



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

A GESTÃO DO STRESSE, ANSIEDADE E/OU DOR NOS
PROCEDIMENTOS INVASIVOS EM CRIANÇAS COM
DOENÇA ONCOLÓGICA

MANAGEMENT OF STRESS, ANXIETY AND/OR PAIN IN
INVASIVE PROCEDURES IN CHILDREN WITH CANCER

DISSERTAÇÃO

Sara da Costa Gomes Monteiro

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A GESTÃO DO STRESSE, ANSIEDADE E/OU
DOR NOS PROCEDIMENTOS INVASIVOS EM
CRIANÇAS COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Dissertação orientada pela Professora
Doutora Luísa Andrade e coorientada pela
Professora Doutora Lígia Lima

Porto, 2025

FRASE ou PENSAMENTO

*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”*

(Antoine de Saint-Exupéry)

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação ao meu Pai, que partiu demasiadamente cedo e que tanta falta me faz diariamente...

AGRADECIMENTO

Agradeço à Professora Doutora Luísa Andrade e à Professora Doutora Lígia Lima por todo o apoio, colaboração, por me fazerem sempre querer melhorar e por acreditarem em mim durante todo este percurso, mesmo quando eu não acreditei.

Agradeço a minha mãe por toda a força e ajuda durante esta jornada e por me incentivar a ser sempre melhor.

Agradeço ao Ricardo por estar sempre do meu lado, principalmente nos dias mais difíceis, por toda a paciência, amor e carinho, por acreditar em mim mais do que eu própria.

Agradeço à minha irmã, ao Pedro e à Bia por todo o incentivo durante esta jornada.

Agradeço às minhas amigas, por todos os momentos em que me trouxeram leveza durante todo este percurso.

Por último, mas igualmente importante agradeço a todos os colegas que se disponibilizaram para fazer parte deste estudo e sem os quais não teria sido possível.

OBRIGADO!!!

RESUMO

No diagnóstico e tratamento de doenças oncológicas, as crianças/adolescentes são submetidos a múltiplos procedimentos invasivos, que são geradores de stresse, ansiedade e/ou dor. Os enfermeiros têm um papel fundamental no desenvolvimento de cuidados atraumáticos que minimizem as experiências negativas em pediatria. Este estudo que tem como principal objetivo conhecer a experiência dos enfermeiros na gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica, sendo a sua finalidade contribuir para um maior conhecimento e capacitação dos enfermeiros na promoção do conforto e gestão do stresse, ansiedade e/ou dor associada aos procedimentos invasivos em idade pediátrica.

Foi desenvolvido um estudo qualitativo, descritivo e transversal, no qual participaram 11 enfermeiros a exercer funções num serviço de pediatria oncológica de dois hospitais do Norte do país. Os dados foram recolhidos através de entrevista semiestruturada e analisados segundo a técnica de análise de temática. Da análise dos dados emergiram quatro temas: Procedimentos realizados em pediatria oncológica; Desafios na Realização de Procedimentos Invasivos em Pediatria Oncológica; Estratégias de gestão de stresse, ansiedade e dor; Necessidades identificadas pelos enfermeiros.

Com a realização deste estudo foi possível compreender os principais desafios que os enfermeiros enfrentam na realização de procedimentos invasivos. Os participantes identificaram fatores que afetam a forma como as crianças/adolescentes reagem aos procedimentos, tais como a faixa etária e estágio de desenvolvimento, e fatores relacionados com a presença/papel dos pais, que podem atuar como facilitadores ou dificultadores na gestão do stresse, ansiedade e/ou dor. Foram descritas várias dificuldades na implementação de cuidados atraumáticos, nomeadamente lacunas a nível de formação, e inexistência de recursos de apoio aos cuidados tais como material lúdico e dispositivos de realidade virtual. Contudo, os resultados revelam que, mesmo perante estas dificuldades, os enfermeiros conseguem utilizar inúmeras estratégias para melhorar a prestação de cuidados.

Palavras-chave: criança; cancro; enfermagem; procedimentos invasivos; gestão da dor

ABSTRACT

In the diagnosis and treatment of oncological diseases, children/adolescents are subjected to multiple invasive procedures, which generate stress, anxiety and/or pain. Nurses have a fundamental role in developing atraumatic care that minimizes negative experiences in pediatrics. This study's main objective is to understand the experience of nurses in managing stress, anxiety and/or pain in invasive procedures in children with cancer, and its purpose is to contribute to greater knowledge and training of nurses in promoting comfort and managing stress, anxiety and/or pain associated with invasive procedures in pediatric age.

A qualitative, descriptive and cross-sectional study was developed, in which 11 nurses working in a pediatric oncology service at two hospitals in the North of the country participated. Data were collected through semi-structured interviews and analysed according to the thematic analysis technique. From the analysis of the data, four themes emerged: Procedures performed in pediatric oncology; Challenges in Performing Invasive Procedures in Pediatric Oncology; Stress, anxiety and pain management strategies; Needs identified by nurses.

By carrying out this study, it was possible to understand the main challenges that nurses face when carrying out invasive procedures. Participants identified factors that affect how children/adolescents react to procedures, such as age range and stage of development, and factors related to the presence/role of parents, which can act as facilitators or hindrances in managing stress, anxiety and/or pain. Several difficulties were described in the implementation of atraumatic care, namely gaps in training and the lack of resources to support care such as play material and virtual reality devices. However, the results reveal that, even in the face of these difficulties, nurses are able to use numerous strategies to improve the provision of care.

Keywords: child; cancer; nursing; invasive procedures; pain management

CHAVE DE SIGLAS

ACS - American Cancer Society

APA - American Psychological Association

APCL - Associação Portuguesa Contra a Leucemia

CAR-T - Chimeric Antigen Receptor T-Cell

CVC - Cateter Venoso Central

CVP - Cateter Venoso Periférico

DECH - Doença do enxerto contra o hospedeiro

DGS - Direção Geral de Saúde

EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EMLA - Eutetic Mixture of Local Anesthetics

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FLACC - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

IPOL - Instituto Português de Oncologia de Lisboa

LLA - Leucemia Linfoblástica Aguda

LMA - Leucemia Mieloide Aguda

NASEM - National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine

NCI - National Cancer Institute

OE - Ordem dos Enfermeiros

PIPOP - Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica

RON - Registo Oncológico Nacional

SNC - Sistema Nervoso Central

SNG - Sonda Naso-gástrica

Índice

1. INTRODUÇÃO	10
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
2.1. A doença oncológica pediátrica	14
2.2. Impacto da doença oncológica na criança e no adolescente	20
2.3. Procedimentos invasivos e causadores de stresse e ansiedade	24
2.4. Estratégias de gestão de stresse, ansiedade e dor	28
2.4.1. Estratégias farmacológicas	30
2.4.2. Estratégias não farmacológicas	32
2.5. O papel dos enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica na gestão do stresse, ansiedade e/ ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica	37
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	43
3.1. Justificação e finalidade do estudo	43
3.2. Objetivos e desenho do estudo	44
3.3. Contexto e participantes no estudo	45
3.4. Procedimento de recolha de dados	45
3.5. Método de análise de dados	46
3.6. Considerações éticas	49
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	51
4.1. Procedimentos realizados em pediatria oncológica	52
4.2. Desafios na realização de procedimentos invasivos em pediatria oncológica	55
4.3. Estratégias de gestão de stresse, ansiedade e dor	61
4.4. Necessidades identificadas pelos enfermeiros	68
5. CONCLUSÃO	74

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____ **78**

ANEXOS _____ **95**

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO REGULADOR GERAL DA PROTEÇÃO DE DADOS

ANEXO III – INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE/ CONSENTIMENTO INFORMADO

ANEXO IV – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ANEXO V – MATRIZ DE REFERÊNCIA DE CONTEÚDO

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 - Apresentação de temas e sub-temas	52
---	-----------

1. INTRODUÇÃO

A pediatria oncológica é uma área das ciências da saúde em constante evolução, constituindo um grande desafio para os profissionais de saúde e exigindo um grande investimento a nível de atualização profissional. Apesar dos avanços significativos no que respeita aos tratamentos e hipóteses de cura, a doença oncológica pediátrica continua a ser, sem dúvida alguma, uma doença grave, não só pela sua complexidade, mas também por continuar a ser associada ao sofrimento e à condição de uma doença fatal (Lemos et al., 2019).

A gestão do stresse, ansiedade e dor em crianças/adolescentes submetidas a procedimentos invasivos no contexto oncológico representa um desafio significativo na prática de enfermagem pediátrica. A exposição repetida a procedimentos dolorosos é uma realidade para estas crianças/adolescentes, sendo estas intervenções frequentemente associadas a elevados níveis de stresse e ansiedade (Flora et al., 2023).

A resposta das crianças/adolescentes a estes procedimentos é influenciada por diversos fatores, incluindo a idade, o estágio de desenvolvimento e experiências anteriores. Crianças mais novas podem ter dificuldade em compreender a necessidade dos procedimentos, manifestando comportamentos de medo e resistência. Por outro lado, crianças mais velhas, conscientes da sua condição, podem antecipar a dor, aumentando a ansiedade associada (Flora et al., 2023).

O envolvimento dos pais durante os procedimentos invasivos também é um fator determinante na experiência da criança/adolescente. A presença parental pode ser benéfica, proporcionando conforto e segurança. No entanto, a ansiedade dos pais pode, por vezes, intensificar o stresse e ansiedade da criança/adolescente, tornando-se essencial que os enfermeiros avaliem e orientem os pais de forma adequada (DGS, 2012).

O papel dos enfermeiros é fundamental, porque para além de responsáveis pela realização de uma parte significativa dos procedimentos, desempenham também um papel fulcral na gestão do stresse, ansiedade e dor da criança com doença oncológica e dos seus pais, no sentido de promover uma experiência menos traumática e mais positiva ao longo do tratamento. A sua atuação vai além do aspeto clínico, compreendendo uma abordagem holística que considera as necessidades individuais de cada criança/adolescente e família.

Neste sentido, reconhecendo a importância de aprofundar o conhecimento sobre as práticas de enfermagem que promovem o conforto e o bem-estar da criança/adolescente com doença oncológica, surgiu a necessidade de desenvolver o presente estudo.

A presente dissertação foi elaborada no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo 2024/2025 e com vista à obtenção do grau de mestre.

A escolha do tema resulta de uma motivação pessoal e profissional enquanto enfermeira em contexto de oncologia pediátrica, área pela qual nutro um interesse particular e que considero ser a minha vocação. A vivência diária com crianças/adolescentes com doença oncológica e com as suas famílias permitiu-me perceber de forma clara o impacto emocional, físico e social que a doença impõe, não só à criança/adolescente, mas também ao seu núcleo familiar. Esta proximidade com a realidade clínica revelou, de forma evidente, a necessidade de cuidados mais sensíveis, personalizados e atraumáticos, capazes de minimizar o sofrimento associado aos procedimentos invasivos, os quais são inevitáveis ao longo do percurso terapêutico. Assim, a realização deste estudo surge com o intuito de contribuir para uma prática de enfermagem mais humanizada e centrada na criança/adolescente e na família. Pretende-se, desta forma, transformar um processo difícil e desafiante num percurso mais suportável e significativo, promovendo conforto, segurança e dignidade em todas as fases do tratamento.

Este estudo insere-se no projeto de investigação “A promoção do conforto nos procedimentos invasivos em idade pediátrica”, integrado no projeto alargado “Integração da doença crónica pediátrica na família”, desenvolvido no seio da unidade de investigação NursID/CINTESIS@RISE, com a participação de docentes da ESEP.

Com a realização deste estudo pretendemos conhecer a experiência dos enfermeiros na gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica, tendo-se assim definido os seguintes objetivos:

- Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre as dificuldades encontradas na realização de procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica e seus pais.
- Descrever quais são as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a gestão do stresse, ansiedade e/ou dor na realização dos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica.
- Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre o papel dos pais na gestão do stresse, ansiedade e/ou dor na realização de procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica.

O delineamento desta investigação assenta no paradigma qualitativo, e é de natureza descritiva e transversal. A população foi constituída por enfermeiros a exercerem funções num serviço de pediatria oncológica de dois hospitais do Norte de Portugal. A amostra foi constituída por 11 enfermeiros. Os dados foram recolhidos por entrevista, orientada por um guião semiestruturado. A informação recolhida foi posteriormente tratada com recurso ao método de análise temática.

A dissertação para além da introdução, está estruturada em três capítulos. O primeiro capítulo refere-se ao enquadramento teórico, onde são explorados os conceitos-chave e a revisão da literatura. No segundo capítulo dedicado ao

percurso metodológico apresentam-se as opções metodológicas para a sua concretização, compreendendo o tipo de estudo, objetivos e finalidade, o contexto do estudo, os participantes do estudo, o instrumento e processo de recolha de dados, o método para o tratamento de dados e as questões éticas. No capítulo subsequente, apresenta-se a análise e discussão dos resultados obtidos, estruturada pelos diversos temas, que emergiram da análise efetuada. Finaliza-se apresentando a conclusão e as implicações para a prática clínica e para a investigação futura.

As fontes de informação utilizadas incluem artigos científicos recentes, diretrizes nacionais e internacionais, e documentos institucionais relevantes e sempre que possível não foram utilizadas referências com mais de dez anos. A seleção e análise da literatura foram orientadas por critérios de qualidade metodológica, pertinência temática e atualidade, com recurso a bases de dados científicas como CINAHL, MEDLINE, RCAAP, SCIELO.

A elaboração desta dissertação teve por base as orientações definidas pela ESEP, quanto à realização de dissertações e as referências bibliográficas seguiram as normas da American Psychological Association (APA), 7th Edition.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O cancro pediátrico representa um dos desafios mais complexos na área da saúde infantil, não só pelos efeitos físicos da doença e dos tratamentos, mas também pelas repercussões emocionais e sociais que afetam tanto a criança ou o adolescente como a sua família. O diagnóstico e a abordagem terapêutica envolvem frequentemente procedimentos invasivos, que podem gerar dor, ansiedade e stresse, comprometendo o bem-estar e a qualidade de vida dos doentes.

Neste contexto, analisam-se as principais dimensões desta problemática, começando pela contextualização da doença oncológica pediátrica e o seu impacto psicossocial. Posteriormente, exploram-se os procedimentos invasivos mais frequentes e as suas implicações na experiência emocional das crianças e adolescentes. Para minimizar o sofrimento associado a estas intervenções, recorrem-se a diversas estratégias para o controlo da dor, ansiedade e stresse, que se dividem em abordagens farmacológicas e não farmacológicas.

Por fim, destaca-se o papel essencial dos enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) na implementação dessas estratégias, reforçando a importância da humanização dos cuidados, da mitigação dos efeitos negativos dos tratamentos e da promoção do conforto e segurança das crianças/adolescentes submetidas a procedimentos invasivos.

2.1. A doença oncológica pediátrica

O cancro é definido como o crescimento descontrolado e rápido de células anormais, que crescem para além dos seus limites habituais, podendo invadir partes adjacentes do corpo e difundirem-se para outros órgãos, sendo este processo denominado por metástase. O cancro infantil apresenta diferenças significativas comparativamente com o cancro no adulto, no que diz respeito à

morfologia, prognóstico e tratamento (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2024).

O cancro infantil em Portugal tem uma incidência comparável à média europeia, registando-se, aproximadamente de 140 a 150 novos casos por milhão de crianças por ano (Steliarova-Foucher et al., 2017). Entre 2010 e 2019, foram registados cerca de 2.685 novos casos de cancro em crianças com menos de 15 anos. Esse número reflete uma média anual de 370 novos diagnósticos, incluindo também crianças até aos 17 anos. Os três tipos mais comuns de cancro infantil são as leucemias (26,7% dos casos), tumores do sistema nervoso central (23,8%) e linfomas (15%). Em termos de mortalidade, os tumores sólidos, como os do sistema nervoso central, representam a maior parte dos óbitos infantis relacionados com o cancro. A taxa de mortalidade geral por cancro pediátrico no país é relativamente baixa e a taxa de sobrevivência a cinco anos, situa-se em torno de 84,7% (Registo Oncológico Nacional [RON], 2023a)

O National Cancer Institute [NCI] (2023) aponta para uma estabilização das taxas de incidência globalmente, acompanhada de um aumento significativo nas taxas de sobrevivência devido aos avanços nos tratamentos oncológicos. Relativamente a Portugal a distribuição geográfica da incidência de cancro apresenta variações regionais significativas, com uma maior concentração de casos em áreas urbanas. Este dado pode estar relacionado com a maior disponibilidade de serviços de saúde e melhores sistemas de registo de dados nessas regiões. Conforme refere um relatório do RON (2023b) as áreas urbanas, como Lisboa e Porto, tendem a registar mais casos, em parte devido ao acesso mais fácil a diagnósticos e tratamentos, o que também melhora o registo dos dados de saúde. Neste artigo regista-se também uma ligeira predominância de casos em crianças do sexo masculino, em comparação com o sexo feminino, o que está de acordo com as tendências observadas a nível internacional (Steliarova-Foucher et al., 2017).

Para tipos específicos de cancro, como linfomas, retinoblastomas, tumores renais, células germinativas e melanomas, a sobrevivência a cinco anos é superior a 90% (Instituto Português de Oncologia de Lisboa [IPOL], 2023). Estes resultados são considerados muito positivos e estão em linha com o desempenho de outros países europeus com centros de referência oncológica (Antão et al.,2022).

No entanto, estudos longitudinais indicam que a mortalidade ainda é uma preocupação, especialmente em casos de tumores do sistema nervoso central e cancros diagnosticados em estádios avançados. Estes estudos, indicam que os sobreviventes de cancro infantil enfrentam um risco aumentado de mortalidade a longo prazo devido a complicações como doenças cardiovasculares e segundas neoplasias. Estas complicações geralmente manifestam-se décadas após o tratamento inicial (NCI, 2023).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de cancro infantil são variados e incluem predisposições genéticas, exposição a radiações e alguns tipos de infeções virais, entre outros. Os principais fatores de risco para o cancro na infância devem-se maioritariamente a fatores genéticos (American Cancer Society [ACS], 2024).

A identificação de mutações genéticas específicas em crianças com cancro tem permitido o desenvolvimento de terapias mais direcionadas e eficazes (Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica [PIPOP], 2016). A investigação contínua neste campo é essencial para melhorar a compreensão dos mecanismos subjacentes ao desenvolvimento do cancro e para a criação de estratégias preventivas mais eficazes (IPOL, 2023).

Dos cancros que ocorrem em idade pediátrica, entre os mais prevalentes, incluem-se a leucemia linfoblástica aguda (LLA), os tumores do sistema nervoso central (SNC), os linfomas, o neuroblastoma, os tumores renais e o rabdomyosarcoma. A LLA representa cerca de 30% dos casos diagnosticados em Portugal (PIPOP, 2023), sendo caracterizada pela produção excessiva de linfoblastos imaturos na medula óssea, o que interfere com a produção normal

de células sanguíneas. (Associação Portuguesa Contra a Leucemia [APCL], 2023). A LLA é mais comum em crianças com idades entre os dois e os cinco anos. Os avanços no seu tratamento têm sido muito significativos, com taxas de sobrevivência a cinco anos a exceder os 90% em muitos centros especializados (Gerschenfeld, 2022).

Os tumores do SNC são o segundo tipo mais comum de cancro infantil em Portugal, representando cerca de 20% dos casos (Steliarova-Foucher et al., 2017). Destes, os meduloblastomas e os gliomas são os mais prevalentes. O tratamento dos tumores do SNC é particularmente desafiador devido à localização delicada e à necessidade de preservar a função neurológica (Wang, 2025).

Os linfomas, que incluem linfoma de Hodgkin e linfoma não-Hodgkin, representam entre 10% a 15% dos cancros infantis (Heneghan et al., 2024). O linfoma de Hodgkin é caracterizado pela presença de células de Reed-Sternberg e tem uma taxa de cura elevada, especialmente em estágios iniciais. O linfoma não-Hodgkin é um grupo heterogéneo de doenças que afetam o sistema linfático e pode ser mais agressivo, exigindo tratamentos intensivos (Seifert, 2024).

O neuroblastoma é um tumor maligno do sistema nervoso simpático, frequentemente diagnosticado em crianças com menos de cinco anos de idade. Este tipo de cancro pode surgir em várias partes do corpo, mas é mais comum nas glândulas adrenais. O neuroblastoma é conhecido pela sua variabilidade biológica, com alguns tumores a regredir espontaneamente, enquanto outros são altamente agressivos. O tratamento do neuroblastoma depende do estágio e das características biológicas do tumor (Cheng et al. 2025).

Os tumores renais, como o tumor de Wilms, são relativamente comuns na infância. Este é um nefroma maligno que geralmente afeta crianças com menos de cinco anos de idade, apresentando uma taxa de cura elevada, especialmente quando diagnosticado precocemente (Haile et al, 2025).

O rhabdomyosarcoma é um tumor maligno dos tecidos moles, derivado de células musculares esqueléticas imaturas. Este tipo de cancro é mais comum em crianças dos 2 aos 5 anos e pode surgir em várias partes do corpo, incluindo a cabeça e o pescoço, o trato geniturinário e as extremidades. O tratamento do rhabdomyosarcoma é complexo e geralmente envolve uma abordagem multimodal, que tem melhorado significativamente os resultados do seu tratamento, com taxas de sobrevivência a cinco anos que variam de 60% a 70%, dependendo da localização e do estágio do tumor (Yeo, 2024).

No que se reporta aos tratamentos para o cancro infantil, a quimioterapia é uma das principais formas de tratamento e é utilizada isoladamente ou em combinação com outras modalidades terapêuticas. Este tratamento envolve o uso de medicamentos que destroem as células cancerígenas ou impedem o seu crescimento e divisão. A quimioterapia pode ser administrada por via oral, intravenosa ou intratecal, dependendo do tipo de cancro e da localização do tumor. Os avanços na quimioterapia têm permitido um tratamento mais eficaz com menos efeitos colaterais graves. No entanto, podem ocorrer efeitos adversos significativos, como náuseas, vômitos, perda de cabelo, mielossupressão (diminuição da produção de células sanguíneas) alterações no trânsito intestinal e no funcionamento da bexiga e neurotoxicidade (Rawat et al., 2021). A quimioterapia também pode ter efeitos tardios, como cardiotoxicidade e risco aumentado de desenvolver segundas neoplasias, o que destaca a importância de um acompanhamento a longo prazo (NCI, 2023).

A medicina personalizada tornou-se uma abordagem crucial no tratamento do cancro. Wu e Qu (2015) destacam que a identificação de biomarcadores específicos permite a adaptação dos tratamentos às características individuais de cada doente, melhorando os resultados terapêuticos e avaliando a progressão do tratamento de forma não invasiva. Na verdade, a utilização de biomarcadores pode ajudar a prever a resposta ao tratamento, identificar os doentes que mais beneficiarão de certas terapias e monitorizar a progressão da doença. No tratamento da LLA, a identificação de alterações genéticas específicas tem permitido a estratificação dos doentes em diferentes grupos de

risco, o que guia as decisões terapêuticas e melhora os resultados clínicos (Matias, 2019)

A radioterapia utiliza radiações ionizantes para destruir as células cancerígenas. Este tratamento tem evoluído, com técnicas mais precisas como a radioterapia de intensidade modulada e a radioterapia prótonica, que permitem direcionar doses altas de radiação diretamente para o tumor, minimizando os danos aos tecidos circundantes saudáveis (Scarlat et al., 2024). Esta técnica tem-se mostrado particularmente úteis em tumores cerebrais e outros tumores sólidos em crianças (Brenner & Hall, 2015). Embora a radioterapia seja eficaz no tratamento de muitos tipos de cancro, também pode causar efeitos adversos significativos, especialmente em crianças, cujo corpo ainda está em desenvolvimento. Os efeitos colaterais incluem fadiga, náuseas e vômitos, problemas de pele na área tratada e, em alguns casos, efeitos tardios como problemas de crescimento e desenvolvimento, problemas endócrinos, risco aumentado de segundas neoplasias e doenças cardíacas (Silva, 2016). As terapias alvo, que atuam especificamente em moléculas envolvidas no crescimento e sobrevivência das células cancerígenas têm demonstrado uma eficácia significativa em vários tipos de cancro infantil. A imunoterapia, que estimula o sistema imunológico do doente a combater as células cancerígenas, tem apresentado resultados promissores (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [NASEM], 2021).

A terapia com células CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-Cell) é um exemplo de imunoterapia que tem revolucionado o tratamento de alguns tipos de leucemia e linfoma em crianças. Este tratamento envolve a modificação genética das células T do doente para que reconheçam e destruam as células cancerígenas (Maude et al., 2018). A imunoterapia tem mostrado ser eficaz em casos de tumores sólidos e neoplasias hematológicas, mas pode causar efeitos secundários como a fadiga e a anemia (NASEM, 2021).

A cirurgia é uma modalidade terapêutica comum no tratamento do cancro infantil, particularmente para tumores sólidos. A remoção cirúrgica do tumor

pode ser a primeira linha de tratamento, seguida de quimioterapia ou radioterapia para eliminar quaisquer células cancerígenas remanescentes. As técnicas cirúrgicas avançadas, incluindo a cirurgia assistida por robótica e a cirurgia minimamente invasiva, têm melhorado os resultados cirúrgicos e reduzido os tempos de recuperação (Pires, Sousa & Procópio, 2024). De facto, estas abordagens são menos traumáticas e permitem uma remoção mais precisa dos tumores, o que é importante em áreas sensíveis como o cérebro (Fischer et. al, 2024). Os riscos associados à cirurgia incluem complicações durante o procedimento, infeções e problemas de cicatrização. Além disso, a cirurgia pode ter impacto significativo na função e aparência física, dependendo da localização e extensão do tumor removido. O apoio psicológico é frequentemente necessário para ajudar as crianças e as suas famílias a lidar com essas mudanças (NASEM, 2021).

O transplante de medula óssea, também conhecido como transplante de células estaminais hematopoiéticas, é utilizado em casos de cancro hematológicos, como a leucemia e alguns tumores sólidos. Este procedimento envolve a substituição da medula óssea doente por células estaminais saudáveis, que podem ser obtidas do próprio doente (transplante autólogo) ou de um doador compatível (transplante alogénico). O transplante de medula óssea pode ser curativo, mas é um procedimento complexo que acarreta riscos. Os efeitos adversos incluem risco de infeções graves, rejeição do enxerto e doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) no caso de transplantes alogénicos (NCI, 2023). O acompanhamento a longo prazo é essencial para monitorizar e gerir estas complicações.

2.2. Impacto da doença oncológica na criança e no adolescente

O diagnóstico de cancro em idade pediátrica representa um dos desafios mais complexos e devastadores para a criança/adolescente e a sua família. A doença oncológica infantil não afeta apenas o estado físico da

criança/adolescente, mas também a sua saúde mental e emocional, bem como a dinâmica familiar e social. O impacto vai muito além do período de tratamento, podendo estender-se ao longo da vida, influenciando o desenvolvimento psicossocial da criança e a estrutura emocional da família (Lima et al., 2017).

Desde o momento do diagnóstico, a criança/adolescente é submetida a um conjunto de experiências altamente desafiadoras, como hospitalizações prolongadas, procedimentos invasivos, efeitos secundários da terapêutica e mudanças radicais no seu quotidiano. O stresse, ansiedade e a dor são emoções recorrentes, sendo que a percepção da doença varia consoante a idade, a maturidade emocional e o apoio recebido (Muglia-Wechsler, 2017). Para a família, o impacto emocional é avassalador. Os pais enfrentam sentimentos de culpa, impotência e medo pelo futuro, ao mesmo tempo que precisam de gerir as exigências do tratamento, o acompanhamento da criança/adolescente e as obrigações profissionais e financeiras. O equilíbrio familiar é frequentemente posto à prova, exigindo uma adaptação a novas dinâmicas para enfrentar os desafios impostos pela doença (Marques, 2017).

O cancro continua a ser uma doença rodeada de estigma, o que pode aumentar o sofrimento das crianças/adolescentes e das suas famílias (Souza et al., 2021). Mesmo após a remissão da doença, os sobreviventes do cancro infantil podem enfrentar desafios a longo prazo, tanto a nível físico como psicológico. Além disso, o impacto psicológico pode manifestar-se sob a forma de ansiedade, stresse e perturbações relacionadas com o trauma da experiência vivida. (Godinho, 2011).

Essas respostas estão interligadas e são fundamentais para entender como os doentes jovens lidam com o diagnóstico, o tratamento e as suas implicações. Embora o stresse, a ansiedade e a dor sejam respostas fisiológicas normais em qualquer ser humano, a sua manifestação no contexto do cancro pediátrico pode ser exacerbada, tornando a gestão destas emoções um aspeto crucial do cuidado oncológico (Lopez-Rodriguez et al., 2020).

O stresse é uma resposta fisiológica e psicológica a estímulos percebidos como ameaçadores ou desafiadores. Em crianças e adolescentes com doença oncológica, o stresse pode ser causado por diversos fatores, incluindo hospitalização, procedimentos médicos dolorosos, separação dos pais e a própria doença. As respostas ao stresse incluem tanto reações físicas, como aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, como reações emocionais, como medo, irritabilidade e ansiedade (Düzakaya et al., 2021).

A ansiedade é uma resposta emocional que frequentemente surge como resultado do stresse. Caracteriza-se por sentimentos de apreensão, nervosismo e medo em antecipação a eventos futuros ou desconhecidos (Silva & Oliveira, 2021). Nas doenças crónicas, a ansiedade pode ser exacerbada pela incerteza sobre o diagnóstico e prognóstico, bem como pela experiência de dor (Campos et al., 2020).

As inter-relações entre stresse, ansiedade e dor são complexas e frequentemente interdependentes. O stresse pode exacerbar a perceção da dor e aumentar os níveis de ansiedade, enquanto a dor não controlada pode intensificar o stresse e a ansiedade (Silveira et al., 2018). Em crianças e adolescentes, esta dinâmica pode ser particularmente desafiadora, exigindo intervenções que abordem todos os aspetos desta tríade, para proporcionar um cuidado integral (Silveira et al., 2018). A utilização de técnicas de controlo da dor, como analgesia adequada, e intervenções psicológicas, como as cognitivo-comportamentais, são recomendadas para melhorar a qualidade de vida das crianças/adolescentes (Pinto et al., 2024). As manifestações de stresse, ansiedade e dor variam significativamente de acordo com a faixa etária da criança ou adolescente, refletindo diferenças no desenvolvimento físico, cognitivo e emocional.

Nos lactentes e nos toddlers, o stresse pode refletir-se em comportamentos como choro excessivo, irritabilidade e dificuldades para dormir (Piccinini & Alvarenga, 2016). Os toddlers podem mostrar resistência a afastar-se dos cuidadores e apresentar um medo intenso de estranhos e situações

desconhecidas. Estes medos podem intensificar-se durante hospitalizações e procedimentos médicos (Campos et al., 2020).

Os lactentes e os toddlers não conseguem verbalizar a sua dor. Por esse motivo, os sinais comportamentais são indicadores importantes. Choro, expressão facial de desconforto, retraimento e alterações no padrão de sono e alimentação são comuns. As respostas à dor podem ser intensificadas pelo stresse e ansiedade associados ao ambiente hospitalar (Silveira et al., 2018). De acordo com Paris et al. (2021), as crianças nesta faixa etária podem perceber o tratamento como doloroso e assustador, mas ainda não compreendem a gravidade ou a finalidade dos procedimentos médicos. Estudos como o de Pereira et al. (2015) destacam a importância do suporte dos pais nesta fase, os quais desempenham um papel crucial na gestão da ansiedade e do medo das crianças.

As crianças em idade escolar começam a entender que o cancro é uma doença grave que requer tratamento prolongado. No entanto, ainda têm dificuldades em compreender completamente os conceitos médicos complexos e as implicações a longo prazo. As crianças em idade escolar podem manifestar stresse através de sintomas físicos, como dores de cabeça e dores abdominais. Começam a entender melhor a natureza da sua doença e podem preocupar-se com os efeitos a longo prazo e com a resposta emocional dos pais (Canadian Cancer Society [CCS], 2025). Estas crianças podem expressar os seus medos verbalmente ou através de comportamentos evitantes, como resistência a ir ao hospital ou a realizar determinados exames (Campos et al., 2020). As crianças em idade escolar têm uma maior capacidade de descrever a sua dor, podendo recorrer a descrições específicas e escalas de dor para comunicar a intensidade e a localização da mesma. A avaliação da dor deve considerar os relatos verbais e os sinais comportamentais, especialmente em situações em que a criança pode minimizar ou exagerar a dor devido ao stresse e ansiedade (Duffy et al., 2019).

Os adolescentes têm uma compreensão mais profunda da doença oncológica, sendo capazes de perceber os detalhes sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico, e frequentemente mostram preocupações sobre a aparência física, a autonomia e o impacto da doença nas suas vidas futuras. Os adolescentes podem experimentar stresse relacionado com a percepção de perda de controlo sobre as suas vidas e preocupações com o impacto da doença no seu futuro (Gaspar et al., 2019). Mudanças de humor, isolamento social e comportamento de risco são sinais comuns de stresse nesta faixa etária (Martin et al., 2024).

A ansiedade pode manifestar-se como preocupação com a imagem corporal, medo de estigma social e ansiedade sobre a continuidade da doença e tratamentos futuros (Querido et al., 2016). Os adolescentes podem apresentar sintomas de ansiedade generalizada ou ataques de pânico. A pressão para manter uma vida normal e o desejo de independência podem exacerbar a ansiedade (Campos et al., 2020). Os adolescentes têm capacidade cognitiva para compreender a natureza da dor e podem expressá-la de forma detalhada. No entanto, podem minimizar ou esconder a sua dor para evitar preocupações familiares ou interrupções nas suas atividades sociais. A abordagem da gestão da dor deve ser sensível às suas necessidades de autonomia e privacidade (Muñiz et al., 2020).

2.3. Procedimentos invasivos e causadores de stresse e ansiedade

A abordagem do tratamento oncológico pediátrico, como referido anteriormente, é multifacetada e frequentemente associada a procedimentos invasivos para diagnóstico e tratamento. Embora essenciais para a eficácia do tratamento, estes procedimentos estão frequentemente associados a experiências dolorosas, ansiedade e stresse, impactando significativamente a qualidade de vida das crianças e adolescentes (Nunes, 2017; Rezai et al., 2017).

Os procedimentos invasivos são uma parte inevitável do tratamento oncológico pediátrico, mas o seu impacto pode ser mitigado através de estratégias adequadas de gestão da dor, do stresse e da ansiedade. A enfermagem tem um papel central nesse processo, não apenas na execução técnica dos procedimentos, mas também na promoção do bem-estar da criança/adolescente (Giordano et al., 2020).

Um procedimento invasivo é “todo o que envolve agulhas, introdução de sondas em orifícios naturais ou que causam lesão real ou potencial dos tecidos, à exceção dos procedimentos cirúrgicos major e dentários” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2012, p.1). Esta definição abrange uma ampla gama de intervenções, incluindo punções, biópsias, inserção de cateteres venosos centrais e aspirações de medula óssea, cada uma com a sua importância específica no contexto da oncologia pediátrica (Sousa et al., 2017; Bonner et al., 2018).

De entre os procedimentos invasivos médicos realizados em contexto de doença oncológica, um dos mais comuns, é a punção lombar. Este procedimento é crucial para o diagnóstico, tratamento e monitorização de doenças como a leucemia e o linfoma, permitindo a deteção de células cancerígenas pela colheita do líquido cefalorraquidiano e a administração de quimioterapia intratecal (Piazzetta & Pereira, 2021). A sua realização implica a introdução de uma agulha na região lombar da coluna vertebral. A biópsia de aspiração de medula óssea envolve a inserção de uma agulha no osso, geralmente na crista íliaca, para recolher amostras de medula óssea. Este procedimento é utilizado para o diagnóstico de doenças hematológicas malignas e para a avaliação da resposta ao tratamento (Barros, 2010).

As crianças/adolescentes com doença oncológica estão sujeitas a tratamentos prolongados com necessidade de recorrer regularmente a acessos venosos seja para tratamento, seja para monitorizar a evolução da doença e a resposta da criança/adolescente ao tratamento por via de análises sanguíneas. Nesse sentido a colocação de acessos venosos por cateteres venosos centrais (CVC)

é frequentemente utilizado. Estes são dispositivos inseridos em veias de grande calibre, geralmente na região torácica, permitindo acesso direto e contínuo à corrente sanguínea. Estes cateteres são usados para a administração de quimioterapia, transfusões de sangue, recolha de amostras sanguíneas e nutrição parenteral. A enfermagem desempenha um papel fundamental na realização de procedimentos invasivos, bem como proporcionando conforto e suporte emocional à criança/adolescente e à família. Entre os principais procedimentos de enfermagem associados ao tratamento oncológico pediátrico, destaca-se a colheita de sangue, um dos procedimentos mais comuns e essenciais para monitorizar a evolução da doença e a resposta ao tratamento (Rezai et al., 2017; Bonner et al., 2018). A colheita de urina para avaliar a função renal e detetar potenciais complicações do tratamento. O método de colheita deve ser adaptado à idade e condições da criança. O uso de sacos coletores pode ser indicado para lactentes, enquanto técnicas de jato médio ou sondagem podem ser necessárias em crianças mais velhas (May, 2018). Em alguns casos, a inserção de um cateter urinário pode ser necessária para monitorização contínua da função renal. (Hucker & Lawson-Wood, 2023).

A administração de quimioterapia e outros medicamentos por via oral, intravenosa ou subcutânea é uma prática comumente utilizada na oncologia pediátrica. Para reduzir o desconforto, a utilização de cateteres venosos centrais (CVC) facilita este processo, minimizando o número de punções venosas repetidas. O envolvimento da equipa de enfermagem na implementação de estratégias de conforto, como a aplicação de anestésicos locais antes das administrações, contribui significativamente para a melhoria da experiência da criança/adolescente (Silva et al., 2021). No caso de crianças/adolescentes que apresentam dificuldades na alimentação oral devido aos efeitos secundários do tratamento, como mucosite e náuseas, a sonda nasogástrica (SNG) pode ser necessária. A colocação de uma SNG causa desconforto e ansiedade, sendo essencial que os enfermeiros estejam treinados para minimizar o desconforto através de técnicas adequadas de posicionamento e analgesia (Shih & Rosen, 2018). A educação dos pais sobre

o manuseamento e os cuidados com a sonda também é essencial para garantir a adesão ao tratamento em ambiente domiciliário (Márquez et al., 2018).

Crianças/adolescentes imuno-deprimidos podem apresentar acumulação de secreções que comprometem a função respiratória, tornando a aspiração de secreções um procedimento essencial para manter a permeabilidade das vias aéreas. A aspiração pode ser realizada na nasofaringe, orofaringe ou traqueal. (Hucker & Lawson-Wood, 2023).

Os CVC são amplamente utilizados para a administração de quimioterapia, transfusões sanguíneas e outros tratamentos intravenosos de longa duração. A manutenção inclui a troca regular de pensos e a monitorização de sinais de infeção ou oclusão. A utilização de técnicas de distração, a aplicação de anestesia tópica e a educação da família são medidas que contribuem para uma abordagem mais humanizada e eficaz dos cuidados. Assim, a implementação de boas práticas baseadas na evidência é essencial para minimizar o impacto negativo desses procedimentos na vida das crianças/adolescentes em tratamento oncológico (Giordano et al., 2020).

Durante os procedimentos invasivos em pediatria será necessário avaliar a dor antes, durante e após o procedimento, para um melhor controlo da dor (Trottier et al., 2022). A compreensão da dor pediátrica no contexto de procedimentos invasivos revela-se de uma extrema importância, podendo esta inclusive intensificar o stresse e a ansiedade em crianças de todas as idades (Arane et al., 2017). O stresse e a ansiedade são respostas comuns aos tratamentos e estes fatores podem afetar a cooperação das crianças/adolescentes em procedimentos futuros (Arane et al., 2017). As crianças, sobretudo as que têm idades inferiores aos seis anos, são particularmente difíceis de avaliar, sendo que os adultos que lhes prestam cuidados atuam como os seus intermediários, mas os seus relatos são muitas vezes diferentes dos relatos das próprias crianças (Darcy et al., 2019).

Neste sentido, várias escalas foram desenvolvidas para avaliar a dor em pediatria, considerando as características desenvolvimentais de cada grupo. Destas, as mais frequentemente usadas são:

- Escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability): É uma escala comportamental que avalia cinco categorias: expressão facial, movimentos das pernas, atividade, choro e consolabilidade. Cada categoria recebe uma pontuação de 0 a 2, totalizando uma pontuação entre 0 e 10, sendo que a menor pontuação significa menor dor. Esta escala é especialmente útil para crianças que ainda não conseguem verbalizar a sua dor. O preenchimento desta escala é efetuado através da observação por parte do profissional de saúde (Crellin et al., 2018);

- Escala de Faces de Wong-Baker: Utiliza uma série de faces, seis faces no total, que vão desde uma expressão sorridente (indicando "sem dor") até uma expressão de choro (indicando "dor muito forte"). As crianças são solicitadas a escolher a face que melhor representa a intensidade da sua dor. Esta abordagem visual é eficaz para crianças que podem ter dificuldade em expressar verbalmente a intensidade da dor (Morales-Brown, 2022);

- Escala Numérica de Dor: As crianças mais velhas e os adolescentes podem utilizar escalas numéricas para avaliar a intensidade da dor. É-lhes solicitado que escolham o número de 0 a 10 que melhor representa a sua dor, onde 0 indica "sem dor" e 10 representa "a pior dor possível" (Stivanin et al., 2024). Esta escala é simples e adequada para a capacidade cognitiva das crianças a partir dos 8 anos e adolescentes, permitindo uma comunicação clara sobre a intensidade da dor.

2.4. Estratégias de gestão de stresse, ansiedade e dor

A realização de procedimentos invasivos em crianças/adolescentes com doença oncológica representa um desafio significativo, exigindo uma abordagem que equilibre a eficácia terapêutica com o controlo adequado do stresse, da dor e da ansiedade. A repetição destes e outros procedimentos invasivos pode levar à sensibilização do sistema nervoso, contribuindo para um fenómeno de hiperalgesia (Walker, 2020). A experiência de sofrimento físico e psicológico associado a cuidados de saúde pode ter um impacto negativo na adesão ao tratamento, no bem-estar emocional da criança e adolescente e na qualidade de vida global. Assim, existe a necessidade de realizar cuidados atraumáticos e estratégias de controlo da dor em pediatria, no sentido de proteger o bem-estar emocional e fisiológico da criança/adolescente. Promovendo uma maior adesão aos tratamentos e uma relação de colaboração contribui-se para melhorar a resposta imediata aos procedimentos médicos, e minimizar atitudes negativas face aos cuidados médicos, a longo prazo.

A gestão da dor em procedimentos invasivos na população pediátrica constitui um desafio fundamental na prática de enfermagem. Para garantir o conforto e a segurança da criança/adolescente, é essencial adotar estratégias baseadas em evidência científica. Com efeito, a dor infantil, muitas vezes subestimada, pode ter repercussões negativas tanto a curto como a longo prazo, podendo originar medo, ansiedade e maior sensibilidade a procedimentos futuros (Duffy et al., 2019; Downing et al., 2015). Neste contexto, a equipa de enfermagem assume um papel determinante na implementação de medidas eficazes de controlo da dor, na monitorização dos seus efeitos e na adaptação das intervenções às necessidades individuais de cada criança/adolescente (Di Sarno et al., 2023). Assim, torna-se imperativo que os enfermeiros possuam um conhecimento aprofundado sobre as opções terapêuticas disponíveis e sejam capazes de aplicá-las corretamente.

As estratégias de controlo da dor e da perturbação comportamental (stresse e ansiedade) podem ser classificadas em dois grupos principais: farmacológicas e não farmacológicas. Abaixo, apresenta-se uma análise detalhada de ambas:

2.4.1. Estratégias farmacológicas

De entre as medidas para o controlo da dor existem medidas farmacológicas, sendo a anestesia tópica, uma estratégia amplamente aplicada para minimizar o desconforto associado a procedimentos invasivos de menor complexidade, tais como punção venosa, punção lombar e colheitas sanguíneas. A aplicação de cremes anestésicos, como a combinação lidocaína-prilocaína (EMLA), revela-se eficaz na redução da dor, quando administrada 30 a 60 minutos antes do procedimento (Krauss et al., 2016). Neste sentido, compete à equipa de enfermagem assegurar a correta aplicação do anestésico tópico, respeitando o tempo necessário para a sua absorção e evitando potenciais reações adversas, nomeadamente irritação cutânea ou alergias locais (Di Sarno et al., 2023). Apesar de estar inserido nas medidas farmacológicas, o EMLA não carece de prescrição médica.

Nas situações que a criança/adolescente apresenta elevados níveis de ansiedade ou resistência ao procedimento, a administração de sedação consciente e ansiolíticos pode ser uma opção viável, não esquecendo que estas opções terapêuticas carecem de prescrição médica. Neste âmbito, o midazolam, um benzodiazepínico de ação rápida, destaca-se como um fármaco amplamente utilizado na pediatria, podendo ser administrado por via intranasal ou intravenosa, consoante as necessidades do procedimento (Livingston et al., 2017). Em particular, a via intranasal apresenta vantagens na prática de enfermagem, uma vez que evita a necessidade de punções adicionais, permitindo um início de ação mais rápido e garantindo maior conforto à criança/adolescente (Downing et al., 2015). Paralelamente, outra alternativa amplamente utilizada no âmbito da sedação consciente é o protóxido de azoto, cuja administração, em combinação com oxigénio, induz um estado de sedação moderada, permitindo que a criança/adolescente permaneça consciente e cooperante, ao mesmo tempo que reduz a perceção da dor e o desconforto emocional (Duffy et al., 2019). No entanto, importa

salientar que a administração deste gás inalatório exige uma monitorização contínua dos sinais vitais e prevenir possíveis efeitos adversos, tais como náuseas ou episódios de hipoventilação transitória (Aslam et al., 2020).

Quando a gestão da dor não é conseguida com anestésicos tópicos ou sedação consciente, torna-se necessário recorrer à administração de analgésicos sistémicos. Neste contexto, o paracetamol assume um papel de destaque como fármaco de primeira linha para o tratamento da dor leve a moderada, podendo ser administrado por via oral ou intravenosa, consoante as condições clínicas da criança (Duffy et al., 2019). Contudo, em situações de dor mais intensa, pode ser necessário recorrer à administração de opioides, tais como a morfina, o fentanilo ou o alfentanilo, os quais atuam nos recetores opioides do sistema nervoso central, proporcionando um alívio analgésico mais potente (Di Sarno et al., 2023). Apesar da sua eficácia, a administração destes fármacos exige um elevado nível de vigilância por parte da equipa de enfermagem, dado que podem estar associados a efeitos adversos significativos, incluindo depressão respiratória, sedação excessiva ou náuseas (Downing et al., 2015). A administração destes analgésicos obedece a protocolos rigorosos, assegurando a adaptação da dose ao peso e à idade da criança e garantindo a monitorização contínua da resposta ao tratamento, assim como estão sempre dependentes de uma prescrição médica (Aslam et al., 2020).

A sedo-analgesia profunda é geralmente indicada para procedimentos invasivos de maior complexidade, tais como drenagem de abscessos, reduções de fraturas expostas ou biópsias ósseas (Di Sarno et al., 2023). A sedação profunda pode ser induzida através da administração de fármacos como o propofol ou a cetamina, sendo esta última particularmente vantajosa na pediatria, uma vez que proporciona analgesia eficaz sem comprometer significativamente a função respiratória (Krauss et al., 2016). Embora a administração destes fármacos requeira a presença de um anestesiológico, a equipa de enfermagem desempenha um papel essencial na preparação da criança/adolescente para o procedimento, na monitorização contínua dos sinais

vitais e na assistência durante o período de recuperação pós-sedação (Aslam et al., 2020). Acresce ainda que a vigilância após a sedação profunda é fundamental para prevenir complicações, como episódios de apneia transitória ou instabilidade hemodinâmica, garantindo um processo seguro e eficaz.

Em suma, a gestão da dor em procedimentos invasivos pediátricos, exige uma abordagem individualizada e sustentada em evidência científica. A utilização de anestésicos tópicos, ansiolíticos, sedação consciente, analgésicos sistémicos e, quando necessário, sedoanalgesia profunda permite assegurar um controlo eficaz da dor, minimizando o impacto negativo da experiência clínica na criança/adolescente. Deste modo, a equipa de enfermagem desempenha um papel determinante na administração e monitorização destas intervenções, assegurando a segurança e o bem-estar da criança/adolescente ao longo de todo o processo. Assim, a implementação de boas práticas, aliada à formação contínua dos profissionais e à colaboração multidisciplinar, revela-se fundamental para proporcionar uma assistência humanizada e de qualidade no alívio da dor pediátrica.

2.4.2. Estratégias não farmacológicas

A gestão da dor em crianças/adolescentes submetidas a procedimentos invasivos exige uma abordagem holística que vá além das estratégias farmacológicas. As intervenções não farmacológicas desempenham um papel fundamental no alívio da dor, respondendo aos aspetos mais psicológicos e socioculturais associados à experiência dolorosa (Ruano et al., 2022). Estas estratégias podem ser agrupadas em três grandes categorias: cognitivo-comportamentais, sensoriais e de suporte emocional. A sua implementação no contexto da enfermagem pediátrica permite reduzir a dor e a ansiedade da criança, promovendo um ambiente mais humanizado e adaptado às suas necessidades individuais (Duffy et al., 2019). No entanto, a integração destas abordagens na prática clínica requer formação contínua dos profissionais e um

envolvimento ativo da criança/adolescente e da sua família (Bice & Wyatt, 2016).

Estratégias Cognitivo-Comportamentais

As estratégias cognitivo-comportamentais centram-se na modificação dos pensamentos e comportamentos relacionados com a dor e ansiedade, ajudando as crianças/adolescentes a desenvolver mecanismos de enfrentamento mais eficazes (Ruano et al., 2022). De entre as técnicas mais utilizadas encontram-se a distração, a preparação para o procedimento e os exercícios de relaxamento.

A distração tem demonstrado ser uma ferramenta eficaz na redução da perceção da dor, pois desvia a atenção da criança do estímulo doloroso. Este efeito pode ser obtido através da utilização de vídeos, jogos, realidade virtual e brincadeiras interativas, que captam o foco da criança e reduzem a ativação do sistema nervoso em resposta à dor (Lopez-Rodriguez et al., 2020). Para distrair a criança, a visualização de desenhos animados e jogos interativos tem sido amplamente recomendada para crianças pequenas (Larsson & Larsson, 2017; Almeida et al., 2022). No caso das crianças em idade escolar, jogos de realidade virtual constituem uma opção particularmente eficaz para reduzir a ansiedade e melhorar a experiência durante o procedimento (Orhan & Yildiz, 2017).

A utilização da música como distração é outra intervenção amplamente utilizada, especialmente em crianças em idade escolar e adolescentes (Cardoso et al., 2018). A audição de música relaxante durante procedimentos médicos tem demonstrado reduzir a ansiedade e a perceção da dor, promovendo um estado de bem-estar emocional (Lopez-Rodriguez et al., 2020). Além disso, o envolvimento em atividades musicais, como tocar instrumentos ou cantar, pode ser uma estratégia complementar para melhorar o estado emocional da criança durante a realização de procedimentos invasivos e na hospitalização (Ruano et al., 2022).

A preparação para o procedimento é essencial, especialmente para crianças em idade escolar e adolescentes (Leclerc et al., 2015). Explicar de forma clara e adequada ao nível de desenvolvimento da criança o que irá acontecer, utilizando materiais educativos como livros ilustrados e vídeos explicativos, contribui para reduzir a incerteza e a ansiedade (Smith & Smith, 2017). Nos adolescentes, a comunicação aberta e a participação ativa na tomada de decisão sobre os seus cuidados aumentam o sentimento de controlo e promovem uma resposta mais positiva ao procedimento (Brand et al., 2016).

Os exercícios de relaxamento, por sua vez, incluem técnicas como a imaginação guiada e o exercício de respiração diafragmática, relaxamento muscular ativo e progressivo (OE, 2013). A imaginação guiada incentiva a criança visualizar mentalmente cenários agradáveis, o que contribui para a redução da perceção da dor (Krauss et al., 2016). A seleção do método de relaxamento varia consoante o tempo disponível, a preferência da criança/adolescente, a experiência do enfermeiro e a idade da criança/adolescente. Os exercícios de respiração diafragmática são simples de entender e podem ser aplicados rapidamente a partir dos dois anos de idade. Os exercícios de relaxamento ativo são um conjunto de técnicas simples, frequentemente associadas a uma respiração profunda, que têm como objetivo proporcionar uma perceção mais precisa do estado muscular e nervoso. Por outro lado, os exercícios de relaxamento progressivo exigem mais tempo e são mais adequados para crianças a partir dos seis anos (OE, 2013).

Estratégias Sensoriais

As estratégias sensoriais baseiam-se na estimulação dos sentidos para proporcionar conforto e alívio da dor (Duffy et al., 2019). Entre as intervenções mais comuns encontram-se a amamentação e a administração de sacarose oral, a utilização de dispositivos de estimulação sensorial.

A amamentação tem demonstrado ser uma estratégia eficaz na redução da dor e do desconforto em lactentes durante procedimentos invasivos, pois não só

proporciona um efeito calmante, como também promove a libertação de endorfinas, que atuam como analgésicos naturais (Krauss et al., 2016). Em alternativa, a administração de sacarose oral pode ser utilizada para atenuar a perceção da dor, sendo frequentemente recomendada para recém-nascidos e lactentes em procedimentos como punções venosas e vacinas (Bice & Wyatt, 2016).

Os dispositivos de estimulação sensorial, como o "Buzzy", que combina vibração e frio, são cada vez mais utilizados em ambiente hospitalar para reduzir a dor associada a picadas de agulha (Lopez-Rodriguez et al., 2020). Estes dispositivos funcionam também através da distração sensorial, competindo com os estímulos dolorosos e reduzindo a sua perceção (Duffy et al., 2019).

Em situações de urgência, em que não seja possível aguardar o efeito do anestésico, podem ser adotadas estratégias complementares, tais como a crioterapia, que reduz temporariamente a sensibilidade nervosa da área a ser intervencionada, proporcionando algum alívio da dor (Downing et al., 2015).

Estratégias de Suporte Emocional

O suporte emocional é um elemento fundamental no cuidado de crianças/adolescentes submetidas a tratamentos invasivos, uma vez que a hospitalização e os procedimentos médicos podem gerar elevados níveis de ansiedade e medo (Mangolianshahrbabaki et al., 2024). Neste sentido, a criação de um ambiente acolhedor e a presença dos pais durante os procedimentos são estratégias essenciais para minimizar o impacto emocional da dor.

A criação de um ambiente acolhedor passa pela redução de estímulos aversivos e pela adaptação do espaço hospitalar às necessidades da criança/adolescente (Khan & Jiwane, 2022). A utilização de cores suaves, decorações amigáveis e brinquedos contribui para um ambiente mais

reconfortante e menos intimidante (Bice & Wyatt, 2016). Além disso, proporcionar momentos de lazer e distração dentro do ambiente hospitalar pode melhorar significativamente a experiência da criança (Duffy et al., 2019).

A presença dos pais ou cuidadores durante os procedimentos médicos tem sido associada a uma redução significativa da ansiedade e do stresse infantil (Smith & Smith, 2017). O apoio emocional dos pais transmite segurança e conforto à criança/adolescente, favorecendo uma melhor adaptação à experiência hospitalar (Ruano et al., 2022). Os pais desempenham um papel central e insubstituível na gestão do stresse, ansiedade e dor dos seus filhos durante procedimentos invasivos em contextos oncológicos. A presença e o envolvimento ativo dos pais proporcionam conforto emocional, mas também tem um impacto positivo comprovado na perceção de dor e na resposta emocional das crianças/adolescentes (Smith & Smith, 2017). Este apoio é fundamental em todas as etapas do tratamento, desde o diagnóstico até às intervenções mais invasivas. Além disso, os pais podem ser treinados em técnicas específicas para ajudar a reduzir o stresse e a ansiedade de seus filhos. Por exemplo, técnicas de distração, como contar histórias, utilizar brinquedos terapêuticos ou jogos, podem ser ensinadas aos pais para que possam utilizá-las durante os procedimentos (Orhan & Yildiz, 2017). Outras estratégias incluem técnicas de respiração profunda e relaxamento, que podem ser praticadas pelos pais e filhos juntos, criando um momento de calma e conexão antes e durante os procedimentos invasivos (Johnson & Johnson, 2016).

A presença física dos pais durante os procedimentos é um fator importante. A proximidade e o contacto físico, como segurar a mão da criança ou acariciar suavemente, podem proporcionar um sentido de segurança e conforto (Smith & Smith, 2017). A literatura sugere que as crianças/adolescentes que têm a companhia dos seus pais durante os procedimentos experienciam menos ansiedade e percebem menor dor do que aquelas que estão sozinhas (Taylor & Wilson, 2016). No entanto, é importante que os profissionais de saúde também estejam atentos ao bem-estar dos pais, pois o stresse e a

ansiedade dos mesmos podem ser transmitidos para as crianças/adolescentes, exacerbando as suas próprias reações ao tratamento. Portanto, oferecer suporte psicológico e emocional, como acesso a grupos de apoio ou aconselhamento, pode ser benéfico, tanto para os pais, como para as crianças/adolescentes (Bucci et al., 2016).

O envolvimento de profissionais de saúde mental, como psicólogos, também pode ser benéfico, especialmente em crianças/adolescentes com dificuldades acrescidas em lidar com a dor e a ansiedade (Ruano et al., 2022). O acompanhamento psicológico pode ajudar a criança/adolescente a expressar os seus sentimentos e a desenvolver estratégias de enfrentamento mais eficazes, promovendo o seu bem-estar emocional ao longo do tratamento (Bice & Wyatt, 2016).

A gestão da dor em procedimentos invasivos pediátricos deve envolver uma combinação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, adaptadas às necessidades específicas de cada faixa etária (Duffy et al., 2019). A implementação de técnicas de distração, relaxamento, estimulação sensorial e suporte emocional permite proporcionar um cuidado holístico, centrado na criança, reduzindo não só a dor física, mas também o impacto psicológico da experiência hospitalar (Ruano et al., 2022). A capacitação dos profissionais de enfermagem e a integração de abordagens humanizadas nos serviços de saúde são fundamentais para garantir um tratamento mais eficaz e digno para as crianças/adolescentes em contexto hospitalar (Bice & Wyatt, 2016).

2.5. O papel dos enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica na gestão do stresse, ansiedade e/ ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica

No âmbito da prestação de cuidados, o Enfermeiro Especialista exerce a sua atividade profissional de forma ética e em conformidade com a legislação

vigente na sua área de especialidade, atuando segundo os princípios deontológicos e normativos assim como, assegura a prestação de cuidados que valorizam os direitos humanos e cumprem as responsabilidades inerentes à profissão (OE, 2018). O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) presta cuidados diferenciados, centrados na criança/adolescente e na família, estabelecidos num modelo de parceria com os mesmos. O seu âmbito de atuação encontra-se entre o nascimento e os 18 anos de idade, em diferentes contextos (OE, 2018).

Os EESIP são profissionais capacitados para desempenhar um papel fundamental no cuidado de crianças/adolescentes com doenças oncológicas e na gestão do stresse, ansiedade e dor durante procedimentos invasivos. Uma das principais competências desses enfermeiros é o conhecimento técnico e científico sobre os procedimentos invasivos e as condições oncológicas pediátricas. Os enfermeiros são treinados para realizar procedimentos como punções venosas, inserções de cateteres e outros procedimentos invasivos, provocando o mínimo de dor e desconforto das crianças/adolescentes (Wilson & Latter, 2015). Devem estar atualizados quanto à evidência científica e às diretrizes clínicas, assegurando que as estratégias de gestão da dor e da ansiedade se baseiam nas melhores práticas fundamentadas no conhecimento mais recente (Loeffen et al., 2020).

Os EESIP desempenham um papel elementar no controlo da dor em crianças/adolescentes, conforme instituído pela Ordem dos Enfermeiros. Embora o regulamento específico não pormenorize competências exclusivas para o controlo da dor, várias competências gerais do EESIP são diretamente aplicáveis a esta área:

- Assistência à criança/adolescente com a família, na maximização da sua saúde: O EESIP estabelece uma parceria de cuidado com a criança/adolescente e a família, visando otimizar a saúde e o bem-estar. Esta competência inclui:

- Negociar a participação ativa da criança/adolescente e da família em todo o processo de cuidado, promovendo a independência e o bem-estar.
 - Comunicar de forma adequada à idade, estágio de desenvolvimento e contexto cultural da criança/adolescente e da família.
 - Utilizar estratégias que motivem a criança/adolescente e a família a assumirem papéis ativos na gestão da saúde.
 - Proporcionar conhecimentos e habilidades especializadas que capacitem a criança/adolescente e a família na gestão de processos específicos de saúde/doença, como o controlo da dor.
- Cuidado da criança/adolescente e família em situações de especial complexidade: O EESIP intervém em situações que exigem conhecimentos e habilidades avançadas, como:
 - Avaliar e monitorizar a dor, utilizando ferramentas e técnicas apropriadas para a faixa etária e condição clínica da criança/adolescente.
 - Implementar intervenções de enfermagem baseadas em evidências para o alívio da dor, considerando tanto abordagens farmacológicas quanto não farmacológicas.
 - Educar a criança/adolescente e a família sobre estratégias eficazes de controlo da dor, promovendo uma compreensão adequada e a adesão ao plano terapêutico.
- Prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/adolescente. O EESIP adapta as intervenções de cuidado às necessidades individuais da criança/adolescente, levando em consideração:
 - O estágio de desenvolvimento e as características específicas da criança/adolescente que possam influenciar a percepção e a expressão da dor.

- A implementação de medidas preventivas e terapêuticas adequadas para o controlo eficaz da dor em diferentes contextos e condições de saúde.

Essas competências permitem ao EESIP atuar de forma eficaz no controlo da dor, garantindo uma abordagem holística e centrada na criança/adolescente e na família, conforme as diretrizes da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018).

O EESIP desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados centrados na família. Esta abordagem reconhece a família como unidade central no cuidado à criança/adolescente, promovendo o bem-estar e a coesão familiar. O EESIP avalia a família e responde às suas necessidades específicas, especialmente no que diz respeito à adaptação a mudanças na saúde e na dinâmica familiar (OE, 2019). Estudos demonstram que quando os pais estão bem informados e preparados, são mais capazes de oferecer suporte emocional eficaz, o que, por sua vez, ajuda a minimizar a ansiedade e o medo das crianças/adolescentes (Brand et al., 2016). A inclusão dos pais no processo de cuidado não só ajuda a aliviar a ansiedade das crianças/adolescentes, mas também fortalece a relação de confiança entre a família e os profissionais de saúde.

A OE identifica como pré requisitos para o cuidar em parceria o estar atento aos valores que influenciam o comportamento da família, ouvir a família, incluindo a criança/adolescente, antes de elaborar o plano de cuidados, escutar a família e aprender com ela, antes de tentar ensiná-la, comunicar com a família antes de tomar qualquer decisão, personalizar os cuidados para que a família se sinta confortável e segura ao participar no processo, estar disponível para responder às necessidades da família (OE, 2015).

O EESIP desempenha um papel essencial na prestação de cuidados centrados na família durante o processo de doença das crianças/adolescentes. Esta abordagem reconhece os pais como parceiros ativos no processo de cuidar, valorizando o conhecimento que possuem sobre os seus filhos e promovendo o seu envolvimento ativo (OE, 2011). O processo de doença de uma

criança/adolescente é frequentemente uma fonte de ansiedade e stresse para a família. Para diminuir esses efeitos, é fundamental que o EESIP promova a presença e participação dos pais durante os cuidados (OE, 2015). A comunicação eficaz entre o enfermeiro e a família é fundamental para estabelecer uma parceria de cuidados sólida. Uma relação positiva, baseada na comunicação verbal e não verbal, permite compreender e atender às necessidades e preocupações dos pais, contribuindo para a humanização dos cuidados e para uma melhor experiência durante o processo de doença (Tomás et al., 2023).

Trabalhar em colaboração com uma equipa multidisciplinar é outra competência dos EESIP, seja com médicos, psicólogos, ou outros profissionais de saúde, para desenvolver e implementar planos de cuidados integrados que abordem todas as necessidades da criança/adolescente (Butler et al., 2021). Esta abordagem holística garante que todos os aspetos do bem-estar da criança/adolescente sejam considerados, promovendo uma recuperação mais rápida e eficaz.

A promoção do bem-estar e do conforto é uma preocupação diária e constante dos EESIP, como é reconhecida por Kolcaba, na teoria do conforto que é um modelo teórico que enfatiza a importância de proporcionar conforto físico, psicológico, social e ambiental aos doentes através de intervenções específicas. Esta teoria é particularmente relevante no contexto da oncologia pediátrica, onde a gestão do stresse, ansiedade e dor é essencial para o bem-estar das crianças/adolescentes durante procedimentos invasivos (Kolcaba, 2005).

O conforto, de acordo com Kolcaba, é um estado de alívio, tranquilidade e transcendência que pode ser alcançado através de intervenções de enfermagem. O alívio refere-se à remoção de desconforto existente, tranquilidade envolve um estado de calma e contentamento, e a transcendência é a capacidade de indivíduo superar desafios dolorosos ou stressantes (Kolcaba, 2005).

Por fim, a participação em trabalhos de investigação e a procura contínua por inovação são características marcantes dos enfermeiros especialistas, que não apenas aplicam práticas baseadas em evidências, mas também contribuem para a geração de novos conhecimentos através de estudos e projetos de investigação (Wilson & Latter, 2015). Efetivamente, uma atitude proativa em relação à investigação ajuda a melhorar continuamente a qualidade do cuidado prestado às crianças com doença oncológica.

A formação contínua dos profissionais de saúde é essencial. A capacitação deve incluir não apenas as técnicas específicas para cada procedimento invasivo, mas também competências em comunicação e gestão emocional (Duarte, 2021). Ao seguir rigorosamente essas diretrizes, os profissionais de saúde podem melhorar significativamente a qualidade do cuidado prestado, minimizando riscos e promovendo uma abordagem mais humanizada e eficiente.

Face ao exposto anteriormente mostra-se relevante perceber de que forma é que os enfermeiros percecionam os procedimentos invasivos em oncologia pediátrica e todas as suas implicações para a criança/adolescente e sua família, assim como é que no seu dia a dia contribuem para uma prestação de cuidados atraumáticos e de que forma podem continuamente melhorar a prestação de cuidados para as crianças e suas famílias. Para o efeito desenvolvemos o estudo em questão.

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia de um estudo refere-se ao conjunto de métodos e técnicas utilizadas para conduzir uma pesquisa, de modo a garantir a validade e a confiabilidade dos resultados obtidos. A definição do método é um dos aspetos fundamentais na pesquisa, pois envolve a especificação das etapas necessárias para atingir um objetivo específico, delineando assim a estratégia que orienta todo o processo de investigação (Freixo, 2024). Neste sentido neste capítulo irei descrever o percurso metodológico que norteou todo o estudo aqui apresentado.

3.1. Justificação e finalidade do estudo

A arquitetura de uma investigação começa com a definição do tema, que orienta o pesquisador em relação à questão que deseja explorar (Polit e Beck, 2018). Neste sentido, encontrando-me a exercer funções num serviço de pediatria oncológica e tendo na minha prática clínica diária enquanto enfermeira, um papel essencial na promoção do conforto e na gestão da dor, stresse e ansiedade das crianças/adolescentes e dos pais associada aos múltiplos e variados procedimentos invasivos a que estes estão expostos, surge a motivação para o desenvolvimento deste estudo.

O presente estudo tem como objetivo conhecer a experiência dos enfermeiros que trabalham em oncologia pediátrica sobre a gestão do stresse, ansiedade e/ou dor associada aos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica, assim como as principais dificuldades com que se deparam no seu dia a dia.

Este estudo insere-se no estudo alargado “A promoção do conforto nos procedimentos invasivos em idade pediátrica” que faz parte do projeto “Integração da doença crónica pediátrica na família” inscrito na unidade de investigação NursID/CINTESIS@RISE e que integra docentes da ESEP.

A finalidade deste projeto visa contribuir para um maior conhecimento e capacitação dos enfermeiros na promoção do conforto e gestão do stresse, ansiedade e/ou dor associada aos procedimentos invasivos em idade pediátrica e implementação de práticas de cuidados atraumáticos para promover o bem-estar das crianças/adolescentes e suas famílias.

3.2. Objetivos e desenho do estudo

Atendendo à finalidade do estudo delineou-se como objetivo geral:

- Conhecer a experiência dos enfermeiros na gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica.

Sendo que os objetivos específicos deste estudo são:

- Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre as dificuldades encontradas na realização de procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica e seus pais;
- Descrever quais são as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a gestão do stresse, ansiedade e/ou dor na realização dos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica.
- Conhecer a perceção do enfermeiro sobre o papel dos pais na gestão do stresse, ansiedade e/ou dor na realização de procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica.

Face aos objetivos apresentados desenvolveu-se um estudo do tipo qualitativo, transversal, descritivo e com recurso à análise temática (Braun & Clark, 2006).

3.3. Contexto e participantes no estudo

Nesta investigação os participantes foram recrutados através de um processo de uma amostragem não probabilística, por bola de neve. Esse tipo de amostragem possibilita ao investigador selecionar os elementos da população que irão constituir a amostra, recorrendo inicialmente a contactos informais do investigador e numa segunda fase a contactos dos próprios participantes.

Para a seleção dos participantes foram definidos como critérios de inclusão:

- Enfermeiros a trabalhar num serviço de pediatria oncológica há mais de um ano;
- Enfermeiros que estejam na prestação de cuidados à criança com doença oncológica;

O número de participantes não foi previamente estabelecido, e dependeu, como refere Fortin (2009) da saturação dos dados, isto é, a recolha de dados terminou quando os temas começaram a repetir-se, e os dados não trouxeram mais informação nova, ou seja, o investigador percebeu que não estava a obter mais resultados relevantes para o estudo.

3.4. Procedimento de recolha de dados

A qualidade dum investigação depende, consideravelmente, da validade e da fidelidade dos instrumentos de medida utilizados, e de acordo com o tipo e objetivos do estudo, o investigador determina o instrumento de recolha de dados a utilizar (Fortin, 2009).

A entrevista é uma das técnicas mais utilizada para o estudo e compreensão dos fenómenos. A recolha de dados foi assim realizada por meio de uma

entrevista semiestruturada, para a qual foi elaborado um guião prévio. Nesse tipo de entrevista, há uma lista de temas a serem abordados, acompanhada de questões abertas organizadas e relacionadas ao tema. As perguntas devem ser curtas, claras e objetivas, evitando tendenciosidade, e evidenciando os tópicos em análise. Por serem abertas, essas questões permitem que os participantes descrevam as suas experiências livremente, fornecendo informações no formato e na ordem que preferirem. O guião atua como um roteiro para o investigador, assegurando que todas as áreas delineadas sejam exploradas e que a entrevista siga os objetivos estabelecidos (Polit & Beck, 2018). O guião desenvolvido continha 15 questões e encontra-se no anexo IV.

Na fase da recolha de dados, efetuou-se previamente um pré-teste do guião da entrevista, com um enfermeiro a trabalhar num serviço de pediatria, no sentido de verificar a clareza das questões e adequação do roteiro de entrevista, para garantir que esta estava adequada ao objetivo do estudo. Nenhuma alteração no guião foi necessária e a entrevista pré-teste não foi incluída neste estudo.

Participaram no estudo 11 enfermeiros que cumpriam os critérios de inclusão já referidos. Para a recolha de dados foi efetuado um contato prévio com os participantes onde foram apresentados os objetivos do estudo, solicitada a assinatura do consentimento livre e informado e combinada data e local da entrevista. Importa referir que nenhuma entrevista foi realizada no local de trabalho dos participantes.

As entrevistas foram gravadas em formato áudio com o consentimento dos entrevistados e posteriormente transcritas. As entrevistas tiveram uma duração média de cerca de 20-30 minutos e decorreram entre o dia 28/10/2024 e o dia 27/12/2024.

3.5. Método de análise de dados

No processo de pesquisa qualitativa, o tratamento dos dados surge a partir das informações recolhidas, utilizando técnicas escolhidas de acordo com a natureza e os objetivos do estudo.

A análise temática é uma metodologia qualitativa amplamente utilizada nas ciências humanas e da saúde para identificar, analisar e interpretar padrões significativos dentro de um conjunto de dados. Esse método permite que a informação seja organizada de forma a destacar temas recorrentes, facilitando a compreensão de fenómenos complexos (Braun & Clark, 2006).

O processo de análise temática envolve 6 etapas:

- Etapa 1: Familiarização com os dados
 - Nesta fase inicial o investigador deve imergir completamente nos dados, lendo e relendo o material várias vezes para se familiarizar com o conteúdo. Os principais passos nesta etapa são a transcrição dos dados, a leitura ativa dos mesmos, onde o investigador reflete sobre os significados e padrões emergentes, a anotação de ideias iniciais sobre tópicos de interesse ou padrões recorrentes e destacar excertos que possa indicar possíveis temas;
- Etapa 2: Geração de códigos iniciais
 - Nesta etapa, o investigador codifica sistematicamente os dados, atribuindo “etiquetas” a partes do texto que tenham significado relevante. Os principais passos nesta etapa são a análise linha por linha, identificando segmentos de texto que capturam significados importantes, a criação de códigos descritivos, que podem ser palavras ou frases curtas.
- Etapa 3: Procura de temas
 - Aqui, os códigos são organizados em temas mais amplos, agrupando aqueles que partilham significados semelhantes.

Deve-se agrupar os códigos semelhantes para formar subtemas ou temas iniciais, criar um esquema ou tabela para visualizar as relações entre os temas e identificar temas principais e secundários, sendo que nem todos os códigos precisarão de se tornar temas.

- Etapa 4: Revisão dos temas
 - Nesta fase, o investigador refina os temas, pesquisando se realmente fazem sentido e se refletem os dados de forma precisa. É necessário verificar se as citações dos participantes realmente apoiam os temas identificados e garantir que cada tema é coeso e distinto dos outros temas.

- Etapa 5: Definição e nomeação dos temas
 - Nesta etapa em que os temas já foram clarificados, é necessário dar-lhes nomes claros e definir o seu conteúdo e incluir subtemas e sub-subtemas quando necessário.

- Etapa 6: Realização do relatório
 - Finalmente, o investigador redige a análise final, integrando os temas com a literatura existente e utilizando exemplos ilustrativos dos dados e para isso deve apresentar os temas de forma estruturada e clara, utilizar citações diretas dos participantes para apoiar as interpretações, discutir a relevância dos achados no contexto do estudo e explorar implicações práticas e teóricas dos resultados (Braun & Clark, 2006).

Uma das vantagens da análise temática é sua flexibilidade, podendo ser aplicada a diferentes tipos de dados e contextos. Ela não apenas fornece uma visão geral dos dados, mas também permite relatar os padrões encontrados de forma detalhada e estruturada, descrevendo os temas tal como emergem dos dados. (Braun & Clark, 2006).

Ainda de acordo com os autores e atendendo ao contexto e objetivos do presente estudo, esta é uma metodologia de análise que permite uma exploração descritiva das experiências, percepções e significados dos enfermeiros que prestam cuidados a crianças com doença oncológica.

3.6. Considerações éticas

A ética na pesquisa com seres humanos implica, acima de tudo, garantir o direito ao anonimato, à privacidade e à confidencialidade. Embora os dados recolhidos dos participantes sejam informações valiosas para o pesquisador, é fundamental que este tome todas as precauções para que o acesso a esses dados não se torne público (Freixo, 2024). Assegurar os princípios éticos é essencial na investigação e têm que ser considerados desde o início do estudo, incluindo a escolha do tema, o tipo de investigação, a seleção dos participantes, a recolha de dados e a interpretação dos resultados (Fortin, 2009). Este estudo porque se insere no projeto “A promoção do conforto nos procedimentos invasivos em idade pediátrica” inscrito na NursID/CINTESIS@RISE, já foi aprovado pela comissão de ética da ESEP com o parecer Fluxo CE_32/2023 (Anexo I). Foi ainda solicitado um pedido de parecer à Comissão de Proteção de Dados para fins de investigação à ESEP, e as entrevistas só foram iniciadas após a resposta positiva ao mesmo (Anexo II).

Neste estudo, foram atendidos os princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, que devem orientar o desenvolvimento de uma investigação (Martins, 2008). Isso inclui a proteção da dignidade humana, respeitando os interesses e o bem-estar dos participantes; o respeito pela autonomia e responsabilidade individual, permitindo que os enfermeiros interrompessem sua participação no estudo a qualquer momento; e a promoção da igualdade, justiça e equidade entre os enfermeiros envolvidos. O estudo enfatizou a solidariedade e a cooperação, com a participação voluntária e generosa de todos; o compromisso em compartilhar os benefícios e os

resultados obtidos; o respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo, assegurando a liberdade de expressão dos participantes e a obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido.

O consentimento livre e informado permite que o investigador assegure que os participantes do estudo estejam informados e possam decidir sem coerção, considerando as vantagens e desvantagens de sua participação (Fortin, 2009). Dessa forma, todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a estratégia de recolha de dados, e do seu direito de não participar e a possibilidade de desistir a qualquer momento. Um documento informativo foi disponibilizado, e dada a oportunidade de esclarecimento de dúvidas (Anexo III).

O pesquisador tem a responsabilidade de garantir o direito dos participantes à privacidade, por meio do anonimato e da confidencialidade (Fortin, 2009). Embora o anonimato seja difícil em estudos qualitativos, uma vez que o investigador é o principal instrumento de recolha de dados (Polit & Beck, 2018), foram adotadas estratégias para garantir a confidencialidade. Foram utilizados códigos de identificação para as entrevistas, numerando-as em ordem crescente e usando a letra “E” seguida do número correspondente à gravação. Os participantes foram informados de que os dados recolhidos seriam usados para o estudo em questão e que poderiam ser utilizados com vista à divulgação científica e que, ao final, as gravações em áudio e suas transcrições seriam destruídas.

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados inicia-se com a caracterização dos participantes seguida da análise e discussão dos resultados organizados pelos temas e respetivos subtemas identificados conforme a metodologia anteriormente apresentada.

A amostra foi composta por onze enfermeiros, sendo dez do sexo feminino e um do sexo masculino, todos a trabalhar em oncologia pediátrica. A idade média foi de 42,8 anos, variando entre 36 e 55 anos. O tempo médio de experiência em saúde infantil e pediátrica foi de 14,7 anos, com um intervalo entre 1,5 e 26 anos. Quanto ao contexto profissional, três trabalhavam em contexto de hospital de dia, quatro em internamento e quatro em ambos.

Relativamente à formação específica em saúde infantil e pediátrica, nove dos enfermeiros indicaram possuir esta formação, sendo que um estava a realizar o curso de mestrado em saúde infantil e pediátrica no momento da recolha dos dados.

No que concerne aos resultados decorrentes da análise dos testemunhos dos participantes, estes foram organizados por temas e subtemas, tal como se pode observar no quadro 1. Na sua apresentação será feita referência às unidades de registo codificadas, conforme matriz de redução de dados (Anexo V).

Quadro 1 - Apresentação de temas e sub-temas

Tema	Subtema
Procedimentos realizados em pediatria oncológica	Procedimentos invasivos
	Procedimentos causadores de stresse e ansiedade
Desafios na realização de procedimentos invasivos em pediatria oncológica	Desafios relacionados com as crianças/adolescentes
	Desafios relacionados com os pais
	Desafios relacionados com as famílias
Estratégias de gestão de stresse, ansiedade e dor	Estratégias farmacológicas
	Estratégias não farmacológicas
Necessidades identificadas pelos enfermeiros	Formação
	Recursos

4.1. Procedimentos realizados em pediatria oncológica

O diagnóstico de cancro em crianças/adolescentes e todo o processo de tratamento é um percurso complexo, que exige que a criança/adolescente enfrente múltiplos procedimentos invasivos ao longo do diagnóstico e tratamento. Durante este processo, para além do sofrimento associado à doença, as intervenções médicas e de enfermagem provocam frequentemente sentimentos de dor, ansiedade e stresse. Embora a taxa de sobrevivência tenha vindo a aumentar, os tratamentos continuam a ser agressivos e de difícil tolerância tanto para a criança/adolescente como para a sua família (Flora, 2023).

Deste primeiro tema emergiram dois sub-temas: os procedimentos invasivos e os procedimentos causadores de stresse e ansiedade. Estes dois sub-temas serão descritos de seguida.

Procedimentos Invasivos

Os procedimentos invasivos são essenciais para diagnóstico, tratamento e monitorização de diversas condições na doença oncológica pediátrica. Segundo Campos et al. (2020, p.3), "procedimentos invasivos compreendem qualquer intervenção que requeira a penetração da pele ou de uma mucosa, com o objetivo de diagnóstico ou tratamento". Entre estes procedimentos, os mais comuns em oncologia pediátrica são: punções lombares, aspirações de medula óssea, biópsias, terapias endovenosas contínuas e punções venosas (Campos et al., 2020; Flora et al., 2023), tendo sido estes também os procedimentos mencionados pelos participantes:

E1: “as punções venosas, punções do cateter (...) as punções lombares...”.

E2: “procedimentos invasivos (...) são as punções, seja de cateter central, seja de punções periféricas, punções lombares, mielogramas, fazemos algaliações e entubações nasogástricas.”

Um dos procedimentos comumente realizados em pediatria oncológica, como referido, é a punção lombar, que exige cuidados específicos na sua realização tais como o posicionamento da criança para exposição do local de punção e posteriormente o cumprimento do repouso preconizado. Dos possíveis efeitos secundários decorrentes deste procedimento temos as cefaleias, náuseas e vómitos (Piazzetta & Pereira, 2021), o que além de causar desconforto físico, leva também a sentimentos de stresse e ansiedade.

A punção venosa é outro procedimento que os participantes percecionaram como causador de muito stresse nas crianças/adolescentes, principalmente pela quantidade de vezes a que estes são sujeitos e por frequentemente só se conseguir concretizar após várias tentativas. De entre os procedimentos, seja terapêutica ou diagnóstica, a punção venosa é a que causa mais dor (Dias, 2015).

E6: “(...) a punção, seja ela de que tipo for, a manipulação de cateteres, diversos tipos de colheitas, de diversos tipos de espécimes...”

E11: "...punções, principalmente a nível dos cateteres centrais, dos implantofix e também às vezes em veia periférica."

Dantas et al. (2021) alinhado com as opiniões dos enfermeiros referem que, para as crianças/adolescentes a colocação de um acesso venoso é um momento de dor física, de stresse e ansiedade que pode influenciar o tratamento, assim como futuras punções e até a relação com a equipa de enfermagem.

Procedimentos causadores de stresse e ansiedade

Como já foi referido anteriormente, existem procedimentos que não sendo propriamente invasivos, são também eles causadores de ansiedade e stresse, e têm um impacto igualmente negativo no bem-estar das crianças/adolescentes e suas famílias. Foram mencionados como exemplo, a realização de pensos e avaliação de sinais vitais:

E3: "...a realização de pensos também muitas vezes está associada à dor."

E6: "Muitas vezes só a própria avaliação da tensão ou a monitorização dos sinais vitais é considerado invasivo por parte da criança e o medo confundido, manifestado como dor..."

Este último excerto faz referência à dificuldade das crianças, principalmente as mais novas, em distinguir a dor física dos seus medos em relação aos cuidados de saúde (Birnie et al., 2014). A investigação sobre a dor pediátrica tem ilustrado a relevância das emoções na perceção e regulação da dor e demonstrado que a dor aguda está estreitamente ligada ao medo e à ansiedade. As crianças mais pequenas tendem a experienciar os acontecimentos de forma global, tendo dificuldade em distinguir entre sentir-se "assustado" e sentir-se "magoado" ou com "dor" (Barros, 2010). Importa também referir que o medo e a ansiedade intensificam a perceção do sofrimento físico e diminuem a tolerância à dor. Assim, pode afirmar-se que a ansiedade amplifica a dor e, por sua vez, a dor fomenta a ansiedade, criando um ciclo difícil de interromper pelo que é possível utilizar o termo "sofrimento"

ou "perturbação comportamental" (*behavioral distress*) para descrever as reações associadas a procedimentos médicos ou lesões, englobando stresse, ansiedade e dor (Barros, 2010).

4.2. Desafios na realização de procedimentos invasivos em pediatria oncológica

Ao longo das entrevistas efetuadas foram identificados vários desafios com os quais os enfermeiros se deparam na realização de procedimentos invasivos na sua prática diária. Este tema deu origem a três subtemas principais: os desafios relacionados com as crianças/adolescentes, os desafios relacionados com os pais e os desafios relacionados com as famílias. No que diz respeito aos desafios relacionados com as crianças/adolescentes, destaca-se principalmente, como a faixa etária e o estágio de desenvolvimento podem influenciar a reação das crianças/adolescentes aos procedimentos. Em relação aos desafios relacionados com os pais, será possível perceber como estes podem atuar como facilitadores ou dificultadores durante os procedimentos invasivos. Por fim, no que se refere aos desafios relacionados com a família, os enfermeiros abordaram as diferenças culturais, que estão cada vez mais presentes no seu quotidiano.

Desafios Relacionados com as Crianças/Adolescentes

A doença oncológica e consequentemente os internamentos prolongados são momentos muito difíceis para a criança/adolescente e para a sua família, dado o impacto nas várias dimensões do desenvolvimento da criança/adolescente e funcionamento do sistema familiar (Santos et al., 2016). Os procedimentos invasivos são uma parte essencial do tratamento oncológico pediátrico, e representam desafios significativos para as crianças/adolescentes, tanto a nível físico como emocional. A forma como cada criança/adolescente reage a esses procedimentos varia consoante a sua idade e fase de desenvolvimento,

influenciando a perceção da dor, a ansiedade e a cooperação (Muglia-Wechsler, 2017). Alguns dos participantes consideraram que a maior dificuldade reside nas crianças mais pequenas:

E6: “a fase inicial de ganhares a confiança de, por exemplo, nas crianças mais pequenas...entenderem o nosso propósito ali...”.

E7: “nos mais pequeninos, é difícil fazer-lhes perceber e acho que dificilmente conseguimos fazer-lhes perceber que é útil para eles...”

Smith et al. (2010) descreve esta dificuldade nos períodos toddler e pré-escolar porque nestas fases do desenvolvimento as crianças têm uma compreensão limitada sobre a natureza do cancro e seu tratamento. De acordo com o mesmo autor, as crianças nestas faixas etárias podem perceber o tratamento como doloroso e assustador, mas não compreendem a gravidade da doença ou a finalidade dos procedimentos invasivos (Smith et al., 2010).

No entanto, alguns dos enfermeiros que participaram no estudo referiram que para eles o grupo etário que lhes colocava mais desafios eram os adolescentes:

E8: “a minha maior dificuldade é com os adolescentes, parece que estão no mundo deles e não respondem.”

E9: “Os adolescentes são adolescentes, não querem, não querem explicações...”

Lima et al. (2017) referem que os adolescentes têm uma compreensão mais profunda da doença oncológica, sendo capazes de perceber os detalhes sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico, e que frequentemente mostram preocupações sobre a aparência física, a autonomia e o impacto da doença na sua vida futuras. Este grupo etário pode enfrentar desafios emocionais e psicológicos significativos, incluindo sentimentos de isolamento, medo da morte e ansiedade sobre a recidiva da doença (Lima et al., 2017), tal como foi descrito pelos enfermeiros, nos dois excertos acima descritos.

As crianças e os adolescentes com doença oncológica enfrentam desafios significativos que afetam o seu bem-estar emocional e psicológico. A raiva e o medo são sentimentos comuns. O medo pode estar relacionado à incerteza do tratamento, à dor ou mesmo ao medo da morte, enquanto a raiva pode surgir devido à sensação de impotência e frustração diante das restrições impostas pela doença (Cicogna et al., 2010). Estes desafios também foram destacados pelos participantes:

E3: “Primeiro temos que lhes dar tempo e deixá-los expressar a sua dor e a sua revolta o seu stresse.”

E4: “...é mais o controlo da revolta. Porque é que eu tenho de fazer isto? Porque é que tem que ser agora? Porque é que tem que ser hoje? Porque é que eu estou aqui? É mais essa revolta...”

Neste sentido, e de forma semelhante ao descrito pelos participantes, SantAnna e Mendes (2019) afirmam que cuidar de crianças/adolescentes com cancro envolve muito mais do que cuidados técnicos e científicos. É necessário entender que se está perante uma criança/adolescente numa fase frágil e vulnerável, assim como a sua família. Os enfermeiros devem desenvolver competências relacionadas com as relações interpessoais, sendo desta forma capazes de perceber as particularidades e as necessidades individuais de cada criança/adolescente.

Desafios Relacionados com os Pais

Os procedimentos invasivos em crianças/adolescentes podem representar momentos de dor, stresse e ansiedade, tanto para as próprias crianças/adolescentes, quanto para os seus pais. A doença de uma criança/adolescente também tem impacto negativo no dia a dia dos pais. A doença oncológica exige uma reorganização do sistema familiar, pois, para responder às exigências do tratamento, os pais precisam não só de assumir novas responsabilidades, mas também de se adaptar a um ambiente diferente.

Estas mudanças afetam a rotina profissional, pessoal e social, podendo resultar em instabilidade no núcleo familiar (Azevêdo et al., 2017).

No decorrer da doença oncológica, os pais encontram-se numa posição de maior vulnerabilidade, não só por todas as mudanças e medos que a doença oncológica acarreta, mas também porque deixam de desempenhar certos cuidados que antes lhes cabiam, passando estes a ser assegurados pelos enfermeiros. Esta mudança pode gerar sentimentos de frustração e revolta, afetando o seu papel parental e o seu bem-estar psicológico. No entanto, permitir que os pais acompanhem a criança/adolescente ao longo do tratamento e participem nos cuidados pode reduzir a sua ansiedade, pois ajuda-os a sentir-se úteis e envolvidos em todo o processo (Pedroso, 2017).

Atualmente as organizações de saúde apoiam a prestação de cuidados centrada na família, mas há divergências na aceitação dos profissionais sobre o papel dos pais nesses momentos (Palomares-González et al., 2023). Como referem os mesmos autores, o cuidado de saúde tem evoluído para o cuidado centrado na família, e de acordo com esta filosofia de cuidados a presença dos pais durante os procedimentos é valorizada. No entanto, os profissionais ainda têm reservas acerca da presença dos pais (Palomares-González et al., 2023).

Na análise dos dados recolhidos constatou-se que os enfermeiros percecionam a presença e o envolvimento dos pais durante os procedimentos invasivos como uma vantagem, mas também muitas vezes pode ser considerado um fator dificultador. Todos os enfermeiros que participaram no estudo reconheceram que a presença dos pais favorece a resposta das crianças/adolescentes aos procedimentos invasivos, como se evidencia nas citações a seguir mencionadas.

E1: “acho que devem permanecer junto das crianças, porque é a pessoa que eles mais conhecem. É o abrigo deles...”

E4: “eu acho muito importante a presença dos pais, além de serem uma referência, não é? referência de amor para as crianças.”

E5: “a maior parte das vezes ajuda, o pai acalma, a mãe acalma.”

No decurso do processo da doença oncológica, os pais desempenham um papel fundamental ao facilitar a comunicação, ajudar a criança/adolescente a aceitar melhor os procedimentos e apoiar a adesão ao tratamento, garantindo um cuidado mais humano e acolhedor. A sua presença é indispensável, pois uma figura parental atua como representante da criança, expressando os seus sentimentos, valores socioculturais e comportamentos. Além disso, os pais funcionam como intermediários entre a criança e o hospital (Mendes & Guareschi, 2018), tal como foi descrito pelos participantes do presente estudo.

Todavia a experiência parental e o facto de ter um filho com doença oncológica, com internamentos recorrentes e exposto a procedimentos invasivos seja de diagnóstico, seja de tratamento, ou de vigilância, representa um enorme desafio parental. Esta vivência pauta-se por sentimentos de ansiedade, sofrimento e stresse nos pais. Neste sentido a sua presença e apoio junto dos filhos quando expostos a procedimentos invasivos pode ser difícil para eles, assim como para todos os envolvidos, inclusive a criança/adolescente. O estudo de Palomares-González et al., (2023) refere que os enfermeiros apontaram vários fatores para evitar a presença dos pais, tais como: a ansiedade dos pais, a falta de preparação dos pais para assistir ao procedimento, um maior nervosismo da criança/adolescente, os pais sentirem-se mal fisicamente. Alguns destes fatores foram também referidos pelos participantes do presente estudo:

E9: “muitas vezes os pais são um fator de stresse para nós e acho que também é importante nós explicarmos (os procedimentos) ...”

E10: “...muito mau quando também entram na ansiedade e no medo do filho e não colaboram em nada...”

E11: “há sempre um ou outro pai que, às vezes não reage da forma mais correta, porque incentiva (o stresse e a ansiedade) ...até às vezes na criança...”

A experiência dos pais é frequentemente marcada pela solidão, pelo isolamento e por uma sobrecarga física e emocional constante, especialmente em momentos críticos, quando a dificuldade em lidar com a situação de doença da criança se torna mais evidente (Mendes et al., 2018). Estudos apontam também que a ausência dos pais pode afetar negativamente o processo de doença. Para alterar essa realidade e proporcionar um maior suporte às famílias, é fundamental que a equipa de saúde adote medidas que incentivem a presença dos familiares, nomeadamente durante procedimentos invasivos (Mendes et al., 2018).

Desafios relacionados com as famílias

As diferenças culturais e de nacionalidade podem afetar a perceção e a aceitação dos procedimentos invasivos por parte dos pais. Além disso, barreiras linguísticas podem dificultar a comunicação eficaz entre a equipa de saúde e a família, levando a mal-entendidos e aumento da ansiedade. É essencial que os profissionais de saúde sejam culturalmente competentes e sensíveis às necessidades individuais das famílias para promover um ambiente de cuidado mais acolhedor e eficaz (Monteiro et al., 2022).

A cultura desempenha uma importante influência nos cuidados de saúde prestados às crianças/adolescentes. Os hábitos de higiene, os hábitos alimentares e o uso de plantas medicinais são exemplos de práticas influenciadas por valores culturais, apreendidos entre gerações, que orientam os cuidados prestados às crianças (Almeida et al., 2017). As diferenças culturais devem ser tidas em conta no diagnóstico e tratamento, na medida em que os valores culturais orientam e definem as tomadas de decisão (Ramos, 2012). Dois dos enfermeiros que participaram no estudo referiram estas diferenças culturais como um desafio na realização dos procedimentos invasivos, como se demonstra nos seguintes excertos:

E5: “tens que tentar explicar da maneira que eles (pais) percebam e depois nós temos cada vez mais famílias diversificadas...”.

E8: "...atualmente temos também muitos miúdos de nacionalidades diferentes".

Neste sentido a Parceria de Cuidados requer flexibilidade para adaptar os planos de tratamento e as estratégias de gestão da doença às circunstâncias e preferências específicas de cada família, o que pode envolver ajuste de horários de visitas, e criar um ambiente de cuidado que respeite as rotinas e tradições culturais da família (Taylor & Wilson, 2016). É fundamental que os enfermeiros desenvolvam o cuidado prestado às crianças/adolescentes, com a capacidade de entender as peculiaridades culturais de cada criança e sua família e, desta forma, prestar cuidados de qualidade (Vilelas & Janeiro, 2012). Os enfermeiros reconhecem a presença dos pais/familiares como um fator benéfico no cuidado à criança/adolescente, independentemente da sua cultura (Söderbäck, 2013).

4.3. Estratégias de gestão de stresse, ansiedade e dor

Durante o processo da doença oncológica, os múltiplos procedimentos médicos e de enfermagem geram sentimentos de stresse, ansiedade e/ou dor (Flora et al., 2023). A oferta de cuidados atraumáticos desempenha um papel crucial na minimização desses efeitos, com o objetivo de reduzir o impacto negativo do processo de doença. Os cuidados atraumáticos consistem num conjunto de intervenções que previnem que a criança/adolescente seja afetado no domínio físico, psicológico e social (Hockenberry & Wilson, 2014). A promoção de cuidados atraumáticos requer a implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, as quais podem ser executadas de forma isolada ou combinada.

Relativamente a este tema, emergiram dois grandes sub-temas: as estratégias farmacológicas e as estratégias não farmacológicas. Tendo em consideração o discurso dos enfermeiros entrevistados, do sub-tema das estratégias não farmacológicas, surgiram cinco sub sub-temas que foram referidos pelos

enfermeiros: a preparação para o procedimento, a distração, as técnicas de relaxamento, o reforço positivo e a amamentação.

Estratégias farmacológicas

A utilização de estratégias farmacológicas consiste em intervenções interdependentes iniciadas pelo médico, responsável pela prescrição do fármaco, enquanto a administração e monitorização da sua eficácia são da responsabilidade do enfermeiro (OE, 2013).

Os fármacos utilizados no controlo da dor aguda em pediatria incluem opióides, não opióides, e anestésicos locais. Os analgésicos estão organizados em três níveis: o primeiro nível inclui os não opióides, como o paracetamol e os anti-inflamatórios não esteroides; o segundo nível compreende os opióides fracos, como o tramadol e a buprenorfina; e o terceiro nível é constituído por opióides fortes, como a morfina e fentanil. A seleção do tratamento farmacológico depende da intensidade da dor sentida pela criança, sendo os analgésicos do primeiro nível indicado para dor ligeira, os de segundo nível para dor moderada, e terceiro nível para dor intensa (Di Sarno et al., 2023).

Os estudos de Hedén et al. (2011) e de Duffy et al. (2019) referem o uso de benzodiazepinas, sendo o midazolam a mais utilizada na prática pediátrica, cuja utilização resulta numa redução significativa de ansiedade e dor, tal como foi também descrito pelos enfermeiros:

E5 - “Temos...pronto...as farmacológicas (estratégias) que também usamos. Nós administramos a morfina, o midazolam para fazer certos procedimentos...”

E9: “...e administramos midazolam para, por exemplo, alguns procedimentos...”

Outra opção farmacológica indicada para estes procedimentos é a mistura equimolar de protóxido de azoto e oxigénio (Kalinox), um gás inalatório que

proporciona efeitos ansiolíticos, analgésicos, amnésicos e euforizantes. Este fármaco é especialmente utilizado em procedimentos que causam dor aguda de intensidade ligeira a moderada, como punções lombares, punções venosas e mielogramas, como foi referido pelos participantes nos excertos abaixo. A sua administração é recomendada para crianças com mais de três anos, pois requer a colaboração das mesmas (Linvigston et al., 2017).

E2: “Nós utilizamos muito o protóxido de azoto”

E4: “Nós temos o famoso kalinox..que nos ajuda tanto...”

O estudo de Escobar et al. (2019) vai ao encontro ao descrito pelos participantes na medida em que considera a administração do protóxido de azoto uma medida eficaz na diminuição da dor e ansiedade associada aos procedimentos. Os autores Tsze et al. (2016) e Heinrich et al. (2015) também partilham desta posição, referindo nos seus estudos uma redução significativa da dor em procedimentos como inserção de CVP, entre outros.

Em procedimentos invasivos na pele, como colocação de CVP, punções lombares e injeções subcutâneas, recomenda-se também a aplicação de anestesia tópica (DGS, 2012). Os anestésicos tópicos têm a capacidade de bloquear temporariamente a transmissão do estímulo doloroso, impedindo que este seja processado pelo cérebro (Krauss et al., 2016). O EMLA, composto por uma combinação de lidocaína e prilocaína, e é o anestésico tópico mais utilizado em pediatria, sendo que não necessita de prescrição médica, tendo sido referido por vários dos enfermeiros, como pode verificar nos excertos abaixo. O tempo de aplicação varia entre 60 a 90 minutos, mantendo o efeito anestésico por mais 120 minutos (DGS, 2012; Krauss et al., 2016).

E7: “... (...), o EMLA também é fantástico (...)”

E9: “...às vezes o EMLA também resulta (...)”

Lullmann et al. (2010) realizou uma pesquisa, onde após a aplicação do EMLA as crianças conseguiram uma redução significativa da dor após 60 minutos de

tempo de aplicação, em linha com as afirmações dos enfermeiros entrevistados. Araújo et al. (2012) partilham da mesma opinião, referindo no seu estudo que há benefício no tratamento da dor secundária a punções venosas e punções lombares com a aplicação do EMLA.

Estratégias não farmacológicas

As estratégias não farmacológicas são igualmente importantes na gestão do stresse, ansiedade e dor nas crianças em pediatria oncológica. Estas englobam um conjunto de estratégias destinadas a reduzir a perceção da dor, tornando-a mais suportável, além de promover uma sensação de controlo, aumentar o conforto e minimizar a ansiedade associada ao medo e à dor. Estas abordagens são seguras, não invasivas e fazem parte das intervenções autónomas da enfermagem (Hockenberry & Wilson, 2014).

Como já referido anteriormente este sub-tema foi dividido em cinco sub-temas: a preparação para o procedimento, a distração, as técnicas de relaxamento, o reforço positivo e a amamentação.

A **preparação para o procedimento**, segundo a OE (2013) é tanto uma responsabilidade dos enfermeiros quanto um direito da criança/adolescente e dos pais. A informação deve ser adequada à idade da criança/adolescente. Essa explicação deve incluir as etapas do procedimento e as sensações que ele pode causar, utilizando uma linguagem simples, clara e honesta, para que a criança consiga compreender o procedimento e as sensações associadas, tal como foi descrito pelos enfermeiros:

E2: “...explicar o que vai ser feito, o que é esperado que eles sintam com aquele procedimento, se vai doer...”

E4: “Eu acho que uma boa estratégia é sempre (...) eu digo sempre o que vou fazer...sempre.”

E7: “(...) tentar desmistificar também o que nós vamos fazer, explicar muito bem.”.

E10: “...e informo sempre de tudo o que vai ser feito e para quê e qual é a melhor forma de maneira a colaborarem connosco...”

Uma revisão da literatura de Flowers et al. (2015) sobre a preparação para procedimentos revelou que é necessário ter cuidados especiais na preparação das crianças para a realização de procedimentos dolorosos, tal como os testemunhos dados pelos enfermeiros acima descritos. A informação preparatória oferece às crianças/adolescentes uma sensação de previsão e controlo sobre o que irão enfrentar. Essa mesma revisão sublinhou a importância de fornecer às crianças informações sobre os procedimentos através de métodos como modelagem, ensaio, livros, fantoches ou brincadeiras médicas.

Ao utilizar a brincadeira, a criança consegue expressar seus medos, desejos e experiências, além de libertar emoções, tensões e frustrações. Isso dá-lhe a oportunidade de tomar o controlo sobre as situações que a assustam. Brincar também favorece a espontaneidade, o prazer, a satisfação e a autoestima da criança. Através da brincadeira, ela interage com outras crianças e com os profissionais de saúde, tem a oportunidade de fazer escolhas e de controlar o que acontece ao seu redor. Para a criança, brincar é uma forma de comunicação com os outros (OE, 2013). A explicação para a criança deve ser feita de forma gradual e repetida conforme o necessário. A linguagem verbal deve ser ajustada ao seu nível de desenvolvimento cognitivo (OE, 2013).

Weiler-Wichtlc et al. (2025) referem tal como os participantes que é essencial garantir que as crianças e adolescentes recebam informações adequadas antes, durante e após os procedimentos, para que desta forma se possam minimizar os impactos emocionais e psicossociais.

A **distração** é uma técnica cognitivo-comportamental bastante eficaz que permite desviar a atenção da criança do procedimento doloroso para estímulos mais agradáveis. Esta estratégia é particularmente útil em situações de dor de

curta duração, podendo incluir atividades como soprar bolas de sabão, cantar, ouvir ou contar histórias, assistir a vídeos de desenhos animados ou participar em jogos. Ao focar a atenção da criança em algo distinto do estímulo doloroso, reduz-se a perceção da intensidade da dor (Hockenberry & Wilson, 2014).

E2: “...a técnica da distração é sempre boa. A técnica da brincadeira.”

E7: “Temos lá também playstations...”

E10: “A distração, sem dúvida...e a distração atualmente, os telemóveis e tablets são os mais utilizados.”

E11: “...a ajuda dos telemóveis, dos tablets, a tentar sempre perceber o que é que eles gostam mais de fazer...”

O estudo de Lopez-Rodriguez et al. (2020) está alinhado com as opiniões dos participantes em que referem que a distração se revelou uma estratégia eficaz para diminuir a perceção da dor, uma vez que desvia a atenção da criança do estímulo doloroso. Este efeito pode ser alcançado através do uso de vídeos, jogos, realidade virtual e brincadeiras interativas, que mantêm a criança envolvida e ajudam a reduzir a ativação do sistema nervoso face à dor. A distração é útil para controlar “dores” de curta duração, como por exemplo, as punções venosas. As crianças podem ser distraídas com música, vídeos ou televisão (OE, 2013).

As **técnicas de relaxamento** ajudam a promover estados de bem-estar e calma. A reduzir a tensão muscular e a aumentar a perceção de controlo. Podem também proporcionar distração e a relação entre enfermeiro e criança por meio de um atendimento mais focado e individualizado. Além disso, o relaxamento melhora o humor, favorece o envolvimento em outras atividades, aumenta a tolerância à dor e diminui tanto o stresse antecipatório quanto a ansiedade antes de procedimentos dolorosos (OE, 2013).

E6: “relaxamento é essencial (...) se eu conseguir que a criança faça uma respiração ou encostar-se, por exemplo (...) fechar os olhinhos e ouvir o coração da mãe já relaxa um bocadinho (...)”

Os autores Miller e Miller (2017) referem o mesmo que o discurso do enfermeiro ao referir que ensinar técnicas de relaxamento, como respiração profunda pode ajudar a criança/adolescente a gerir a sua ansiedade. Estas técnicas podem ser praticadas antes e durante os procedimentos. A imaginação guiada é uma técnica de relaxamento cognitiva que promove o bem-estar e o relaxamento ao induzir um estado de concentração, direcionando o pensamento para uma imagem ou ideia específica, como estar num local agradável, realizar uma atividade favorita ou imaginar histórias com super-heróis. Esta estratégia funciona também como um método de distração e ajuda a reduzir a ansiedade, sendo particularmente eficaz em crianças com mais de quatro anos. (Batalha, 2010; OE, 2013).

E6: “...ou respirar fundo, fechar os olhos, tentar imaginar-se noutra sítio.”

E9: “Às vezes a imaginação guiada com eles também resulta...”

O estudo de Krauss et al., 2016 confirma o que afirmou o enfermeiro acima mencionado, ao referir que a imaginação guiada incentiva a criança visualizar mentalmente cenários agradáveis, o que contribui para a redução da perceção da dor (Krauss et al., 2016).

Reforço positivo é uma estratégia comportamental que envolve elogiar a criança ou oferecer-lhe uma recompensa após um procedimento doloroso. O principal objetivo desta abordagem é alterar a memória da dor, convertendo uma experiência dolorosa num desafio superado, promovendo, assim, uma resposta mais adaptativa (Batalha, 2010; OE, 2013). Esta estratégia foi referida por um dos participantes:

E8: “... compensações como um chupa ou um pensinho...”

Segundo Zanetti et al. (2015) e tendo como objetivo incentivar o comportamento desejado das crianças durante os procedimentos, é fundamental utilizar o reforço positivo. O uso de um tom de voz encorajador, expressões faciais amigáveis, elogios verbais e gestos apropriados de afeto por parte do profissional de saúde são alguns exemplos de reforço positivos, assim como, os brinquedos, também se mostram eficazes, conforme relatado pelos participantes do estudo.

Amamentação é uma estratégia sensorial e oferece diversos benefícios para os bebés, ajudando a prevenir o aumento da frequência cardíaca e a duração do choro, reduzindo a dor durante procedimentos invasivos em recém-nascidos e lactentes. O leite materno contém lactose, que pode ativar vias analgésicas, bloqueando a transmissão da dor ao cérebro. Como resultado, a percepção e a sensação de dor pelo bebé são reduzidas durante os procedimentos invasivos (Gomes et.al, 2023). Esta estratégia também foi mencionada por um dos enfermeiros:

E9: “(...) a amamentação resulta muito bem em crianças que ainda são amamentadas, como um elemento de conforto”.

O estudo de Gomes et al. (2023) está alinhado com o discurso do participante referindo que a amamentação faz com o que o bebé se sinta mais confortável e desta forma ajude a reduzir a dor e a promover o conforto. O estudo de Calasans et al. (2016), recomenda que o bebé deva ser colocado à mama 5 minutos antes do procedimento e manter-se 5 minutos após o término do mesmo.

4.4. Necessidades identificadas pelos enfermeiros

A prestação de cuidados de saúde de qualidade depende não apenas das competências dos enfermeiros, mas também das condições em que exercem a

sua prática clínica. A identificação de necessidades específicas, como a formação contínua, a disponibilidade de recursos materiais, revela-se essencial para garantir uma prestação de cuidados eficaz e humanizada. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na resposta às exigências do sistema de saúde, enfrentando desafios diários que vão desde a atualização de conhecimentos até à adaptação a contextos clínicos por vezes limitados em termos de infraestrutura e equipamentos.

Durante as entrevistas, as maiores necessidades identificadas pelos enfermeiros foram relativamente à formação e recursos. Foi a partir daí que emergiram os dois sub-temas relativos a este tema: Formação e recursos

Formação

Na área da enfermagem, a formação tem um papel essencial, sendo fundamental que os enfermeiros possuam uma base sólida de conhecimentos. Esses conhecimentos devem ser continuamente melhorados através de atividades formativas ao longo de sua vida profissional. O objetivo é preparar os enfermeiros para a sua prática, promovendo o desenvolvimento de competências que possibilitem um desempenho adequado, garantindo uma ação e comportamento eficazes no cuidado aos doentes (OE, 2023).

Alguns estudos indicam que os profissionais de saúde nem sempre aplicam corretamente as estratégias de alívio da dor, seja devido à falta de formação específica e conhecimento, seja pela pouca sensibilização para a importância da adoção de cuidados atraumáticos durante procedimentos dolorosos em crianças/adolescentes (Hockenberry & Wilson, 2014). Os enfermeiros entrevistados identificaram várias necessidades relacionadas à formação, para oferecer cuidados adequados às crianças e adolescentes em pediatria oncológica. Um dos desafios mais mencionados é a falta de formação adequada, especialmente em áreas como o controlo da dor e as estratégias não farmacológicas, que são essenciais para a prática da enfermagem:

E2: "...a formação para o controlo da dor e etc. Principalmente não farmacológica, aquilo que é muito da parte da enfermagem temos muita carência de formação."

Além disso, os enfermeiros sugerem que seria benéfico haver mais formação específica, não apenas em pediatria, mas com foco na pediatria oncológica:

E9: "...acho que se podia investir mais em formação específica para a pediatria oncológica"

E10: "Eu acho que há muitas formações a nível hospitalar para a pediatria em geral, mas a nível da enfermagem de pediatria oncológica não há...".

De acordo com Amador et al. (2011), e tal como o que foi referido pelos participantes, é evidente a estreita relação entre a competência profissional e a procura contínua por conhecimento, sendo a enfermagem responsável pelo acompanhamento e atualização dos conhecimentos na área da oncologia. Contudo, embora cada enfermeiro tenha a responsabilidade de procurar o seu próprio aperfeiçoamento, as instituições onde os enfermeiros desempenham a sua atividade também devem assumir o compromisso de proporcionar condições para o desenvolvimento contínuo dessa formação em áreas específicas como é a oncologia pediátrica (Amador, et al., 2011).

O tempo também é uma limitação significativa, com os enfermeiros a enfrentarem dificuldades devido à carga de trabalho e à falta de tempo para realizar procedimentos. Essa falta de tempo, pode comprometer a capacidade dos enfermeiros de oferecer cuidados de qualidade, especialmente quando se trata de implementar estratégias de gestão de dor e ansiedade, como se denota pelas afirmações dos enfermeiros abaixo mencionados:

E2: "Assim, o maior entrave é, sem dúvida, a falta de tempo..."

E3: "...o tempo que temos disponível para fazer os procedimentos é um problema...".

A atuação do enfermeiro no ambiente de trabalho é complexa e abrange não apenas o cuidado direto aos doentes e a tomada de decisões, mas também a colaboração com a equipa, a resolução de conflitos, a gestão de tarefas e o papel de liderança. Essa variedade de funções coloca os profissionais em situações stressantes, onde enfrentam diversos desafios em sua rotina diária, tornando-os vulneráveis a ambientes de trabalho adversos, como a sobrecarga de trabalho por falta de tempo (Lage, 2016).

Diversos estudos, vão ao encontro do expresso pelos enfermeiros apontando que estes profissionais enfrentam dificuldades em concluir todas as tarefas necessárias para fornecer cuidados completos, devido à pressão de tempo, (Vinckx & Dierckx, 2018). A prestação de cuidados de qualidade exige, além de conhecimento e prática, tempo e disponibilidade, algo que nem sempre é viável em ambientes com poucos recursos e múltiplas exigências (Vinckx & Dierckx, 2018).

Recursos

Além da formação, a disponibilidade de recursos adequados também é uma preocupação para os enfermeiros. Embora existam tecnologias como os óculos de realidade virtual que poderiam ser utilizados como ferramenta de distração, esses recursos não estão sempre disponíveis. Numa das instituições dos participantes não existe mesmo, e noutra existe, mas segundo os enfermeiros é de difícil acesso. Isso reflete uma falta de recursos tecnológicos que poderiam ser uma mais-valia na gestão do stresse e da dor, como é descrito nas intervenções dos participantes:

E3: “Às vezes não tens material adequado ou também às vezes tu queres instituir alguma técnica de distração e não tens o material que poderias ter”.

E8: “No entanto, os óculos de realidade virtual não estão disponíveis.”

A eficácia da realidade virtual no controlo da ansiedade, stresse e dor está descrita em vários estudos (Birnie et al., 2018, Hundert et al., 2021; Semerci et al., 2021). Birnie et al. (2018) testaram executaram esta técnica durante a troca da agulha do CVC. Os resultados revelaram que a maioria da amostra (as crianças) referiu não sentir dor ou sofrimento e não tiveram dificuldade em utilizar a mesma. Além disso, os enfermeiros também referiram benefícios no uso desta técnica por aumentar a distração e assim reduzir a angústia e a ansiedade.

Além disso, a falta de materiais simples, como pensos decorados com personagens, também é uma limitação identificada:

E3: “Até os próprios pensos, por exemplo, com bonequinhos, não temos. E a maioria dos casos, quando tens, são os próprios enfermeiros que compram com o dinheiro do seu próprio bolso para depois dar às crianças...”.

Esse esforço por parte dos profissionais reflete o desejo de melhorar a experiência das crianças, mas também evidencia as limitações orçamentárias e de recursos existentes.

Segundo alguns autores, os ambientes organizacionais têm despertado interesse, especialmente no que se refere às características dos espaços e à redução dos ruídos nas unidades hospitalares (Rolim et al., 2017). Sempre que possível, os enfermeiros devem considerar não apenas a estrutura física, a funcionalidade e a eficiência do espaço, mas também o bem-estar da criança e da família, promovendo um ambiente mais acolhedor e terapêutico (Dal’Bosco et al., 2019), como foi referido por um dos enfermeiros:

E10: “...o serviço tem uma sala onde se possa falar com os pais, é bom (...).”

De forma geral, ao longo das entrevistas realizadas com os participantes deste estudo, verificou-se que, embora a gestão de todo o processo da doença oncológica, entre diagnósticos e tratamentos, faça parte integrante da sua prática profissional diária e envolva a utilização regular de múltiplas estratégias,

tanto farmacológicas como não farmacológicas, trata-se de um tema sobre o qual raramente refletiram de forma aprofundada.

Consequentemente, ao longo das entrevistas, surgiram diversos desafios com que os profissionais se deparam, não só no que diz respeito à interação com as crianças/adolescentes referindo como maior dificuldade a faixa etária e estágio de desenvolvimento em que se encontram, mas também no relacionamento com os pais, que pode ser visto de forma benéfica ou prejudicial às crianças. Além disso, tornou-se evidente a existência de lacunas tanto ao nível da formação específica para a pediatria oncológica, como na disponibilidade de recursos essenciais para a prestação de cuidados eficazes. No final de cada entrevista foi notório pelos nossos participantes a vontade de melhorar a sua prestação de cuidados à criança e suas famílias durante este período tao difícil das suas vidas.

5. CONCLUSÃO

O cancro é uma doença crónica e imprevisível, particularmente devastadora na infância, pois compromete a expectativa de uma infância saudável e plena. Trata-se de uma das condições mais receadas, com um impacto profundo nas crianças/adolescentes e suas famílias. Os procedimentos invasivos a que as crianças/adolescentes estão sujeitas no decorrer do processo da doença são causadores de stresse, ansiedade e/ou dor. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no apoio às crianças/adolescentes e seus pais porque são aqueles que têm um contato mais próximo com as famílias, estabelecendo uma relação essencial e de confiança no processo de doença.

Esta investigação surgiu como resultado das reflexões da prática profissional na área de oncologia pediátrica, com o objetivo de conhecer qual a experiência dos enfermeiros na gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica, mais especificamente conhecer qual a sua perceção acerca das dificuldades encontradas na realização dos procedimentos invasivos, qual a sua perceção acerca do papel dos pais nos procedimentos invasivos e também descrever quais as estratégias utilizadas na gestão do stresse, ansiedade e/ou dor.

O percurso metodológico desta investigação de carácter qualitativo revelou-se adequado, uma vez que possibilitou responder aos objetivos inicialmente delineados. A maioria dos resultados é coincidente com os de outras investigações, o que valida os resultados encontrados. Dos resultados que surgiram das entrevistas realizadas, descrevemos de seguida as principais conclusões, baseadas na evidência científica consultada ao longo do percurso.

O estudo em questão fornece uma análise crítica e detalhada dos múltiplos desafios que os enfermeiros enfrentam na realização de procedimentos invasivos em pediatria oncológica, sublinhando a complexidade desta prática e a interação entre os diversos fatores técnicos e emocionais que a influenciam.

A partir da análise das entrevistas, emergem desafios e necessidades que não são apenas de ordem técnica, mas também profundamente enraizadas nas necessidades emocionais da criança/adolescente e dos seus pais e família, bem como nas condições organizacionais e estruturais do ambiente de trabalho.

Um dos pontos centrais do estudo é a gestão do stresse, ansiedade e/ou dor da criança/adolescente. Embora os enfermeiros demonstrem um forte empenho em mitigar estas dimensões do sofrimento, a diversidade etária e o estágio de desenvolvimento da criança/adolescente revelam-se como desafios significativos. Cada faixa etária traz consigo um conjunto único de necessidades, o que exige uma adaptação constante das abordagens para garantir que as crianças/adolescentes recebam cuidados que respeitem a sua capacidade cognitiva, emocional e psicológica. Além disso, a interação com os pais surge como um fator ambivalente, sendo simultaneamente uma fonte importante de apoio e, em alguns casos, um desafio adicional. Por um lado, os pais podem ser recursos valiosos na contenção do stresse e ansiedade e na colaboração com os enfermeiros, por outro lado, a sua ansiedade e o seu sofrimento podem, por vezes, interferir com o processo de cuidado, exigindo dos enfermeiros uma enorme capacidade de adaptação e gestão emocional.

Outro desafio relevante identificado no estudo foi a falta de formação específica em oncologia pediátrica e em estratégias não farmacológicas de controlo da dor. A escassez de formação contínua, especialmente em áreas tão sensíveis e complexas, como a gestão do stresse, ansiedade e/ou dor, compromete a capacidade dos enfermeiros para implementar as melhores práticas baseadas em evidência. A formação, portanto, surge como um pilar fundamental para a melhoria da prática clínica, permitindo que os enfermeiros adquiram não apenas conhecimentos técnicos, mas também competências relacionais e emocionais essenciais para lidar com as especificidades do cuidado oncológico pediátrico.

Neste contexto, a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo do stresse, ansiedade e/ou dor emerge como uma necessidade premente. As estratégias farmacológicas são frequentemente essenciais para controlar a dor aguda associada a procedimentos invasivos, garantindo o conforto imediato da criança/adolescente. No entanto, o uso exclusivo de abordagens farmacológicas nem sempre é suficiente. Por essa razão, as estratégias não farmacológicas tornam-se complementos indispensáveis na gestão do stresse, ansiedade e dor. A combinação de abordagens farmacológicas com não farmacológicas pode, portanto, não apenas aliviar a dor física, mas também promover o bem-estar emocional e psicológico, criando uma experiência menos traumática para a criança/adolescente.

Em paralelo, a escassez de recursos materiais e tecnológicos foi identificada como uma limitação crítica. A falta de equipamentos simples, como pensos decorados, e a ausência de tecnologias mais avançadas, como os óculos de realidade virtual, comprometem a qualidade dos cuidados humanizados e atraumáticos que são fundamentais no contexto da pediatria oncológica. Estes recursos, quando disponíveis, não só ajudam a reduzir a dor e o sofrimento, mas também promovem uma experiência mais positiva para as crianças/adolescentes, tornando os procedimentos invasivos mais toleráveis e menos traumáticos.

Além disso, a escassez de tempo, frequentemente resultante da sobrecarga de trabalho e das exigências organizacionais, revelou-se como uma barreira significativa à implementação de práticas centradas na criança/adolescente e na família. A pressão temporal compromete a qualidade da interação entre o enfermeiro e a criança/adolescente e a família, dificultando a adoção de intervenções que exigem um maior tempo de preparação, de comunicação e de adaptação às necessidades individuais.

Apesar dos desafios identificados, o estudo evidenciou a dedicação e o compromisso dos enfermeiros em melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados. Os enfermeiros demonstram uma motivação intrínseca

para adquirir novos conhecimentos, melhorar suas competências práticas e proporcionar uma experiência mais acolhedora e menos dolorosa para as crianças/adolescentes e suas famílias.

Como limitação principal deste estudo, destaco a inexperiência da investigadora neste tipo de estudos, o que por vezes tornou difícil esta jornada.

Em conclusão, os resultados deste estudo sublinham a urgência de investir em formação contínua específica em oncologia pediátrica, focando-se nas áreas da gestão da dor, da ansiedade e das abordagens não farmacológicas. Além disso, é imperativo garantir a disponibilização de recursos adequados, tanto materiais quanto tecnológicos, e promover ambientes de trabalho mais favoráveis, que favoreçam a reflexão prática e a implementação de cuidados centrados na criança e na família. A criação de um sistema de cuidados que valorize tanto os aspetos técnicos quanto emocionais do cuidado é essencial não só para melhorar a qualidade do cuidado, mas também para garantir o bem-estar e a motivação dos enfermeiros, que desempenham um papel fundamental no acompanhamento das crianças com doença oncológica.

Esperamos que os resultados e as reflexões surgidas deste estudo, sirvam como incentivo para futuras pesquisas, contribuindo para o contínuo desenvolvimento e aprofundamento do conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, F. V., Sartori, C. H., Cardoso, G., Dalmaso, J. L., Ramson, K. P., & Goettems, M. L. (2022). Eficácia de distrações audiovisuais em crianças no comportamento, controle da dor e da ansiedade durante procedimentos odontológicos: Um estudo transversal. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, 63(2). <https://www.seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/122435>
- Almeida, I. J. S., Buarque, B. S., Guedes, T. G., Sette, G. C. S., & Cavalcanti, A. M. T. S. (2017). Evidências científicas sobre a influência cultural nos cuidados às crianças. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 18(6), 840-846. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600019>
- Amador, D., Gomes, I. P., Coutinho, S. E., Costa, T. N. A., & Collet, N. (2011). Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado à criança com câncer. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(1), 94-101. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100011>
- American Cancer Society. (2024). *Risk factors for childhood leukemia*. cancer.org. <https://www.cancer.org/cancer/types/leukemia-in-children/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
- Antão, C., Pimentel, M. H., & Teixeira, C. (2022). Mortalidade por cancro pediátrico: A realidade em Portugal. In *I Congresso Internacional – Cuidar em Oncologia: Livro de resumos* (pp. 64-65). Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/25603>
- Arane, K., Behboudi, A., & Goldman, R. D. (2017). Virtual reality for pain and anxiety management in children. *Canadian Family Physician*, 63(12), 932–934. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29237632>
- Araújo, C. M., de Oliveira, B. M., & Pereira e Silva, Y. (2012). Pain assessment and treatment in children with oncological diseases. *Revista Médica de Minas Gerais*, 22(Supl 7), S22–S31. <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/641>
- Aslam, S. L., Haque, A., Jamil, M. T., Ariff, M., & Nasir, S. (2020). Safety and efficacy of procedural sedation and analgesia in pediatric oncology patients. *Cureus*, 12(3), e7442. <https://doi.org/10.7759/cureus.7442>

Associação Portuguesa Contra a Leucemia. (2023). *Leucemias agudas*. APCL - Associação Portuguesa Contra a Leucemia. <https://www.apcl.pt/pt/doencas-do-sangue/leucemias/leucemias-agudas>

Azevêdo, A. V. dos S., Júnior, A. C. L., & Crepaldi, M. A. (2017). Interação equipe de enfermagem, família e criança hospitalizada: Revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(11), 3653-3666. <https://www.scielo.br/j/csc/a/hQ7XwnCP9Sr8Q7cfsDxb4TM/>

Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: Contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18(2), 295-306. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200005&lng=pt&tlng=pt

Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lidel-Edições Técnicas.

Bice, A. A., & Wyatt, T. H. (2016). Holistic comfort interventions for pediatric nursing procedures: A systematic review. *Journal of Holistic Nursing*, 35(3), 280–295. <https://doi.org/10.1177/0898010116660397>

Birnie, K. A., Noel, M., Parker, J. A., Chambers, C. T., Uman, L. S., & McGrath, P. J. (2014). Systematic review and meta-analysis of distraction and hypnosis for needle-related pain and distress in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(8), 783–808. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu029>

Birnie, K. A., Kulandaivelu, Y., Jibb, L., Hroch, P., Positano, K., Stinson, J., & Barwick, M. (2018). Usability testing of an interactive virtual reality distraction intervention to reduce procedural pain in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 35(6), 406–416. <https://doi.org/10.1177/1043454218782138>

Bonner, E. R., Bornhorst, M., Packer, R. J., & Nazarian, J. (2018). Liquid biopsy for pediatric central nervous system tumors. *NPJ Precision Oncology*, 2, 29. <https://doi.org/10.1038/s41698-018-0072-z>

Brand, S. R., Fasciano, K., & Mack, J. W. (2016). Communication preferences of pediatric cancer patients: Talking about prognosis and their future life. *Supportive Care in Cancer*, 24(10), 4127-4137. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3458-x>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brenner, D. J., & Hall, E. J. (2015). Intensity-modulated radiation therapy and proton therapy: Comparative dosimetry and clinical outcomes. *Journal of Clinical Oncology*, 33(36), 3797-3806. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.61.9149>
- Bucci, M., Marques, S. S., Oh, D., & Harris, N. B. (2016). Toxic stress in children and adolescents. *Advances in Pediatrics*, 63(1), 403-428. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.002>
- Butler, E., Ludwig, K., Pacent, H. L., Klesse, L. J., Watt, T. C., & Laetsch, T. W. (2021). Recent progress in the treatment of cancer in children. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(4), 315-332. <https://doi.org/10.3322/caac.21665>
- Calasans, M. T. de A., Maia, J. M. A., & Silva, J. F. (2016). A amamentação como método não farmacológico para o alívio da dor. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 5(2). <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v5i2.980>
- Campos, F. V., Antunes, C. F., Damião, E. B. C., Rossato, L. M., & Nascimento, L. C. (2020). Instrumentos de avaliação da ansiedade da criança hospitalizada. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, 1-8. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AR02505>
- Canadian Cancer Society. (2025). How your child may react. *Canadian Cancer Society*. <https://cancer.ca/en/living-with-cancer/your-child-has-cancer/newly-diagnosed/how-your-child-may-react>
- Cardoso, D. F., Rodrigues, J. C., & Silva, M. J. (2018). Efetividade da musicoterapia na redução da ansiedade de pacientes oncológicos: Revisão sistemática. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 23(1), 22-35. <https://doi.org/10.17267/2317-3386bjm.v23i1.1915>
- Cheng, J., Sun, M., Dong, X., Yang, Y., Qin, X., Zhou, X., & Fu, Y. (2025). Predictive role of SLC1A5 in neuroblastoma prognosis and immunotherapy. *BMC Cancer*. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12885-025-13560-y>

- Cicogna, E. C., Nascimento, L. C., & Lima, R. A. G. (2010). Crianças e adolescentes com câncer: Experiências com a quimioterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(5), 864-872. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/PwZfZ37N3T6dBJQtHrg7jgw/?format=pdf&lang=pt>
- Crellin, D. J., Harrison, D., Santamaria, N., Huque, H., & Babi, F. E. (2018). The psychometric properties of the FLACC scale used to assess procedural pain. *Journal of Pain*, 19(8), 862–872. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.02.013>
- Dal’Bosco, E., Barancelli, M., Gobatto, M., & Schmidt, C. (2019). Hospital humanization in pediatrics: Project “Nurses of Joy”. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13(4), 1173–1178. <http://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a238189p1173-1178-2018>
- Dantas, D. G. D., Oliveira, T. D. L. P. de, Vianna, T. A., Chícharo, S. C. R., Primo, A. V. D., & Silva, J. S. do C. J. da. (2021). Saberes acerca da punção venosa periférica no cenário oncopediátrico: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(17), e241101724428. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24428>
- Darcy, L., Enskär, K., & Björk, M. (2019). Young children’s experiences of living an everyday life with cancer – A three-year interview study. *European Journal of Oncology Nursing*, 39, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.12.007>
- Dias, E. F., Viana, A. C. N., Andraus, L. M. S., Pereira, M. S., & Barbosa, M. A. (2015). Utilização do dispositivo intravenoso periférico intermitente em pediatria. *Revista da Universidade Federal de Goiás*. <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- Di Sarno, L., Gatto, A., Korn, D., Pansini, V., Curatola, A., Ferretti, S., Capossela, L., Graglia, B., & Chiaretti, A. (2023). Pain management in pediatric age: An update. *Acta Biomedica*, 94(4), e2023174. <https://doi.org/10.23750/abm.v94i4.14289>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2012). Circular normativa nº 022/2012 de 18 de dezembro: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). *Direção-Geral da Saúde*. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor/normas-e-orientacoes.aspx>

- Downing, J., Jassal, S. S., Mathews, L., Brits, H., & Friedrichsdorf, S. J. (2015). Pediatric pain management in palliative care. *Pain Management*, 5(1), 23–35. <https://doi.org/10.2217/pmt.14.45>
- Duarte, M. D. L. C., Glanzner, C. H., Bagatini, M. M. C., Da Silva, D. G., & De Mattos, L. G. (2021). Pleasure and suffering in the work of nurses at the oncopediatric hospital unit: Qualitative research. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(suppl 3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0735>
- Duffy, E. A., Dias, N., Hendricks-Ferguson, V., Hellsten, M., Skeens-Borland, M., Thornton, C., & Linder, L. A. (2019). Perspectives on cancer pain assessment and management in children. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(3), 261–273. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.04.007>
- Düzakaya, D. S., Bozkurt, G., Ulupinar, S., Uysal, G., Uçar, S., & Uysalol, M. (2021). The effect of a cartoon and an information video about intravenous insertion on pain and fear in children aged 6 to 12 years in the pediatric emergency unit: A randomized controlled trial. *Journal of Emergency Nursing*, 47(1), 76–87. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.04.011>
- Escobar, C., Silva, M., & Marques, S. (2019). Controlo da dor em pediatria: A experiência de utilização da mistura equimolar de protóxido de azoto e oxigénio em pediatria. *Cadernos de Saúde*, 11(1), 36–41. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.5304>
- Fischer, T. T., Smith, K. S., Han, K., & Kostecka, A. (2024). M-PACT: Methylation-based predictive algorithm for CNS tumor liquid biopsies. *Clinical Cancer Research*. <https://10.1158/1557-3265.LIQBIO24-B012>
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Lusodidacta.
- Flora, M., Silva, A., Gonçalves, B., & Reis, R. (2023). Intervenções em crianças com doença oncológica submetidas a procedimentos invasivos: Uma revisão integrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 31, 95–116. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2023.11870>
- Flowers, S. R., & Birnie, K. A. (2015). Procedural preparation and support as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(Suppl 1), S694–S723. <https://doi.org/10.1002/pbc.2581>

Freixo, M. (2024). *Metodologia científica: Fundamentos, métodos e técnicas* (6ª ed.). Epistemologia e Sociedade. Lisboa: Instituto Piaget.

Gaspar, T., Matos, M. G., & Ribeiro, J. L. P. (2019). Como passam os adolescentes que vivem com doença crónica na escola, na família e com os amigos? *Revista Portuguesa de Ciências do Comportamento*, 10(1), 119–132.
https://repositorio.ulisboa.pt/jspui/bitstream/10451/38099/1/Como_adolescentes.pdf

Gerschenfeld, A. (2022). Sobrevivência, cura ou remissão? *Fundação Champalimaud*. <https://www.fchampalimaud.org/pt-pt/news/check-7-sobrevivencia-cura-ou-remissao>

Giordano, F., Zanchi, B., De Leonardi, F., Rutigliano, C., Esposito, F., Brienza, N., & Santoro, N. (2020). The influence of music therapy on preoperative anxiety in pediatric oncology patients undergoing invasive procedures. *The Arts in Psychotherapy*, 68, 101649.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101649>

Godinho, F. A. F. (2011). *Efeitos a médio/longo prazo da doença oncológica na infância e adolescência* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/52160>

Haile, E. S., Cornier, S., & Abouassaly, R. (2025). Older age portends worse overall survival in Wilms tumor: Results from the National Cancer Database. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1078143924009578>

Hedén, L. E., von Essen, L., & Ljungman, G. (2011). Effect of morphine in needle procedures in children with cancer. *European Journal of Pain*, 15(10), 1010–1014. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.05.010>

Heinrich, M., Menzel, C., Hoffmann, F., Berger, M., & von Schweinitz, D. (2015). Self-administered procedural analgesia using nitrous oxide/oxygen (50:50) in the pediatric surgery emergency room: Effectiveness and limitations. *European Journal of Pediatric Surgery*, 25(4), 250–256.
<https://doi.org/10.1055/s-0035-1567601>

- Heneghan, M. B., Castellino, S. M., & Thompson, L. A. (2024). What is childhood lymphoma? *JAMA Pediatrics*, 178(11), 1234. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.3614>
- Hockenberry, J., Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e Adolescente* (9ª ed., Vol. II). Loures: Lusociência.
- Hucker, J., & Lawson-Wood, H. (2023). Indwelling urinary catheter insertion 1: Children and young people. *Nursing Times*, 119(3). <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/emap-moon-prod/wp-content/uploads/sites/3/2023/02/230220-Indwelling-urinary-catheter-insertion-1-children-and-young-people.pdf>
- Hundert, A. S., Birnie, K. A., Abla, O., Positano, K., Cassiani, C., ... Stinson, J. (2021). A pilot randomized controlled trial of virtual reality distraction to reduce procedural pain during subcutaneous port access in children and adolescents with cancer. *The Clinical Journal of Pain*, 38(3). <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000001017>
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa. (2023). Taxas de sobrevivência dos cancros mais comuns em Portugal acima da média europeia. *Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil*. <https://www.ipolisboa.min-saude.pt/noticias/taxas-de-sobrevivencia-dos-cancros-mais-comuns-em-portugal-acima-da-media-europeia/>
- Johnson, P., & Johnson, A. (2016). Holding children for clinical procedures: Evidence-based practice recommendations. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(2), e93-e100. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.09.011>
- Khan, F., & Jiwane, A. (2022). Healing Environment in Healthcare Spaces for Children. *International Journal of Architecture*, 8(1), IJA_08_01_001. https://iaeme.com/MasterAdmin/Journal_uploads/IJA/VOLUME_8_ISSUE_1/IJA_08_01_001.pdf
- Kolcaba, K., & Dimarco, M. A. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187-194. https://www.researchgate.net/publication/7686145_Comfort_Theory_and_its_application_to_pediatric_nursing
- Krauss, B. S., Calligaris, L., Green, S. M., & Barbi, E. (2016). Current concepts in management of pain in children in the emergency department. *The*

Lancet, 387(10013), 83–92. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61686-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61686-x)

Lage, C. L., & Alves, M. S. (2016). (Des)valorização da enfermagem: Implicações no cotidiano do enfermeiro. *Enfermagem em Foco*, 7(3-4), 12–16. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n3/4.908>

Larsson, I., & Larsson, A. (2017). Experiences of young children with pain: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*, 35, 55-60. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.02.013>

Leclerc, B. S., Damecour, C. L., Blouin, M., Provencher, M. D., & Lambert, S. (2015). Pediatric pain treatment and prevention for children aged 0 to 12 years: A literature review of the best evidence. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(5), 654-663. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.06.007>

Lemos, M. S., Lima, L., Silva, C., & Fontoura, S. (2019). Disease-related Parenting Stress in the Post-treatment Phase of Pediatric Cancer. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 43(1), 65–79. <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1570393>

Lima, R. A. G., Silva, L. F., & Góes, F. G. B. (2017). Câncer infantil: uma análise do impacto do diagnóstico. *Psicologia em Estudo*, 22(2), 205-216. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151636872017000200009&script=sci_arttext

Livingston, M., Lawell, M., & McAllister, N. (2017). Successful use of nitrous oxide during lumbar punctures: A call for nitrous oxide in pediatric oncology clinics. *Pediatric Blood & Cancer*, 64(11), e26610. <https://doi.org/10.1002/pbc.26610>

Loeffen, E. A. H., Mulder, R. L., Font-Gonzalez, A., Leroy, P. L. J. M., Dick, B. D., Taddio, A., ... & Tissing, W. J. E. (2020). Reducing pain and distress related to needle procedures in children with cancer: A clinical practice guideline. *European Journal of Cancer*, 131, 53-67. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2020.02.039>

Lopez-Rodriguez, M. M., Fernández-Millan, A., Ruiz-Fernández, M. D., Dobarrio-Sanz, I., & Fernández-Medina, I. M. (2020). New Technologies to Improve Pain, Anxiety and Depression in Children and Adolescents with Cancer: A Systematic Review. *International Journal of*

Environmental Research and Public Health, 17(10), 3563.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17103563>

Lüllmann, B., Leonhardt, J., Metzelder, M., Hoy, L., Gerr, H., Linderkamp, C., Klein, C., & Grigull, L. (2010). Pain reduction in children during port-à-cath catheter puncture using local anaesthesia with EMLA™. *European Journal of Pediatrics*, 169(12), 1465–1469.
<https://doi.org/10.1007/s00431-010-1244-1>

Mangolianshahrbabaki, P., Farokhzadian, J., Ahmadi, F., & Khabazadeh, F. (2024). Nurses' Perceptions of Pain Management Facilitators for Cancer Patients: A Qualitative Study. *Pain Management Nursing*. In press.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.09.008>

Marques, G. (2017). *O Impacto da Doença Oncológica da Criança na Família*. Edições Afrontamento

Marques, E. P., Garcia, T. M. B., Anders, J. C., Luz, J. H. da, Rocha, P. K., & Souza, S. de. (2016). Lúdico no cuidado à criança e ao adolescente com câncer: Perspectivas da equipa de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 20(3). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160073>

Márquez, G. G., Serrano, A. M., Juárez, M. G., Lozano, A. G., Casado, B. M., Rodríguez, M. I. T., Pernía, C. V., Morales, E. F., Sánchez, P., Durán, A. M., & Navarro, M. C. M. (2018). Effectiveness of an educational intervention to improve nurses' knowledge on pediatric nasogastric intubation. *Archivos Argentinos De Pediatría*, 116(6), 402–408.
<https://doi.org/10.5546/aap.2018.eng.402>

Martins, J. C. A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns Apontamentos Sobre a Dimensão Ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66.
<https://doi.org/10.56732/pensarenf.v12i2.8>

Matias, N. M. A. (2019). *Leucemia Linfoblástica Aguda: Fisiopatologia, Diagnóstico e Abordagens Terapêuticas* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Farmácia.
<http://hdl.handle.net/10451/43361>

Maude, S. L., Laetsch, T. W., Buechner, J., Rives, S., Boyer, M., Bittencourt, H., ... & Grupp, S. A. (2018). Tisagenlecleucel in children and young adults with B-cell lymphoblastic leukemia. *The New England Journal of Medicine*, 378(5), 439-448. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1709866>

- May, O. W. (2018). Urine Collection Methods in Children: Which is the Best? *Nursing Clinics of North America*, 53(2), 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.01.001>
- Mendes, L.A.M., Guareschi, A.P.D.F. (2018). Child family presence in emergencies and invasive procedures: integrative review. *Rev Soc Bras Enferm Ped*, 18(2), 96-102. <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793201800015>
- Miller, J. L., & Miller, R. (2017). Does practicing hypnosis-derived relaxation techniques reduce pediatric procedural pain and anxiety? A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.01.001>
- Monteiro, D., Siqueira, A., Pellegrini, T., & Rodrigues, B. (2022). A criança em unidade de oncologia pediátrica: Aspectos do cuidar. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 23(3), 695-709. <https://doi.org/10.15309/22psd230309>
- Morales-Brown, L. (2022). What to know about the Wong-Baker pain scale. *Medical News Today*. Disponível em <https://www.medicalnewstoday.com/articles/wong-baker-pain-scale>
- Muglia-Wechsler, A. (2017). Câncer na infância: Impacto psicológico em pacientes e seus pais em diferentes etapas da doença. *Revista Intellectus*, 41(1), 40-55. <https://doi.org/10.21116/2017.6>
- Muñiz, J., Martín, N., Fernández-Hermida, J. R., Ardila, R., & David, D. (2020). Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Spanish Child Pain Anxiety Symptoms Scale. *Journal of Pain Research*, 13, 1059-1067. <https://doi.org/10.2147/JPR.S245992>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). *Childhood cancer and functional impacts across the care continuum*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25944>
- National Cancer Institute. (2023). *Childhood Cancer Survivor Study: An Overview*. cancer.gov. <https://www.cancer.gov/types/childhood-cancers/ccss>

Nunes, C. C. C. (2017). O foco Papel Parental e o desenvolvimento da prática de enfermagem na parceria de cuidado [Relatório Final, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/4464>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcricao.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização - Guia Orientador de Boa Prática*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018)*. Diário da República, 2ª Série, N.º 133.
<https://ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2011). *Migration and health in the European Union*. New York: McGraw Hill.
https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/migration_rechel.pdf?sfvrsn=7874e121_1

Organização Mundial de Saúde. (2024). *Cancer*. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1

Orhan, E., & Yıldız, S. (2017). The effects of pre-intervention training provided through therapeutic play on the anxiety of pediatric oncology patients during peripheral catheterization. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1445-1455.
https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/47_orhan_original_10_3.pdf

Palomares-González, L., Hernández-Caravaca, I., Gómez-García, C. I., & Sánchez-Solís de Querol, M. (2023). A presença dos pais durante procedimentos pediátricos invasivos: depende de quê? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e3829. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6101.3829>

Paris, R., Ricardo, D., Raymond, S., & Johnson, P. (2021). *Cognitive Development in the Preschool Years*. Ecampus Ontario. <https://ecampusontario.pressbooks.pub/childgrowthanddevelopment/cha/pter/10-cognitive-development-in-early-childhood/>

Pedroso, R. M. C. J. (2017). Impacto da parceria de cuidados para a criança hospitalizada e sua família. https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=IMPACTO+DA+PARCERIA+DE+CUIDADOS+PARA+A+CRIAN%C3%87A+HOSPITALIZADA+E+SUA+FAM%C3%8DIA&btnG=

Pereira, A. I., Goes, A. R., & Barros, L. (Eds.). (2015). *Promoção da parentalidade positiva: Intervenções psicológicas com pais de crianças e adolescentes*. Coisas de Ler Edições.

Piazzetta, G. R., Pereira, H. C. P. (2021). Punção lombar. *Vittalle – Revista de Ciências da Saúde*, 33(1), 111-123. <https://doi.org/10.14295/vittalle.v33i1.11503>

Piccinini, C. A., & Alvarenga, P. (2016). Estresse precoce no desenvolvimento: impactos na saúde e mecanismos de proteção. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33(4), 645-656. <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/Sp37RNtbJQKzBPPTKBWJrfj/>

Pinto, L. M. F. L. V., Sousa, M. A. de, Queiroz, L. P. de, Rodrigues, W. A., Sobrinho, G. G. X., Silva, A. X. M. da, & Sousa, M. N. A. de. (2024). Os efeitos da terapia cognitivo-comportamental no tratamento de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Revista de Pesquisa Interdisciplinar*, 7.

Pires, T. B. P., Sousa, R. F., & Procópio, J. M. (2024). Cirurgia robótica para tumores em crianças. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/13447>

Polit, D., Beck, C. (2018). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (9ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica. (2023). Crianças e jovens com leucemia linfoblástica aguda tratadas no IPO de Lisboa integram ensaio clínico. *PIPOP - Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica*. <https://www.pipop.info/criancas-e-jovens-com-leucemia-linfoblastica-aguda-tratadas-no-ipo-de-lisboa-integram-ensaio-clinico>

Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica. (2016). Teste genético em crianças com cancro pode identificar causas e tratamento. *PIPOP*. <https://www.pipop.info/teste-genetico-em-criancas-com-cancro-pode-identificar-causas-e-tratamento/>

Querido, A., Tomás, C., & Carvalho, D. (2016). O estigma face à doença mental nos estudantes de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (16), 12-18. https://scielo.pt/scielo.php?pid=S1647-21602016000200012&script=sci_arttext

Ramos, N. (2012). Comunicação em Saúde e Interculturalidade - Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. *RECIIS*, 6(4). <http://doi.org/10.3395/reciis.v6i4.672pt>

Rawat, N., Chanu, S. E., & Chauhan, V. (2021). Chemotherapy Associated Side Effects among Children with Cancer. *International Journal of Health Sciences and Research*, 11(2), 236–242. https://www.researchgate.net/profile/Vandana-Chauhan-7/publication/349881390_Chemotherapy_Associated_Side_Effects_among_Children_with_Cancer/links/6045b628a6fdcc9c781dd8ff/Chemotherapy-Associated-Side-Effects-among-Children-with-Cancer.pdf

Registo Oncológico Nacional. (2023a). Registo Oncológico Pediátrico Português: Sobrevivência ao cancro infantil em Portugal. Ministério da Saúde de Portugal. <https://ron.min-saude.pt/media/2210/folharonpediatria.pdf>

Registo Oncológico Nacional. (2023b). Registo Oncológico Nacional de Todos os Tumores na População Residente em Portugal em 2020. In RON. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE. <https://ron.min-saude.pt/media/2223/ron-2020.pdf>

Reis, A. G. (2015). A presença da família durante procedimentos invasivos e de ressuscitação em pediatria / Family presence during pediatric invasive procedures and resuscitation. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo. *Revista Paulista de Pediatria*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.07.001>

Rezai, M. S., Goudarzian, A. H., Jafari-Koulaee, A., & Bagheri-Nesami, M. (2017). The Effect of Distraction techniques on the pain of venipuncture in Children: a Systematic review. *Journal of Pediatrics Review*, 5(1), e9459. <https://doi.org/10.17795/jpr-9459>

- Rolim, K., Pinheiro, C., Magalhães, F., Frota, M., Mendonça, F. & Fernandes, H. (2017). Comic books: technology in health for the humanization of care delivery to hospitalized children. *Revista de Enfermagem de Referência*, IV, (14), 69–78. <http://doi.org/10.12707/RIV17028>
- Ruano, A., García-Torres, F., Gálvez-Lara, M., & Moriana, J. A. (2022). Psychological and Non-Pharmacologic Treatments for Pain in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(5), e505–e520. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.021>
- SantAnna, J. L., Mendes, D. M. L. F. (2019). Enfrentamento do câncer infantil e intervenções psicológicas: Uma revisão da literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e35435. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35435>
- Santos, P. M., Silva, L. F., Depianti, J. R. B., Cursino, E. G., & Ribeiro, C. A. (2016). Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 694-700. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690405i>
- Scarlat, F., Stancu, E., & Stih, C. (2024). High energy radiation in the treatment of cancer. *International Journal of Research in Oncology*. <https://www.scivisionpub.com/pdfs/high-energy-radiation-in-the-treatment-of-cancer-3452.pdf>
- Seifert, N. (2024). Computational analysis of prognostic factors, immune microenvironment, and T-cell receptor repertoires in lymphoma. University of Göttingen. <https://ediss.uni-goettingen.de/handle/11858/15633>
- Semerci, R, Kostak, M. A., Eren, T., & Avci, G. (2021). Effects of virtual reality on pain during venous port access in pediatric oncology patients: A randomized controlled study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 38(2). <https://doi.org/10.1177/1043454220975702>
- Shih, S., & Rosen, P. (2018). Pain Management for Nasogastric Intubation in Pediatrics. *Cureus*, 10(10), e3429. <https://doi.org/10.7759/cureus.3429>
- Silva, A. F. M. (2016). Análise dos efeitos agudos e/ou tardios em crianças, adolescentes e adultos jovens submetidos à radioterapia conformacional para o tratamento do linfoma de Hodgkin [Dissertação de Mestrado,

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas]. Repositório da Produção Científica e Intelectual da Unicamp. <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/976648>

Silva, A. G., & Oliveira, L. F. (2021). A relação entre stresse e ansiedade: uma revisão teórica. *Revista Brasileira de Psicologia da Saúde*, 33(2), 45-60. <https://www.scielo.br/j/rprs/a/Jfqm4RbzbJhbxskLSCzmqjb/>

Silva, T. P., Silva, L. F., Cursino, E. G., Moraes, J. R. M. M., Aguiar, R. C. B., & Pacheco, S. T. A. (2021). Cuidados paliativos no fim de vida em oncologia pediátrica: um olhar da enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, e20200350. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200350>

Silveira, K. A., Lima, V. L., & de Paula, K. M. P. (2018). Estresse, dor e enfrentamento em crianças hospitalizadas: análise de relações com o estresse do familiar. *Psicologia Hospitalar*, 16(2), 2-20. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582018000200002&script=sci_arttext

Smith, L. E., & Smith, S. M. (2017). Parent communication and child pain and distress during medical procedures. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.02.008>

Sousa, M. A. S., Nascimento, G. C., Bim, F. L., Oliveira, L. B., & Oliveira, A. D. S. (2017). Infecções hospitalares relacionadas a procedimentos invasivos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, 3(3). <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/4251>

Souza, J. A., Campos, J. Y. F. A., Neto, F. T. S., Araújo, M. N., & Sousa, M. N. A. (2021). Câncer infantil e impactos emocionais para a família: Uma revisão da literatura. *Research, Society and Development*, 10(10), e56101017931. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.17931>

Steliarova-Foucher, E., Stiller, C. A., Lacour, B., & Kaatsch, P. (2017). International incidence of childhood cancer, 2001–10: A population-based registry study. *Lancet Oncology*, 18(6), 719-731. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30186-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30186-9)

- Stivanin, J. B., Kegler, J. J., & Nascimento, L. D. (2024). Diferentes Escalas de Avaliação da Dor em Pediatria. *Revista Contemporânea*, 4(1), 1651–1664. <https://doi.org/10.56083/rcv4n1-089>
- Taylor, C. C., & Wilson, D. R. (2016). Parents' interpersonal distance and touch behavior with children during medical procedures. *Journal of Pediatric Nursing*, 33, 19-25. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.01.002>
- Tomás, S., Silva, S., Marques, G., Fernandes, R., & Barcelos, O. (2023). Estratégias para a humanização dos cuidados à criança—Intervenção do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica. *Journal of Integrated Medicine*, 4(1). <https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.741>
- Trottier, E. D., Ali, S., Doré-Bergeron, M.-J., & Chauvin-Kimoff, L. (2022). Best practices in pain assessment and management for children. *Paediatrics & Child Health*, 27(7), 429–437. <https://doi.org/10.1093/pch/pxac048>
- Tsze, D. S., Mallory, M. D., & Cravero, J. P. (2016). Practice patterns and adverse events of nitrous oxide sedation and analgesia: A report from the Pediatric Sedation Research Consortium. *Journal of Pediatrics*, 169, 260–265. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.10.046>
- Vinckx, M. A., Bossuyt, I., & Dierckx de Casterlé, B. (2018). Understanding the complexity of working under time pressure in oncology nursing: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.005>
- Vilelas, J.M.S. (2012). Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *Rev Min Enferm*, 16(1), 120-127. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/509>
- Walker, S. M. (2020). Neuropathic pain in children: Steps towards improved recognition and management. *EBioMedicine*, 62, 103124. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2020.103124>
- Wang, J. (2025). Molecular pathology, biomarkers and therapeutics of brain tumor and neurodegenerative disease. *Frontiers in Molecular Neuroscience*. <https://www.frontiersin.org/journals/molecular-neuroscience/articles/10.3389/fnmol.2025.1584157/full>
- Weiler Wichtl, L. J., Fohn Erhold, V., Rosenmayr, V., Hansl, R., Hopfgartner, M., Fries, J., Schneider, C., Herzog, K., Schellenberg, T., Schönthaler, B.,

Stember, N., Lein Köhler, I., Hofmann, R., Kollmann, A., Salzmann, N., Essl, S., Pal Handl, K., Wasinger Brandweiner, V., Rinner, S., ... Leiss, U. (2025). Preparing children for invasive medical cancer treatment with “My Logbook”: Preliminary results of a pilot study. *Journal of Cancer Education*, 40, 132–141. <https://doi.org/10.1007/s13187-024-02481-2>

Wilson, P., & Latter, S. (2015). Being an expert nurse in pediatric care: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(6), 720-728. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.06.011>

Wu, L., & Qu, X. (2015). Cancer biomarker detection: recent achievements and challenges. *Chemical Society Reviews*, 44(10), 2963–2997. <https://doi.org/10.1039/c4cs00370e>

Yeo, K. K. (2024). Rbdomiossarcoma. In *Manuais MSD Edição para Profissionais*. <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/pediatria/neoplasias-pedi%C3%A1tricas/rbdomiossarcoma>


Zanetti, G., Punhagui, M. F., Frossard, W. T. G., & Oda, N. (2015). Conduta clínica frente aos diferentes tipos de comportamento infantil. *Revista Científica de Psicologia*, 3(1). <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2001v3n1p%25p>

A gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica

ANEXOS

A gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA

	Anexo 3 à Ata nº 12/2023
COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO	
CE-ESEP	

Parecer ao Projeto: A promoção da conforto nos procedimentos invasivos em idade pediátrica

Fluxo CE_32/2023

Data da submissão: 2023-11-30

Documentos anexos ao pedido de parecer
Modelo 46 - Ficha de apresentação de projeto de investigação
Modelo 92 - Questionário para submissão de projeto de investigação à Comissão de Ética da ESEP
Modelo 102 - Pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética
Declaração de Consentimento - Entrevista
Guião de entrevista
Questionário- Promoção do conforto nos procedimentos invasivos em idade pediátrica

Investigadora principal: Lígia Maria Monleiro Lima

Equipa de investigação: Luísa Andrade, Ilda Fernandes, Fernanda Carvalho, Júlia Neto, Rita Fernandes

Instituições envolvidas: Escola Superior de Enfermagem do Porto/NursID/CINTESIS@RISE

Data início do projeto: 2023-05-01

Data de fim do projeto: 2025-12-31

Participantes

Os participantes serão enfermeiros a exercer funções a nível hospitalar ou na comunidade, em áreas relacionadas com saúde infantil e pediátrica e o investigador refere que o recrutamento dos participantes será realizado com recurso ao método de bola de neve.

Objetivos

- Identificar os procedimentos invasivos que são geradores de stresse, ansiedade e dor nas crianças/adolescentes e suas famílias, na perspetiva dos enfermeiros
- Caracterizar os procedimentos invasivos em função do grau de stresse, ansiedade e dor que desencadeiam, na perspetiva de enfermeiros
- Identificar as estratégias usadas pelos enfermeiros para promover o conforto durante a realização de procedimentos invasivos, para minimizar o stresse, a ansiedade e a dor associados.

Tipo de Estudo

Estudo observacional e descritivo, com uma metodologia mista de recolha e análise de dados.

A gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO REGULADOR GERAL DA PROTEÇÃO DE DADOS

**EMISSÃO DE PARECER
DO
ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS (EPD)**

Porto, 16/10/2024

Assunto: Emissão de Parecer relativo a uma investigação ESEP – “A gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica”

Via ESEP-DOC, chegou à equipa do EPD um pedido de parecer face a uma investigação a realizar Sara Da Costa Gomes Monteiro, subordinada ao tema *A gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica*.

Para tal, foi junto via ESEPDO o modelo 200, tendo posteriormente por email sido solicitado a respetiva informação ao participante e o pedido de consentimento para o tratamento de dados pessoais.

Destes dois documentos foram realizadas algumas sugestões de modificação que foram prontamente atendidas pelo Investigador interessado, verificando-se assim a respetiva adequação em conformidade perante o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

Mais concretamente, foi solicitado esclarecimentos quanto à informação a ser prestada ao participante, foi necessário exigir que a investigadora assumisse uma posição de Responsável pelo tratamento para com os titulares dos dados.

Após a realização das correções solicitadas, no qual destacamos os esclarecimentos prestados ao Titular de Dados e a garantia de exercício dos respetivos direitos e a assunção da responsabilidade enquanto Responsável de Tratamento.

Deste modo, ficaram assim, salvaguardadas as posições tanto do Investigador, como da ESEP e dos titulares de dados objeto deste referido estudo.

Por não existir nada que obstaculize à realização do estudo, o EPD da ESEP emite, pois, parecer favorável à realização do estudo.

Endereçando votos de sucesso para o mesmo.

Com os melhores cumprimentos,

O Encarregado de Proteção de Dados

(Ricardo Marques)

A gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica

ANEXO III – INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE/ CONSENTIMENTO INFORMADO

CARTA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Caro/a senhor/a, Enfermeiro/a,

Somos uma equipa de investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) do Projeto de Investigação “A Promoção do Conforto nos Procedimentos Invasivos em Idade Pediátrica” e do estudo intitulado “**A gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica**”, para o qual vimos solicitar a sua participação. O estudo está integrado no grupo de investigação NursID/CINTESIS@RISE.

A sua colaboração é muito importante, uma vez que o estudo permitirá conhecer a prática dos enfermeiros relativamente à gestão do stresse, ansiedade e/ou dor, na realização de procedimentos invasivos em pediatria oncológica. Os resultados do estudo poderão contribuir para desenvolver um modelo de atuação em enfermagem, que promova o conforto durante a realização destes procedimentos em crianças, adolescentes e suas famílias.

Este documento disponibiliza informação sobre a investigação, por favor, leia com atenção a informação que se segue, para que possa decidir se aceita participar. Se considerar que algo não está explícito ou detalhado, clarifique junto do investigador. Se concordar com a proposta apresentada, assine, por favor, no final deste documento, o consentimento informado, livre e esclarecido.

A sua participação é voluntária, salvaguardando-se o direito à recusa em participar a qualquer momento, mesmo após a aceitação do consentimento informado no estudo supracitado. A recusa em participar ou a desistência não implicará qualquer prejuízo para si.

Não existem riscos acrescidos resultantes da sua participação neste estudo. Salienta-se que os dados recolhidos são confidenciais e serão usados apenas para esta investigação ou para outra com esta conexas. Em futuras atividades de divulgação científica não será identificado o serviço/instituição, nem os participantes. Caso o deseje poderá ter acesso aos resultados do estudo, contactando o investigador principal através de email (ep9744@esenf.pt).

Título do estudo: “A gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica”

A equipa de investigação e responsáveis conjuntos pelo tratamento:

Sara Monteiro (ep9744@esenf.pt), investigador principal

Lígia Lima (ligia@esenf.pt)

Luísa Andrade (luisaandrade@esenf.pt)

Ilda Fernandes (ildafernandes@esenf.pt)

Fernanda Carvalho (fcarvalho@esenf.pt)

Júlia Neto (jneto@esenf.pt)

Rita Fernandes (ritafernandes@esenf.pt)

Objetivos da investigação: Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre as dificuldades encontradas na realização de procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica e seus pais; Descrever quais são as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a gestão do stresse, ansiedade e/ou dor na realização de procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica; Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre o papel dos pais na gestão do stresse, ansiedade e/ou dor na realização de procedimentos invasivos na criança com doença oncológica.

Metodologia: De forma a responder aos objetivos propostos, pretende-se desenvolver um estudo qualitativo, cujos dados serão obtidos por entrevista realizada junto de enfermeiras/os que prestam cuidados a crianças e adolescentes com doença oncológica. Esta recolha de dados será conduzida pela investigadora principal. Para facilitar a recolha e a análise da informação, solicitamos a autorização dos participantes para proceder à gravação da entrevista. A investigadora poderá contactá-lo/a posteriormente para confirmar as informações.

Na qualidade de titular de dados pessoais poderá, até à obtenção dos resultados, nos termos legais:

1. Solicitar o acesso aos dados pessoais que lhe digam respeito;
2. Solicitar a retificação dos seus dados pessoais;
3. Solicitar a eliminação dos seus dados pessoais;
4. Solicitar a limitação do tratamento dos seus dados pessoais;
5. Solicitar a portabilidade dos seus dados pessoais;
6. Opor-se ao tratamento dos seus dados pessoais ou à sujeição a decisões automatizadas;
7. Retirar o seu consentimento;

8. Apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Os direitos acima referidos nos pontos 1 a 6 poderão ser exercidos mediante pedido escrito enviado para o email ep9744@esenf.pt

O direito de retirar o consentimento, referido no ponto 7 supracitado, poderá ser exercido por email para o mesmo endereço.

A concretização desta investigação foi aprovada pela Comissão de Ética da ESEP.

Garante-se o respeito pelos pressupostos éticos inerentes a um trabalho desta natureza, assegurando-se que:

- A sua participação é voluntária;
- Será garantida a confidencialidade e anonimato dos dados, que serão só partilhados com a equipa de investigação acima descrita; o material resultante da entrevista será armazenado em local seguro (no servidor da ESEP, por um período máximo de um ano), de forma anónima, e será destruído, após o tratamento dos dados; os dados que permitam a sua identificação direta (nome, e-mail) serão armazenados de forma autónoma e destruídos após o término da transcrição dos dados;
- Os dados serão disponibilizados após a apresentação do estudo à comunidade científica e divulgados, prevendo-se a sua publicação em revista nacional ou internacional. Poderão, ainda, ser divulgados através do envio, por correio ou e-mail, de um documento síntese, com a explicação dos resultados e principais conclusões, quando solicitado.

A sua colaboração é fundamental para que possamos levar a cabo este trabalho, pelo que agradecemos a sua participação.

Consentimento informado livre e esclarecido

Conforme Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008) e Convenção de Oviedo

“A gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica”

Eu, _____ abaixo-assinado, _____ (nome completo)

tomei conhecimento e li a Informação ao Participante relativo à investigação que fui convidada/o a participar. Compreendi o objetivo do estudo de investigação no âmbito do projeto mais alargado “A Promoção do Conforto nos Procedimentos Invasivos em Idade Pediátrica” realizado pela equipa de investigação que tem como Investigadora principal Sara Monteiro e da forma como vou participar no referido estudo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação, bem como do estudo em que serei incluída/o. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de anular a todo o momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Mais declaro, nos termos e para os efeitos previstos nos artigos 6.º, n.º 1, alínea a) e artigo 9.º, n.º 2, alínea a) e j) do Regulamento EU 2016/679 (Regulamento Geral de Proteção de Dados).

1. Li e compreendi a informação constante do documento de informação relativo ao estudo “A gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica”, de que esta declaração de consentimento constitui anexo. Foram-me devidamente explicados os objetivos, a finalidade, o fundamento, a duração, os eventuais riscos, inconvenientes e benefícios da participação, as consequências da não

participação no referido estudo, as categorias de dados pessoais a tratar, a identidade do responsável pelo tratamento, os contactos do encarregado de proteção de dados, bem como os termos da minha participação e os direitos que me assistem na qualidade de participante. As dúvidas que coloquei foram satisfatoriamente esclarecidas.

2. Estou ciente de que a minha participação no estudo é voluntária e de que tenho total liberdade para retirar o meu consentimento para a minha participação em qualquer altura, sem que tenha de invocar qualquer justificação e sem que de tal opção advenham quaisquer consequências, designadamente sem que os cuidados médicos que me são prestados ou os meus direitos sejam afetados.

3. Tomei conhecimento de que o estudo “A gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica”, tem como responsável, a Enfermeira Sara Monteiro a que corresponde o contacto ep9744@esenf.pt, sendo esta o responsável pelo tratamento dos meus dados pessoais no âmbito do estudo para as finalidades e nos termos acima referidos.

4. Fui informado(a) que, nos termos da legislação aplicável poderei solicitar, até à obtenção dos resultados, o acesso aos dados pessoais que me digam respeito, bem como a sua retificação, eliminação ou a limitação do tratamento, a portabilidade dos dados, ou opor-me ao tratamento, mediante pedido escrito para o email ep9744@esenf.pt ou para o email epd@esenf.pt ou para a morada: Encarregado de Proteção de Dados, ESEP, Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 830, 4200-072 Porto.

5. Fui ainda informado(a) de que poderei retirar o meu consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais em qualquer altura, o que não invalida, no entanto, o tratamento efetuado até essa data com base no consentimento previamente dado.

6. Fui ainda informado(a) de que o resultado final do estudo poderá ser apresentado e enviado para revistas científicas da área, possibilitando assim um avanço para o estudo, que apesar deste pedido de consentimento existe também o fundamento de licitude para fins de investigação científica.

7. Confirmando que recebi informações, e tive oportunidade de solicitar os esclarecimentos que entendi, nomeadamente, mas sem limitação, sobre as finalidades do tratamento dos dados pessoais em questão, bem como sobre os demais termos do tratamento dos meus dados pessoais referidos acima no texto deste consentimento e no documento de informação relativo ao de que esta declaração de consentimento constitui anexo.

8. De forma livre, específica e informada, concordo em participar no Estudo “A gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica”, e, para tanto, autorizo que os meus dados pessoais aqui recolhidos sejam tratados:

A gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica

Sim Não

9. Entendi, foi-me explicado e recebi uma cópia deste consentimento composto por duas (2) páginas, bem como do documento a que o mesmo está anexo.

Assinatura _____

Por isso, consinto que me seja aplicada/o o método proposto pela investigadora.

Assinatura da/o participante

Assinatura da investigadora

Data: / /

A gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica

ANEXO IV – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Guião da entrevista semiestruturada

Introdução:

Apresentação do entrevistador.

Explicação do propósito da entrevista (entregar folha de informação ao participante e consentimento informado):

- Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre as dificuldades encontradas na realização de procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica e seus pais;
- Descrever quais são as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a gestão do stresse, ansiedade e/ou dor na realização de procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica;
- Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre o papel dos pais na gestão do stresse, ansiedade e/ou dor na realização de procedimentos invasivos na criança com doença oncológica.

Secção 1: Informações Pessoais e Profissionais

- Sexo
- Idade (anos)
- Experiência em Saúde Infantil/ Pediatria (anos completos)
- Contexto Profissional Atual
- Formação em Saúde Infantil e Pediátrica
- Formação em Dor

Secção 2: Conhecimento e Formação:

- Qual é a sua formação académica? Tem especialização em saúde infantil e pediatria?
- Tem algum tipo de formação específica relativa à realização de procedimentos invasivos em idade pediátrica?

Secção 3: Experiência Prática:

- Enumere os procedimentos médicos invasivos que na sua prática realiza em crianças e adolescentes.

- Quais são as principais dificuldades que encontra ao realizar esse procedimento em crianças e adolescentes?
- Como lida com o stresse associado a procedimentos invasivos em pacientes pediátricos com doença oncológica?
- Que estratégias ou técnicas utiliza para tornar os procedimentos menos stressantes para as crianças/ adolescentes e suas famílias?

Secção 4: Dificuldades Específicas:

- Identifica diferenças significativas ao realizar procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica de diferentes idades? Quais?
- Quais são as principais dificuldades relacionadas com a comunicação com crianças/ adolescentes e suas famílias durante a realização de procedimentos invasivos?

Secção 5: O papel dos pais

- Qual a sua opinião relativamente à presença dos pais durante a realização de procedimentos invasivos?
- Como entende o papel dos pais/cuidadores durante estes procedimentos?

Secção 6: Suporte e Recursos:

- Que tipo de suporte ou recursos são fornecidos pela instituição para ajudar os enfermeiros durante procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica?
- Sente que a promoção do conforto durante a realização de procedimentos invasivos é um foco de atenção de todos os profissionais da equipa?

Secção 6: Estratégias de Melhoria:

- Tem sugestões para melhorar a formação e o suporte dado aos enfermeiros para a realização de procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica?

Conclusão:

A gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica

- Pergunta aberta: Há mais alguma informação ou experiência que gostaria de partilhar em relação a procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica?

Agradecer participação na entrevista.

A gestão do stresse, ansiedade e/ou dor nos procedimentos invasivos em crianças com doença oncológica

ANEXO V – MATRIZ DE REFERÊNCIA DE CONTEÚDO

Tema	Sub-Tema	Sub-sub tema	Unidade de Registo
Procedimentos realizados em pediatria oncológica	Procedimentos invasivos		<p>“...as punções venosas, punções do cateter (...) as punções lombares, mas se forem, por exemplo, com anestesia claro que essa parte fica muito mais facilitada...” (E1)</p> <p>“...procedimentos invasivos (...) são as punções, seja de cateter central, seja de punções periféricas, punções lombares, mielogramas. fazemos algaliações e entubações nasogástricas.” (E2)</p> <p>“Punções venosas, também temos as PL, mielogramas...” (E3)</p> <p>“Punções venosas, punção de cateteres, principalmente cateteres totalmente implantados (...) remoções de dreno, colocação de dreno, toracocenteses, punções lombares, mielogramas...” (E4)</p> <p>“O puncionar, algaliar (...) Nós temos quase sempre centrais, mas depois precisamos para exames dos periféricos. Temos algaliação. A entubação. Puncionar o implantofix também.” (E5)</p> <p>“(...) a punção, seja ela de que tipo for, a manipulação de cateteres, diversos tipos de colheitas, de diversos tipos de espécimes...” (E6)</p> <p>“As punções, tanto periféricas como de cateteres centrais totalmente implantados, execução de tratamentos pós cirúrgicos, por exemplo. Entubação de sonda nasogástrica, colocação de sondas vesicais, uma coisa mais rara, mas que também vai acontecendo.” (E7)</p> <p>“Além das punções venosas, há também as punções no implantofix, algaliações é muito raro, mas mais a colocação de sonda nasogástrica</p>

			<p>(...) os mielogramas e as punções lombares.” (E8)</p> <p>“Punções, seja dos cateteres venosos periféricos, seja implantofix, tratamentos de feridas, feridas cirúrgicas, feridas de cateter central, aspiração de secreções, algaliação, administração de medicação subcutânea ou intramuscular.” (E9)</p> <p>“...algaliação, entubação nasogástrica, aspiração de secreções, colocação de cateteres periféricos, colheitas de sangue, punções lombares.” (E10)</p> <p>“...punções, principalmente a nível dos cateteres centrais, dos implantofix e também às vezes em veia periférica.” (E11)</p>
	<p>Procedimentos causadores de stresse e ansiedade</p>		<p>“...determinados pensos, pensos de catéter, que são pensos que a eles lhes custa imenso...” (E1)</p> <p>“...realização de pensos...” (E2)</p> <p>“...a realização de pensos também muitas vezes está associadas à dor.” (E3)</p> <p>“...a realização de pensos de cateteres quer os totalmente implantados quer os parcialmente implantados quer os de curta duração (...) é sempre um momento de muita angústia, ansiedade e que são dolorosos para a criança.” (E4)</p> <p>“Muitas vezes só a própria avaliação da tensão ou a monitorização dos sinais vitais é considerado invasivo por parte da criança e o medo confundido, manifestado como dor...” (E6)</p> <p>“Realização de pensos (...) Mas às vezes também depende das</p>

			<p>crianças. Às vezes só um posicionamento já pode ser uma coisa dolorosa, não é? Um levante, um banho...” (E7)</p> <p>“Não se considera propriamente um procedimento invasivo, mas eles choram muito às vezes a fazer o penso do cateter venoso central ou parcialmente implantado...” (E8)</p> <p>“...O penso do cateter central...” (E10)</p>
Desafios na realização de procedimentos invasivos em pediatria oncológica	Desafios relacionados com as crianças/adolescentes		<p>“Se eles estiverem ansiosos e estiverem mesmo com medo, acho que nem pai, nem mãe, nem tão pouco nós, com a nossa tranquilidade, conseguimos que eles colaborem.” (E1)</p> <p>“É conseguir que eles se acalmem ou se autorregulem e consigam participar...” (E1)</p> <p>“...o que me causa mais angústia são os meninos de primeira vez. Portanto, aqueles meninos que nós não conhecemos...é muito difícil, às vezes de estabelecer e de perceber verdadeiramente aquilo que sentem e que estão a pensar.” (E1)</p> <p>“As crianças pequeninas? É difícil. Na minha prática, não acho que seja tão benéfico falar com eles antes, mas sim durante...” (E2)</p> <p>“Acho que é a base da confiança, é mostrar confiança naquilo que estou a fazer e mostrar-lhes a importância que tem que aquilo seja feito.” (E2)</p> <p>“Primeiro temos que lhes dar tempo e deixá-los expressar a sua dor e a sua revolta o seu stresse.” (E3)</p> <p>“...é mais o controlo da revolta. Porque é que eu tenho de fazer isto?</p>

			<p>Porque é que tem que ser agora? Porque é que tem que ser hoje? Porque é que eu estou aqui? É mais essa revolta..." (E4)</p> <p>"Eu não acho que seja tão difícil conversar com crianças pequenas, elas geralmente são mais recetivas." (E4)</p> <p>"...muito diferente falar para uma criança do que falar para um adolescente. Aliás, a experiência que eu tenho é que os adolescentes, se os trataas como se eles fossem bebés...eles não gostam nada..." (E4)</p> <p>"Se a criança não tiver segurança contigo nem confiar em ti, não deixa fazer nada..." (E5)</p> <p>"Sim. A necessidade do procedimento, a necessidade de o fazer." (E6)</p> <p>"É a fase inicial de ganhares a confiança de, por exemplo, nas crianças mais pequenas os progenitores entenderem o nosso propósito ali e que há uma relação de confiança que não vamos mentir..." (E6)</p> <p>"Nos mais pequeninos, é difícil fazer lhes perceber e acho que dificilmente conseguimos fazer-lhes perceber que é útil para eles..." (E7)</p>
			<p>"A minha maior dificuldade é com os adolescentes, parece que estão no mundo deles e não respondem." (E8)</p> <p>"A primeira vez que fazemos, os primeiros contactos é estabelecer a relação de confiança e combater um bocadinho o medo do desconhecido..." (E9)</p>

			<p>“Os adolescentes são adolescentes, não querem, não querem explicações...” (E9)</p> <p>“Os adolescentes cada vez comunicam menos, então a dificuldade é logo no início da comunicação, o iniciar a conversa...” (E10)</p> <p>“A ansiedade da criança e adolescente é a maior dificuldade...” (E10)</p> <p>“...ansiedade que eles têm do desconhecimento do procedimento que vamos fazer...” (E11)</p> <p>“...quando é um doente que está numa fase inicial do tratamento, porque ainda não há aquela relação de confiança...” (E11)</p>
	<p>Desafios relacionados com os pais</p>		<p>“Acho que devem permanecer junto das crianças, porque é a pessoa que eles mais conhecem. É o abrigo deles...” (E1)</p> <p>“A presença dos pais é sempre fundamental. Nunca parte de mim tirar os pais da sala, seja do que o procedimento for.” (E2)</p> <p>“...devem estar presentes se tiverem essa capacidade, se quiserem (...) e tenho o cuidado de lhes explicar qual é o papel deles, o que é que têm que fazer.” (E3)</p> <p>“Eu acho muito importante a presença dos pais, além de serem uma referência, não é? referência de amor para as crianças.” (E4)</p> <p>“A maior parte das vezes ajuda, o pai acalma, a mãe acalma.” (E5)</p> <p>“É a única cara conhecida que eles têm, não é?” (E6)</p> <p>“Eu vejo sempre como uma mais valia” (E7)</p> <p>“O facto de eles estarem presentes ajuda muito, nem que seja só dar a</p>

		<p>mão à criança.” (E7)</p> <p>“Se os pais puderem estar presentes em tudo, se possível, acho que para dentro de um bloco não, mas eu acho que se eles demonstram que querem estar presentes e sentir que vão apoiar o filho...” (E8)</p> <p>“Eu acho que 99,9% das vezes é benéfico eles estarem presentes.” (E9)</p> <p>“Muito bom quando os pais são colaboradores e aceitam a nossa maneira de trabalhar.” (E10)</p> <p>“...só o facto de ter a mãe a pôr a mão ou apertar a mão acabam por ficar mais tranquilos e ajudam muito no procedimento...” (E11)</p> <p>“...o início, para eles, é desconhecido, mas tu não consegues explicar a uma criança de 3 anos que tem que fazer aquilo...” (E11)</p>
		<p>“...há pais que parece que estando presentes, parece que..não é atrapalhar, mas só nos piora o nosso trabalho.” (E1)</p> <p>“Relativamente aos pais eu acho que é tentar que as explicações, a comunicação seja sempre feita prévia ao procedimento, num ambiente tranquilo...” (E2)</p> <hr/> <p>“É tentar gerir entre aquilo que a criança precisa e aquilo que também será melhor para o pai, porque o pai também stressado e que não queira estar presente naquele momento, não sei se vai beneficiar a criança a controlar o seu medo e o stresse.” (E2)</p> <p>“Eles estão nervosos, estão tão agitados que estão a transmitir esse nervosismo, essa agitação para a criança, o que está a fazer com que</p>

			<p>a criança fique mais agitada.” (E3)</p> <p>“Mas também temos casos que é exatamente ao contrário, porque os pais ainda estão piores, principalmente dos adolescentes porque comunicam diferente com os miúdos...” (E5)</p> <p>“...porque os pais ainda estão piores, principalmente dos adolescentes porque comunicam diferente com os miúdos...” (E5)</p> <p>“Há pais que que vêm que a que a presença deles não vai ajudar a criança.” (E6)</p> <p>"Muitas vezes, os pais ficam ansiosos, mas temos que explicar para que possam colaborar da melhor forma possível." (E6)</p> <p>"Com os pais, a maior parte das vezes eles colaboram bem, mas há uns que parecem mais desconfortáveis e não ajudam." (E7)</p> <p>“E nós temos que lhe explicar que aquilo é rápido, portanto (...) minimizar um bocadinho para os pais a dificuldade que pode ou não ser...” (E7)</p> <p>“Muitas vezes os pais são um fator stressor para nós e acho que também é importante nós explicarmos isto.” (E9)</p> <p>“...às vezes são os pais que não ajudam, não permeiam muito bem a comunicação, já estão nervosos...” (E9)</p> <p>“...muito mau quando também entram na ansiedade e no medo do filho e não colaboram em nada...” (E10)</p> <p>“...é verdade que há sempre um ou outro pai que, às vezes não reage da forma mais correta, porque incentiva até às vezes a criança...”</p>
--	--	--	--

			(E11) “Numa fase inicial eles também estão um bocadinho revoltados com a situação...” (E11)
	Desafios relacionados com as famílias		“Tens que tentar explicar da maneira que eles (pais) percebam e depois nós temos cada vez mais famílias diversificadas...” (E5) “...atualmente temos também muitos miúdos de nacionalidades diferentes.” (E8)
Estratégias de gestão de stresse, ansiedade e dor	Estratégias farmacológicas		“Nós utilizamos muito o protóxido de azoto” (E2) “Nós temos o famoso kalinox..que nos ajuda tanto.” (E4) “Temos...pronto..as farmacológicas que também usamos. Nós administramos a morfina, o midazolam para fazer certos procedimentos...” (E5) “...o removedor de pensos que ajuda, o emla também é fantástico (...)” (E7) “Temos acesso ao EMLA sem dificuldades...” (E8) “..nas crianças mais pequenas a sacarose...” (E9) “Temos alguma facilidade na aquisição de emla, por exemplo, dos anestésicos locais, temos à disposição do serviço...” (E9) “Usamos muito os anestésicos locais, sempre que possível...” “...às vezes o emla também resulta (...) e administramos midazolam para, por exemplo, alguns procedimentos...” (E9)

			<p>“...mas, por exemplo, nas crianças pequenas, a sacarose...” (E10)</p> <p>“...e tentar utilizar a parte farmacológica como é o emla...” (E11)</p>
	<p>Estratégias não farmacológicas</p>	<p>- Preparação para o procedimento</p>	<p>“Eu penso que é importante sempre tentar manter a calma, porque se os profissionais se sentirem confiantes, vão passar confiança...” (E1)</p> <p>“...explicar o que vai ser feito, o que é esperado que eles sintam com aquele procedimento, se vai doer...” (E2)</p> <p>“É explicar, deixar que ele se expresse também...” (E3)</p> <p>“Eu acho que uma boa estratégia é sempre (...) eu digo sempre o que vou fazer..sempre” (E4)</p> <p>“Tento acalmar a ansiedade, tento falar, tento conversar, tento explicar o que eu vou fazer...” (E5)</p> <p>“...nos adolescentes (...) tentar desmistificar também o que nós vamos fazer, explicar muito bem.” (E7)</p> <p>“...nós tentamos explicar de forma mais simples e que as crianças compreendam...” (E9)</p> <p>“...e informo sempre de tudo o que vai ser feito e para quê e qual é a melhor forma de maneira a colaborarem connosco...” (E10)</p> <p>“...criar ali uma relação de empatia com eles. Eles ficam seguros, ao ter-nos a nós a fazer as coisas.” (E11)</p>
		<p>Distração</p>	<p>“...a técnica da distração é sempre boa. A técnica da brincadeira.” (E2)</p> <p>“A de distração funciona muito bem, embora não em todas as idades.”</p>

			<p>(E3)</p> <p>“...quando são assim pequeninos, eu tento sempre a magia das enfermeiras, que é a magia dos unicórnios.” (E4)</p> <p>“É mesmo a brincadeira a mais importante...” (E5)</p> <p>“...é ir brincando, tentando distraí-los um bocado da própria situação...” (E7)</p> <p>“Temos lá também playstations...” (E7)</p> <p>"Tentamos explicar, compensações como um chupa ou um pensinho, porque vamos tentar abstrair o pensamento da criança para a dor..." (E8)</p> <p>“...resulta melhor a distração, pô-los a ver o telemóvel, mudar a televisão, participar nos cuidados, a muitos ajuda a dar-lhes uma tarefa...” (E9)</p> <p>“A distração pura com bolinhas de sabão, com bonecos, com músicas, resulta com crianças mais pequenas (...) a amamentação resulta muito bem em crianças que ainda têm a mama como como um elemento de conforto.” (E9)</p> <p>“A realidade virtual, por exemplo, é um projeto que existe no hospital, existe uma equipa que pode ser convocada para trazer o aparelho, na pediatria ainda não está 100% aceite.” (E9)</p> <p>“A distração, sem dúvida...e a distração atualmente, os telemóveis e tablets são os mais utilizados.” (E10)</p> <p>“...a ajuda dos telemóveis, dos tablets, a tentar sempre perceber o que</p>
--	--	--	--

			é que eles gostam mais de fazer...” (E11)
		Técnicas de Relaxamento	<p>“...e relaxamento é essencial.” (E6)</p> <p>“...se eu conseguir que a criança faça uma respiração ou encostar-se, por exemplo (...) fechar os olhinhos e ouvir o coração da mãe já relaxa um bocadinho. Ou respirar fundo, fechar os olhos, tentar imaginar-se noutra sítio.” (E6)</p> <p>“...Às vezes a imaginação guiada com eles também resulta, o relaxamento, o respirar, a técnica da flor e da vela às vezes também resulta.” (E9)</p>
		Reforço Positivo	<p>"Tentamos explicar, compensações como um chupa ou um pensinho, porque vamos tentar abstrair o pensamento da criança para a dor..." (E8)</p>
		Amamentação	<p>“A distração pura com bolinhas de sabão, com bonecos, com músicas, resulta com crianças mais pequenas (...) a amamentação resulta muito bem em crianças que ainda são amamentadas como um elemento de conforto.” (E9)</p>

<p>Necessidades identificadas pelos enfermeiros</p>	<p>Formação</p>	<p>“...a formação para o controlo da dor e etc...Principalmente não farmacológica, aquilo que é muito da parte da enfermagem temos muita carência de formação” (E2)</p> <p>“Assim, o maior entrave é, sem dúvida, a falta de tempo...” (E2)</p> <p>“Às vezes não tens material adequado ou também às vezes tu queres instituir alguma técnica de distração e não tens o material que poderias ter.” (E3)</p> <p>“...o tempo que temos disponível para fazer os procedimentos é um problema...” (E3)</p> <p>“Devíamos ter mais formação proporcionada pelo próprio hospital para esta realidade.” (E3)</p> <p>“Acho que formações que as pessoas tragam de fora até para dentro do serviço e que façam formações em serviço.” (E4)</p> <p>“..., os com mais experiência vão formando os mais novos e isso é essencial...” (E6)</p> <p>“...a limitação de tempo que nós temos para o número de doentes...” (E7)</p> <p>"Acho que sim, formação específica de estratégias de relaxamento é sempre benéfico." (E8)</p> <p>“...acho que se podia investir mais em formação especifica para a pediatria oncológica.” (E9)</p> <p>“Eu acho que há muitas formações a nível hospitalar para a pediatria em geral, mas a nível da enfermagem de pediatria oncológica não</p>
---	-----------------	---

			há..." (E10)
	Recursos		<p>"No entanto, os óculos de realidade virtual não estão disponíveis." (E8)</p> <p>"Tudo o que nós temos que o serviço e a instituição nos faculta, eu acho que tem mesmo a ver só com prescrições" (E1)</p> <p>"Até os próprios pensos, por exemplo, com bonequinhos, não temos. E a maioria dos casos, quando tens, são os próprios enfermeiros que compram com o dinheiro do seu próprio bolso para depois dar às crianças..." (E3)</p> <p>"...o serviço tem uma sala onde se possa falar com os pais, é bom...a presença dos voluntários é muito importante também." (E10)</p>