização de entrevistas a enfermeiros; a análise de dados colhidos por observação; a prestação de cuidados; a partilha de experiências e conhecimentos; e a reflexão. Através das aprendizagens realizadas nos diferentes contextos de estágio, adquiri competências para desenvolver e implementar o meu projeto na USF. Nesse sentido foi construído o *Kit Vacina Sem Dói-Dói*, elaborada uma Orientação Técnica e realizada uma Sessão de Formação. Neste processo formativo aprofundei conhecimentos e desenvolvi competências que me permitem cuidar da criança e sua família em situações de particular exigência e complexidade, nomeadamente na prevenção e alívio da dor da criança proveniente de procedimentos dolorosos como a vacinação, indispensáveis para a minha formação pessoal e profissional como futura EESIP.

**Palavras-chave:** Criança; Família; Dor; Vacinação; Enfermeiro Especialista.

## ABSTRACT

This document intends to describe my journey of learning conducted in different contexts of care nursing that emerged with the Course "Stage with Report". It aims to develop skills within the tasks of the Specialist Nurse in Pediatrics and Child Health. This training path, personal and professional, began with the development of an individual project, entitled "***Intervention of nurses in the prevention of pain in children subjected to vaccination.***"

The appreciation of pain in children has been growing, recognizing that the child feels pain from birth and that may have consequences for their development and health. There is a set of interventions that contributes significantly to the prevention of pain from invasive procedures. Through this project I intend to: develop skills in providing care to children/adolescents, subjected to painful procedures and set a standard of nursing intervention on pain prevention of children/adolescents subject to vaccination, in a Family Health Unit.

Were used strategies, such as: a literature review; interviews; analysis of data collected by observation; the caregiving; the sharing of experiences and knowledge, and reflection. Through the acquirements undertaken in different stage contexts, I got skills to develop and implement my project in Family Health Unit. In this sense was built the *Kit Vacina Sem Dói-Dói*, was prepared a technical guideline and was performed a training session. In this formative process I acquired knowledge and developed skills that allow me to take care of children and their families in situations of particular demands and complexity, especially in the prevention and relief of pain in children from painful procedures, such as vaccination, essential to my personal and professional formation as future Specialist Nurse in Pediatrics and Child Health.

**Keywords:** Pain, Child, Family, Vaccination; Nurse Specialist.

# ÍNDICE

	pág.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1 – IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA</b> .....	11
<b>2 – DOS OBJETIVOS DELINEADOS PARA OS ESTÁGIOS ÀS APRENDIZAGENS REALIZADAS</b> .....	16
<b>2.1 – Experiências dos Estágios</b> .....	17
2.1.1 – Aprendizagens relacionadas com: a identificação de reações da criança face a procedimentos dolorosos; a avaliação da dor da criança; a preparação da criança para procedimentos dolorosos. ....	17
2.1.2 – Aprendizagens relacionadas com a implementação do projeto na USF A.....	37
<b>2.2 – Outras Aprendizagens Realizadas</b> .....	44
<b>3 – COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA DESENVOLVIDAS</b> .....	46
<b>4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	48
<b>5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	50
<b>APÊNDICES</b>	

Apêndice 1 – Cronograma dos Estágios

Apêndice 2 – Tabelas com discriminação das competências, objetivos específicos, locais, atividades, recursos e critérios de avaliação a desenvolver

Apêndice 3 – Grelhas de Observação

Apêndice 4 – Análise dos Dados Recolhidos por Observação

Apêndice 5 – Guião de Entrevista Semiestruturada

Apêndice 6 – Consentimento Informado

Apêndice 7 – Análise de Conteúdo das Entrevistas

Apêndice 8 – Guia *Controlo da Dor em Procedimentos Invasivos*

Apêndice 9 – Folheto Informativo “*Vacinação Infantil*”

Apêndice 10 – Escalas de Dor

Apêndice 11 – Grelha de Observação (Vacinação)

Apêndice 12 – Análise dos Dados Recolhidos por Observação (Vacinação)

Apêndice 13 – Kit Vacina Sem Dói-Dói (Fotos)

Apêndice 14 – Lista de Material do “Kit Vacina Sem Dói-Dói”

Apêndice 15 – Diplomas e Lápis de Côm

Apêndice 16 – Orientação Técnica

Apêndice 17 – Sessão de Formação: Plano de Sessão e Apresentação

Apêndice 18 – Questionário e Avaliação da Sessão

## **ANEXOS**

Anexo 1 – Declaração de Presença

## **LISTA DE SIGLAS:**

ACES – Agrupamento de Centros de saúde

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

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EDIN – *Echelle Douleur et d`Inconfort du Nouveau-Né*

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EMLA® – *Eutectic Mixture of Local Anesthetics*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FLACC – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

IAC – Instituto de Apoio à Criança

NIPS – Neonatal Infant Pain Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

UMAD – Unidades Móveis de Apoio ao Domicílio

USF – Unidade Saúde Familiar

## INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de estágio surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), com o objetivo de descrever e analisar o meu percurso formativo, desocultando o desenvolvimento de competências de EESIP, durante a Unidade Curricular “*Estágio com Relatório*”. Para a sua elaboração escrita segui as indicações presentes no *Guia Orientador Para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Norma APA* da ESEL. (ESEL, 2012).

Este percurso iniciou-se com o autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem, para o desenvolvimento de competências específicas do EESIP e com a identificação de uma oportunidade de melhoria de cuidados de enfermagem no meu local de trabalho, a USF A, tendo levado ao desenvolvimento de um projeto de intervenção de enfermagem promotor de boas práticas, subordinado ao tema “*Intervenção do enfermeiro na prevenção da dor da criança sujeita a vacinação*”.

A teórica de enfermagem que norteou este percurso foi *Betty Neuman* e o seu *Modelo Sistémico*. A abordagem holística do modelo torna-o aplicável a clientes que experimentam *stressores* complexos, que podem afectar múltiplas variáveis do cliente, como é o caso da criança sujeita a vacinação e seus pais, o que justifica a sua escolha. Para além disso, a autora tem em conta os diferentes processos de desenvolvimento, que determinam um conjunto extenso de interações e consequentemente do potencial do cliente/sistema. (Neuman & Fawcett, 2011)

A vacinação, sendo um procedimento doloroso, constitui um fator de *stress* para a criança/adolescente e sua família, podendo contribuir para destabilizar o seu equilíbrio. De acordo com Neuman, as intervenções de enfermagem, “*são acções intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema*” (Freese, 2004, p. 339). É da nossa responsabilidade, como futuros enfermeiros especialistas, contribuir para que a prevenção da dor seja uma prioridade nos cuidados de saúde. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) a gestão do bem-estar da criança é uma das áreas de atuação particular do EESIP

(OE, 2010, p.1). Para além disso, *“a gestão adequada da dor nos serviços de saúde, é actualmente, considerada pelas entidades acreditadoras, a nível internacional, como padrão de qualidade, e passa pela necessidade de implementação de programas de melhoria contínua da avaliação da dor nas crianças”* (DGS, 2010, p. 4). Assim, considero a temática da prevenção da dor pediátrica em contexto de vacinação um tema muito pertinente a ser desenvolvido.

Os locais de realização dos estágios foram escolhidos de acordo com as orientações da OE e com a temática tratada partindo do princípio de que iriam constituir uma fonte rica em conhecimento e experiências, de forma a adquirir competências que permitissem o desenvolvimento do meu projeto que foi posteriormente implementado em contexto de trabalho, numa USF de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da zona da Grande Lisboa, a USF A. Os locais de realização dos estágios foram: um Serviço de Urgência Pediátrica (Serviço A); uma Unidade de Cuidados Intensivos Especiais e Neonatais (Serviço B); uma Consulta Externa de Pediatria (Serviço C); um Serviço de Internamento de Pediatria (Serviço D); uma Unidade de Saúde Familiar (USF A). De forma a visualizar-se com maior facilidade os locais e tempos de estágio que planeei, bem como os momentos de seminários e de orientação tutorial programados, elaborei um cronograma, que se apresenta no Apêndice 1.

Todo este percurso contribuiu para a aquisição de competências de natureza técnica, científica, humana, cultural e ética, tendo por base estratégias como: a pesquisa bibliográfica; o planeamento e execução de atividades como a observação e entrevistas; a prestação de cuidados; a reflexão; assim como a partilha de experiências e conhecimentos, privilegiando a evidência científica. A metodologia utilizada na realização deste relatório é descritiva e reflexiva.

Relativamente à estrutura do trabalho, começa-se por identificar e caracterizar a problemática; de seguida são apresentados os objetivos delineados para os estágios e a descrição e análise das atividades desenvolvidas, bem como as competências adquiridas; por último são apresentadas as considerações finais, onde se encontra um breve resumo do impacto deste percurso na minha formação como futura EESIP, bem como dificuldades e sugestões para melhoria futura.

## 1 – IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A USF A pertence ao ACES da Amadora, estando sediada na freguesia da Venda Nova e a funcionar desde o dia 28 de Dezembro de 2006. A equipa de enfermagem é constituída por cinco enfermeiros, sendo: um Especialista em Saúde Infantil e Pediatria; um Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e os restantes generalistas. O método de trabalho utilizado é o de enfermeiro de família. Relativamente à sua população, cerca de 23% dos utentes inscritos são crianças/adolescentes.

A vacinação é uma das principais atividades da responsabilidade dos enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários, sendo administradas vacinas do Plano Nacional de Vacinação (PNV) e também vacinas prescritas por médico, conforme as indicações dadas pela Direcção-Geral da Saúde (DGS). Na USF A o ato de vacinar é realizado por todos os enfermeiros e em diferentes contextos: quer no horário de vacinação aberto ao público, quer após consulta de vigilância de saúde infantil, assim como em oportunidades vacinais várias. Segundo o PNV *“aos 6 e aos 12 meses de idade completa-se a primovacinação respectivamente para sete e para onze infecções/doenças das doze abrangidas pelo PNV. Aos 13 anos é administrada às raparigas, a vacina HPV.”* (DGS, 2011, p. 10) pelo que o PNV implica no mínimo 13 injeções durante a infância e adolescência.

O desconforto físico e emocional associado às agulhas e à vacinação é um fator de *stress* para a criança/adolescente e suas famílias, podendo facilmente contribuir para destabilizar o seu sistema. De acordo com Neuman, o ambiente possui *stressors*, isto é, forças ambientais que interagem com e alteram, potencialmente, a estabilidade do sistema. Existem muitos *stressores* e cada um difere no seu potencial para perturbar o nível de estabilidade habitual ou a linha de defesa normal do cliente (Neuman & Fawcett, 2011).

Ao refletir sobre esta temática, e tendo consciência que as injeções inerentes à vacinação *“são fontes comuns de dor em crianças”* (Hockenberry & Wilson, 2011, p.200), percebi que esta seria uma janela de oportunidade, no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Apesar da equipa de

enfermagem da USF A aplicar algumas estratégias de prevenção da dor da criança sujeita à vacinação, estas não eram realizadas sistematicamente, de forma padronizada e com consciência da sua intencionalidade terapêutica.

Ao abordar a equipa de enfermagem acerca da temática escolhida para elaboração do projeto, percebi que esta era uma preocupação transversal a todos os elementos, que a equipa sentia a necessidade de melhorar conhecimentos e desenvolver competências que permitissem a utilização de estratégias de alívio de dor na criança sujeita à vacinação, o que contribuiu para uma maior motivação da minha parte para trabalhar esta temática. Assim, este projeto teve por ambição desenvolver competências em toda a equipa de enfermagem, tendo em vista a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem às crianças que realizam vacinas na USF A.

No âmbito desta temática é pertinente clarificar alguns conceitos que suportam o discurso imprimido neste relatório, como: *criança*; *dor* e *vacinação*. Assim, segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança, “*a criança é definida como todo o ser humano com menos de dezoito anos, excepto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo*” (UNICEF, 1989, p. 6). A Ordem dos Enfermeiros diz-nos que “*a especialidade de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade*” (OE, 2010, p. 1).

Relativamente à dor, a *Associação Internacional para o Estudo da Dor* define-a como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (IASP, Taxonomy, 2011). Segundo a *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (CIPE®) Versão 2, a dor é uma “*Percepção Comprometida: Aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite*”. (OE, 2011, p. 50). Estas definições indicam-nos que a dor é mais do que

uma resposta do sistema nervoso a lesões físicas. A dor é uma experiência complexa, multidimensional e subjetiva que está associada a altos níveis de *stress* e ansiedade durante os procedimentos o que pode resultar, a longo prazo, em efeitos emocionais negativos (Koller & Goldman, 2011).

A vacinação consiste na “*administração de uma vacina*” sendo a vacina uma “*substância que possui a propriedade de imunizar o organismo contra uma doença infecciosa*” (Manuila, Manuila, Lewalle, & Nicoulin, 2003, pp. 613, 614). Sendo esta administração “*uma das principais atividades da responsabilidade dos enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários*” (Subtil & Vieira, 2011, p. 168).

A dor pediátrica foi durante muito tempo subvalorizada e subtratada, estando esta situação relacionada com duas ideias já ultrapassadas hoje em dia, são elas a crença que a imaturidade fisiológica fazia das crianças um ser com menos dor e a dificuldade em avaliar com alguma objetividade a dor da criança. Hoje, não só se reconhece que a criança sente dor desde o nascimento como se valorizam as consequências graves da dor para o desenvolvimento e a saúde da criança (Barros, 2003). Sendo a dor uma experiência perturbadora na criança e existindo evidência que estas “*...guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo*” (DGS, 2010, p. 3), torna-se imperativo uma consciencialização face a esta temática.

Atualmente, para além do alívio da dor provocado pelos episódios de doença, existe uma crescente preocupação relativamente à prevenção da dor provocada por procedimentos de saúde invasivos a que as crianças estão sujeitas. Segundo Taddio (2010) as injeções realizadas na vacinação são as fontes mais comuns de dor iatrogénica na infância. Estes procedimentos são particularmente difíceis para as crianças e adolescentes devido aos seus limitados mecanismos de *coping* para a gestão eficaz do *stress* a eles associados (Paixão, 2010). Para além disso, na criança, a dor aguda relacionada com procedimentos de saúde está fortemente associada ao medo e à ansiedade e, em menor grau, à depressão (Barros, 2003). Estima-se que mais de 80% das crianças em idade pré-escolar têm medo de procedimentos que envolvam agulhas (Pedro, Barros, & Moleiro, 2010).

Relativamente aos procedimentos dolorosos realizados nos cuidados de saúde primários, segundo um estudo do *Instituto de Apoio à Criança* (IAC), “*não existem quer “guidelines”, quer “mindlines” em relação ao combate à dor da Criança provocada pelos procedimentos “rotineiros” executados nos Centros de Saúde, o que nos leva a supor que esta estará exposta com frequência a dor física, que poderia ser tecnicamente reduzida ou evitada*” (Santos, 2007, p. 1)

O alívio da dor é uma necessidade e um direito da criança. O seu direito está consignado na *Carta da Criança Hospitalizada*, a qual refere que “*as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo*” (IAC, 2008, p.6). “*O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde*” (DGS, 2008, p.2).

Segundo o documento *Dor, Guia Orientador de Boa Prática*, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor pois, são profissionais de saúde privilegiados pelo tempo de contacto e proximidade que estabelecem com os clientes (OE, 2008). É da nossa responsabilidade, como enfermeiros, contribuir para que o alívio da dor seja uma prioridade nos cuidados de saúde. Segundo o *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros* (REPE), artigo 9º, os enfermeiros “*decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizado os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, família, grupos e comunidade*” (OE, 2010, p. 6). A intervenção do enfermeiro na prevenção da dor da criança sujeita à vacinação é crucial para a manutenção do equilíbrio do sistema/cliente.

De acordo com Neuman, as intervenções de enfermagem pretendem reter, obter e manter a saúde e o nível de bem-estar do cliente ideais (Neuman & Fawcett, 2011), nomeadamente através da redução da possibilidade do cliente enfrentar stressores ou através de fortalecimento da linha de defesa flexível do cliente. Assim, como nos diz Batalha, “*A prevenção da dor pressupõe uma antecipação em relação à sua ocorrência (...)*” (Batalha, 2010, p.52).

É fundamental que o enfermeiro adote uma série de estratégias e técnicas que contribuam para diminuir a ansiedade, proporcionar um ambiente acolhedor e diminuir a percepção de dor da criança/pais (Barros, 2003). Através de diferentes estratégias o enfermeiro pode ajudar a criança/adolescente e sua família a lidarem melhor com os *stressores* provenientes da vacinação, contribuindo assim para a manutenção do equilíbrio do seu sistema.

O EESIP “*mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência (...)*” (OE, 2010, p. 4). Ao longo dos estágios, a minha atuação enquanto futura EESIP, centrou-se na gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de prevenção da dor, que contribuíssem para a recuperação e/ou manutenção do equilíbrio da criança e sua família, por forma a otimizar o seu bem-estar.

## **2 – DOS OBJETIVOS DELINEADOS PARA OS ESTÁGIOS ÀS APRENDIZAGENS REALIZADAS**

Neste capítulo apresento os objetivos definidos para os locais de estágio e de seguida faço uma descrição e análise das atividades desenvolvidas e das aprendizagens realizadas em contexto de estágio.

Tendo em conta as funções do EESIP no alívio da dor na criança e sua família, delineei como objetivos gerais:

- ***Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/adolescente, submetida a procedimentos dolorosos, no contexto de vacinação;***
- ***Definir um padrão de intervenção de enfermagem na prevenção da dor da criança/adolescente sujeito à vacinação, na USF A***

Assim, para os estágios selecionados nos Serviços A, B, C e D foram formulados um conjunto de objetivos específicos comuns, que de seguida se elencam e se explicitam:

- ***1º: Identificar reações da criança/adolescente face a procedimentos dolorosos***
- ***2º: Desenvolver capacidades de avaliação da dor adequadas à criança/adolescente;***
- ***3º: Desenvolver capacidade de intervenção de enfermagem na preparação da criança/adolescente para procedimentos dolorosos, de acordo com as suas características e etapa de desenvolvimento.***

Como ponto de partida eu tinha a necessidade de adquirir competências na identificação de manifestações comportamentais de dor, na avaliação da dor, na realização de história de dor e necessitava de analisar e refletir sobre as estratégias de enfermagem de gestão de dor nos diferentes contextos e assim, adquirir capacidade de intervenção adequada na prevenção e alívio da dor da criança

resultante de procedimentos dolorosos. Por fim, com todos estes contributos pretendia:

- **4º: Construir norma de procedimentos de enfermagem na prevenção da dor da criança/adolescente sujeito à vacinação, na USF A;**
- **5º: Desenvolver um plano de formação sobre intervenções de enfermagem na prevenção da dor da criança/adolescente sujeito à vacinação, na USF A.**

Para atingir cada objetivo específico selecionei os diversos locais de estágio, e delineei atividades, recursos e critérios de avaliação que pretendia desenvolver nos mesmos. Apresento esta informação sob a forma de tabelas, no Apêndice 2.

## **2.1 – Experiências dos Estágios**

Terminados os estágios, importa rever, analisar e refletir sobre o percurso decorrido, no sentido de compreender a evolução pessoal e profissional ocorrida, de modo a poder avaliar os conhecimentos e competências adquiridos. Como forma de organização será realizada uma análise por grupos de objetivos específicos propostos.

### **2.1.1 – Aprendizagens relacionadas com: a identificação de reações da criança face a procedimentos dolorosos; a avaliação da dor da criança; a preparação da criança para procedimentos dolorosos.**

Para uma correta intervenção de enfermagem é fundamental saber identificar as reações da criança/adolescente face aos procedimentos dolorosos, pois *“continua a ser particularmente difícil diferenciar comportamentos causados por outros motivos que não a dor (stress, agitação, medo ou outros) pelo menos até aos cinco ou seis anos.”* (Batalha, 2005, p.170). Na prática, *“ambos exigem avaliação e tratamento, porque ambos fazem parte do fenómeno dor e esta é sempre um factor de stress*

*que potencia a sua percepção e afecta as habilidades de coping da criança*". (Batalha, 2005, p.170). As reações da criança aos procedimentos dolorosos devem ser interpretadas com precaução pois, *"a variabilidade das manifestações individuais depende da criança, da sua idade e nível de desenvolvimento, das experiências passadas, do ambiente em que foi educada e de muitos outros aspetos difíceis de sistematizar"* (Barros, 2003, p. 101).

Durante os diferentes estágios tive a oportunidade de observar manifestações comportamentais de dor das crianças sujeitas a procedimentos dolorosos. A técnica de observação *"permite verificar, com a ajuda de indicadores, factos particulares e colher dados"* (Fortin, 2003, p.272). Nesse sentido foi elaborada uma grelha de observação para cada grupo etário, baseadas nos seguintes autores: Hockenberry & Wilson (2011) e Batalha (2010), que se apresentam no Apêndice 3. Após a análise dos dados recolhidos por observação, que se encontra no Apêndice 4, importa fazer uma reflexão para daí se destacarem as aprendizagens realizadas. Assim, pude constatar que o *choro* é a manifestação de dor mais evidente no Lactente, no *Toddler* e no Pré-escolar, enquanto no Escolar e no Adolescente as manifestações são menos perceptíveis, como a *rigidez muscular* ou mesmo o *ocultar a dor*. Batalha (2010) refere que uma das respostas à dor mais evidentes até aos seis anos é o choro e que as reações à dor se modificam a partir desta idade, começando-se a verificar um crescente autocontrolo enquanto a vivenciam.

Sabe-se então que *"As crianças diferem na forma como respondem a eventos dolorosos. Aos factores de variabilidade individual somam-se os factores relacionados com o contexto da dor, pelo que a avaliação deve ser sempre multifacetada"* (DGS, 2010, p. 1). Uma correta e minuciosa avaliação da dor terão a vantagem de possibilitar uma intervenção mais adequada e eficaz no seu alívio. (Fernandes & Arriaga, 2010).

A OE considera como norma de boa prática a realização da história de dor. Esta consiste na *"colheita de informação que permita orientar a avaliação e o controlo da dor utilizando todas as fontes de informação documentais disponíveis, aliadas à observação e entrevista dos pais/cuidador principal e da criança a partir dos 3 anos"* (DGS, 2010, p. 1). Esta colheita deve considerar as características da

dor (como a sua localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados), os fatores de alívio e de agravamento, o uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas, as formas de comunicar/expressar a dor, as experiências anteriores traumatizantes e medos, as habilidades e estratégias para enfrentar a dor, os comportamentos da criança e ambiente familiar, os efeitos da dor na vida diária e o impacto emocional e socioeconómico (DGS, 2010).

No estágio realizado no Serviço C tive a oportunidade de assistir e colaborar na Consulta de Preparação para a Cirurgia. Esta consulta é dirigida à criança e/ou seus pais e pretende que seja estabelecida uma relação de confiança com o meio hospitalar e minimizar o impacto de experiências desagradáveis inerentes à cirurgia, através de brincadeiras simbólicas. Nesta consulta também se tenta esclarecer a criança e/ou sua família sobre os procedimentos peri-operatórios, a que poderá ser sujeita, e qual o circuito que vai realizar. Esta consulta é determinante para o bem-estar da criança e sua família, pois para além dos aspetos que referi anteriormente, esta consulta permite a expressão de sentimentos, dúvidas e receios que possam existir antes do momento do internamento. Durante esta consulta tive a oportunidade de realizar colheita de dados e realizar histórias de dor o que me permitiu mobilizar conhecimentos e aplicar na prática, tendo contribuído de forma importante para a minha aprendizagem. A elaboração da história de dor é muito importante, pois, tendo por referência o conhecimento das experiências anteriores de dor da criança, o enfermeiro deve adequar as suas intervenções de acordo com os gostos da criança e o desenvolvimento cognitivo desta.

Relativamente à avaliação da intensidade da dor, esta *“consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo em atenção o tipo de dor, situação clínica e idade da criança”*. (DGS, 2010, p. 2). *“Na prática clínica são usados dois métodos na avaliação da dor: a auto-avaliação (a criança relata a sua própria dor) e a hetero-avaliação (observação de indicadores comportamentais, fisiológicos ou ambos, feito por profissionais de saúde ou pais)”* (Batalha, 2010, p.27).

A DGS emanou orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças, recomendando a utilização de diferentes instrumentos/escalas de acordo com a

idade da criança (DGS, 2010). Para uma melhor compreensão da intensidade da dor da criança/adolescente é necessária uma avaliação precisa e oportuna, sendo imperioso o uso de instrumentos de medição adequados ao nível de desenvolvimento da criança. A escolha da escala de avaliação “*deve ter em conta inúmeros factores, como as capacidades cognitivas, sociais e comunicacionais da criança, bem como o estado físico e psicológico em que esta se encontra*” (Fernandes & Arriaga, 2010, p. 35). Nas situações em que a comunicação verbal não é possível para a identificação da intensidade da dor, a sua avaliação “*apresenta desafios únicos por ser apenas possível com recurso a medidas fisiológicas e/ou comportamentais, o que torna estas crianças ainda mais vulneráveis e dependentes de uma avaliação subjectiva de quem delas cuida*” (Batalha, 2005, p.168).

Verifiquei que todos os serviços onde realizei os estágios possuíam manuais e/ou normas sobre avaliação e controlo da dor na criança, que sugeriam a utilização de determinadas escalas de dor, de acordo com as orientações da DGS. Estes documentos são muito úteis, pois “*envolvem toda a equipa no tratamento e clarificam o papel e a responsabilidade de cada um, promovendo a qualidade dos cuidados prestados na área da dor.*” (Batalha, 2010, p.91).

As escalas de avaliação da dor pediátrica preconizadas nos Serviços A e D são: a *Echelle Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN); a *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC); a de Faces; a Numérica. Quanto ao registo da avaliação da dor, o Serviço A utiliza um sistema informático com local próprio para registar a dor quando avaliada através das escalas de Faces ou Numérica. A utilização de outras escalas implica o seu registo em notas de enfermagem. Esta dissonância de registos pode interferir na continuidade de cuidados, pois em vez de agilizar, obriga a diferentes formas de registo, dificultando a prática do enfermeiro. Constatei que, nas notas de enfermagem, raramente eram realizados e consultados os registos da avaliação da dor. Quando questionei o Enfermeiro Chefe do Serviço A se não seria possível introduzir estas escalas no sistema informático foi-me comunicado que esse pedido já tinha sido realizado superiormente e que estavam a aguardar resposta. O Serviço D possui uma folha própria para registo da dor, intitulada “*Avaliação da Dor*”, que fica no processo da criança.

No Serviço C utilizam-se as seguintes escalas de avaliação da dor: *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), FLACC, Faces e Numérica. Neste serviço é possível fazer os registos da avaliação da dor no sistema informático, que possui local próprio e adequado a todas as escalas preconizadas na instituição. No Serviço B são utilizadas as escalas de NIPS e a de FLACC. O registo da avaliação da dor é realizado em local próprio da folha de “*Plano de Cuidados*” do recém-nascido.

Apesar das orientações da DGS, da OE e das próprias instituições de saúde/hospitais, a avaliação da dor da criança como 5º sinal vital continua a não ser realizada em todos os serviços de forma sistemática. De forma a aumentar a adesão dos enfermeiros na realização da avaliação da dor, será necessário mudar atitudes. Penso que realizar formação em serviço e promover o envolvimento das equipas em grupos de trabalho são estratégias que podem motivar os profissionais, e contribuir para essa mudança.

Fiquei agradavelmente surpreendida com a atuação dos enfermeiros do Serviço B, pois verifiquei que a avaliação da intensidade da dor é realizada de forma sistemática por toda a equipa de enfermagem. Para além disso, a dor é reavaliada quando aplicadas medidas de alívio. Assisti a um trabalho organizado e a uma equipa que funciona de forma uniforme, segundo as recomendações da instituição e das entidades que regulamentam e orientam os cuidados de enfermagem, como a OE e a DGS. Penso que a existência de um manual de serviço muito completo e organizado, no qual todos os elementos da equipa participam e estão envolvidos, quer na realização e divulgação; bem como na revisão; e a existência de um investimento tão grande por parte do serviço e do hospital na formação dos seus enfermeiros relativamente à temática da dor são fatores decisivos para a forma de atuar dos enfermeiros.

Tendo em conta que a dor é uma experiência subjetiva e individual, a intensidade da dor deve ser sempre avaliada durante os procedimentos dolorosos através da utilização de uma escala adequada, e devem ser registadas as estratégias utilizadas e a sua eficácia. Durante os estágios constatei que a avaliação da dor resultante de procedimentos não era realizada de forma sistemática. À exceção do Serviço C, no qual esta avaliação é sempre realizada, só a observei em

casos pontuais. Assim, durante os estágios, realizei avaliações de intensidade da dor antes, durante e após procedimentos dolorosos e procedi ao seu registo. Tentei sensibilizar as equipas de enfermagem para a importância dessa avaliação, através de conversas informais.

Ao longo dos vários estágios tive a possibilidade de aplicar diversas escalas de avaliação de dor, em crianças de diferentes faixas etárias. Para além disso tive a oportunidade de explicar a diferentes crianças/adolescentes as escalas de autoavaliação de forma as utilizar na avaliação da dor. Estes momentos constituíram um treino e um forte contributo para o desenvolvimento da minha capacidade de intervenção nesta área.

A tendência geral dos enfermeiros é utilizar escalas de heteroavaliação, mesmo quando a criança é capaz de fazer a sua autoavaliação, pois estas escalas são mais rápidas de utilizar e dispensam a necessidade de explicar uma escala de autoavaliação à criança. No entanto, uma vez que a dor é uma experiência pessoal e subjetiva, sempre que possível devem ser utilizadas, a partir dos 3 anos, as escalas de autoavaliação (DGS, 2010). Batalha refere que “a *auto-avaliação* é o *modelo de ouro*” (Batalha, 2005, p.170).

Diversos serviços possuem as escalas impressas e plastificadas em vários locais estratégicos (salas de trabalho, gabinetes de consulta e triagem) de forma a poderem ser consultadas de forma rápida pelos enfermeiros e de forma a poderem mostrar e explicar as escalas de Faces e Numérica às crianças/adolescentes. Esta revelou-se uma estratégia bastante facilitadora para a avaliação da intensidade da dor da criança e para a adesão da equipa à sua utilização.

Após observação de manifestações de dor das crianças/adolescentes quando sujeitas a procedimentos dolorosos e após as avaliações de intensidades de dor realizadas em estágio pude constatar o que a literatura nos demonstra: é fundamental preparar as crianças/adolescentes e suas famílias para os procedimentos dolorosos, ajudando-as através da prevenção e controlo do medo, da ansiedade e da dor.

O cuidado não traumático é um dos pilares da filosofia dos cuidados pediátricos, que se caracteriza pelo uso de intervenções que eliminem ou minimizem

o sofrimento psicológico e físico, sentido pelas crianças e suas famílias no sistema de saúde. A principal meta dos cuidados não traumáticos é, em primeiro lugar, não causar mais danos. (Hockenberry & Wilson, 2011).

Para a eficácia da preparação da criança para procedimentos dolorosos como a vacinação, é necessário ter em conta a idade da criança, as suas características, o seu grau de desenvolvimento e as várias estratégias disponíveis e possíveis. “*Cabe ao enfermeiro em função dos dados colhidos, ajuizar tendo em conta todos os factores que podem positiva ou negativamente influenciar a percepção e resposta à dor. Mais, este não pode esquecer o importante papel que os pais desempenham como fonte de informação fidedigna, pois são quem melhor conhecem a criança.*” (Batalha, Reis, Costa, Carvalho, & Miguens, 2009, p. 13).

Através de diferentes estratégias o enfermeiro pode contribuir para a prevenção da dor na criança e ajudar a criança/adolescente e seus pais a lidarem melhor com os *stressores* provenientes da vacinação. Para Barros (2003), é fundamental que o enfermeiro adote uma série de estratégias e técnicas que contribuam para diminuir a ansiedade, proporcionar um ambiente acolhedor e diminuir a percepção de dor da criança/pais. Sendo necessário que o cliente seja visto como um todo cujas partes estão em interação dinâmica (Neuman & Fawcett, 2011).

As estratégias de prevenção e/ou alívio da dor podem ser classificadas em farmacológicas ou não farmacológicas. Segundo Batalha (2010), o tratamento farmacológico da dor em pediatria sofreu um grande desenvolvimento nos últimos anos, sendo usados, para o alívio da dor, fármacos não opióides, opióides, adjuvantes e anestésicos locais. A prevenção e tratamento da dor envolvem toda a equipa de saúde, onde se incluem necessariamente crianças e pais, contudo, são os profissionais de saúde que possuem maiores responsabilidades na eficácia do tratamento farmacológico.

O tratamento farmacológico da dor aguda pediátrica envolve diversos medicamentos, e nem todos necessitam de prescrição médica, podendo ser utilizados na vacinação, nos cuidados de saúde primários. Um dos fármacos mais utilizados na prevenção da dor por injeções é o *Eutectic Mixture of Local*

*Anesthetics* (EMLA<sup>®</sup>). Este consiste numa mistura de dois anestésicos locais (lidocaína 2,5% e prilocaína 2,5%) na forma de creme sob penso oclusivo ou penso impregnado e de acordo com o estudo de Cassidy et al (2001, p.1329) “*the EMLA<sup>®</sup> patch reduced immunization pain in 4 to 6-y-old children during needle injection*”. Durante o estágio realizado no Serviço C foi utilizada esta estratégia farmacológica em diversas crianças, tendo sido positiva a sua utilização, no entanto, uma vez que a dor na criança sujeita a procedimentos dolorosos está muitas vezes associada a ansiedade e medo, esta estratégia deve ser sempre complementada com estratégias não farmacológicas. Os dois tipos de estratégias complementam-se potenciando a sua eficácia. As únicas desvantagens que constatei na utilização do EMLA<sup>®</sup> foram o tempo necessário aguardar desde a sua aplicação até à realização do procedimento doloroso e a vasoconstrição que provoca e que por vezes dificulta a punção venosa.

No Serviço C também tive a oportunidade de assistir e colaborar na sedação vígil de uma criança, que foi utilizada por necessidade de realização de penso potencialmente muito doloroso. Na sedação vígil, após avaliação e indicação de médica anestesista presente no serviço, são administrados 30 a 45 minutos antes do procedimento, um conjunto de fármacos analgésicos e sedativos, por via oral. Na situação que menciono, foram administrados os seguintes fármacos: Midazolam, Tramadol e Paracetamol. Esta estratégia permite que a criança fique mais calma, sonolenta ou a dormir e normalmente não se recorda do que lhe foi feito durante o procedimento. Desde a administração a criança permanece numa sala em ambiente calmo e escurecido, deitada numa marquesa, na presença dos pais e/ou outro cuidador. O penso ou outro procedimento é depois realizado neste ambiente calmo. Esta é uma estratégia muito benéfica para a criança quando há necessidade de realizar procedimentos mais dolorosos e/ou demorados. Neste caso era necessário fazer extração de pontos de sutura cirúrgica bastante extensa, tendo o procedimento decorrido muito bem, trazendo benefícios muito importantes, como a redução da dor e ansiedade.

Para além das medidas farmacológicas conhecidas para o controlo da dor, o enfermeiro deve estar desperto, conhecer e saber mobilizar simultaneamente medidas não farmacológicas de controlo da dor. Diversos autores defendem que a

associação das duas medidas potencia os resultados (DGS, 2012; Hockenberry & Wilson, 2011; Batalha, 2010). As estratégias não farmacológicas usadas na prevenção e tratamento da dor são inúmeras e, normalmente “*são categorizadas em comportamentais (envolvem o ensino de comportamentos concretos para o alívio da dor), cognitivas (usam métodos mentais para lidar com a dor), cognitivo-comportamentais (usam estratégias que têm por alvo o comportamento e a cognição), físicas, emocionais e ambientais*” (Batalha, 2010, p.64).

Segundo Hockenberry & Wilson (2011), as estratégias não farmacológicas são seguras, não invasivas e de baixo custo, e a maior parte dependem apenas das funções de enfermagem. Batalha também enuncia diversas vantagens das estratégias não farmacológicas: “*Não exigem preparação específica, são de fácil aplicação, de baixo custo, requerem pouco tempo, não têm indicações específicas ou efeitos secundários e inserem-se numa filosofia de cuidados, tradicionalmente incentivada e desenvolvida como boa prática de enfermagem.*” (Batalha, 2010, p.101).

Assim, os enfermeiros têm o dever de usar estas estratégias em benefício da criança e seus pais, desde as mais complexas às mais simples (Batalha, 2010). Para além das vantagens para a criança/pais, a utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor permitem ao enfermeiro desenvolver ações autónomas, dando assim maior visibilidade aos cuidados de enfermagem. O exercício profissional autónomo é caracterizado pela tomada de decisão. “*A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada correcta identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.*” (OE, 2003, p.6). Para Margato (2010) o uso de pensamento crítico e da resolução de problemas no quotidiano facilita a utilização do processo de enfermagem ajudando os enfermeiros a tornarem-se mais autónomos e mais efetivos e a melhorarem as suas decisões.

No Serviço B pude assistir e colaborar na utilização de diversas intervenções de enfermagem farmacológicas e não farmacológicas. Os recém-nascidos internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais são expostos a múltiplos procedimentos dolorosos. *“A gravidade das doenças, o volume de procedimentos a que são submetidos e a sua maior vulnerabilidade geram no RN grande sofrimento”* (Batalha, Santos, & Guimarães, 2007, p. 145). Para além de adquirir competências na implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas no contexto da neonatologia, consegui observar/constatar a eficácia destas estratégias, tendo sido uma experiência muito gratificante e enriquecedora. Durante o estágio, as estratégias que foram mais utilizadas para alívio da dor foram: a administração oral de sacarose a 24%, associada ou não à sucção não nutritiva; as manobras de contenção; os posicionamentos; e o uso dos “ninhos”. Para além destas estratégias, verifiquei que com “pequenos” gestos podemos fazer a diferença, tais como: acordar suavemente o bebé antes do procedimento doloroso, reduzir ao mínimo a estimulação do recém-nascido (tentam coordenar os cuidados de enfermagem e os cuidados médicos), manipular o bebé suavemente ou proporcionar um ambiente calmo.

A administração oral de soluções açucaradas, como a glicose a 30% ou a sacarose a 24%, é muito eficaz na prevenção da dor no primeiro ano de vida da criança (DGS, 2012). Para além de eficazes, estas soluções são fáceis de administrar e rápidas a atuar. A sacarose parece ser a solução mais aconselhada, segundo Batalha (2010, p.73) *“todas as substâncias açucaradas têm um efeito semelhante, mas a sacarose parece ser a mais eficaz”* e para Fonseca & Santos (2006, p.121) *“o uso da sacarose a 24%, associado ou não ao uso da chupeta, é o método de analgesia mais aconselhado no recém-nascido prematuro e no de termo e na criança pequena. O seu uso deve ser generalizado na picada do calcanhar e nas imunizações”*. No entanto, na ausência de sacarose pode ser administrada a glicose a 30%, pois também reduz eficazmente a dor, incluindo a que tem origem na vacinação. (Kassab, Sheehy, King, Fowler, & Foureur, 2012).

Conforme refere o estudo de Fernandes (2010), a combinação da solução de sacarose, chupeta e o método canguru têm potencial para reduzir a dor de diversos procedimentos dolorosos. Apesar de não ter tido a oportunidade de assistir no

decorrer do estágio no Serviço B, a equipa de enfermagem referiu que é frequente a sua utilização. O método canguru apresenta dupla função, pois, o permitir às mães a sua prática como uma medida de conforto para a dor nos procedimentos tem o potencial de diminuir a dor da criança, bem como restaurar a função materna de conforto. (Johnston, Campbell-Yeo, & Fernandes, 2008).

Os outros contextos de estágio também constituíram uma oportunidade de aprendizagem não só em relação ao lactente mas também relativamente às restantes faixas etárias. Segundo a análise das observações realizada (Apêndice 4), as estratégias não farmacológicas mais utilizadas pelos enfermeiros perante um procedimento doloroso são: as medidas de conforto; a administração oral de sacarose a 24%; a sucção não nutritiva; a distração; e o reforço positivo.

De todos os estágios realizados, o que foi mais significativo em termos de contributos foi o realizado no Serviço C. A experiência que tive constitui uma fonte de inspiração e motivação para a participação na implementação de estratégias na área da dor. Foi muito importante o contributo das colegas deste serviço para desenvolver competências na avaliação da dor e utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas na sua prevenção e controlo. Ao participar na prestação de cuidados à criança e adolescentes e suas famílias pude constatar que a equipa de enfermagem se preocupa com a dor e procede à sua avaliação e registo. A equipa utiliza estratégias de forma sistemática e regista o seu efeito. Para além disso, é dado muita ênfase à formação na área da dor, fazendo parte do plano de formação a realização de diversas sessões ao longo do ano.

No Serviço C tive a oportunidade de colaborar em diversos procedimentos dolorosos, quer no âmbito da vacinação internacional, quer na sala de tratamentos, onde se realizaram diversas técnicas, como pensos, extração de pontos, injeções ou biópsias cutâneas. Durante este estágio, constatei novamente a eficácia do uso da sacarose oral como estratégia. A administração de uma dose única de 1,5 ml de sacarose oral a 24%, administrada cerca de 2 minutos antes dos procedimentos dolorosos, como a punção venosa ou a vacinação, parecia induzir a menos manifestações comportamentais de dor em relação aos que não faziam a sacarose.

Parece-me indispensável que a sacarose oral esteja disponível em todos os serviços de saúde que recebam crianças, inclusive nos cuidados de saúde primários.

No cuidar em enfermagem pediátrica *“Prestam-se não só cuidados técnicos e físicos, como também psicológicos e emocionais, de extrema importância na criança se pensarmos nas suas limitações no que concerne às estratégias que a permitem ultrapassar uma situação de doença/hospitalização com o mínimo de sequelas possíveis”* (Tavares, 2011, p. 21). O brincar é uma das estratégias que os enfermeiros podem utilizar que favorece a criança nomeadamente no controlo da dor. O uso de brinquedos com finalidade terapêutica tem efeito positivo na sensação de dor, na adesão ao tratamento e na abordagem do profissional de saúde. Assim, em 2002, foi criado por uma enfermeira do Hospital Dona Estefânia o *Kit Sem Dói-Dói*, que é constituído por uma variedade de material didático e lúdico adaptado à idade da criança para, através do brincar, desviar a sua atenção da técnica dolorosa. (Correia, 2005). Este Kit existe em diversos locais do hospital, nomeadamente nas salas de tratamentos da Consulta Externa, onde a sua utilização é parte integrante dos cuidados pretendendo *“ ajudar a criança/adolescente e família a lidar com o medo, a ansiedade e a dor associada aos procedimentos dolorosos na Consulta Externa de Pediatria (CEP) e incentivar os seus pares na utilização de medidas que favoreçam o controlo da dor”* (Correia, 2005, p. 39). O uso dos diversos materiais permite o desenvolvimento de estratégias comportamentais e cognitivas que favorecem o controlo da dor, como o relaxamento, a modelagem e a distração.

O relaxamento é extremamente útil na redução da ansiedade e dor. *“Nas crianças mais pequenas podemos usar jogos como soprar numa corneta ou fazer bolas de sabão, o que facilita a aplicação da técnica e distrai a criança.”* (Batalha, 2010, p.67).

No entanto, para alguns autores *“o método não farmacológico mais eficaz e adaptável é a distração”* (Opperman & Cassandra, 2001, p. 114). Esta consiste numa tentativa de quebrar o momento de *stress* que antecede o procedimento doloroso e dar estímulos diferentes, mais positivos, à criança que alterem a sua perceção da dor. A distração pode ser utilizada em praticamente todas as crianças, sendo necessário adequar o tipo de distração, à faixa etária, ao desenvolvimento e

ao gosto da criança. Assim, os enfermeiros recorrem à distração e utilizam técnicas tais como a imaginação, o relaxamento, o humor, a música, a visualização de vídeos, o toque e outras modalidades que permitam canalizar a atenção para estímulos agradáveis, exteriores à situação dolorosa (Paixão, 2010).

O facto da equipa de enfermagem do Serviço C estar tão sensibilizada e motivada para a utilização de abordagens lúdicas no controlo da dor na criança influenciou-me muito positivamente. Esta é uma estratégia muito simples de aplicar e muito eficaz e, quando utilizada com intenção terapêutica, é uma parte crucial nos cuidados de enfermagem. Neste estágio, o Brincar e o *Kit Sem Dói-Dói* fizeram parte do meu dia-a-dia, tendo constituído “ferramentas” que me possibilitaram criar uma relação, com as crianças e pais, de maior confiança e proximidade, ajudando-as a sentirem-se mais seguras, com menos medo e ansiedade e a colaborarem mais nos procedimentos. *“A actividade de brincar é operacionalizada através de um conjunto variado de estratégias: promover o confronto/coping, favorecer o relaxamento durante os procedimentos, incrementar o sentimento de controlo, promover o sentimento de segurança, facilitar a aproximação, promover a expressão emocional, minimizar o sentimento de solidão, promover a distração durante os procedimentos e desmistificar os medos. Estas estratégias actuam directamente no estado emocional das crianças gerando bem-estar e segurança.”* (Pereira, Nunes, Teixeira, & Diogo, 2010, p. 35).

Sempre que se utilizava o Brincar, fosse através de material presente no *Kit Sem Dói-Dói* ou um brinquedo trazido pela criança/pais, esse momento era registado em notas de enfermagem. Ou seja, nos registos de enfermagem eram incluídas informações sobre: a estratégia utilizada, o brinquedo utilizado e qual a sua eficácia, para em procedimentos futuros se saber quais os gostos da criança e que estratégias funcionaram. Os registos de enfermagem do último tratamento eram sempre consultados com o objetivo de dar continuidade a esses cuidados.

Durante o estágio, desenvolvi atividades de brincar de forma intencional, tendo em conta o estado emocional da criança, e sempre com o objetivo final o seu bem-estar. A brincadeira é parte integrante das relações com as crianças e deve ser incluída na preparação da criança e no incentivo à sua cooperação durante os

procedimentos. (Hockenberry & Wilson, 2011). Assim, considero que esta aprendizagem realizada em contexto de estágio me fez desenvolver competências muito importantes na prevenção da dor da criança quando sujeita à vacinação, através do brincar.

O IAC tem contribuído de diversas formas para a humanização dos cuidados prestados à criança, nomeadamente através da sensibilização de todos para a importância do cumprimento dos direitos inscritos na *Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada*. Nesse sentido, realizou em novembro de 2012 uma sessão, na qual tive a oportunidade de estar presente (Anexo x). Nesta sessão foi apresentado um livro infantil intitulado “*Zebedeu – Um príncipe no Hospital*”, que apresenta a *Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada* em forma de história; também foi apresentado o “*Kit dói que não dói*”, que vai ser disponibilizado para vários hospitais, pretendendo sensibilizar e capacitar os enfermeiros para a utilização de abordagens lúdicas no controlo da dor.

Durante os estágios também tive a oportunidade de mobilizar outras estratégias não farmacológicas, como o reforço positivo. No reforço positivo, “*a criança é elogiada ou recompensada com um relato positivo, brinquedo ou outro tipo de prémio imediatamente após o acto doloroso, quando manifestou e reconheceu a utilização de estratégias positivas no alívio da dor*” (Batalha, 2010, p.66). Segundo Fernandes (2000, p.228) “*O elogio à criança no final, valorizando a sua cooperação, é um reforço positivo muito frequente da parte dos enfermeiros.*”.

Relativamente à técnica da amamentação como estratégia não farmacológica, só se proporcionou no último estágio, na USF A. Esta estratégia pode ser utilizada quando a criança é amamentada e é colocada/mantida à mama durante o procedimento. A literatura diz-nos que durante a vacinação reduz eficazmente a dor induzida pelo procedimento. (Razek & El-Dein, 2009).

As intervenções do enfermeiro devem incidir na criança, mas também nos pais/cuidadores/família, uma vez que constituem um binómio inseparável, quer pela dependência que a criança apresenta face aos pais, quer pelo facto de que o que afeta um membro da família, afeta todos os seus membros. Enquanto sistema, o cliente pode ser definido como pessoa, família, grupo ou comunidade, ou seja, não

só a criança mas também a sua família podem/devem ser alvo das intervenções de enfermagem. (Neuman, 1995). Durante o estágio que realizei no Serviço D tive a oportunidade não só de prestar cuidados a crianças/adolescentes mas também de trabalhar em parceria com os seus pais/cuidadores. Na hospitalização de um filho é normalmente aos pais que cabe a responsabilidade de os acompanhar, assim, na maior parte das vezes, eles permanecem no internamento e participam nos cuidados ao seu filho.

Para um cuidado de enfermagem de qualidade, é imperativo que o EESIP reconheça os pais como membros ativos e responsáveis da equipa de saúde, realizando um trabalho em parceria. O cuidado centrado na família, representa um dos pilares da filosofia dos cuidados pediátricos, no qual se reconhece a família como uma constante na vida da criança, devendo os profissionais de saúde apoiar, respeitar, encorajar e enfatizar as potencialidades e a competência da família desenvolvendo uma parceria com os pais (Newton citado por Hockenberry & Wilson, 2011). Neste sentido, as famílias são apoiadas na prestação de cuidados e na tomada de decisão e são tidas em consideração as necessidades de toda a família e não apenas da criança. *A Ordem dos Enfermeiros diz-nos que “O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.”* (OE, 2010, p. 1). A parceria entre pais e enfermeiros é um elemento muito importante para a capacitação das famílias. O enfermeiro tem como função apoiar e reforçar a capacidade da família, de encorajar e promover o seu próprio desenvolvimento. Para além disso, se mantivermos ao máximo possível as rotinas a que a criança estava habituada vamos provocar-lhe menos *stressors*. Trabalhar em parceria é reconhecer que a família é a constante na vida de uma criança ao mesmo tempo que os sistemas de serviços e o pessoal de apoio nesses sistemas são passageiros. (Hockenberry & Wilson, 2011).

Este estágio, no Serviço D, permitiu que eu desenvolvesse mais competências relacionais com os pais/cuidadores das crianças do que nos outros estágios realizados até agora, talvez por ser uma situação de internamento e assim conseguir acompanhar durante mais tempo estas famílias. Senti, no dia-a-dia, que a relação que os enfermeiros são capazes de estabelecer com a criança e sua família é determinante para a qualidade dos cuidados prestados, tendo sido muito gratificante para mim. No decorrer do estágio prestei cuidados sempre com esta filosofia em mente. Trabalhar em parceria, neste serviço, fez-me valorizar ainda mais o papel dos pais/cuidadores, nomeadamente na prevenção e alívio da dor, quer na realização da história de dor quer na implementação de estratégias.

Em relação às estratégias de prevenção da dor, a maior parte das vezes os pais querem ajudar o seu filho mas não sabem qual a melhor forma de o fazer. “ (...) *É necessário que tomem consciência das suas atitudes e do modo como estas podem influenciar o filho. E, finalmente, que conheçam atitudes alternativas adequadas, para poderem escolher as mais apropriadas para si e para os seus filhos. Os pais necessitam e merecem ser ajudados a compreender a importância do seu papel como suportes emocionais, mas também como estruturadores do meio e criadores de experiências de distração e controlo activo de dor*” (Barros, 2003, p. 117). Para além disso, “*a ansiedade parental pode ser facilmente comunicada à criança através das suas atitudes concretas, causando uma maior centração nas sensações dolorosas. Assim, um dos primeiros alvos na intervenção para controlo da dor infantil são os pais e educadores.*” (Barros, 2003, p.116). Isto é particularmente importante nos procedimentos dolorosos pois durante estes procedimentos o nível de ansiedade dos pais pode aumentar. A Direcção-Geral da Saúde nas suas orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças reforça que “*os pais são envolvidos no apoio à criança e não na sua restrição física*” (DGS, 2012, p. 2).

Os pais podem ser parceiros privilegiados nos cuidados na medida em que estes promovem e facilitam o reconhecimento e avaliação da dor nos seus filhos (Batalha, 2010). Torna-se essencial que as intervenções de enfermagem sejam dirigidas aos pais por forma a minimizar os *stressores* e a maximizar o papel dos pais no momento da vacinação. Os enfermeiros devem encorajar os pais a usarem

estratégias de distração mais adequadas e oportunas ou a utilizarem mais comportamentos promotores de *coping*, pois, muitas vezes eles não sabem qual a melhor forma de ajudar o seu filho (Pedro, Barros, & Moleiro, 2010).

A informação preparatória consiste em informar a criança/pais acerca do procedimento a efetuar, sendo crucial na prestação de cuidados de enfermagem. É necessário ter em conta que o *stress* inesperado provoca mais ansiedade e é mais difícil de ser enfrentado que o previsível ou antecipado. (Batalha, 2010). Nesse sentido, o enfermeiro deve “*Preparar e informar as crianças e adolescentes acerca dos procedimentos, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo; e preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança*” (DGS, 2012, p.1).

A eficácia destas intervenções depende de numerosos fatores, sendo muito importante que os profissionais de saúde estejam conscientes do valor da utilização destas estratégias na sua prática diária (Uman, Chambers, McGrath, & Kisely, 2008). Apesar do enfermeiro ter um papel preponderante na minimização da dor na criança quando submetida a procedimentos doloroso, este importante papel é desvalorizado ou subvalorizado por nós e pelos outros quando não é tornado visível, nomeadamente através dos registos de enfermagem. Em relação às estratégias não farmacológicas implementadas pelo enfermeiro parece não haver preocupação em registar, perdendo-se assim o valor real da sua intencionalidade terapêutica.

Questiono-me se os enfermeiros têm noção/refletem sobre o valor da utilização de estratégias não farmacológicas. Batalha refere que “*As investigações desenvolvidas sobre o tratamento não farmacológico revelam que estas podem ser úteis. Porém, como os Enfermeiros não são responsabilizados legalmente pelo seu não registo, o seu uso na prática é, em grande parte, desconhecido.*” (Batalha, 2010, p.81). É urgente a valorização destas estratégias pelos próprios enfermeiros, sendo fundamental que os enfermeiros tenham consciência de como as suas “pequenas/grandes” ações podem influenciar a dor, o medo e a ansiedade da criança/cuidadores.

A importância de um sistema de registos para a organização dos cuidados de enfermagem vem enunciado nos *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*, sendo necessária “a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (OE, 2001, p. 15). Assim, para além do registo da intensidade da dor no local adequado em uso pelo serviço devem ser registadas sistematicamente as intervenções farmacológicas e não farmacológicas realizadas e os seus efeitos, incluindo as utilizadas devido à realização de um procedimento doloroso.

No Serviço C são realizados, de forma sistemática, registos dos cuidados de enfermagem relativos à dor. Este serviço é submetido a auditorias que confirmam a sua elevada eficiência ao nível destes registos de enfermagem. É necessário refletir sobre o tempo despendido pelos enfermeiros para os registos, na sua eficácia em relação à visibilidade dos cuidados de enfermagem prestados e na obrigação deontológica e legal dessa prática.

De forma a complementar as observações efetuadas em estágio foram realizadas entrevistas semiestruturadas a enfermeiros dos serviços. A entrevista “é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados (...)” (Fortin, 2003, p. 245). Apesar de não ter realizado as entrevistas numa ótica de investigação, utilizei com intencionalidade esta ferramenta para poder obter dados de análise e aprendizagem sobre o tema. Foi construído e utilizado um guião com tópicos pré-definidos, de forma a orientar a mesma (Apêndice 5). As entrevistas tinham como principais objetivos recolher dados que permitissem: identificar os contributos de enfermagem para a prevenção da dor na criança sujeita a procedimentos dolorosos; revelar como é realizada a história de dor da criança; revelar como são utilizadas as diferentes escalas de avaliação da dor; identificar as estratégias aplicadas pelos enfermeiros na preparação da criança para procedimentos dolorosos.

Os enfermeiros selecionados para entrevista obedeceram aos seguintes critérios: serem enfermeiros orientadores do estágio e/ou enfermeiros peritos na

área da dor pediátrica. Todos os enfermeiros deram o seu consentimento escrito para participarem na entrevista e para a gravação em áudio da mesma. Foi clarificado que não se tratava de um trabalho de investigação, mas que os dados obtidos me ajudariam a perceber: a intencionalidade das práticas; os recursos; os métodos; e as abordagens necessárias, no cuidado que pretende ser não-traumático. Foi acordado que o anonimato e a confidencialidade dos dados seriam respeitados. Assim, as entrevistas estão codificadas em “E1, E2, E3, E4” consoante a sua ordem de realização e os dados são unicamente partilhados neste relatório, não se associando nomes nem conteúdo a instituições ou pessoas. (Apêndice 6).

No que diz respeito à análise dos dados obtidos nas entrevistas que realizei aos enfermeiros, utilizei a análise de conteúdo de Bardin, tendo constituído um contributo para a minha aprendizagem, pois nunca tinha utilizado esta técnica de tratamento de dados. A análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2009). Assim, da análise realizada (Apêndice 7), destaco as opiniões dos enfermeiros relativamente à importância da prevenção/alívio da dor: “*É fundamental*” (E1); “*É extremamente importante*” (E2); “*É fundamental. Ao prevenir vamos ter colaboração da criança agora e depois, principalmente se forem procedimentos repetidos. A criança aprende a lidar melhor com as situações e a criar as suas próprias estratégias.*” (E3); “*É importante seguirmos uma filosofia de cuidados atraumáticos*” (E4). Pode-se inferir que os enfermeiros entrevistados dão muita importância à temática, considerando essencial a prevenção e alívio da dor da criança.

Relativamente às dificuldades que vivenciam na implementação de estratégias de prevenção e alívio da dor, referem que “*Nas intervenções autónomas de enfermagem não temos dificuldades. Por exemplo a administração de sacarose oral está protocolada e não temos qualquer dificuldade. Nas estratégias que dependem da prescrição clínica, a equipa médica não é muito recetiva à administração de drogas mais fortes para alívio da dor.*” (E2); “*Na colaboração dos parceiros do cuidar, como o médico, que muitas vezes quer rapidez... Ou por exemplo quando este não prescreve fármacos analgésicos*” (E3). Para Batalha (2010, p.XIV) “*Embora nos últimos anos o panorama seja menos sombrio, o*

*subtratamento da dor em Pediatria continua a ser amplamente reconhecido*". O controlo da dor requer um trabalho multiprofissional, onde os profissionais de saúde têm o papel principal. *"É necessário que os profissionais e os serviços reconheçam e saibam ultrapassar as principais barreiras ao efetivo controlo da dor: falta de preparação, desconhecimento das orientações nacionais e internacionais, ausência de protocolos locais e de políticas organizacionais que valorizem o controlo da dor como um padrão de qualidade de cuidados e serviços."* (DGS, 2012, p.4).

Os estágios realizados até aqui foram extremamente ricos em experiências. Se eles me permitiram adquirir e aprofundar conhecimentos, penso que, de uma forma geral, também foi possível dar o meu contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem nestes serviços, através da partilha de conhecimentos, partilha de artigos pertinentes e elaboração de trabalhos pertinentes para o serviço, como por exemplo o guia *Controlo da Dor em Procedimentos Invasivos* que elaborei e deixei no Serviço D (Apêndice 8). Ao longo dos estágios, sempre que adequado, sugeri e incentivei a utilização de estratégias de alívio da dor, principalmente durante os procedimentos dolorosos, reforçando a importância do papel do enfermeiro, que, aqui, é fundamental, visto que das suas intervenções depende a forma como a criança vai viver a sua experiência de dor, e sobretudo a forma como ela irá reagir futuramente a novas sensações dolorosas.

Ao longo dos estágios pude conhecer enfermeiros especialistas, dotados de competência, que constituem um exemplo a seguir. Segundo a OE, o enfermeiro especialista *"assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação."* (OE, 2010, p. 10). No dia-a-dia observei e refleti sobre a atuação do enfermeiro especialista e a sua importância na equipa de enfermagem, na equipa multidisciplinar e nos serviços de saúde, contribuindo assim para a verdadeira compreensão do conceito de enfermeiro especialista.

## 2.1.2 – Aprendizagens relacionadas com a implementação do projeto na USF A

As experiências dos estágios, as reflexões e análise crítica realizadas, em conjunto com as matérias lecionadas no 1º e 2º semestres, bem como a pesquisa de evidência científica na bibliografia consultada, constituíram todos fortes contributos para a implementação do meu projeto na USF A. *“No processo da tomada de decisões em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática”* (OE, 2003, p.6).

Antes da implementação do meu projeto, a USF A possuía diversos aspetos positivos em relação à prevenção da dor e ansiedade da criança/adolescente e sua família, como: o ambiente envolvente; a técnica de administração; e a presença dos pais. Quanto ao ambiente, a *Sala de Vacinação*, o *Gabinete de Saúde Infantil* e a *Sala de Espera* da USF A apresentam paredes coloridas com desenhos infantis e apresentam alguns brinquedos de forma a tornar estes espaços mais recetivos à criança. Segundo Batalha (2010, p.73) *“Decoração e mobiliário conducentes a uma atmosfera mais confortável, e orientada para as necessidades da criança e família, tornam o ambiente mais familiar e tranquilo.”* Este ambiente já existe desde a formação da USF A, o que demonstra que a equipa quando iniciou o seu projeto como USF já tinha a preocupação de apresentar espaços mais humanizados e mais adequados à receção da criança.

A técnica de administração também influencia a dor induzida no ato de vacinação, existindo locais de injeção recomendados no *Programa Nacional de Vacinação* (DGS, 2011). Para além do local de injeção, é recomendada: a escolha de calibre e comprimento de agulha adequado à criança (usar tendencialmente agulhas mais longas e de menor calibre); nas injeções intramusculares uma injeção rápida, a 90°, sem aspiração; e a administração da vacina mais dolorosa no final (Taddio, 2008). A equipa de enfermagem já cumpria estas recomendações.

A presença dos pais no momento da vacinação da criança já era uma prática comum na USF A, sendo um contributo para a redução do *stress* na criança. *“A presença e participação dos pais nos cuidados à criança são aspetos que não podem ser esquecidos em Pediatria”* (Batalha, 2010, p.71). No entanto, a presença

dos pais, por si só, não é suficiente para uma gestão eficaz da dor, sendo crucial ensiná-los a terem uma presença de qualidade e a prepararem a criança para o momento da vacinação. Cabe ao EESIP estimular a presença dos pais, promovendo a parceria de cuidados entre enfermeiro, criança e família. Assim, ao longo do meu estágio procurei envolver, mais e com mais intencionalidade, os pais, encorajando a sua participação na implementação das estratégias. Tentei alertar e sensibilizar a equipa de enfermagem para estes aspetos, pois a relação que é capaz de estabelecer com a criança e família é determinante para a qualidade dos cuidados.

De forma a orientar os pais e a estimular o seu envolvimento/participação, realizei um folheto informativo dirigido a estes (Apêndice 9). Este folheto está a ser disponibilizado desde janeiro de 2013 pela equipa de enfermagem quer na vacinação, quer nas consultas de saúde infantil. Neste folheto consta informação acerca das vacinas do PNV, o seu calendário, as suas reações mais frequentes e o que fazer em caso de febre e/ou dor, calor, edema e rubor locais. Apesar de esta informação ser dada oralmente na sala de vacinação, muitas vezes a atenção dos pais não está direcionada para aí mas sim para o ato vacinal e estas dúvidas surgem posteriormente. Para além disso, neste folheto constam alguns tópicos sobre a preparação da criança para as vacinas pelos seus pais.

Após reuniões com a equipa de enfermagem, e tendo-se identificado os aspetos a melhorar, pretendia-se que até ao final do estágio a equipa tivesse conhecimentos e estivesse motivada para: a elaboração de histórias de dor; a avaliação da dor; e a implementação de estratégias não farmacológicas de prevenção da dor na criança sujeita à vacinação.

Para além das reuniões realizei uma entrevista a uma enfermeira de outra USF que, em contexto de orientação de uma estudante, tentou implementar estratégias de prevenção de dor na criança sujeita a procedimentos dolorosos num Centro de Saúde, não obtendo o sucesso que esperava e desejava. Através desta entrevista eu pretendia identificar aspetos de melhoria, como contornar alguns obstáculos que pudessem surgir e como prevenir esses obstáculos. Quando questionada quanto às dificuldades encontradas, referiu o facto de “*só alguns colegas aderirem ao projeto. E não haver sucrose também foi negativo*” (E5).

Relativamente ao que alteraria de forma a ter mais sucesso refere que “*Na altura o projeto foi apenas apresentado... talvez devesse ter envolvido mais as colegas... apesar de que não havia motivação nenhuma da parte de algumas delas*” (E5). Estes contributos vieram reforçar o que tinha delineado para o meu projeto.

Definidos, com a restante equipa de enfermagem, os objetivos pretendidos com a implementação deste projeto e, mobilizando toda a aprendizagem já feita, realizaram-se histórias de dor, avaliação de dor através da utilização de diversas escalas e aplicaram-se diversas estratégias de prevenção da dor a crianças das diferentes faixas etárias. Das escalas recomendadas pela DGS (2010) para a avaliação da intensidade da dor na criança, sugeriram-se, para este contexto, as seguintes: NIPS, FLACC, Faces de Wong-Baker e Numérica. Fiz uma compilação destas escalas, imprimi e plastifiquei para ficarem acessíveis no gabinete de vacinação, de forma a poderem ser utilizadas de forma rápida pelos enfermeiros (Apêndice 10).

Neste estágio também utilizei a técnica de observação para colheita de dados, tendo elaborado uma grelha de observação com várias categorias baseadas em Batalha (2010) e nas *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*, da DGS (2010) e no *Guia Orientador de Boa Prática: Dor*, da OE (2008). (Apêndice 11). Pretendia: realizar e registar histórias de dor; observar e registar manifestações comportamentais de dor, por parte das crianças sujeitas a vacinação; registar quais as estratégias de prevenção da dor utilizadas pelo enfermeiro e/ou por mim, e assim ter um contributo para a análise da eficácia das estratégias utilizadas durante a vacinação. De acordo com a análise das observações efetuadas (Apêndice 12), os valores obtidos da avaliação da dor demonstram que as intensidades variam entre “0” e “5” durante o procedimento e que depois do procedimento apenas uma manteve dor, correspondendo a intensidade “1”. Os dados demonstram a eficácia da aplicação das estratégias, pois, mesmo que se observe manifestação de dor durante a vacinação, a criança recupera rapidamente a sua estabilidade. As estratégias mais utilizadas foram: a distração, o colo da mãe/pai/cuidador, a administração oral de glicose a 30%, o reforço positivo e o relaxamento através do controlo da respiração. É de realçar que só foram realizadas estratégias não-farmacológicas. Segundo dados recolhidos por Batalha “*Quase*

*quatro em cada cinco crianças é alvo de, pelo menos, uma intervenção não farmacológica com destaque para a utilização das técnicas de conforto, distração e posicionamentos” (Batalha, 2010, p.120).*

Neste estágio ambicionava alertar a equipa de enfermagem para a importância e vantagens de inserir o Brincar na prevenção da dor da criança sujeita a vacinação. Pretendia criar recursos, nomeadamente a construção e utilização de um *Kit* semelhante ao *Kit Sem Dói-Dói*, adaptado à realidade da sala de vacinação. Assim, construí o *Kit Vacina Sem Dói-Dói* (Apêndice 13), uma caixa constituída por material lúdico adequado a cada faixa etária como: rocas, livros, boneca, carro, jogos de encaixe, fantoches, línguas de sogra, bolas de sabão, bolas anti *stress*, capazes de proporcionar relaxamento e distração, permitindo a redução da ansiedade e do *stress* na criança perante procedimentos potencialmente dolorosos. Na tampa da caixa apresenta-se uma folha com a lista de materiais que pertencem ao Kit, com um quadro que orienta na adequação do brinquedo à faixa etária da criança (Apêndice 14). A utilização do Kit, de acordo com Correia (2005, p.4) *“facilita a aprendizagem de estratégias para minorar o medo e a ansiedade da criança/adolescente e pais, diminuindo a percepção de dor dos procedimentos e otimizando a cooperação dos vários intervenientes nos tratamentos.”* A utilização do Kit favorece o controlo da dor, através: do relaxamento obtido através da respiração diafragmática com a utilização por exemplo de língua de sogra; da contração de grupos musculares com o uso de bolas antisstress; do material didático destinados à simulação dos procedimentos pela criança; da distração através da história, da música e do brinquedo. O brinquedo, deve ser da preferência da criança e promover o seu interesse em agir, explorar, imaginar, construir, proporcionando-lhe, assim, prazer e bem-estar. Permite ainda o envolvimento dos pais no cuidar, através da brincadeira que podem realizar com os seus filhos. A utilização do Kit com a criança e sua família permite aos enfermeiros uma intervenção planeada, face aos procedimentos que possam induzir dor, com posterior registo da estratégia usada e do seu resultado.

É muito importante a utilização do reforço positivo como estratégia. Nesse sentido elaborei três Diplomas para serem entregues às crianças (Apêndice 15). Através desta estratégia podemos desenvolver na criança uma maior autoestima,

pelo aumento do seu auto controlo em futuras situações. Os diplomas que elaborei têm dupla função, uma vez que funcionam como reforço positivo mas também permitem ser coloridos pelas crianças (criatividade e desenvolvimento psicomotor). Devem, sempre que possível, ser entregues com um conjunto de lápis de cor disponibilizados também pela USF A.

De acordo com vários estudos, as diferentes estratégias não farmacológicas aqui referidas são muito eficazes, no entanto, a sua eficácia só se verifica quando são dirigidas tendo em consideração a idade, a etapa de desenvolvimento e as características individuais da criança/adolescente. Em suma, não existem um conjunto de instruções fixas para cada situação de dor, pois cada criança possui uma perceção própria de dor e níveis de desenvolvimento social, cognitivo, emocional e físico únicos.

Conforme planeado no início deste projeto e de forma a definir um padrão de intervenção de enfermagem na prevenção da dor na criança sujeita à vacinação, elaborei um documento / *Orientação Técnica* para ficar na USF A (Apêndice 16) que contém informação útil e atualizada, nomeadamente de como colher a história de dor e como avaliar a dor. Apresenta as escalas de avaliação da dor em pediatria para as diferentes faixas etárias e as diferentes estratégias de prevenção da dor. Também realça a importância dos registos. Como nos diz Batalha (2010, p.102) “*As rotinas têm o poder da implementação sistemática de determinados cuidados, mas, por vezes, de forma cega, sem uma reflexão sobre a justificação dessa acção. Reside aqui o perigo da rotinização dos cuidados de saúde, ao perder-se a imperiosa racionalização e personalização dos cuidados para uma eficaz prevenção e tratamento da dor.*” A Orientação Técnica constitui assim uma base estrutural para a tomada de decisão em enfermagem, permitindo não só a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, mas também a fundamentação acerca da temática.

A sensibilização das equipas de saúde para a importância da avaliação da dor constitui um desafio, pois só com profissionais conscientes, interessados e motivados se conseguem alterar comportamentos. Assim, foi muito relevante a sensibilização da equipa para a importância da prevenção da dor na criança sujeita

a vacinação. A equipa de enfermagem estava bastante motivada desde início para a mudança, mas penso que foi muito importante ter envolvido a mesma ao longo do estágio, através da partilha de conhecimentos, esclarecimento de dúvidas e troca de opiniões. Para a OE *“as crescentes exigências de desenvolvimento profissional contínuo apontam claramente para a necessidade de criação de estratégias facilitadoras de uma adequada vinculação profissional e de uma formação ao longo da vida que promova a qualidade e a excelência”* (OE, 2006, p. 26).

A formação é um elemento fundamental na sensibilização, capacitação e motivação dos enfermeiros. Trás diversas vantagens às equipas de saúde e utentes, nomeadamente: *“mais tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, melhor comunicação na equipa de saúde, mais conhecimentos, maior satisfação profissional, maior alívio da dor e criação de grupos de discussão sobre dor”* (Batalha, 2010, p.85) Segundo Batalha (2010, p.84) *“um estudo desenvolvido em Inglaterra revelou que uma formação de 30 minutos, dirigida a profissionais de saúde, sobre como controlar a dor, na criança submetida a procedimentos dolorosos, conduziu a uma maior utilização de estratégias não farmacológicas de controlo da dor”*. O *Guia Orientador de Boa Prática da Dor* da OE diz-nos que *“a aquisição e actualização de conhecimentos sobre a dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente”*. (OE, 2008, p. 19). Segundo Batalha (2010, p.117) *“mudar os hábitos de um grupo é mais fácil do que de cada um individualmente. Por isso, as acções de sensibilização e formação conjuntas (Médicos, Enfermeiros e outros) podem ser mais proveitosas. (...) Não são um fim em si mesmas, mas apenas o pré-requisito necessário para criar uma dinâmica de mudança”*. Assim, realizei uma sessão de formação com o tema: *“Prevenção da Dor da Criança Sujeita à Vacinação”* (Apêndice 17) de forma a divulgar o meu projeto de estágio e a sensibilizar os profissionais de saúde da USF A para a importância do investimento nesta área e a envolver toda a equipa neste projeto. A sua divulgação à equipa foi realizada pela Enfermeira Orientadora numa reunião da USF A. A sessão de formação programada foi concretizada no dia 12 de fevereiro de 2013, nas instalações da USF A, teve a duração de 30 minutos e teve como objetivo geral: *“Definir um padrão de intervenção de enfermagem na avaliação, registo sistemático*

*e utilização de estratégias na prevenção da dor da criança sujeita a vacinação*". Estiveram presentes 14 formandos, sendo: 4 enfermeiros, 5 médicos, 1 interna de medicina e 4 assistentes técnicos. Nesta sessão levei e divulguei as Escalas de Avaliação da Dor (plastificado de consulta rápida), o *Kit Vacina Sem Dói-Dói*, o Folheto "*Vacinação Infantil: Como Ajudar o seu filho?*", os Diplomas para entregar às crianças e a Orientação Técnica "*A Intervenção do Enfermeiro na Prevenção da Dor na Criança Sujeita a Vacinação*". No final da formação foi distribuído um questionário para avaliação da mesma, constituído por 7 questões, tendo-se obtido 13 questionários preenchidos. (Apêndice 18). De acordo com os resultados obtidos julgo ter sensibilizado os profissionais da USF A para a importância da prevenção da dor da criança sujeita a vacinação e ter contribuído para a melhoria na intervenção nesta área, assim, penso ter atingido os objetivos propostos inicialmente.

Tendo em conta o tempo limite dos estágios torna-se necessário gerir prioridades nas atividades a realizar. A priorização eficaz é uma habilidade avançada da prática de enfermagem que depende do processo de tomada de decisão e da avaliação contínua da gestão das situações. (Lake, Moss, & Duke, 2009). Durante este percurso desenvolvi as atividades inicialmente programadas e consideradas mais relevantes, mas, porque gostaria de dar continuidade a um projeto desta natureza, deixei alguns aspetos a serem realizados após a entrega deste relatório, os quais passo a identificar. Tendo-se verificado os benefícios da utilização da sacarose oral a 24% no alívio da dor, na vacinação, e após confirmação que estava indisponível para pedido no Consumo da Farmácia da USF A, foi contactado o Enfermeiro Responsável pela Gestão do Medicamento do ACES Amadora, que confirmou que a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) não tem sacarose oral disponível para fornecer. Apesar deste se ter comprometido a disponibilizar a quantidade necessária de Glucose a 30% para todas as unidades do ACES Amadora que necessitassem, pretendo, num futuro próximo, colaborar na elaboração de um documento para a USF A enviar à ARSLVT a fundamentar a necessidade de ter sacarose oral disponível nas suas unidades de saúde. Também pretendo enviar um documento ao Grupo de Trabalho que elaborou as *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas*

*crianças*, da DGS, a demonstrar a falta deste recurso nos Cuidados de Saúde Primários, pois esta orientação também recomenda a sua utilização.

A USF A possui um sistema informático onde se encontram os processos dos utentes e no qual se fazem os registos de enfermagem. Na minha opinião seria benéfico haver um local próprio e adequado ao registo da avaliação da dor. Assim, pretendo colaborar com a USF A na elaboração de um pedido para acrescentar campos para registo de: história de dor; avaliação da dor; estratégias utilizadas e seus efeitos.

Considero o meu percurso ao longo deste estágio muito importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional no âmbito da enfermagem, permitindo-me a articulação dos meios para atingir com sucesso os objetivos a que me propus, tendo em atenção as necessidades da criança/adolescente, sua família e comunidade. As atividades realizadas trouxeram benefícios para as crianças que recorrem à USF A, pela prevenção da dor e diminuição da ansiedade. Também foram positivas para a equipa multidisciplinar, em especial a de enfermagem, pela formação profissional e incentivo que proporcionaram. Para a USF A acredito que as atividades desenvolvidas, constituirão uma grande mudança, que para além de promover positivamente a imagem desta unidade de saúde, será de grande utilidade e irá facilitar o desempenho dos seus profissionais na prestação de cuidados, contribuindo significativamente para a adoção de boas práticas. Estas melhorias contribuem para a satisfação da criança e sua família na ida à vacinação, promovendo ao máximo o seu equilíbrio e bem-estar. Apesar da operacionalização deste projeto ainda estar em curso, já posso classificá-lo de muito gratificante por todos os aspetos positivos que já demonstrou ter trazido.

## **2.2 – Outras Aprendizagens Realizadas**

Para além das aprendizagens realizadas resultantes dos objetivos delineados para a realização deste projeto tive a oportunidade de realizar outras atividades que contribuíram para o meu desenvolvimento como futura EESIP, pelo que penso ser importante fazer uma breve referência às mesmas. Em todos os estágios procurei

integrar-me nas atividades de enfermagem, tendo participado na prestação de cuidados de enfermagem à criança/adolescente e suas famílias, o que foi uma mais-valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Para além da pesquisa bibliográfica e procura de evidência científica, foi crucial o apoio dos enfermeiros que trabalham nas equipas dos serviços por onde passei.

Contactei com crianças com doenças raras e/ou com doenças crónicas e suas famílias, tendo sido mais significativos os estágios nos Serviços C e D. Colaborei nos cuidados de enfermagem a uma adolescente a quem foi diagnosticada Diabetes. Tentei realizar os ensinamentos apropriados e prestar o apoio necessário de forma a promover a adaptação da adolescente a esta sua nova realidade. Também colaborei no apoio domiciliário realizado através das Unidades Móveis de Apoio ao Domicílio (UMAD) que, com a Fundação do Gil, apoiam crianças nas suas próprias casas, nomeadamente: na realização de tratamentos; apoio à família; vigilância de saúde/doença; na otimização da relação com famílias; e na promoção de cuidados em parceria. Foi muito gratificante ver a importância que as visitas de enfermagem têm para estas famílias e ver como funciona uma verdadeira relação de parceria entre a criança, sua família e o enfermeiro. Considero que as várias experiências que tive através da prestação de cuidados a crianças com doenças raras e/ou com doenças crónicas e suas famílias, contribuiu para que eu esteja mais alerta para: o reconhecimento do impacto da doença ou incapacidade no desenvolvimento da criança; a prestação de cuidados adequados à criança e sua família; adequar o suporte familiar e comunitário; o encaminhamento para outras especialidades quando necessário. Estas aprendizagens permitem-me mobilizar recursos de forma a responder às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados e promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência/incapacidade (OE, 2010).

No Serviço A, tive a oportunidade de colaborar na triagem, na sala de diretos e na sala de observações, e assim, mobilizar conhecimentos para a abordagem à criança/doente crítico. O que me permitiu desenvolver competências no reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados de enfermagem apropriados (OE, 2010).

### 3 – COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA DESENVOLVIDAS

Segundo o programa da Unidade Curricular “*Estágio com Relatório*”, este tem como finalidade “*Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.*” (ESEL, 2013).

Partindo do autodiagnóstico das minhas necessidades de aprendizagem e da identificação de uma oportunidade de melhoria de cuidados de enfermagem no meu local de trabalho, pretendia desenvolver a seguinte competência específica do EESIP: “***Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas***” (OE, 2010, p. 4). Assim, o meu percurso levou-me ao desenvolvimento e implementação de um projeto individual de estágio, sobre a “Intervenção do enfermeiro na prevenção da dor da criança sujeita a vacinação”. Ao EESIP cabe a capacidade de ter um olhar mais profundo sobre a criança/adolescente e sua família, nomeadamente: ter conhecimentos sobre a sua saúde e bem-estar; e garantir a gestão da dor através da utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Ao longo deste processo formativo aprofundi conhecimentos sobre saúde e bem-estar, através: da identificação, análise e reflexão de reações da criança face a procedimentos dolorosos; da realização de histórias de dor; das avaliações da intensidade da dor; e na preparação de crianças/adolescentes para procedimentos dolorosos, de acordo com as suas características e etapa de desenvolvimento.

O Modelo Sistémico de Betty Neuman ajudou-me na utilização de uma visão holística na abordagem à criança/jovem e a entender como os stressores provenientes da vacinação podem afetar múltiplas variáveis do cliente (fisiológica, psicológica, sociológica, desenvolvimental e espiritual). Para além disso, também compreendi que através da implementação de diferentes estratégias, o enfermeiro pode contribuir para a manutenção da estabilidade do sistema/cliente e assim, para o seu bem-estar. Desta forma, penso ter cumprido os requisitos necessários, para

me avaliar de forma positiva, relativamente ao critério: “**Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem**” (OE, 2010, p.4),

Durante este percurso procurei o conhecimento adotando um papel ativo na minha aprendizagem, o que me permitiu alargar horizontes dentro da área a que me propus. Considero que os seguintes aspetos foram favoráveis para o desenvolvimento de competências: a observação e depois a utilização de diferentes estratégias farmacológicas e não farmacológicas; o recurso ao brincar na hospitalização e/ou realização de procedimentos dolorosos com finalidade terapêutica; e o trabalhar em parceria com os pais.

Todos os estágios foram ricos em experiências, mas considero que o momento mais favorável ao desenvolvimento de competências foi na implementação do meu projeto na USF A. Neste estágio: observei e refleti sobre aspetos positivos já existentes, como o ambiente envolvente, a técnica de administração das vacinas ou a presença dos pais; construí o *Kit Vacina Sem-Dói-Dói*; produzi um *Folheto* dirigido aos pais; elaborei uma *Orientação Técnica* que permite definir um padrão de intervenção de enfermagem na prevenção da dor da criança sujeita a vacinação; e desenvolvi um *Plano de Formação* dirigido à equipa de saúde que reúne todos estes elementos aqui abordados, de forma a divulgar o projeto e a sensibilizar e motivar os profissionais da USF A. Ou seja, apliquei conhecimentos e habilidades na gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas, para o alívio da dor, pelo que considero ter atingido os indicadores: “**Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor**” e “**Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor**” (OE, 2010, p. 4).

Todo este percurso contribuiu para o desenvolvimento de competências de natureza técnica, científica, humana, cultural e ética, de EESIP. Estas competências permitem-me cuidar da criança e sua família em situações de particular exigência e complexidade, nomeadamente na prevenção e alívio da dor da criança sujeita a vacinação. Em suma, considero ter atingido os objetivos inicialmente propostos e ter desenvolvido competências de EESIP.

## 4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este relatório pretendi descrever as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso de aprendizagem, assim como a sua pertinência e competências desenvolvidas como EESIP, na prevenção dor na criança, proporcionando-lhe o maior conforto e bem-estar possível durante a vacinação.

O tema escolhido prende-se não apenas com o gosto pessoal, mas também com a oportunidade de melhoria de cuidados que identifiquei na equipa de enfermagem do meu local de trabalho, a USF A. Sendo as crianças e os adolescentes frequentemente submetidos a procedimentos dolorosos, como a vacinação, ao longo das suas trajetórias de vida, torna-se pertinente a realização de trabalhos nesta área, que favoreçam o desenvolvimento e aplicação de mais e melhores estratégias que permitam reduzir a dor e a ansiedade associados a estes procedimentos e assim, reduzir o seu impacto negativo. É crucial que a gestão da dor pediátrica seja refletida e valorizada pelos enfermeiros.

O *Modelo Sistémico* de *Betty Neuman* contribuiu para explicitar a minha conceção de enfermagem, para orientar as minhas atividades e atingir os meus objetivos, ajudando a obter uma perspectiva sistémica e a refletir sobre os processos de tomada de decisão. O desconforto físico e emocional associado às agulhas e à vacinação é sempre uma experiência desagradável e por conseguinte um fator de *stress* para a criança/adolescente e seus pais/famílias, podendo facilmente contribuir para destabilizar o equilíbrio do seu sistema. Uma correta intervenção do enfermeiro na prevenção da dor, na criança sujeita a vacinação, ajuda a criança a lidar com os *stressores* e assim, a manter o seu equilíbrio e bem-estar. O objetivo principal do enfermeiro é intervir na manutenção da estabilidade do sistema, assistindo nos efeitos ou possíveis efeitos dos *stressores* ambientais e auxiliando de forma a atingir o bem-estar.

Os cuidados de enfermagem devem ser guiados por uma filosofia centrada na família e baseada no cuidado não traumático. Na nossa prática diária somos confrontados com a necessidade de realizar procedimentos dolorosos, que para além da dor, provocam desconforto e ansiedade na criança/adolescente e seus pais.

Como futura ESSIP devo conhecer, mobilizar e partilhar os conhecimentos e experiências relacionados com a avaliação, a prevenção e o tratamento da dor, aplicando medidas não farmacológicas e farmacológicas. Muito pode ser feito, como: *“ponderar o momento da sua realização; usar técnica com perícia e delicadeza; escolher criteriosamente o material (...) usar medidas não farmacológicas (...), aplicar anestésicos locais e envolver os pais nos cuidados, ensinando-os para uma presença de qualidade”* (Batalha, Santos, & Guimarães, 2007, p. 149). Durante a realização dos diferentes estágios tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem e de promover a prevenção da dor.

A realização deste *Relatório de Estágio* é o culminar de tudo o que já foi referido. Espero ter conseguido descrever e transmitir de forma reflexiva e crítica as atividades que desenvolvi para a concretização dos objetivos traçados. Considero que ao longo deste percurso consegui cumprir os objetivos iniciais, e desta forma, desenvolver competências no âmbito do EESIP. Como único constrangimento considero a dificuldade em conjugar simultaneamente a prática profissional e familiar com todas as exigências que um projeto académico desta natureza acarreta. A gestão da dor é decisiva para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, tendo sido, para mim, uma opção de investimento muito gratificante. Espero que a leitura deste relatório possa contribuir para o desenvolvimento de novos trabalhos académicos nesta área, e possa contribuir também para a implementação de estratégias de alívio da dor na criança sujeita a vacinação.

Apesar da operacionalização deste projeto ainda estar em curso, já posso classificá-lo de muito gratificante por todos os aspetos positivos que já demonstrou ter trazido. Considero que os resultados obtidos foram muito satisfatórios na medida em que estiveram muito próximos dos objetivos propostos.

## 5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo* (5ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica. Perspectiva Desenvolvimentista* (2ª Edição ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Batalha, L. (2005). As Dificuldades na Quantificação Exacta da Dor. *Revista Servir* , nº53-nº4, 166-174.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. (2010). Intervenções Não Farmacológicas no Controlo da Dor em Cuidados Intensivos Neonatais. *Revista de Enfermagem Referência* , III - nº2, 73-80.
- Batalha, L. M., Reis, G. M., Costa, L. P., Carvalho, M. D., & Miguens, A. P. (2009). Adaptação Cultural e Validação da Reprodutibilidade da Versão portuguesa da Escala de Dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em Crianças. *Revista Referência* , nº10, 7-14.
- Batalha, L., Santos, L. A., & Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa* , 38, 144-151.
- Blount, R. e. (1992). Training Children to Cope and Parent to Coach Them During Routine Immunizations: Effects on Child, Parent, and Staff Behaviours. *Behaviour Therapy* , 23, 690-705.
- Brazelton, T. (2010). *O Grande Livro da Criança: o Desenvolvimento Emocional e do Comportamento Durante os Primeiros Anos* (12ª Edição ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Cassidy, K., Reid, G., Smith, D., Brown, T., & Finley, G. (2001). A Randomized double-blind, placebo-controlled trial of the EMLA® Patch for the Reduction of Pain Associated With Intramuscular Injection in Four to Six-year-old Children. *Acta Paediatr* , 90, 1329-1336.
- Cohen, L., Blount, R., & Panopoulos, G. (1997). Nurse Coaching and Cartoon Distraction: An Effective and Practical Intervention to Reduce Child, Parent, and Nurse Distress During Immunizations. *Journal of Pediatric Psychology* , 22, 355-370.
- Correia, M. I. (2005). Kit sem-dói-dói para ajudar a criança a lidar com a dor. *Enfermagem em Foco* , nº61, 39-40.
- DGS. (14 de Junho de 2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Obtido em 17 de Março de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>

- DGS. (14 de Dezembro de 2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Obtido em 17 de Março de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- DGS. (18 de Dezembro de 2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Obtido em 19 de Dezembro de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- DGS. (18 de Dezembro de 2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Obtido em 19 de Dezembro de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- DGS. (18 de Junho de 2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Obtido em 17 de Março de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- DGS. (21 de Dezembro de 2011). *Programa Nacional de Vacinação 2012*. Obtido em 14 de Março de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- ESEL. (Setembro de 2012). *Guia Orientador Para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Norma APA*. Lisboa.
- ESEL. (12 de Fevereiro de 2013). *Programa de Unidade Curricular: Estágio com Relatório*. Lisboa.
- Fernandes, A. (2000). *Crianças com Dor: O Quotidiano do Trabalho de Dor no Hospital*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernandes, A. M. (2010). *Tese de Doutoramento: The efficacy of Kangaroo mother care, sucrose and pacifier to reduce responses of preterm infants to procedural pain*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Fernandes, S., & Arriaga, P. (2010). Considerações gerais sobre a definição e a avaliação da dor pediátrica. *In Mind Português*, 1, nº 2-3, 30-38.
- Fonseca, A., & Santos, L. (Dezembro de 2006). *Instituto de Apoio à Criança*. Obtido em 17 de Março de 2012, de A Dor na Criança: Atendimento de Crianças e Jovens nos Centro de Saúde: [http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/livro\\_dor\\_na\\_crianca.pdf](http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/livro_dor_na_crianca.pdf)
- Fortin, M.-F. (2003). *O Processo de Investigação* (3ª Edição ed.). Loures: Lusociência.
- Freese, B. T. (2004). Modelo de Sistemas. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª Edição ed., pp. 335-353). Loures: Lusociência.
- Grilo, A. M., & Pedro, H. (2005). Contributos da Psicologia para as Profissões de Saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6, 69-89.
- Hatfiel, L. e. (2008). Analgesic Properties of Oral Sucrose During Routine Immunizations at 2 and 4 Months of Age. *Pediatrics*, 121, 327-334.

- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª Edição ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- IAC. (Maio de 2008). *Carta da Criança Hospitalizada*, 4ª. Obtido em 17 de Março de 2012, de Instituto de Apoio à Criança: <http://www.iacrianca.pt/pt/carta-da-crianca-hospitalizada>
- IASP. (22 de Maio de 2012). *IASP Taxonomy*. Obtido em 1 de Setembro de 2012, de International Association for the Study of Pain: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>
- Johnston, C., Campbell-Yeo, M., & Fernandes, A. (2008). Kangaroo Mother Care for Procedural Pain in Pre-term Neonates. *US Pediatrics* , 80-82.
- Kassab, M., Sheehy, A., King, M., Fowler, C., & Foureur, M. (março de 2012). A double-blind randomised controlled trial of 25% oral glucose for pain relief in 2-month old infants undergoing immunisation. *International Journal of Nursing Studies* , 49, pp. 249-256.
- Koller, D., & Goldman, R. D. (2011). Distraction Techniques for Children Undergoing Procedures: A Critical Review of Pediatric Research. *Journal of Pediatric Nursing* , 1-28.
- Lake, S., Moss, C., & Duke, J. (2009). Nursing Prioritization of the Patient Need for Care: a tacit Knowledge embedded in the clinical decision-making literature. *International Journal of Nursing Practice* , 376-388.
- Malglave, G. (2003). *Ensinar Adultos*. Porto: Porto Editora.
- Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P., & Nicoulin, M. (2003). *Dicionário Médico* (3ª Edição ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Marandel, C., Dreuzy, P., Hubert, P., & Poissant-Salomon, A. (2006). *A Dor na Criança: Guia de Atitudes e Comportamentos*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Margato, C. (2010). A Propósito da Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem. *Sinais Vitais* , nº90, 4.
- McMurtry, & Meghan, C. (2013). Pediatric Needle Procedures: Parent-Child Interactions, Child Fear and Evidence-Based Psychology. *Canadian Psychology* , 54 (N1), 75-79.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª Edição ed.). NJ: Pearson.
- OE. (Fevereiro de 2011). *CIPE versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Obtido em 7 de Dezembro de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: [https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Documents/CIPE2%20pt\\_pdfFinal\\_proteg.pdf](https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Documents/CIPE2%20pt_pdfFinal_proteg.pdf)

- OE. (Outubro de 2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Obtido em 4 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/competenciasEnfCG.pdf>
- OE. (Junho de 2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Obtido em 24 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- OE. (Janeiro de 2010). *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Obtido em 24 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos1.pdf>
- OE. (4 de Setembro de 1996). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido em 14 de Março de 2012, de Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>
- OE. (Dezembro de 2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Obtido em 6 de Outubro de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- OE. (5 de Maio de 2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido em 4 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- OE. (20 de Outubro de 2010). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Obtido em 24 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)
- OE. (2006). Sistema de desenvolvimento Profissional e Certificação de Competências. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 22, 26-28.
- Opperman, C. S., & Cassandra, K. A. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Paixão, M. J. (2010). Realidade Virtual no Controlo da Dor e do Distress Associados a Procedimentos Dolorosos, em Crianças e Adolescentes. *Pensar Enfermagem*, 14, nº2, 2-18.
- Pedro, H., Barros, L., & Moleiro, C. (2010). Brief Report: Parents and Nurses' Behaviors Associated with Child Distress during Routine Immunization in a Portuguese Population. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 602-610.

- Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S., & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermeiros em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14, nº1, 24-38.
- Razek, A., & El-Dein, N. (2009). Effect of Breast-feeding in Pain Relief During Infant Immunization Injections. *International Journal of Nursing Practice*, 99-104.
- Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-37.
- Santos, L. (Janeiro/Março de 2007). A Dor na Criança: Atendimento de Crianças e Jovens nos Centros de Saúde. *Boletim do IAC*, 83.
- Santos, L. (Outubro de 2011). Porquê Brincar no Hospital? IAC.
- Souto, S. P. (2008). A Dor do Recém-Nascido... O Desafio da Avaliação. *Nursing*, 233, 6-12.
- Subtil, C. L., & Vieira, M. (2011). Os Primórdios da Organização do Programa Nacional de Vacinação em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - nº4, 167-174.
- Taddio, A., & outros. (2010). Reducing the Pain of Childhood Vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 182, 843-855.
- Taddio, Anna. (2008). *Proceedings of the Workshop. Conquering Pain: The Hidden Cost of Immunization*. Toronto: Universidade de Toronto.
- Tavares, P. P. (2011). *Acolher Brincando - A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª Edição ed.). Loures: Lusociência.
- Uman, L., Chambers, C., McGrath, P., & Kisely, S. (2008). Psychological Interventions for Needle-Related Procedural Pain and Distress in Children and Adolescents (Review). *Evidence-Based Child Health: a Cochrane Review Journal*, 323-398.
- UNICEF. (20 de Novembro de 1989). *Publicações*. Obtido em 4 de Abril de 2012, de UNICEF: [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1

### Cronograma dos Estágios



## APÊNDICE 2

Tabelas com discriminação das competências, objetivos específicos, locais, atividades, recursos e critérios de avaliação a desenvolver

**Competência: *Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas***

<b>1º Objetivo Específico</b>	<b>Local</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Crítérios de Avaliação</b>
Identificar reações da criança / adolescente face a procedimentos dolorosos	Serviço A  Serviço B  Serviço C  Serviço D	- Pesquisa bibliográfica - Construção de grelha de observação - Observação das reações das crianças submetidas a procedimentos dolorosos - Registo de reações observadas - Reflexão sobre observações realizadas - Realização de relatório de aprendizagens realizadas	<b>Humanos</b> - Crianças / adolescentes - Pais / cuidadores - Equipas de enfermagem dos locais de estágio  <b>Materiais</b> - Bibliografia - Internet - Grelha de observação - Normas e projetos dos serviços  <b>Tempo</b> - Outubro 2012 - Novembro 2012 - Dezembro 2012	- Fichas de Leitura  - Grelhas de observação  - Jornais de aprendizagem  - Relatório final

**Competência: *Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas***

2º Objetivo Específico	Local	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
Desenvolver capacidades de avaliação da dor adequadas à criança/adolescente	<p>Serviço A</p> <p>Serviço B</p> <p>Serviço C</p> <p>Serviço D</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica</li> <li>- Consulta de normas e protocolos dos serviços relacionados com dor</li> <li>- Elaboração de grelhas de observação</li> <li>- Observação de colheitas de dados (história de dor e utilização de escalas de avaliação da dor)</li> <li>- Elaboração de, pelo menos, duas histórias de dor</li> <li>- Utilização de diferentes escalas de avaliação da dor</li> <li>- Elaboração de guião de entrevista</li> <li>- Realização de entrevista semiestruturada com enfermeiro perito na área</li> <li>- Realização de relatório sobre reflexões e aprendizagens realizadas</li> </ul>	<p><b>Humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças / adolescentes</li> <li>- Pais / cuidadores</li> <li>- Equipa de enfermagem dos locais de estágio</li> <li>- Enfermeiros peritos</li> </ul> <p><b>Materiais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibliografia</li> <li>- Internet</li> <li>- Normas e protocolos dos serviços</li> <li>- Grelha de observação</li> <li>- Guião de entrevista</li> </ul> <p><b>Tempo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outubro 2012</li> <li>- Novembro 2012</li> <li>- Dezembro 2012</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fichas de leitura</li> <li>- Grelha de observações</li> <li>- Guião de entrevista</li> <li>- Relatório Final</li> </ul>

**Competência: *Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas***

3º Objetivo Específico	Local	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
<p>Desenvolver capacidade de intervenção de enfermagem na preparação da criança/adolescente para procedimentos dolorosos, de acordo com as suas características e etapa de desenvolvimento</p>	<p>Serviço A</p> <p>Serviço B</p> <p>Serviço C</p> <p>Serviço D</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica</li> <li>- Consulta de normas e protocolos dos serviços relacionados com a dor</li> <li>- Elaboração de grelhas de observação</li> <li>- Observação de estratégias aplicadas pelos enfermeiros para preparação das crianças / adolescentes para procedimentos dolorosos</li> <li>- Registo, interpretação e avaliação das observações</li> <li>- Preparação de, pelo menos, duas crianças de cada estadio para procedimentos dolorosos</li> <li>- Elaboração de guião de entrevista</li> <li>- Realização de entrevista semiestruturada a enfermeiros peritos na área</li> <li>- Realização de relatório sobre reflexões e aprendizagens realizadas</li> </ul>	<p><b>Humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças / adolescentes</li> <li>- Pais / cuidadores</li> <li>- Equipa de enfermagem dos locais de estágio</li> <li>- Enfermeiros peritos</li> </ul> <p><b>Materiais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibliografia</li> <li>- Internet</li> <li>- Grelha de observação</li> <li>- Guião de entrevista</li> </ul> <p><b>Tempo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outubro 2012</li> <li>- Novembro 2012</li> <li>- Dezembro 2012</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fichas de Leitura</li> <li>- Folhas de registo das avaliações</li> <li>- Guião de entrevista</li> <li>- Relatório final</li> </ul>

**Competência: *Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas***

4º Objetivo Específico	Local	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
<p>Construir norma de procedimentos de enfermagem na prevenção da dor da criança/adolescente sujeito à vacinação, na USF A</p>	<p>USF A</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica</li> <li>- Mobilização de estratégias utilizadas pelos enfermeiros nos anteriores locais de estágio</li> <li>- Construção de instrumento de colheita de dados sobre a história de dor</li> <li>- Organização de kit, com materiais necessários à preparação da criança e implementação de medidas não farmacológicas para prevenção da dor</li> <li>- Realização de, pelo menos, três histórias de dor de crianças de diferentes grupos etários</li> <li>- Utilização de diferentes escalas de avaliação de dor em diferentes grupos etários (pelo menos dois instrumentos por cada grupo etário)</li> <li>- Planeamento e implementação de intervenções/estratégias de prevenção da dor adequadas ao desenvolvimento das crianças</li> <li>- Avaliação e registo dos resultados</li> <li>- Discussão com a equipa de enfermagem da USF A sobre esta temática e esclarecimento da mesma</li> <li>- Elaboração de guião de entrevista</li> <li>- Entrevista a enfermeiro do ACES VII Amadora</li> <li>- Elaboração de norma de procedimentos de enfermagem para a prevenção da dor na vacinação</li> <li>- Divulgação e discussão da norma, antes da sua implementação, através de reuniões com equipa de enfermagem</li> </ul>	<p><b>Humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipa de enfermagem da USF A</li> </ul> <p><b>Materiais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bibliografia</li> <li>- Internet</li> <li>- Grelha de observação</li> <li>- Guião de entrevista</li> </ul> <p><b>Tempo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Janeiro 2013</li> <li>- Fevereiro 2013</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fichas de leitura</li> <li>- Grelha de observações</li> <li>- Guião de entrevista</li> <li>- Relatório das reuniões efetuadas</li> <li>- Relatório final</li> </ul>

**Competência: *Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas***

5º Objetivo Específico	Local	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
<p>Desenvolver um plano de formação sobre intervenções de enfermagem na prevenção da dor da criança/adolescente sujeito à vacinação, na USF A</p>	<p>USF A</p>	<p>- Planeamento da sessão de formação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer objetivos</li> <li>• Estabelecer estratégias</li> <li>• Definir metodologia</li> <li>• Definir recursos</li> <li>• Definir a avaliação</li> </ul> <p>- Realização da sessão de formação</p> <p>- Promoção da reflexão/discussão sobre a temática</p> <p>- Avaliação da sessão de formação através de discussão e aplicação de questionário</p>	<p><b>Humanos</b></p> <p>- Equipa de enfermagem da USF A</p> <p><b>Materiais</b></p> <p>- Bibliografia</p> <p>- Internet</p> <p>- Material audiovisual</p> <p><b>Tempo</b></p> <p>- Janeiro 2013</p> <p>- Fevereiro 2013</p>	<p>- Plano da Sessão</p> <p>- Relatório da sessão de formação efetuada</p> <p>- Relatório final</p>



## APÊNDICE 3

Grelhas de Observação

## GRELHAS DE OBSERVAÇÃO

No âmbito dos ensinos clínicos realizados nos Serviços A, B, C e D, pretendo observar e registar as reações por parte das crianças sujeitas a procedimentos dolorosos e quais as estratégias farmacológicas e/ou não farmacológicas de prevenção da dor utilizadas pelos enfermeiros.

Irei, desta forma, utilizar a técnica de observação para colheita de dados. Segundo Fortin (2003, p.272) esta técnica “*permite verificar, com a ajuda de indicadores, factos particulares e colher dados*”.

Foram elaboradas grelhas de observação (uma para cada grupo etário), com várias categorias baseadas nos seguintes autores: Hockenberry & Wilson (2011) e Batalha (2010).

De seguida apresento uma tabela com o resumo das características de desenvolvimento da criança, de acordo com as teorias de desenvolvimento psicossocial de Freud, de desenvolvimento psicossocial de Erikson e de desenvolvimento cognitivo de Piaget, as suas principais manifestações de dor e posteriormente apresento as grelhas elaboradas para cada grupo etário.

Tabela 1 - Características de Desenvolvimento da Criança e Manifestações Comportamentais de Dor

Características de Desenvolvimento	Manifestações Comportamentais de Dor
<b>Lactente (0 - 12 meses)</b>	
<p><b>Psicossocial: Fase Oral</b></p> <p>Fonte de prazer concentra-se em atividades orais, como o sugar</p> <p><b>Psicossocial: Confiança vs Desconfiança</b></p> <p>Desenvolvimento da confiança</p> <p><b>Cognitiva: Sensório-motor (nascimento a 2 anos)</b></p> <p>Comportamento de imitação Perceção de causa-efeito Comportamento dirigido para os objetos Pensamento representacional</p>	<p>Sem palavras para descrever a dor</p> <p>Memorizam acontecimentos dolorosos, possivelmente desde a nascença</p> <p>Respondem ao comportamento dos pais (ansiedade)</p> <p>Resposta corporal generalizada de rigidez e agitação</p> <p>Choro alto</p> <p>Expressão facial de dor ou medo (sobrancelhas arqueadas juntas, olhos firmemente fechados, boca aberta e quadrada)</p> <p>Nenhuma demonstração de associação entre estímulo de aproximação e dor subsequente (lactente pequeno)</p> <p>Resistência física, especialmente empurrão do estímulo para longe após a sua aplicação (lactente maior)</p>

<b>Toddler (1 – 3 anos)</b>	
<p><b>Psicossexual: Fase Anal</b></p> <p>Interesse concentra-se na região anal</p> <p><b>Psicossocial: Autonomia vs Vergonha e dúvida</b></p> <p>Desenvolvimento da autonomia Aprendizagem por imitação</p> <p><b>Cognitiva: Pensamento pré-operacional</b></p> <p>Egocentrismo Raciocínio indutivo Raciocínio transdutivo</p>	<p>Choro alto, grito estridente</p> <p>Usam palavras para a dor (“Ui”, “Ai”, “Dói”)</p> <p>Agitam os braços e pernas</p> <p>Tentam empurrar o estímulo para longe antes de ser aplicado</p> <p>Ausência de cooperação: necessidade de contenção física</p> <p>Exigem o término do procedimento</p> <p>Segura-se à mãe, pai, enfermeiro ou outra pessoa significativa</p> <p>Exigem apoio emocional, como abraços ou outra forma de conforto físico</p> <p>Podem sentir mais <i>distress</i> se os pais estão ausentes</p> <p>Comportamentos em antecipação ao procedimento doloroso real</p>
<b>Pré-escolar (3 – 5 anos)</b>	
<p><b>Psicossexual: Fase Fálica</b></p> <p>A área genital torna-se uma área interessante e sensível do corpo</p> <p><b>Psicossocial: Iniciativa vs Culpa</b></p> <p>Forte imaginação Exploração do mundo Sentimentos de culpa</p> <p><b>Cognitiva: Pensamento pré-operacional</b></p> <p>Egocentrismo Raciocínio indutivo Raciocínio transdutivo</p>	<p>Usam a linguagem para exprimir a dor, mas apenas a um nível concreto e sensorial</p> <p>Acreditam na dor como punição de algo errado que fizeram</p> <p>Misturam factos reais com ficção; têm pensamentos mágicos em relação ao desaparecimento da dor; não têm pensamentos de causa-efeito; não compreendem como é que algo doloroso os vai ajudar a sentirem-se melhor</p> <p>Temem as lesões corporais ou a mutilação; medo de agulhas</p> <p>Tentam atrasar os tratamentos dolorosos ou desconfortáveis</p> <p>Precisam de sentido de controlo; cooperam melhor se são envolvidos na avaliação e tratamento</p> <p>Tendem a culpar alguém pela própria dor e podem bater na pessoa</p>
<b>Idade Escolar (6 – 12 anos)</b>	
<p><b>Psicossexual: Fase Latência</b></p> <p>Elaboram sobre os traços e habilidades previamente adquiridos</p> <p>Aquisição de conhecimentos</p> <p>Brincadeiras vigorosas</p> <p><b>Psicossocial: Diligência vs Inferioridade</b></p> <p>Completam tarefas</p> <p>Podem desenvolver sentimentos de inadequação e inferioridade</p> <p>Aquisição de competência</p> <p><b>Cognitiva: Operações concretas</b></p> <p>Pensamento lógico Raciocínio indutivo</p> <p>Pensamento menos autocentrado e mais socializado</p>	<p>Temem a mutilação corporal</p> <p>Comportamento de esquivez, como “Espere um minuto”</p> <p>Podem adiar a gratificação</p> <p>Compreendem o tempo</p> <p>Confiam mais nos recursos de <i>coping</i> auto iniciados do que nos pais</p>

<b>Adolescente (12 – 18 anos)</b>	
<p><b>Psicossexual: Fase Genital</b></p> <p>Os órgãos genitais tornam-se a principal fonte de tensão e de prazer sexual</p> <p><b>Psicossocial: Identidade vs Confusão de papéis</b></p> <p style="text-align: center;">Confiança abalada Preocupação com autoconceito e como são vistas pelos outros Confusão de papéis</p> <p><b>Cognitiva: Operações formais</b></p> <p style="text-align: center;">Pensamento abstrato</p>	<p>Precisam de manter a auto estima e controlo (podem não mostrar comportamentos da dor por vergonha); beneficiam com o ensino de técnicas para manter o controlo durante os procedimentos</p> <p>Temem perder o controlo durante a experiência dolorosa</p> <p>Sentem-se onnipotentes, como se nada os pudesse magoar, por isso podem não cumprir os tratamentos</p> <p>Acreditam que os profissionais de saúde sabem quando é necessária a medicação para a dor, pelo que não a pedem</p>

Adaptado de Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª Edição ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.p.81-85, p.163; Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria*. Lisboa: Lidel.p.20

**REGISTO DE OBSERVAÇÃO / LACTENTE**

Observação nº \_\_\_\_\_

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

**Lactente (0 – 12 meses)**

Idade: \_\_\_\_\_ Internamentos anteriores: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Contexto: \_\_\_\_\_

Acompanhada por: \_\_\_\_\_

Local de realização: \_\_\_\_\_

<b>Manifestações Comportamentais de Dor</b>	
Movimentos do corpo com rigidez e agitação	
Chora, grita	
Expressão facial de dor ou medo	
Responde ao comportamento dos pais (ansiedade)	
Resistência física	
Demonstra associação entre estímulo de aproximação e dor subsequente	

<b>Estratégias e Intervenções de Enfermagem</b>	
<b>Farmacológicas</b>	
Fármacos Não Opióides	
Opióides	
Adjuvantes	
Anestésicos Locais	
• EMLA	
<b>Não Farmacológicas</b>	
Amamentação	
Administração Oral de Sucrose a 24%	
Administração Oral de Glicose	
Sucção Não Nutritiva	
Método Canguru	
Medidas de conforto, massagens, posicionamentos	
Distração	
• Música	
• Visual (com brinquedo colorido por exemplo)	
• Toque	
Manobras de Contenção	

Foi realizada avaliação de dor, pelo enfermeiro? \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**REGISTO DE OBSERVAÇÃO / TODDLER**

Observação nº \_\_\_\_\_

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

**Toddler (1 – 3 anos)**

Idade: \_\_\_\_\_ Internamentos anteriores: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Contexto: \_\_\_\_\_

Acompanhada por: \_\_\_\_\_

Local de realização: \_\_\_\_\_

<b>Manifestações Comportamentais de Dor</b>	
Choro alto, grito estridente	
Usa palavras para a dor (“Ui”, “Ai”, “Dói”)	
Agita braços e pernas	
Oferece resistência	
Tenta empurrar o estímulo para longe	
Não coopera: necessidade de contenção física	
Exige o término do procedimento	
Segura-se à mãe, pai, enfermeiro ou outra pessoa significativa	
Exige apoio emocional, como abraços ou outra forma de conforto físico	
Apresenta comportamentos em antecipação ao procedimento doloroso real	

<b>Estratégias e Intervenções de Enfermagem</b>	
<b>Farmacológicas</b>	
Fármacos Não Opióides	
Opióides	
Adjuvantes	
Anestésicos Locais	
• EMLA	
<b>Não Farmacológicas</b>	
Amamentação	
Administração Oral de Sucrose a 24%	
Administração Oral de Glicose	
Sucção Não Nutritiva	
Medidas de conforto, massagens, posicionamentos	
Distração	
• Música	
• Videos	
• Toque	
Brincar	
Uso de recompensas (ex: certificado, desenho, balão...)	

Foi realizada avaliação de dor, pelo enfermeiro? \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**REGISTO DE OBSERVAÇÃO / PRÉ-ESCOLAR**

Observação nº \_\_\_\_\_

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

**Pré-escolar (3 – 5 anos)**

Idade: \_\_\_\_\_ Internamentos anteriores: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Contexto: \_\_\_\_\_

Acompanhada por: \_\_\_\_\_

Local de realização: \_\_\_\_\_

<b>Manifestações Comportamentais de Dor</b>	
Chora e grita	
Agita braços e pernas	
Reage com agressão verbal ou física (ex: “sai daqui”)	
Utiliza expressões verbais como “ui”, “ai”	
Tenta atrasar/adiar o tratamento	
Culpa alguém	
Pede apoio emocional, abraços, colo	

<b>Estratégias e Intervenções de Enfermagem</b>	
<b>Farmacológicas</b>	
Fármacos Não Opióides	
Opióides	
Adjuvantes	
Anestésicos Locais	
• EMLA	
<b>Não Farmacológicas</b>	
Medidas de conforto, massagens, posicionamentos	
Dadas instruções à criança do que pode ou não fazer	
Utilização de brinquedos ou histórias / dramatização para explicar procedimento	
Distração	

Foi realizada avaliação de dor, pelo enfermeiro? \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**REGISTO DE OBSERVAÇÃO / IDADE ESCOLAR**

Observação nº \_\_\_\_\_

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

**Idade Escolar (6 – 12 anos)**

Idade: \_\_\_\_ Internamentos anteriores: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Contexto: \_\_\_\_\_

Acompanhada por: \_\_\_\_\_

Local de realização: \_\_\_\_\_

**Manifestações Comportamentais de Dor**

Comportamento de esquivaz (ex:“Espere um minuto”)	
Rigidez muscular	
Faz questões sobre o procedimento	
Quer participar no procedimento	
Distancia-se, não querendo olhar	

**Estratégias e Intervenções de Enfermagem**

**Farmacológicas**

Fármacos Não Opióides	
Opióides	
Adjuvantes	
Anestésicos Locais	
• EMLA	

**Não Farmacológicas**

Medidas de conforto, massagens, posicionamentos	
Distração	
• Imaginação	
• Relaxamento	
• Humor	
• Música	
• Videos	
• Toque	

Foi realizada avaliação de dor, pelo enfermeiro? \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**REGISTO DE OBSERVAÇÃO / ADOLESCENTE**

Observação nº \_\_\_\_\_

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

**Adolescente (12 – 18 anos)**

Idade: \_\_\_\_\_ Internamentos anteriores: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Contexto: \_\_\_\_\_

Acompanhada por: \_\_\_\_\_

Local de realização: \_\_\_\_\_

**Manifestações Comportamentais de Dor**

Ocultar a dor	
Aceita o ensino de técnicas para manter o controlo durante os procedimentos	
Perde o controlo durante a experiência dolorosa	
Não cumpre o Regime Terapêutico	
Não pede medicação para a dor	

**Estratégias e Intervenções de Enfermagem**

**Farmacológicas**

Fármacos Não Opióides	
Opióides	
Adjuvantes	
Anestésicos Locais	
• EMLA	

**Não Farmacológicas**

Medidas de conforto, massagens, posicionamentos	
Distração	
• Discussão sobre diversos assuntos	
• Imaginação	
• Relaxamento	
• Humor	
• Música	
• Videos	
• Toque	

Foi realizada avaliação de dor, pelo enfermeiro? \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE 4

Análise dos Dados Recolhidos por Observação

## ANÁLISE DOS DADOS RECOLHIDOS POR OBSERVAÇÃO

### LACTENTE

Quadro 1 – Caracterização dos Lactentes e do Procedimento

Lactente	Idade	Sexo	Serviço	Internamento Anterior	Acompanhado por:	Procedimento
L1	2 D	F	B	Não	-	Punção venosa periférica
L2	5 D	F	B	Não	-	Punção capilar
L3	3 D	F	B	Não	-	Remoção cateter umbilical
L4	14 D	M	B	Não	-	Vacinação
L5	21 D	F	B	Não	-	Punção lombar
L6	7 M	M	C	Não	Mãe e Pai	Penso de Queimadura Mão
L7	12 D	F	D	Sim	Mãe	Punção venosa periférica

Grelha 1 – Número de Lactentes que apresenta determinada manifestação comportamental de dor

Manifestações Comportamentais de Dor	
Movimentos do corpo com rigidez e agitação	<b>4</b>
Chora, grita	<b>4</b>
Expressão facial de dor ou medo	<b>3</b>
Responde ao comportamento dos pais (ansiedade)	<b>1</b>
Resistência física	-
Demonstra associação entre estímulo de aproximação e dor subsequente	-

Grelha 2 – Número de vezes que foi utilizada determinada estratégia

<b>Estratégias e Intervenções de Enfermagem</b>	
<b>Farmacológicas</b>	
Fármacos Não Opióides	-
Opióides	-
Adjuvantes	-
Anestésicos Locais	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>EMLA</li> </ul>	-
<b>Não Farmacológicas</b>	
Amamentação	-
Administração Oral de Sucrose a 24%	<b>3</b>
Administração Oral de Glicose	-
Sucção Não Nutritiva	<b>2</b>
Método Canguru	-
Medidas de conforto, massagens, posicionamentos	<b>5</b>
Distração	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>Música</li> </ul>	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>Visual (com brinquedo colorido por exemplo)</li> </ul>	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>Toque</li> </ul>	-
Manobras de Contenção	<b>2</b>

Quadro 2 – Registo das avaliações de intensidade da dor

<b>Foi realizada a avaliação da intensidade da dor, pelo enfermeiro?</b>	Sim	<b>1</b>
	Não	<b>6</b>

## ANÁLISE DOS DADOS RECOLHIDOS POR OBSERVAÇÃO

### TODDLER

Quadro 1 – Caracterização dos *Toddlers* e do Procedimento

Toddler	Idade	Sexo	Serviço	Internamento Anterior	Acompanhado por:	Procedimento
T1	2 A	M	A	Não	Mãe	Administração IM de AB
T2	2 A	F	C	Não	Mãe e Avó	Vacinação
T3	12 M	M	C	Sim	Mãe	Penso Queimadura MI
T4	16 M	F	D	Sim	Mãe	Punção venosa periférica

Grelha 1 – Número de *Toddlers* que apresenta determinada manifestação comportamental de dor

Manifestações Comportamentais de Dor	
Choro alto, grito estridente	<b>1</b>
Usa palavras para a dor (“Ui”, “Ai”, “Dói”)	<b>1</b>
Agita braços e pernas	<b>2</b>
Oferece resistência	<b>3</b>
Tenta empurrar o estímulo para longe	<b>3</b>
Não coopera: necessidade de contenção física	<b>2</b>
Exige o término do procedimento	-
Segura-se à mãe, pai, enfermeiro ou outra pessoa significativa	-
Exige apoio emocional, como abraços ou outra forma de conforto físico	-
Apresenta comportamentos em antecipação ao procedimento doloroso real	<b>1</b>

Grelha 2 – Número de vezes que foi utilizada determinada estratégia

<b>Estratégias e Intervenções de Enfermagem</b>	
<b>Farmacológicas</b>	
Fármacos Não Opióides	-
Opióides	-
Adjuvantes	-
Anestésicos Locais	-
• EMLA	-
• Cloreto de Etilo Spray	<b>1</b>
<b>Não Farmacológicas</b>	
Amamentação	-
Administração Oral de Sucrose a 24%	<b>2</b>
Administração Oral de Glicose	-
Sucção Não Nutritiva	<b>1</b>
Medidas de conforto, massagens, posicionamentos	<b>2</b>
Distração	-
• Música	-
• Vídeos	-
• Toque	-
Brincar	<b>1</b>
Uso de recompensas (ex: certificado, desenho, balão...)	<b>1</b>

Quadro 2 – Registo das avaliações de intensidade da dor

<b>Foi realizada a avaliação da intensidade da dor, pelo enfermeiro?</b>	Sim	<b>2</b>
	Não	<b>2</b>

## ANÁLISE DOS DADOS RECOLHIDOS POR OBSERVAÇÃO

### PRÉ-ESCOLAR

Quadro 1 – Caracterização dos Pré-Escolares e do Procedimento

Pré-Escolar	Idade	Sexo	Serviço	Internamento Anterior	Acompanhado por:	Procedimento
P1	5 A	M	A	Sim	Mãe	Punção venosa periférica
P2	5 A	M	C	Sim	Pai	Extração ponto sutura
P3	5 A	F	D	Sim	Mãe	Punção venosa periférica

Grelha 1 – Número de Pré-Escolares que apresenta determinada manifestação comportamental de dor

Manifestações Comportamentais de Dor	
Chora e grita	<b>2</b>
Agita braços e pernas	<b>1</b>
Reage com agressão verbal ou física (ex: “sai daqui”)	-
Utiliza expressões verbais como “ui”, “ai”	<b>1</b>
Tenta atrasar/adiar o tratamento	<b>2</b>
Culpa alguém	-
Pede apoio emocional, abraços, colo	<b>2</b>

Grelha 2 – Número de vezes que foi utilizada determinada estratégia

<b>Estratégias e Intervenções de Enfermagem</b>	
<b>Farmacológicas</b>	
Fármacos Não Opióides	-
Opióides	-
Adjuvantes	-
Anestésicos Locais	-
• EMLA	-
• Cloreto de Etilo Spray	<b>1</b>
<b>Não Farmacológicas</b>	
Medidas de conforto, massagens, posicionamentos	<b>2</b>
Dadas instruções à criança do que pode ou não fazer	<b>3</b>
Utilização de brinquedos ou histórias / dramatização para explicar procedimento	-
Distração	<b>2</b>

Quadro 2 – Registo das avaliações de intensidade da dor

<b>Foi realizada a avaliação da intensidade da dor, pelo enfermeiro?</b>	Sim	<b>1</b>
	Não	<b>2</b>

## ANÁLISE DOS DADOS RECOLHIDOS POR OBSERVAÇÃO

### ESCOLAR

Quadro 1 – Caracterização dos Escolares e do Procedimento

Escolar	Idade	Sexo	Serviço	Internamento Anterior	Acompanhado por:	Procedimento
E1	9 A	F	A	Não	Pai	Administração IM de AB
E2	7 A	M	C	Não	Mãe e irmãos	Vacinação
E3	7 A	M	C	Sim	Mãe	Penso queimadura extensa
E4	7 A	F	C	Sim	Mãe	Extração moluscos face
E5	7 A	M	C	Sim	Mãe	Penso queimadura extensa
E6	10 A	F	D	Sim	-	Punção capilar

Grelha 1 – Número de Escolares que apresenta determinada manifestação comportamental de dor

Manifestações Comportamentais de Dor	
Comportamento de esquivéz (ex:“Espere um minuto”)	<b>2</b>
Rigidez muscular	<b>2</b>
Faz questões sobre o procedimento	<b>2</b>
Quer participar no procedimento	<b>1</b>
Distancia-se, não querendo olhar	<b>2</b>

Grelha 2 – Número de vezes que foi utilizada determinada estratégia

<b>Estratégias e Intervenções de Enfermagem</b>	
<b>Farmacológicas</b>	
Fármacos Não Opióides	-
Opióides	-
Adjuvantes	-
Anestésicos Locais	-
• EMLA	<b>1</b>
• Cloreto de Etilo Spray	<b>1</b>
Sedação Vigil (Midazolam + Tramadol + Paraceamol + xarope comum)	<b>1</b>
<b>Não Farmacológicas</b>	
Medidas de conforto, massagens, posicionamentos	<b>3</b>
Distração	-
• Imaginação	<b>1</b>
• Relaxamento	-
• Humor	<b>1</b>
• Música	-
• Vídeos	-
• Toque	<b>1</b>
• Brinquedo	<b>1</b>
Reforço Positivo	<b>1</b>

Quadro 2 – Registo das avaliações de intensidade da dor

<b>Foi realizada a avaliação da intensidade da dor, pelo enfermeiro?</b>	Sim	<b>4</b>
	Não	<b>2</b>

## ANÁLISE DOS DADOS RECOLHIDOS POR OBSERVAÇÃO

### ADOLESCENTE

Quadro 1 – Caracterização dos Adolescentes e do Procedimento

Adolescente	Idade	Sexo	Serviço	Internamento Anterior	Acompanhado por:	Procedimento
A1	13 A	F	A	Não	Avó	Punção venosa periférica
A2	15 A	M	C	Sim	Mãe e irmãos	Vacinação
A3	12 A	M	C	Não	Mãe e irmãos	Vacinação
A4	18 A	F	C	Não	Mãe	Biópsia Cutânea
A5	13 A	F	D	Sim	-	Punção venosa periférica

Grelha 1 – Número de Adolescentes que apresenta determinada manifestação comportamental de dor

Manifestações Comportamentais de Dor	
Ocultar a dor	<b>1</b>
Aceita o ensino de técnicas para manter o controlo durante os procedimentos	<b>4</b>
Perde o controlo durante a experiência dolorosa	-
Não cumpre o Regime Terapêutico	-
Não pede medicação para a dor	<b>1</b>

Grelha 2 – Número de vezes que foi utilizada determinada estratégia

<b>Estratégias e Intervenções de Enfermagem</b>	
<b>Farmacológicas</b>	
Fármacos Não Opióides	-
Opióides	-
Adjuvantes	-
Anestésicos Locais	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>EMLA</li> </ul>	-
<b>Não Farmacológicas</b>	
Medidas de conforto, massagens, posicionamentos	<b>1</b>
Distração	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>Discussão sobre diversos assuntos</li> </ul>	<b>1</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Imaginação</li> </ul>	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>Relaxamento</li> </ul>	<b>1</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Humor</li> </ul>	<b>2</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Música</li> </ul>	<b>1</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Videos</li> </ul>	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>Toque</li> </ul>	-
Reforço Positivo	<b>1</b>

Quadro 2 – Registo das avaliações de intensidade da dor

<b>Foi realizada a avaliação da intensidade da dor, pelo enfermeiro?</b>	Sim	<b>3</b>
	Não	<b>2</b>

## APÊNDICE 5

### Guião de Entrevista Semiestruturada

## GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

No âmbito dos ensinamentos clínicos pretendo realizar entrevistas a enfermeiros, pois a entrevista “é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados (...)” (Fortin, 2003, p. 245).

Os enfermeiros selecionados para entrevista têm de obedecer aos seguintes critérios: serem enfermeiros orientadores do ensino clínico e/ou enfermeiros peritos na área da dor pediátrica. Foi elaborada uma folha de consentimento informado e as entrevistas serão codificadas em “E1, E2, E3, E4” consoante a sua ordem de realização de forma a manter o seu direito ao anonimato e à confidencialidade

As entrevistas são semiestruturadas, utilizando um guião com tópicos pré-definidos, de forma a orientar a mesma, que passo a apresentar:

### I – Tema:

*“Intervenção do Enfermeiro na Prevenção da Dor da Criança Sujeita a Procedimentos Dolorosos / Vacinação”*

### II – Objetivos Gerais

- a) Recolher dados que permitam identificar os contributos de enfermagem para a prevenção da dor na criança sujeita a procedimentos dolorosos
- b) Recolher dados que permitam revelar como é realizada a história de dor da criança e como são utilizadas as diferentes escalas de avaliação da dor
- c) Recolher dados que permitam identificar as estratégias aplicadas pelos enfermeiros na preparação da criança para procedimentos dolorosos

### III – Objetivos Específicos e Estratégias

	Objetivos Específicos	Formulário de Questões	Observações
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar do tema que motiva a entrevista, solicitando a sua ajuda;</li> <li>- Garantir o anonimato e a confidencialidade da informação prestada, pedindo autorização para gravar a entrevista;</li> <li>- Elucidar sobre a estrutura da entrevista;</li> <li>- Assegurar a livre participação após esclarecimento completo;</li> <li>- Estabelecer um clima de empatia.</li> </ul>		

<p style="text-align: center;"><b>Desenvolvimento</b></p>	<p>Identificar os contributos da enfermagem para a prevenção da dor na criança sujeita a procedimentos dolorosos</p> <p>Identificar como é realizada a história de dor da criança</p> <p>Identificar como são utilizadas as diferentes escalas de avaliação da dor</p> <p>Conhecer diferentes estratégias aplicadas pelos enfermeiros na preparação da criança para procedimentos dolorosos</p> <p>Identificar as estratégias mais eficazes de acordo com a faixa etária da criança</p> <p>Identificar constrangimentos / dificuldades na utilização das diferentes estratégias</p> <p>Compreender a necessidade do participante acrescentar algum dado que considere pertinente</p>	<p>1 – Qual é para si a importância de prevenir/aliviar a dor na criança quando sujeita a procedimentos dolorosos?</p> <p>2 – Que elementos considera importantes conhecer para realizar a história de dor da criança?</p> <p>3 – Para avaliar a dor da criança, que escalas utilizam no serviço?</p> <p>4 – Dessas, quais as mais prevalentes e porquê?</p> <p>5 – Qual a escala que, na sua opinião, se mostra mais difícil de utilizar?</p> <p>6 – Utilizam escalas de autoavaliação a partir de que idade?</p> <p>7 – Qual é a participação dos pais na utilização das escalas de autoavaliação?</p> <p>8 – No padrão de documentação do serviço existe um local específico/instrumento para registar a história de dor e a intensidade de dor?</p> <p>9 – Que estratégias utilizam para preparar um Pré-escolar /Escolar/Adolescente para procedimentos dolorosos?</p> <p>10 – Que recursos têm organizados que sejam facilitadores para operacionalizar essa preparação?</p> <p>11 – Como preparam os Toddlers?</p> <p>12 – Com que antecedência face ao procedimento doloroso ocorre essa preparação em cada grupo etário?</p> <p>13 – Quais as estratégias que se mostram mais eficazes?</p> <p>14 – Que dificuldades encontra na sua implementação?</p> <p>15 – Em relação ao que conversámos, quer dizer mais alguma coisa que considere importante?</p>	<p>Acrescentar outras questões pertinentes baseadas no relato do participante</p> <p>Utilizar questões abertas</p> <p>Utilizar comunicação verbal e não-verbal que demonstre compreensão e escuta ativa</p> <p>Avaliar motivação do participante para manter comunicação</p>
<p style="text-align: center;"><b>Conclusão</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agradecimento e reforço da importância da sua participação;</li> <li>- Oportunidade de ouvir a entrevista gravada para que os dados sejam validados;</li> <li>- Salvar garantia da confidencialidade e anonimato dos dados.</li> </ul>		

## APÊNDICE 6

Consentimento Informado

## CONSENTIMENTO INFORMADO – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

**Mestranda: Filipa Santos Azevedo**

**Orientadora: Prof.ª Odete Lemos e Sousa**

Esta entrevista surge no âmbito do estágio inserido no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem: área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o tema: **“Intervenção do Enfermeiro na Prevenção da Dor da Criança Sujeita a Procedimentos Dolorosos / Vacinação”**. Não tem um carácter de investigação, mas de desenvolvimento profissional estruturado.

Esta participação será voluntária, pelo que poderá interromper a entrevista em qualquer momento.

Tudo o que disser será estritamente confidencial e não associado à sua identidade.

Para assegurar o rigor da análise dos dados recolhidos é desejável proceder à gravação áudio desta entrevista. A gravação poderá ser interrompida em qualquer momento se assim o desejar.

**Obrigada pela Colaboração!**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro aceitar participar nesta entrevista e autorizar a gravação áudio da mesma.

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

Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE 7

### Análise de Conteúdo das Entrevistas

## ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

Quadro 1 – Caracterização dos Enfermeiros entrevistados

Enfermeiro	Idade	Sexo	Experiência Profissional
E1	44	F	EESIP/Pertence a Grupo de Trabalho de Controlo da Dor
E2	31	F	EESIP/Orientadora
E3	36	F	EESIP/Orientadora
E4	31	F	EESIP/Orientadora

Quadro 2 – Análise de Conteúdo das Entrevistas

CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADE DE CONTEXTO
Prevenção / alívio da dor	Elementos importantes para a história de dor	<p><i>“A cultura da criança, experiências anteriores, etnia, a importância que a família dá à dor, como a criança já viveu outros momentos dolorosos, os mecanismos de coping que ela tem, a idade da criança, que estratégias funcionaram noutras alturas para aliviar a dor”</i> (E1)</p> <p><i>“As várias características da dor: como a criança identifica a dor, a palavra que utiliza para dor “dói-dói”, “ai-ai”... experiências anteriores (a vacinação por exemplo), reações face à dor (se chora, se fica agitado, se foge, se fica calado), as estratégias que os pais utilizam ou o que a criança gosta de fazer quando tem dor.”</i> (E3)</p> <p><i>“As experiências anteriores. Identificar fatores que despoletem ou aliviem a dor. Conhecer estratégias que já foram eficazes. Caracterizar a dor.”</i> (E4)</p>
	Escalas utilizadas pela equipa	<p><i>“A escala de Faces a de EDIN e a numérica. A de faces no toddler por exemplo, a de EDIN no lactente e a numérica no escolar. Também utilizamos a de FLACC.”</i> (E1)</p> <p><i>“Utilizamos a de NIPS até aos 28 dias de vida e utilizamos a de FLACC a partir dos 28 dias de vida.”</i> (E2)</p> <p><i>“As escalas de autoavaliação, como a numérica ou a de faces, a partir dos 5 anos. Estas devem ser privilegiadas porque a dor é sempre subjetiva. E utilizamos as escalas de heteroavaliação como a de FLACC e NIPS (até às 6 semanas)”</i> (E3)</p> <p><i>“EDIN, FLACC, Numérica e Faces”</i> (E4)</p>
	Estratégias	<p><i>“O calor, o frio ou o cloreto de etilo.”</i> (E1)</p> <p><i>“Explicar à criança, ao adolescente e aos pais o que se vai passar.”</i> (E1)</p> <p><i>“O posicionamento e a contenção do bebé”</i> (E2)</p> <p><i>“Utilizamos a sacarose oral, o paracetamol, a morfina”</i> (E2)</p> <p><i>“São utilizadas de acordo com a idade e preferência da criança. No Pré-escolar utilizamos distração com livros ou jogos, no Escolar relaxamento com música e no Adolescente preparação através de informação para este se adaptar.”</i> (E3)</p>

	<p><i>“Através da distração com jogos interativos como a “quinta pedagógica da CHICCO” e histórias de que gostem.” (E3)</i></p> <p><i>“Distração” (E3)</i></p> <p><i>“Explicar à criança o procedimento de acordo com a idade, promover um ambiente calmo, e permitir que os pais estejam presentes se quiserem.” (E4)</i></p> <p><i>“Como farmacológicas utilizamos por vezes o EMLA.” (E4)</i></p> <p><i>“Principalmente distração.” (E4)</i></p> <p><i>“Usa-se muito o EMLA mas por vezes com a ansiedade e stress não se percebe se fez efeito ou não. A Distração. Orientar os Pais. Desenhos animados. Fazer nos bonecos o que lhes precisamos fazer. Conversa. Contenção física. Chucha com Aero-Om.” (E4)</i></p>
Recursos	<p><i>“Norma recentemente implementada no hospital e as escalas disponíveis no serviço.” (E1)</i></p> <p><i>“Tivemos um Kit com material preparado especialmente para o toddler e pré-escolar.” (E1)</i></p> <p><i>“Temos o Kit de acordo com as idades e diferentes estratégias (cognitivas, sensoriais,...).” (E3)</i></p> <p><i>“Temos fármacos a serem utilizados de acordo com a idade/peso e com os procedimentos e temos anestesista.” (E3)</i></p>
Tempo	<p><i>“É complicado devido à urgência da situação” (E1)</i></p> <p><i>“O mais perto possível da realização do procedimento.” (E3)</i></p> <p><i>“O mais perto possível do procedimento.” (E4)</i></p>
Documentação	<p><i>“Temos uma pasta com toda a documentação relativamente à dor, temos várias escalas disponíveis por vários pontos do serviço. No sistema informático ALERT apenas existe a escala de faces e numérica para registar a dor, as restantes têm de ser registadas em notas de enfermagem” (E1)</i></p> <p><i>“Nas folhas de cuidados, existe uma coluna para registar qual a escala de dor, a intensidade da dor e, se o bebé tem dor as intervenções que fizemos são registadas em notas.” (E2)</i></p> <p><i>“Temos a história de dor para preencher em papel, no impresso de colheita de dados e nos registos de enfermagem do Medsoft e a Intensidade da dor nos sinais vitais do Medsoft” (E3)</i></p> <p><i>“Temos uma folha para registo da intensidade, características e intervenção na dor e sua reavaliação.” (E4)</i></p>
Dificuldades na implementação de estratégias	<p><i>“O EMLA nem sempre é utilizado tendo em conta o serviço no qual estamos a trabalhar...” (urgência) (E1)</i></p> <p><i>“Nas intervenções autónomas de enfermagem não temos dificuldades. Por exemplo a administração de sacarose oral está protocolada e não temos qualquer dificuldade. Nas estratégias que dependem da prescrição clínica, a equipa médica não é muito recetiva à administração de drogas mais fortes para alívio da dor.” (E2)</i></p> <p><i>“Na colaboração dos parceiros do cuidar, como o médico, que muitas vezes quer rapidez... Ou por exemplo quando este não prescreve fármacos analgésicos” (E3)</i></p> <p><i>“Não termos sucrose disponível no serviço. O tempo de atuação do EMLA. O EMLA e o cloreto de etilo fazerem vasoconstrição.” (E4)</i></p>

		<i>"A dinâmica do serviço por vezes não permitir a preparação."</i> (E4)
Opinião dos enfermeiros	Importância da prevenção / alívio	<i>"É fundamental"</i> (E1) <i>"É extremamente importante"</i> (E2) <i>"É fundamental. Ao prevenir vamos ter colaboração da criança agora e depois, principalmente se forem procedimentos repetidos. A criança aprende a lidar melhor com as situações e a criar as suas próprias estratégias."</i> (E3) <i>"É importante seguirmos uma filosofia de cuidados atraumáticos"</i> (E4)
	Dificuldades no uso de escalas	<i>"Algumas são mais fáceis de utilizar na triagem porque são mais rápidas de utilização como FLACC, em que temos pouco tempo para explicar uma escala."</i> (de autoavaliação) (E1) <i>"A de faces pode ser difícil de aplicar... devemos ter algum treino... nunca falar em tristeza ou alegria para não confundir com dor e não dor"</i> (E3) <i>"A de faces (...) exige mais disponibilidade da parte do enfermeiro."</i> (E3) <i>"A de faces e a numérica sem sempre é fácil porque a autoavaliação nem sempre "bate certo" com a nossa avaliação. Isolar os fatores emocionais da dor e na cronicidade pode ser complicado."</i> (E4)
	Participação dos pais	<i>"Adequar a comunicação que está a ser estabelecida entre o enfermeiro e a criança"</i> (E1) <i>"(...)validação(...)"</i> (E1) <i>"Os pais podem facilitar explicando à criança como exprimir a dor ou a entender a escala. Individualizam mais a escala aos filhos, facilitando o seu entendimento. Os pais tornam-se nossos aliados."</i> (E3) <i>"Os pais às vezes ajudam a explicar, a localizá-los no tempo, e a adequar a linguagem."</i> (E4)
	Idade a partir da qual usam escalas de autoavaliação	<i>"A partir do toddler"</i> (E1) <i>"A partir dos 5 anos."</i> (E3) <i>"A partir dos 3 anos, mas varia de criança para criança."</i> (E4)
	Sugestões	<i>"Gostava que as pessoas não olhassem para as auditorias como algo penalizante mas como uma forma de esclarecer dúvidas e melhorar os cuidados. Quantificar e agir..."</i> (E1) <i>"Para a prevenção/controlo da dor devem ser utilizadas estratégias farmacológicas e não farmacológicas de forma complementar."</i> (E3) <i>"O enfermeiro tem de treinar as estratégias não farmacológicas porque muitas vezes estas são suficientes, como na vacinação."</i> (E3) <i>"Era importante o projeto da dor do Hospital emitir um protocolo que orientasse a equipa na utilização de estratégias de alívio da dor, de acordo com as idades/desenvolvimento da criança."</i> (E4)

## APÊNDICE 8

*Guia Controlo da Dor em Procedimentos Invasivos*

# Controlo da Dor em Procedimentos Invasivos



## Algumas orientações:

- Planear os procedimentos invasivos sempre que possível, agrupando-os reduzindo o seu número;
- Preparar e informar previamente as crianças e adolescentes acerca dos procedimentos, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo;
- Preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento;
- Selecionar as intervenções não farmacológicas sensoriais e cognitivo-comportamentais mais apropriadas;
- Quando forem necessárias manobras invasivas simples da pele (ex: venopunção, punção lombar), efetuar **anestesia tópica da pele** (ex: EMLA)
- Quando for necessário assegurar a imobilidade ou relaxamento da criança, diminuir a ansiedade e agitação, ou quando se preveja a necessidade de repetir o procedimento, utilizar a **sedação** (ex: hidrato de cloral, benzodiazepina ou mistura equimolar de protóxido de azoto);
- Em procedimentos moderadamente dolorosos, utilizar **analgesia e sedação consciente**;
- Em procedimentos muito dolorosos efetuar **sedação profunda e analgesia**;



## Intervenções Sensoriais e Cognitivo-Comportamentais

Intervenção	Modo de Aplicação
Amamentação	Colocar o <b>lactente</b> ao seio materno antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final.
Contenção com lençol ou contenção manual	Envolver o <b>lactente</b> num lençol ou cobertor, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca. Conhecido como <i>swaddling</i> . A contenção manual é a utilização das mãos do profissional ou progenitor para segurar a cabeça, os braços e pernas do <b>lactente</b> mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão. Conhecido como <i>facilitated tucking e containment</i> .
Distração	Antes e durante o procedimento, desviar a atenção da criança através de atividades que envolvem a cognição (ver vídeo, imagens, contar histórias) ou o comportamento (cantar, soprar bolas de sabão), <b>dependendo da idade e preferências da criança</b>
Glicose a 30% ou Sacarose a 24%	Administrar 2 ml de solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento. Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos. Nota: é eficaz durante o <b>primeiro ano de vida</b> .
Imaginação Guiada / Hipnoanalgesia	Levar a criança a concentrar-se intensamente numa imagem mental do seu agrado que envolva componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas.
Massagem	Efetuar estimulação cutânea através de manipulação com ou sem aplicação de óleos, durante 15 a 30 minutos. Contraindicações: alterações da coagulação, presença de inflamação ou lesão cutânea.
Modelação / Ensaio Comportamental	Antes do procedimento, proporcionar a observação de outra criança ou adulto a ser submetido a uma simulação do procedimento e a utilizar eficazmente estratégias de enfrentamento (por exemplo em vídeo ou numa demonstração com boneco).
Preparação	Antes do procedimento, fornecer informação sobre o procedimento (o que vai passar-se) e sensorial (que sensações poderá ocorrer) a fim de ajudar a criança a criar uma expectativa realista. A preparação pode incluir a demonstração e manipulação de alguns materiais. <b>Nota:</b> a antecedência com que se faz a preparação é estimada pela idade e temperamento da criança, devendo não ser excessiva para evitar a ansiedade antecipatória mas suficiente para a criança se preparar.
Reforço positivo	Antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado e a recompensa. Após o final do procedimento, utilizar o elogio verbal (“gostei que tivesses ficado muito quieto como te pedi”) ou pequenos prémios (ex: autocolantes, certificados), conforme combinado.
Relaxamento Muscular / Exercícios Respiratórios	Antes e/ou depois do procedimento, utilizar uma combinação de relaxamento muscular progressivo e de exercícios respiratórios para reduzir o nível de vigília e ansiedade.
Sucção Não Nutritiva	Oferecer ao <b>lactente</b> a chupeta, como medida terapêutica.

Fonte: DGS. (18 de Dezembro de 2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Obtido em 19 de Dezembro de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>

Fonte imagens: <http://www.carlaantunes.com/Html/Trabalhos/Trabalhos.html>

Elaborado por: Filipa Azevedo, 3<sup>o</sup>CME-AEESIP da ESEL

## APÊNDICE 9

Folheto Informativo “*Vacinação Infantil*”

## Que vacinas fazem parte do Plano Nacional de Vacinação?

Vacina contra:	Idades								10-13 anos	13 anos	
	0 Nascimento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5-6 anos	Toda a vida 10-10 anos			
Tuberculose	BCG										
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3							
Haemophilus Influenzae b	Hib 1	Hib 2	Hib 3			Hib 4					
Difteria - Tétano - Tosse Convulsa	DTP 1	DTP 2	DTP 3	DTP 3		DTP 4	DTP 5				Td
Poliomielite	VTP 1	VTP 2	VTP 3				VIP 4				
Meningococo C					MenC 1						
Sarampo - Parotidite epidémica - Rubéola					VASPR 1		VASPR 2				
Infeções por vírus Papiloma humano										HPV 1, 2, 3	

## Como pode ajudar o seu filho a preparar-se para as vacinas?

É natural a criança sentir medo das vacinas. Assim, dependendo da idade, pode:

- Explicar antecipadamente o que vai fazer e para que serve a vacina, com linguagem simples e adequada;
- Ser honesto (não mentir);
- Evitar expressões do tipo "picada de abelha", "agulha" e substituir por exemplo por "remédio por baixo da pele";
- Incentivar a criança a levar um objeto familiar (chucha, brinquedo, cobertor);
- No momento da vacinação, fique junto da criança, encorajando, consolando, distraíndo e animando;
- Elogie o seu filho no final por tudo o que conseguiu, mesmo se chorar.

E, não se esqueça que as crianças são o reflexo do adulto que delas cuida. Por isso é importante que **dê o exemplo** vacinando-se também!

Fontes: Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel. DGS. (21 de Dezembro de 2011). *Programa Nacional de Vacinação 2012*. Obtido em 14 de Março de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>; DGS. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica - vol I*. Obtido em 27 de Janeiro de 2013, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>; Ordem dos Enfermeiros. (Junho de 2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Obtido em 24 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf> Fonte imagens: <http://www.carlaantunes.com/Html/Trabalhos/Trabalhos.html>



Tel: 214992311/13

Fax: 214992417

Mail: [apoio.usf@csvnova.min-saude.pt](mailto:apoio.usf@csvnova.min-saude.pt)

Site: <http://amatolusitano.net/>

Elaborado por: Enf<sup>a</sup> Filipa Azevedo (Aluna 3<sup>o</sup>CMESIP-ESEL)

Orientadora: Enf<sup>a</sup> Ana Falca

Fevereiro de 2013



USF AMATO LUSITANO  
UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR  
C.S. VENDA NOVA

## Vacinação Infantil

Como ajudar o seu filho?



As vacinas podem ser realizadas nas  
**Consultas de Saúde Infantil** ou no seguinte  
horário aberto ao Público:

**2<sup>o</sup>f: das 14h às 18h45**

**5<sup>o</sup>f: das 9h às 11h45 e das 14h às 16h45**

## Vacinas

É um meio eficaz e seguro de protecção contra algumas doenças;

As vacinas do Plano Nacional de Vacinação são gratuitas;

Aos 12 meses, o seu filho já estará protegido contra 6 doenças.



## Reações mais frequentes:

### BCG:

Alguns dias após a injeção, forma-se um nódulo vermelho que se tornará numa pequena bolha que pode libertar pus.

Depois disso forma-se uma crosta que cairá sozinha e dará lugar a uma pequena cicatriz.

Importante: Não deve colocar cremes nem tentar remover a crosta, porque irá sarar espontaneamente.



## Reações mais frequentes:

### VHB, Hib, VIP, DTP, MenC e Td:

No local da vacina pode ter dor, rubor/vermelhidão, edema/inchaço e durão. Pode fazer febre no próprio dia ou no seguinte. Pode também ocorrer irritabilidade, alteração do sono, náuseas, vómitos e diarreia.

### VASPR:

Ardor, calor, dor, rubor/vermelhidão e edema/inchaço no local da injeção. E 5 a 12 dias após a vacinação pode surgir: febre, pequenas borbulhas/manchas no corpo e ligeiro inchaço no pescoço.

### HPV:

Dor, rubor/vermelhidão e edema/inchaço no local da injeção. Pode ainda surgir febre, tonturas ou dores de cabeça.

Em caso de dúvida ou agravamento das reações contacte o seu Enfermeiro ou o seu Médico de Família.

## O que fazer em caso de:

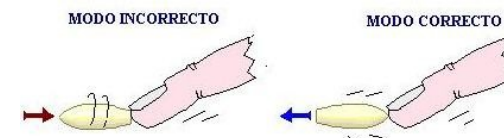
### FEBRE

- O seu filho tem febre quando a temperatura axilar for superior a 38,5°C;
- Deve sempre medir a temperatura com um termómetro;
- Durante a subida da temperatura (quando há arrepios, calafrios e quando as mãos e os pés estão frios) deve agasalhar a criança;
- Durante a descida da temperatura, há que permitir a libertação de calor, logo retirar a roupa;
- Reforce a ingestão de líquidos;
- Dê o **medicamento** próprio para a febre, recomendado pelo seu enfermeiro/médico de família.

### DOR, CALOR, EDEMA, RUBOR

- Colocar gelo num saco de plástico, envolvê-lo num pano e aplicar no local da vacina, várias vezes ao dia, fazendo movimentos circulares.

## Forma correta de colocar um supositório:



(Evita a saída do supositório, quando a criança faz força.)

## APÊNDICE 10

Escalas de Dor

# ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR

## Recém-Nascido: NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

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

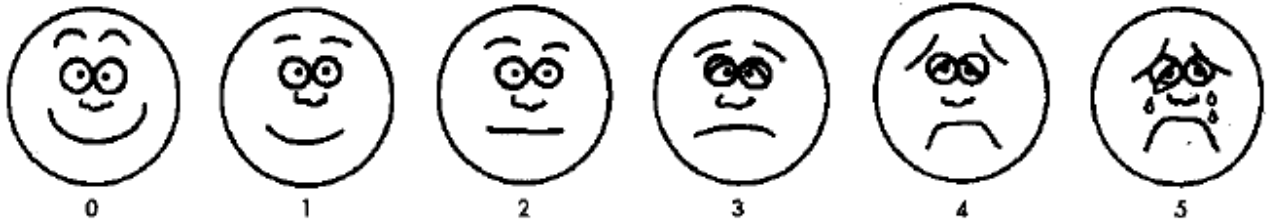
## Dos 28 dias aos 4 anos: FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

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

## Entre os 4 e os 6 anos: Escala de Faces de Wong-Baker\*

## A partir dos 6 anos: Escala Numérica

## \*ESCALA DE FACES DE WONG-BAKER



**Fontes:** DGS. (14 de Junho de 2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* Obtido em 17 de Março de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/> e DGS. (14 de Dezembro de 2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças.* Obtido em 17 de Março de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>

**Elaborado por:** Filipa Santos Azevedo, 3ºCME-AEESIP da ESEL

Janeiro de 2013

## APÊNDICE 11

Grelha de Observação (Vacinação)

## **GRELHA DE OBSERVAÇÃO (VACINAÇÃO)**

No âmbito do ensino clínico realizado na USF A, pretendo realizar e registar histórias de dor, observar e registar manifestações comportamentais de dor por parte das crianças sujeitas a vacinação e registar quais as estratégias de prevenção da dor utilizadas pelo enfermeiro e/ou por mim.

Irei, desta forma, utilizar a técnica de observação para colheita de dados. Segundo Fortin (2003, p.272) esta técnica *“permite verificar, com a ajuda de indicadores, factos particulares e colher dados”*.

Foi elaborada uma grelha de observação com várias categorias baseadas em Batalha (2010) e nas *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*, da DGS (2010) e no *Guia Orientador de Boa Prática: Dor*, da OE (2008):

- História de Dor;
- Manifestações Comportamentais de Dor;
- Estratégias e Intervenções de Enfermagem Realizadas.

Com os resultados registados na grelha de observação pretendo ter um contributo para a análise da eficácia das estratégias farmacológicas ou não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros durante a vacinação.

De seguida apresento a grelha de observação elaborada:

## REGISTO DE DADOS

Observação / Intervenção nº \_\_\_\_\_

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

Procedimento potencialmente doloroso: Vacinação

Idade: \_\_\_\_\_ / Acompanhada por: \_\_\_\_\_

Vacinas realizadas e local de administração: \_\_\_\_\_

### História de Dor

Características da dor: Intensidade	Escala: _____ Valor Durante _____ Valor Depois _____
Características da dor: Qualidade	
Fatores de alívio	
Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas	
Formas habituais de comunicar/manifestar/expressar a dor	
Experiências anteriores traumatizantes e medos	
Estratégias de <i>Coping</i>	

### Manifestações Comportamentais de Dor

--

### Estratégias e Intervenções de Enfermagem Realizadas

#### Não Farmacológicas

--

#### Farmacológicas

--

Notas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## APÊNDICE 12

Análise dos Dados Recolhidos por Observação (Vacinação)

## ANÁLISE DOS DADOS RECOLHIDOS POR OBSERVAÇÃO (VACINAÇÃO)

Quadro 1 – Caracterização das Crianças e do Procedimento

Criança	Idade	Acompanhado por:	Vacinas Realizadas
C1	6M	Mãe	DTPaHibVIP + VHB
C2	5A	Mãe	DTPaVIP + VASPR
C3	13A	Mãe	HPV
C4	4M	Mãe e irmã	DTPaHibVIP
C5	12M	Mãe e avó	MenC + VASPR
C6	4M	Mãe e Pai	DTPaHibVIP
C7	12M	Mãe	MenC + VASPR
C8	5A	Pai e irmã	DTPaVIP + VASPR
C9	13M	Mãe	MenC + VASPR
C10	4A	Mãe	Prevenar
C11	5A	Mãe e Pai	DTPaVIP + VASPR
C12	18M	Mãe e Pai	DTPaHib
C13	13A	Mãe	HPV
C14	2M	Mãe	DTPaHibVIP + VHB
C15	2M	Mãe	DTPaHibVIP + VHB

Quadro 2 – Valores obtidos da avaliação da intensidade da dor utilizando a escala de NIPS

Escala de NIPS					
Valor Durante:	0	-	Valor Depois:	0	-
	1	-		1	-
	2	-		2	-
	3	-		3	-
	4	-		4	-
	5	-		5	-
	6	-		6	-
	7	-		7	-

Quadro 3 – Valores obtidos da avaliação da intensidade da dor utilizando a escala de FLACC

Escala de FLACC					
Valor Durante:	0	<b>1</b>	Valor Depois:	0	<b>9</b>
	1	<b>1</b>		1	-
	2	<b>1</b>		2	-
	3	<b>2</b>		3	-
	4	<b>3</b>		4	-
	5	<b>1</b>		5	-
	6	-		6	-
	7	-		7	-
	8	-		8	-
	9	-		9	-
	10	-		10	-

Quadro 4 – Valores obtidos da avaliação da intensidade da dor utilizando a escala de Faces

Escala de Faces					
Valor Durante:	0	<b>1</b>	Valor Depois:	0	<b>3</b>
	1	<b>1</b>		1	<b>1</b>
	2	-		2	-
	3	-		3	-
	4	<b>2</b>		4	-
	5	-		5	-
	6	-		6	-
	7	-		7	-
	8	-		8	-
	9	-		9	-
	10	-		10	-

Quadro 5 – Valores obtidos da avaliação da intensidade da dor utilizando a escala Numérica

Escala Numérica					
			0	1	2
Valor Durante:	0	1	Valor Depois:	0	2
	1	-		1	-
	2	-		2	-
	3	1		3	-
	4	-		4	-
	5	-		5	-
	6	-		6	-
	7	-		7	-
	8	-		8	-
	9	-		9	-
	10	-		10	-

Quadro 6 – Número de Crianças que apresenta determinada manifestação comportamental de dor

Manifestações Comportamentais de Dor	
Chora	6
Expressão facial de dor ou medo	6
Resistência física	1
Tenta empurrar o estímulo para longe	1
Agita braços e pernas	2
Faz questões sobre o procedimento	2

Quadro 7 – Número de vezes que foi utilizada determinada estratégia

Estratégias Utilizadas	
Distração	8
Administração Oral de Glicose a 30%	5
Sucção não nutritiva	2
Relaxamento através do controlo da Respiração	3
Colo (da mãe, pai ou cuidador principal)	7
Reforço Positivo	2
Amamentação	1
Dadas instruções do que pode ou não fazer	4

## APÊNDICE 13

Kit Vacina Sem Dói-Dói (Fotos)

# KIT Vacina Sem Dói-Dói



## APÊNDICE 14

Lista de Material do “Kit Vacina Sem Dói-Dói”



## APÊNDICE 15

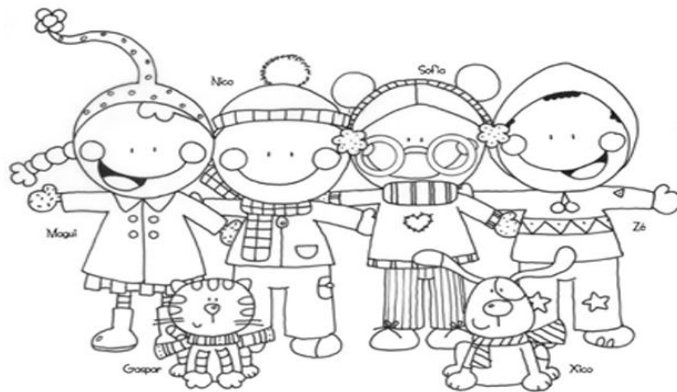
Diplomas e Lápis de Côr



# DIPLOMA



DECLARA-SE QUE O/A \_\_\_\_\_  
SE PORTOU DE FORMA EXEMPLAR NA VACINAÇÃO.

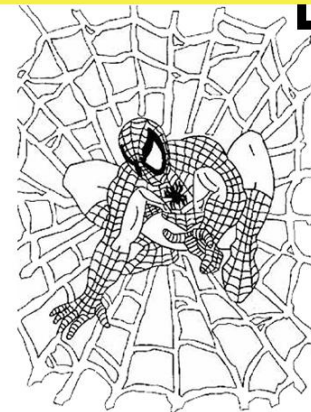


O/A ENFERMEIRO/A

\_\_\_\_\_

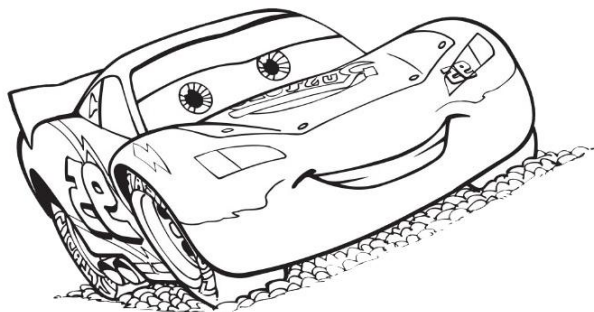


# DIPLOMA



DECLARA-SE QUE O/A \_\_\_\_\_

SE PORTOU DE FORMA EXEMPLAR NA VACINAÇÃO.



O/A ENFERMEIRO/A

\_\_\_\_\_



# DIPLOMA



DECLARA-SE QUE O/A \_\_\_\_\_

SE PORTOU DE FORMA EXEMPLAR NA VACINAÇÃO.



O/A ENFERMEIRO/A

\_\_\_\_\_



Lápis de Cor para entregar às crianças em conjunto com o Diploma

## APÊNDICE 16

Orientação Técnica



# ORIENTAÇÃO TÉCNICA

*A Intervenção do Enfermeiro na Prevenção da Dor na Criança Sujeita a Vacinação*



Elaborado por: Filipa Santos Azevedo (Aluna EESIP \_ESEL)

Orientada por: Enf<sup>ª</sup> Ana Falca

Orientador pedagógico: Prof. Odete Lemos e Sousa

12-02-2013



## ÍNDICE

	PÁG.
0. INTRODUÇÃO.....	3
1. DOR.....	4
1.1 – Manifestações Comportamentais .....	5
1.2 – História de Dor.....	7
1.3 – Avaliação da Intensidade da Dor.....	8
2. PREVENÇÃO DA DOR NA CRIANÇA SUJEITA A VACINAÇÃO.....	10
2.1 – Técnica de Administração.....	10
2.1 – Estratégias não farmacológicas.....	11
2.1.1 – KIT vacina sem dói-dói como estratégia.....	15
2.3 – Estratégias farmacológicas.....	16
3. REGISTOS DE ENFERMAGEM.....	18
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
APÊNDICES /ANEXOS.....	24



## ÍNDICE DE TABELAS

	PÁG.
Tabela 1 - Características de Desenvolvimento da Criança e Manifestações Comportamentais de Dor.....	6
Tabela 2 – História de Dor.....	8
Tabela 3 – Intensidade de Dor .....	9
Tabela 4 – Intervenções sensoriais cognitivo-comportamentais para controlo da dor durante procedimentos.....	11
Tabela 5 – EMLA.....	16

## LISTA DE SIGLAS:

BCG – *Bacillus Calmette-Guérin*

DGS – Direcção-Geral Saúde

EMLA – *Eutectic Mixture of Local Anesthetics*

FLACC – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

IAC – Instituto Apoio à Criança

IASP – International Association for the Study of Pain

NIPS – Neonatal Infant Pain Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

USF – Unidade Saúde Familiar

USFAL – Unidade Saúde Familiar Amato Lusitano



## 0. INTRODUÇÃO

Esta orientação técnica foi elaborada no âmbito do Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem, integrado no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e tem como finalidade auxiliar e orientar a intervenção da equipa de saúde da USFAL, em especial a de enfermagem, na prevenção da dor na criança sujeita a vacinação.

As injeções realizadas na vacinação são as fontes mais comuns de dor iatrogénica na infância (Taddio, 2010, p.843). A vacinação de uma criança, sendo um procedimento doloroso, constitui um fator de *stress* para a criança e sua família, cabendo aos enfermeiros trabalharem na preparação da criança para esses procedimentos, com o objetivo de prevenir os efeitos nefastos dos mesmos.

Segundo a DGS “*a gestão adequada da dor nos serviços de saúde, é actualmente, considerada pelas entidades acreditadoras, a nível internacional, como padrão de qualidade*” (DGS, 2010, p. 4).

Com a execução deste trabalho pretende dar-se um contributo para a sensibilização dos profissionais de saúde para a preparação da criança e seus pais para a vacinação, apresentando-se um conjunto de estratégias que visam a prevenção da dor na criança submetida a procedimentos dolorosos, nomeadamente durante a vacinação.



## 1. DOR

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define **dor** como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (IASP, Taxonomy, 2011). É uma experiência complexa, multidimensional e subjetiva que está associada a altos níveis de *stress* e ansiedade durante os procedimentos o que pode resultar, a longo prazo, em efeitos emocionais negativos (Koller & Goldman, 2011).

Na criança, a dor aguda relacionada com procedimentos de saúde está fortemente associada ao medo e à ansiedade (Barros, 2003). Os procedimentos dolorosos são particularmente difíceis para as crianças e adolescentes devido aos seus limitados mecanismos de  *coping*  para a gestão eficaz do  *stress*  a eles associados (Paixão, 2010). Estima-se que mais de 80% das crianças em idade pré-escolar têm medo de procedimentos que envolvam agulhas (Pedro, Barros, & Moleiro, 2010).

Atualmente, para além do alívio da dor provocado pelos episódios de doença, existe uma crescente preocupação relativamente à prevenção/alívio da dor provocada por procedimentos invasivos a que as crianças estão sujeitas. No entanto, segundo um estudo do Instituto de Apoio à Criança (IAC), *“não existem quer “guidelines”, quer “mindlines” em relação ao combate à dor da Criança provocada pelos procedimentos “rotineiros” executados nos Centros de Saúde, o que nos leva a supor que esta estará exposta com frequência a dor física, que poderia ser tecnicamente reduzida ou evitada”* (Santos, 2007, p. 1).

O alívio da dor é uma necessidade e um direito da criança. O seu direito está consignado na Carta da Criança Hospitalizada, a qual refere que *“as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”* (IAC, 2008, p.6). *“O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde”* (DGS, 2008, p.2).



Segundo o documento *Dor, Guia Orientador de Boa Prática* da OE, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor pois, são profissionais de saúde privilegiados pelo tempo de contacto e proximidade que estabelecem com os clientes (OE, 2008). É da nossa responsabilidade, como enfermeiros, contribuir para que o alívio da dor seja uma prioridade nos cuidados de saúde.

Segundo o artigo 9º do REPE, os enfermeiros “*decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizado os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, família, grupos e comunidade*” (OE, 2010, p. 6). A equipa de enfermagem deve então estar desperta para as estratégias de prevenção de dor e que despertem na criança a sensação de segurança e de bem-estar, desenvolvendo simultaneamente uma visão atenta e humanizada.

### **1.1 Manifestações Comportamentais de Dor**

Para a eficácia da preparação da criança para procedimentos dolorosos como a vacinação, é necessário ter em conta a idade da criança, as suas características, o seu grau de desenvolvimento e as várias estratégias disponíveis e possíveis.

Deste modo, importa clarificar as características de desenvolvimento de cada grupo etário, de acordo com as teorias de desenvolvimento psicossocial de Freud, de desenvolvimento psicossocial de Erikson e de desenvolvimento cognitivo de Piaget e, abordar as principais manifestações comportamentais de dor de acordo com a faixa etária e desenvolvimento da criança/adolescente (Tabela 1).



Tabela 1 - Características de Desenvolvimento da Criança e Manifestações Comportamentais de Dor

Características de Desenvolvimento	Manifestações Comportamentais de Dor
<b>Lactente (0 - 12 meses)</b>	
<p><b>Psicossexual: Fase Oral</b></p> <p>Fonte de prazer concentra-se em atividades orais, como o sugar</p> <p><b>Psicossocial: Confiança vs Desconfiança</b></p> <p>Desenvolvimento da confiança</p> <p><b>Cognitiva: Sensório-motor (nascimento a 2 anos)</b></p> <p>Comportamento de imitação Perceção de causa-efeito Comportamento dirigido para os objetos Pensamento representacional</p>	<p>Sem palavras para descrever a dor</p> <p>Memorizam acontecimentos dolorosos, possivelmente desde a nascença</p> <p>Respondem ao comportamento dos pais (ansiedade)</p> <p>Resposta corporal generalizada de rigidez e agitação</p> <p>Choro alto</p> <p>Expressão facial de dor ou medo (sobrancelhas arqueadas juntas, olhos firmemente fechados, boca aberta e quadrada)</p> <p>Nenhuma demonstração de associação entre estímulo de aproximação e dor subsequente (lactente pequeno)</p> <p>Resistência física, especialmente empurrão do estímulo para longe após a sua aplicação (lactente maior)</p>
<b>Toddler (1 – 3 anos)</b>	
<p><b>Psicossexual: Fase Anal</b></p> <p>Interesse concentra-se na região anal</p> <p><b>Psicossocial: Autonomia vs Vergonha e dúvida</b></p> <p>Desenvolvimento da autonomia Aprendizagem por imitação</p> <p><b>Cognitiva: Pensamento pré-operacional</b></p> <p>Egocentrismo Raciocínio indutivo Raciocínio transdutivo</p>	<p>Choro alto, grito estridente</p> <p>Usam palavras para a dor (“Ui”, “Ai”, “Dói”)</p> <p>Agitam os braços e pernas</p> <p>Tentam empurrar o estímulo para longe antes de ser aplicado</p> <p>Ausência de cooperação: necessidade de contenção física</p> <p>Exigem o término do procedimento</p> <p>Segura-se à mãe, pai, enfermeiro ou outra pessoa significativa</p> <p>Exigem apoio emocional, como abraços ou outra forma de conforto físico</p> <p>Podem sentir mais <i>distress</i> se os pais estão ausentes</p> <p>Comportamentos em antecipação ao procedimento doloroso real</p>
<b>Pré-escolar (3 – 5 anos)</b>	
<p><b>Psicossexual: Fase Fálica</b></p> <p>A área genital torna-se uma área interessante e sensível do corpo</p> <p><b>Psicossocial: Iniciativa vs Culpa</b></p> <p>Forte imaginação Exploração do mundo Sentimentos de culpa</p> <p><b>Cognitiva: Pensamento pré-operacional</b></p> <p>Egocentrismo Raciocínio indutivo Raciocínio transdutivo</p>	<p>Usam a linguagem para exprimir a dor, mas apenas a um nível concreto e sensorial</p> <p>Acreditam na dor como punição de algo errado que fizeram</p> <p>Misturam factos reais com ficção; têm pensamentos mágicos em relação ao desaparecimento da dor; não têm pensamentos de causa-efeito; não compreendem como é que algo doloroso os vai ajudar a sentirem-se melhor</p> <p>Temem as lesões corporais ou a mutilação; medo de agulhas</p> <p>Tentam atrasar os tratamentos dolorosos ou desconfortáveis</p> <p>Precisam de sentido de controlo; cooperam melhor se são envolvidos na avaliação e tratamento</p> <p>Tendem a culpar alguém pela própria dor e podem bater na pessoa</p>
<b>Idade Escolar (6 – 12 anos)</b>	
<p><b>Psicossexual: Fase Latência</b></p>	<p>Temem a mutilação corporal</p>



<p>Elaboram sobre os traços e habilidades previamente adquiridos Aquisição de conhecimentos Brincadeiras vigorosas</p> <p><b>Psicossocial: Diligência vs Inferioridade</b></p> <p>Completam tarefas Podem desenvolver sentimentos de inadequação e inferioridade Aquisição de competência</p> <p><b>Cognitiva: Operações concretas</b></p> <p>Pensamento lógico Raciocínio indutivo Pensamento menos autocentrado e mais socializado</p>	<p>Comportamento de esquivez, como “Espere um minuto” Podem adiar a gratificação Compreendem o tempo Confiam mais nos recursos de <i>coping</i> auto iniciados do que nos pais</p>
<b>Adolescente (12 – 18 anos)</b>	
<p><b>Psicossexual: Fase Genital</b></p> <p>Os órgãos genitais tornam-se a principal fonte de tensão e de prazer sexual</p> <p><b>Psicossocial: Identidade vs Confusão de papéis</b></p> <p>Confiança abalada Preocupação com autoconceito e como são vistas pelos outros Confusão de papéis</p> <p><b>Cognitiva: Operações formais</b></p> <p>Pensamento abstrato</p>	<p>Precisam de manter a auto estima e controlo (podem não mostrar comportamentos da dor por vergonha); beneficiam com o ensino de técnicas para manter o controlo durante os procedimentos Temem perder o controlo durante a experiência dolorosa Sentem-se onnipotentes, como se nada os pudesse magoar, por isso podem não cumprir os tratamentos Acreditam que os profissionais de saúde sabem quando é necessária a medicação para a dor, pelo que não a pedem</p>

Adaptado de Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). Wong, *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª Edição ed.).

Rio de Janeiro: Elsevier.p.81-85, p.163; Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria*. Lisboa: Lidel.p.20

## 1.2 História de Dor

A **história de dor** consiste na “*colheita de informação que permita orientar a avaliação e o controlo da dor utilizando todas as fontes de informação documentais disponíveis, aliadas à observação e entrevista dos pais/cuidador principal e da criança a partir dos 3 anos*” (DGS, 2010, p. 1). A Ordem dos Enfermeiros considera como norma de boa prática na avaliação da dor, a realização da história de dor.

Esta colheita deve considerar as características da dor (como a sua localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados), os fatores de alívio e de agravamento, o uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas, as formas de comunicar/expressar a dor,



as experiências anteriores traumatizantes e medos, as habilidades e estratégias para enfrentar a dor, os comportamentos da criança e ambiente familiar, os efeitos da dor na vida diária e o impacto emocional e socioeconómico (DGS, 2010). (Tabela 2)

Tabela 2 – História de Dor

História de Dor	
Características da dor: Intensidade	Escala: _____ Valor Durante _____ Valor Depois _____
Características da dor: Qualidade	
Fatores de alívio	
Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas	
Formas habituais de comunicar/manifestar/expressar a dor	
Experiências anteriores traumatizantes e medos	
Estratégias de <i>Coping</i>	

Adaptado de DGS. (14 de Dezembro de 2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Obtido em 7 de Março de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/> e OE. (Junho de 2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Obtido em 24 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

### 1.3 Avaliação da Intensidade da Dor

A **avaliação da intensidade da dor** “*consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo em atenção o tipo de dor, situação clínica e idade da criança*”. (DGS, 2010, p. 2). “*Na prática clínica são usados dois métodos na avaliação da dor: a auto-avaliação (a criança relata a sua própria dor) e a hetero-avaliação (observação de indicadores comportamentais, fisiológicos ou ambos, feito por profissionais de saúde ou pais)*” (Batalha L. , 2010, p. 27). Devem ser privilegiados os instrumentos de autoavaliação. (OE, 2008).

Uma correta e minuciosa avaliação da dor terá a vantagem de possibilitar uma intervenção mais adequada e eficaz no seu alívio. (Fernandes & Arriaga, 2010).

Das escalas recomendadas pela DGS para a avaliação da intensidade da dor na criança (DGS, 2010), sugere-se a utilização das seguintes no



contexto de vacinação em cuidados de saúde primários: **NIPS, FLACC, Faces de Wong-Baker e Numérica**. (ver Apêndice 1)

A **intensidade da dor** obtida varia de acordo com o somatório da pontuação atribuída em cada item. (ver Tabela 3). Segundo Batalha (2010, p.51) “*uma dor de intensidade menor que 3/10 é considerado um bom indicador de qualidade de cuidados*”.

Tabela 3 – Intensidade de Dor

Escalas	NIPS	FLACC	Faces	Numérica
<b>Amplitude de pontuação</b>	0-7	0-10	0-10	0-10
	0-sem dor	0-sem dor	0-sem dor	0-sem dor
	1-2-dor ligeira	1-3-dor ligeira	1-3-dor ligeira	10-dor máxima
	3-4-dor moderada	4-6-dor moderada	4-6-dor moderada	
	5-7-dor severa	7-10-dor severa	7-10-dor severa	

Adaptado de Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria*. Lisboa: Lidel.



## 2. PREVENÇÃO DA DOR NA CRIANÇA SUJEITA A VACINAÇÃO

Através de diferentes estratégias o enfermeiro pode contribuir para a prevenção da dor na criança sujeita a vacinação e ajudar a criança/adolescente e seus pais a lidarem melhor com os *stressores* provenientes da vacinação. Para Barros (2003), é fundamental que o enfermeiro adote uma série de estratégias e técnicas que contribuam para diminuir a ansiedade, proporcionar um ambiente acolhedor e diminuir a percepção de dor da criança/pais.

Para serem eficazes, as estratégias devem ser adequadas à idade, ao procedimento e ao desenvolvimento da criança. É necessário que o cliente seja visto como um todo cujas partes estão em interação dinâmica (Freese, 2004).

As estratégias podem ser classificadas em **farmacológicas** ou **não farmacológicas** e a **técnica de administração** da vacina é um fator que também influencia na intensidade da dor associada ao procedimento.

Independentemente dos fatores que possam influenciar a escolha das estratégias a utilizar, os profissionais de saúde devem respeitar alguns **princípios** (Batalha, 2010, p.47):

- *“Escutar e acreditar nas crianças;*
- *Ter a criança e a sua família como parceiros ativos nos cuidados;*
- *Centrar os cuidados na família;*
- *Prestar cuidados individualizados e holísticos;*
- *Colaborar com outros profissionais de saúde com formação;*
- *Organizar o contexto de trabalho para um tratamento eficaz”;*

### 2.1 Técnica de Administração

Existem diversos aspetos da técnica de administração que contribuem para a redução da dor da vacinação. Segundo o Programa Nacional de Vacinação, os locais de injeção recomendados são (DGS, 2011):

- Coxa ântero-lateral (vasto lateral) até aos 12 meses (excepto BCG);
- Braço (deltoide) a partir dos 12 meses.

Taddio (2008) recomenda:



- A escolha de calibre e comprimento de agulha adequado à criança (usar tendencialmente agulhas mais longas e de menor calibre);
- Nas injeções intramusculares: injeção rápida, a 90°, sem aspiração;
- Administração da vacina mais dolorosa no final.

## 2.2 Estratégias Não Farmacológicas

As estratégias não farmacológicas são intervenções autónomas do enfermeiro com a criança e família que visam diminuir a ansiedade, proporcionar um ambiente acolhedor e diminuir a perceção da dor, sem o recurso a fármacos. São seguras, não invasivas e baratas, e a maior parte dependem apenas das funções de enfermagem (Hockenberry & Wilson, 2011). O enfermeiro deve estar desperto, conhecer e saber aplicar medidas não farmacológicas de controlo da dor.

Para além das estratégias não farmacológicas específicas, devem ser respeitados alguns princípios (Batalha, 2010, p.65):

- *“Identificar as experiências anteriores da dor e métodos usados no seu alívio;*
- *Negociar a presença dos pais ou pessoa significativa junto da criança;*
- *Informar de forma simples, exata e de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança;*
- *Ensinar pais e criança a enfrentarem os procedimentos dolorosos;*
- *Ser honesto;*
- *Dar feedback positivo;*
- *Nunca usar procedimentos médicos ou de enfermagem como ameaça;*
- *Permitir a expressão de sentimentos e emoções;*
- *Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor;*
- *Permanecer junto da criança após um ato doloroso;*
- *Avaliar continuamente a dor como outro sinal vital.”*

As estratégias não farmacológicas são inúmeras e normalmente “são categorizadas em comportamentais (envolvem o ensino de comportamentos concretos para o alívio da dor), cognitivas (usam métodos mentais para lidar com a dor), cognitivo-comportamentais (usam estratégias que têm por alvo o



comportamento e a cognição), físicas, emocionais e ambientais” (Batalha L. , 2010, p. 64). (ver Tabela 4)

Devem ser adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança e deve ser estimulada a presença dos pais e o seu envolvimento visto que proporciona sentimento de “segurança” à criança quando esta se sente ameaçada.

Tabela 4 – Intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais para controlo da dor durante procedimentos

<b>Intervenção</b>	<b>Modo de Aplicação</b>
<b>Amamentação</b>	Colocar o lactente ao seio materno antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final.
<b>Contenção com lençol ou contenção manual</b>	Envolver o lactente num lençol ou cobertor, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca. Conhecido como <i>swaddling</i> . A contenção manual é a utilização das mãos do profissional ou progenitor para segurar a cabeça, os braços e pernas do lactente mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão. Conhecido como <i>facilitated tucking</i> e <i>containment</i> .
<b>Distração</b>	Antes e durante o procedimento, desviar a atenção da criança através de atividades que envolvem a cognição (ver vídeo, imagens, contar histórias) ou o comportamento (cantar, soprar bolas de sabão), dependendo da idade e preferências da criança
<b>Glicose a 30% ou Sacarose a 24%</b>	Administrar 2 ml de solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento. Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos. A hora, volume e eventual ocorrência de efeitos adversos devem ser sempre registados no processo clínico. A solução de sacarose deve ser conservada no frigorífico durante um período não superior a 1 semana. <b>Nota:</b> é eficaz durante o primeiro ano de vida.
<b>Imaginação Guiada / Hipnoanalgesia</b>	Levar a criança a concentrar-se intensamente numa imagem mental do seu agrado que envolva componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas.
<b>Massagem</b>	Efetuar estimulação cutânea através de manipulação com ou sem aplicação de óleos, durante 15 a 30 minutos. Contraindicações: alterações da coagulação, presença de inflamação ou lesão cutânea.
<b>Modelação / Ensaio Comportamental</b>	Antes do procedimento, proporcionar a observação de outra criança ou adulto a ser submetido a uma simulação do procedimento e a utilizar eficazmente estratégias de enfrentamento (por exemplo em vídeo ou numa demonstração com boneco).
<b>Preparação</b>	Antes do procedimento, fornecer informação sobre o procedimento (o que vai passar-se) e sensorial (que sensações poderá ocorrer) a fim de ajudar a criança a criar uma expectativa realista. A preparação pode incluir a demonstração e manipulação de alguns materiais. <b>Nota:</b> a antecedência com que se faz a preparação é estimada pela idade e temperamento da criança, devendo não ser excessiva para evitar a ansiedade antecipatória mas suficiente para a criança se preparar.
<b>Reforço positivo</b>	Antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado e a



	recompensa. Após o final do procedimento, utilizar o elogio verbal (“gostei que tivesses ficado muito quieto como te pedi”) ou pequenos prémios (ex: autocolantes, certificados), conforme combinado.
<b>Relaxamento Muscular / Exercícios Respiratórios</b>	Antes e/ou depois do procedimento, utilizar uma combinação de relaxamento muscular progressivo e de exercícios respiratórios para reduzir o nível de vigília e ansiedade.
<b>Sucção Não Nutritiva</b>	Oferecer ao lactente a chupeta, como medida terapêutica.

Fonte: DGS. (18 de Dezembro de 2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Obtido em 19 de Dezembro de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>

O profissional de saúde deve seleccionar as intervenções não farmacológicas sensoriais e cognitivo-comportamentais mais apropriadas à situação. Na especificidade da vacinação em cuidados de saúde primários importa realçar os aspetos mais pertinentes.

A administração oral de soluções açucaradas (**Glicose a 30% ou Sacarose a 24%**) é muito eficaz na prevenção da dor no primeiro ano de vida da criança. Para além de eficazes, estas soluções são fáceis de administrar e rápidas a atuar. Para Batalha (2010, p.73) “*todas as substâncias açucaradas têm um efeito semelhante, mas a sacarose parece ser a mais eficaz*”. Alguns autores defendem que “*o uso da sacarose a 24%, associado ou não ao uso da chupeta, é o método de analgesia mais aconselhado no recém-nascido prematuro e no de termo e na criança pequena. O seu uso deve ser generalizado na picada do calcanhar e nas imunizações*”. (Fonseca & Santos, 2006, p. 121). Na ausência de sacarose, pode ser administrada a glicose a 30% pois, também reduz eficazmente a dor na vacinação. (Kassab, Sheehy, King, Fowler, & Foureur, 2012)

A **amamentação** durante a vacinação reduz eficazmente a dor induzida pelo procedimento. (Razek & El-Dein, 2009). Esta estratégia pode ser utilizada quando a criança é amamentada e se proporciona colocar/manter a criança à mama no momento da vacinação.

Existem alguns autores que defendem que “o método não farmacológico mais eficaz e adaptável é a **distração**” (Opperman & Cassandra, 2001, p. 114). Quando os enfermeiros recorrem à distração utilizam técnicas tais como a imaginação, o relaxamento, o humor, a música, a visualização de vídeos, o toque e outras modalidades que permitam canalizar a atenção para estímulos



agradáveis, exteriores à situação dolorosa (Paixão, 2010). Podemos então envolver a criança em brincadeiras, adequadas à idade e ao seu gosto.

No **reforço positivo**, *“a criança é elogiada ou recompensada com um relato positivo, brinquedo ou outro tipo de prémio imediatamente após o acto doloroso, quando manifestou e reconheceu a utilização de estratégias positivas no alívio da dor”* (Batalha, 2010, p.66). Nesse sentido foram elaborados diplomas que podem ser coloridos pela criança, para serem utilizados como prémio na vacinação. Idealmente devem ser fornecidos juntamente com um conjunto de lápis. (ver Apêndice 2).

O **relaxamento** é extremamente útil na redução da ansiedade e dor. *“Nas crianças mais pequenas podemos usar jogos como soprar numa corneta ou fazer bolas de sabão, o que facilita a aplicação da técnica e distrai a criança.”* (Batalha, 2010, p.67).

A **informação preparatória** consiste em informar a criança/pais acerca do procedimento a efetuar. A informação preparatória é muito importante tendo em conta que o *stress* inesperado provoca mais ansiedade e é mais difícil de ser enfrentado que o previsível ou antecipado. (Batalha, 2010).

Para além das estratégias mencionadas anteriormente, *“a **presença e participação dos pais** nos cuidados à criança são aspetos que não podem ser esquecidos em Pediatria”* (Batalha, 2010, p.71). No entanto, a presença dos pais por si só não é suficiente para uma gestão eficaz da dor, sendo crucial ensiná-los a terem uma presença de qualidade e a prepararem a criança para o momento da vacinação. De forma a orientar os pais na preparação do seu filho para a vacinação, foi realizado um folheto informativo dirigido a estes. (ver Apêndice 3).

De acordo com vários estudos, as diferentes estratégias não farmacológicas aqui referidas são muito eficazes, no entanto, a sua eficácia só se verifica quando são dirigidas tendo em consideração a idade, etapa de desenvolvimento e características individuais da criança/adolescente. Em suma, não existem um conjunto de instruções fixas para cada situação de dor, pois cada criança possui uma perceção própria de dor e níveis de desenvolvimento social, cognitivo, emocional e físico únicos.

A eficácia destas intervenções depende de numerosos fatores, sendo muito importante que os profissionais de saúde estejam conscientes do valor



da utilização destas estratégias na sua prática diária (Uman, Chambers, McGrath, & Kisely, 2008).

### 2.1.1 O KIT Vacina Sem Dói-Dói como estratégia

Brincar é uma das melhores formas de estimular o desenvolvimento e o potencial de uma criança e de reduzir a ansiedade da criança durante os procedimentos dolorosos. Os enfermeiros devem incluir atividades recreativas como parte do cuidado de enfermagem (Hockenberry & Wilson, 2011). É um desafio para os profissionais de saúde saber fazer do brincar não apenas uma brincadeira mas um ato com intencionalidade terapêutica.

O KIT vacina sem dói-dói (Fig.1 e Fig.2) apresenta um conjunto de material lúdico adequado a cada faixa etária de forma a ser um instrumento disponível para auxiliar os profissionais de saúde a prevenir a dor na criança no momento da vacinação, através da aplicação de estratégias não farmacológicas que incluam o “brincar”. (ver Apêndice 4)



Fig.1 – KIT Vacina Sem Dói-Dói



Fig.2 – KIT Vacina Sem Dói-Dói

A utilização do KIT, de acordo com Correia (2005, p.4) “*facilita a aprendizagem de estratégias para minorar o medo e a ansiedade da criança/adolescente e pais, diminuindo a percepção de dor dos procedimentos e otimizando a cooperação dos vários intervenientes nos tratamentos.*”

Permite o desenvolvimento de estratégias comportamentais e cognitivas que favorecem o controlo da dor. O relaxamento obtido através da respiração



diafragmática com a utilização por exemplo de língua de sogra, a contração de grupos musculares com o uso de bolas antistress, a musicoterapia e o material didático destinados à simulação dos procedimentos pela criança; a distração através da história, da música e do brinquedo.

A utilização do KIT com a criança e sua família permite aos enfermeiros uma intervenção planeada, face aos procedimentos que possam induzir dor, com posterior registo na folha de enfermagem da estratégia usada e do seu resultado.

### 2.3 Estratégias Farmacológicas

O tratamento farmacológico da dor aguda pediátrica envolve diversos medicamentos. Nem todos necessitam de prescrição médica e podem ser usadas na vacinação, nos cuidados de saúde primários.

#### EMLA<sup>®</sup>

Um dos fármacos mais utilizados na prevenção da dor nas injeções é o **EMLA<sup>®</sup>**. Este consiste numa mistura de dois anestésicos locais (lidocaína 2,5% e prilocaína 2,5%) sob a forma de **creme sob penso oclusivo** ou **penso impregnado**.

Tabela 5 – EMLA

Nome Farmacológico	Indicação	Posologia	Início de ação	Duração de ação
Lidocaína+prilocaína creme (EMLA)	Anestesia tópica da pele íntegra	<b>Creme sob penso oclusivo:</b> 0-3 M: 0,5g (Máx: 1g/dia) 4-12 M: 0,5g (Máx: 2g/dia) 1-6 A: 1-2g (Máx: 10g/dia) 7-11 A: 1-2g (Máx: 20g/dia) ≥12A: 2-3g (Máx: 50g/dia)  <b>Penso impregnado</b>	60`  Pico de ação: 120`	4h

Fonte: DGS. (18 de Dezembro de 2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Obtido em 19 de Dezembro de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>

Deve ser aplicado o creme sob penso oclusivo, de acordo com dose e tempo de oclusão indicados pela DGS (2012). (ver Tabela 5)



A utilização de **EMLA Creme** ou de **EMLA Penso** antes da administração intramuscular da vacina do sarampo, papeira, rubéola, difteria, tosse convulsa, tétano, poliovírus inactivos, Haemophilus influenzae b ou Hepatite B não afecta a concentração média de anticorpos, a taxa de seroconversão, ou a proporção de doentes que atingem quantidades de anticorpos pós imunização protectores ou positivos, quando comparado com doentes tratados com placebo. (Infarmed, 2010) e “(...) *embora um estudo clínico tenha sugerido que a resposta imunitária não é afectada quando se usa EMLA antes da injeção da vacina da BCG, os resultados de injeções intracutâneas de vacinas vivas devem ser monitorizados*” (Infarmed, 2010, p. 3)

Os pais devem ser informados sobre as suas características e sobre a possibilidade deles próprios o adquirirem e utilizarem.

A sua utilização deve ser sempre combinada entre o enfermeiro e os pais, de forma a garantir que a aplicação do penso seja efetuada no local certo e com a antecedência adequada.

### **ELA Max<sup>®</sup>**

É um creme anestésico tópico local constituído por 40 mg de lidocaína que apresenta a vantagem de requer apenas 30 minutos de aplicação e não necessita de oclusão. (Batalha, 2010)

### **Cloreto de Etilo**

A aplicação de *spray* frio como o cloreto de etilo é uma técnica rápida e de baixo custo, com eficácia para procedimentos de curta duração como a vacinação. (Batalha, 2010)

### **Paracetamol**

Segundo Batalha (2010, p.53) “o Paracetamol é o analgésico mais prescrito em pediatria”. Pode ser usado se dor ou febre sendo aconselhado pela DGS 4 a 6 horas após o ato vacinal. (DGS, 2012). A dosagem depende da idade da criança e via de administração.



### 3. REGISTOS DE ENFERMAGEM

A importância de um sistema de registos para a organização dos cuidados de enfermagem vem enunciado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sendo necessária *“a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente”* (OE, 2001, p. 15).

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

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

Exemplo: *“Criança de 12 meses vai realizar vacinas do PNV”*:

- *Realizado acolhimento à criança e sua mãe;*
- *Administrada Glucose a 30% 2 minutos antes do procedimento e vacina realizada ao colo da mãe;*
- *Intensidade de dor de 1 durante o procedimento e 0 depois do procedimento (Utilizada escala de FLACC);*
- *Realizados ensinios relacionados com as vacinas realizadas.*



#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desconforto físico e emocional associado às agulhas e à vacinação é sempre uma experiência desagradável e por conseguinte um fator de *stress* para a criança/adolescente e seus pais/famílias, podendo facilmente contribuir para destabilizar o equilíbrio do seu sistema.

A intervenção do enfermeiro na prevenção da dor na criança sujeita a vacinação ajuda a criança a lidar com os *stressores* e assim a manter o seu equilíbrio e bem-estar. O objetivo principal do enfermeiro é intervir na manutenção da estabilidade do sistema, assistindo nos efeitos ou possíveis efeitos dos *stressores* ambientais e auxiliando de forma a atingir o bem-estar. É fundamental que os cuidados de enfermagem se direcionem para a minimização das consequências negativas e para a potencialização dos efeitos positivos, transformando desta forma uma experiência dolorosa numa vivência de aprendizagem saudável.

Torna-se essencial que as intervenções de enfermagem sejam dirigidas aos pais por forma a minimizar os *stressores* e a maximizar a parentalidade no momento da vacinação. Os enfermeiros devem encorajar os pais a usarem estratégias de distração mais adequadas e oportunas ou a utilizarem mais comportamentos promotores de *coping*, pois, muitas vezes eles não sabem qual a melhor forma de ajudar o seu filho (Pedro, Barros, & Moleiro, 2010).

Este trabalho pretende ser um contributo para a sensibilização dos profissionais para a preparação da criança para a vacinação. Nele estão compiladas diversas estratégias, cabendo aos enfermeiros decidir qual a melhor intervenção, tendo em conta a criança e a família presentes.

Segundo Batalha (2010, p.117) “*mudar os hábitos de um grupo é mais fácil do que de cada um individualmente. Por isso, as acções de sensibilização e formação conjuntas (Médicos, Enfermeiros e outros) podem ser mais proveitosas. (...) Não são um fim em si mesmas, mas apenas o pré-requisito necessário para criar uma dinâmica de mudança*”. Nesse sentido, foi realizada uma sessão de formação dirigida à equipa multidisciplinar da USFAL com o tema: “*Prevenção da Dor da Criança Sujeita à Vacinação*” (ver Apêndice 5).



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica. Perspectiva Desenvolvimentista* (2ª Edição ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. (2010). Intervenções Não Farmacológicas no Controlo da Dor em Cuidados Intensivos Neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, III - nº2, 73-80.
- Batalha, L. M. (2005). As Dificuldades na Quantificação Exacta da Dor. *Revista Servir*, nº53-nº4, 166-174.
- Batalha, L. M., Reis, G. M., Costa, L. P., Carvalho, M. D., & Miguens, A. P. (2009). Adaptação Cultural e Validação da Reprodutibilidade da Versão portuguesa da Escala de Dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em Crianças. *Revista Referência*, nº10, 7-14.
- Batalha, L., Santos, L. A., & Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38, 144-151.
- Brazelton, T. (2010). *O Grande Livro da Criança: o Desenvolvimento Emocional e do Comportamento Durante os Primeiros Anos* (12ª Edição ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Cassidy, K., Reid, G., Smith, D., Brown, T., & Finley, G. (2001). A Randomized double-blind, placebo-controlled trial of the EMLA® Patch for the Reduction of Pain Associated With Intramuscular Injection in Four to Six-year-old Children. *Acta Paediatr*, 90, 1329-1336.
- Correia, M. I. (2005). Kit sem-dói-dói para ajudar a criança a lidar com a dor. *Enfermagem em Foco*, nº61, 39-40.
- DGS. (14 de Junho de 2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Obtido em 17 de Março de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- DGS. (14 de Dezembro de 2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Obtido em 17 de Março de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- DGS. (18 de Dezembro de 2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Obtido em 19 de Dezembro de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>



DGS. (18 de Junho de 2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Obtido em 17 de Março de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>

DGS. (21 de Dezembro de 2011). *Programa Nacional de Vacinação 2012*. Obtido em 14 de Março de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>

DGS. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica - vol I*. Obtido em 27 de Janeiro de 2013, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>

Dilen, B., & Elseviers, M. (junho de 2010). Oral glucose solution as pain relief in newborns: results of a clinical trial. *Birth*, 37, pp. 98-1005.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica*. Loures: Lusociência.

Fernandes, A. (2000). *Crianças com Dor: O Quotidiano do Trabalho de Dor no Hospital*. Coimbra: Quarteto Editora.

Fernandes, A. M. (2010). *Tese de Doutoramento: The efficacy of Kangaroo mother care, sucrose and pacifier to reduce responses of preterm infants to procedural pain*. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Fernandes, S., & Arriaga, P. (2010). Considerações gerais sobre a definição e a avaliação da dor pediátrica. *In Mind Português*, 1, nº 2-3, 30-38.

Fonseca, A., & Santos, L. (Dezembro de 2006). *Instituto de Apoio à Criança*. Obtido em 17 de Março de 2012, de A Dor na Criança: Atendimento de Crianças e Jovens nos Centro de Saúde: [http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/livro\\_dor\\_na\\_crianca.pdf](http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/livro_dor_na_crianca.pdf)

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

Gândara, M. (2005). Dilemas Éticos e Processo de Decisão. In M. C. Neves, & S. Pacheco, *Para uma Ética da Enfermagem* (pp. 403-416). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Grilo, A. M., & Pedro, H. (2005). Contributos da Psicologia para as Profissões de Saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6, 69-89.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª Edição ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

IAC. (Maio de 2008). *Carta da Criança Hospitalizada*, 4ª. Obtido em 17 de Março de 2012, de Instituto de Apoio à Criança: <http://www.iacrianca.pt/pt/carta-da-crianca-hospitalizada>



IASP. (22 de Maio de 2012). *IASP Taxonomy*. Obtido em 1 de Setembro de 2012, de International Association for the Study of Pain: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>

Infarmed. (29 de Setembro de 2010). *Resumo das Características do Medicamento - EMLA Creme*. Obtido em 27 de Janeiro de 2013, de Infarmed: [http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=2966&tipo\\_doc=rcm](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2966&tipo_doc=rcm)

Infarmed. (29 de Setembro de 2010). *Resumo das Características do Medicamento - EMLA Penso*. Obtido em 27 de Janeiro de 2013, de Infarmed: [http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=2967&tipo\\_doc=rcm](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2967&tipo_doc=rcm)

Kassab, M., Sheehy, A., King, M., Fowler, C., & Foureur, M. (março de 2012). A double-blind randomised controlled trial of 25% oral glucose for pain relief in 2-month old infants undergoing immunisation. *International Journal of Nursing Studies*, 49, pp. 249-256.

Koller, D., & Goldman, R. D. (2011). Distraction Techniques for Children Undergoing Procedures: A Critical Review of Pediatric Research. *Journal of Pediatric Nursing*, 1-28.

OE. (Junho de 2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Obtido em 24 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

OE. (Junho de 2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Obtido em 24 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

OE. (Dezembro de 2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Obtido em 6 de Outubro de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

OE. (5 de Maio de 2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido em 4 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

OE. (20 de Outubro de 2010). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Obtido em 24



de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)

OE. (2006). Sistema de desenvolvimento Profissional e Certificação de Competências. *Revista Ordem dos Enfermeiros* , 22, 26-28.

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

Paixão, M. J. (2010). Realidade Virtual no Controlo da Dor e do Distress Associados a Procedimentos Dolorosos, em Crianças e Adolescentes. *Pensar Enfermagem* , 14, nº2, 2-18.

Pedro, H., Barros, L., & Moleiro, C. (2010). Brief Report: Parents and Nurses' Behaviors Associated with Child Distress during Routine Immunization in a Portuguese Population. *Journal of Pediatric Psychology* , 35, 602-610.

Razek, A., & El-Dein, N. (2009). Effect of Breast-feeding in Pain Relief During Infant Immunization Injections. *International Journal of Nursing Practice* , 99-104.

Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: colectânia descritiva de etapas. *Percursos* , 15, 1-37.

Santos, L. (Janeiro/Março de 2007). A Dor na Criança: Atendimento de Crianças e Jovens nos Centros de Saúde. *Boletim do IAC* , 83.

Taddio, A. e. (2010). Reducing the Pain of Childhood Vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal* , 182, 843-855.

Tavares, P. P. (2011). *Acolher Brincando - A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.

Uman, L., Chambers, C., McGrath, P., & Kisely, S. (2008). Psychological Interventions for Needle-Related Procedural Pain and Distress in Children and Adolescents (Review). *Evidence-Based Child Health: a Cochrane Review Journal* , 323-398.



## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE 1**

Escalas de Avaliação da Intensidade da Dor

### **APÊNDICE 2**

Diplomas e Lápis de Cor

### **APÊNDICE 3**

Folheto “*Vacinação Infantil – Como Ajudar o Seu Filho*”

### **APÊNDICE 4**

Lista de Material do KIT Vacina Sem Dói-Dói

### **APÊNDICE 5**

Sessão “Prevenção da Dor da Criança Sujeita a Vacinação”

## **ANEXOS**

DGS-ORIENTAÇÕES

RESUMOS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO / INFARMED

ARTIGOS

## APÊNDICE 17

Sessão de Formação: Plano de Sessão e Apresentação



## UC: Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem

# Prevenção da Dor da Criança Sujeita à Vacinação





## Objetivo Geral

Definir um padrão de intervenção de enfermagem na avaliação, registo sistemático e aplicação de estratégias na prevenção da dor da criança sujeita a vacinação

## Objetivos Específicos

Que no final da sessão os formandos:

- Apresentem dois argumentos sobre a importância de prevenir a dor na criança
- Nomeiem duas escalas de avaliação da dor e que identifiquem a respetiva idade alvo
- Indiquem pelo menos três estratégias não farmacológicas de alívio da dor
- Reflitam na implementação do projeto de prevenção da dor na criança sujeita a vacinação



## DOR

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define **dor** como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão. (IASP, 2011)

A dor é uma experiência complexa, multidimensional e subjetiva que está associada a altos níveis de **stress** e **ansiedade** durante os procedimentos o que pode resultar, a longo prazo, em efeitos emocionais negativos (Koller & Goldman, 2011)

Refere que “*as injeções realizadas na vacinação são as fontes mais comuns de dor iatrogénica na infância.*” (Taddio, 2010, p.843)



# PREVENÇÃO DA DOR



O alívio da dor é uma necessidade e um direito da criança.

O seu direito está consignado na **Carta da Criança Hospitalizada**, segundo a qual *“as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”* (IAC, 2008, p.6)

*“O controlo da dor deve (...) ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde”* (DGS, 2008, p.2).



## PREVENÇÃO DA DOR - Portugal

Direcção-Geral da Saúde  
[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)



Ministério da Saúde

**2003:** “*A Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*” - Circular Normativa

**2008:** “*Programa Nacional de Controlo da Dor*” - Circular Normativa

**2010:** “*Orientações Técnicas sobre a Avaliação da Dor nas Crianças*”

**2012:** “*Orientações Técnicas Sobre o Controlo da Dor nos Recém-Nascidos (0 aos 28 dias)*”

**2012:** “*Orientações Técnicas Sobre o Controlo da Dor em Procedimentos Invasivos nas Crianças (1 mês a 18 anos)*”



## Reações da Criança Face à Dor

Nível de desenvolvimento

Contexto familiar e cultural

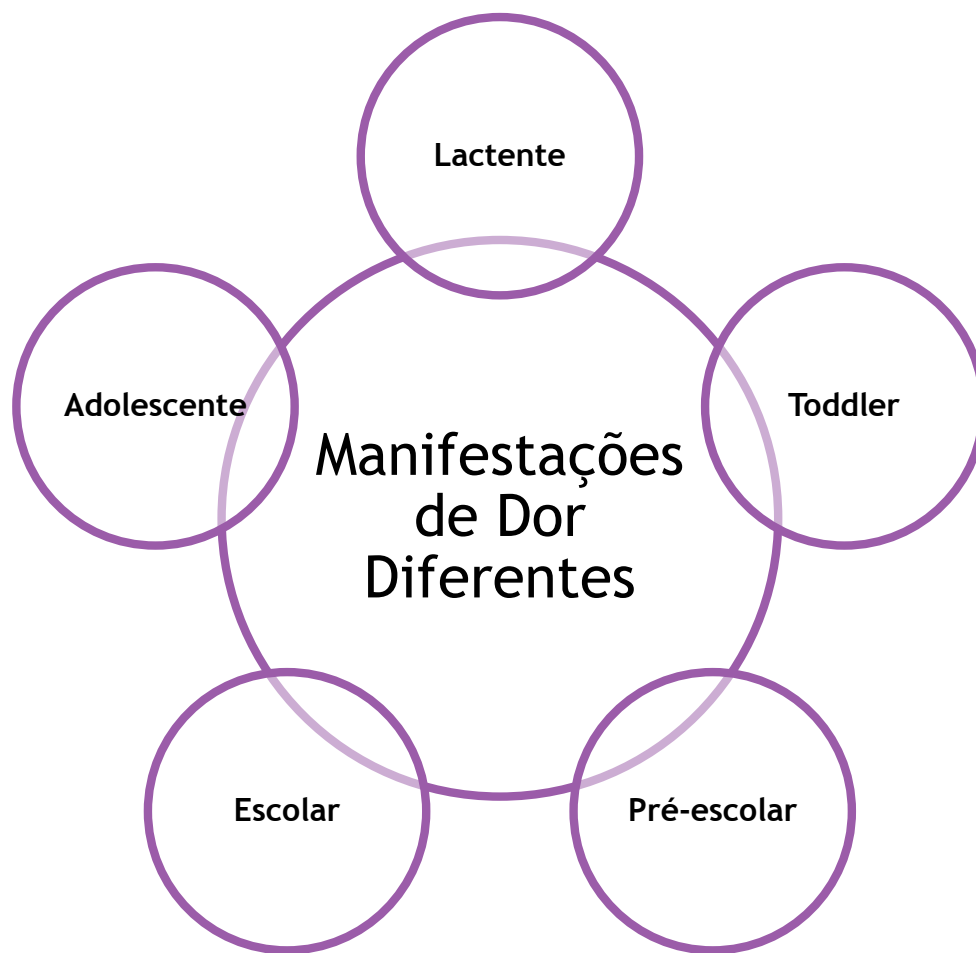
Experiências prévias

Idade

Sexo



## Reações da Criança Face à Dor





# História de Dor

*“colheita de informação que permita orientar a avaliação e o controlo da dor utilizando todas as fontes de informação documentais disponíveis, aliadas à observação e entrevista dos pais/cuidador principal e da criança a partir dos 3 anos”*

DGS (2010, p.1)

História de Dor	
Características da dor: Intensidade	Escala: _____ Valor Durante _____ Valor Depois _____
Características da dor: Qualidade	
Fatores de alívio	
Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas	
Formas habituais de comunicar/manifestar/expressar a dor	
Experiências anteriores traumatizantes e medos	
Estratégias de <u>Coping</u>	





# Avaliação da Dor / Escalas de Dor

## Recém-Nascido: NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

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



## Avaliação da Dor / Escalas de Dor

28 dias aos 4 anos:  
**FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)**

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



# Avaliação da Dor / Escalas de Dor

Entre os 4 e os 6 anos:  
Escala de Faces de Wong-Baker



0



1



2



3



4

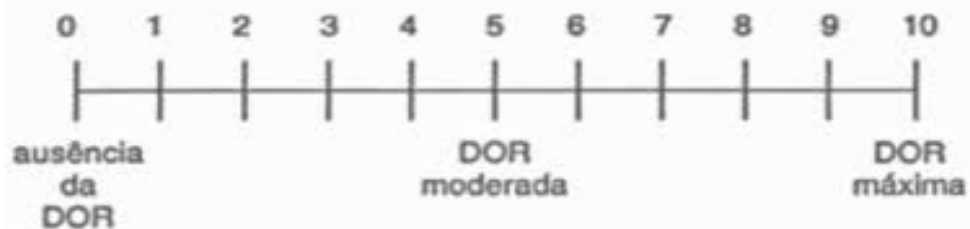


5



## Avaliação da Dor / Escalas de Dor

A partir dos 6 anos:  
Escala Numérica





# Avaliação da Dor

Escalas	NIPS	FLACC	Faces	Numérica
<b>Amplitude de pontuação</b>	0-7	0-10	0-10	0-10
	0-sem dor	0-sem dor	0-sem dor	0-sem dor
	1-2-dor ligeira	1-3-dor ligeira	1-3-dor ligeira	10-dor máxima
	3-4-dor moderada	4-6-dor moderada	4-6-dor moderada	
	5-7-dor severa	7-10-dor severa	7-10-dor severa	



## Alguns Princípios para redução ansiedade/medo e prevenção da dor:

- Estabelecer uma relação empática e de confiança com a criança/família;
- Proporcionar um ambiente acolhedor, estruturado, que proporcione distração;
- Utilizar linguagem adequada à idade e experiências da criança (tendo em atenção a terminologia escolhida: evitando palavras como: "picada de abelha", "picadinha");
- Ser honesto / não mentir à criança;
- Encorajar os pais a permanecerem com a criança durante o procedimento;
- Valorizar as atitudes de controlo e colaboração (ex: elogiar, recompensar o comportamento da criança) / dar feedback positivo.



# Estratégias

Para serem eficazes, as estratégias devem ser adequadas à idade, ao procedimento e ao desenvolvimento da criança. É fundamental que o enfermeiro adote uma série de estratégias e técnicas que contribuam para diminuir a ansiedade, proporcionar um ambiente acolhedor e diminuir a percepção de dor da criança/pais. (Barros, 2003)

Estratégias Não Farmacológicas

Estratégias Farmacológicas



## Estratégias Não Farmacológicas

### Amamentação

- Colocar o lactente ao seio materno antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final.



## Estratégias Não Farmacológicas

### Contenção com lençol ou contenção manual

- Envolver o lactente num lençol ou cobertor, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca. Conhecido como *swaddling*.
- A contenção manual é a utilização das mãos do profissional ou progenitor para segurar a cabeça, os braços e pernas do lactente mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão. Conhecido como *facilitated tucking* e *containment*.
- ≠ Restrição Física
- Útil até ao desaparecimento do Reflexo de Moro



## Estratégias Não Farmacológicas

### Distração

- Antes e durante o procedimento, desviar a atenção da criança através de atividades que envolvem a cognição (ver vídeo, imagens, contar histórias) ou o comportamento (cantar, soprar bolas de sabão), dependendo da idade e preferências da criança

### Kit Vacina Sem Dói-Dói





## Estratégias Não Farmacológicas

Glicose a 30% ou  
Sacarose a 24%

- Administrar 2 ml de solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento
- Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos.
- É eficaz durante o primeiro ano de vida.





## Estratégias Não Farmacológicas

### Imaginação Guiada

- Levar a criança a concentrar-se intensamente numa imagem mental do seu agrado que envolva componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas.



## Estratégias Não Farmacológicas

### Massagem

- Efetuar estimulação cutânea através de manipulação com ou sem aplicação de óleos, durante 15 a 30 minutos.
- Contraindicações: alterações da coagulação, presença de inflamação ou lesão cutânea.



## Estratégias Não Farmacológicas

### Modelação / Ensaio Comportamental

- Antes do procedimento, proporcionar a observação de outra criança ou adulto a ser submetido a uma simulação do procedimento e a utilizar eficazmente estratégias de enfrentamento (por exemplo em vídeo ou numa demonstração com boneco).



# Estratégias Não Farmacológicas

## Preparação

- Antes do procedimento, fornecer informação sobre o procedimento (o que vai passar-se) e sensorial (que sensações poderá ocorrer) a fim de ajudar a criança a criar uma expectativa realista.
- Pode incluir a demonstração e manipulação de alguns materiais.
- A antecedência com que se faz a preparação é estimada pela idade e temperamento da criança, devendo não ser excessiva para evitar a ansiedade antecipatória mas suficiente para a criança se preparar.

## Que vacinas fazem parte do Plano Nacional de Vacinação?

Vacina contra:	Idades									
	0 Nasc- cimento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5-6 anos	10-13 anos	Toda a vida 10-10 anos	
Tuberculose	BCG									
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3						
Difteria - Tétano - Tosse Coqueluche	HD 1	HD 2	HD 3	HD 3	HD 4	DTP 1	DTP 1	DTP 1		
Poliomielite	VTP 1	VTP 2	VTP 3	VTP 3			VTP 4			
Menigococo C					MMPC 1					
Sarampo - Paratife exsulfica - Bactera							VASPR 1			
Infecções por vírus Papiloma Humano							VASPR 2		HPV 1,2,3	Class.

## Como pode ajudar o seu filho a preparar-se para as vacinas?

É natural a criança sentir medo das vacinas. Assim, dependendo da idade, pode:

- Explicar antecipadamente o que vai fazer e para que serve a vacina, com linguagem simples e adequada;
- Evitar expressões do tipo "picada de abelha", "agulha" e substituir por exemplo por "remédio por baixo da pele";
- Incentivar a criança a trazer um objeto familiar (chucha, brinquedo, cobertor);
- No momento da vacinação, fique junto da criança, encoraje-a, console-a e distraia-a;
- Elogie o seu filho no final por tudo o que conseguiu, mesmo se chorar.

E, não se esqueça que as crianças são o reflexo do adulto que delas cuida. Por isso é importante que dê o exemplo vacinando-se também!

Fontes: DGS (21 de Dezembro de 2011), Programa Nacional de Vacinação 2012. Obido em 14 de Março de 2012, de Direcção-Geral de Saúde: [http://nrv.dgs.pt/DGS/2006/03/dgs/dgs\\_novo\\_2012.pdf](http://nrv.dgs.pt/DGS/2006/03/dgs/dgs_novo_2012.pdf). Obido em 27 de Janeiro de 2012, de Direcção-Geral de Saúde: <http://nrv.dgs.pt/Ordem%20dos%20Estrat%C3%A9gicos%20de%20Vacina%C3%A7%C3%A3o>. Obido em 21 de Março de 2012, de Direcção dos Enfermeiros: <http://membros.ordenamenteiros.pt/Publicacoes/Ordem%20de%20Vacina%C3%A7%C3%A3o>. Fonte: Imagem: <http://www.ardorvisual.com/fotos/Trabalho/2008>.



Tel: 214992311/13  
Fax: 2149 9241 7

Net: [ordem@ordem.pt](mailto:ordem@ordem.pt)  
Site: <http://amatolusitano.net/>

Elaborado por: **Dr.ª Filipa Azevedo** (Aluna 3<sup>o</sup>CMESIP-ESEL)  
Orientadora: **Dr.ª Ana Falco**  
Fevereiro de 2013



## Vacinação Infantil



As vacinas podem ser realizadas nas Consultas de Saúde Infantil ou no seguinte horário aberto ao Público:

2<sup>o</sup>f: das 14h às 18h45

5<sup>o</sup>f: das 9h às 11h45 e das 14h às 16h45

## Vacinas

É um meio eficaz e seguro de protecção contra algumas doenças;

As vacinas do Plano Nacional de Vacinação são gratuitas;

Aos 12 meses, o seu filho já estará protegido contra 6 doenças.



## Reações mais frequentes:

### BCG:

Alguns dias após a injeção, forma-se um nódulo vermelho que se tornará numa pequena bolha que pode libertar pus.

Depois disso forma-se uma crosta que cairá sozinha e dará lugar a uma pequena cicatriz.

**Importante:** Não deve colocar cremes nem tentar remover a crosta, porque irá sarar espontaneamente.

## Reações mais frequentes:

### VHB, Hib, VIP, DTP, MenC e Td:

No local da vacina pode ter dor, rubor/vermelhidão, edema/inchaço e durão. Pode fazer febre no próprio dia ou no seguinte. Pode também ocorrer irritabilidade, alteração do sono, náuseas, vómitos e diarreia.

### VASPR:

Ardor, calor, dor, rubor/vermelhidão e edema/inchaço no local da injeção. E 5 a 12 dias após a vacinação pode surgir: febre, pequenas borbulhas/manchas no corpo e ligeiro inchaço no pescoço.

### HPV:

Dor, rubor/vermelhidão e edema/inchaço no local da injeção. Pode ainda surgir febre, tonturas ou dores de cabeça.



Em caso de dúvida ou agravamento das reações contacte o seu Enfermeiro ou o seu Médico de Família.

## O que fazer em caso de:

### FEBRE

- O seu filho tem febre quando a temperatura axilar for superior a 38,5°C;
- Deve sempre medir a temperatura com um termómetro;
- Durante a subida da temperatura (quando há arrepios, calafrios e quando as mãos e os pés estão frios) deve agasalhar a criança;
- Durante a descida da temperatura, há que permitir a libertação de calor, logo retirar a roupa;
- Reforce a ingestão de líquidos;
- Dê o medicamento próprio para a febre, recomendado pelo seu enfermeiro/médico de família.

### DOR, CALOR, EDEMA, RUBOR

- Colocar gelo num saco de plástico, envolvê-lo num pano e aplicar no local da vacina, várias vezes ao dia, fazendo movimentos circulares.

## Forma correta de colocar um supositório:

MODO INCORRECTO

MODO CORRECTO



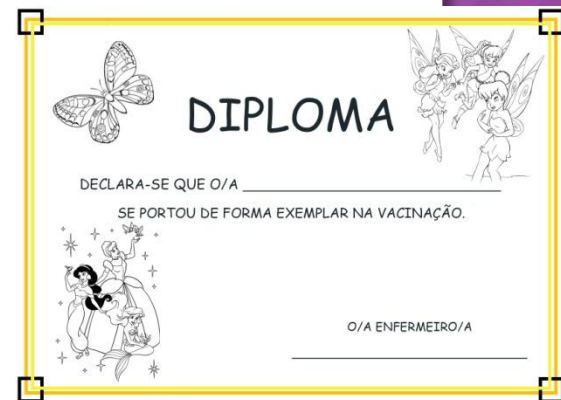
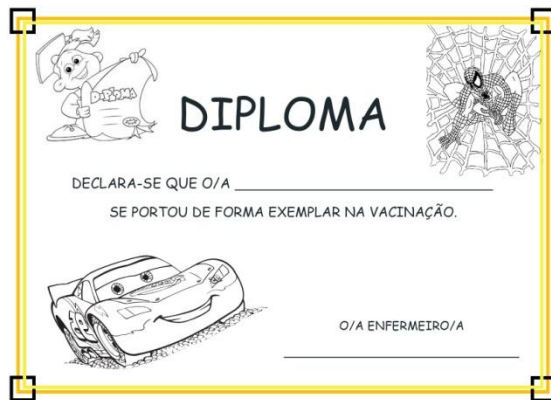
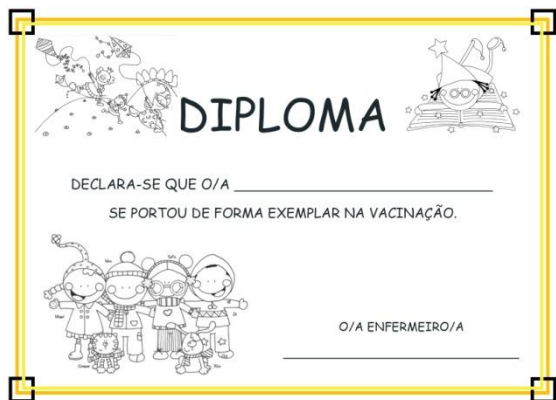
(Evita a saída do supositório, quando a criança faz força.)



# Estratégias Não Farmacológicas

## Reforço positivo

- Antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado e a recompensa.
- Após o final do procedimento, utilizar o elogio verbal (“gostei que tivesses ficado muito quieto como te pedi”) ou pequenos prémios (ex: autocolantes, certificados), conforme combinado.





## Estratégias Não Farmacológicas

### Relaxamento Muscular / Exercícios Respiratórios

- Antes e/ou depois do procedimento, utilizar uma combinação de relaxamento muscular progressivo e de exercícios respiratórios para reduzir o nível de vigília e ansiedade.



## Estratégias Não Farmacológicas

### Sucção Não Nutritiva

- Oferecer a chupeta como medida terapêutica.



# Estratégias Farmacológicas



EMLA®



Paracetamol



ELA Max®



Cloreto de Etilo





## Registos de Enfermagem

Nos registos de enfermagem devem ser incluídos os seguintes pontos:

- História de dor
- Escala de avaliação da intensidade de dor utilizada
- Intensidade de dor avaliada
- Estratégias utilizadas e sua eficácia

Exemplo: “Criança de 12 meses vai realizar vacinas do PNV”:

- *Realizado acolhimento à criança e sua mãe;*
- *Administrada Glucose a 30% 2 min antes do procedimento e vacina realizada ao colo da mãe;*
- *Intensidade de dor de 1 durante o procedimento e 0 depois do procedimento (Utilizada escala de FLACC);*
- *Realizados ensinios relacionados com as vacinas realizadas.*



## Conclusões


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



## ORIENTAÇÃO TÉCNICA

*A Intervenção do Enfermeiro na Prevenção da Dor na Criança Sujeita a Vacinação*



Elaborado por: Filipa Santos Azeredo (Aluna KESIP \_ESEL)  
Orientada por:  Ana Falcão  
Orientador pedagógico: Prof. Odete Lemos e Sousa

12-02-2013





# Referências Bibliográficas

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista* (2ª Edição ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. (2010). Intervenções Não Farmacológicas no Controlo da Dor em Cuidados Intensivos Neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, III - nº2, 73-80.
- Brazelton, T. (2010). *O Grande Livro da Criança: o Desenvolvimento Emocional e do Comportamento Durante os Primeiros Anos* (12ª Edição ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Correia, M. I. (2005). Kit sem-dói-dói para ajudar a criança a lidar com a dor. *Enfermagem em Foco*, nº61, 39-40.
- DGS. (14 de Junho de 2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Obtido em 17 de Março de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- DGS. (14 de Dezembro de 2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Obtido em 17 de Março de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- DGS. (18 de Dezembro de 2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Obtido em 19 de Dezembro de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- DGS. (18 de Junho de 2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Obtido em 17 de Março de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- DGS. (21 de Dezembro de 2011). *Programa Nacional de Vacinação 2012*. Obtido em 14 de Março de 2012, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- DGS. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica - vol I*. Obtido em 27 de Janeiro de 2013, de Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- Fernandes, A. (2000). *Crianças com Dor: O Quotidiano do Trabalho de Dor no Hospital*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª Edição ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- IAC. (Maio de 2008). *Carta da Criança Hospitalizada*, 4ª. Obtido em 17 de Março de 2012, de Instituto de Apoio à Criança: <http://www.iacrianca.pt/pt/carta-da-crianca-hospitalizada>
- IASP. (22 de Maio de 2012). *IASP Taxonomy*. Obtido em 1 de Setembro de 2012, de International Association for the Study of Pain: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>
- Infarmed. (29 de Setembro de 2010). *Resumo das Características do Medicamento - EMLA Creme*. Obtido em 27 de Janeiro de 2013, de Infarmed: [http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=2966&tipo\\_doc=rcm](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2966&tipo_doc=rcm)
- Infarmed. (29 de Setembro de 2010). *Resumo das Características do Medicamento - EMLA Penso*. Obtido em 27 de Janeiro de 2013, de Infarmed: [http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=2967&tipo\\_doc=rcm](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2967&tipo_doc=rcm)
- Koller, D., & Goldman, R. D. (2011). Distraction Techniques for Children Undergoing Procedures: A Critical Review of Pediatric Research. *Journal of Pediatric Nursing*, 1-28.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model* (3ª Edição ed.). New jersey: Appleton e Lange.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª Edição ed.). NJ: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros. (Junho de 2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Obtido em 24 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Pedro, H., Barros, L., & Moleiro, C. (2010). Brief Report: Parents and Nurses` Behaviors Associated with Child Distress during Routine Immunization in a Portuguese Population. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 602-610.
- Razek, A., & El-Dein, N. (2009). Effect of Breast-feeding in Pain Relief During Infant Immunization Injections. *International Journal of Nursing Practice*, 99-104.
- Santos, L. (Janeiro/Março de 2007). A Dor na Criança: Atendimento de Crianças e Jovens nos Centros de Saúde. *Boletim do IAC*, 83.
- Taddio, A. e. (2010). Reducing the Pain of Childhood Vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 182, 843-855.
- Tavares, P. P. (2011). *Acolher Brincando - A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.



**Muito Obrigada!**



## APÊNDICE 18

Questionário e Avaliação da Sessão

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

*Uma vez concluída esta acção de formação, importa procedermos a uma avaliação do processo formativo, pelo que pedimos a sua colaboração no preenchimento deste questionário.  
A sua opinião ajudar-nos-á a melhorar futuras acções.*

*Obrigada.*

### Identificação da Acção de Formação:

Na sua avaliação, utilize a seguinte escala: **1 – Mau    2 – Insuficiente    3 – Suficiente    4 – Bom    5 – Muito Bom**

#### 1 – Conhecimentos Iniciais

**1    2    3    4    5**

Ao apresentar-se nesta formação os seus conhecimentos sobre as temáticas abordadas eram:

--	--	--	--	--

#### 2 – Expectativas

**1    2    3    4    5**

a) Esta formação correspondeu ao que esperava?

--	--	--	--	--

b) Considera-a adequada às suas necessidades?

--	--	--	--	--

#### 3 – Formadores

Formador	O Formador transmitiu com clareza os assuntos abordados?					O Formador conseguiu criar um clima propício à participação?					O Formador dominava o assunto que expôs?					Os métodos utilizados foram os mais ajustados?				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

**4 – Funcionamento da Formação****1 2 3 4 5**

a) Os objectivos eram claros?					
b) O conteúdo foi adequado à função que desempenha?					
c) Estava bem estruturada?					
d) Os textos de apoio distribuídos foram adequados em quantidade e qualidade?					
e) Os meios audiovisuais utilizados foram adequados?					
f) A duração foi adequada?					

**5 – Resultados alcançados****1 2 3 4 5**

Como classifica os resultados alcançados pela frequência desta formação?					
--	--	--	--	--	--

**6 – Na sua opinião esta formação irá alterar comportamentos/técnicas?**


---



---



---



---



---

**7- Sugestões/Críticas**


---



---



---



---



---



---

Categoria Profissional \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Muito obrigada pela sua colaboração!**

**Elaborado por:** Filipa Azevedo (estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria)

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

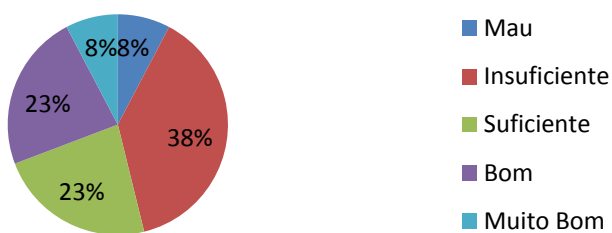
Realizei uma Sessão de Formação com o tema: **“Prevenção da Dor da Criança Sujeita à Vacinação”** de forma a divulgar o meu projeto de estágio e a sensibilizar os profissionais de saúde da USF A para a importância do investimento nesta área e a envolver toda a equipa neste projeto.

A Sessão de Formação programada foi concretizada no dia 12 de fevereiro de 2013, no ACES VII Amadora, na USF A. Teve a duração de 30 minutos e teve como Objetivo Geral: *“Definir um padrão de intervenção de enfermagem na avaliação, registo sistemático e utilização de estratégias na prevenção da dor da criança sujeita a vacinação”*. Estiveram presentes 14 formandos, sendo: 4 enfermeiros, 5 médicos, 1 interna de medicina e 4 assistentes técnicos.

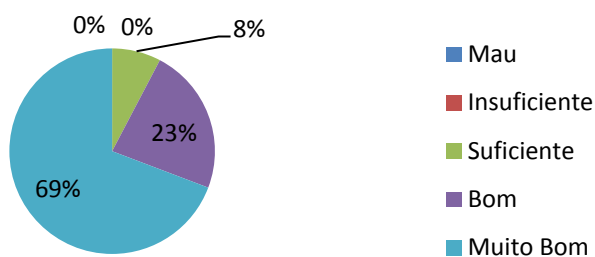
Nesta sessão levei e divulguei as **Escalas de Avaliação da Dor** (plastificado de consulta rápida), o **KIT Vacina Sem Dói-Dói**, o **Folheto “Vacinação Infantil: Como Ajudar o seu filho?”**, os **Diplomas** para entregar às crianças e a **Orientação Técnica “A Intervenção do Enfermeiro na Prevenção da Dor na Criança Sujeita a Vacinação”**.

No final da formação foi distribuído um **Questionário de Avaliação** da mesma, constituído por 7 questões, tendo-se obtido 13 questionários preenchidos. Passo a apresentar os resultados sob a forma de gráficos e tabelas.

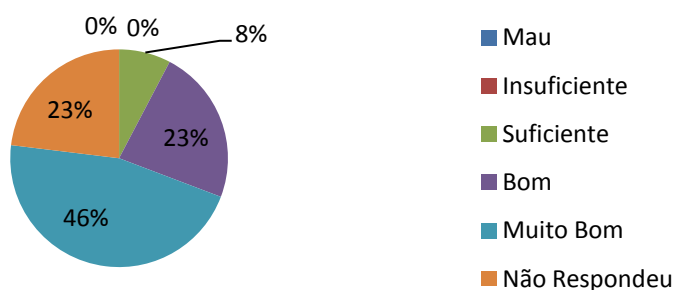
### Q1- Conhecimentos Iniciais



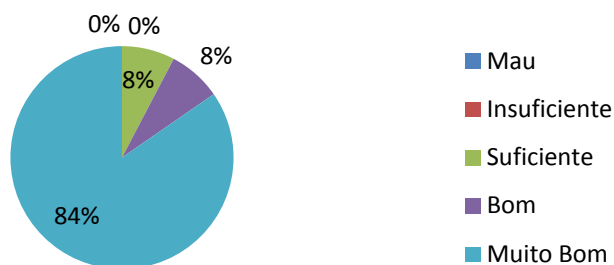
**Q2.1- Expectativas: Esta formação correspondeu ao que esperava?**



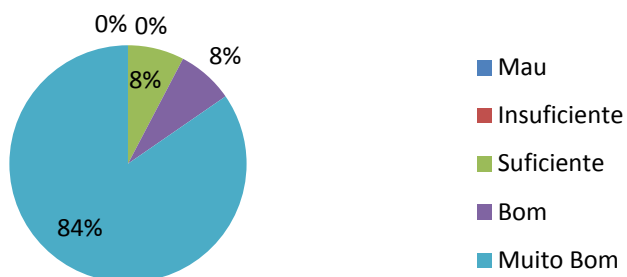
**Q2.2 - Expectativas: Considera-a adequada às suas necessidades?**



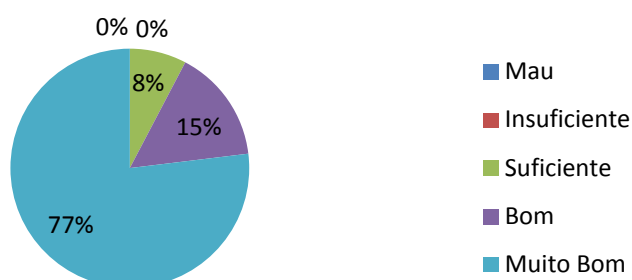
**Q3.1 - Formador: o formador transmitiu com clareza os assuntos abordados?**



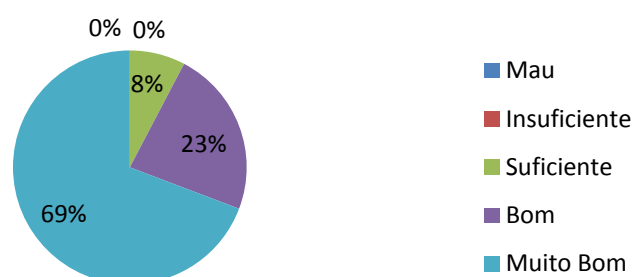
**Q3.2 - Formador: o formador conseguiu criar um clima propício à participação?**



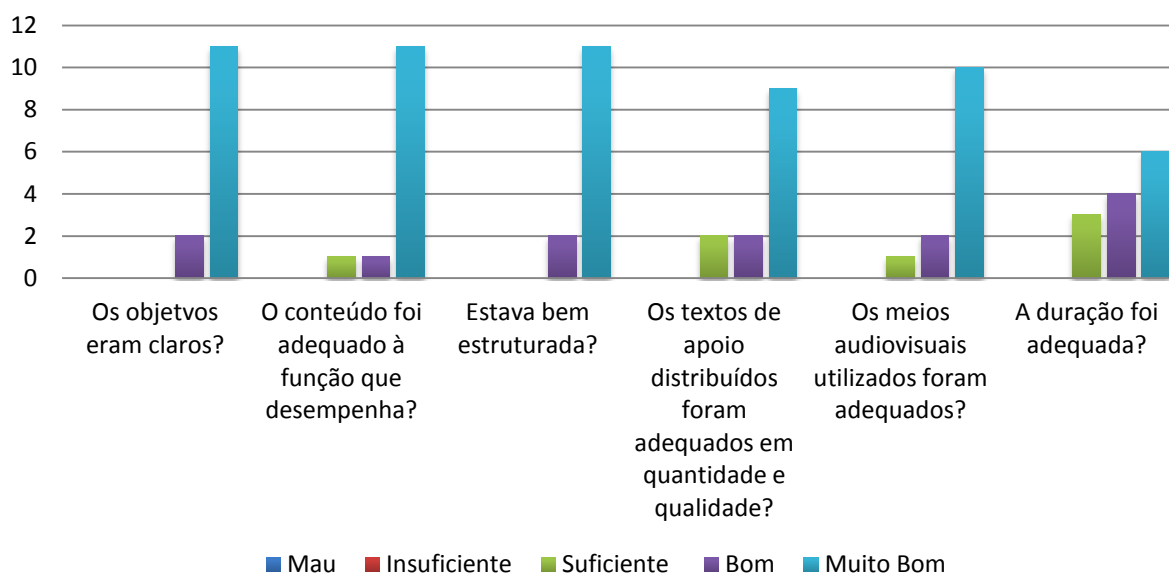
### Q3.3 - Formador: o formador dominava o assunto que expôs?



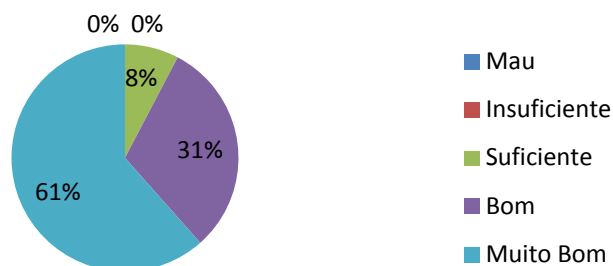
### Q3.4 - Formador: os métodos utilizados foram os mais ajustados?



### Q4 - Funcionamento da Formação



## Q5 - Resultados alcançados



Q6 – Na sua opinião esta formação irá alterar comportamentos/técnicas?	
R1	<i>“Claro que sim. Espero que a equipa dê o seu melhor para que juntos possamos implementar.”</i>
R2	<i>“Irá melhorar o meu comportamento.”</i>
R3	<i>“Sim. Permite ajudar a preparar os pais/criança para a vacinação.”</i>
R4	<i>“Sim, dada a qualidade da formação apresentada e da formadora que a apresentou penso que contribuirá para a adoção de um melhor comportamento por parte de todos os intervenientes.”</i>
R5	<i>“Sim. A nível pessoal e profissional”</i>
R6	<i>“Sim, na medida em que estas medidas contribuem para aliviar a dor na criança e a ansiedade dos pais, reduzindo traumas psicológicos”</i>
R7	<i>“Sim.”</i>

Q7 – Sugestões / Críticas	
R1	<i>“Pela importância do tema e o bem-estar que poderá fornecer às crianças, acho que a formação deveria ser repetida e fracionada. Muito Obrigada.”</i>
R4	<i>“Nada a apontar.”</i>

## Conclusão da Sessão:

Através desta Sessão de Formação julgo ter sensibilizado os profissionais da USF A para a prevenção da dor da criança sujeita a vacinação e ter alterado os seus comportamentos e técnicas nesta área, assim, penso ter atingido os objetivos propostos inicialmente.

**ANEXOS**

## ANEXO 1

Declaração de Presença



IAC  
Instituto de Apoio à Criança

## DECLARAÇÃO

Declara-se que Filipa Santos Azevedo  
esteve presente na Sessão “Direitos da Criança Hospitalizada” que se realizou no  
dia 29 de Novembro de 2012, às 16h30, organizado pelo Sector da Humanização dos  
Serviços de Atendimento à Criança do Instituto de Apoio à Criança – Lisboa.

A COORDENADORA DO SECTOR DA HUMANIZAÇÃO

(Dra. Leonor Santos)

Lisboa, 29 de Novembro de 2012