



INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA: IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS NÃO-FARMACOLÓGICAS PARA O CONTROLO DA DOR AGUDA

Filipa Andreia Ribeiro Alves

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, orientado pela Professora Doutora Goreti Marques e coorientado pela Professora Sofia Silva apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Outubro de 2022

Porto

AGRADECIMENTOS

Agradecer o bem que recebemos é compensar um pouco do bem que nos foi feito e por esse motivo, gostaria de deixar registado neste relatório de estágio, que para mim simboliza uma conquista, o meu agradecimento a todas as pessoas que caminharam na mesma direção que eu durante toda esta fase, recheada de sucessos e aprendizagens, mas também muito desafiante e exaustiva.

Agradeço aos meus pais pelos valores que me inculcaram ao longo de toda a minha vida. Ensinar-me a sonhar, mas também a lutar para atingir os meus objetivos, a ser persistente e resiliente. E em todos os momentos bons e menos bons, foram um apoio incondicional e fundamental para que toda esta jornada fizesse sentido. Assim, agradeço-lhes a pessoa que sou hoje e o exemplo que sempre foram para mim.

Muito tenho a agradecer à pessoa que esteve ao meu lado dia após dia e que me fez acreditar que tudo é possível. Ao meu Ivo, que me incentivou a iniciar esta aventura, me deu força e motivação para continuar e jamais me deixaria desistir de qualquer um dos objetivos da minha vida. Por ser um exemplo de trabalho e superação, por me transmitir coragem, amizade e sobretudo, amor.

Agradecer à Salomé por toda a amizade e companheirismo que nasceu e cresceu durante este percurso académico, mas que ficará certamente para a vida. Pelo apoio, pela atenção e carinho com que sempre me abordou, pelo reforço positivo e pelos muitos elogios com que reiteradamente me presenteou.

À Diana, agradecer-lhe por ter feito parte desta aventura comigo, por ter sempre uma palavra amiga a dar em todos os momentos, por me ter incentivado a ser melhor e por transmitir constantemente, admiração pelo meu trabalho.

Ainda, às Professoras Goreti Marques e Sofia Silva, tenho a agradecer-lhes pela ajuda na concretização de todo este percurso, pelas aprendizagens que me proporcionaram e pela paciência que sempre demonstraram.

Agradecer a todos os demais familiares e amigos, que estiveram sempre presentes e disponíveis para me aconselhar ou simplesmente para me ouvir, que me incentivaram a continuar e a lutar por tudo o que mais desejo.

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
CCF	Cuidado Centrado na Família
CIF	Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
EESMO	Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
ENSE	Equipa Nuclear de Saúde Escolar
EVA	Escala Visual Analógica
FLAC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability
FLACC-R	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised
FPS-R	Faces Pain Scale – Revised
MeSH	Medical Subject Headings
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
NSE	Necessidades de Saúde Especiais
PEB	Prática Baseada na Evidência
PIPP	Premature Infant Pain Profile
PNPSO	Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PSI	Plano de Saúde Individual
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
SEL	Social and Emotional Learning
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	9
1.1 ASSITIR A CRIANÇA COM A FAMÍLIA NA MAXIMIZAÇÃO DA SUA SAÚDE	10
1.2 PRESTAR CUIDADOS ESPECÍFICOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA.....	21
1.3 CUIDAR DA CRIANÇA E FAMÍLIA EM SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE.....	26
2 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	33
2.1 PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA EM ESTUDO.....	33
2.2 METODOLOGIA	37
2.3 RESULTADOS.....	40
2.4 DISCUSSÃO	45
2.5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	56
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
5 APÊNDICE.....	74
APÊNDICE 1 – FORMAÇÃO: SÍNDROME DE PANQUECA - COMO ATUAR PERANTE UMA ANAFILAXIA	
APÊNDICE 2 – TABELA DE COLHEITA DE DADOS DA AMOSTRA	

RESUMO

Tema: As estratégias não-farmacológicas constituem um recurso que deve ser primordial no alívio da dor da criança. Apesar do desenvolvimento no conhecimento científico acerca da temática e da sua eficácia, a implementação na prática é ainda insuficiente. Existe uma necessidade urgente de melhorar as práticas clínicas, no que respeita à gestão e controlo da dor em pediatria. Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica são os profissionais que pela proximidade com a criança e família na sua prática diária e competências acrescidas, têm maior responsabilidade profissional e ética de assegurar a adequada gestão da dor da criança.

Objetivo: Desenvolver capacidade crítica e reflexiva sobre todo o percurso formativo e aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica nos diversos contextos clínicos; realizar uma Revisão Integrativa da Literatura e desenvolver uma proposta de intervenção que dê resposta às necessidades identificadas.

Metodologia: Estudo do tipo descritivo e revisão integrativa da literatura, com recurso às bases de dados disponíveis no motor de busca EBSCO, através do *browser* da Ordem dos Enfermeiros, com a expressão de pesquisa: (Infant, newborn OR Infant) AND (Pediatrics OR Pediatric nursing OR Pediatric nurse practitioners) AND (Pain management OR Acute pain) AND (Hospitalization OR Child, hospitalized).

Resultados: Da pesquisa efetuada obtivemos uma amostra final de 9 artigos qualitativos, publicados entre 2012-2022, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Concluíram-se quais as estratégias não-farmacológicas eficazes no controlo da dor aguda em crianças hospitalizadas dos 0 aos 2 anos, as barreiras e facilitadores à sua utilização e intervenções que permitem melhorar as práticas de controlo da dor.

Conclusões: É necessário sensibilizar os Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica para a utilização das estratégias não-farmacológicas, devendo estes, atentar na formação dos seus pares e família da criança. É importante investir em práticas mais sustentáveis, criar protocolos de atuação que permitam uniformizar os procedimentos e atualizar as intervenções nos Sistemas de Informação em Saúde.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Controlo da Dor; Dor Aguda; Crianças Hospitalizadas; Recém-Nascido; Lactente

ABSTRACT

Introduction: Non-pharmacological strategies are a paramount resource in relieving children's pain. Despite the development of scientific knowledge on the subject and its effectiveness, practice implementation is still insufficient. There is an urgent need to improve clinical practices in regard to pediatric pain management and control. Specialist Nurses in Child and Paediatric Health are professionals who, due to their proximity to the child and family in their daily practice and due to their increased skills, have greater professional and ethical responsibility to ensure the adequate management of the child's pain.

Objective: Develop critical and reflective capacity over the entire training path and acquire skills as a Specialist Nurse in Child and Pediatric Health, in the various clinical contexts; Conduct an Integrative Literature Review and develop an intervention proposal that responds to the identified needs.

Methods: Descriptive study and integrative literature review, using the databases available in the EBSCO search engine, through the browser of the Ordem dos Enfermeiros and with the search expression: (Infant, newborn OR Infant) AND (Pediatrics OR Pediatric nursing OR Pediatric nurse practitioners) AND (Pain management OR Acute pain) AND (Hospitalization OR Child, hospitalized).

Results: From the research carried out and taking into account the inclusion and exclusion criteria, we obtained a final sample of 9 qualitative articles, published between 2012-2022. It was concluded which non-pharmacological strategies are effective in the control of acute pain in hospitalized children from 0 to 2 years old, the barriers and facilitators to their use and interventions that allow improving pain control practices.

Conclusions: Specialist Nurses in Child and Paediatric Health must be made aware of the use of non-pharmacological strategies, focus on the training of their peers and the child's family, contributing to an integrated care partnership. It is necessary to invest in more sustainable practices, create action protocols that allow the standardization of procedures and update the Health Information Systems with regard to interventions in non-pharmacological strategies.

Key-Words: Pediatric Nurse Practitioners; Pain management; Acute Pain; Child, Hospitalized; Infant, newborn; Infant.

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Módulo IV, inserida no 3º semestre do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, foi realizado o presente Relatório Final, orientado pela Professora Dr.^a Goreti Marques e pela Professora Sofia Silva.

Este relatório tem como objetivos desenvolver a capacidade crítica e reflexiva acerca de todo o percurso formativo, bem como, da aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) nos diversos contextos clínicos; realizar uma revisão integrativa da literatura (RIL), cuja temática se considera fundamental na prática clínica do EESIP e por fim, desenvolver uma proposta de intervenção que permita dar resposta às necessidades verificadas, de acordo com os resultados obtidos na RIL.

Refletir acerca da prática clínica, das competências adquiridas e do papel do EESIP e mestre na área, tem especial pertinência pois permite desenvolver a capacidade reflexiva e espírito crítico, sendo uma oportunidade de autoavaliação, autoconhecimento e retrospeção acerca dos nossos conhecimentos, objetivos e expectativas e, essencialmente, porque é na continuidade do processo reflexivo que reside o fulcro da própria formação.

A gestão e controle da dor aguda na criança foi a temática escolhida para a elaboração deste trabalho de investigação. A realização da RIL permite uma síntese do conhecimento sobre a temática escolhida e a possibilidade de aplicar os resultados obtidos numa proposta de intervenção, o que contribuirá para uma melhoria dos cuidados de Enfermagem prestados.

A gestão da dor é uma problemática mundial relevante na área da saúde e a sua adequada avaliação e controlo é da competência dos EESIP. A dor é um fator de *stress* e ansiedade para a criança e família, sobretudo, e dada a sua frequência, a dor causada por procedimentos dolorosos. A inadequada gestão da dor de uma criança aquando de um procedimento doloroso, pode resultar numa experiência negativa com implicações no seu comportamento, memória e perceção de dor, aumentando comportamentos de agitação e ansiedade em procedimentos futuros. Contudo, apesar de toda a investigação e

conhecimento na área, a dor nas crianças continua a ser subvalorizada e subnotificada, não existindo uma correta avaliação e controlo da mesma (Enumo et al., 2021).

Para além da presente introdução, este relatório encontra-se organizado em dois capítulos. No primeiro capítulo serão abordadas as competências de EESIP adquiridas ao longo do percurso formativo e em contexto clínico. No segundo capítulo será realizada uma RIL, e encontrar-se-á dividido em subcapítulos com a respetiva explicação da pertinência da temática em estudo, metodologia, resultados, discussão e proposta de intervenção. Posteriormente, serão apresentados as considerações finais, as referências bibliográficas e os apêndices.

O primeiro capítulo deste relatório segue uma metodologia do tipo descritivo e crítico-reflexivo e o segundo capítulo corresponde a uma RIL. Utilizou-se como recurso bases de dados disponíveis no motor de busca EBSCO, através do *browser* da Ordem dos Enfermeiros. Foram seguidas as normas de formatação de trabalhos escritos em vigor na Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

1 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

O percurso formativo foi desenvolvido em diferentes contextos da prática clínica, nomeadamente em neonatologia, internamentos de cirurgia pediátrica e medicina pediátrica, cuidados intensivos pediátricos, unidade de cuidados na comunidade e em centros de desenvolvimento e unidades de apoio à criança.

Ao longo de todo este percurso, foram adquiridas competências transversais e comuns a todos os Enfermeiros Especialistas. O exercício profissional foi sempre pautado com base em princípios éticos, normas legais e seguindo a deontologia profissional, respeitando os direitos humanos e as preferências das crianças e famílias, mantendo a consciência da responsabilidade profissional que é exigida a um Enfermeiro Especialista e ainda, refletindo sobre práticas diárias, com objetivo de as melhorar sistematicamente e garantir a qualidade dos cuidados prestados. A evidência científica é a base da aprendizagem, do conhecimento mais atual e pertinente, que facilita a tomada de decisão e promove o Enfermeiro Especialista a elemento ativo na investigação e na melhoria das práticas clínicas. Esta premissa esteve presente diariamente na prática dos cuidados. Desta forma, foi transversal a todos os momentos o sentido de responsabilidade, a reflexão das práticas e a procura de evidência que permitisse melhorar a qualidade dos cuidados. O autoconhecimento e a assertividade foram outras das competências desenvolvidas, identificando o estilo de liderança mais adequado às situações e ao contexto e fazendo uma gestão correta de recursos e cuidados.

Para além das competências comuns ao Enfermeiro Especialista, foram ainda desenvolvidas competências específicas enquanto EESIP, cruciais para que exista uma adequação dos cuidados às necessidades da saúde da criança e da sua família. Algumas destas competências serão abordadas em seguida ao longo deste capítulo, com menção da unidade de competências onde se insere e respetivo critério de avaliação.

1.1 ASSITIR A CRIANÇA COM A FAMÍLIA NA MAXIMIZAÇÃO DA SUA SAÚDE

Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança.

- Negoceia a participação da criança e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

Ao longo dos estágios nos diferentes contextos de prática clínica, compreendeu-se que o envolvimento da família nos cuidados à criança é de extrema importância, não só para a esta que é cuidada, que sente a proteção e segurança de alguém significativo para ela, mas também para a família, que sente necessidade de continuar a cuidar da mesma, precisando de se sentir útil e colaborante na promoção do seu bem-estar. Este envolvimento é possível quando o EESIP tem na sua filosofia, cuidados centrados na família (CCF), admitindo esta como parte integrante nos cuidados à criança, compreendendo a importância do seu envolvimento progressivo e enfatizando o respeito, o apoio e a parceria de cuidados (Felipin et al., 2018).

Casey (1995) elaborou o Modelo de parceria de cuidados, que assume os pais como parceiros nos cuidados à criança, reconhecendo-os como os melhores cuidadores para o seu filho e assente na premissa que promovem o seu crescimento e desenvolvimento. Durante a prática clínica, compreendeu-se que o planeamento dos cuidados de Enfermagem tem que ser um processo holístico, dinâmico e negociado, permitindo o livre acesso dos pais no serviço, a partilha de informação e a participação destes em determinados cuidados à criança, promovendo a sua capacitação, autonomia e corresponsabilização no processo de tomada de decisão.

Denotou-se que aplicar os princípios do CCF na prática clínica pode ser um desafio para os EESIP, que têm de gerir prioridades nos cuidados a prestar, conhecer os pais e estabelecer uma relação terapêutica com eles, compreender a sua predisposição para se envolver e participar nos cuidados ao seu filho e ainda, encontrar um equilíbrio entre as prioridades clínicas da criança e o envolvimento parental nas práticas diárias (Fonseca et al., 2020).

Este desafio foi sentido de forma transversal a todos os estágios clínicos, contudo o estágio na unidade de cuidados intensivos pediátricos foi especialmente desafiante. Neste tipo de internamento, encontram-se crianças em estado crítico, que podem estar em diferentes fases do seu tratamento clínico e consequentemente, com diversos níveis de complexidade e grau de dependência nos cuidados. Não obstante, um internamento intensivo inclui um enorme número de dispositivos médicos que requerem um manuseamento rigoroso e sapiente. Uma criança que se encontra em estado crítico, está constantemente monitorizada e sob vigilância dos EESIP e restantes profissionais, para que se consiga avaliar o seu estado clínico e atuar rapidamente em caso de situações de instabilidade das suas funções vitais. Foram estas particularidades no cuidado à criança em situação crítica, que tornaram este estágio ainda mais desafiante na aplicação dos princípios dos CCF e na parceria de cuidados com os pais.

Com o intuito de ultrapassar os desafios mencionados foi necessário aprender algumas estratégias, quer na planificação e execução dos cuidados, quer na relação terapêutica estabelecida com os pais. O EESIP tem que ter, ao longo da sua prática diária, uma boa capacidade de negociação e de aceitação compreendendo que, muitas vezes, os pais ainda se encontram em fase de adaptação à situação e se sentem perdidos ou incapazes de cuidar. Este motivo, assim como a complexidade do estado clínico da criança, comprometem a delegação ou a partilha de cuidados com os pais, dificultando a sua participação nos mesmos. É crucial que o EESIP defina os limites dos cuidados que podem ser realizados em parceria com a família, por questões de segurança para a criança. Todavia, deverá ter em consideração que a família necessita não só de garantir os cuidados básicos e práticos à criança, mas também de se sentir informada e parte integrante nas tomadas de decisões. É importante apoiar a família e fazê-la crer que, mesmo em contexto de doença e hospitalização da criança, continua a ser o seu principal cuidador e quem melhor a conhece. Constatou-se ainda, que é necessário estabelecer estratégias de comunicação eficazes e culturalmente sensíveis, respeitando os valores, crenças, características socioculturais e linguísticas da família. Desta forma, é possível promover as relações de vinculação e ligação, favorecer o relacionamento terapêutico, permitindo uma maior proximidade com a família e subsequentemente uma maior compreensão e empatia de ambas as partes (Felipin et al., 2018).

O EESIP tem que saber compreender mais além, perceber a vontade dos pais em participar nos cuidados à criança naquele momento, se sentem confiança e vontade ou se, por outro lado, demonstram estar cansados e necessitam de uma pausa, de um momento

para eles próprios, sendo crucial saber respeitar esses momentos. Existem situações em que o EESIP faz uma avaliação e percebe que existe vontade dos pais em participar nos cuidados, contudo, esta participação pode encontrar-se limitada por motivos clínicos da criança. Se assim for, é importante que o EESIP dê oportunidade e incentive os pais a fazer algo simples e que não comprometa a estabilidade da criança, mas que fará toda a diferença na forma como se sentem, percecionando-se como elemento útil na promoção do bem-estar do seu filho. Para além deste equilíbrio mediado na participação dos pais, é de extrema importância que o EESIP permita a presença do familiar, lhe explique os procedimentos a realizar, questione se a criança lhe parece confortável e sem dor e partilhe com ele informações importantes sobre o estado clínico da mesma. Esta partilha de informação permite simultaneamente, compreender como se sente a família alargada e de que forma os irmãos estão a lidar com a situação. São momentos como estes que permitem o estabelecimento de uma relação terapêutica, que possibilita ao EESIP adequar o plano de cuidados à família de forma individualizada, ajustando as intervenções de Enfermagem às suas necessidades e assim, obter resultados mais eficazes.

Ao longo de todo o percurso formativo compreendeu-se que a parceria de cuidados e os CCF são práticas complexas, mas que enquanto futuros EESIP, é importante o desenvolvimento de capacidades e habilidades que permitam ultrapassar estes desafios. Adquirimos competências no estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança e família, passamos a estar mais alerta e ter maior sensibilidade com os pais durante o processo de hospitalização, nomeadamente na avaliação, respeito e incentivo aos pais para participar nos cuidados e na procura de oportunidades para que essa parceria de cuidados seja estabelecida, independentemente da complexidade do estado clínico da criança. Foi muito gratificante desenvolver esta competência de EESIP, compreender que a excelência da nossa prática lhes proporciona estratégias facilitadoras que as ajudam a vivenciar e ultrapassar de forma mais saudável a situação crítica e disruptiva que vivem no momento, com repercussões positivas em futuros internamentos, e ainda, refletir sobre o quão importante é o nosso papel e a diferença que faz na vida da criança e da família durante o processo de doença e hospitalização.

- Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), publicada pela International Council of Nurses (2019), a parentalidade é referida como o ato de tomar conta e assumir a responsabilidade de ser mãe ou pai, tendo comportamentos promotores do crescimento e desenvolvimento das crianças. A Ordem dos Enfermeiros (2015), refere que a parentalidade se desenvolve ao longo do ciclo vital da criança e se vai adaptando conforme o crescimento e desenvolvimento dela. Salienta ainda que, para que esta adaptação seja bem-sucedida é necessário o envolvimento de pelo menos dois tipos de recursos familiares: recursos internos, nomeadamente adaptação e a integração, referentes à autoestima dos pais e ao sentirem-se capazes de lidar com a situação e os recursos externos, nomeadamente o suporte social e os recursos comunitários.

A transição para a parentalidade inicia-se na gravidez, onde ocorre um período de preparação física e psicológica para o nascimento da criança e durante o qual, ocorrem mudanças psicológicas, bioquímicas e socioeconómicas, existindo a necessidade de uma reestruturação e de reajustamento em várias dimensões. Desta forma, é essencial que exista uma preparação dos pais, para que adquiram conhecimentos e habilidades e desenvolvam competências parentais, potenciando a consciencialização de autoeficácia e promovendo a vinculação com o bebé (Tralhão et al., 2020)

Ao longo dos estágios foram surgindo oportunidades para trabalhar e adquirir competências na promoção da parentalidade ainda no decurso da gravidez e nos primeiros dias após o parto, através do curso de preparação para o parto e do cantinho da amamentação.

O curso de preparação para o parto e parentalidade, foi uma mais-valia na aquisição de competências de EESIP, apesar de ser lecionado por um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO). Considera-se que ambos têm áreas de abrangência comuns e sugere-se que sejam lecionados em parceria, dado que, o processo de transição para a parentalidade se inicia antes do nascimento e a existência de multidisciplinaridade no cuidar seria uma mais valia no processo de transição, onde também o EESIP tem um papel fundamental, tal como foi possível observar nos cursos realizados e presenciados ao longo dos estágios. Durante estes cursos, foram abordadas diversas temáticas no que concerne à saúde e bem-estar do recém-nascido, nomeadamente

amamentação, cuidados de higiene, conforto e segurança (muda da fralda, banho, cuidados ao coto umbilical, como lidar com as cólicas, prevenção de acidentes e transporte do recém-nascido em segurança), promoção e vigilância de saúde infantil (Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e o Plano Nacional de Vacinação) e por fim, o desenvolvimento do bebé e estratégias de estimulação sensorial (comunicação, massagem e posicionamentos). Os cuidados antecipatórios são intervenções de Enfermagem fundamentais, que têm como objetivo para além da aquisição de competências parentais, a segurança da criança, a satisfação parental e o adequado desenvolvimento infantojuvenil (Direção-Geral da Saúde, 2020).

Uma das competências do EESIP é promover a amamentação e como tal, deverá estar capacitado e dotado de conhecimentos e habilidades que o permitam apoiar e orientar a família, dando-lhes a conhecer as vantagens do aleitamento materno, quer para o bebé, quer para a mãe, ajudando-os a atingir os seus objetivos no que concerne à alimentação da criança. A informação que os pais recebem sobre a amamentação durante a gravidez nos cursos de preparação para o parto e parentalidade, é fundamental para que se exponencie o conhecimento a nível teórico sobre a temática. Contudo, é crucial que exista um suporte adequado à família após o nascimento, período no qual, se inicia todo o processo prático da amamentação e onde geralmente surgem as maiores dúvidas e dificuldades (Dantas et al., 2020). O Cantinho da Amamentação é um recurso do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) que procura dar resposta a estas dificuldades, onde os pais se dirigem com o recém-nascido e têm acesso a assistência especializada, procurando o esclarecimento de dúvidas e resolução de problemas relativas à amamentação. Neste espaço, o EESIP tem a oportunidade de avaliar, ensinar, instruir e treinar as práticas da amamentação, promover autonomia dos pais e reduzir complicações inerentes à amamentação, permitindo que a família vivencie este processo de forma prazerosa e eficaz, aumentando a adesão à amamentação e promovendo o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança. Para tal, o EESIP tem que criar condições ótimas de trabalho, apostar num ambiente tranquilo e com pouca luminosidade, orientar os pais tendo como foco a realidade e contexto socioeconómico em que se encontram inseridos, respeitando a sua cultura, crenças, experiências anteriores e a individualidade de cada criança e família (F. Santos et al., 2018).

Ao longo da vida da criança e dos pais, a adaptação à parentalidade é um processo de transição que pode ser afetada por acontecimentos atípicos e uma vez que, é normal que as pessoas não saibam lidar com situações que nunca experienciaram antes, que

podem gerar sentimentos de insegurança e incapacidade de superar esta nova situação. A doença e a hospitalização causam sofrimento na família e podem dificultar a adaptação à parentalidade, o que implica muitas vezes, uma crise de identidade parental, onde os pais sentem dificuldade em perceber qual o seu papel, o que podem ou não fazer e o que é esperado pelos profissionais de saúde que eles façam (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Tralhão et al., 2020).

Como anteriormente referido, os pais são os melhores cuidadores para os seus filhos e por esse motivo, é da responsabilidade do EESIP promover e adequar a parentalidade em todas as suas dimensões, promovendo a adaptação dos pais à sua nova realidade. Sendo ainda responsável pela promoção da saúde e bem-estar da criança e da família, deve colaborar na sua adaptação ao processo de saúde através do ensino, instrução, apoio e treino, dotando-os de conhecimentos, habilidades e capacidades, para que continuem a ser os melhores cuidadores para a criança nesta fase de transição (Tralhão et al., 2020).

Para que ocorra a promoção da parentalidade aquando da hospitalização é necessário construir uma relação terapêutica entre a criança, os pais e o EESIP que assente na base da aceitação incondicional e autenticidade. O EESIP deve ser capaz de utilizar a escuta ativa, demonstrar disponibilidade e permitir que os pais expressem as suas vivências, de forma a executar um planeamento de cuidados mais rigoroso e adequado, centrado nas expectativas e necessidades da família. Deste modo e com base na informação que é recolhida, o EESIP deverá planear as suas intervenções de forma conjunta e negociada com os pais, evitando sentimentos de insegurança sobre o que é esperado deles e sobre o que podem ou não fazer. O objetivo é empoderar os pais, aumentando os seus pontos fortes, as suas aptidões e promovendo a mestria parental (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Reticena et al., 2019).

Fatores importantes para a promoção da parentalidade são a informação, o conhecimento e a aprendizagem. É fundamental validar a informação com os pais, tendo em conta as suas habilidades comunicacionais e competências linguísticas, dado que, a mesma informação pode gerar interpretações diferentes para pessoas diferentes. Assim, é necessário que a informação dada seja objetiva, concreta e uniformizada, evitando o conflito de informação contraditória (Ordem dos Enfermeiros, 2015; A. Santos et al., 2019).

É ainda necessário identificar o conhecimento que os pais têm sobre diversos temas como: gestão do regime terapêutico ou medicamentoso, precauções de segurança,

entre outros, tendo sempre em consideração a atitude que os pais demonstram ao longo do processo de adaptação, respeitando o nível de conhecimentos e capacidades que os pais pretendem desenvolver para cuidar dos seus filhos, permitindo que o processo de cuidados seja centrado nas necessidades das crianças e dos pais e não nas necessidades que os Enfermeiros consideram prioritárias (Bento et al., 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Ainda no que se refere à promoção da parentalidade, é requerido ao EESIP que impulse intervenções orientadas para a aprendizagem, ao nível da alimentação, higiene, posicionamento, segurança, regime medicamentoso e terapêutico durante a hospitalização. Desta forma, o planeamento de programas de ensino, instrução e treino devem ser alvo de atuação do Enfermeiro, assistindo, incentivando e supervisionando o exercício da parentalidade, desde o primeiro dia de internamento até à alta clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Reticena et al., 2019). O EESIP elabora um plano de cuidados individualizado de acordo com as particularidades de cada criança e família, respeitando a sua capacidade de reter informação, aprendizagem teórica e destreza técnica. Os cuidados antecipatórios têm como objetivo promover a parentalidade, garantir a qualidade e a continuidade de cuidados à criança após a alta, assegurar o sucesso da reorganização e adaptação da criança e família na transição para o domicílio face à sua nova realidade e ainda, reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões (Moradi et al., 2018).

Quando o EESIP reconhece o papel que os pais desempenham durante a hospitalização e desenvolve intervenções de Enfermagem no domínio da aprendizagem de capacidades, consegue promover a crescente autonomia dos pais, respeita as suas crenças culturais, promove a interação entre pais e criança e consequentemente as relações de vinculação e ligação, incentiva a expressão de expectativas, motiva para a aprendizagem e facilita o exercício da parentalidade num contexto complexo, como a hospitalização (Reticena et al., 2019).

É fundamental que o EESIP construa uma relação terapêutica e empática, dê o seu apoio e promova a parentalidade e a adaptação parental face a um novo papel. Os diversos estágios, possibilitaram o contacto com muitas crianças e famílias, o que permitiu oportunidades de aprendizagem e experiências enriquecedoras, que se demonstraram importantes para a mobilização de conhecimentos e para a construção e melhoria do EESIP que seremos. Compreendeu-se que a criança e a família são uma díade que não se pode separar e que o trabalho e o foco em ambas é fundamental para o sucesso dos

cuidados de Enfermagem do EESIP, que não deve colocar as suas convicções ou opiniões à frente das necessidades demonstradas pela família, respeitando que cada família é única, a nível da sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento e que só é possível intervir com resultados positivos, quando existe esta consciência.

- Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.

Durante o período letivo, a escola torna-se na segunda casa de cada criança e jovem escolarizado, sendo considerada um espaço seguro e com privilégios que permitem a educação e formação de toda a comunidade escolar na aquisição de competências que produzem comportamentos saudáveis ao longo da vida.

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) é um instrumento orientador das políticas nacionais relacionadas com a promoção da saúde em contexto escolar, tendo como finalidade contribuir para o aumento da saúde, educação, equidade, participação e responsabilização de todos com o bem-estar e a qualidade de vida das crianças. Está direcionado a toda comunidade educativa, incluindo as crianças, alunos, familiares, pessoal docente e não docente. É sustentado na visão de que todas as crianças têm direito à saúde e à educação, devendo ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova o seu bem-estar (Direção Geral da Saúde, 2015).

O objetivo do PNSE é promover estilos de vida saudáveis e elevar o nível de literacia em saúde da comunidade educativa, contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a redução dos riscos, prevenir a doença da comunidade educativa, promover a saúde, minimizar o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos alunos e ainda, estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar. O PNSE é constituído por seis eixos que devem ser abordados numa perspetiva holística da saúde na escola, reconhecendo a pessoa como um ser biopsicossocial e a importância do processo educativo e da promoção da saúde na adoção de estilos de vida saudáveis (Direção Geral da Saúde, 2015).

Um dos eixos nucleares é a capacitação. Capacitar as crianças e a comunidade não é só oferecer informação e garantir que esta é compreendida, é também habilitar o uso dessa informação, aumentando a sua competência e confiança na tomada de decisão e no desempenho dos seus papéis sociais. O eixo da capacitação em saúde escolar, contribui para elevar o nível de literacia para a saúde, incentiva a diversidade das práticas e envolve

toda a comunidade educativa em torno de um objetivo comum. As áreas de intervenção são: alimentação saudável e atividade física, saúde mental e competências socioemocionais, higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural, educação para os afetos e a sexualidade, prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância (Direção Geral da Saúde, 2015).

O PNSE integra os programas e projetos da carteira de serviços da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). A Equipa Nuclear de Saúde Escolar (ENSE) é constituída por profissionais de saúde multidisciplinares do ACES, onde os EESIP têm um papel importante na articulação entre as escolas e os serviços de saúde.

No decorrer da prática clínica, foi possível colocar em prática o eixo da capacitação em crianças e na comunidade educativa, intervindo na área da higiene corporal e na saúde oral.

A higiene corporal é o conjunto de cuidados que as pessoas devem ter com o seu corpo, promovendo a saúde, melhorando a autoestima e o bem-estar físico, mental e social. O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) preconiza uma estratégia global de intervenção, alicerçado na prevenção e tratamento das doenças orais ao longo de todo o ciclo de vida (Direção Geral da Saúde, 2019).

As sessões de educação para a saúde relacionadas com a higiene corporal e saúde oral no âmbito da saúde escolar, foram realizadas tendo como público alvo as crianças que frequentam o jardim de infância e as escolas do 1º ciclo do ensino básico, que integram o ACES da área de abrangência da UCC onde decorreu o estágio. No decorrer destas sessões, foram avaliados os conhecimentos e hábitos das crianças sobre a higiene oral e posteriormente, foram transmitidas orientações, tendo sempre em atenção a idade das crianças, através de vídeos em formato de desenhos animados, que fossem apelativos e que permitissem um resumo da informação que foi facultada anteriormente. A oportunidade de liderar uma sessão para a saúde na área da saúde oral, permitiu compreender que é de extrema importância cativar as crianças que são o público alvo, através de uma linguagem adequada, de uma comunicação inquisitiva e interativa, prestando atenção às respostas dadas, promovendo o reforço positivo e ainda, utilizando recursos dinâmicos, como jogos ou vídeos, capacitando-os sobre assuntos importantes, através da brincadeira e de atividades divertidas e prazerosas para eles.

Ainda no âmbito do PNPSO distribuíram-se kits de higiene oral aos alunos a frequentar pela primeira vez o ensino pré-escolar e o 1º ciclo, garantindo a todos o material necessário para cumprir os cuidados de higiene oral diários.

Foi ainda efetuada a entrega de cheques dentista às crianças de sete, 10 e 13 anos e encarregados de educação. Compreendendo a necessidade de aumentar a literacia em saúde e a tomada de decisão responsável, foram realizadas sessões de esclarecimento prévias à entrega dos cheques dentista escola, com o objetivo principal de incentivar as crianças e os pais na procura de cuidados de saúde oral. A entrega dos cheques dentista escola e a sessão de esclarecimento foram importantes, não só pela aquisição de competências comunicacionais e conhecimentos sobre o tema, mas também porque foi possível constatar que, apesar da gratuitidade dos cheques dentista escola e de todos os tratamentos inerentes, quer preventivos, quer curativos, existiu uma baixa adesão a estas sessões, tendo aparecido em média 33% dos pais convocados. Este dado demonstra que é importante que este tipo de sessões de esclarecimento sobre o cheque dentista se torne transversal a todas as UCC do país, promovendo desta forma a sua divulgação e o aumento em massa da literacia em saúde, permitindo que sejam desmistificadas algumas questões, que seja compreendida a importância da prevenção da saúde oral das crianças, aumentando a acessibilidade aos cuidados de saúde.

- Apoia a inclusão de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais.

Para além da capacitação, as condições de saúde são outro dos eixos nucleares do PNSE. Ao longo do ciclo de vida escolar existem condições de saúde que podem comprometer as aprendizagens dos alunos. A Saúde Escolar tem tido uma intervenção de complementaridade na melhoria dos indicadores de saúde de crianças e jovens, uma vez que, um bom ambiente físico e social promove o equilíbrio e o bem-estar de todos os intervenientes. As áreas de atuação são: saúde de crianças e jovens, necessidades de saúde especiais (NSE), saúde de docentes e não docentes (Direção Geral da Saúde, 2015).

Crianças com NSE são crianças que detêm algum tipo de problema de saúde com impacto quer na funcionalidade, quer na necessidade de intervenção em meio escolar. As alterações das funções ou estruturas do corpo, nomeadamente doença crónica, deficiência, perturbações do desenvolvimento, perturbações emocionais, do comportamento, entre outras, têm um impacto negativo no desempenho escolar, podendo implicar irregularidade na frequência escolar e comprometimento do processo de

aprendizagem. Mais do que contribuir para uma resposta adequada às necessidades de saúde especiais, a Saúde Escolar, atua em prol dos direitos da criança, da aceitação da diferença e do reconhecimento do valor e mérito pessoal, colaborando ativamente no processo de inclusão das crianças com características particulares resultantes do seu contexto pessoal, familiar e sociocultural (Direção Geral da Saúde, 2015).

A Saúde Escolar intervém com o objetivo de proporcionar bem-estar físico, psicológico e social à criança e família, capacitar a comunidade educativa na aquisição de competências adequadas ao acompanhamento de crianças com NSE e favorecer a articulação entre a escola e os recursos de saúde disponíveis, envolvendo sempre, para além de um Enfermeiro da ENSE, um elemento do estabelecimento de educação e ensino e, pelo menos, um dos pais (Direção Geral da Saúde, 2015).

Durante o decorrer dos estágios foi possível acompanhar alguns processos de crianças no âmbito da inclusão escolar. Após a referenciação da criança, foi elaborado o Plano de Saúde Individual (PSI), adequado a cada criança com NSE, que permite avaliar o impacto das condições de saúde na funcionalidade e identificar as medidas de saúde a implementar, através da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), tendo em conta os fatores ambientais facilitadores ou barreira do contexto escolar (Organização Mundial de Saúde, 2004).

Foi possível compreender que durante todo o processo de inclusão escolar, desde a elaboração e validação do PSI, à concretização da entrevista com os pais e do planeamento das intervenções adequadas para cada criança e família, todas as ações são realizadas com base nos CCF e parceria de cuidados. As necessidades identificadas pela criança e pela família são sempre tidas em conta, em prol das necessidades que nós, enquanto EESIP, consideramos serem as mais adequadas. Desta forma, durante todas as etapas do processo, a informação é partilhada e validada pelos pais e pelo elemento do estabelecimento de ensino, permitindo mais transparência durante o processo e o aumento da confiança e adesão de todos os intervenientes ao PSI.

Após identificadas as necessidades da criança e família, foi-nos proposto realizar uma sessão de educação para a saúde, tendo em vista a capacitação da comunidade escolar. O público alvo foram os docentes e não docentes que estão em contacto com a criança com NSE e os temas apresentados foram relativos à Epilepsia, como atuar perante a ocorrência de convulsões e ainda Síndrome de Panqueca, como agir perante a ocorrência de uma anafilaxia (APÊNDICE 1). Estas atividades foram muito interessantes e importantes no decorrer do estágio porque emergiram da avaliação e identificação das

necessidades do público alvo, possibilitaram o aumento do conhecimento teórico e prático destas temáticas e ainda, adequar a linguagem e a partilha de informação, desenvolvendo capacidades de comunicação.

1.2 PRESTAR CUIDADOS ESPECIFICOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Promove a autoestima da criança e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

- Facilita a comunicação expressiva de emoções / reforça a imagem corporal positiva se necessário / reforça a tomada de decisão responsável.

O PNSE, revela que o novo paradigma da intervenção da Saúde Escolar visa contribuir para ganhos em saúde, através da promoção de contextos escolares favoráveis à saúde. Como mencionado anteriormente, a saúde mental e as competências socioemocionais são um constructo multidimensional e interativo e o tronco comum da promoção de um estilo de vida saudável e da prevenção de comportamentos de risco, tendo um papel de relevo na obtenção de mais ganhos em saúde. O conceito de competência social refere-se a dois conjuntos abrangentes de competências e processos: os que dizem respeito ao comportamento interpessoal, tal como a empatia e a assertividade, as competências de conversação e a gestão da ansiedade e da raiva, e os que dizem respeito ao desenvolvimento e manutenção de relações íntimas, envolvendo a resolução de conflitos, comunicação e competências de intimidade. Já o conceito de competência emocional implica a aquisição de capacidades subjacentes à expressão de emoções e conhecimento emocional, sendo considerada uma competência central na capacidade da criança para interagir, se autorregular e estabelecer relações significativas com os outros, inicialmente na gestão do afeto e posteriormente na continuidade do envolvimento evolutivo com os pares (Direção Geral da Saúde, 2016).

Os EESIP conseguem através deste plano de intervenção em Saúde Escolar promover e potenciar as competências socioemocionais das crianças, através de Projetos de Promoção de Competências Socioemocionais/Social and Emotional Learning (SEL). Estes projetos contribuem para o desenvolvimento de competências-chave, que permitirão à criança a manutenção de relações sociais positivas e a adaptação a desafios

que possam surgir ao longo da sua vida, aumentando os seus fatores protetores da saúde. Existem cinco competências-chave: o autoconhecimento, a consciência social, a autogestão, a tomada de decisão responsável e as relações interpessoais (Direção Geral da Saúde, 2015; Jagers et al., 2019; M. Santos et al., 2020).

Weissberg (2019) declara que, a evidência comprova que as competências socioemocionais podem ser ensinadas, sendo as escolas os locais apropriados para o fazer, incitando uma diferença positiva na vida das crianças. O EESIP em contexto de saúde escolar tem a responsabilidade de promover projetos e estimular estas competências na comunidade escolar através de projetos SEL. No decorrer dos estágios, foi possível participar numa destas iniciativas, intitulado como “Projeto ensinAmente”. Este projeto é constituído por duas sessões em contexto de sala de aula, dirigidas a crianças do 1º ciclo do ensino básico, nas quais são abordados temas como a resiliência, violência, interações, emoções, comunicação e pertença. Estas temáticas são as apresentadas no Referencial de Educação para a Saúde, acerca da saúde mental e prevenção da violência, redigido por Á. Carvalho et al. (2017) e resultado de uma parceria entre a Direção-Geral da Saúde e Direção-Geral da Educação.

A resiliência é um sinónimo de adaptação positiva, sendo a capacidade de manter ou recuperar a saúde mental. É considerada uma predisposição individual para resistir às consequências negativas dos riscos, apelando à capacidade pessoal para uma adaptação bem-sucedida face à vivência de uma adversidade (Á. Carvalho et al., 2017; Ribeiro et al., 2018). Durante a sessão pretendeu-se capacitar as crianças para a resolução de problemas, saber lidar de forma positiva com dificuldades, obstáculos e adversidades, compreender as consequências dos seus atos e analisar as implicações de cada solução e consequências de cada decisão.

A violência foi outro dos temas abordados na SEL. A violência pode ser ativa ou passiva, verbal, psicológica ou física. A expressão atual da violência no contexto escolar é o *bullying*, que se refere a um padrão persistente de agressão e associado ao desenvolvimento dos meios tecnológicos, o *cyberbullying*. Por outro lado, nem sempre a violência é hétero-dirigida, por vezes é autoinfligida. Sentimentos de sofrimento, dor, isolamento, negação, medo, vergonha ou culpa, estão geralmente associados ao fenómeno da violência e pode favorecer o surgimento de comportamentos de risco (Á. Carvalho et al., 2017). Durante a sessão foram identificadas pelas crianças diversas formas de violência, foram reconhecidos comportamentos que magoam o outro e formas de os evitar, foram capacitadas para reagir adequadamente à frustração, a aprender capacidades

de negociação e mediação, a compreender o significado do pedido de desculpa e incentivadas para a evicção da violência.

A interação é um tema de extrema importância porque a relação com os outros é fundamental. O grau de sensibilidade, compreensão, respeito e tolerância com que a resposta dos outros nos é devolvida, afeta amplamente a nossa autoestima e autoconceito, sendo que, quanto mais jovem se é, maior é a dependência em relação à interação com os outros (Á. Carvalho et al., 2017). Durante a sessão, foram abordados temas como o saber estar na comunidade, integrando normas e regras sociais, a necessidade de reconhecer a autoridade na família, escola e comunidade, respeitando as hierarquias e diferentes papéis sociais, preferir relações baseadas no respeito, cooperação e tolerância, saber lidar com elogios e críticas e fazê-lo de forma construtiva e não destrutiva.

As emoções foram um dos temas centrais do SEL, que se refere ao aspeto não racional da nossa existência enquanto pessoas. Mais do que falar de emoções positivas ou negativas, é necessário identificar o que se sente e desenvolver formas adequadas de expressar as emoções (Á. Carvalho et al., 2017). Desta forma, durante a sessão, as crianças identificaram diversos tipos de emoções, foram incentivadas a relacionar o que sentem com as situações que vivem e com o que se pensa ou se faz, a expressarem as emoções de forma adequada, a respeitarem os sentimentos dos outros e analisarem as consequências das atitudes a curto e médio prazo.

A comunicação é universal, sendo impossível não comunicar. É baseada na empatia, ou seja, na capacidade de nos identificarmos com a outra pessoa, sendo crucial compreender os mecanismos da comunicação, para que se entenda e se seja entendido (Á. Carvalho et al., 2017). Explorou-se a forma de comunicação verbal e não-verbal, foram identificados diferentes estilos de comunicação: agressivo, assertivo, manipulativo e passivo, foi ainda explorada a expressão de afetos através de uma comunicação positiva, eficaz e assertiva, sendo capaz de dizer que sim ou não, através de habilidades de argumentação e potenciando a expressão das suas necessidades e desejos.

E por fim a pertença, correspondendo a um sentimento que determina uma vinculação, onde a segurança, confiança, empatia e autoestima prevalecem, e onde existe a consciência de um grupo e uma dimensão ampliada da humanidade (Á. Carvalho et al., 2017). Foi também desenvolvido o sentido de pertença a um grupo e explorado o valor da diferença, da partilha e da cooperação.

O EESIP tem que estar cada vez mais sensibilizado para a saúde mental das crianças, que estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas de saúde mental

que os adultos, uma vez que são confrontados com pressões e desafios diariamente. A Ordem dos Psicólogos (2016), confere que nos últimos anos tem ocorrido um crescendo da prevalência dos problemas de saúde psicológica nas crianças. Este é um fator preocupante, concomitantemente com o facto de que as perturbações mentais nas crianças apresentam elevados níveis de persistência no tempo e constituem um dos principais preditores dos problemas de saúde mental na idade adulta.

A participação neste projeto foi extremamente enriquecedora, pois permitiu compreender que é necessário que o EESIP ajuste a sua forma de intervir e de transmitir informação à idade das crianças e que, para uma pedagogia efetiva, é essencial que exista um ambiente de qualidade, assente em relações positivas e uma comunicação eficaz. Foi possível abordar assuntos complexos da área da saúde mental e das competências socioemocionais de forma leve e eficaz, através de um método interativo com exposição de imagens e vídeos. Assim, as crianças foram incentivadas a se colocarem no lugar dos outros, refletirem sobre potenciais situações, explicarem de que forma resolveriam os problemas e que recursos teriam disponíveis para ajudá-las. Identificam ainda, diferentes emoções através da expressão facial e corporal dos outros e explicaram como reagiriam ou se conseguiriam regular perante elas. Durante as sessões foi evidente a participação ativa de todas as crianças e a aquisição de competências e conhecimentos, compreendendo-se a importância que este tipo de projetos tem no desenvolvimento infantojuvenil, na promoção da saúde, na diminuição do risco de se desenvolver alguns tipos de perturbações mentais ou até mesmo, o risco de uso de drogas ou de comportamento antissocial e criminal, melhorando os resultados socioeconómicos na vida adulta (Direção Geral da Saúde, 2016).

Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso da criança doente ou com necessidades especiais.

- Utiliza estratégias promotoras de esperança realista.

A esperança surge documentada pela International Council of Nurses (2019) na CIPE, como um sentimento de aquisição de possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões e desejo de viver, paz interior e otimismo, sendo associada à formulação de objetivos e mobilização de energia. A Ordem dos Enfermeiros (2011) assume a esperança como uma vivência universal, subjetiva e

integradora de crenças culturais e religiosas, que pressupõe o respeito pelos objetivos, metas e planos traçados pelos pais no cuidado ao seu filho.

No contexto de internamento de uma criança, a esperança é percebida pela família como uma força interior, capaz de os impulsionar positivamente para ultrapassar obstáculos, resistir a dificuldades e problemas e ainda, diminuir o desconforto associado à situação vivenciada (Marques et al., 2016). Desta forma, compreende-se que a promoção de esperança é uma intervenção de Enfermagem pertinente, que emerge da constatação quotidiana das necessidades da família perante as adversidades que enfrentam, correspondendo à boa prática de Enfermagem o diagnóstico e implementação de intervenções que visem aumentar o suporte emocional, formativo e instrumental da família (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Dada a natureza subjetiva, complexa e multidimensional da esperança, existe maior dificuldade na sua avaliação e consequente intervenção e monitorização. A observação e experiência clínica sugerem que a abordagem da esperança tem sido confiada à intuição e à sensibilidade dos Enfermeiros em relação ao tema, desta forma, torna-se pertinente e necessário, a construção e validação de instrumentos de mensuração da esperança, como é o caso da *Herth Hope Index*, uma escala já traduzida e validada para a população Portuguesa, contudo e tal como experienciado em estágio, ainda pouco utilizada nos meios práticos (M. Carvalho et al., 2019).

As experiências de estágio foram muito ricas na aquisição de conhecimentos sobre a implementação de estratégias promotoras de esperança dirigidas à criança e à sua família, dado a diversidade de casos complexos. Assim, compreendeu-se que é requerido ao EESIP que preste os seus cuidados com base em determinadas premissas, nomeadamente, que estabeleça uma relação terapêutica sustentada na escuta ativa e na criação de ambientes confortáveis e de apoio e que permita à família a expressão de sentimentos e dúvidas. A plenitude da intervenção apenas ocorre quando o EESIP toma conhecimento das potencialidades e limitações da família e compreende que o conhecimento das respostas humanas face à doença é essencial ao processo de cuidados de Enfermagem, facilitando a readaptação e aprendizagem de novas competências (Koch et al., 2021).

Como referido anteriormente, a família como parceira nos cuidados prestados à criança é outra das premissas, devendo ser envolvida ativamente no processo de cuidados, tendo em vista a sua autonomia, o aumento da confiança da mesma nos EESIP, o aumento da compreensão da informação obtida e consequentemente, a maximização das suas

potencialidades. Por fim, o EESIP deve sempre ter em conta a articulação com outros profissionais de saúde, por forma a proporcionarem à família uma maior acessibilidade à informação relativa aos serviços e recursos disponíveis na comunidade, bem como, ao acesso a cuidados espirituais que envolvam o apoio emocional e a reabilitação social, incentivando a família a integrar grupos de apoio e a usufruírem de momentos de repouso e lazer, de modo a evitar o isolamento e a angústia espiritual (Bally et al., 2021).

Compreendeu-se que a promoção da esperança é uma intervenção fundamental em Enfermagem, que muitas vezes é avaliada de forma subjetiva, comprometendo a sua mensuração real, o seu registo nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e a planificação de cuidados de Enfermagem para o diagnóstico estabelecido. É necessário que os EESIP providenciem meios para que a família se sinta confortável e ativa nos cuidados à criança, funcionando como uma fonte de alívio sintomático, de tranquilidade, ajudando-os na tomada de decisão e fazendo-os acreditar no significado e no sentido do momento.

1.3 CUIDAR DA CRIANÇA E FAMÍLIA EM SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE

Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.

- Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.

A hospitalização de uma criança numa unidade de cuidados intensivos neonatais ou pediátricos tem subjacente a ideia de que a criança se encontra num estado crítico, com necessidade de cuidados contínuos e complexos, encontrando-se num frágil equilíbrio entre a vida e a morte. Atualmente, as unidades de cuidados intensivos são dotadas de alta tecnologia, que visa a recuperação do estado de saúde da criança em situação crítica, contudo, nem sempre o sucesso ocorre e a morte da criança é assumida como um fracasso. A infância está indubitavelmente associada à longevidade e à saúde, pelo que, a morte é um evento inesperado, que provoca um forte impacto não só na família, mas também nos profissionais de saúde, sendo considerado potencialmente traumático e um dos maiores desafios dos EESIP (Lima, Pinto, et al., 2018).

O processo de luto subjacente à perda de um filho é um mecanismo natural e necessário para que os pais possam retomar à sua vida adaptando-se a uma nova realidade. Percorrer as fases do luto não é algo linear e cada percurso é individual, influenciado por fatores como: a vivência da fase de fim de vida da criança, a circunstância da morte, o apoio de familiares e amigos, os recursos e estratégias individuais da pessoa para lidar com a perda. A perda de um filho pode ter fortes impactos na saúde física e psicológica dos pais, assim é de extrema importância que o EESIP tenha competência para gerir o processo de luto, incluindo o luto antecipatório (A. Costa & Almeida, 2021).

Cuidar de uma criança em fase final de vida tem como principal objetivo proporcionar o máximo de conforto, promovendo os seus direitos à dignidade, autonomia, privacidade e confidencialidade. O EESIP deve ainda atuar como um mediador, ajudando a criança e a família a aceitar o inevitável e a ver a morte como uma fase do ciclo de vida (Mourinho, 2015). É extremamente importante que a família se sinta apoiada, logo, a comunicação deve ser baseada na clareza do discurso e na honestidade da linguagem, permitindo que a família fundamente as suas decisões com base na verdade. O EESIP deve investir nas suas capacidades comunicacionais e estabelecimento de relações terapêuticas e de empatia, uma vez que, a sua relação com a família irá influenciar significativamente a vivência desta realidade. É ainda necessário prestar os cuidados com base na parceria de cuidados e nos CCF, integrando a família na prestação de cuidados e promovendo sentimentos de valorização, utilidade, pertença no papel de cuidador da criança e responsabilidade mútua (A. Costa & Almeida, 2021; Mourinho, 2015).

Mourinho (2015) refere que, as atitudes dos EESIP mais apreciadas pelas famílias de crianças em fim de vida são a empatia, o carinho, a genuinidade, a bondade, a disponibilidade para permanecer junto da criança e da família, a competência na prestação dos cuidados e a comunicação, onde muitas vezes o elemento presença é a modalidade de comunicação preferencial da família, significando estar presente sem necessidade de fornecer qualquer resposta. O controlo terapêutico da dor e da ansiedade da criança, são outras das atitudes apreciadas, dado que, se a família considerar que a criança sofreu durante o seu percurso de morte, maior dificuldade terá em lidar com a situação, influenciando negativamente o seu processo de luto.

Apesar de sabermos que enquanto EESIP estamos expostos a situações de grande sofrimento e cientes de que a morte faz parte do nosso exercício profissional, a aceitação da morte de uma criança é muito difícil e pode gerar em nós sentimentos de frustração e impotência (Lima, Pinto, et al., 2018). O evento de cuidar de uma criança em fim de vida

e o culminar na sua morte, pode ser facilmente projetado pelos EESIP em si próprios, na suas perdas e vulnerabilidades, o que faz aumentar o seu nível de stress e angústia, podendo potenciar a adoção de uma postura defensiva, não facilitadora do processo de aceitação. Muitas vezes, de forma a minimizar esses sentimentos, os EESIP concentram-se apenas na prestação de cuidados físicos à criança, tentando evitar as interações com ela e com a sua família, podendo cair no erro de tornar a relação interpessoal, pouco empática, distante e insensível, não atingindo a eficácia e a qualidade profissional exigida a um EESIP. Desta forma, é necessário apostar na criação de mecanismos de defesa e numa distância emocional com a criança e família que permita manter a firmeza, tentando sempre encontrar um ponto de equilíbrio, para que essa distância não se torne demasiado grande e comprometa a qualidade dos cuidados (Mourinho, 2015).

Durante os estágios, foram vivenciados alguns casos de crianças em cuidados de fim de vida, crianças com diagnósticos complexos, com mau prognóstico e crianças referenciadas para cuidados paliativos. Em todos os casos, para além de uma criança que dependendo da idade, estágio de desenvolvimento e do estado de consciência, que pode ou não ter a noção da complexidade do seu caso e do significado da morte, existe uma família que tem a clara noção do significado das palavras e da realidade e é muitas vezes bombardeada de más notícias. Colocando tudo isto em perspetiva, pode-se concluir que estas são das situações mais complexas e exigentes para um EESIP.

Comunicar más notícias, nortear os processos de luto, gerir as suas emoções e as dos outros e criar mecanismos de defesa, são competências dos EESIP que não são passíveis de serem apreendidas a nível escolar, onde só a prática e o tempo de exercício profissional podem exponenciar essas habilidades e esses conhecimentos. Esta experiência formativa foi extremamente importante neste sentido pois permitiu um contacto mais próximo com esta realidade e, conseqüentemente, permitiu um período de introspeção e um conhecimento mais profundo sobre nós enquanto pessoas e profissionais, pois só desta forma é possível prestar cuidados de Enfermagem de excelência a crianças e famílias, reconhecendo o autoconhecimento como uma das bases do sucesso.

Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, otimizando as respostas.

- Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.

As crianças estão sujeitas à dor desde o momento em que nascem, sendo a dor considerada como um dos primeiros fenômenos a serem experienciados na infância (B. Mendes et al., 2022). Contudo, todas as crianças têm o direito a serem protegidas contra a dor e a beneficiar de tratamentos que sejam eficazes, quer na dor relacionada com a doença, quer daquela que resulta de procedimentos diagnósticos e terapêuticos potencialmente dolorosos. Por sua vez, é dever do EESIP desenvolver competências no controlo e gestão da dor e do bem-estar da criança, que envolve não só a sua avaliação, como também a implementação de intervenções interdependentes (medidas farmacológicas) e autónomas (medidas não-farmacológicas) para o seu alívio (A. Oliveira et al., 2018).

Segundo Enumo et al. (2021), estudos demonstram que todas as crianças, inclusive os recém-nascidos prematuros têm capacidade neurológica para perceber a dor e podem percecioná-la de forma ainda mais intensa do que crianças mais velhas ou adultos, dado que os seus mecanismos de controlo inibitório do sistema ativação-modulação são ainda imaturos e apresentam uma hipersensibilidade aos estímulos dolorosos. Estas experiências dolorosas quando ocorrem recorrentemente, podem afetar o desenvolvimento da criança a longo prazo, com défices no desenvolvimento neurológico e atraso no crescimento.

A gestão adequada da dor da criança constitui um indicador de qualidade dos serviços de saúde, pelo que é de extrema importância que o EESIP exerça uma prática baseada na evidência e que, em parceria com os pais, saiba reconhecer, avaliar, prevenir e tratar a dor da criança (Correia et al., 2020).

As crianças apresentam diferentes formas de responder a eventos dolorosos, devido às especificidades de cada grupo etário, pelo que o EESIP deve ser detentor de conhecimentos acerca das suas particulares manifestações fisiológicas e corporais, fazendo a avaliação da dor de forma individualizada e multifacetada. Segundo a Direção Geral da Saúde (2010), na avaliação da dor da criança é de boa prática privilegiar a sua autoavaliação, quando tem três ou mais anos, acreditar sempre quando existe uma referenciação de dor e dialogar com a criança. A família deve ser incluída na avaliação

do estado emocional da criança, deve-se utilizar um instrumento de avaliação da dor, mantendo-o em todas as avaliações futuras, salvo se a situação clínica justificar a mudança e ainda, utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas para cada instrumento.

Os instrumentos de avaliação permitem quantificar a sensação dolorosa, considerando-se instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis. É necessário que os EESIP escolham os instrumentos de avaliação com base na faixa etária, etapa de desenvolvimento e situação clínica da criança. Várias foram as escalas de avaliação da dor utilizadas ao longo dos estágios, o que permitiu desenvolver inúmeras competências na sua compreensão e utilização. Exemplos de algumas escalas validada e utilizadas no contexto da prática clínica: escala para recém-nascidos, *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS); para crianças menores de quatro anos ou sem capacidade de verbalizar, escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC); para crianças entre os quatro e os seis anos poderá ser utilizada a escala *Faces Pain Scale – Revised* (FPS-R), para crianças a partir dos seis anos a Escala Visual Analógica (EVA), para crianças com multideficiência poderá ser utilizada a *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised* (FLACC-R) e ainda, para crianças que se encontram sedadas, sob ventilação mecânica ou não, é possível utilizar a *COMFORT-B*, que permite avaliar não só o nível de dor, como o nível de sedação, encontrando-se adaptada a toda a idade pediátrica (Direção Geral da Saúde, 2010; International Association for the Study of Pain, 2021a; Leng et al., 2016; Maaskant et al., 2016).

Após a avaliação da dor, o EESIP deve adequar as suas intervenções de forma a controlar a dor da criança e promover o seu bem-estar e conforto. As estratégias não-farmacológicas constituem um recurso que deve ser primordial no alívio da dor da criança, sendo eficazes sobretudo em situações de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento às estratégias farmacológicas. As estratégias não-farmacológicas modificam o significado da dor, permitindo uma reestruturação cognitiva direcionada às cognições, construções e expectativas que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pela ansiedade e medo. Assim, têm a capacidade de aumentar o sentimento de controlo da dor e promover uma maior autonomia da criança e da família. Devem ser escolhidas tendo em conta a idade e o desenvolvimento cognitivo da criança, o contexto envolvente (procedimentos invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico), a experiência anterior, as suas preferências, a especificidade da dor (localização, intensidade e duração) e os recursos existentes (A. Oliveira et al., 2018).

É ainda importante que o EESIP respeite alguns princípios para o controlo da dor, nomeadamente ter em atenção a idade da criança, permitir que os pais decidam o tipo de colaboração que pretendem dar, tendo em conta o papel parental desejado no momento e dar informação à criança adequando a comunicação ao seu desenvolvimento cognitivo. Não se deve mentir à criança quanto à potencial dor causada por procedimentos dolorosos, não usar procedimentos de Enfermagem como ameaça, ajudar a criança a fazer perguntas e exprimir sentimentos, atribuir-lhe algum controlo sobre o seu tratamento, dar feedback positivo e planear os cuidados de forma a manipular ou incomodar o menor número de vezes possível (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Ao longo dos estágios, foi possível o contacto com diversas crianças, em diferentes faixas etárias e situações clínicas mais ou menos complexas. Esta diversidade permitiu desenvolver algumas competências de EESIP, nomeadamente na avaliação da dor da criança, na escolha do instrumento de avaliação mais adequado, na adaptação da comunicação face à faixa etária da criança, na reflexão sobre qual a melhor estratégia a aplicar no controlo da dor em cada caso específico e ainda, na implementação de estratégias não-farmacológicas. Foram colocados em prática diversos tipos de intervenções não farmacológicas, tendo sido as mais comuns: a sucção não nutritiva, diversas vezes associada ao uso de sacarose 24%, posicionamento, técnicas de distração, informação prévia e medidas ambientais, tais como a redução da luz e/ou ruído. Esta diversidade permitiu uma melhoria exponencial de conhecimentos sobre as estratégias não-farmacológicas, os diferentes tipos existentes, as suas vantagens e o seu modo de aplicabilidade, aumentando a habilidade na execução e consequentemente, a sua eficácia na redução da dor.

No decorrer dos estágios e à medida que o conhecimento na área das estratégias não-farmacológicas se foi aprofundando, foi crescendo cada vez mais vontade em colocá-las em prática, procurando sempre oportunidades de as executar.

A avaliação da dor em crianças, sobretudo das crianças mais pequenas, é um desafio para o EESIP pela sua dificuldade em verbalizar e descrever a intensidade, frequência ou localização da dor, dificultando uma adequada avaliação e planeamento de intervenções para o controlo da dor (Correia et al., 2020). Desta forma, é importante que o EESIP desenvolva competências na utilização de instrumentos de avaliação adequadas a cada faixa etária. Apesar desta complexidade na avaliação da dor em crianças mais pequenas, a utilização das estratégias não-farmacológicas foi ainda mais recompensadora, uma vez que, foi notório o conforto e o bem-estar que provocavam, na grande maioria

das vezes que foram utilizadas, sobretudo em procedimentos dolorosos. Compreender que existem intervenções de EESIP que requerem pouco tempo de execução e poucos recursos, quer materiais quer humanos, e que têm tantos benefícios não só para a criança, como também para a sua família, foi benéfico porque permitiu uma visão mais abrangente daquilo que é gerir a dor de uma criança, para além das estratégias farmacológicas.

Desta forma e dadas as experiências que foram proporcionadas em estágio, surgiu a necessidade de compreender mais sobre os contributos do EESIP na implementação de estratégias não-farmacológicas para o controlo da dor aguda, em crianças hospitalizadas entre zero e dois anos, por ser uma faixa etária mais desafiante, complexa e onde poderá existir maior tendência dos EESIP na desvalorização da dor, pela dificuldade na comunicação. O objetivo é compreender as estratégias não-farmacológicas a adotar em crianças nesta faixa etária e identificar os contributos do EESIP na sua implementação.

O EESIP tem a obrigatoriedade diária de procurar informação científica e adquirir competências que lhe permitam prestar melhores cuidados de saúde, de forma mais humanizada e individualizada, exponenciando a satisfação das crianças e famílias. A utilização das estratégias não-farmacológicas proporciona isso mesmo, uma exponenciação da qualidade dos cuidados prestados pelo Enfermeiro que tem competências que lhe possibilitam atuar como um especialista na área e cuidar da criança e da família de uma forma holística.

2 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A RIL é um método de investigação que permite uma pesquisa extensiva da literatura, uma avaliação crítica e uma síntese das evidências disponíveis, por forma a fornecer uma compreensão mais alargada de um determinado fenómeno, bem como, a implementação de intervenções efetivas na prestação de cuidados e a identificação de fragilidades, que poderão conduzir ao desenvolvimento de futuras investigações (Sousa et al., 2017). A RIL utiliza o tipo mais amplo de métodos de revisão de investigação, permitindo a combinação de diversas metodologias (estudos experimentais e não experimentais), assim como concilia dados da literatura teórica e empírica. Isto permite identificar o número máximo de fontes primárias elegíveis, compreender mais amplamente sobre determinado fenómeno e agilizar a transferência de novo conhecimento para a prática clínica, através da síntese dos resultados dos estudos relevantes (Sousa et al., 2017, 2018).

2.1 PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA EM ESTUDO

A hospitalização de uma criança é uma experiência desgastante e desafiante para as crianças e famílias, tem impacto no desenvolvimento da criança e provoca uma alteração profunda na dinâmica familiar no que respeita às suas rotinas e relacionamentos pessoais, provocando sentimentos de isolamento e fragilidade. É considerado um ambiente hostil e ameaçador, dado não ser um ambiente familiar e que tem subjacente procedimentos dolorosos que invocam sentimentos de angústia, sofrimento, medo e dor (Ferreira et al., 2020; Rodrigues et al., 2022).

A dor é considerada uma experiência aflitiva e angustiante, associada a lesão tecidual concreta ou potencial e que tem associado fatores mediadores biológicos, socioculturais e psicológicos. Os fatores biológicos dizem respeito à idade, estadio de desenvolvimento, género, tipo e extensão da lesão ou da doença associada e predisposição genética. Os fatores socioculturais são relativos à educação, suporte social, influência familiar, nível de ansiedade dos pais, crenças culturais e religiosas. Já os fatores psicológicos estão relacionados com a personalidade da criança, experiências prévias de dor e estratégias de coping adquiridas (A. Oliveira et al., 2018).

A dor pode ser classificada como: dor do-a-dia, dor aguda, dor recorrente e dor crónica. A dor do dia-a-dia ocorre após pequenas feridas ou contusões que podem ocorrer

de brincadeiras, quedas ou outras situações. A dor aguda apresenta uma curta duração, podendo durar minutos, horas ou dias, mas com duração inferior a 3 meses, está frequentemente associada a procedimentos dolorosos ou cirúrgicos, queimaduras, fraturas, entre outras. A dor recorrente ocorre por períodos, sem causa orgânica, como dores de cabeça ou de barriga. E por fim, a dor crônica tem uma duração superior a 3-6 meses, que deixa de ter a função de alerta e passa a considerar-se ela própria uma doença (Enumo et al., 2021; A. Oliveira et al., 2018).

Durante o processo de hospitalização, as crianças estão sujeitas a inúmeros procedimentos dolorosos que provocam dor aguda e significativo sofrimento, assim como angústia na família e são um desafio para os EESIP (Balice-Bourgois et al., 2020). Memórias negativas de uma experiência de dor podem resultar em respostas exageradas à dor nos procedimentos subsequentes e maior sensibilidade à dor na vida adulta (Enumo et al., 2021). A exposição à dor intensa, sem uma correta gestão da mesma, tem consequências negativas a longo prazo, incluindo uma maior morbidade e mortalidade. Segundo a International Association for the Study of Pain (2021b), é possível demonstrar que a exposição à dor na idade pediátrica está intimamente ligada ao aumento do risco de desenvolver problemas na idade adulta, a nível da dor crônica, ansiedade e transtornos depressivos, pelo que é imperativa a gestão adequada da dor da criança (Victoria & Murphy, 2016).

As estratégias não-farmacológicas são consideradas técnicas não invasivas e primordiais para o controlo da dor da criança, que têm como vantagens a eficiência no controlo da dor, o baixo custo, a facilidade na aprendizagem e na sua aplicação, sendo consideradas intervenções seguras (T. Costa et al., 2020).

As estratégias não farmacológicas podem-se classificar em: comportamentais - que envolvem o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor (relaxamento); cognitivas – que utilizam métodos mentais para lidar com a dor (informação prévia); cognitivo-comportamentais - que recorrem a estratégias de associação com foco na cognição e no comportamento, modificando a perceção da dor e melhorando a capacidade de a enfrentar (distração e imaginação guiada); físicas – que permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, a reação inflamatória e a tensão muscular (aplicação de calor ou frio, o toque terapêutico, a massagem ou o posicionamento); suporte emocional - que resultam da presença de alguém significativo que proporciona conforto e segurança, e por fim, ambientais – que implicam a melhoria das condições ambientais, no que diz

respeito à luz, ruído, temperatura ou decoração (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Sanches, 2017).

Contudo, mesmo após terem surgido novos recursos terapêuticos nos últimos anos, quer a nível de estratégias não-farmacológicas, quer farmacológicas e se demonstrar a eficácia destas intervenções, mais de metade das crianças hospitalizadas experimentam dor intensa não controlada. Apesar de existir uma vasta evidência científica sobre as estratégias não-farmacológicas e a sua eficácia no controlo da dor, a sua implementação na prática e a abordagem geral da dor nas crianças é ainda insuficiente e desigual, resultando num sofrimento desnecessário das mesmas. Este facto indica que existe uma lacuna entre o conhecimento científico e a prática clínica, refletindo a baixa capacitação teórico-prática (Balice-Bourgois et al., 2020; J. Carvalho et al., 2022).

Existe uma necessidade urgente de melhorar as práticas clínicas, no que respeita à gestão e controlo da dor em pediatria. Os EESIP são os profissionais que pela sua proximidade com a criança e família na sua prática diária e competências acrescidas, têm maior responsabilidade profissional e ética de assegurar o cumprimento dos direitos da criança, prevenindo ou minimizando a sua dor e sofrimento, aliviando a tensão física e emocional que possa estar a sentir, estabelecendo como prioridades a promoção do seu conforto e bem-estar, sem esquecer a parceria de cuidados, que é a base da intervenção do EESIP.

Os EESIP são atualmente desafiados a procurar conhecimento científico com o objetivo de elevarem os cuidados de Enfermagem que prestam. A investigação em Enfermagem por sua vez, permite gerar o conhecimento necessário para desenvolver uma prática baseada na evidência, aprimorar os resultados em saúde e elevar a qualidade dos cuidados prestados (Carolina et al., 2018; Sousa et al., 2017). Tal como mencionado anteriormente, é importante que se faça uma correta gestão da dor da criança, dadas todas as implicações que a dor pode acarretar a curto e longo prazo na sua vida. Existe a necessidade de elevar e priorizar a utilização das estratégias não-farmacológicas na prática clínica e para tal, é imprescindível que o EESIP procure conhecimento atual por forma a basear a sua prática em evidência.

A prática baseada na evidência (PBE), pode ser considerada como um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica, que integra a melhor e mais recente evidência científica disponível, conjugada com a experiência profissional, os valores e preferências das crianças e famílias no contexto do cuidar, bem como, o seu envolvimento (Carolina et al., 2018; Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012). O propósito da PBE

é encorajar a utilização dos resultados da investigação na prestação de cuidados, reforçando a importância da investigação na prática clínica (Sousa et al., 2017).

Cada vez mais, o objetivo é que os EESIP sejam chamados à ação. Este objetivo, assim como outros, só é passível de ser cumprido, se tivermos políticas de saúde bem estruturadas e planos de ação bem geridos. A realidade é que os hábitos da prática profissional e não a PBE, impedem-nos de atingir estes objetivos, uma vez que, tomadas de decisão mal informadas são um dos motivos pelos quais os serviços podem não conseguir atingir a máxima qualidade e contribuir para variações na prática, que se traduzem em serviços menos eficientes. Por outro lado, se os EESIP utilizarem uma abordagem com base na evidência, são capazes de se questionar frequentemente sobre quando e como devem melhorar a sua prática, demonstrando que utilizam boa informação para basear as suas decisões e fazer uma correta avaliação das mesmas (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012).

É partindo deste princípio que se considera essencial investigar acerca da intervenção dos EESIP na implementação das estratégias não-farmacológicas para o controlo da dor, em crianças hospitalizadas do zero aos dois anos, permitindo compreender que evidência existe atualmente sobre este tema, perceber lacunas que possam existir na prática clínica e estruturar um plano de ação que permita a melhoria de cuidados na gestão da dor. Assim, optou-se pela realização de uma RIL, uma vez que o seu papel é crucial na PBE em Enfermagem e permite cumprir os objetivos a que nos propomos.

Definimos como objetivos para esta RIL:

- Compreender quais as estratégias não-farmacológicas utilizadas no alívio da dor aguda, em crianças hospitalizadas do zero aos dois anos;
- Identificar as barreiras e os facilitadores à utilização das estratégias não-farmacológicas no alívio da dor aguda, em crianças hospitalizadas do zero aos dois anos;
- Determinar as intervenções do EESIP na implementação de estratégias não-farmacológicas para a melhoria das práticas de controlo da dor aguda.

2.2 METODOLOGIA

A metodologia de investigação da presente RIL é dividida em 6 fases distintas.

A primeira etapa é a identificação da temática e da questão de investigação. Formular uma questão de investigação é uma das premissas do pensamento crítico e reflexivo, permitindo fazer julgamentos com base em evidências, por forma a resolver problemas (Díaz et al., 2016). O tema deve ser definido de forma clara e objetiva, permitindo direcionar a investigação, obtendo conclusões de fácil identificação e aplicabilidade (Sousa et al., 2017, 2018). Para formular uma questão de investigação existem estruturas padronizadas/ acrónimos que facilitam a sua construção. Na presente RIL, foi utilizada para esse efeito a estratégia PICO, sendo a mais utilizada atualmente (Díaz et al., 2016). Desta forma, o P (população) é referente a crianças hospitalizadas do zero aos dois anos, o I (intervenção) é a intervenção do EESIP, o C (comparação) não é aplicável, dado que o objetivo não é comparar intervenções, e o O (resultado) são as estratégias não-farmacológicas para o controlo da dor aguda. Estes quatro componentes são fundamentais para a elaboração de uma questão de investigação, sobretudo quando se pretende estudar um tema específico (Sousa et al., 2017, 2018). Assim, a questão de investigação para o desenvolvimento deste estudo foi: “Quais as intervenções do EESIP na implementação de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor aguda, em crianças hospitalizadas do zero aos dois anos?”.

Após a formulação de uma questão de investigação é necessário refletir sobre quais os conceitos relevantes para a temática em estudo e quais as palavras-chave da pesquisa, dando resposta à segunda etapa da RIL, a pesquisa da literatura.

Após reflexão sobre os conceitos da temática em linguagem natural, foi procurada a sua correspondência em termos de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), que permitem, através do uso de vocabulário controlado, indexar a literatura científica e técnica relacionada com a saúde, agrupar termos sinónimos em unidades conceituais e proporcionam ainda, um meio consistente e único, capaz de recuperar a informação sobre o conceito pesquisado, independentemente do idioma.

Os descritores foram alocados a cada um dos elementos da estratégia PICO, obtendo no P: Infant, Newborn; Infant; Child, Hospitalized; Hospitalization; no I: Pediatrics; Pediatric Nursing; Pediatric Nurse Practitioners e no O: Pain management; Acute Pain. Nesta fase, sentiu-se alguma dificuldade em transpor os conceitos da temática

para linguagem técnica indexada, nomeadamente no que diz respeito às estratégias não-farmacológicas, não existindo correspondência DeCS ou MeSH para este conceito. Posteriormente, utilizou-se juntamente com os descritores, os operadores booleanos, representados pelos termos AND (combinação restritiva) e OR (combinação aditiva), para definir relações entre os termos de pesquisa (Sousa et al., 2017, 2018), culminando na seguinte expressão de pesquisa: (Infant, newborn OR Infant) AND (Pediatrics OR Pediatric nursing OR Pediatric nurse practitioners) AND (Pain management OR Acute pain) AND (Hospitalization OR Child, hospitalized).

A pesquisa foi realizada através do motor de busca de EBSCO, nas seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina e Cochrane Clinical Answers.

Com o intuito de identificar quais as intervenções do EESIP na implementação de estratégias não-farmacológicas para o controlo da dor aguda em crianças hospitalizadas do zero aos dois anos, foram aplicados critérios de inclusão e exclusão à pesquisa realizada. Na presente RIL foram incluídos artigos publicados entre 2012 e 2022, redigidos em inglês, português ou espanhol, que abordem estratégias não-farmacológicas e crianças do zero aos dois anos. Para além disto, é de ressaltar que também se optou por incluir artigos que mencionem estratégias farmacológicas e que tratem idades superiores aos dois anos, desde que no decorrer do seu estudo, seja feita uma diferenciação e separação de dados entre as estratégias não-farmacológicas e farmacológicas, assim como, entre as diferentes faixas etárias, permitindo a utilização somente da informação que cumpra os critérios de inclusão previamente definidos para a temática deste estudo.

Pelo contrário, foram excluídos todos os estudos que não abordem as estratégias não-farmacológicas, que referenciem apenas crianças com idades superiores a dois anos, artigos redigidos noutros idiomas que não o inglês, português ou espanhol, artigos com datas de publicação anteriores a 2012 e revisões sistemáticas da literatura.

A pesquisa dos estudos iniciou-se no dia 21 de junho, com término a 28 de julho de 2022 e foi realizada por pares, através das bases de dados identificadas anteriormente, na qual se obteve a amostra inicial. Desta amostra, foram removidos todos os estudos duplicados, com recurso a ferramentas automáticas da EBSCO. Posteriormente e tendo em consideração a problemática em estudo, os critérios de inclusão e exclusão, foi realizada a seleção dos artigos, que se iniciou com a revisão dos seus títulos. Nas seguintes

fases foram sujeitos a revisão por resumos e por leitura minuciosa do seu texto integral, eliminando em cada fase, os artigos que não respondem à questão de investigação ou aos critérios de inclusão (Manuel et al., 2018; Sousa et al., 2017). Este processo de pesquisa e seleção de artigos será apresentado com maior detalhe no capítulo seguinte, sob forma narrativa e esquematizado através de fluxograma PRISMA.

Em seguida, segue-se a etapa da extração de dados e a categorização dos resultados. Nesta fase, devem ser definidas quais as informações a serem extraídas dos estudos selecionados, ou por outras palavras, deve existir uma categorização dos resultados. Na presente RIL, a extração de dados dos estudos selecionados foi realizada através de um instrumento de colheita de dados adaptado para o efeito, que permitiu reunir e sintetizar as informações chave dos estudos selecionados. O instrumento criado engloba os seguintes aspetos: título do estudo; autores; ano e local de publicação; tipo de estudo; objetivos do estudo; metodologia com identificação da amostra; os resultados e as principais conclusões (*APÊNDICE 2*). A utilização de um instrumento de análise comum a todos os estudos selecionados para esta RIL, permite uma maior facilidade no cruzamento de dados entre os estudos e consequentemente, uma melhor avaliação e compreensão dos resultados (Sousa et al., 2017, 2018).

Posteriormente à extração de dados e à sua análise rigorosa e detalhada, compreendeu-se quais são aqueles que permitem dar resposta ao objetivo do estudo, tendo sido à *posteriori*, agrupados em categorias conceituais principais.

Por fim, as duas últimas etapas da presente RIL são a interpretação e a apresentação dos resultados. Na interpretação dos resultados, procurou-se explicações para os resultados contraditórios e realizou-se uma análise comparativa entre os resultados da avaliação dos artigos e a literatura científica atual, salientando as conclusões, as interferências e os enviesamentos da presente RIL. Nesta fase, é possível identificar eventuais lacunas no conhecimento, delinear prioridades para o futuro e sugerir recomendações para mudar a prática profissional (Sousa et al., 2017, 2018). Por sua vez, a apresentação dos resultados vai permitir ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos utilizados na realização da RIL, a exposição dos estudos incluídos e os tópicos discutidos (Sousa et al., 2017, 2018)

2.3 RESULTADOS

Na pesquisa da literatura foram utilizadas ferramentas automáticas da EBSCO que permitiram filtrar o intervalo de tempo de publicação dos estudos, por forma a corresponder aos critérios de inclusão da presente RIL (2012-2022). A amostra inicial foi de 182 artigos, sendo que 82 artigos da MEDLINE Complete, 60 da Cochrane Central Register of Controlled Trials, 39 da CINAHL Complete (n=39) e 1 da Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive.

De seguida, obteve-se o número de artigos duplicados através de ferramentas automáticas da EBSCO, que corresponderam a 32 artigos, perfazendo um total de 150 artigos incluídos. Tendo em consideração a problemática em estudo e os critérios de inclusão e exclusão, foi realizada a seleção dos artigos, que se iniciou com a revisão dos seus títulos. Durante este processo, foram excluídos 104 artigos, sendo que 102 foram excluídos por não se enquadrarem na temática em estudo e os restantes dois artigos por se encontrarem redigidos em Alemão e Francês, totalizando 46 artigos incluídos. Posteriormente, os artigos foram sujeitos a revisão por resumos, excluindo-se 27 artigos, dos quais cinco referiam apenas a utilização das estratégias farmacológicas para o controlo da dor na criança, 11 focavam apenas a avaliação da dor na criança e os restantes 11 artigos não respondiam a vários dos critérios de inclusão da presente RIL. Após esta fase, obteve-se uma amostra de 19 artigos incluídos. Realizou-se a leitura minuciosa do texto integral, onde foram eliminados 10 artigos. Dos artigos excluídos nesta fase, três abordavam a temática da avaliação da dor e não a implementação de estratégias não-farmacológicas, três cumpriam os requisitos do estudo, mas não diferenciavam os resultados entre as diferentes idades, não permitindo recolher informações isoladas de crianças entre zero e os dois anos, um mencionava as medicinas alternativas como *reiki* e acupuntura no controlo da dor da criança e um artigo tratava-se da apresentação de um dos estudos que foi incluído. Foram ainda eliminadas duas revisões sistemáticas, por serem estudos secundários, porém, devido à sua importância e às informações pertinentes que acarretam, serão abordadas na discussão da presente RIL. No final, foram incluídos nove artigos. A esquematização deste processo é apresentada através do fluxograma PRISMA (Figura 1).

A extração dos dados foi realizada por uma das investigadoras, com a validação dos pares, através do instrumento de colheita de dados referido anteriormente (APÊNDICE 2). Este instrumento representa de forma detalhada os dados que foram

colhidos dos nove estudos incluídos: autor e ano de publicação, título, objetivos, metodologia com apresentação do tipo de estudo e da amostragem e resultados/conclusões. Todos os nove artigos seguem uma metodologia do tipo qualitativa. Quatro dos estudos são experimentais, sendo que três deles são estudos randomizados controlados e um deles, randomizado cruzado. Os restantes cinco estudos são observacionais, nomeadamente três estudos descritivos e dois analíticos, destes, um é um estudo transversal e o outro é um estudo de coorte. Os artigos datam de 2012 a 2022, sendo que sete (78% da amostra final) foram publicados após 2017, o que demonstra atualmente, um aumento significativo do interesse e maior valorização da temática.

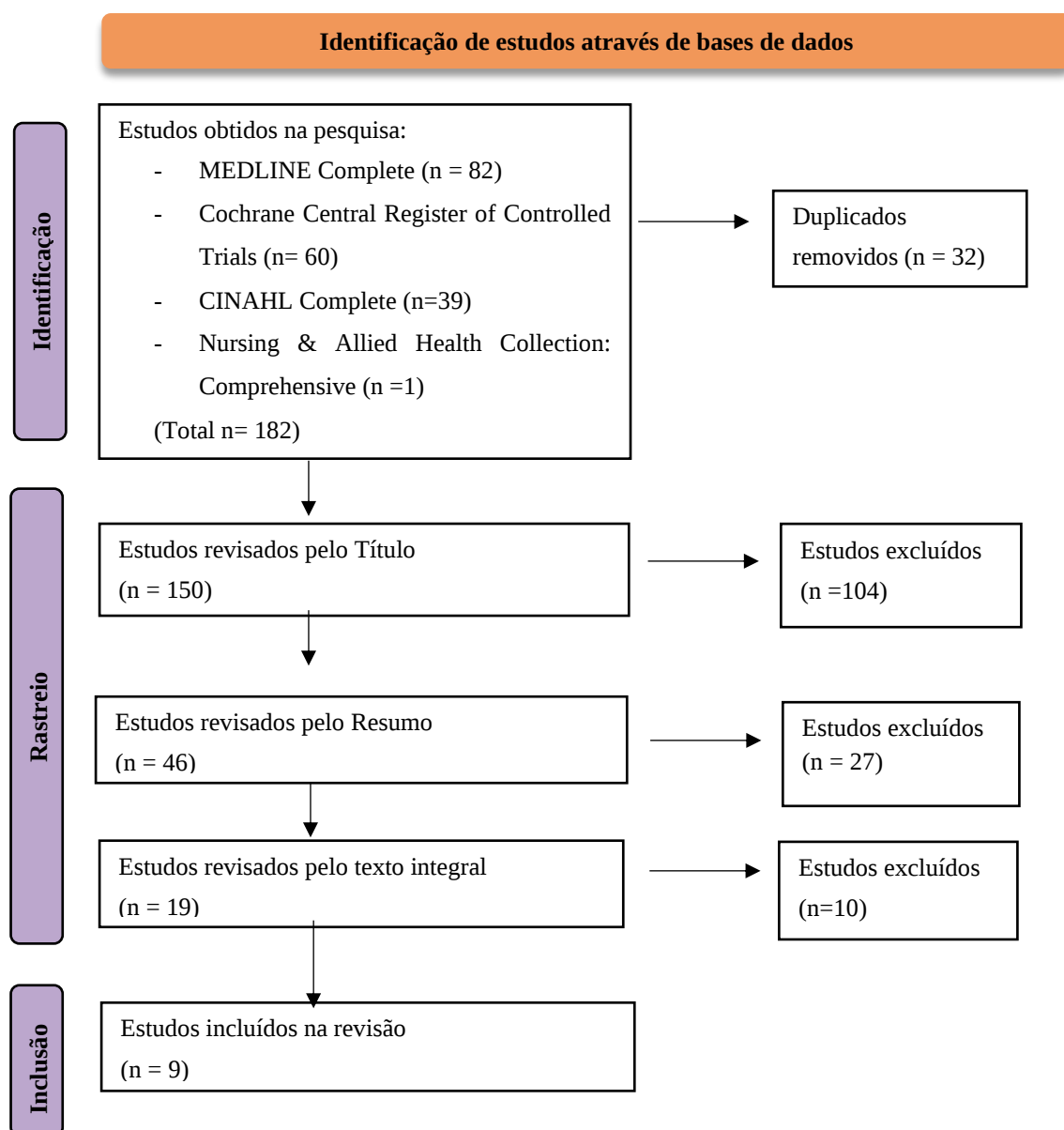


Figura 1. Fluxograma PRISMA

No sentido de obter uma abordagem mais organizada e consistente para relatar os resultados da revisão, agrupou-se a evidência em categorias de apresentação, identificadas com um número romano e redigidas em *itálico* para sua maior diferenciação (Figura 2).



Figura 2. *Categorização da amostra*

Em conformidade com a questão de investigação desta RIL, foi possível através de todo este processo, obter informações relevantes acerca das intervenções do EESIP na implementação de estratégias não-farmacológicas para o controlo da dor aguda, em crianças hospitalizadas do zero aos dois anos.

Todos os artigos incluídos neste estudo (Campbell-Yeo et al., 2019; Harrison et al., 2014; Hu et al., 2020; Johnston et al., 2012; Kyololo et al., 2019; Larsen et al., 2017; Postier et al., 2018; Qiu et al., 2017; Yu et al., 2022), abordam diferentes estratégias não-farmacológicas utilizadas para o alívio da dor em crianças hospitalizadas do zero aos dois anos, referindo especialmente a dor aguda causada por procedimentos dolorosos, nomeadamente os que estão relacionados com a utilização de agulhas: punção venosa, colheita de sangue, entre outros. Dado que, todos os artigos incluídos fazem referência aos procedimentos dolorosos como a principal fonte de dor aguda, este aspeto tornou-se

transversal para todas as categorias conceituais que foram criadas e que serão abordadas em seguida. Assim, iremos discutir sobre estratégias não-farmacológicas utilizadas em crianças hospitalizadas do zero aos dois anos, para alívio da dor aguda causada por procedimentos dolorosos.

Para que o EESIP implemente as estratégias não-farmacológicas é necessário compreender quais as intervenções que evidenciam melhores resultados e quais as suas estratégias de implementação. Da análise dos artigos incluídos neste estudo, foi criada a categoria: *I- Intervenções não-farmacológicas*, que engloba as seguintes intervenções não-farmacológicas: Música e voz materna; toque, método canguru e contenção facilitada; amamentação e sacarose; técnicas de distração e posicionamento (Campbell-Yeo et al., 2019; Harrison et al., 2014; Hu et al., 2020; Johnston et al., 2012; Kyololo et al., 2019; Larsen et al., 2017; Postier et al., 2018; Qiu et al., 2017; Yu et al., 2022).

Durante a análise dos dados constatou-se que alguns dos estudos (Campbell-Yeo et al., 2019; Hu et al., 2020; Johnston et al., 2012; Kyololo et al., 2019; Larsen et al., 2017) referem aspetos comuns na utilização das estratégias não-farmacológicas, evidenciados como fatores positivos que incentivam o uso destas estratégias pelos profissionais. Por este motivo, criou-se a categoria: *II- Facilitadores à utilização de estratégias não-farmacológicas*, composta por fatores como: simplicidade e viabilidade; qualidade e validade da evidência que suporta a sua eficácia; receptividade dos pais e satisfação parental.

Por outro lado, foram também referidos em alguns dos estudos (Harrison et al., 2014; Hu et al., 2020; Kyololo et al., 2019) aspetos negativos que dificultam ou inibem o uso das estratégias não-farmacológicas, sendo assim criada a categoria: *III- Barreiras à utilização de estratégias não-farmacológicas*, que inclui fatores como: falta de conhecimento e falta de confiança dos pais e dos profissionais de saúde; custos associados; carga de trabalho e falta de recursos humanos; contraindicações do seu uso em casos clínicos específicos; crenças culturais; aspetos negativos da sua utilização e subestimação da necessidade do seu uso pelos profissionais de saúde.

Por fim, a última categoria foi obtida através de sugestões e conclusões de alguns dos estudos (Harrison et al., 2014; Hu et al., 2020; Kyololo et al., 2019; Larsen et al., 2017; Postier et al., 2018), que têm como objetivo estimular, facilitar e ultrapassar barreiras existentes na utilização das estratégias não-farmacológicas, de modo a melhorar e impulsionar o uso destas estratégias pelos EESIP. Assim, emerge a categoria denominada: *IV- Intervenções para melhorar as práticas de controlo da dor*, composta

pelas seguintes ações: Sensibilizar os Enfermeiros; instruir e informar os pais; investir na parceria de cuidados e no envolvimento dos pais; investir nos cuidados centrados na família; criar protocolos; documentar/ registrar as intervenções não-farmacológicas executadas e defender a sustentabilidade ambiental.

A relação percentual entre as categorias criadas e os estudos incluídos na amostra, encontra-se evidenciada na tabela 1.

Tabela 1. *Relação percentual entre as categorias e os estudos incluídos*

Categoria	Estudos	Percentagem
I	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9	100%
II	E2, E4, E6, E7, E8	56%
III	E2, E6, E9	33%
IV	E2, E4, E5, E6, E9	56%

Como referido anteriormente, a amostra final dos estudos incluídos na presente RIL foi de nove artigos. Na categoria *I- Intervenções não-farmacológicas*, todos os nove artigos contribuíram com evidência científica sobre as diferentes estratégias não-farmacológicas utilizadas em crianças do zero aos dois anos, com o objetivo de alívio da dor aguda em procedimentos dolorosos, totalizando uma utilização de 100% dos artigos incluídos. Na categoria *II- Facilitadores à utilização de estratégias não-farmacológicas*, apenas cinco dos estudos referenciavam aspetos que facilitam a utilização de estratégias não-farmacológicas, perfazendo uma percentagem de 56% dos artigos incluídos. A categoria *III- Barreiras à utilização de estratégias não-farmacológicas*, foi aquela que obteve a percentagem mais reduzida, 33%, correspondente a três artigos que abordam fatores que dificultam a utilização das estratégias-não farmacológicas. Por fim, na categoria *IV- Intervenções para melhorar as práticas de controlo da dor*, cinco dos artigos incluídos na amostra final da RIL apresentam contributos que visam a melhoria das práticas de controlo da dor em crianças do zero aos dois anos, atingindo uma percentagem de 56% dos artigos incluídos.

2.4 DISCUSSÃO

A dor na idade pediátrica apresenta algumas características específicas que revelam especial importância para a sua compreensão, avaliação e tratamento (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Apesar de se ter notado um crescendo de conhecimento acerca da dor sentida nas diversas faixas etárias pediátricas e de ter ocorrido uma melhoria no seu controlo, existem atualmente, muitas crianças que vêm a sua dor subtratada ou tratada de forma insuficiente (Harrison et al., 2014; Kyololo et al., 2019; B. Mendes et al., 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2013; Postier et al., 2018). A exposição à dor aguda e intensa, sem uma correta gestão da mesma, tem consequências negativas a longo prazo, incluindo uma maior morbilidade e mortalidade (Hu et al., 2020). A exposição à dor na idade pediátrica está intimamente ligada ao aumento do risco de desenvolver problemas na idade adulta, a nível da dor crónica, ansiedade e transtornos depressivos, pelo que é imperativa uma adequada gestão da dor da criança (International Association for the Study of Pain, 2021b; Victoria & Murphy, 2016).

Por forma a manter um fio condutor, a discussão será abordada pelas categorias, previamente definidas nos resultados, esperando desta forma, que as diferentes partes formem um todo na compreensão do envolvimento dos EESIP na implementação de estratégias não-farmacológicas no alívio da dor aguda em crianças hospitalizadas do zero aos dois anos.

I- Intervenções não-farmacológicas

As intervenções não-farmacológicas abordadas pelos estudos incluídos nesta RIL foram: música e voz materna (Johnston et al., 2012; Qiu et al., 2017; Yu et al., 2022); toque, método canguru e contenção facilitada (Campbell-Yeo et al., 2019; Johnston et al., 2012; Kyololo et al., 2019; Qiu et al., 2017); amamentação e sacarose 24% (Harrison et al., 2014; Hu et al., 2020; Larsen et al., 2017; Postier et al., 2018); técnicas de distração (Harrison et al., 2014; Larsen et al., 2017; Postier et al., 2018) e por fim, posicionamento (Harrison et al., 2014; Larsen et al., 2017), o que corrobora a informação da Ordem dos Enfermeiros (2013) e da Direção Geral da Saúde (2012). A utilização de soluções doces, como a sacarose e a amamentação foram as intervenções não-farmacológicas mais abordadas, sobretudo em lactentes, seguidas das técnicas de distração, em *toddlers* (Harrison et al., 2014; Larsen et al., 2017; Postier et al., 2018). Foi ainda percecionado

que as técnicas de distração experienciaram um aumento da sua utilização pelos profissionais de saúde em crianças até aos 12 meses e o posicionamento em crianças com idade superior a um ano (Postier et al., 2018).

As intervenções não-farmacológicas música e voz materna podem ser executadas com recurso a músicas de embalar, canções simples com tom baixo e ritmo lento (Qiu et al., 2017), gravações da voz materna a contar uma história, falar palavras carinhosas/*babytalk* (Johnston et al., 2012; Yu et al., 2022) com decibéis entre 50 e 65 (Qiu et al., 2017; Yu et al., 2022). Podem ser iniciados três a cinco minutos antes dos procedimentos dolorosos, mantendo-se até ao final do procedimento (Qiu et al., 2017; Yu et al., 2022) ou apenas iniciado juntamente com o procedimento (Johnston et al., 2012), obtendo de qualquer das formas, resultados positivos no alívio da dor aguda em crianças hospitalizadas do zero aos dois anos (Johnston et al., 2012; Yu et al., 2022).

O toque é outra das intervenções não-farmacológicas que têm eficácia comprovada no alívio da dor aguda, podendo realizar-se através de carícias ou de contenção facilitada (Johnston et al., 2012; Qiu et al., 2017) com início aquando do procedimento. O método canguru é igualmente eficaz (Campbell-Yeo et al., 2019; Kyololo et al., 2019) devendo ser mantido o contacto pele-a-pele com os pais, pelo menos 15 minutos antes do procedimento doloroso, permanecendo até à sua finalização (Campbell-Yeo et al., 2019; Maciel et al., 2019).

A utilização da sacarose a 24% deve ser administrada cerca de dois minutos antes do início do procedimento doloroso e administrado na porção anterior da língua da criança (Campbell-Yeo et al., 2019), podendo ser utilizada em combinação com a sucção não-nutritiva (Maciel et al., 2019). A utilização da sacarose garante a redução dos níveis de dor aguda (Hu et al., 2020), sendo reconhecida pela Academia Americana de Pediatria e considerada uma opção no controlo da dor em 14 dos 15 procedimentos dolorosos listados pelo International Evidence-Based Group for Neonatal Pain, segundo a (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

De uma forma geral, todas as intervenções não-farmacológicas demonstraram eficácia no alívio da dor aguda em crianças hospitalizadas do zero aos dois anos aquando de procedimentos dolorosos, contudo, existem alguns aspetos a considerar, que irão ser abordados em seguida.

A combinação das estratégias não-farmacológicas toque e voz materna não demonstraram diferenças significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo, pelo que, os autores (Johnston et al., 2012) concluem que os resultados não são passíveis

de recomendar a sua utilização para o alívio da dor aguda em procedimentos dolorosos. No entanto, o estudo supramencionado, salienta que, existe uma significativa diminuição no tempo de recuperação da criança após o procedimento. Durante procedimentos dolorosos, as crianças são menos capazes de manter os sinais vitais estáveis e podem ter dificuldade de retornar à estabilidade. A combinação destas duas estratégias não-farmacológicas por ser capaz de diminuir o tempo que a criança leva a voltar à estabilidade fisiológica, é um recurso importante, devendo ser utilizada de forma coadjuvante com outras estratégias para o alívio da dor (Johnston et al., 2012).

Contrariamente, Yu et al. (2022) conseguiram atestar a validade da utilização da estratégia não-farmacológica toque para o alívio da dor aguda aquando de procedimentos dolorosos, através de outcomes como a diminuição significativa nos scores da NIPS e da frequência cardíaca. Qiu et al. (2017), também validaram esta intervenção através da diminuição dos scores da Premature Infant Pain Profile (PIPP) e do aumento da concentração de betaendorfinas, que são neurotransmissores que, uma vez na corrente sanguínea, têm uma ação analgésica e de relaxamento (Pedroso & Pffafenbach, 2020). Não obstante, é necessário ressaltar que inicialmente, apesar do aumento da concentração das endorfinas, não existiu mudanças nos scores da PIPP, pelo que, *per si* estas estratégias não são suficientes para aliviar a dor aguda após uma intervenção isolada. Assim, é necessário que exista uma repetição continuada destas intervenções, permitindo a redução da dor causada pelo aumento das endorfinas (Qiu et al., 2017).

A Ordem dos Enfermeiros (2013) e a Direção Geral da Saúde (2012) referem que, aquando de um procedimento doloroso deve existir a combinação de diferentes estratégias não-farmacológicas. No entanto, foi demonstrado por Johnston et al. (2012) que a utilização isolada ou combinada das estratégias não-farmacológicas método canguru e a sacarose, quando avaliados através dos scores da PIPP, obtiveram os mesmos resultados, permitindo concluir que a utilização desta combinação não resultou numa maior eficácia no controlo da dor, quando comparada com a utilização isolada de cada uma delas.

As opções de estratégias não-farmacológicas com resultados positivos no alívio da dor aguda em procedimentos dolorosos são várias. É necessário que haja uma avaliação individualizada da criança e que o EESIP escolha de acordo com os recursos existentes em cada serviço, com a idade da criança, o seu desenvolvimento cognitivo e experiências anteriores, permitindo uma adaptação individual das estratégias não-

farmacológicas à criança, uma vez que, a escolha da técnica é crucial para a sua eficácia (Direção Geral da Saúde, 2012; Johnston et al., 2012; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

II- Facilitadores à utilização de estratégias não-farmacológicas

As estratégias não farmacológicas são consideradas técnicas não invasivas e primordiais para o controlo da dor da criança, que têm como vantagens a eficiência no controlo da dor (Hu et al., 2020), o baixo custo, a facilidade na aprendizagem e na sua aplicação, sendo consideradas intervenções seguras (T. Costa et al., 2020).

Um dos principais desafios do EESIP na avaliação e gestão da dor nas crianças até aos dois anos, é a dificuldade destas em expressar ou explicar a intensidade da sua dor, provocando subjetividade na avaliação e consequentemente, dificultando uma intervenção adequada (Correia et al., 2020). Assim, a presença dos pais é fundamental, quer no processo de avaliação, quer no controlo da dor. Estes mediatizam as queixas da criança, tornando-as perceptíveis à equipa de saúde e ajudam a criança a integrar a experiência da dor, obtendo um papel de promotores na orientação e aplicação de estratégias não-farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A dor provoca medo e ansiedade, não só nas crianças, mas também nos pais, que reconhecem muitas vezes que é traumatizante segurar no seu filho quando este se encontra sob procedimentos dolorosos e com queixas agudas de dor, por exemplo, na utilização de estratégias não-farmacológicas como a amamentação ou o método canguru (Kyololo et al., 2019). Contudo, é transversal o desejo que sentem em querer ajudar os seus filhos e minimizar a sua dor, demonstrando determinação e disposição em superar este desconforto, se tal indicar o controlo da dor da criança e a promoção do seu conforto e bem-estar (Kyololo et al., 2019).

As estratégias não-farmacológicas dispõem de evidência científica que comprova a sua eficácia no alívio da dor aguda (Hu et al., 2020) e acarretam um nível de proximidade, empatia e humanismo entre a criança, a família e o EESIP. Por este motivo e de uma forma geral, os pais demonstram uma grande receptividade na utilização de estratégias não-farmacológicas (Hu et al., 2020; Kyololo et al., 2019; Larsen et al., 2017) e revelam que a sua utilização regular, assim como, a sua eficácia, são fatores que aumentam em larga escala a satisfação parental durante a hospitalização (Campbell-Yeo et al., 2019; Johnston et al., 2012; Kyololo et al., 2019).

Tendo em conta tudo o que foi referenciado anteriormente, é importante que o EESIP ponha em prática as estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor aguda da criança, incentive os seus pares a fazê-lo e permita que a família participe nas intervenções de gestão da dor. Para tal, deve descrever o procedimento doloroso e a estratégia não-farmacológica que irão ser realizados, avaliando a vontade da família em participar e explicando de que forma podem contribuir, em parceria com o EESIP, para minimizar a dor que o procedimento doloroso possa provocar no seu filho, promovendo assim o sentimento de utilidade dos pais, a satisfação parental e ainda, a satisfação profissional.

III- Barreiras à utilização de estratégias não-farmacológicas

Como já foi abordado anteriormente, a gestão da dor de crianças até aos dois anos, constitui um desafio para os EESIP. As experiências dolorosas repetitivas e subtratadas, a que as crianças estão sujeitas ao longo da hospitalização podem provocar consequências orgânicas e emocionais, capazes de comprometer o seu neurodesenvolvimento e comportamento, além de contribuir para o aumento das taxas de mortalidade e provocar a rejeição de cuidados de saúde na vida adulta (Maciel et al., 2019; B. Mendes et al., 2022; Pires et al., 2019). Evitar a realização de procedimentos dolorosos seria a melhor estratégia de controlo de dor nas crianças, contudo, tal não é exequível, uma vez que existem inúmeros procedimentos de diagnóstico e tratamento que necessitam de ser executados para promoverem a recuperação clínica e a estabilidade da criança (Maciel et al., 2019; B. Mendes et al., 2022). Assim, o controlo da dor é essencial e as estratégias não-farmacológicas são uma das intervenções do EESIP que podem ajudar a minimizar o impacto da dor aguda sentida aquando de procedimentos dolorosos e modificarem o significado da vivência da dor, através da reestruturação cognitiva (Ordem dos Enfermeiros, 2013). A utilização de estratégias não-farmacológicas para o controlo da dor aguda aquando de procedimentos, é da responsabilidade da equipa multidisciplinar, mas a equipa de Enfermagem tem um papel de destaque (Maciel et al., 2019). No entanto, existem atualmente algumas barreiras e dificuldades que restringem a utilização de estratégias não-farmacológicas.

A falta de conhecimento, quer dos profissionais de saúde quer dos pais, sobre a eficácia e os benefícios das estratégias não-farmacológicas, tem sido uma das barreiras mais frequentemente abordadas na literatura (Hu et al., 2020; Kyololo et al., 2019; Maciel

et al., 2019; C. Oliveira et al., 2020). Alguns profissionais de saúde têm a crença que as soluções doces como a sacarose a 24% são usadas para fins nutricionais ou para reduzir a sensação de fome, que o recurso à amamentação aquando de procedimentos dolorosos pode fazer com que a criança se engasgue ou vomite e que as crianças associem os eventos dolorosos às estratégias não-farmacológicas, como a amamentação ou o método canguru, passando a recriar estes momentos e evitando-os (Hu et al., 2020; Maciel et al., 2019).

Existe ainda a ideia de que os procedimentos dolorosos, nomeadamente aqueles que são relacionados com agulhas, são procedimentos de curta duração e que não têm muita influência nas crianças, dando uma baixa prioridade ao tratamento da dor e subestimando a necessidade de utilizar as estratégias não-farmacológicas (Correia et al., 2020; Harrison et al., 2014; Hu et al., 2020). Associam o choro da criança ao medo da farda branca dos Enfermeiros e não ao procedimento em si (Hu et al., 2020), apesar de existir evidência científica que demonstra que os procedimentos relacionados com agulhas, são os mais frequentes e os que causam maior temor e dor nas crianças hospitalizadas (Harrison et al., 2014; Hu et al., 2020; Johnston et al., 2012; Postier et al., 2018).

A falta de confiança (Hu et al., 2020) e a escassa experiência profissional dos Enfermeiros é outra das barreiras identificadas (Correia et al., 2020). Tudo isto, faz com que exista menor adesão às estratégias não-farmacológicas e que não sejam dadas informações corretas aos pais. Alguns pais desconhecem a importância de reduzir a dor durante procedimentos dolorosos e desconhecem a eficácia das estratégias não-farmacológicas (Hu et al., 2020; Kyololo et al., 2019). Também eles têm crenças erróneas de que a contenção facilitada serve como forma de contenção física com o objetivo de restringir os movimentos da criança, permitindo facilitar a realização do procedimento doloroso, para que este se realize de forma mais rápida (Kyololo et al., 2019). Para além disto, existem crenças culturais que diminuem a adesão a determinadas estratégias não-farmacológicas (Correia et al., 2020; Hu et al., 2020), é o caso da utilização da sacarose na comunidade Chinesa. Na China, os pais não toleram que as crianças comam alimentos doces no início da sua vida, acreditando que ficarão viciados no sabor doce e recusarão outros alimentos ao longo da sua vida (Hu et al., 2020).

A sobrecarga de trabalho dos Enfermeiros, a falta de recursos humanos e consequente tempo limitado, são outras das barreiras identificadas (Correia et al., 2020; Hu et al., 2020). No que concerne aos custos associados às estratégias não-farmacológicas, os Enfermeiros compreendem que a amamentação não tem custos

associados, pelo que nesse aspeto poderá ser considerada mais vantajosa, contrariamente à utilização de sacarose, que embora seja de baixo custo, acarreta uma despesa extra que a instituição pode não estar disposta a pagar (Hu et al., 2020).

Existem depoimentos de Enfermeiros que acreditam que a amamentação é eficaz no alívio da dor de crianças até aos dois anos aquando de procedimentos dolorosos, contudo, para além de os realizarem apenas em determinados procedimentos, descartando a sua utilização nos demais, colocam alguns entraves à sua utilização (C. Oliveira et al., 2020). Referem que, para que a amamentação seja utilizada durante um procedimento doloroso é necessário que a mãe esteja presente, que ainda se mantenha a amamentar o seu filho e que demonstre vontade em fazê-lo (Hu et al., 2020; C. Oliveira et al., 2020). Argumentam ainda, que existem situações em que a mama é oferecida à criança mas esta recusa, por se encontrar saciada ou sonolenta, assim, esta estratégia não-farmacológica não tem efeitos no controlo da dor e não pode ser utilizada para este efeito (C. Oliveira et al., 2020). Consideram ainda, que para a realização de um procedimento doloroso aquando da amamentação ou método canguru, são necessários posicionamentos adequados e que muitas vezes os pais não auxiliam adequadamente (C. Oliveira et al., 2020), indicando também, algum desconforto pela posição que é necessário obter ou pela proximidade necessária com a mãe da criança (Hu et al., 2020).

Existem ainda alguns casos clínicos específicos que não permitem o recurso à amamentação, nomeadamente situações em que a sucção não é permitida devido a fenda palatina ou fissura no lábio, assim como, contextos em que as crianças têm que permanecer em jejum, por exemplo nas primeiras seis horas após uma cirurgia de refluxo (Hu et al., 2020) ou casos de crianças com gastrosquisis, mielomeningocelo ou outras condições cirúrgicas e/ou de instabilidade clínica (Correia et al., 2020). Contudo, apesar de se considerar que existem contraindicações válidas para a não utilização da amamentação nestes casos específicos, esta pode utilizar-se noutras situações, para além de que, existe uma enorme variedade de estratégias não-farmacológicas que se poderiam aplicar ao invés da amamentação e desta forma, os EESIP exerceriam uma adequada gestão da dor da criança hospitalizada, com interferência direta nos cuidados de Enfermagem prestados neste âmbito.

IV- Intervenções para melhorar as práticas de controlo da dor

Após apresentação de vários facilitadores e barreiras associadas ao uso das estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor aguda em crianças hospitalizadas até aos dois anos, é necessário abordar quais são as intervenções necessárias de serem implementadas para melhorar as práticas do controlo da dor.

Os EESIP são os profissionais de saúde que mais procedimentos dolorosos executam nas crianças e que têm maior proximidade com elas e com a sua família no desempenho da sua atividade assistencial enquanto prestadores de cuidados. Por conseguinte, têm maior responsabilidade na gestão da dor, sendo fundamental que tenham conhecimentos e se encontrem sensibilizados para a utilização de estratégias não-farmacológicas, utilizadas de forma isolada ou combinadas com outras não-farmacológicas ou farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Por forma a compreender quais as intervenções adequadas à gestão da dor da criança naquele momento em específico, o EESIP deve realizar a avaliação das necessidades de acordo com a duração do procedimento, a dor esperada, a sua previsão de repetição e o nível de ansiedade da criança (Direção Geral da Saúde, 2012).

Com o objetivo de combater a falta de conhecimento e as crenças erróneas que existem por parte dos EESIP, é fundamental que estes sejam capacitados para a avaliação e tratamento da dor nas crianças e sejam incentivados a integrar as estratégias não-farmacológicas nos seus cuidados, procurando mudanças para melhorar as práticas da dor (Correia et al., 2020; C. Oliveira et al., 2020). Assim, é necessário criar ações de formação nas instituições que permitam a explicação das diversas estratégias não-farmacológicas que existem, a sua componente prática, as suas vantagens, a demonstração da sua eficácia, os malefícios da dor aguda repetitiva e subtratada nas crianças, o esclarecimento de dúvidas e a sensibilização dos profissionais para o seu uso (Hu et al., 2020; Kyololo et al., 2019).

Concomitantemente, para que exista mudança e a garantia de um ambiente de trabalho humanizado, é crucial que os Enfermeiros se sintam valorizados pela instituição e tenham auxílio psicológico para aprender a lidar com alguns sentimentos vivenciados na prática (C. Oliveira et al., 2020). Acredita-se que ações individuais conseguem contagiar o grupo à mudança, à humanização dos cuidados e à execução do melhor plano de cuidados para a criança e a família. Sensibilizar os EESIP sobre a importância do controlo da dor nas crianças e explicar que, através de pequenas atitudes e mudanças na

sua prestação de cuidados, conseguem ter um grande impacto na vivência da dor aguda em crianças hospitalizadas e por consequência, nas suas famílias (C. Oliveira et al., 2020).

Outro aspeto elementar de mudança nas práticas do controlo da dor, é a capacitação dos pais e o seu envolvimento (Kyololo et al., 2019; Larsen et al., 2017). Identificou-se que muitos pais sentem que foram pouco requeridos pelos Enfermeiros para ajudar na promoção do conforto e bem-estar dos seus filhos aquando da realização de procedimentos dolorosos (Kyololo et al., 2019). Referem ainda, que sentem desejo de compreender mais sobre estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor e que se demonstrariam bastante receptivos no uso destas estratégias se lhes fosse enfatizado o quão importantes são na redução da dor das crianças (Hu et al., 2020; Kyololo et al., 2019). Assim, é necessário que o EESIP compreenda que o envolvimento da família nos cuidados à criança sujeita a procedimentos dolorosos é de extrema importância, não só para a criança que sente a proteção e segurança de alguém significativo, mas também para a família, que se sente útil e apreciada. Este envolvimento ocorre quando o EESIP tem na sua filosofia de cuidados o CCF, admitindo a família como parte integrante nos cuidados à criança, compreendendo a importância do envolvimento progressivo da família e enfatizando o respeito, o apoio e a parceria de cuidados (Felipin et al., 2018), assumindo os pais como parceiros nos cuidados à criança, reconhecendo-os como os melhores cuidadores para o seu filho e assente na premissa que promovem o seu crescimento e desenvolvimento (Casey, 1995).

Tendo como foco os CCF e a parceria de cuidados, os EESIP devem não só permitir, mas incentivar a presença dos pais durante os procedimentos dolorosos, assim como, preparar a criança e os pais antes da sua realização, orientando-os para como devem proceder e de que forma conseguem ser um suporte para a criança, antes, durante e após o procedimento (Correia et al., 2020; Larsen et al., 2017). Existem relatos de pais que revelam que apesar de ser desconfortável presenciar os seus filhos sob procedimentos que lhes causam dor e sofrimento, é mais traumatizante e angustiante não poderem estar envolvidos (Kyololo et al., 2019). Existe evidência que demonstra que os pais que foram envolvidos nos cuidados e receberam algum tipo de orientação ou treino, conseguiram mais facilmente aplicar técnicas de distração, mostraram-se mais motivados e consciencializados (Fontes et al., 2018). Não obstante, é imprescindível que se compreenda quais são as expectativas, competências e preferências dos pais, e que estas sejam respeitadas e consideradas como um componente-chave dos cuidados de Enfermagem (Kyololo et al., 2019; Larsen et al., 2017).

Uma lacuna identificada nesta RIL que poderá facilmente ser ultrapassada pelos Enfermeiros é o défice de registos de Enfermagem sobre as estratégias não-farmacológicas utilizadas (Harrison et al., 2014; Larsen et al., 2017). Existe uma discrepância entre as intervenções não-farmacológicas que os pais abordam como tendo sido as executadas e as intervenções não farmacológicas que são documentadas pelos Enfermeiros que as executaram (Harrison et al., 2014). Este aspeto suscita dúvidas em alguns estudos (Larsen et al., 2017), o que levanta a questão se as estratégias não-farmacológicas não estão a ser executadas ou se estão a ser utilizadas, mas não documentadas. Em qualquer uma das hipóteses, existe uma subestimação da utilização das estratégias não-farmacológicas, que cria desafios para os investigadores que confiam nas informações documentadas para avaliar os cuidados que são prestados às crianças hospitalizadas com dor aguda (Harrison et al., 2014). Perante isto, é importante que o EESIP esteja alerta para a obrigatoriedade de proceder ao registo de todas as intervenções que executa, tendo em vista a segurança da criança, a sua monitorização e a avaliação dos cuidados, tendo o cuidado para que todas as estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor sejam identificadas como tal (Harrison et al., 2014).

A implementação de protocolos clínicos é essencial para um adequado controlo da dor na criança hospitalizada submetida a procedimentos dolorosos, permitindo a padronização de procedimentos e atuação dos Enfermeiros e ainda, ajudando na organização das unidades. A American Academy of Pediatrics (2016) recomenda que os serviços de saúde tenham protocolos baseados em evidência para a prevenção e controlo da dor nas crianças, incluindo o uso de estratégias não-farmacológicas (C. Oliveira et al., 2020). No mesmo sentido, a Direcção-Geral da Saúde (2010) reforça que a gestão da dor da criança deve ser realizada segundo protocolos de atuação multidisciplinares atualizados, devendo o EESIP tratar a dor decorrente de procedimentos de Enfermagem que provoquem dor na criança, com recurso a estratégias não-farmacológicas isoladas ou em complementaridade (Correia et al., 2020).

Foi identificado nesta RIL que a implementação de protocolos com estratégias não-farmacológicas bem definidas e adequadas ao tipo de procedimento doloroso a ser executado e à faixa etária da criança, tem resultados positivos e aumenta a frequência da utilização das estratégias não-farmacológicas pelos EESIP, melhorando em larga escala a experiência de dor da criança e da sua família e exponenciando a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados (Postier et al., 2018).

A sustentabilidade ambiental é outro aspeto que deve ser trabalhado e melhorado nas práticas de controlo da dor (Harrison et al., 2014). Este é um tema que tem vindo a ganhar cada vez mais ênfase a nível global, tornando-se perceptível a crescente preocupação com a crise ambiental (Piga & Mansano, 2015). O conceito de sustentabilidade ocorre da disrupção da ideia de que o planeta é composto por recursos naturais ilimitados, passando a existir a necessidade de uma relação sustentável entre os padrões de consumo e de produção, de forma a que sejam reduzidas ao mínimo, o esgotamento dos recursos naturais, as pressões ambientais e a poluição (D. Mendes et al., 2018).

No que se relaciona com o consumo de materiais a nível hospitalar, existem estudos que referem que nos Estados Unidos da América existe uma produção diária de 7000 toneladas de resíduos hospitalares e um custo de 10 mil milhões de dólares para a sua gestão (Senay & Landrigan, 2018). Sabe-se ainda que, 85% dos resíduos que são produzidos em ambiente hospitalar são equiparados a urbanos ou não perigosos (grupo I e II), contudo, são frequentemente por lapso, colocados em contentores de resíduos hospitalares de risco biológico ou específicos (grupo III, IV), aumentando não só os custos da sua gestão, como impactando o ambiente devido ao tratamento inadequado dos resíduos (Kaplan et al., 2012).

Nos últimos anos, tem-se vindo a registar um aumento do consumo de fármacos em Portugal e cada vez mais se reconhece, o impacto destes no ambiente. Alguns dados indicam que 90% das substâncias ativas dos fármacos consumidos, acabam nas águas de superfície e subterrâneas, nos solos e nos tecidos animais, tendo sido já detetados na água potável. Isto tem trazido consequências nefastas para a fauna, nomeadamente nos peixes, tendo já sido detetadas substâncias ativas que provocam alterações no seu instinto de sobrevivência e na sua capacidade de reprodução. A nível da saúde pública, existe ainda algumas lacunas no conhecimento desta matéria, mas teme-se problemas associados à disrupção endócrina e da resistência antimicrobiana a nível global, pelo que é sugerido uma abordagem cautelosa (Antunes, 2021).

As estratégias não-farmacológicas podem ajudar a reduzir a pegada ecológica sem comprometer a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que, existem várias que não necessitam de nenhum recurso material para serem executadas, como é o caso da amamentação, do toque, do método canguru, da contenção facilitada ou da voz materna. Existem ainda outras, que apesar da necessidade da utilização de recursos materiais, estes não são descartáveis ou de utilização única, como para o caso da musicoterapia e das

técnicas de distração. Estas podem exigir recursos materiais como livros e telemóveis ou somente recursos humanos. Por outro lado, o uso das estratégias farmacológicas acarreta de forma obrigatória um maior gasto de material descartável e de fármacos, com significância nos custos associados e no material utilizado e rejeitado.

Em situações de dor aguda sentida pelas crianças, em que é possível o controlo exclusivo com estratégias não-farmacológicas, seja de forma isolada ou com combinação de várias, é necessário que os EESIP priorizem a sua utilização, dado ser uma estratégia eficaz. Contudo, quando tal não é possível e existe a necessidade de utilizar de forma coadjuvante as estratégias farmacológicas, é essencial consciencializar e formar os profissionais de saúde para a correta gestão dos resíduos hospitalares, sobretudo os do grupo I e II, procedendo à sua reutilização e/ou reciclagem, assim como, ao correto descarte de fármacos fora de prazo ou inutilizados (Antunes, 2022; Lima, Júnior, et al., 2018).

Na prática profissional dos EESIP, é essencial que estejam sensibilizados para os efeitos nefastos que direta ou indiretamente, os problemas ambientais têm para a saúde da população em geral. O impacto ambiental associado às instituições hospitalares pode ser reduzido com a formação dos profissionais e com adoção de políticas e estratégias de sustentabilidade ambiental, não existindo implicações na qualidade dos cuidados prestados à criança, mas garantindo um ambiente mais saudável a curto e longo prazo, com implicação na saúde de toda a população (Antunes, 2022).

2.5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Os resultados da presente RIL, demonstram que as estratégias não-farmacológicas para o controlo da dor aguda em crianças hospitalizadas do zero aos dois anos são eficazes e que tem existido um crescendo no seu uso. Contudo, a frequência da sua utilização pelos EESIP fica ainda muito aquém do esperado, sobretudo quando atualmente existe muita informação sobre o tema, não só sobre a viabilidade e qualidade das estratégias não-farmacológicas abordadas, como da simplicidade na sua utilização, facilidade de aprendizagem e receptividade dos pais na sua utilização.

Assim, é importante refletir sobre uma proposta de intervenção que dê resposta às barreiras na utilização das estratégias não farmacológicas encontradas nesta RIL e ponderar sobre intervenções do EESIP que permitem melhorar as práticas de controlo da dor da criança.

Primeiramente, é necessário formar grupos de EESIP nas diversas instituições de saúde e serviços, que tenham como missão colocar na prática as intervenções que serão propostas e a responsabilidade, enquanto Enfermeiros com competências adicionais na área da saúde infantil e pediátrica, de trabalhar diversos pontos que permitam exponenciar a qualidade dos cuidados que são prestados, quer à criança quer à sua família.

- *Formação e capacitação*

Uma das barreiras identificadas é a falta de conhecimento dos Enfermeiros na utilização de estratégias não-farmacológicas. Para além disto, existem ainda crenças erróneas sobre as estratégias não-farmacológicas e a subestimação da necessidade do seu uso.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019), uma das competências transversais a todos os Enfermeiros Especialistas é a responsabilidade de se envolverem na educação dos seus clientes e pares, na sua orientação, liderança e aconselhamento. Assim, seria oportuno a criação de um grupo de trabalho composto por EESIP, que tivesse como foco a capacitação de todos os Enfermeiros, de modo que as estratégias não-farmacológicas sejam entendidas como um recurso benéfico e necessário no controlo da dor da criança.

Estas ações de formação abordariam o que são estratégias não-farmacológicas, quais são as mais adequadas para cada criança face à sua idade, que recursos são necessários para as executar, como se processam e quais os seus benefícios e resultados. Ressalvando sempre, que apesar de existirem situações específicas em que é contraindicado o uso de determinada estratégia não-farmacológica, como no caso de crianças em jejum ou com fenda palatina, existem outras passíveis de serem utilizadas, pelo que deve existir capacidade de reflexão e uma tomada de decisão consciente e informada do EESIP e dos seus pares. É crucial que os EESIP sensibilizem os seus pares para a dor provocada por procedimentos dolorosos, considerada como uma das dores mais temidas e que mais impactam as crianças e a sua família durante a hospitalização, compreendendo de que forma as estratégias não-farmacológicas ajudam a amenizá-la, tornando o momento menos doloroso e traumático.

Os custos associados a determinadas estratégias não-farmacológicas é outro tema importante a ser abordado nas formações em serviço. É crucial passar a mensagem de que existem estratégias não-farmacológicas sem custos e que não necessitam de quaisquer recursos consumíveis. No caso particular da sacarose, que tem efetivamente um custo

associado, sugere-se que esses grupos de EESIP façam uma comparação entre a sacarose e os fármacos mais utilizados para o controle da dor aguda, como analgésicos, sedativos, hipnóticos e opióides, no sentido de compreender qual deles oferece a melhor relação custo/benefício no alívio da dor aguda em crianças hospitalizadas sujeitas a procedimentos dolorosos, para que posteriormente disseminem essa informação nas ações de formação, refletindo com os seus pares, nos resultados obtidos.

Como referido anteriormente, é exigido a um EESIP que se comprometa na educação dos seus clientes. A falta de conhecimento da família foi um dos fatores considerados negativos, que provoca diminuição da utilização das estratégias não-farmacológicas. O EESIP é o profissional com maior proximidade com a criança e a família e aquele que normalmente está envolvido na execução dos procedimentos invasivos. Para além disto, deve praticar o seu exercício profissional com base nos CCF e na parceria de cuidados, tendo o dever de ensinar, instruir e treinar os pais na execução de estratégias não-farmacológicas, avaliar a vontade dos pais em participar nos cuidados, permitir e incentivar a sua cooperação. Tal como demonstrado, há efetivamente evidência científica que demonstra que o controlo da dor da criança com recurso às estratégias não-farmacológicas diminui o impacto da hospitalização e que aumenta a satisfação parental. Apesar dos procedimentos invasivos serem considerados pelos pais um momento stressante e difícil de presenciar, estes continuam a preferir estar presentes e serem parte integrante do controlo da dor e da promoção do bem-estar do seu filho. Assim, deve existir uma sensibilização e um incentivo dos EESIP aos seus pares, para a prática destes princípios, de modo a melhorar os cuidados de Enfermagem que são prestados à criança e família.

- *Criação de protocolos*

A criação de protocolos a nível institucional é outra sugestão considerada extremamente importante. Os protocolos são construídos com base na melhor evidência disponível e pretendem exponenciar os cuidados prestados. Permitem a uniformização dos cuidados, a disseminação do conhecimento, uma maior adesão a novas estratégias no controlo da dor e ainda, facilitam o controlo dos custos (Pimenta et al., 2015).

Assim, considera-se importante que um dos grupos de EESIP ficasse encarregue de criar protocolos de atuação para procedimentos dolorosos, baseados e fundamentados na PBE e destinados a crianças do zero aos dois anos, monitorizando a sua eficácia ao

longo do tempo. A título de exemplo, poderia ser criado um protocolo para procedimentos invasivos, como a colheita de sangue e punção venosa, que descriminasse a combinação de estratégias não-farmacológicas a ser utilizadas. A combinação de estratégias não-farmacológicas poderia ser a amamentação ou a utilização de sacarose combinada ou não com a sucção não-nutritiva; uma técnica de distração; música ou voz materna e toque ou contenção facilitada. Isto permitiria exponenciar a utilização de quatro estratégias não-farmacológicas com eficácia documentada e comprovada, potenciaria o conhecimento dos EESIP, dos seus pares e da família nestas estratégias e melhoraria as práticas do controlo da dor da criança.

- *Sustentabilidade Ambiental*

A sustentabilidade ambiental é um assunto que tem gerado grande polémica devido à crise ambiental que vivenciamos atualmente. A realidade é que todas as ações praticadas no presente condicionam de certa forma o futuro, quer seja a médio ou longo prazo e estas ações podem ter repercussões positivas ou negativas nas gerações futuras.

As instituições hospitalares são indispensáveis à qualidade de vida, mas acarretam diversos problemas ambientais, dado serem grandes emissores de gases de efeito de estufa, mega consumidores de recursos e gigantes produtores de resíduos (Gomes et al., 2022). Os EESIP, têm a missão de equilibrar as práticas de trabalho e as ações sustentáveis para reduzir o impacto negativo a nível ambiental (D. Mendes et al., 2018).

Para além da educação, o Enfermeiro Especialista tem ainda como competência acrescida o dever de disseminar e produzir investigação que seja pertinente para melhorar de forma contínua, os cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Assim, sugere-se que exista um grupo de EESIP responsável pela investigação na área da sustentabilidade ambiental nos diversos serviços. Esta equipa deveria produzir estudos que permitissem compreender o impacto ambiental que as estratégias não-farmacológicas têm, em comparação com as estratégias farmacológicas. Com a monitorização destes resultados e com informação precisa e credível, seria mais fácil demonstrar aos seus pares, que a utilização das estratégias não-farmacológicas ao invés das farmacológicas é mais sustentável, quando a dor da criança assim o permite. Subsequentemente, este grupo de EESIP deveria investir na educação ambiental para toda a equipa de profissionais de saúde, não só baseada em teoria, mas também e essencialmente na prática, porque estamos perante um problema de ação e não de saber. Devem também ser sensibilizados

para a realidade atual emergente da redução do consumo de materiais e da produção de resíduos, assim como, da sua correta gestão. É imperioso, consciencializa-los, promovendo uma cidadania ativa, participativa e comprometida com a sustentabilidade do planeta.

- *Atualização das intervenções de Enfermagem em matéria de estratégias não-farmacológicas nos SIS*

A realização de um Processo de Enfermagem adequado faz parte das competências do EESIP e sendo uma das suas atividades diárias, é fundamental trabalhar nesta área.

O Processo de Enfermagem é considerado um método intelectual de trabalho que orienta o processo de raciocínio clínico e a tomada de decisão diagnóstica, de resultados e de intervenções, através de uma abordagem dinâmica. A sua utilização permite a documentação dos dados relacionada às etapas do processo, o levantamento de problemas, a elaboração das intervenções de Enfermagem e a utilização de uma linguagem comum, que facilita a comunicação com a restante equipa (Barros et al., 2015). Atualmente, o Processo de Enfermagem é elaborado através de diversos SIS e o registo de todas as intervenções realizadas permitem a continuidade dos cuidados e a avaliação da qualidade dos cuidados prestados (Potter & Perry, 2006).

É importante que o EESIP tenha capacidades na elaboração de um Processo de Enfermagem apropriado, uma vez que, é através deste que irão surgir diagnósticos e intervenções de Enfermagem. Para que o EESIP promova uma gestão da dor eficaz, é necessário fazer uma correta avaliação da mesma através de instrumentos devidamente qualificados, tendo em conta o estado clínico da criança e a sua faixa etária. Posteriormente, é necessário formular intervenções farmacológicas e/ou não-farmacológicas que permitam dar resposta ao problema identificado.

Dada a importância da realização de um Processo de Enfermagem adequado a cada criança e família, da utilização correta dos SIS e da utilização de uma linguagem comum e uniformizada, depreende-se que uma das propostas de intervenção deste relatório deveria envolver esta parte crucial do exercício profissional de um EESIP.

Nesta proposta iremos abordar a Ontologia de Enfermagem, uma vez que, é projetada pela Ordem dos Enfermeiros como a linguagem universal que irá ser utilizada futuramente em todos os SIS. A Ontologia de Enfermagem pode ser encontrada no *browser* da Ordem dos Enfermeiros e a sua utilização acarreta vantagens como: a redução

do tempo dedicado aos registos; a melhoria significativa da qualidade da informação; a capacidade do sistema de apoiar e suportar os EESIP na tomada de decisão; a uniformização da informação, a produção de indicadores relativos ao exercício profissional e consequentemente, uma melhoria dos cuidados de Enfermagem prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

No que se refere especificamente ao diagnóstico Dor, a Ontologia de Enfermagem apresenta diversas intervenções que permitem fazer a gestão da dor da criança. Relativamente às estratégias não-farmacológicas, dispomos de uma intervenção generalizada: “executar técnica não farmacológica de alívio da dor” e outras mais direcionadas para uma intervenção não-farmacológica específica: “executar técnica de pele com pele”, “administrar solução com glicose”, “estimular sucção não-nutritiva” e “incentivar amamentação”. De acordo com os resultados obtidos na presente RIL, pode-se considerar que não são especificadas todas as intervenções não-farmacológicas consideradas eficientes no controlo da dor em crianças do zero aos dois anos. Desta forma, propõe-se que o grupo de EESIP, invista na criação de novas intervenções que abordem o toque, o posicionamento, as técnicas de distração, a musicoterapia, a voz materna e a contenção facilitada.

Acredita-se ainda, que existiriam imensos benefícios se estas intervenções fossem aglomeradas por faixa etária da criança nos SIS. Assim, sugere-se aos grupos de EESIP, que através da investigação científica e da PBE, compreendessem quais são as estratégias não-farmacológicas que são consideradas eficazes no controlo da dor da criança, face a cada grupo etário. A apresentação de todas as estratégias não-farmacológicas agrupada por faixa etária, permitiria que todos os Enfermeiros identificassem quais as estratégias não-farmacológicas mais adequadas para uma criança em determinada idade, promovendo uma melhor gestão da dor da criança e subsequentemente uma melhoria dos cuidados de Enfermagem. Além de que, iria aumentar o nível de conhecimento do EESIP, o reconhecimento da importância da utilização das estratégias não-farmacológicas e ainda, permitiria o registo de todas as intervenções não-farmacológicas executadas, colmatando a discrepância encontrada na presente RIL, sobre as intervenções não-farmacológicas registadas nos SIS pelos Enfermeiros e as relatadas pela família, percebendo-se que muitas das vezes estas estratégias são realizadas, mas não registadas.

A figura 3 pretende resumir e esquematizar as propostas de intervenção explicadas anteriormente, para facilitar a leitura e compreensão.

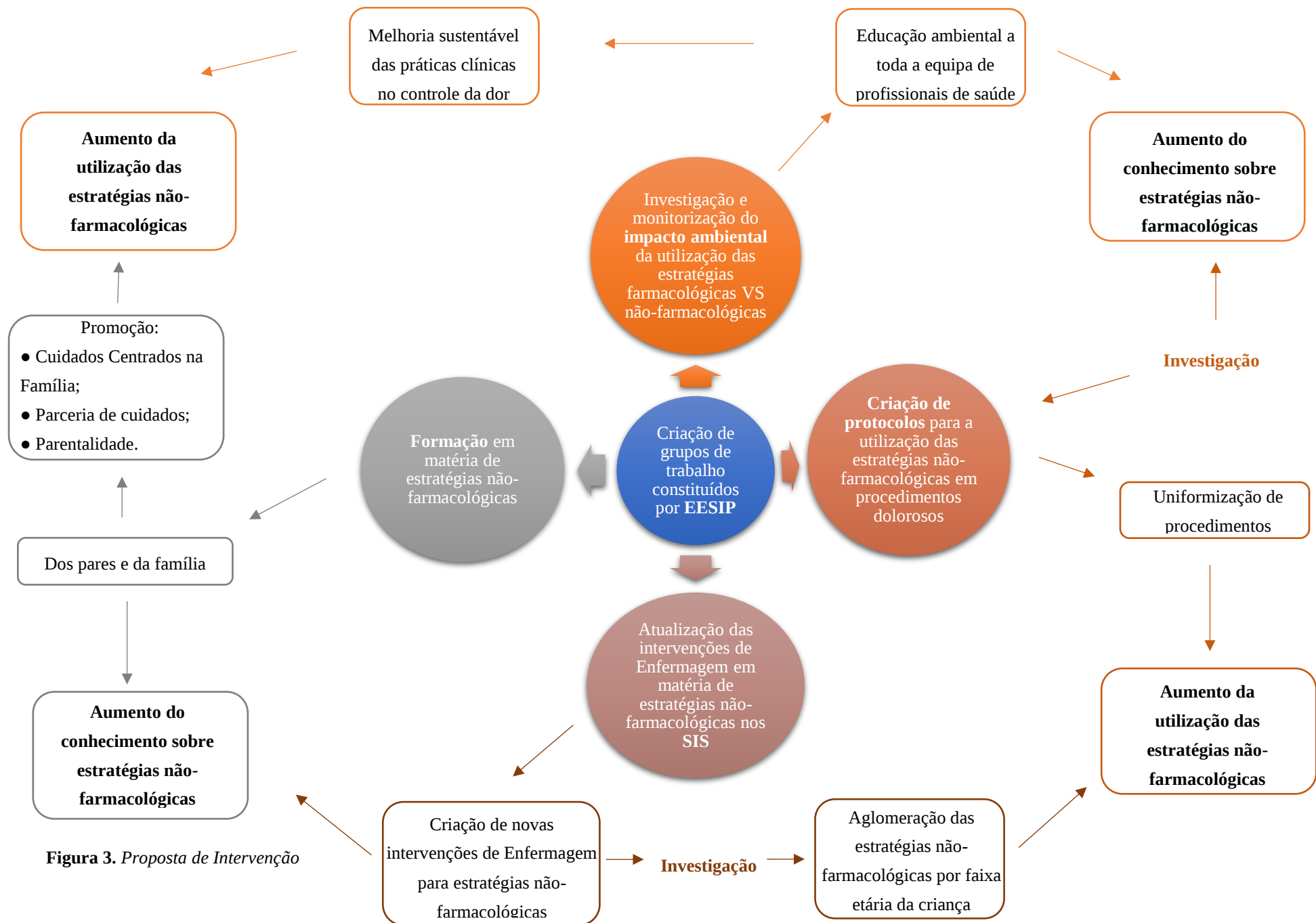


Figura 3. Proposta de Intervenção

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório revelou-se excelente para o desenvolvimento de capacidades de reflexão, autoanálise e autoavaliação. Permitiu fazer uma retrospeção sobre o percurso formativo na íntegra, sintetizando os conhecimentos adquiridos e as competências de EESIP desenvolvidas. Este trajeto foi fundamental, permitindo a evolução de Enfermeiro Generalista para Enfermeiro Especialista na área, tendo como foco a criança e a família como um todo, compreendendo que a díade se encontra inserida num determinado contexto, e refletindo que para atingir a excelência nos cuidados é necessário cuidar de forma individualizada e holística.

A utilização de estratégias não-farmacológicas com a finalidade de aliviar a dor aquando da realização de procedimentos invasivos em crianças hospitalizadas do zero aos dois anos, tem sido subvalorizado e subutilizado pelos profissionais de saúde, apesar de existir atualmente uma vasta literatura científica a relatar a sua eficácia. Esta subvalorização deve-se a inúmeros fatores, considerando-se a falta de conhecimento dos profissionais um dos problemas centrais.

É necessária a criação de grupos de EESIP nos diferentes contextos da prática, que definam pontos de intervenção fundamentais para melhorar as práticas de controlo da dor da criança, aumentar a utilização e o conhecimento das estratégias não-farmacológicas.

Sendo os EESIP, os profissionais de saúde com a maior relação de proximidade com as crianças e famílias durante a sua atividade assistencial e que realizam muitos dos procedimentos invasivos, é necessário investir numa abordagem formativa e de investigação acerca das estratégias não-farmacológicas. O grupo de EESIP encarregue pela investigação e capacitação, deverá ter a responsabilidade de formar os seus pares e promover a utilização das estratégias não-farmacológicas na prática diária, explicando que tipos de estratégias não-farmacológicas existem, as suas vantagens e aplicabilidade. Será desta forma possível, promover melhorias no controlo da dor e na qualidade dos cuidados prestados à criança, minimizando o impacto dos procedimentos dolorosos e da hospitalização. Um aumento do conhecimento e utilização das estratégias não-farmacológicas pelos EESIP, permitem e potenciam o envolvimento dos pais, existindo maior investimento nos CCF e na parceria de cuidados, fortalecendo a relação de vinculação/ligação entre pais e filhos, aumentando a satisfação parental e a satisfação profissional.

É fundamental a aposta na investigação relativamente a estratégias não-farmacológicas noutras faixas etárias e criar protocolos de atuação, que permitem uma uniformização dos cuidados e uma maior utilização das estratégias não-farmacológicas. Torna-se ainda importante, dar mais enfoque à sustentabilidade ambiental, uma vez que, são as ações de hoje que fazem o amanhã, tendo os EESIP responsabilidade em equilibrar as práticas clínicas com ações sustentáveis. Sugere-se ainda, que o grupo de EESIP aposte na investigação nesta área, através da compreensão do impacto ambiental que as estratégias não-farmacológicas têm, comparativamente com as estratégias farmacológicas. Será desta forma possível obter consciencialização da realidade atual, acerca do consumo de recursos materiais, da produção e do tratamento dos resíduos e posteriormente, dar resposta a nível institucional aos problemas encontrados. Permitirá ainda, compreender se as estratégias não-farmacológicas, para além da sua eficácia comprovada no controlo da dor, contribuem para a sustentabilidade ambiental.

A realização de um adequado Processo de Enfermagem e o registo informático nos SIS acerca de todas as estratégias não-farmacológicas utilizadas é outro ponto fundamental abordado no presente relatório. A nossa proposta é que o grupo de EESIP atualizem e implementem nos SIS, intervenções de Enfermagem que abordem todas as estratégias não-farmacológicas, colmatando a falta que existe. Deverá ainda ser realizada uma investigação sobre que estratégias não-farmacológicas são mais utilizadas e eficazes em cada faixa etária, sendo possível o agrupamento nos SIS. Isto implicaria um maior registo das estratégias não-farmacológicas, uma correta avaliação da qualidade dos cuidados e da utilização efetiva das mesmas, assim como, aumentaria o conhecimento dos EESIP e incentivaria ao seu uso.

Concluindo, é necessário que os EESIP adquiram capacidades de reflexão e autoanálise diária do seu trabalho, sendo capazes de fundamentar as suas intervenções com base em evidência científica, permitindo evoluir nos seus conhecimentos, aprimorar as suas competências e melhorar os cuidados de Enfermagem que prestam à criança e à sua família. É ainda de extrema importância, que os EESIP implementem intervenções sob uma perspetiva holística e centrada na família, procurando prestar cuidados de qualidade, personalizados, humanizados e objetivando sempre o estabelecimento de uma parceria de cuidados e a promoção da parentalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics. (2016). Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics*, 137(2), 1–13. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4271>
- Antunes, A. (2022). Medicamentos de uso humano e ambiente. In *Sustentabilidade e eficiência no sector hospitalar. Quão verdes podem ser os hospitais?* (pp. 116–144).
- Balice-Bourgois, C., Zumstein-Shaha, Vanoni, F., Jaques, C., Newman, C., & Simonetti, G. (2020). A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for Acute Procedural Pain on Neonates. *Clin J Pain*, 36, 390–398.
- Bally, J., Burles, M., Spurr, S., Holtslander, L., Viden, H., Sinha, R., & Zimmer, M. (2021). Keeping Hope Possible Toolkit : The Development and Evaluation of a Psychosocial Intervention for Parents of Infants , Children and Adolescents with Life Limiting and Life Threatening Illnesses. *Children*, 8(218), 1–19.
- Barros, A., Sanchez, C., Lopes, J., Dell’Acqua, M., Lopes, M. H., & Silva, R. (2015). *Processo de enfermagem - Guia para a prática*. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo.
- Bento, M., Ferreira, R., & Amendoeira, J. (2020). Family-centered care. From the centrality of care to the partner relationship. *Rev UIIPS- Unidade de Investigação Do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 276–282. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Campbell-Yeo, M., Johnston, C., Benoit, B., Disher, T., Caddell, K., Vincer, M., Walker, C.-D., Latimer, M., Streiner, D. L., & Inglis, D. (2019). No Title Sustained efficacy of kangaroo care for repeated painful procedures over neonatal intensive care unit hospitalization: a single-blind randomized controlled trial. *Pain*, 160, 2580–2588. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001646>
- Carolina, F., Iwamoto, H., Galvão, C., Pereira, G., Andrade, R., & Masso, G. (2018). Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review. *Rev Bras Enferm [Internet]*, 71(4), 2148–2156. <http://dx>.
- Carvalho, Á., Matos, C., Minderico, C., Almeida, C., Abrantes, E., Mota, E., Nunes, E., Amann, G., Lopes, I., Bettercourt, J., Ribeiro, J., Ladeiras, L., Durval, M., Martins, M., Narigão, M., Frango, P., Leal, P., Graça, P., Melo, R., & Lima, R.

- (2017). *Referencial de Educação para a Saúde* (Ministério da Educação - Direção-Geral da Educação & Direção-Geral da Saúde, Eds.).
- Carvalho, J., Souza, D., Domingues, F., Amatuzzi, E., Pinto, M., & Rossato, L. (2022). Pain management in hospitalized children: A cross-sectional study. *Revista Da Escola de Enfermagem USP*, 56(2022000), 1–9. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0008en>
- Carvalho, M., Lourenço, M., Charepe, Z., & Nunes, E. (2019). Hope promoting interventions in parents of children with special health needs: A scoping review. *Enfermeria Global*, 18(1), 646–689. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.342621>
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058–1062.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). Combater a desigualdade: da evidência à ação. In *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-português_vfinal_correto.pdf
- Correia, S., Aparício, G., Condeço, L., & Martins, M. (2020). Pain management in pediatrics: Contributions to the quality of nursing care. *Millenium*, 2(5), 185–193.
- Costa, A., & Almeida, F. (2021). Perder um filho em idade pediátrica: estudo qualitativo do apoio ao luto parental. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 37, 516–533. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i6.12868>
- Costa, T., Nascimento, J., Rocha, R., Oliveira, E., Melo, E., Dantas, R., & Dantas, D. (2020). Medidas não-farmacológicas para alívio da dor de recém-nascidos em unidade de terapia intensiva neonatal. *Enfermagem Brasil*, 19(6), 518–524. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i6.4422>
- Dantas, B., Tassara, K., Moraes, P., Oliveira, R., & Ansaloni, L. (2020). A importância do Enfermeiro na assistência ao aleitamento materno: os cuidados na amamentação nos diferentes cenários. *Saúde Coletiva*, 10(57), 3417–3422. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i57p3417-3428>
- Díaz, J., Chacón, V., & Ronda, F. (2016). El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia. Modelos de formulación. *Enfermería Global*, 15(3), 431. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.3.239221>

- Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Orientação nº 014/2020. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/DGS_dor_pediátrica.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. www.dgs.pt
- Direção Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Norma nº 015/2015 de 12/08/2015. In *Direção-Geral da Saúde*.
- Direção Geral da Saúde. (2016). Saúde Mental em Saúde Escolar: Manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar. In *Saúde Mental*. <https://sposg.files.wordpress.com/2014/09/dgs-manual-v4.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade - CPPP e Cursos de recuperação pós-parto - CRPP. Equidade na transição para a maternidade e parentalidade*. Ministério da Saúde. www.dgs.pt
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação de dor nas crianças. In *Circular normativa Nº14/2010* (pp. 1–10).
- Enumo, S., Dias, T., & Ramos, F. (2021). *Intervenções Psicológicas para Promoção de Desenvolvimento e Saúde na Infância e Adolescência*. Appris editora.
- Felipin, L., Merino, M., Baena, J., Oliveira, R., Borghesan, N., & Higarashi, I. (2018). Family-centered care in Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit: nurse's vision. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 17(1). <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i2.41001>
- Ferreira, A., Sales, J., Coelho, H., Marçal, F., Melo, C., Sousa, D., & Feitosa, A. (2020). Child Hospitalization: Emotional impact indexed to parental figure. *Revista Interfaces*, 8(1), 402–408. <https://doi.org/10.16891/2317-434x.v8.e1.a2020.pp402-408>
- Fonseca, S., Silveira, A., Franzoi, M., & Motta, E. (2020). Family centered-care at the neonatal intensive care unit (NICU): nurses' experiences. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*, 9(2), 170–190. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.1908>
- Fontes, V., Ribeiro, C., Dantas, R., & Ribeiro, M. (2018). Pain relief strategies during immunization. *Brazilian Journal Of Pain*, 1(3), 270–273. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180051>

- Gomes, C., Monge, C., Antunes, A., & Oliveira, H. (2022). *Sustentabilidade e eficiência no setor hospitalar. Quão verdes podem ser os hospitais?* Instituto de Ciências Jurídico-Políticas; Centro de Investigação de Direito Público.
- Harrison, D., Joly, C., Chretien, C., Cochrane, S., Ellis, J., Lamontagne, C., & Vaillancourt, R. (2014). Pain prevalence in a pediatric hospital: raising awareness during Pain Awareness Week. *Pain Res Manag*, 19. <https://doi.org/10.1155/2014/737692>
- Hu, J., Ruan, H., Li, Q., Gifford, W., Zhou, Y., Yu, L., & Harrison, D. (2020). Barriers and Facilitators to Effective Procedural Pain Treatments for Pediatric Patients in the Chinese Context: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 54. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.06.004>
- International Association for the Study of Pain. (2021a). *Pain Assessment in the most vulnerable children*. <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/pain-assessment-in-the-most-vulnerable-children/>
- International Association for the Study of Pain. (2021b). *Pain in children: Management*. <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/pain-in-children-management/>
- International Council of Nurses. (2019). *Browser CIPE*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jagers, R., Rivas-Drake, D., & Williams, B. (2019). Transformative Social and Emotional Learning (SEL): Toward SEL in Service of Educational Equity and Excellence. *Educational Psychologist*, 54(3), 162–184. <https://doi.org/10.1080/00461520.2019.1623032>
- Johnston, C., Rennick, J., Filion, F., Campbell-Yeo, M., Goulet, C., Bell, L., Tucci, M., & Ranger, M. (2012). Maternal touch and talk for invasive procedures in infants and toddlers in the pediatric intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(2), 144–153.
- Kaplan, S., Sadler, B., Little, K., Franz, C., & Orris, P. (2012). *Can sustainable hospitals help bend the health care cost curve? Issue Brief (Commonw Fund)*. (Vol. 29, pp. 1–14). <https://doi.org/23214181>
- Koch, A., Albrecht, T., Kozhumam, A. S., Son, H., Brandon, D., & Docherty, S. L. (2021). Crossroads of parental decision making: Intersections of hope, communication, relationships, and emotions. *Journal of Child Health Care*, 0(0), 1–16. <https://doi.org/10.1177/13674935211059041>

- Kyololo, O., Stevens, B., & Songok, J. (2019). Mothers' Perceptions about Pain in Hospitalized Newborn Infants in Kenya. *Journal of Pediatric Nursing*, 47, 51–57. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.04.015>
- Larsen, S., Pedersen, M., Friss, S., Aagaard, G., Romsing, J., Jeppenser, E., & Friedrichsdorf, S. (2017). Pain prevalence in hospitalized children: a prospective cross-sectional survey in four Danish university hospitals. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 61, 328–337. <https://doi.org/DOI.10.1111/aas.12846>
- Leng, H., Zheng, X., Zhang, X., He, H., Tu, G., Shi, S., & Yan, L. (2016). Combined non-pharmacological interventions for newborn pain relief in two degrees of pain procedures: A randomized clinical trial. *European Journal of Pain*, 20(6), 989–997. <https://doi.org/10.1002/ejp.824>
- Lima, L., Júnior, J., Assis, R., & Gurgel, G. (2018). Planejamento Institucional Em Saúde: O Caso Da Sustentabilidade Ambiental Em Um Hospital Universitário. *Revista de Pesquisa Interdisciplinar*, 3(1), 2–14. <https://doi.org/10.24219/rpi.v1i1.248>
- Lima, L., Pinto, C., & Gonçalves, S. (2018). Nurses' coping with the unexpected death of children and adolescents. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 19. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181933087>
- Maaskant, J., Raymakers-Janssen, P., Veldhoen, E., Ista, E., Lucas, C., & Vermeulen, H. (2016). The clinimetric properties of the COMFORT scale: A systematic review. *European Journal of Pain*.
- Maciel, H., Costa, M., Costa, A., Marcatto, J., Manzo, B., & Bueno, M. (2019). Pharmacological and nonpharmacological measures of pain management and treatment among neonates. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(1), 21–26. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190007>
- Marques, R., Dixe, M., Querido, A., & Sousa, P. (2016). Herth Hope Index for Caregivers of Persons in Palliative Care - Portuguese Version. *CuidArte Enfermagem*, 10(2), 89–95. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30336>
- Mendes, B., Furlan, M., & Sanches, M. (2022). Non-pharmacological interventions in painful needle procedures in children: integrative review. *Brazilian Journal Of Pain*, 5(1), 61–67. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20220004>

- Mendes, D., Barlem, E., Vagheti, H., & Hirsch, C. (2018). Práticas sustentáveis no âmbito hospitalar: Percepção dos Enfermeiros. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 8(4), 769–779. <https://doi.org/10.5902/2179769231634>
- Moradi, S., Arshdi-Bostanabad, M., Seyedrasooli, A., Tapak, L., & Valizadeh, S. (2018). The effect of empowerment program on maternal discharge preparation and neonatal length of hospital stay: A randomized controlled trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(3), 172–177. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_110_17
- Mourinho, V. (2015). Cuidar da criança em fim de vida: da teoria À intervenção. *Revista Sinais Vitais*, 118, 22–28.
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marote, L., & Amorim, R. (2018). *Desenhos da Minha Dor*.
- Oliveira, C., Santos, J., Guarda, L., Barbieratto, B., Dare, M., Leonello, D., Furtado, M., & Leite, A. (2020). Neonatal Pain Management in a Maternity Hospital of Usual Risk: Perspectives of Health Team Leading Professionals. *Revista Mineira de Enfermagem*, 24(1289), 1–8. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200018>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Promoção da esperança e preparação do regresso a casa da criança* (Vol. 3, Issue 3). http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança* (Vol. 6). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcricao.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia orientador de boa prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização* (Issue 8). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadespositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 26(2ª), 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020, January 22). *Ordem avança para a melhoria dos Sistemas de Informação em Enfermagem*. Ordem Dos Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-avan%C3%A7a-para-a-melhoria-dos-sistemas-de-informa%C3%A7%C3%A3o-em-enfermagem/>

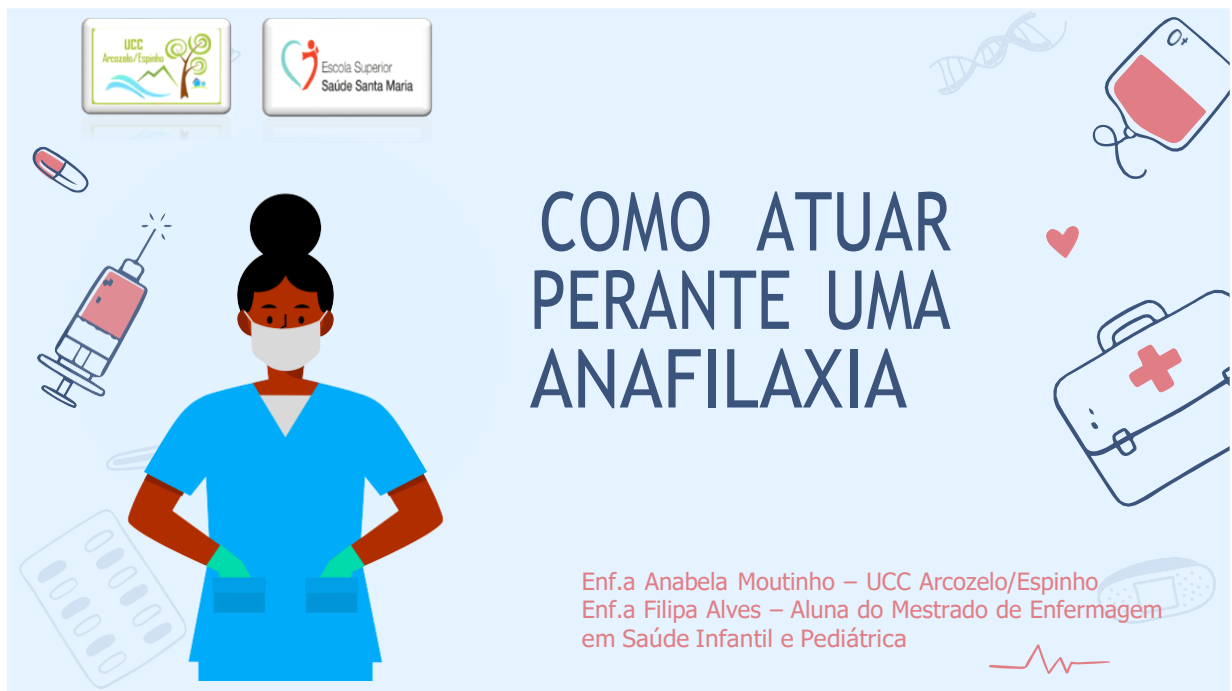
- Ordem dos Psicólogos. (2016). *Referencial de Educação para a Saúde - Contributo OPP*. www.ordemdospsicologos.pt
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. (p. 238).
- Pedroso, T., & Pffafenbach, G. (2020). *A Musicoterapia no tratamento para crianças hospitalizadas: uma revisão integrativa* (Issue April, pp. 1–22).
- Piga, T., & Mansano, S. (2015). Sustentabilidade Ambiental e História: Uma Análise Crítica. *Revista Perspectivas Contemporâneas*, 10(2), 174–195. <http://revista.grupointegrado.br/revista/index.php/perspectivascontemporaneas>
- Pimenta, C., Pastana, I., Sichieri, K., Solha, R., & Souza, W. (2015). *Guia para construção de protocolos assistenciais de Enfermagem*. COREN-SP.
- Pires, C., Silva, C., Mello, D., & Pinto, J. (2019). Intervenções não farmacológicas no controle da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 7(2).
- Postier, A. C., Eull, D., Schulz, C., Fitzgerald, M., Symalla, B., Watso, D., Goertzen, L., & Friedrichsdorf, S. J. (2018). Pain Experience in a US Children's Hospital: A Point Prevalence Survey Undertaken After the Implementation of a System-Wide Protocol to Eliminate or Decrease Pain Caused by Needles. *Hospital Pediatrics*, 8(9). <https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0039>
- Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos*. (5th.ed). Lusociência.
- Qiu, J., Jiang, Y., Li, F., Tong, Q., Rong, H., & Cheng, R. (2017). Effect of combined music and touch intervention on pain response and β -endorphin and cortisol concentrations in late preterm infants. *BMC Pediatrics*, 17–38. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0755-y>.
- Reticena, K., Yabuchi, V., Gomes, M., Siqueira, L., Abreu, F., & Fracolli, L. (2019). Role of nursing professionals for parenting development in early childhood: a systematic review of scope. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3031.3213>

- Ribeiro, P., Terra, F., Dullius, A., Araújo, W., Souza, J., & Moreira, D. (2018). Análise do Conceito Resiliência na Criança. *Revista Enfermagem Atual*, 84, 171–186. <https://doi.org/10.31011/1519-339x.2018a18n84.13>
- Rodrigues, P., Andrade, M., Lopes, P., Cruz, C., Moura, A., & Miranda, M. (2022). Hospitalização da criança : o olhar do cuidador. *Com. Ciências Saúde*, 33(1).
- Sanches, A. (2017). *Conhecimentos dos Enfermeiros sobre técnicas não farmacológicas no alívio da dor na criança*.
- Santos, A., Rodrigues, L., Silva, W., Brito, L., Viana, M., & Chaves, E. (2019). Health education in the neonatal intensive therapy unit. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 89(27), 1–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.89-n.27-art.35>
- Santos, F., Santos, O., & Bezerra, F. (2018). A importância do Enfermeiro na orientação da amamentação no puerpério imediato: Revisão integrativa da literatura. *Journal of Health Connections*, 6(5).
- Santos, M., Santos, N., Franco, G., & Silva, E. (2020). Aprendizagem de competências sociais e emocionais em crianças do 1.º ciclo do ensino básico: Avaliação do programa KidsTalentum. *PSICOLOGIA*, 34(2), 123–141. <https://doi.org/10.17575/psicologia.v34i2.1503>
- Senay, E., & Landrigan, P. (2018). Assessment of Environmental Sustainability and Corporate Social Responsibility Reporting by Large Health Care Organizations. *JAMA Network Open*, 1(4), 1–9. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.0975>
- Sousa, L., Firmino, C., Vieira, C., Severino, S., & Pestana, H. (2018). Reviews of the scientific literature: Types, meyhods and application in nursing. *RPER*, 1(1), 45–54.
- Sousa, L., Vieira, C., Severino, S., & Antunes, A. (2017). A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 17–26. <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1311>
- Tralhão, F., Rosado, A., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). Family as a promoter of the transition to parenting. *Revista UIIPS - Unidade de Investigação Do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 17–30. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>

- Victoria, N., & Murphy, A. (2016). Exposure to Early Life Pain: Long Term Consequences and Contributing Mechanisms. *Curr Opin Behav Sci*, 7, 61–68. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2015.11.015>.Exposure
- Weissberg, R. (2019). Promoting the Social and Emotional Learning of Millions of School Children. *Perspectives on Psychological Science*, 14(1), 65–69. <https://doi.org/10.1177/1745691618817756>
- Yu, W.-C., Chiang, M.-C., Lin, K.-C., Chang, C.-C., Lin, K.-H., & Chen, C.-W. (2022). Effects of maternal voice on pain and mother-Infant bonding in premature infants in Taiwan: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 63, 136–142. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.09.022>

APÊNDICE

**APÊNDICE 1 – FORMAÇÃO: SÍNDROME DE PANQUECA - COMO ATUAR
PERANTE UMA ANAFILAXIA**



Sumário

01	02	03
Síndrome de Panqueca - O que é?	Anafilaxia - O que é?	Quais os Sinais e Sintomas?
04	05	06
Como devemos atuar?	Caneta de Adrenalina	Referências Bibliográficas

01

Síndrome de panqueca - O que é?

Síndrome de Panqueca - O que é?

▶ Também conhecida por Anafilaxia Oral de Ácaros;

▶ É síndrome caracterizado por manifestações alérgicas graves que ocorrem após a ingestão de alimentos contaminados por ácaros (farinha de trigo e milho);

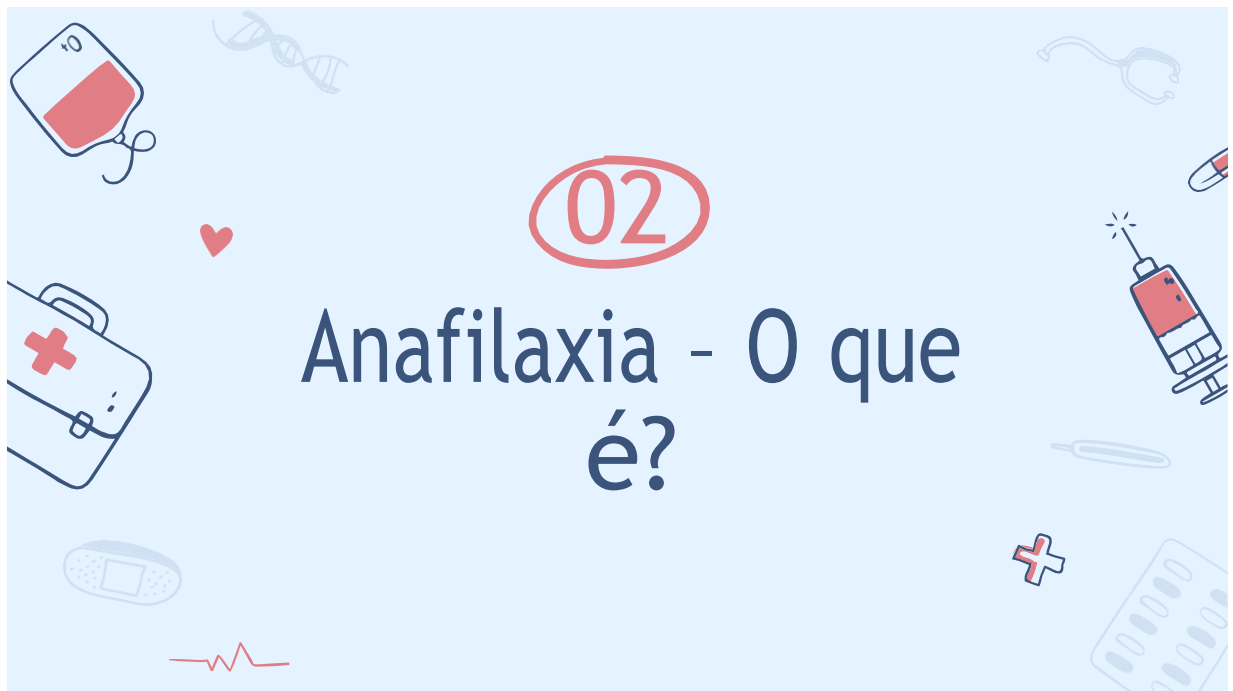
PODE OCORRER:

Imediatamente após ingestão do alimento contaminado;

Durante o esforço físico (Anafilaxia induzida pelo exercício associada à ingestão de ácaros).



(Lobato et al., 2021)



Anafilaxia- O que é?

ou Reação Anafilática

- ▶ É a manifestação alérgica mais grave que existe;
- ▶ Ocorre quando uma pessoa previamente sensibilizada é exposta novamente ao antígeno sensibilizador;
- ▶ É uma reação alérgica sistêmica (afeta vários órgãos em simultâneo);
- ▶ De instalação rápida;
- ▶ Potencialmente fatal!



(Mota et al., 2015)

03

Quais os Sinais e Sintomas?

Quais os Sinais e Sintomas?

Os sinais e sintomas podem ser muito variados.

A pele é o órgão mais frequentemente afetado (80% casos):

- Comichão - que se inicia em zonas do corpo como mãos, pés, genitais e canal auditivo externo, mas rapidamente se generaliza ao resto do corpo;
- Sensação de calor;
- Urticária (manchas na pele);
- Edemas (inchaço) localizados à volta dos olhos, orelhas, genitais, lábios ou outras partes do corpo.

(Couto, 2020)

Sistema respiratório superior (nariz, garganta) e inferior (brônquios);

- Espirros;
- Congestão nasal;
- Comichão no nariz;
- Sensação de corpo estranho na garganta ou aperto (edema da úvula ou **edema da glote**) → sensação de sufoco;
- Tosse;
- Rouquidão;
- Dificuldade em engolir;
- **Broncoespasmo** – semelhante a crise de asma: Obstrução dos brônquios → Impede a passagem do ar → sensação de falta de ar e “gatinhos” ao respirar.

(Couto, 2020)

Sistema Gastrointestinal

- Vômitos - frequentemente “em jato”;
- Cólicas;
- Diarreia.

Sistema Cardiovascular

- Hipotensão - ↓ Tensão arterial;
- Taquicardia - ↑ Batimentos cardíacos;
- Sensação de palpitações;
- Tonturas, sensação de desmaio ou perda de consciência;
- **Paragem cardíaca.**

(Couto, 2020)

IMPORTANTE



Quanto maior for o tempo sem atuar, maior será a gravidade e potencial risco de morte!

(Couto, 2020)

04

Como devemos
atuar?

Como devemos atuar?

▶ Tratamento de 1a linha e IMEDIATO:



Injeção com caneta de adrenalina (I.M)

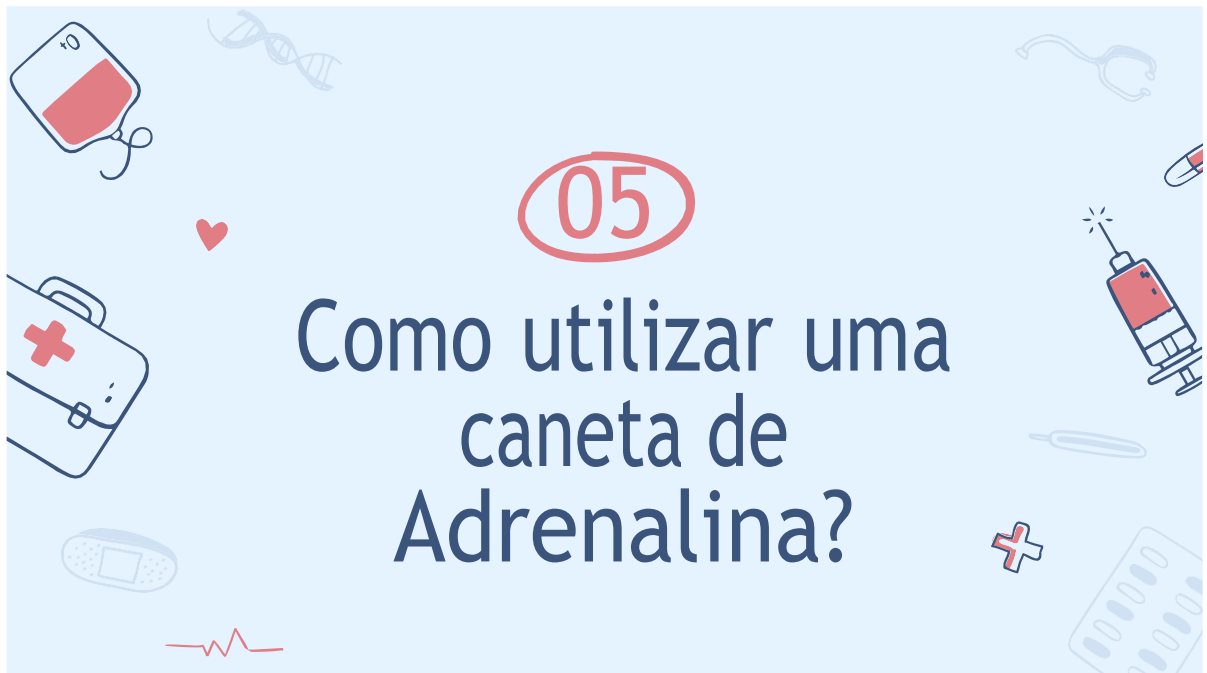
A caneta de adrenalina deve andar sempre junto da criança.

(Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica, 2019)



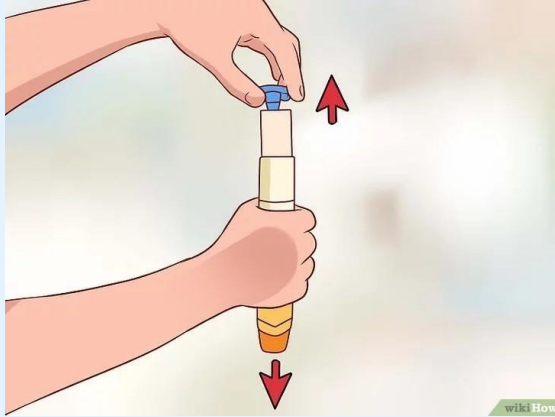
05

Como utilizar uma caneta de Adrenalina?



Como utilizar uma caneta de Adrenalina?

1



Segurar firmemente a caneta com a mão dominante: "Azul para o céu e laranja para a coxa";

Puxar a tampa de proteção azul para cima e removê-la.

(EPIPEN, 2020)

2



Segurar a caneta a 10 cm de distância da lateral da coxa, num ângulo de 90°;

Empurrar a ponta laranja firmemente na lateral da coxa, até ouvir um clique;

Aguardar 10 segundos.

- A caneta pode ser administrada por cima da roupa, evitando bater em fechos, botões ou costuras.
- A caneta de adrenalina só pode ser utilizada 1 vez!!

(EPIPEN, 2020)

3



Remover caneta;

Massajar o local de administração por 10 segundos;

Após a retirada da caneta da coxa, a tampa laranja estende-se automaticamente, garantindo que a agulha nunca fica exposta.



(EPIPEN, 2020)

E após utilização da caneta de Adrenalina?

4



Ligar 112 e referir ANAFILAXIA

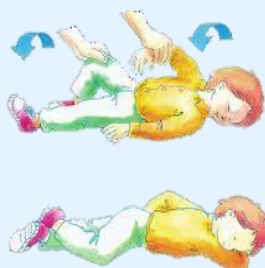
Mesmo que os sintomas tenham melhorado ou desaparecido!!

(EPIPEN, 2020)

5

Colocar a criança numa posição cómoda e tentar que permaneça calma:

- Deitada de costas no chão com as pernas mais elevadas que o tronco, exceto:



Vómitos ou perda de consciência:
Posição Lateral de Segurança



Dificuldade respiratória:
Posição de sentado

(Couto, 2020)

6



Apontar a hora em que a caneta de adrenalina foi administrada;

- No caso de não haver uma resposta (diminuição dos sintomas) no espaço de 5-15 minutos, administrar uma segunda dose, com nova caneta de adrenalina.
- A criança deve ter sempre consigo 2 canetas de adrenalina.

(Electronic Medicines Compendium, 2021; EPIPEN, 2020)

7-8



Não abandonar a criança até que chegue a equipa de emergência;

Contactar os pais ou tutor legal.



(Electronic Medicines Compendium, 2021; EPIPEN, 2020)

IMPORTANTE

Verificar a validade da caneta regularmente !!



(Electronic Medicines Compendium, 2021; EPIPEN, 2020)

IMPORTANTE

Guardar à temperatura ambiente;

Não agitar ou danificar.



(Electronic Medicines Compendium, 2021; EPIPEN, 2020)

IMPORTANTE

Verificar regularmente a janela de exibição, devendo o medicamento manter-se transparente.



- Pode mudar de cor devido à exposição de temperaturas extremas;
- Pode ser utilizado em caso de emergência, mas deve ser trocada o mais rápido possível.

(Electronic Medicines Compendium, 2021; EPIPEN, 2020)

Referências Bibliográficas

- Couto, M. (2020). Anafilaxia. Saúde Bem Estar. <https://www.saudebemestar.pt/pt/medicina/alergologia/anafilaxia/>
- Electronic Medicines Compendium. (2021). EpiPen Adrenaline (Epinephrine) Auto-Injector 0.3mg. Mylan. <https://www.medicines.org.uk/emc/medicine/26974#companyDetails>
- EPIPEN. (2020). How to use your EpiPen. EpiPen® Explained. <https://www.epipen.co.uk/en-gb/hcp/epipen-explained>
- Lobato, M., Palhinha, A., Romeira, A. M., & Pinto, P. L. (2021). Síndrome da panqueca e hipersensibilidade a AINE: A propósito de um caso clínico. Revista Portuguesa Imunoalergologia, 29(3), 215–218.
- Mota, I., Pereira, A. M., Pereira, C., Tomaz, E., Ferreira, M. B., Sabino, F., Coelho, A., Santos, A., Martins, H., & Morais-Almeida, M. (2015). Approach and registry of anaphylaxis in Portugal. Acta Medica Portuguesa, 28(6), 786–796. <https://doi.org/10.20344/amp.6802>
- Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica. (2019). Anafilaxia - Diagnóstico e terapêutica. A. Menarini Portugal.



Obrigada pela vossa atenção



APÊNDICE 2 – TABELA DE COLHEITA DE DADOS DA AMOSTRA

E1 - Effect of combined music and touch intervention on pain response and β -endorphin and cortisol concentrations in late preterm infants. (DOI 10.1186/s12887-016-0755-y.)	
Autores	Jie Qiu; Yun-fei Jiang; Fang Li; Qian-hong Tong; Hui Rong and Rui Cheng
Publicação e ano	BMC Pediatrics (2017) 17-38
Tipo de estudo	Estudo randomizado controlado
Objetivo do estudo	Compreender se a combinação da música e do toque são eficazes no controlo da dor em recém-nascidos prematuros durante procedimentos dolorosos. Comparou-se os scores do PIPP e os níveis de concentração de Betaendorфина em crianças que receberam ou não a combinação das medidas não-farmacológicas em estudo.
Participantes	Prematuros com idade gestacional < 37 semanas
Metodologia	Após o consentimento dos pais, as crianças foram aleatoriamente colocadas no grupo experimental ou no de controlo, utilizando uma tabela aleatória de números. Nas crianças do grupo experimental foram realizados os procedimentos dolorosos com intervenção combinada de música e toque, enquanto que as crianças do grupo de controlo não receberam intervenções não-farmacológicas. Foi utilizado um leitor de CD's e o tipo e música foram: músicas de embalar, que são músicas simples, com tom baixo e ritmo lento. Os decibéis estiveram entre 55 a 65 decibéis (dB), utilizando um medidor de nível de som. O leitor de CD's foi colocado perto da cabeça da criança e música permaneceu 5 minutos antes do procedimento doloroso e 30 minutos após. O protocolo da intervenção do toque ocorria no início do procedimento e estendia-se até 10 minutos após. Suavemente a mão esquerda era colocada sobre a cabeça da criança com os dedos imediatamente acima da linha da sobrancelha. A mão direita era posicionada com o polegar no ombro esquerdo da criança e com o resto da mão no braço, acima do cotovelo. As crianças foram gravadas durante os procedimentos dolorosos, repetindo-se o procedimento durante 2 semanas. Os vídeos foram vistos por 3 enfermeiras em diferentes tempos e avaliados os scores de PIPP. O cortisol e a betaendorфина foram avaliados através de uma análise de sangue colhida entre as 6 e 7h da manhã, para minimizar os efeitos do ciclo circadiano.
Contexto	Unidade Cuidados Intensivos Neonatais
Resultados: tópicos a abordar	<u>Variáveis demográficas:</u> Ficaram incluídas 62 crianças. Não existem diferenças demográficas nas características entre o grupo experimental e de controlo. <u>Número e tipo de procedimentos dolorosos:</u> No total 3707 procedimentos dolorosos foram realizados. 1913 foram realizados no grupo controlo e 1794 no grupo experimental. Foram realizadas em média 35.5 procedimentos dolorosos no grupo de controlo e 29 no grupo experimental. Os procedimentos dolorosos foram: aspiração traqueal, aspiração nasal, cateterização venosa; remoção de linhas endovenosas; remoção de adesivos; punção arterial; enema; intubação e extubação traqueal; punção lombar; injeção subcutânea, cinesioterapia respiratória; inserção de sonda nasogástrica; picada no dedo ou no calcanhar). <u>PIPP:</u> Após 2 semanas no grupo de controlo, o PIPP aumentou significativamente e no grupo experimental diminuiu. Inicialmente não existia significativas diferenças entre os dois grupos e após 2 semanas o grupo experimental tem um número significativamente mais baixo do que o grupo de controlo.

	<u>Concentração de cortisol:</u> No grupo de controlo os níveis de cortisol diminuíram significativamente depois de 2 semanas. No grupo experimental não se denotou grandes diferenças. Não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos no início e 2 semanas depois. <u>Betaendorfina:</u> A concentração de betaendorfina aumentou significativamente no grupo experimental, mas não no grupo de controlo. Após a primeira intervenção, a betaendorfina aumentou, contudo, o score da PIPP não teve diferenças significativas. Após 2 semanas com a repetição desta intervenção, a concentração de endorfinas teve um aumento significativo, assim como os scores da PIPP. Estes dados levam a sugerir que em recém-nascidos prematuros, apesar da concentração da betaendorfina aumentar, não é suficiente para responder à dor após uma intervenção isolada, mas repetindo a intervenção combinada de música e toque, pode existir uma redução da dor pelo aumento da concentração de endorfinas.
Conclusão dos autores	O Score do PIPP aumentou significativamente no grupo de controlo e diminuiu significativamente no grupo experimental, por isso, pode-se assumir que a combinação da música e do toque podem reduzir a resposta da dor em recém-nascidos prematuros. A combinação da música e do toque aquando de procedimentos dolorosos podem diminuir a dor de recém-nascidos prematuros, pelo aumento da concentração de betaendorfina, mas não da concentração de cortisol.
Comentário do revisor e relevância	Este estudo é de extrema importância porque demonstra através do estudo das concentrações de betaendorfina e de scores da PIPP, que a combinação das estratégias não-farmacológicas música e toque, conseguem efetivamente diminuir a dor de recém-nascidos prematuros aquando de diversos procedimentos dolorosos. E ainda, que é necessário que a intervenção seja feita de forma repetida ao longo do tempo e não de forma isolada, para conseguir obter melhores e mais duradouros resultados.

E2 - Mothers' Perceptions about Pain in Hospitalized Newborn Infants in Kenya. (DOI 10.1016/j.pedn.2019.04.015.)	
Autores	O'Brien M. Kyololo; Bonnie J. Stevens; Julia Songok
Publicação e ano	Journal of Pediatric Nursing 47 (2019) 51-57
Tipo de estudo	Estudo descritivo qualitativo
Objetivo do estudo	Explorar a percepção das mães sobre a dor e intervenções para o controlo da dor praticadas em crianças hospitalizadas, numa unidade de cuidados intensivos de um país com baixo rendimento económico.
Participantes	15 Mães de recém-nascidos internado numa UCIN
Metodologia	Foi criado um Kit de intervenção que engloba 20 fotografias da mãe e do bebé em conjunto, tiradas durante o internamento em diferentes ângulos, aquando de procedimentos dolorosos e utilizando diferentes estratégias não farmacológicas (amamentação, método canguru, posicionamento e utilização da chupeta). Estes Kits foram oferecidos às mães aquando da entrevista. Na primeira parte da entrevista foi questionado às mães a sua percepção sobre a hospitalização de uma forma geral e em particular os seus pensamentos acerca da experiência de dor dos seus filhos. As fotografias foram integradas na segunda parte da entrevista, onde se questionava às mães que momento é que a fotografia representada (o que estava a acontecer na fotografia) e se até que ponto o que se capturou na fotografia representa aquilo que vivenciou no hospital.
Contexto	2 unidades de cuidados intensivos no Quênia.
Resultados: tópicos a abordar	O resultado foi dividido por categorias: <u>Dor definindo a experiência da hospitalização:</u> Carga de dor: As mães referiram que existe um número muito elevado de procedimentos dolorosos a que os seus filhos estão sujeitos, provocando um nível de dor muito elevado. Os mais referidos foram entubação nasogástrica, colheita de sangue e injeções. Contudo, ao longo da hospitalização compreenderam que esses procedimentos seriam parte necessária do tratamento. As mães descreveram ainda que o número elevado de procedimentos dolorosos nos seus filhos deixa uma marca psicológica na criança. As mães são colocadas em posições de stress por assistirem a estes procedimentos e ficam traumatizadas a nível emocional e psicológico, porque sentem necessidade de partir em socorro dos filhos e não podem. Não tratamento da dor: As mães pensam que, apesar dos filhos serem sujeitos a muitos procedimentos para a dor, eles raramente recebem tratamento para a dor, ou quando recebem não é adequado ao nível de dor que estão a sentir. <u>Intervenções de controlo da dor:</u> As perspetivas das mães refletem conhecimento sobre estratégias que podem ajudar em procedimentos dolorosos. Método canguru: referiram que foi muitas vezes praticado para criar ligação com os seus filhos e que os ajudava quando estavam a chorar, acalmando-os e fazendo-os adormecerem mais rápido. Refletindo sobre essas experiências, as mães sentiram que deveriam ser autorizadas a manter os seus filhos de forma rotineiramente na posição canguru durante procedimentos dolorosos. A determinação da mãe em trabalhar com os profissionais de saúde para confortar as crianças durante os procedimentos, é claramente palpável. As mães estavam dispostas a renunciar os seus confortos por causa do alívio da dor de seus filhos. Amamentação: As mães descreveram situações em que foram questionadas pelos profissionais de saúde para amamentar após procedimentos dolorosos e apreciaram a estratégia.

	Contudo, embora sentissem que deveriam ser autorizadas, sempre que possível, a amamentar seus filhos após os procedimentos, tinham alguns receios em fazê-lo por preocupações relacionadas com a segurança da prática (engasgamento). Contenção facilitada (usar as mãos para gentilmente posicionar as pernas e braços da criança para junto do tronco) - houve um consenso geral sobre a utilização da contenção facilitada em procedimentos dolorosos. No entanto, compreendeu-se que existiu uma má interpretação da estratégia como uma forma de contenção física e que este posicionamento minimizaria os movimentos da criança, permitindo que os profissionais de saúde picassem menos vezes e concluíssem o procedimento mais rapidamente. Os participantes reconheceram que segurar uma criança durante um procedimento invasivo seria uma experiência traumática para a maioria deles, no entanto, estavam dispostos a suportar o desconforto se isso reduzisse a carga de dor suportada pelos seus filhos. <u>Melhorar as práticas da dor</u>: percepção das mães sobre como melhorar as práticas da dor. Sentiram que elas próprias foram pouco utilizadas como recurso dos profissionais de saúde para confortar os seus filhos durante um procedimento doloroso. Consciencializando as mães - Os relatos das mães demonstraram que, estas sentem um grande desejo de conhecer técnicas para conforto e alívio da dor em crianças durante procedimentos dolorosos. Referem que deveria ser-lhes dada informação durante o período de hospitalização, sobre possíveis estratégias não-farmacológicas e como as utilizar durante os procedimentos. As mães sentem que seriam bastante recetivas na utilização destas estratégias se os profissionais de saúde enfatizassem o quão importantes são na redução da dor da criança. Envolver as mães: Considerada o primeiro passo na melhoria das práticas da dor. As mães gostariam de ter permissão para ficar ao lado dos seus filhos durante procedimentos dolorosos. Consideram que apesar de ser desconfortável ver os seus filhos sob procedimentos dolorosos, é mais traumatizante psicologicamente não estar envolvida.
Conclusão do(s) autor(es)	Os pais são figuras importantes no cuidado a crianças hospitalizadas e as suas perspetivas sobre a qualidade dos cuidados é fundamental para mudar as práticas. Consideram que os seus filhos passam por procedimentos dolorosos inesperados, apesar de inevitáveis, sem adequadas medidas de conforto. Apesar da dor provocada nos seus filhos ser emocionalmente traumatizante, o stress pode ser minimizado tendo um papel ativo durante os procedimentos. Para maximizar o envolvimento parental e melhorar as práticas de controlo da dor, os profissionais de saúde devem informar os pais sobre estratégias não-farmacológicas para controlo da dor e serem mais sensíveis para as necessidades dos pais, encorajando e oferecendo a oportunidade de estarem presentes e participarem durante os procedimentos, com base nas competências e preferências individuais dos pais (cuidados centrados na família).
Comentário do revisor e relevância	Este estudo é importante porque é necessário que existam conhecimentos sobre a percepção dos pais, que são os cuidadores principais da criança hospitalizada, por forma, a melhorar a prática dos cuidados de saúde. Compreendendo a percepção deles sobre a dor dos seus filhos, sobre os procedimentos dolorosos que são frequentemente praticados ao longo da hospitalização e sobre as estratégias não-farmacológicas que são aplicadas para o controlo da dor, entendendo a percepção sobre a sua aplicabilidade, o seu efeito e o desejo dos pais de se sentirem envolvidos nos cuidados.

E3 - Effects of maternal voice on pain and mother-Infant bonding in premature infants in Taiwan: A randomized controlled trial. DOI 10.1016/j.pedn.2021.09.022.	
Autores	Wan- Chen Yu; Ming-Chou Chiang; Kuan-Chia Lin; Chun-Chu Chang; Kai-Hui Lin; Chi-Wen Chen
Publicação e ano	Journal of Pediatric Nursing 63 (2022) 136-142
Tipo de estudo	Estudo randomizado controlado
Objetivo do estudo	Desenvolver intervenções individualizadas, utilizando como recurso uma gravação da voz da mãe e examinar os efeitos da voz materna em prematuros sujeitos a picada nos calcanhares, assim como, a avaliação da ligação mãe-filho durante a hospitalização.
Participantes	64 Prematuros que não aceitaram alimentação enteral após o nascimento e têm que ser submetidos a picadas nos calcanhares a cada 8h para monitorização da glicose capilar.
Metodologia	Divididos aleatoriamente em dois grupos com 32 prematuros cada, sendo similares nas variáveis em estudo. Para o grupo experimental será utilizada uma gravação da voz materna aquando da picada no calcanhar e no grupo de controlo será realizada a rotina normal. A gravação materna é da mãe a ler um livro infantil e a dizer algumas palavras que quer que a criança ouça. Cada gravação tem um total de 13 minutos, com um nível de som entre 50 a 60 dB e é colocada a 10 cm dos calcanhares da criança. Inicia-se 3 minutos antes da picada no calcanhar e permanece até ao procedimento acabar. A avaliação dos resultados foi realizada através de parâmetros fisiológicos (batimento cardíaco, frequência respiratória e saturação de oxigénio) resposta à dor e informações demográficas (sexo, tempo de gestação, peso no nascimento, aparência, pulso, caretas, atividades, pontuação de respiração no primeiro e quinto minutos e por fim, índice médico neonatal), a NIPS que foi utilizada para avaliar a intensidade da dor e a Mother-Infant bonding inventory foi utilizada para medir os pensamentos da mãe, sentimentos e compromisso/ligação com o seu filho.
Contexto	Unidade de cuidados intensivos neonatais da china.
Resultados	Este estudo demonstrou que a intervenção da voz materna é eficiente em baixar a frequência cardíaca e aliviar a resposta da dor em prematuros hospitalizado, obtendo-se scores mais baixos na avaliação da dor através da escala NIPS. Não existiram diferenças na frequência respiratória, saturação de oxigénio ou ligação mãe-filho entre os dois grupos, nem nos outros parâmetros descritos anteriormente.
Conclusão dos autores	Este estudo revela que a intervenção da voz materna é segura, prática, viável e que tem efeitos na estabilização do batimento cardíaco em prematuros e ainda, que controla a resposta à dor durante e após procedimentos dolorosos (picada com agulha no calcanhar). A aplicação de estratégias não-farmacológicas e não invasivas é recomendada para prematuros hospitalizados.
Comentário do revisor e relevância	Este estudo é relevante porque demonstrou que a voz materna utilizada em procedimentos dolorosos como picada de calcanhar, diminui os níveis de dor avaliados através da escala NIPS, assim como diminuiu significativamente a frequência cardíaca, indicando a sua efetividade e relevância da sua utilização.

E4- Pain prevalence in hospitalized children: a prospective cross-sectional survey in four Danish university hospitals DOI 10.1111/aas.12846.	
Autores	S. Walther- Larsen; M. T. Pedersen; S. M. Friss; G. B. Aagaard; J. Romsing; E. M. Jeppenser; S. J. Friedrichsdorf
Publicação e ano	Acta Anaesthesiologica Scandinavica 61 (2017) 328-337
Tipo de estudo	Estudo de métodos mistos prospetivos em corte transversal
Objetivo do estudo	Descrever a prevalência geral de dor e subsequentemente identificar características das crianças, de procedimentos, avaliação e gestão de dor para a base de futuras intervenções criadas para melhorar o controlo da dor em crianças.
Participantes	570 crianças dos 0-18 anos. (157 crianças < 2 anos.)
Metodologia	Os participantes foram separados em grupos conforme os procedimentos a que foram sujeitos e depois foram realizadas entrevistas de 10 minutos, gravando as respostas. Para crianças com idade inferior a 5 anos, foram entrevistados os pais da criança. Foi pedido aos pais que indicassem qualquer dor que percecionaram durante a entrevista e a pior dor nas últimas 24h usando a escala visual analógica. Para personalizar a intensidade da dor, foi questionado o nível de dor, indicação para medidas de controlo da dor, informações sobre avaliação da dor, controlo da mesma e geral satisfação dos procedimentos realizados.
Contexto	4 Hospitais universitários da Dinamarca.
Resultado	Os pais apreciaram as estratégias não-farmacológicas e 89% dos pais responderam que abraçariam essas intervenções. As estratégias não-farmacológicas mais abordadas pelos pais foi a participação do cuidador, distração da criança, informação/instrução, sacarose e amamentação e por fim, posicionamento. No estudo foi demonstrada pouca documentação sobre estas intervenções não-farmacológicas, possivelmente por não estarem a ser utilizadas ou estarem a ser utilizadas ate certo ponto, mas não documentadas. Explicar aos pais de que forma conseguem ser um suporte para a criança durante procedimentos dolorosos parece ser importante para os pais e deve ser incorporado na prática clínica.
Conclusão dos autores	As estratégias não-farmacológicas não são frequentemente utilizadas. É necessária uma abordagem multidisciplinar, tomando iniciativas educacionais contínuas, envolvendo os pais e implementando tanto o controle de qualidade apropriado, quanto as diretrizes baseadas em evidências na prática de rotina em todas as unidades de pediatria.
Comentário do revisor e relevância	O estudo é importante porque revela quais são as estratégias não-farmacológicas mais utilizadas, enfatizando a necessidade de promover cuidados centrados na família e demonstra ainda, que existe poucos registos sobre a realização deste tipo de intervenções.

E5- Pain Experience in a US Children's Hospital: A Point Prevalence Survey Undertaken After the Implementation of a System-Wide Protocol to Eliminate or Decrease Pain Caused by Needles. DOI 10.1542/hpeds.2018-0039.	
Autores	Andrea C. Postier; Dinna Eull; Craig Schulz; Mara Fitzgerald; Barbara Symalla; David Watson; Lexie Goertzen; Stefan J. Friedrichsdorf
Publicação e ano	Hospital Pediatrics volume 8 (9) 2018
Tipo de estudo	Estudo de pesquisa descritivo
Objetivo do estudo	Compreender a experiências das famílias com crianças internadas relativamente à com dor e ao controlo da dor, numa altura em que o protocolo de promessa de conforto já está iniciado em vários locais; comparar resultados com os encontrados pelos mesmos autores à 2 anos atrás e determinar se existe a possibilidade de existirem relatos sobre o protocolo “Children’s Comfort Promise”.
Participantes	194 Crianças e pais (crianças com idade < 5anos) → 169 crianças até 1 ano e 39 crianças dos 1 aos 2 anos.
Metodologia	Foi criada uma iniciativa denominada “Children’s Comfort Promise” com o objetivo de projetar, testar e desenvolver práticas que fomentem a cultura necessária para eliminar toda a dor desnecessária e minimizar todas as dores físicas moderadas a severas e o sofrimento associado das crianças e seus familiares. A primeira prioridade foi reduzir ou eliminar a dor pela picada de agulha. Foi criado um protocolo com estratégias não-farmacológicas, com evidencia científica na diminuição da dor de picada em crianças (amamentação e/ou sacarose, posicionamento, distração e anestesia tópica), que todas as unidades do hospital passaram a ter que executar. Entrevista com os pais (no caso de crianças com idade inferior a 5 anos) com questões como: qual o motivo da vinda ao hospital, a existência de experiencia de dor antes e desde a admissão, se esta com dor (e em que intensidade) no momento da entrevista, a causa da pior dor que sentiu desde admissão, o nível de dor da pior dor que sentiu (escala numérica ou escala de faces revisada), se lhe explicaram que o procedimento ia ser doloroso, o que fez a equipa de saúde para diminuir a dor, a satisfação de como foi tratada a dor e pelo contrário, o que não foi bem feito. No caso do procedimento doloroso ser a picada, foi questionado se destas 4 melhores intervenções (amamentação e/ou sacarose, posicionamento, distração e anestesia tópica), alguma foi executada pelos profissionais de saúde.
Resultados	A dor por picada de agulha foi considerada a mais dolorosa. A percentagem de pais que referiram não ter tido dor aumentou comparativamente ao estudo de 2013 (33% vs 24%) , a percentagem de crianças que referiram ter dor severa diminuiu (14% vs 9%) e a percentagem de crianças que referiram como pior dor experienciada, a picada por agulha decresceu (30% vs 21%). Contudo a maioria das crianças sofreu com dor e 80% sofreu dor moderada a intensa. A ocorrência do uso de estratégias não-farmacológicas que fazem parte do protocolo “Children’s Comfort Promise”, foi avaliada em todas as crianças, sendo que a amamentação só foi avaliada para crianças até aos 12 meses. O uso de anestesia tópica foi raramente utilizado e uma vez que não foi avaliada no estudo de 2013 não há comparação possível. As técnicas de distração e o uso de sacarose e/ou amamentação foram mais utilizadas de acordo com os pais, sendo que a amamentação e/ou sacarose não evidenciaram uma diferença

	estatísticas significativas com o ano de 2013 (75% vs 48%), enquanto que as técnicas de distração subiram comparativamente com o ano de 2013 (38% vs 3%). Em crianças com idade superior a 1 ano, o posicionamento foi a técnica não-farmacológica que mais foi oferecida comparativamente a 2013 (62% vs 24%). Comparativamente com 2013, a distração foi proporcionada em maior número em crianças com idade até aos 12 meses e o posicionamento em crianças com idade dos 1 aos 2 anos. Em nenhuma criança que reportou a dor de picada como procedimento mais doloroso, lhe foi oferecida as 4 estratégias em conjunto. Isto deve-se provavelmente ao facto do protocolo ser algo recentemente implementado e os profissionais ainda estão a adquirir novas competências e ainda, podem ter tido a mentalidade de escolher apenas um dos procedimentos, ao invés de colocar todos em prática.
Conclusão dos autores	Existiram melhorias na experiência do controlo da dor em pediatria, associadas a um estágio inicial do protocolo para prevenir ou eliminar a dor da picada.
Comentário do revisor e relevância	Este estudo é interessante porque colocou em prática um protocolo, que permite orientar a prática dos profissionais de saúde com crianças hospitalizadas, sujeitas a procedimentos com picada por agulha. Compreende medidas não-farmacológicas como: amamentação e/ou sacarose, posicionamento, distração e anestesia tópica. Neste estudo conseguem compreender que efetivamente a dor moderada a severa diminuiu, assim como diminui os relatos do procedimento em questão ser o mais doloroso, comparando com dados de 2013 obtidos pelos mesmos autores. Conseguiram ainda afirmar que existiu maior aplicação de estratégias de distração nas crianças até 12 meses e de técnicas de posicionamento para crianças com idade superior a 1 ano. Descobriu-se ainda que em nenhuma criança foram aplicadas as 4 estratégias definidas pelo protocolo, contudo justificam pelo recente início do projeto.

E6 - Barriers and Facilitators to Effective Procedural Pain Treatments for Pediatric Patients in the Chinese Context: A Qualitative Descriptive Study. DOI 10.1016/j.pedn.2020.06.004.	
Autores	Jiale Hu; Hong Ruan; Qingge Li; Wendy Gifford; Yiyang Zhou; Leilei Yu; Denise Harrison
Publicação e ano	Journal of Pediatric Nursing 54 (2020)
Tipo de estudo	Estudo qualitativo descritivo.
Objetivo do estudo	Este estudo faz parte de um projeto internacional de pesquisa, que visa desenvolver e testar na prática, intervenções de liderança para facilitar a implementação do controlo da dor pediátrica, baseada em evidências científicas no contexto chinês. Este estudo tem como objetivo explorar a percepção de profissionais de saúde das barreiras e facilitadores para a implementação de estratégias não-farmacológicas de controlo da dor, baseadas em evidencia científica, nomeadamente utilização de soluções doces, amamentação e anestesia local para crianças hospitalizadas no contexto chinês.
Participantes	10 profissionais de saúde no grupo de foco e 13 profissionais em entrevistas individuais.
Metodologia	Entrevistas aos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos). Antes das entrevistas foi divulgado um vídeo que demonstra claramente os benefícios das soluções doces (glicose e sacarose) e amamentação no controlo da dor do recém-nascido.
Contexto	China
Resultados	Os participantes sentiram que as intervenções não farmacológicas para o controlo da dor em estudo não eram complexas e eram viáveis para serem testadas em pequena escala nas unidades. Também se demonstraram confiantes na qualidade e validade das evidências que apoiam essas intervenções. No entanto, preferiam que as evidências sobre a eficácia dessas intervenções no tratamento da dor fossem desenvolvidas internamente. Os participantes relataram falta de conhecimento e confiança na implementação de estratégias não-farmacológicas para o controlo da dor. A maioria dos participantes nunca ouviu falar do uso de anestésicos tópicos para procedimentos dolorosos relacionados com agulha. Alguns participantes tinham a crença equivocada de que as soluções doces eram usadas para fins nutricionais ou para reduzir a sensação de fome e que a amamentação durante procedimentos dolorosos poderia fazer com que os bebês se engasgassem ou vomitassem. Além disso, os participantes não estavam confiantes em explicar o uso de estratégias de controlo da dor aos pais ou a outros colegas. Os participantes também relataram preocupações sobre a implementação desses tratamentos para a dor, especialmente se ocorrerem situações não esperadas, como por exemplo, engasgos ou vômitos causados pela amamentação ou alergia a anestésicos tópicos. Os participantes referiram ainda que a nível da amamentação não existem custos associados, mas que no que se refere às soluções doces e aos anestésicos tópicos, embora sejam de baixo custo, existe um custo associado e identificam essa situação como uma barreira. Foi ainda discutido o papel essencial que os pais desempenharam na implementação destas intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor e o facto de que os pais provavelmente estariam recetivos ao uso das mesmas. No entanto, as barreiras também foram identificadas com base na percepção dos participantes sobre a falta de conhecimento dos pais. Os participantes relataram que os pais desconheciam a importância de reduzir a dor durante procedimentos dolorosos e

	não tinham conhecimento sobre a eficácia dos tratamentos para a dor. Ainda referiram que, a maioria dos pais na China não gosta que os seus filhos comam alimentos doces no início de sua vida, acreditando que ficarão viciadas no sabor doce e recusaram outros alimentos. Além disso, pode haver uma preocupação com os efeitos colaterais dos anestésicos tópicos. As preferências dos pais devem ser respeitadas e consideradas como um componente-chave da enfermagem baseada em evidências e o cuidado centrado na família em pacientes pediátricos deve ser incentivado. Assim, é importante informar os pais sobre os malefícios da dor de procedimentos dolorosos e os benefícios e a eficácia do uso de tratamentos para a dor. A maioria dos participantes referiu que a solução doce e os anestésicos tópicos são mais viáveis do que a amamentação, em primeiro lugar porque a maioria das mães pode já ter parado de amamentar ou se encontrar ausente das unidades, sobretudo nos fins-de-semana. Pelo contrário, a solução doce e o anestésico tópico podem ser usados sem a presença dos pais. Em segundo lugar, os participantes referiram que se iram sentir incomodados ao fazer colheitas de sangue enquanto as mães estariam a amamentar. Em terceiro lugar, a amamentação não é apropriada para uma população infantil específica, por exemplo, a sucção não é permitida para bebês em unidades de cirurgia plástica que têm fissura do lábio ou palatina e a alimentação não é permitida para crianças nas primeiras seis horas após a cirurgia de refluxo. A carga de trabalho pesada, a falta de pessoal e tempo limitado foram também identificadas como barreiras. Os participantes acreditavam que os procedimentos dolorosos eram curtos e seus efeitos sobre as crianças são menores. No entanto, numerosos estudos ilustraram que procedimentos dolorosos repetidos e dor mal controlada nas crianças estão fortemente associados a resultados adversos a curto prazo e podem levar a efeitos negativos duradouros na percepção da dor, nas respostas ao stresse, no medo de agulhas e a alterações no seu crescimento e desenvolvimento. Além disso, os participantes falaram ainda sobre o choro da criança pelo medo da farda branca dos profissionais, subestimando a dor que os procedimentos, especialmente os relacionados com agulhas, provocam e que são os mais temidos pelas crianças hospitalizadas. O sofrimento e a experiência negativa durante os procedimentos podem afetar fortemente os níveis de comportamento cooperativo das crianças em procedimentos subsequentes.
Comentário do revisor e relevância	Este estudo é importante porque demonstra na percepção dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) quais são as barreiras e facilitadores para o uso de estratégias não-farmacológicas para o controlo da dor, nomeadamente a amamentação, anestésico local e soluções doces.

E7 - Sustained efficacy of kangaroo care for repeated painful procedures over neonatal intensive care unit hospitalization: a single-blind randomized controlled trial. DOI 10.1097/j.pain.0000000000001646.	
Autores	Marsha Campbell-Yeo; C. Celeste Johnston; Britney Benoit; Timothy Disher; Kim Caddell; Michael Vincer; Claire-Dominique Walker; Margot Latimer; David L. Streiner; Darlene Inglis.
Publicação e ano	Pain 160 (2019) 2580-2588
Tipo de estudo	Estudo randomizado controlado
Objetivo do estudo	Determinar a eficácia do método canguru isoladamente ou combinado com sacarose a 24%, comparativamente com a utilização de sacarose 24% isoladamente, assim como, os potenciais efeitos de atuação em crianças prematuras.
Participantes	Recém-nascidos prematuros com 37 semanas de gestação ou menos.
Metodologia	Outcomes de avaliação: PIPP e Neurobehavioral Assessment of the Preterm Infant (NAPI). 242 Recém-nascidos elegíveis foram aleatoriamente colocados em 3 grupos: Canguru + placebo; Canguru + sacarose 24% e sacarose 24%. No grupo canguru, 15 minutos antes do procedimento a criança foi colocada em posição canguru com a mãe e 2 minutos antes do procedimento administrada água esterilizada. No grupo sacarose 24%, 15 minutos antes, a criança foi posicionada em decúbito dorsal e dois minutos antes do procedimento foi administrada sacarose a 24%. No grupo canguru + sacarose a 24% foram aplicadas as duas estratégias.
Contexto	Unidade de cuidados intensivos neonatais no Canada.
Resultados	PIPP: sem diferenças significativas nos três grupos, tendo o score do PIPP aumentado nos primeiros 30 segundos após o início do procedimento e decrescido com o passar do tempo. NAPI: não existem diferenças estatísticas entre os três grupos. O método canguru parece ter eficácia no controlo da dor em procedimentos dolorosos como punção do calcanhar em recém-nascidos com IG entre 27 e 36 semanas. Parece ainda ter igual eficácia comparativamente com a sacarose 24% isolada ou com a combinação de ambas. Este estudo demonstra ainda que tanto o método canguru, a sacarose a 24% ou a combinação de ambas, não provocam qualquer dano neurológico em recém-nascidos entre as 32 e 36 semanas de IG. Dada a satisfação parental com a utilização do método canguru aquando da realização de procedimentos dolorosos e a abstenção de efeitos secundários, o método canguru deveria ser considerado uma alternativa à primeira linha de tratamento (atualmente considerada a utilização de soluções doces) para procedimentos dolorosos relacionadas com agulhas em recém-nascidos prematuros.
Conclusão dos autores	O método canguru parece permanecer eficaz ao longo do tempo e após repetição de procedimentos, sem evidência de danos neurológicos e desenvolvimentais. O método canguru parece ter a mesma eficácia do que a sacarose. O uso combinado dos dois não parece ter efeitos adicionais. Estas descobertas desafiam a recomendação existente de usar sacarose 24% como padrão primário dos cuidados em procedimentos dolorosos com recurso à agulha.
Comentário do revisor e relevância	É um estudo relevante porque demonstra a eficácia do método canguru em procedimentos dolorosos, sem efeitos secundários a nível neurológico e demonstra ainda, a igual eficácia da utilização da sacarose a 24%.

E8 – Maternal touch and talk for invasive procedures in infants and toddlers in the pediatric intensive care unit. DOI 10.1016/j.pedn.2010.12.016.	
Autores	C. Celeste Johnston; Janet E. Rennick; Francoise Filion; Marsha Campbell-Yeo; Celine Goulet; Linda Bell; Marisa Tucci; Manon Ranger
Publicação + ano	Journal of Pediatric Nursing 27(2) 2012 144-153
Tipo de estudo	Estudo randomizado cruzado single-blind
Objetivo do estudo	Testar a combinação das intervenções não-farmacológicas toque + voz materna em crianças com menos de 3 anos durante um procedimento invasivo e compreender a existência de alterações fisiológicas na criança.
Participantes	65 crianças com menos de 3 anos.
Metodologia	As mães foram divididas em 2 grupos: experimental e de controlo. No grupo experimental, as mães foram incentivadas a estabelecer contato com seu filho durante um procedimento invasivo, explicando de forma clara que o objetivo era distrair a criança do procedimento. Os tipos de contato incluíam tocar e acariciar o seu filho. A voz materna incluía cantar canções de embalar, contar uma história ou falar “babytalk” com seu filho, dependendo da idade da criança. No grupo de controlo, as mães podiam permanecer na sala se desejassem, mas foram solicitadas a não interagir com o filho durante o procedimento. Os outcomes de avaliação foram: a frequência cardíaca, a saturação de oxigénio, a variabilidade do batimento cardíaco, a estabilidade fisiológica e a severidade da doença através do PRISM (Pediatric Risk of Mortality Scale).
Contexto	Unidade de cuidados intensivos pediátricos
Resultados	Os procedimentos dolorosos mais comuns no estudo foram: picada do dedo ou calcanhar, remoção de linha arterial e medição da temperatura retal. Os resultados do estudo não demonstram diferenças significativas em nenhum outcome de avaliação, exceto no tempo de recuperação. Uma recuperação mais rápida é uma componente central da estabilidade fisiológica e durante procedimentos dolorosos, as crianças em estado crítico são menos capazes de manter os seus sinais vitais estáveis e podem ter dificuldade em retornar à estabilidade. Neste estudo descobriu-se que o tempo de recuperação da criança foi significativamente menor quando se utilizava a combinação das intervenções não-farmacológicas toque e voz materna. Desta forma concluiu-se que, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas na resposta fisiológica durante os procedimentos, apenas significância estatística na recuperação fisiológica. Assim, não se pode recomendar que esta intervenção seja adotada nas unidades de cuidados intensivos pediátricos. Contudo, dado ter sido eficaz no tempo de recuperação após os procedimentos, podemos concluir que a utilização desta combinação é importante, promovendo conforto à criança, ajudando-a a voltar à estabilidade fisiológica e aumentando a satisfação parental, uma vez que, os relatos das mesmas foram muito positivos e estes mantinham o desejo de fazer parte do controlo da dor dos seus filhos e continuar a promover-lhes toque, afeto e distração. Refletindo sobre os potenciais motivos que levaram a uma falha na eficácia da combinação das estratégias não-farmacológicas toque e voz materna aquando da realização de procedimentos dolorosos, pode-se destacar que as idades das crianças deste estudo eram em média de 6 meses de idade e que estas estratégias poderão não ser as mais adequadas para crianças desta idade, dado eles não terem o desenvolvimento cognitivo necessário para se distrair com esta técnica.

	O número reduzido da amostra pode ter sido outro fator que levou à falta de resultados positivos, assim como a diversidade de procedimentos dolorosos que ocorreram, não permitindo uma comparação válida entre eles. O ideal teria sido a utilização de um procedimento doloroso comum a todas as crianças. E ainda, a variedade de condições, complexidade e medicação administrada às crianças internadas na unidade de cuidados intensivos pediátricos em estudo, podem ter contribuído para a alteração dos outcomes em estudo.
Conclusão dos autores	A combinação das estratégias não-farmacológicas toque + voz materna utilizadas aquando de um procedimento doloroso em crianças hospitalizadas numa unidade de cuidados intensivos pediátricos, não apresentaram resultados estatísticos na estabilidade fisiológica da criança durante o procedimento. No entanto, demonstrou uma recuperação fisiológica mais rápida da criança após o procedimento. A grande diversidade de diagnósticos e procedimentos encontrados na unidade de cuidados intensivos neonatais podem tornar improvável uma única intervenção para todos os pacientes, apoiando assim a necessidade de adaptação individual.
Comentário do revisor e relevância	Apesar deste estudo não ter encontrado evidência de que a combinação das estratégias não-farmacológicas toque + voz materna são eficazes no controlo da dor da criança hospitalizada aquando de procedimentos dolorosos, consegue relatar que esta combinação de estratégias acarreta uma recuperação fisiológica mais rápida da criança após o procedimento e aumenta a satisfação parental.

E9 - Pain prevalence in a pediatric hospital: raising awareness during Pain Awareness Week. DOI 10.1155/2014/737692.	
Autores	Denise Harrison; Cynthia Joly; Chistine Chretien; Sarah Cochrane; Jacqueline Ellis; Chistine Lamontagne; Regis Vaillancourt
Publicação e ano	Pain Res Manag 19 (2014)
Tipo de estudo	Estudo transversal prospetivo
Objetivo do estudo	Descrever a prevalência da dor em crianças hospitalizadas avaliadas em um único momento, nomear as práticas de controlo da dor usadas no mesmo momento e fornecer resultados específicos às unidades com vista à melhoria da qualidade dos cuidados.
Participantes	62 crianças ou pais de crianças dos 0-18 anos, sendo que 23 são crianças com < 12 meses.
Metodologia	Utilização de entrevista e ferramenta de auditoria de gráficos. Os pais foram questionados sobre qual foi o procedimento doloroso mais recente e quais intervenções não-farmacológicas que foram utilizadas antes ou durante esse procedimento. No final, foram ainda questionados sobre a satisfação geral com as intervenções utilizadas para o controlo da dor.
Contexto	Hospital pediátrico universitário e terciário em Ontario.
Resultados	A estratégia não-farmacológica de controlo da dor mais comumente utilizada para lactentes foi a sacarose e para toddlers foi a distração. Todas as crianças e/ou seus pais identificaram o procedimento doloroso mais recente durante o internamento. Os procedimentos dolorosos recentes mais comuns incluíram colheita de sangue; cateterização venosa periférica; dor abdominal e inserção de sonda nasogástrica. No que diz respeito ao registo das intervenções realizadas, existiu uma discrepância significativa entre as estratégias não-farmacológicas relatadas pelos pais e as estratégias não-farmacológicas documentadas pelos profissionais de saúde que as executaram. Embora mais de metade dos relatos se tenham baseado em estratégias não-farmacológicas como a sacarose ou anestésicos tópicos, essas intervenções foram apenas documentadas em 25% dos casos. As que foram mais documentadas foram o posicionamento para conforto, métodos de distração e outros métodos como presença familiar e métodos de relaxamento. Este achado pode significar que os profissionais de saúde estão a subestimar a utilização das estratégias não-farmacológicas, criando um desafio para os investigadores que confiam nas informações documentadas para avaliar os cuidados prestados às crianças hospitalizadas com dor. Pode-se afirmar que registar as intervenções realizadas é fundamental para a segurança da criança, o monitoramento e avaliação dos cuidados prestados. Esta lacuna necessita de ser abordada e os profissionais de saúde necessitam de estar alerta e conscientes de que é necessário que todas as intervenções não-farmacológicas para o controlo da dor sejam identificadas como tal e sejam documentadas nos devidos locais. Os resultados demonstram um número significativo de crianças que experienciaram dor moderada a intensa durante a sua hospitalização. Estes resultados são decepcionantes porque demonstram que apesar de termos atualmente uma abundância de ferramentas para avaliação da dor apropriada a cada faixa etária da criança e do aumento de conhecimento sobre estratégias eficazes no controlo da dor nas crianças, os dados sobre o controlo da dor permanecem abaixo do ideal.

	Contudo, existem pequenas melhorias a referir. Embora pouco documentado pelos profissionais de saúde, 26% dos pais referiram o uso de sacarose e 23% dos pais referiram o uso de anestésicos tópicos, o que demonstra um aumento no uso desta estratégia não-farmacológica quando comparado com anos estudos de anos anteriores.
Conclusão dos autores	Os resultados do estudo demonstraram que muitas crianças continuam a sentir dor moderada a intensa durante a hospitalização. Isso ocorre apesar do crescimento na última década de evidências de alta qualidade para apoiar as várias estratégias de controlo da dor. É necessário trabalhar em melhorias sustentáveis no controlo da dor a nível organizacional.
Comentário do revisor e relevância	Este estudo é importante porque demonstra quais são as estratégias não-farmacológicas mais utilizadas segundo os pais das crianças hospitalizadas e ainda refere uma discrepância entre as estratégias não-farmacológicas relatadas pelos pais das crianças e as estratégias não-farmacológicas documentadas pelos profissionais de saúde. O que nos pode levar a pensar que as estratégias não farmacológicas são subestimadas ou que podem não estar a ser identificadas como tal, criando uma lacuna nos dados e potencialmente uma errada avaliação do uso das estratégias não farmacológicas para o controlo da dor nas crianças hospitalizadas.