



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Promoção do conforto na criança: Intervenções de
enfermagem para o controlo da dor nos
procedimentos com agulhas**

Romina Sofia Varela Costa

**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Promoção do conforto na criança: Intervenções de
enfermagem para a o controlo da dor nos
procedimentos com agulhas**

Romina Sofia Varela Costa

Orientador: Maria José de Gois Paixão Corrêa Ribeiro

**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Todo o mundo é capaz de suportar a dor, com exceção de quem a sente.”

William Shakespeare

“Knowing is not enough, we must apply; willing is not enough, we must do.”

Johann Wolfgang von Goethe

AGRADECIMENTOS

*Aos meus pais e irmão, por acreditarem sempre, pela força e incentivo diário.
Obrigada por toda a ajuda e apoio incondicional em todos os momentos.*

Ao Diogo, pela paciência, compreensão e motivação nos dias mais difíceis e por nunca me deixar desistir. Obrigada por todo o amor e carinho que me dedicas.

À Teresa, por toda a amizade, que sempre me deu força para acabar este projeto, pelas palavras amigas e de incentivo e pelo carinho em todos os momentos.

À Margarida, pela palavra amiga, apoio, incentivo e todos os desabafos nos momentos mais difíceis, fazendo-me sempre ver o lado mais iluminado dos dias.

À Mariana e à Sara, amigas e colegas neste percurso, pela amizade que construímos, pela partilha dos momentos difíceis, pelos momentos de reflexão e discussão e pelo apoio e compreensão.

A todos os meus professores e colegas do 10º Curso de Mestrado, por todos os momentos bem passados e pela partilha de experiências.

A todos os meus amigos pelos convívios, sorrisos e alegria nos momentos de pausa.

À Professora Maria José de Góis Paixão, pela disponibilidade e orientação neste percurso.

A todos os colegas enfermeiros, com quem me cruzei ao longo deste percurso, por todo o conhecimento e inspiração. Em particular às enfermeiras Vera, Catarina, Diana, Sofia e Eduarda, pela sua disponibilidade e acompanhamento atento.

A todas as crianças e suas famílias com as quais tive a oportunidade de me cruzar, pela riqueza de experiências e oportunidades partilhadas, pois sem elas este percurso não seria possível.

A todos, um grande Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde
APLV – Alergia às Proteínas do Leite de Vaca
CCF – Cuidados Centrados na Família
CDI – Centro de Desenvolvimento Infantil
CNT – Cuidados Não Traumáticos
CSI – Consulta de Saúde Infantil
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção-Geral de Saúde
EE – Enfermeiro Especialista
EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
IASP - International Association for the Study of Pain
IP – Internamento de Pediatria
OE – Ordem dos Enfermeiros
PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV – Programa Nacional de Vacinação
RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
RCEEEESIP – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RN – Recém-nascido
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração
USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

O presente relatório resulta da concretização de um projeto individual de estágio subordinado ao tema “Promoção do conforto na criança: Intervenções de enfermagem para o controlo da dor nos procedimentos com agulhas” que surgiu no âmbito da Unidade Curricular de “Estágio com Relatório” e é suportado pela teoria do conforto de Katherine Kolcaba e pelos pilares fundamentais da pediatria: a filosofia dos cuidados centrados na família, os cuidados não traumáticos. O mesmo pretende descrever o meu percurso formativo e de aprendizagem, realizado em diferentes contextos da prestação de cuidados de enfermagem, tendo como objetivo demonstrar a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O Conforto apresenta-se desde muito cedo como um dos grandes objetivos e componente essencial dos cuidados de enfermagem. Este é frequentemente associado ao conceito de dor, na medida em que era através do mesmo que se conseguia a recuperação e o alívio da dor. A dor, por sua vez, é uma condição inerente ao ser humano e tem início precoce na vida de cada um de nós. Esta é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou potencial, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Quando associada a determinados procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, como os procedimentos com agulhas, é frequentemente acompanhada por medo e ansiedade, quer por parte das crianças, quer por parte das suas famílias, levando a que muitas vezes as crianças considerem as agulhas como um dos aspetos mais traumáticos de estar num hospital. Assim, quando se pensa no cuidar em pediatria não se pode pensar apenas nos cuidados à criança, mas sim nos cuidados à criança e sua família, identificando a família como uma referência que contribui para o crescimento e desenvolvimento harmonioso e integral da criança.

A metodologia utilizada assenta numa prática reflexiva, baseada na evidência científica mais atual, na experiência, na observação participativa do contexto de cuidados e na partilha de experiências com outros colegas enfermeiros, com o objetivo final de aperfeiçoar conhecimentos e o pensamento crítico na tomada de decisão e, consequentemente, contribuir também para o avanço da Enfermagem.

Palavras Chave: Dor, cuidados de enfermagem, enfermagem pediátrica, conforto do paciente, ferimentos penetrantes produzidos por agulha.

ABSTRACT

This report is the result of the implementation of an individual internship project under the theme "Promotion of comfort in children: Nursing interventions for pain control in needle procedures" that emerged under the Curricular Unit of "Estágio com Relatório" and is supported by Katherine Kolcaba's theory of comfort and the fundamental pillars of pediatrics: the philosophy of family-centered care and non-traumatic care. It intends to describe my training and learning path, carried out in different contexts of providing nursing care, aiming to demonstrate the acquisition and development of skills as a Master and Specialist in Child and Pediatric Health Nursing.

Comfort presents itself from an early age as one of the great goals and essential component of nursing care. This is often associated with the concept of pain, as it was through it that recovery and pain relief were achieved. Pain, in turn, is a condition inherent to human beings and has an early start in the lives of each one of us. This is an unpleasant sensory and emotional experience, associated with actual or potential tissue damage, influenced by biological, psychological and social factors. When associated with certain diagnostic or therapeutic procedures, such as needle procedures, it is often accompanied by fear and anxiety, either on the part of the children or on the part of their families, leading to the fact that children often consider needles as one of the aspects more traumatic of being in a hospital. Thus, when thinking about care in pediatrics, one cannot think only about childcare, but about childcare and their family, identifying the family as a reference that contributes to the child's harmonious and integral growth and development.

The methodology used is based on reflective practice, based on the most current scientific evidence, experience, participatory observation of the context of care and sharing experiences with other fellow nurses, with the ultimate goal of improving knowledge and critical thinking in decision making and, consequently, also contribute to the advancement of Nursing.

Keywords: Pain, nursing care, pediatric nursing, patient comfort, needlestick injuries.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	12
1.1 O cuidar em pediatria	12
1.2 A teoria do conforto de Katharine Kolcaba	16
1.3 A dor associada aos procedimentos com agulhas	19
1.4 O controlo da dor como um dever e indicador de boa prática	22
2. PROBLEMÁTICA	25
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO PARA A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	27
3.1 Metodologia	28
3.2 Contextos de estágio	30
3.2.1 Serviço de Urgência Pediátrica.....	31
3.2.2 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	40
3.2.3 Centro de Desenvolvimento Infantil	47
3.2.4 Unidade de Saúde Familiar.....	51
3.2.5 Internamento de Pediatria.....	57
4. PROJETOS FUTUROS	63
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

APÊNDICES

Apêndice I – Questionário – Perceção e conhecimento dos enfermeiros relativamente às intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor utilizadas nos procedimentos com agulhas

Apêndice II - Cronograma de estágio

Apêndice III - Objetivos e atividades propostas para cada contexto de estágio

Apêndice IV – Autodiagnóstico do Desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde infantil e Pediatria

Apêndice V – Comunicação adequada a cada estágio de desenvolvimento da criança

Apêndice VI – História da dor e sua aplicação

Apêndice VII – Posicionamentos de conforto a utilizar durante procedimentos com agulhas na criança

Apêndice VIII – Orientação para a administração da sacarose 24%

Apêndice IX - Promoção da vinculação no recém-nascido doente e/ou prematuro e desenvolvimento da parentalidade em contexto de cuidados intensivos neonatais

Apêndice X – Alergia às proteínas do leite de vaca e amamentação

Apêndice XI – Folheto sobre alergia às proteínas do leite de vaca e amamentação

Apêndice XII – Guia orientador para o controlo da dor nos recém-nascidos durante os procedimentos dolorosos

Apêndice XIII – O brincar terapêutico na preparação da criança para procedimentos dolorosos

Apêndice XIV – Experiência de dor associada ao estágio de desenvolvimento da criança

Apêndice XV – Folheto: “Pais e Mães, vamos preparar os vossos filhos para as vacinas?”

Apêndice XVI – Diplomas de coragem Centro de Saúde

Apêndice XVII – Póster informativo “Keep calm e vem vacinar-te”

Apêndice XVIII – Guia orientador da intervenção do enfermeiro para o controlo da dor na criança submetida a procedimentos com agulhas

Apêndice XIX – Kit dos Super-Heróis

ANEXOS

Anexo I – Programa e certificado de participação no seminário “As Novas Conceções em Saúde Infantil e Pediátrica”

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular “Estágio com Relatório” inserida no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), tendo como objetivo descrever e analisar o percurso formativo e de aprendizagem desenvolvido ao longo dos diferentes contextos de estágio, bem como o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Uma vez que a Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica detém o seu espaço de intervenção no período que vai desde o nascimento até aos 18 anos de idade (OE, 2018) e tendo em conta que, de acordo com o artigo 1 da Convenção sobre os direitos da criança (UNICEF, 1990), a criança “(...) é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo.” (p. 6), daqui em diante irei então utilizar o termo “criança” para me referir à faixa etária desde o nascimento até aos 18 anos.

A problemática trabalhada neste relatório tem como propósito dar resposta a uma inquietação proveniente da minha prática clínica e permitir o desenvolvimento de competências nos cuidados prestados à criança, cuja temática se refere às intervenções de enfermagem para o controlo da dor nos procedimentos com agulhas no sentido de promover o conforto da criança.

O percurso realizado foi suportado pela evidência científica e pela componente prática, proporcionada pelos diferentes contextos de estágio, que permitiu uma maior consolidação e mobilização dos diferentes saberes, tendo como referência a Teoria do Conforto de Katerine Kolcaba, a filosofia de Cuidados Não Traumáticos (CNT) e os Cuidados Centrados na Família (CCF).

Durante a sua estadia no hospital as crianças são sujeitas a variados procedimentos, diagnósticos ou terapêuticos que provocam dor. Esta, por sua vez, fica guardada na memória das crianças e quando não tratada tem consequências a longo prazo (Direção-Geral da Saúde, 2010). No sentido de controlar a mesma, torna-se muito importante identificá-la e preveni-la ou aliviá-la (Fernandes, 2000). Neste sentido desde Junho 2003 que a dor é considerada o 5º sinal vital, sendo o seu controlo um dever e um indicador de boa prática para os enfermeiros (OE, 2013). Associado ao conceito de dor, o conforto apresenta-se desde muito cedo como um dos grandes objetivos e componente essencial dos cuidados de enfermagem, na

medida em que era através do mesmo que se conseguia a recuperação e o alívio da dor (Tomey & Alligood, 2004). Assim e tendo em conta a carta da Criança Hospitalizada que nos diz que qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável deve ser evitado e a dor e as agressões físicas e emocionais devem ser reduzidas ao mínimo (Instituto de Apoio à Criança, 2008), torna-se importante a abordagem do tema dos CNT associados ao problema da dor na criança, uma vez que vai de encontro aos direitos da criança, é um dos pilares dos cuidados da enfermagem pediátrica e possibilita responder ao onde, quem, porquê e como de qualquer procedimento realizado à criança (Hockenberry & Barrera, 2014).

O presente relatório de estágio encontra-se estruturado em 5 capítulos. O primeiro diz respeito ao enquadramento conceptual através do qual será possível perceber qual a temática, o referencial teórico e as filosofias de cuidados que sustentaram todo o percurso realizado. O segundo corresponde à identificação e caracterização da problemática suportada pela evidência científica atual. O terceiro capítulo refere-se à descrição e análise das vivências e aprendizagens durante o percurso desenvolvido para a aquisição de competências nos diferentes contextos de estágio, fazendo referência às competências adquiridas/desenvolvidas ao longo de todo o percurso. O quarto capítulo faz referência aos projetos futuros que tenho planeados e por último, o quinto capítulo diz respeito às considerações finais, onde realizo um pequeno resumo de todo o percurso realizado e do seu impacto na minha formação enquanto futura EEESIP.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O EEESIP distingue-se pelo desenvolvimento de competências que facilitem uma intervenção personalizada e detalhada à criança e à sua família, com vista a uma prestação de cuidados de qualidade à criança, tendo em conta a parceria de cuidados estabelecida com os pais ou pessoa significativa. Assim, e também pela necessidade de uma formação profissional contínua com vista ao seu desenvolvimento profissional e pessoal, cabe ao enfermeiro a procura constante do mais rigoroso e atual conhecimento teórico e científico na sua área de prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Deste modo, neste capítulo, surge a necessidade de desenvolver uma fundamentação teórica sobre o tema do presente relatório, com base na pesquisa bibliográfica da melhor evidência científica realizada acerca do mesmo, articulando-a com a sua importância na prática de cuidados.

1.1 O Cuidar em pediatria

O cuidar é visto como o a base da enfermagem, cujo objetivo passa por “proteger, melhorar e preservar a dignidade humana.” (Watson, 2002, p.55). Este envolve valores, vontade, conhecimentos (Watson, 2002) e descreve um processo, o processo do trabalho do enfermeiro (Kolcaba, 1997-2019). Contudo, tal como nos diz Boff (1999) “o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim e passo a dedicar-me a ele.” (p.2), realçando assim a importância que as pessoas têm para os enfermeiros sendo elas o centro e os beneficiários dos seus cuidados. O cuidar fomenta assim o crescimento e desenvolvimento das potencialidades da criança que é cuidada e também da pessoa que cuida, neste caso o enfermeiro, tendo como base a relação, não existindo cuidar sem relação de ajuda (Lazure,1994).

Quando se pensa no cuidar em pediatria não se pensa apenas nos cuidados à criança, mas sim nos cuidados à criança e sua família, identificando-se a família como uma referência que contribui para o crescimento e desenvolvimento harmonioso e integral da criança. A criança e a família formam assim uma unidade com necessidades específicas e individuais que convergem no mesmo objetivo para os enfermeiros, o cuidar do doente promovendo o seu conforto em todos os contextos de prestação de cuidados com vista a uma melhoria da qualidade dos cuidados para as crianças e as suas famílias (Hockenberry e Barrera, 2014). De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (RCEEEESIP) (Ordem dos Enfermeiros,

2018), o EEESIP deve utilizar “um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados.” (p.19192).

Até meados do século XX as crianças hospitalizadas apenas podiam estar na presença dos profissionais de saúde e as visitas dos seus pais eram muito restritas (Harrison, 2010). No entanto, graças a Bowlby e aos seus estudos, começou-se a perceber as consequências da separação da criança dos seus pais, quando hospitalizada, e as atitudes relativamente às horas de visita dos mesmos começaram a mudar, passando também a ser permitida a presença permanente dos pais junto da criança (Harrison, 2010). O conceito de CCF foi evoluindo ao longo dos tempos, através da introdução de diferentes ideias e pareceres, começando com a envolvência dos pais nos cuidados à criança, evoluindo para a parceria entre os pais e os enfermeiros, e estabelecendo-se mais recentemente como a promoção de cuidados à família como uma unidade (Coyne, 1996, citado por Harrison, 2010), que tem como atributos a colaboração, a comunicação, a negociação e o suporte (Coyne, Holmström & Söderbäck, 2018), e que é adotada como uma filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica (Harrison, 2010). Atualmente os CCF reconhecem a família como constante na vida da criança, sendo que neste sentido os enfermeiros devem apoiar as famílias nos seus papéis de prestação de cuidados e tomada de decisão, baseando-se nos seus pontos fortes e reconhecendo a sua experiência em cuidar dos filhos (National Center for cultural Competence, 2007, citado por Hochenberry e Barrera, 2014). Neste sentido, os CCF reconhecem a família como o foco de cuidados, estimulando a sua participação no planeamento de ações relacionadas com a sua saúde, auxiliando-a na capacidade de autoidentificar os seus problemas e obter soluções para os mesmos, revelando-se um parceiro extremamente importante na promoção do conforto da criança, com benefícios quer para a criança quer para a sua família. Tal como nos dizem Hochenberry e Barrera (2014), aquando da sua definição de família, “o cuidado de enfermagem à criança está estritamente relacionado com o cuidado à criança e à sua família.” (p. 50). A filosofia dos CCF passa então por encontrar a família nos diferentes contextos em que a criança se encontra, nomeadamente no contexto de doença da própria criança, considerando essencial a parceria entre a criança, a sua família e os profissionais de saúde. O enfermeiro deve então ser capaz de estabelecer uma relação quer com a criança, quer com a sua família, de forma a encontrar estratégias que facilitem a inclusão da família na prestação dos cuidados, com o intuito de obter os melhores resultados possíveis no tratamento e manutenção do bem-estar da criança. Esta inclusão da família nos cuidados à criança, em conjunto

com os cuidados da equipa de saúde pode facilitar a identificação das necessidades da criança promovendo assim um plano de cuidados mais integral, holístico e humano (Gomes e Erdmann, 2005). Ao centrarmo-nos também na família da criança doente estamos também a contribuir para uma diminuição da ansiedade da família e desta forma contribuir para um maior conforto quer da criança quer da sua família face aos cuidados de saúde necessários (Gomes e Erdmann, 2005).

No contexto do cuidar em enfermagem pediátrica, para além dos CCF a filosofia de cuidados valoriza em muito o cuidado de enfermagem à criança e família de uma forma não traumática. Assim e tendo em conta a carta da Criança Hospitalizada que nos diz que qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável deve ser evitado e a dor e as agressões físicas e emocionais devem ser reduzidas ao mínimo (IAC, 2008), torna-se importante a abordagem do tema dos CNT, uma vez que vai de encontro aos direitos da criança, é um dos pilares dos cuidados da enfermagem pediátrica e possibilita responder ao onde, quem, porquê e como de qualquer procedimento realizado à criança (Hockenberry & Barrera, 2014).

Segundo Hockenberry e Barrera (2014) a filosofia dos CNT diz respeito “(...) ao fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, no sistema de cuidados de saúde.” (p. 11), sendo que estes cuidados terapêuticos podem abranger a prevenção, o diagnóstico, o tratamento ou mesmo a palição de condições agudas ou crónicas. Por sua vez, as intervenções supracitadas, podem compreender abordagens psicológicas, como a preparação das crianças para determinado procedimento ou mesmo abordagens mais logísticas como é o caso do fornecimento de espaço para os pais permanecerem a acompanhar a criança. Em termos dos desconfortos referidos, o psicológico pode estar relacionado com o medo, a raiva, a ansiedade, a tristeza, o desânimo, a culpa ou a vergonha, enquanto que o físico pode estar relacionado com a sonolência, a imobilização, a dor, temperaturas extremas, ruídos fortes, luzes brilhantes ou escuridão (Hockenberry & Barrera, 2014). Os CNT têm assim como objetivo principal, não causar dano à criança nem à sua família (Hockenberry & Barrera, 2014).

No contexto específico deste relatório de estágio, que diz respeito aos procedimentos com agulhas, sabemos que muitas são as ocasiões em que os temos que realizar, quer seja para colher sangue, colocar acessos venosos periféricos, monitorização, ou mesmo para fazer determinados tipos de medicação. Estes são

procedimentos dolorosos que afetam as crianças e as suas famílias, e mesmo quando é possível evitar a sua dor são sempre procedimentos que causam alguma ansiedade e medo por parte das crianças e família, uma vez que a criança está a sofrer aquele procedimento porque está doente e só o facto de estar doente já acarreta muita preocupação e medo tanto para ela como para os seus familiares. Tal como nos é dito pela Direção-Geral de Saúde (DGS) (2012a) “o medo e a ansiedade das crianças e pais são fatores agravantes da dor, devendo a ansiedade antecipatória ser minimizada através de uma correta abordagem da dor desde o primeiro contacto com os serviços de saúde.” (p.3). Contudo, existe já um grande número de intervenções não-farmacológicas e farmacológicas que permitem reduzir a dor e a ansiedade causadas pela maioria dos procedimentos invasivos (DGS, 2012a) e tal como nos é dito pelo RCEEEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018), uma das competências do EEESIP passa então pela gestão diferenciada da dor da criança, centrando-se tanto nas medidas farmacológicas, como não farmacológicas no controlo da dor.

Embora a temática dos procedimentos dolorosos com agulhas se pareça centrar apenas no desconforto físico experienciado pela criança, está também centrada no desconforto psicológico. Assim é importante que nós enfermeiros consigamos eliminar ou minimizar ambos os desconfortos, que acabam por estar associados. Como nos é dito pela DGS (2008)

a dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”. Esta definição tem como corolário a capacidade de a dor afectar o indivíduo na sua globalidade, pelo que a sua abordagem, em muitos casos, deve ser multidimensional, tendo em conta não só os aspectos sensoriais da dor, mas, também, as implicações psicológicas, sociais e até culturais, associadas à patologia dolorosa.” (p.2)

Neste contexto, e tendo em conta a definição dos CNT enunciada por Hockenberry e Barrera (2014) referida anteriormente, relativamente às intervenções associadas a este tipo de procedimentos, estas passam tanto pelas abordagens psicológicas (na medida em que antes de qualquer procedimento temos de preparar as crianças e os seus familiares para tal) como pelas abordagens organizacionais (dado a possibilidade e direito de permanência dos pais junto da criança). Desta forma e tendo em conta aquilo que nos é dito por Hockenberry e Barrera (2014) podemos então concluir que, de forma a alcançarmos uma excelência no que diz respeito aos CNT, devemos ter em conta três princípios. O primeiro diz respeito à prevenção ou

minimização da separação da criança da sua família. O segundo remete-nos para a promoção de uma sensação de controlo. E o terceiro culmina com a prevenção ou minimização da lesão corporal e da dor.

Assim, tendo em conta a filosofia dos CNT e dos CCF, é implícito que durante a sua prestação de cuidados o enfermeiro seja capaz de promover a relação entre os pais e os filhos durante a hospitalização, preparar a criança e a sua família antes de qualquer procedimento, controlar a dor, garantir a privacidade da criança, dar a oportunidade à criança de fazer escolhas, respeitar as diferenças culturais e oferecer à criança e família diferentes atividades que permitam a expressão das suas emoções e a diminuição da sua ansiedade face aos cuidados de saúde prestados (Hockenberry & Barrera, 2014).

1.2 A Teoria do conforto de Katharine Kolcaba

Tal como nos é dito pela Direção-Geral da Saúde (DGS) (2012a) “o medo e a ansiedade das crianças e pais são fatores agravantes da dor, devendo a ansiedade antecipatória ser minimizada através de uma correta abordagem da dor desde o primeiro contacto com os serviços de saúde.” (p.3). Face a estes fatores de stress para a criança e família o conforto torna-se assim uma medida fundamental para o cuidado em pediatria (Kolcaba & DiMarco, 2005).

O significado de conforto tem vindo a mudar ao longo dos tempos, sendo um conceito complexo e dinâmico, definido de formas diferentes por diferentes autores e que fora do seu uso coloquial o seu significado exato não é muito claro. Entre as décadas de 1960 e 1980 o significado de conforto estava maioritariamente centrado no conforto físico, sendo que em 1980 começou a dar-se mais enfoque ao conforto emocional (McIlveen & Morse, 1995). Contudo, os maiores desenvolvimentos do conceito de conforto foram realizados por Katharine Kolcaba, com base nas teorias de Orlando, Henderson e Paterson e Zderad que ajudaram a teórica a sintetizar o que considera atualmente os três tipos de conforto: o alívio, a tranquilidade e a transcendência, respetivamente (Tomey & Alligood, 2004). O alívio, retirado da ideia de Orlando que considerava que as enfermeiras aliviavam as necessidades expressas pelos doentes, passou a ser visto, por Katharine Kolcaba, como “(...) a condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica.” (Tomey & Alligood, 2004, p. 485). Ou seja, diz respeito à experiência do doente quando uma necessidade específica é satisfeita. A tranquilidade como sendo “(...) o estado de calma ou contentamento.” (Tomey & Alligood, 2004, p.485), sintetizado a partir do trabalho de

Henderson que descreveu treze funções básicas dos seres humanos que tinham de ser mantidas na homeostase, correspondendo assim ao estado de calma do doente quando existe a ausência de desconforto. E por sua vez a transcendência, identificada como “(...) a condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento.” (Tomey & Alligood, 2004, p.485), sintetizada a partir das ideias de Paterson e Zderad, que concordavam que os doentes podiam superar as suas dificuldades com a ajuda das enfermeiras, correspondendo ao estado em que o doente consegue superar o seu desconforto. O estudo do significado destes três tipos de conforto permitiu assim ir ao encontro do significado de conforto como o entendemos agora, como sendo “(...) a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental).” (Tomey & Alligood, 2004, p.484).

Por forma a colmatar estas necessidades de conforto, surgiram as medidas de conforto ou intervenções de enfermagem criadas para “(...) abordar necessidades de conforto específico das pessoas, incluindo fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas.” (Tomey & Alligood, 2004, p.484). Estas por sua vez, podem ser técnicas, como a analgesia e técnicas de posicionamento; de *coaching*, como aconselhamento e orientação; ou alimento de conforto para a alma que compreendem ações que visam ajudar a pessoa, consolar a pessoa, estando mais relacionada com as questões emocionais (Kolcaba, 2003). A reavaliação das necessidades de conforto da criança e sua família após a implementação de medidas de conforto deve ser sempre realizada em comparação com a linha de base das necessidades anteriores.

Face a esta condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto, ou seja, o conforto, Kolcaba defende que é importante perceber em que contextos estão presentes as necessidades de conforto da criança e família, de forma a aplicar-se corretamente a sua teoria (Kolcaba & DiMarco, 2005). Assim e de acordo com a sua teoria, estes podem ser: o contexto físico, que corresponde às sensações corporais, como os défices em mecanismos fisiológicos que estão em risco devido a doenças ou procedimentos invasivos, como sendo a desidratação, a dor, náuseas, entre outros (Tomey & Alligood, 2004 e Kolcaba & DiMarco, 2005). De acordo com Kolcaba e DiMarco (2005) é neste contexto que muitas das vezes os enfermeiros implementam as suas intervenções, de forma a excluir necessidades nos outros contextos. O contexto psico-espiritual, que corresponde à consciência interna de si

próprio, que inclui a auto-estima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida para o cliente, incluindo a necessidade de confiança e de motivação para que as crianças e famílias ultrapassem os desconfortos dos procedimentos dolorosos ou traumas que não podem ser imediatamente aliviados (Tomey & Alligood, 2004 e Kolcaba & DiMarco, 2005). O contexto ambiental, que corresponde ao meio, ou seja, às condições e influências externas que afetam o cliente, o que implica ordem, silêncio, mobília confortável, minimização de odores, segurança, bem como um ambiente pacífico e fortalecedor. E por fim o contexto social que corresponde às relações interpessoais, familiares e sociais, que incluem as necessidades de apoio e de cuidado (Tomey & Alligood, 2004 e Kolcaba & DiMarco, 2005).

Dada a especificidade das crianças e uma vez que existia pouca informação sobre o conforto na área da pediatria, Kolcaba aplicou a sua teoria à enfermagem pediátrica, referindo um aumento do interesse relativamente às estratégias de conforto que auxiliam a realização dos procedimentos invasivos, mais do que apenas o alívio da dor (Kolcaba & DiMarco, 2005). O facto das crianças e dos seus familiares quererem ser confortados em situações de cuidados de saúde stressantes mostra que o conforto é um resultado importante a ser avaliado no cuidado à criança, sendo importante refletir que o estado de conforto é mais do que a ausência de desconforto ou a experiência de dor e por esta razão esta última pode ser ultrapassada através de mensagens positivas, uma linguagem corporal otimista, ou mesmo a garantir à criança que está a salvo (Kolcaba & DiMarco, 2005). Segundo esta teoria, um maior conforto fortalece as crianças e as suas famílias a participar em atividades que ajudam a alcançar a sua saúde e permanecerem saudáveis, aquilo que Kolcaba classifica como os comportamentos dirigidos à saúde (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Assim, tal como nos diz Majka, Dowd e Kolcaba (2008) o conforto holístico inclui então a diminuição de desconfortos como a dor, a ansiedade, a informação insuficiente ou mesmo os ambientes de cuidado impessoais e desagradáveis. Ou seja, os efeitos de um desconforto, como por exemplo o medo, afetam outros desconfortos, como por exemplo a dor (Majka et al., 2008). Assim, podemos então perceber que quando queremos obter o alívio da dor existem outros aspetos nos quais também nos devemos centrar, ou seja, pensar nos outros contextos das necessidades de conforto que podem estar alteradas como o medo das agulhas, da lesão corporal, a ansiedade, entre outros, com intuito de proporcionar um maior conforto à criança, uma vez que a diminuição de outros desconfortos irá ajudar também a aliviar a dor.

Esta Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba é uma teoria de médio alcance para a prática e investigação em Enfermagem, na medida em que possui um número limitado de conceitos e pressupostos, um baixo nível de abstração, uma facilidade de aplicação na prática e de adaptação aos diferentes contextos e é concreta o suficiente para ser testada (Kolcaba, 2001).

1.3 A dor associada aos procedimentos com agulhas

Segundo o que nos é dito pela DGS (2012a) “a dor dos procedimentos é uma experiência sensorial e emocional desagradável, resultante da lesão real ou potencial dos tecidos associada a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. É com frequência acompanhada por medo e ansiedade.” (p.3). Esta afirmação desperta-nos para a importância de nos centrarmos não só na sensação de dor das crianças, mas também noutras necessidades de conforto como a parte emocional associada à própria lesão e sensação de dor.

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP) (2020) a dor é caracterizada como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada, ou semelhante à associada, a uma lesão tecidual real ou potencial, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais. A mesma associação considera também que esta é sempre pessoal e subjetiva e que a incapacidade do indivíduo verbalizar que tem dor não nega a possibilidade de ela realmente existir e do indivíduo necessitar de medidas de alívio da mesma. Para a DGS (2010) a mesma é caracterizada como “(...) uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua percepção e expressão, sem indicadores específicos e que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações que requerem cuidados de saúde.” (p.4). Por sua vez Batalha (2010) caracteriza-a como “(...) um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural que percebemos como presente ou subjacente às descrições das experiências de dor ou da nossa própria vivência.” (p.3), sendo “(...) única, individual, determinada pelas experiências pessoais anteriores, pelo significado da situação particular e padronizada por modelos e valores culturais.” (Batalha, 2010, p.4). A informação relacionada com a influência das experiências pessoais anteriores referida anteriormente é também tida em conta pela DGS (2010), referente à dor associada ao período neonatal e por Oakes (2011) quando nos fala sobre as respostas das crianças à dor. Assim podemos dividir a dor em 6 dimensões, já referidas anteriormente: a fisiológica, relacionada com os aspetos

físicos, neurológicos e bioquímicos da dor; a sensorial, associada ao local, à intensidade e à qualidade da dor; a afetiva, associada a respostas emocionais negativas como a ansiedade, a angústia, a depressão, a raiva, a agitação, a irritabilidade, o medo, ou mesmo positivas como o próprio alívio; a cognitiva que compreende a atribuição de significado à dor, atitudes e convicções que temos acerca da dor e seus tratamentos, preferências, estratégias de *coping* ou conhecimentos anteriores; a comportamental, relacionada com as manifestações comportamentais relativamente à dor, como a expressão facial, corporal, a relação com os outros, a consolabilidade, alterações do sono, ou mesmo as atividades lúdicas; e a sociocultural que compreende os fatores ambientais, familiares, étnicos, culturais, espirituais, religiosos, sociais e mesmo contextuais (Batalha, 2010). Podemos assim relacionar estas 6 dimensões com os diferentes contextos onde estão presentes as necessidades de conforto, segundo o que nos diz Katerine Kolcaba, sendo que as dimensões fisiológica, sensorial e comportamental podem corresponder ao contexto físico, as dimensões sensorial e afetiva corresponder ao contexto psicoespiritual e a dimensão sociocultural corresponder aos contextos social e ambiental, consoante se trate de fatores sociais ou ambientais e contextuais, respetivamente.

A dor aguda corresponde à dor associada a traumatismo ou inflamação dos tecidos, provocado por cirurgias, queimaduras, fraturas ou procedimentos de diagnóstico e terapêutica (Batalha, 2010). Esta tem uma função biológica inicial de alerta e desaparece quando tratada, podendo estar associada a respostas do sistema nervoso autónomo e frequentemente acompanhada de ansiedade e medo. Contudo, embora tenha uma função de alerta, a dor não tem qualquer função benéfica, não existindo qualquer relação entre a gravidade da causa e a dor sentida, tendo, antes pelo contrário, efeitos nocivos para o organismo (Batalha, 2010). As crianças submetidas a procedimentos dolorosos apresentam uma resposta global de *stress* que desencadeia várias alterações metabólicas nocivas para o organismo, acabando assim por apresentar diferentes necessidades de conforto. Assim podemos considerar que a criança hospitalizada sofre duas vezes mais, pela dor inerente à sua doença e por ter de ser submetida a várias experiências dolorosas originadas por atos de diagnóstico e terapêuticos essenciais a sua vida (Batalha, 2010).

Os procedimentos invasivos podem ser experiências desagradáveis quer para a criança como para a sua família e profissionais de saúde (Stephens, Barkey e Hall, 1999), despertando-nos assim para a importância de aumentar o conforto na criança e sua família durante este tipo de procedimentos. Para além de dolorosos estes

procedimentos são também stressantes e causadores de medo à criança (Bice e Wyat, 2016). O medo antecipatório associado aos procedimentos pode contribuir para aumentar a dor e posteriormente o stress, associado a tais procedimentos (Cavender, Goff, Hollon e Guzzetta, 2004). Neste sentido, quando pensamos em conforto não nos podemos centrar apenas nas questões do momento efetivo da dor, mas sim em todo o processo relativo ao procedimento (Bice e Wyat, 2016). Assim sendo e tendo em conta que o posicionamento da criança de uma maneira confortável durante determinado procedimento é uma das técnicas recomendadas para proporcionar o conforto nas crianças durante este tipo de procedimentos dolorosos (Stephens, Barkey e Hall, 1999), torna-se importante o estudo sobre o tema. Tal como nos diz Brown (2014), em procedimentos em que as crianças não são capazes de cooperar, o enfermeiro é responsável por minimizar o seu movimento e o seu desconforto utilizando um posicionamento da criança adequado para o efeito.

Durante os procedimentos dolorosos uma das situações mais comuns de acontecer passa pela criança gritar e se debater enquanto é segurada pelos profissionais para a realização de determinado procedimento (Sparks, Setlik e Luhman, 2007). No entanto muitas são as vezes em que estes comportamentos são observados apenas por as crianças estarem a ser seguradas e em antecipação à dor, intensificando o medo e aumentando a sua perceção da dor. Face à pouca colaboração da criança e à necessidade de uma base estável para a realização dos procedimentos, de forma a permitir que esses procedimentos sejam realizados com segurança tanto para a criança como para os profissionais que realizam o procedimento, os enfermeiros começaram a utilizar a contenção como uma estratégia de posicionamento da criança (Sparks, Setlik e Luhman, 2007). Contudo, determinados tipos de posicionamentos, nomeadamente a colocação da criança em posição supina sobre a cama (Stephens, Barkey e Hall, 1999), normalmente utilizados por vários profissionais em simultâneo, acaba por originar um maior sofrimento à criança uma vez que acaba por diminuir o controlo da mesma face ao procedimento a realizar (Sparks, Setlik e Luhman, 2007). De forma a clarificar conceitos podemos considerar dois tipos de posicionamentos para este efeito: a restrição física, associada a qualquer posicionamento que limite o movimento da criança através de meios físicos, incluindo formas mecânicas como o segurar; e o segurar terapêutico que se refere à imobilização através de talas ou utilizando uma força limitada, com a permissão da criança. O segurar terapêutico pode ser assim considerado o primeiro nível, no qual se utiliza um nível mínimo de força e foi obtido o consentimento da criança, que pode evoluir para o nível da restrição física,

onde existe a necessidade de utilizar a força, sem necessidade de consentimento da criança ou do seu familiar, uma vez que o principal objetivo passa a ser proteger a criança e os que a rodeiam de danos iminentes (Curado et al., 2016). Por sua vez o segurar terapêutico pode utilizar alguns meios de contenção como o abraço terapêutico, o método Canguru, ou mesmo o ninho, sendo as mesmas preferencialmente realizadas pelos familiares (Curado et al., 2016).

Alguns autores consideram que uma das formas de proporcionar conforto à criança durante os procedimentos pode passar pela ajuda dos pais no seu posicionamento (Bice e Wyatt, 2016; Sparks, Setlik e Luhman, 2007), referindo que, o posicionamento da criança ao colo dos pais ou na posição de sentado, numa posição de conforto que lhes é familiar, facilita a cooperação da criança e a manutenção da sensação de controlo por parte da mesma durante a realização dos procedimentos.

Relativamente e mais especificamente aos procedimentos com agulhas estes são procedimentos que originam ansiedade e dor às crianças, sendo que muitas crianças acabam por ver as agulhas como um dos aspetos mais traumáticos de estar num hospital (Cordonni e Cordonni, 2001). Esta afirmação é também corroborada por Ramponi (2009), quando nos diz que “a picada de agulha é o procedimento mais assustador para crianças no ambiente hospitalar, porque muitas vezes resulta em dor e angústia.”¹ (p. 379), e por Ellis, Sharp, Newbook e Cohen (2004) quando fazem referência à importância da prestação de cuidados não traumáticos durante este tipo de procedimentos. De acordo com estes autores os procedimentos com agulhas mais comumente realizados passam pela colheita de sangue, a colocação de acessos venosos periféricos, colheitas de sangue capilar e injeções intramusculares.

1.4 O controlo da dor como um dever e indicador de boa prática

Embora a problemática da dor seja já conhecida de há muitos anos, surgindo os primeiros estudos nesta área nos anos 60 (Batalha, 2010), em Portugal a preocupação relativamente à mesma é algo relativamente recente, sendo que só em 1999 foi instituído o Dia Nacional de Luta Contra a Dor, em 2001 publicado o Plano Nacional de Luta Contra a Dor e em 2003 aprovada a norma que determina a dor como 5º sinal vital (Batalha, 2010), tendo vindo a ter maior destaque desde então. Contudo são vários os obstáculos que se colocam ao seu controlo eficaz, como sendo: a falta de sensibilização e formação, como mitos, preconceitos e atitudes incorretas; a

¹ “a needle stick is the most frightening procedure for children in the hospital setting because it often results in pain and distress.” – Tradução original

incapacidade em conceptualizar e quantificar uma experiência subjetiva como a dor; a sua escassa avaliação; a insuficiente pesquisa e treino dos profissionais de saúde sobre o assunto; bem como a deficiente organização dos serviços de saúde (Batalha 2010). Muitas vezes, a preocupação dos profissionais de saúde está mais centrada no tratar da doença em detrimento da dor (Batalha 2010). No entanto é também importante que tenhamos em conta que a capacidade com que as crianças lidam com a angústia ao brincar ou a ver televisão não pode deixar que os profissionais de saúde considerem que elas estão sem dor (Oakes, 2011). Um dos grandes desafios que se coloca aos profissionais de saúde que cuidam de crianças e adolescentes passa por perceber de que forma as crianças, que ainda não são capazes de falar ou que têm alguma falha nas capacidades da linguagem, manifestam a dor (Oakes, 2011).

No que concerne à avaliação da dor, considera-se como norma de boa prática os seguintes tópicos: acreditar sempre na criança que refere dor; privilegiar a autoavaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível; dar tempo à criança para expressar a sua dor; ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade; dialogar com a criança (a partir dos 3 anos)/ pais/ cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor; realizar a história de dor na admissão da criança ao hospital e na primeira consulta; manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, exceto se a situação clínica justificar a mudança; utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento e em situações de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação (DGS, 2010).

Através da utilização de estratégias farmacológicas, a dor da criança acaba por ser aliviada, no entanto a utilização de estratégias não farmacológicas também tem um efeito muito positivo nas crianças, funcionando como um importante recurso no alívio da dor, quer de forma isolada ou em simultâneo com as estratégias farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2013). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013) as estratégias não farmacológicas podem ser de vários níveis, relacionadas com as diferentes dimensões da dor caracterizadas por Batalha (2010) e de forma a permitir-nos elaborar medidas de conforto consoante o contexto onde está presente a necessidade de conforto da criança: comportamentais, se “envolvem o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor (...).” (p.18); cognitivas, se “utilizam métodos mentais para lidar com a dor (...).” (p.18); cognitivo comportamentais, se “utilizam estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, que modificam a perceção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar (...).” (p.18);

físicas ou periféricas, se “permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular.” (p.18); de suporte emocional, se “implica a presença de alguém significativo que proporciona o conforto.” (p.18) e também ambientais, como a “melhoria das condições ambientais, nomeadamente no que diz respeito à luz, ao ruído, à temperatura e à decoração.” (p.18). Muitas das vezes estas medidas são colocadas em prática, contudo uma vez que os enfermeiros não são responsabilizados legalmente pelo seu não registo acabam por não registar as suas intervenções neste âmbito, tornando o seu uso na prática clínica desconhecido (Batalha, 2010).

De acordo com a DGS (2008), “deve ser dada particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos atos de diagnóstico ou terapêutica.” (p. 8), tornando-se assim impreterível a adoção de medidas de controlo da dor nos diferentes contextos de prestação de cuidados, adequadas à especificidade de cada procedimento doloroso. Como nos diz Batalha (2010) “(...) podem e devem ser concebidos, nas várias equipas de saúde, protocolos escritos para o controlo da dor resultante destes procedimentos específicos mais frequentes.” (p. 91) sendo, neste caso considerados procedimentos específicos mais frequentes a realização de pensos, a aspiração de secreções, punções e cateterizações, cinesiterapia e intervenções cirúrgicas (Batalha, 2010).

Por fim, e tal como nos diz a DGS (2010) “o controlo da dor, cujo sucesso depende da sua avaliação e reavaliação sistemáticas, é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada.” (p. 4).

2. PROBLEMÁTICA

Um problema de investigação é um problema que alguém quer investigar. Este pode ser, “(...) tudo o que uma pessoa encontra como não satisfatório ou não ajustado, uma dificuldade de qualquer espécie, uma ordem de coisas que precisa de ser mudada, qualquer coisa que não está a funcionar como deveria.” (Bento, 2011, p.20). Assim, e como Enfermeiro Especialista devemos tentar solucionar da melhor forma estes problemas, trabalhando para “(...) encontrar soluções para problemas de saúde complexos, a todos os níveis – ao nível do alvo de cuidados e seus conviventes significativos, ao nível intra e inter- profissional e ao nível do suporte à decisão dos responsáveis organizacionais e políticos.” (OE, 2007, p. 10).

A problemática do presente relatório de estágio surge assim de uma necessidade identificada no serviço onde presto cuidados, relacionada com a reduzida utilização de estratégias de intervenção de enfermagem no controlo da dor da criança durante os procedimentos com agulhas. Todos os dias a maioria das crianças internadas no meu serviço são submetidas a procedimentos dolorosos, como a punção venosa periférica, e poucas são as vezes que a equipa de enfermagem utiliza medidas de controlo da dor associada a tal procedimento. Esta reduzida utilização das estratégias de controlo da dor, de acordo com um questionário elaborado por mim com o intuito de aferir qual a perceção e conhecimento dos enfermeiros relativamente às intervenções farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor utilizadas nos diferentes procedimentos com agulhas (Apêndice I), prende-se muitas vezes com o escasso tempo dos enfermeiros para realizar determinado procedimento e, na minha opinião, muitas vezes porque há falta de conhecimento por parte da equipa de quais as melhores medidas que podem e devem ser utilizadas de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento da criança, pensando no sentido em que não devemos utilizar apenas medidas farmacológicas mas também não farmacológicas. Quando falamos em medidas farmacológicas, no meu serviço muitas vezes estas não são utilizadas, segundo a equipa, pela falta de tempo necessária à atuação das diferentes estratégias (7 enfermeiros), pela falta de disponibilização de material adequado às mesmas no serviço (2 enfermeiros), pelo esquecimento da parte do enfermeiro na sua utilização (1 enfermeiro), pela falta de colaboração dos diferentes elementos da equipa (2 enfermeiros) e pela necessidade de dependência de outro colega em determinadas estratégias (2 enfermeiros). Contudo também considero haver uma falta de conhecimento relativamente aos efeitos secundários e eficácia da utilização destas medidas por parte da equipa. Por sua vez, quando falamos em estratégias não

farmacológicas, de acordo com a equipa, estas não são sempre utilizadas quer pela falta de tempo necessária à aplicação das diferentes estratégias (4 enfermeiros), quer pelo desconhecimento sobre quais as diferentes estratégias existentes (1 enfermeiro).

Tal como nos diz Batalha (2010) tanto a organização dos serviços (carga de trabalho, práticas correntes e relações interprofissionais) como a falta de conhecimentos por parte da equipa de enfermagem, são ambos fatores que contribuem para o subdiagnóstico e o subtratamento da dor.

A presente problemática torna-se também relevante pelo facto de não existir, no serviço onde presto cuidados, nenhum protocolo escrito relativo ao controlo da dor em determinado procedimento e que seria uma mais valia para o serviço e para as crianças que lá se encontram internados. Como nos diz Batalha (2010)

a existência de poucos protocolos escritos vem sendo apontada como um dos obstáculos à eficaz prevenção e tratamento da dor, facto que é ainda uma lacuna em muitos dos nossos Serviços de saúde, e que reflete a necessidade de se desenvolver um verdadeiro trabalho multiprofissional em cada serviço e instituição de saúde. (p.91)

Assim torna-se importante a sensibilização e formação dos profissionais de saúde, com o intuito de mudar e melhorar práticas que conduzam a uma diminuição da dor nas crianças e uma maior uniformização dos cuidados. Tal como nos diz Batalha (2010) “a sensibilização e a formação dos profissionais de saúde são medidas consideradas essenciais para a melhoria dos cuidados à criança com dor e sua família (...)” (p.83).

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO PARA A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Enquanto enfermeiros devemos estar sempre prontos e disponíveis para evoluir no nosso trabalho, de forma a proporcionar cuidados mais atuais, especializados e adequados aos contextos onde nos encontramos. Dai a necessidade de atualizar o nosso conhecimento e progredir na nossa formação. Tal como nos diz Phaneuf (2005) “na formação de uma enfermeira ou no seu trabalho quotidiano, a aquisição da competência é um ideal a atingir, a prosseguir e mesmo a enriquecer.” (p.2), reforçando também a importância de que “(...) a competência profissional não pode ser completamente atingida, sem a contribuição do aspecto relacional dos cuidados.” (p. 2). Isto remete-nos assim para a necessidade de estágio e passagem por diferentes contextos, para além de toda a teoria aprendida, de forma a atingir totalmente as competências necessárias a um EEESIP. Se não passarmos por todos os contextos seremos apenas especialistas numa parte dos cuidados e não podemos ser considerados especialistas em tudo o que diz respeito à saúde infantil e pediátrica. Da mesma forma que, para atingirmos determinada competência, é importante passarmos pela ação, é também importante que saibamos mobilizar as nossas capacidades pessoais, saber-fazer e outros saberes aplicados aos cuidados de enfermagem (Phaneuf, 2005). Contudo, para que tudo isto seja possível e de forma a podermos evoluir nas nossas capacidades é importante sabermos que capacidades já possuímos e de que forma as temos desenvolvidas, antes de quisermos avançar para as seguintes (Phaneuf, 2005). Tal como nos diz Phaneuf (2005), a competência de enfermagem passa então pelo “(...) desenvolvimento da sua personalidade e as aquisições das suas experiências de vida pessoal (...)” (p.4), pelas “(...) aquisições de formação e de experiências profissionais (...)” (p.4), e ao mesmo tempo pelas “(...) exigências, os desafios e as possibilidades de evolução encontradas no decurso das situações de trabalho ou de estágio em que se encontra, e tudo o que lhe permite enriquecer a sua bagagem de experiências e de conhecimentos.” (p.4). Significando assim um saber agir que “implica saber mobilizar as suas capacidades e conhecimentos, e depois saber seleccioná-los no seu repertório pessoal de recursos, de saber integrá-los e transferi-los de um contexto profissional para outro.” (Phaneuf, 2005, p.5).

Este capítulo pretende assim esclarecer de que forma foram escolhidos os diferentes locais de estágio e analisar de forma reflexiva os objetivos e as atividades delineadas para cada contexto de estágio, através da sua fundamentação e

articulação com as competências necessárias à obtenção do grau de Mestre e EEESIP.

3.1 Metodologia

Tal como nos é dito por Benner (2001), “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria.” (p. 61). A prática permite assim uma mobilização dos conhecimentos e competências adquiridos pelos profissionais de enfermagem a situações reais de forma a aprendermos a saber - saber (termos os conhecimentos necessários), a saber - ser e estar (sabermos quais os comportamentos e atitudes que devemos ter em cada situação e sob que valores nos devemos reger na prática da nossa profissão) e a saber - fazer (sermos detentores das habilidades técnicas que nos permitem exercer a nossa profissão), com o intuito de alcançar a excelência nos cuidados de enfermagem. Por forma a mobilizar os diferentes saberes e estimular os conhecimentos adquiridos no ensino teórico foram assim propostos diferentes contextos de estágios clínicos (Apêndice II), cuja seleção teve como objetivo dar resposta ao desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, evidenciadas no RCCEE (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista), bem como ao desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica que constam do RCEEEESIP. Desta forma foi então desenvolvido um projeto de estágio que traçava objetivos e atividades específicas para cada contexto de estágio (Apêndice III), cuja descrição e análise fará parte deste capítulo.

O enfermeiro especialista é considerado um profissional detentor de “(...) um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.” (OE, 2019, p.4745), sendo que, mais concretamente no que diz respeito ao EEESIP, este é considerado um profissional que “(...) trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível (...)” (OE, 2018, p. 19192). Desta forma pede-se ao enfermeiro especialista que seja detentor de competências comuns e específicas da sua área de especialidade que irão moldar a sua intervenção e que o tornem capaz de prestar cuidados em diferentes contextos.

Assim, inicialmente foi realizada uma visita de campo a diversos contextos clínicos de forma a promover a compreensão dos projetos de enfermagem em aplicação em cada contexto, bem como os diferentes modelos de gestão e prestação de cuidados associados a cada contexto e posteriormente, tendo em conta a temática em estudo, os objetivos estabelecidos de forma a atingir as competências inerentes a este grau de especialização e as exigências da OE com vista à obtenção do título de Enfermeiro Especialista (EE), foram selecionados cinco contextos de estágio: Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Centro de Desenvolvimento Infantil (CDI), Unidade de Saúde Familiar (USF) e Internamento de pediatria (IP).

No que ao SUP diz respeito este foi escolhido no sentido de criar uma linha orientadora do estágio, começando pelo contexto que traz as crianças aos hospitais, a transição entre a comunidade e o hospital e posteriormente a sua articulação com as diferentes especialidades dentro da saúde infantil e pediátrica. A UCIN foi escolhida tendo em conta a minha curiosidade relativamente ao funcionamento do mesmo, visto terem um núcleo de enfermeiros responsáveis pela gestão da dor neste serviço e vários projetos neste âmbito, bem como com o intuito de conhecer uma realidade diferente e refletir relativamente à prestação de cuidados neste âmbito. Por sua vez, o CDI foi escolhido dada a minha curiosidade relativamente ao funcionamento do mesmo e quais as funções e competências do EEESIP neste âmbito de cuidados, tendo em consideração a particularidade das crianças que se deslocam a este contexto. A escolha da USF deveu-se ao facto de já conhecer previamente as suas valências e poder presenciar momentos de gestão da dor associada aos procedimentos, como a vacinação, de forma a obter situações de aprendizagem e reflexão. Por último, o período de estágio referente ao IP foi desenvolvido no meu local de prestação de cuidados, pelo facto de pretender desenvolver neste serviço um guia orientador da intervenção do enfermeiro para o controlo da dor na criança submetida a procedimentos com agulhas, sendo o culminar de todas as aprendizagens realizadas e aplicação das mesmas na prática.

Após escolha dos diferentes locais de estágio foram determinados dois objetivos gerais transversais a todos os campos de estágio:

1. Desenvolver competências especializadas no cuidar de enfermagem ao binómio criança e família, enquanto EEESIP, nos seus processos de saúde-doença e diferentes estádios de desenvolvimento, em diferentes contextos.

2. Elaborar um guia orientador da intervenção do enfermeiro no âmbito do controlo da dor na criança submetida a procedimentos com agulhas.

Os objetivos desenvolvidos para cada local de estágio foram posteriormente delineados a partir dos objetivos gerais definidos anteriormente e de acordo com as minhas necessidades de aprendizagem, identificadas através da realização do autodiagnóstico do desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria (Apêndice IV) e para cada objetivo específico foi delineado um conjunto de atividades que ajudassem a alcançar esse objetivo (Apêndice III). Em alguns contextos os objetivos e as atividades delineadas sofreram alguns ajustes tendo em conta as características e disponibilidade de cada contexto.

Assim, e de forma a contribuir para a promoção da minha aprendizagem e para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, este relatório de estágio passará então pela associação dos conhecimentos teóricos adquiridos, à experiência da minha prática profissional em pediatria e aos saberes adquiridos ao longo dos diferentes contextos de estágio, através de uma prática reflexiva. Tal como nos dizem Santos e Fernandes (2004) “a prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas.” (p.59), sendo que “a mudança só é possível quando caracterizada a realidade, reconhecida a problemática e implementadas gradualmente soluções que viabilizem a excelência dos cuidados.” (Batalha, 2010, p. XV).

3.2 Contextos de estágio

A minha ação ao longo dos diferentes contextos de estágio centrou-se na identificação das necessidades de conforto da criança e família nos diferentes procedimentos com agulhas realizados em cada contexto de estágio, de forma a prestar cuidados de enfermagem holísticos, fortalecedores e satisfatórios à criança e à sua família (Kolcaba & DiMarco, 2005). No que diz respeito às diferentes equipas de enfermagem por onde passei a minha ação centrou-se mais na formação, quer minha, quer dos meus colegas e em ser uma agente de reflexão sobre as práticas observadas.

Todos os contextos de estágio foram bastante ricos em experiências, permitindo-me adquirir e aprofundar conhecimentos, ao mesmo tempo que permitiram que desse o meu contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados nos

mesmos, através da partilha de conhecimentos, partilha de artigos e documentos pertinentes, bem como através da elaboração de trabalhos adequados a cada contexto. Ao longo da minha prestação de cuidados nos diferentes contextos, e sempre que adequado, sugeri e incentivei a utilização de estratégias de controlo da dor, reforçando sempre a importância do papel do enfermeiro nestas intervenções, uma vez que vão influenciar a forma como cada criança vai vivenciar a sua experiência de dor e como futuramente irá reagir aos procedimentos dolorosos necessários.

3.2.1 Serviço de Urgência Pediátrica

No decorrer da minha passagem por este contexto de estágio foi-me possível prestar cuidados à criança e sua família na triagem, sala de tratamentos, sala de aerossóis e na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD). Por considerar ser um contexto com uma equipa muito direcionada e formada para o controlo da dor na criança, optei por centrar o meu estágio, para além da prestação de cuidados à criança e família, na observação dos colegas na utilização das suas diferentes estratégias de controlo da dor, de forma a estruturar os estágios nos contextos seguintes. Dei maior ênfase à sala de tratamentos por ser um local onde me foi possível acompanhar as crianças em situações agudas que requeriam maior conforto.

De acordo com o Despacho Normativo n.º 11/2002 o serviço de urgência hospitalar diz respeito ao “serviço de ação médica hospitalar (...)” (p.1865) caracterizado por ser um serviço multidisciplinar e multiprofissional que tem como objetivo “(...) a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas.” (p.1865), sendo consideradas situações de emergência e urgência médicas, segundo o que nos é dito no Despacho Normativo n.º18459/2006, situações clínicas “(...) de instalação súbita na qual, respectivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais.” (p.18611). Por sua vez e tendo em conta o Despacho n.º 10319/2014 e os despachos anteriores, considera-se então que o SUP deverá dar resposta às situações clínicas de instalação súbita, na qual se verifique ou haja risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais, à criança. Esta última que, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014, é considerada como sendo “(...) todos os utentes até aos 17 anos e 364 dias de vida.” (p.20674). Neste contexto a triagem é assim o primeiro contacto que as crianças e suas famílias têm com os profissionais de saúde quando recorrem a este serviço, pelo que o objetivo desta área passa pela realização de uma primeira avaliação de forma a priorizar e encaminhar as crianças e familiares para as especialidades adequadas à sua assistência com base na identificação dos seus problemas (Azevedo e Barbosa,

2007). É neste local que acolhemos as crianças e suas famílias e que iniciamos a relação terapêutica com os mesmos, sendo imprescindível a transmissão de confiança, conforto e disponibilidade desde o primeiro momento, aliviando assim o medo e ansiedade da criança e família (Phaneuf, 2005). Tal como nos diz Phaneuf (2005)

(...) o acolhimento da pessoa à sua chegada num serviço e o nosso primeiro encontro com ela são determinantes. (...) E quando atravessamos momentos difíceis onde a ansiedade domina, a presença de alguém torna-se mais necessária. Se esta pessoa é portadora de compreensão e de abertura, o laço tornar-se-á mais sólido. (...) a chegada da pessoa doente a um serviço é, certamente, um destes momentos de ansiedade que a coloca num estado de expectativa emotiva em relação ao pessoal. (...) A enfermeira que manifesta uma atitude de abertura calorosa torna-se então uma figura conhecida num mundo estranho e esta procura do contacto humano transforma-se para a pessoa cuidada em procura de confiança. (p. 29)

Torna-se assim importante criarmos um clima de conforto para a criança e família, aliviando o seu medo e ansiedade na chegada ao SUP, estando preparados para a utilização de técnicas de comunicação eficazes adequadas a cada criança e família. Esta necessidade de utilização de técnicas de comunicação eficazes e adequadas a cada criança e família é também corroborado pela OE (2018) quando nos diz, na unidade de competência E3.3, que o enfermeiro “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” (p.19194) através da demonstração de “conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.” (p.19194).

No que diz respeito a este tema da comunicação, para além deste contexto de serviço de urgência, na passagem pelos diferentes contextos de prestação de cuidados tive a oportunidade de comunicar com diversas crianças, em diferentes estádios de desenvolvimento, e suas famílias. Por forma a facilitar a comunicação com a criança é importante que tenhamos em consideração o seu estágio de desenvolvimento e da linguagem, de forma a podermos criar diferentes estratégias de comunicação adaptadas a cada criança. Sabendo que a dificuldade comunicacional é muitas vezes um dos obstáculos à gestão eficaz da dor em pediatria (Batalha, 2010) e já acautelando esta necessidade de comunicação com crianças em diversos estádios de desenvolvimento nos diferentes contextos, optei por criar, no início do meu percurso de estágio neste local, um documento sobre a comunicação adequada a cada estágio de desenvolvimento da criança (Apêndice V), de acordo com as diferentes teorias do desenvolvimento cognitivo, psicossocial e da linguagem e desta forma estabelecer quais as melhores estratégias de comunicação a adotar consoante

a faixa etária e estágio de desenvolvimento de cada criança. Num contexto de urgência pediátrica, em que é importante a transmissão de uma informação sucinta e rápida para que se possa atuar o mais rapidamente possível, tendo em conta os CCF, as estratégias de comunicação com a família/pessoa significativa também se tornam muito importantes. Normalmente todas as crianças que são admitidas à urgência chegam com os seus pais ou adultos responsáveis e por vezes eles são a melhor forma de comunicar e chegar às necessidades e informações da criança, nem sempre devido à idade da criança, mas também devido às razões pelas quais estas dão entrada na urgência. Assim, deste documento referido anteriormente (Apêndice V) fazem também parte diferentes estratégias que podem ser utilizadas na comunicação com as famílias/pessoa significativa das crianças. Consegui, portanto, através das atividades realizadas e de acordo com as competências específicas do EEESIP, desenvolver as unidades de competência: E3.3. - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (OE, 2018), através de revisão da literatura sobre o assunto e aplicação da mesma no contexto em que me encontrava; e E.2.1. – Reconhece situações e instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados (OE, 2018), na medida em que prestei cuidados às crianças e família na triagem e em pouco tempo tive de atribuir um diagnóstico de enfermagem inicial e encaminhar, percebendo se existia alguma situação emergente que fosse necessário encaminhar de forma diferente. Embora sendo uma área muito específica de intervenção, considero a experiência adquirida neste local uma mais-valia para a minha capacitação relativamente a uma avaliação objetiva da criança com impacto na posterior priorização de necessidades específicas de cada criança e sua consequente intervenção em qualquer contexto de cuidados.

A dor aguda é um dos motivos que frequentemente leva à procura dos cuidados de saúde, sendo um sintoma que pode e deve ser controlado (DGS, 2017). Assim e de forma a facilitar um controlo adequado da dor devemos basear os nossos cuidados na melhor evidência científica disponível, fazendo uma avaliação inicial precisa e correta da dor da criança aquando do primeiro contacto, tendo sempre em conta a sua faixa etária, o seu estágio de desenvolvimento e a sua condição de saúde que a leva a recorrer aos serviços de saúde. Durante a minha passagem por este contexto de estágio verifiquei que a avaliação da dor é realizada muito frequentemente a todas as crianças que passam por este serviço de saúde, havendo sempre a preocupação de escutar a criança, quando possível, e não apenas o seu acompanhante. No entanto,

nem sempre a autoavaliação da criança é tida em conta e muitas vezes prevalece a heteroavaliação do enfermeiro. De acordo com o que nos é dito pela DGS (2010) no que concerne à avaliação da dor, e baseado no já descrito anteriormente relacionado com os CCF e os CNT, considera-se como norma de boa prática os seguintes tópicos: acreditar sempre na criança que refere dor; privilegiar a autoavaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível; dar tempo à criança para expressar a sua dor; ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade; dialogar com a criança (a partir dos 3 anos)/ pais/ cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor; realizar a história de dor na admissão da criança ao hospital e na primeira consulta; manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, exceto se a situação clínica justificar a mudança; utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento e em situações de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação.

Neste sentido e tendo em conta que a avaliação da dor passa pela realização da história de dor da criança na sua admissão ao hospital (DGS, 2010) e que a urgência é um serviço onde se prevê uma passagem rápida das crianças onde nem sempre é possível realizar esta história com tempo, optei então por realizar um documento explicativo sobre a história de dor da criança, bem como a sua aplicação (Apêndice VI) durante o acolhimento e colheita de dados a uma criança aquando da sua entrada na UICD da urgência. Esta consiste na “colheita de informação que permita orientar a avaliação e o controlo da dor utilizando todas as fontes de informação documentais disponíveis, aliada à observação e entrevista dos pais /cuidador principal e da criança a partir dos 3 anos.” (DGS, 2010, p. 1). A realização da história de dor da criança permitiu-me assim mobilizar conhecimentos teóricos e aplicá-los na prática, contribuindo de forma muito importante para a minha aprendizagem. Ao aperceber-me quais as experiências anteriores de dor da criança e como ela reagiu às mesmas, foi-me possível adequar as minhas intervenções de acordo com os seus gostos e o seu nível de desenvolvimento e posteriormente transmitir essa informação à família, com o intuito de permitir à família a sua adequada participação no controlo da dor da criança durante determinado procedimento, e aos meus colegas, de forma a facilitar a continuação dos cuidados àquela criança e família. A propósito da avaliação e registo da intensidade da dor apercebi-me que os enfermeiros, a não ser os que faziam parte do grupo da dor do serviço, nem sempre realizavam esta avaliação e registo aquando da sua prestação de cuidados e, muitas vezes, nem escreviam nas

suas notas quais as estratégias que utilizavam para o controlo da dor durante determinado procedimento, embora muitas vezes as colocassem em prática. A identificação desta falha fez com que fosse possível despertar os colegas para essa prática e desde então, sempre que na minha presença, todos os colegas acabaram por registar a intensidade da dor durante e após a realização de determinado procedimento, bem como qual a estratégia de controlo da dor utilizada na altura.

No que diz respeito às diferentes estratégias de controlo da dor utilizadas neste contexto, apercebi-me que os enfermeiros recorriam sobretudo a estratégias como a técnica de distração, reforço positivo, humor, posicionamento da criança e sacarose, raramente utilizando a mistura equimolar do protóxido de azoto, que tinham à sua disposição juntamente com um protocolo de atuação, e o EMLA. No que diz respeito ao EMLA, quando questionada a equipa relativamente ao porquê da sua não utilização, esta prendia-se com o facto do tempo necessário à sua ação e sendo um serviço de urgência que implicava uma rapidez na realização dos procedimentos não era muitas vezes possível aguardar o tempo necessário para que o mesmo fizesse efeito. Quanto à mistura equimolar do protóxido de azoto, a sua reduzida utilização devia-se ao facto de muitas vezes os colegas se esquecerem da mesma e aparentemente também pela logística associada à sua utilização. Embora seja uma estratégia considerada eficaz no controlo da dor da criança, a verdade é que de todas as vezes que presenciei a sua aplicação (da mistura equimolar do protóxido de azoto) nunca foi totalmente eficaz. Relativamente a esta última estratégia, a DGS (2012a) sugere a sua utilização enquanto analgesia e sedação em procedimentos como a punção lombar e a punção venosa periférica. Esta mistura tem o seu início de ação entre 2 a 5 minutos após início de utilização tendo a duração de até 5 minutos após a suspensão da inalação, não devendo nunca ultrapassar os 60 minutos de utilização (DGS, 2012a). A mesma consiste no fluxo de gás de protóxido de azoto e oxigénio 50/50% através da inalação, necessitando de alguma colaboração por parte da criança para a sua total inalação e efeito desejado. Contudo, no que a esta estratégia farmacológica de controlo da dor diz respeito, a equipa estava bastante preparada para a sua aplicação na prática, e quando questionados acerca do porquê da sua não utilização os enfermeiros não sabiam explicar e acabavam por utilizá-la no momento em que eram questionados sobre o assunto. Inclusive tinham normas de utilização desta estratégia e posteriormente um documento para preenchimento após a utilização da mesma, que estava particularmente preenchido com variadas utilizações de diversos enfermeiros.

Relativamente às estratégias não farmacológicas, asseguradas através do posicionamento confortável da criança durante o procedimento, uma vez que neste contexto todos os enfermeiros aplicavam esta estratégia posso considerar que foi um ponto bastante enriquecedor para a minha aprendizagem, na medida em que não estava totalmente desperta para a sua utilização, o que motivou a minha curiosidade e permitiu-me desenvolver um documento acerca do mesmo (Apêndice VII) que vim posteriormente a utilizar nos contextos de estágio seguintes. Este documento permitiu-me assim despertar o interesse dos enfermeiros, presentes nos outros contextos de estágio por onde passei, para a utilização desta estratégia, a meu ver, bastante eficaz. Uma vez que o posicionamento da criança de uma maneira confortável durante determinado procedimento é uma das estratégias recomendadas para proporcionar o conforto nas crianças durante os procedimentos dolorosos (Stephens, Barkey e Hall, 1999), torna-se importante o estudo sobre o tema. Estes posicionamentos, em simultâneo com outras estratégias quer farmacológicas quer não farmacológicas de controlo da dor, irão permitir aconchegar a criança deixando um membro acessível para a realização do procedimento, promover o conforto, diminuir a ansiedade na criança e nas famílias e permitir uma maior sensação de segurança e controlo do procedimento nas crianças. Para além dos posicionamentos utilizados, também a sacarose 24%, para a faixa etária indicada, era também uma estratégia bastante utilizada e inclusive bastante eficaz neste contexto. Esta estratégia permitiu então direccionar a minha prática de cuidados para a sua utilização no meu local de trabalho e a sugestão da sua utilização em locais onde esta estratégia não era utilizada, como na unidade de saúde familiar. O despertar para a importância da sua utilização permitiu-me assim realizar, no internamento de pediatria, uma orientação relativa à administração da sacarose 24% (Apêndice VIII) e potencializar o início da sua utilização nesse contexto. De acordo com a DGS (2012b), a sacarose 24% traz benefícios concretos às crianças no controlo da dor em procedimentos invasivos e dolorosos, como sendo: aspiração traqueal (se ventilados), colocação de cateter venoso central/ umbilical, colocação/remoção de dreno torácico, administração de terapêutica via subcutânea e/ou intramuscular, limpeza e tratamento de feridas, punção do calcâneo, punção lombar, punção supra-púbica, punção venosa periférica, punção arterial, rastreio oftalmológico e colocação de sonda nasogástrica.

Neste contexto o Brincar e o “Kit sem Dor”, kit disponibilizado pelo núcleo da dor do hospital, fizeram parte de todas as minhas intervenções, permitindo-me adquirir ferramentas que facilitaram a comunicação e relação com a criança e a sua família,

ajudando-as a sentirem-se mais seguras, mais confiantes, com menos medo e facilitando a sua colaboração durante os procedimentos realizados. No fundo, a sentirem-se mais confortáveis. Como nos diz Haiat et al. (2003) “brincar é uma das ferramentas mais ponderosas e eficazes usadas para reduzir a tensão, a raiva, a frustração, o conflito e a ansiedade, que são acompanhadas pela perda de controle e auto-estima.”² (p. 210). Na maioria das vezes que se utilizava o “Kit sem dor”, um brinquedo trazido pela criança, ou outra estratégia de controlo da dor, essa intervenção era registada nas notas de enfermagem, tal como a sua eficácia durante determinado procedimento. Antes de qualquer procedimento era também sempre questionada a criança ou o seu familiar sobre quais as estratégias que funcionaram em procedimentos anteriores e sugeridas novas caso as anteriores não tivessem tido sucesso. No hospital as crianças são submetidas a variados procedimentos que causam medo, dor e ansiedade, associados a todos os sentimentos negativos face ao ambiente em que se encontra inserida, dada a distância do seu ambiente seguro habitual. Estas circunstâncias podem levar a criança a caracterizar o ambiente hospitalar como um local de experiências negativas, desagradáveis e dolorosas, sendo à partida um local de experiências traumáticas para a mesma. Desta forma e tendo em conta a filosofia dos CNT, os enfermeiros devem tentar quebrar estas barreiras e tornar as suas intervenções e abordagens o menos traumáticas possíveis. Se pudermos aliar estas experiências ao brincar podemos diminuir os sentimentos negativos que lhes estão associados, causando menos medo à criança, maior satisfação e um sentimento de reconhecimento da sua necessidade de brincar, contribuindo desta forma para um maior conforto da criança e da sua família, que toma consciência que nos preocupamos não apenas com os procedimentos que vamos realizar mas também com a criança a quem vamos realizar determinado procedimento. Tal como nos diz Ferrari, Alencar e Viana (2012) “(...) por intermédio do brincar e práticas lúdicas, consegue-se transmitir e fazer com que a criança adquira novos conhecimentos sobre as intervenções voltadas para sua recuperação e promoção da saúde.” (p.383).

Durante todo o tempo de estágio, sempre que me foi possível, preparei e auxiliei a preparação da criança para os procedimentos dolorosos, bem como utilizei diferentes estratégias de controlo da dor durante os mesmos. Numa das minhas intervenções, a uma menina de 10 anos, após conversar um pouco com ela e perceber quais os seus

² “play is one of the most powerful and most effective tools used to reduce tension, anger, frustration, conflict, and anxiety, which are accompanied by the loss of control, and self-esteem.” – Tradução Original

medos, o que gostava de fazer no seu dia-a-dia, se já alguma vez tinha estado numa situação semelhante e como se tinha sentido na altura, após explicar todo o procedimento que iria ser realizado, recorri ao “Kit sem dor” para a administração de uma penicilina intramuscular, reconhecendo sempre a mãe (acompanhante da criança) como parceira de cuidados. Dada a urgência da sua administração não foi possível a colocação de EMLA no local a puncionar. Tendo em conta o que tinha percebido da minha conversa com a criança e após questionar a mesma sobre a sua possível utilização, optei pela utilização de um livro, que se encontrava no “Kit sem dor”, que narrava a história de umas bonecas conhecidas pela criança e pedi que a mesma me fosse lendo o livro enquanto o procedimento era realizado por uma outra colega. O facto de o procedimento ter sido realizado por outra colega permitiu-me estar totalmente centrada na criança a quem o procedimento estava a ser realizado, na sua família e nas estratégias de controlo da dor a utilizar, promovendo assim, da melhor forma, o seu conforto. No decurso de todo o procedimento a criança permaneceu calma e colaborante dentro daquilo que lhe ia sendo proposto, não aparentando ficar ansiosa, o que contribuiu para uma realização mais rápida e menos dolorosa do procedimento. Durante o mesmo, de acordo com a opção da criança, a sua mãe ficou sentada ao seu lado a dar-lhe a mão. A forma como comuniquei com a criança durante a sua presença na sala de tratamentos e durante todo o processo, o recurso ao brincar terapêutico e a escolha das estratégias para o controlo da dor adotadas em parceria com a criança e a sua mãe demonstram que agi em função das necessidades de conforto da criança e família, tal como descrito no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996), no qual os enfermeiros “decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do individuo, família, grupos e comunidade (...)” (p. 2961).

Posso então concluir que para além de todas as competências desenvolvidas até então, através de todas as atividades realizadas neste contexto de estágio, fui também capaz de desenvolver a unidade de competência E1.1. – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. (OE, 2018), na medida em que negocie “(...) a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independia e ao bem-estar.” (OE, 2018, p. 19193), comuniquei com “(...) a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de

desenvolvimento e culturalmente sensíveis.” (OE, 2028, p. 1913); tal como as unidades de competência E2.2. – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (OE, 2018) através da “(...) gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.” (OE, 2018, p. 19194) e da aplicação de “(...) conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.” (OE, 2018, p. 19194) e E.3.3. – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (OE, 2018), através da demonstração de “(...) habilidades de adaptação de comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem.” (OE, 2018, p. 19194). Da mesma forma, fui também capaz de desenvolver as competências comuns do EE: “A1- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.” (OE, 2019, p. 4746), agindo de acordo com os protocolos vigentes da instituição, compreendendo novas dinâmicas e diferentes abordagens, o que me permitiu perceber diferentes formas de atuar numa mesma situação; “D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.” (OE, 2019, p. 4749), na medida em que percebi que neste contexto os colegas, tinham mais conhecimento do tema da dor e aplicavam mais técnicas de controlo da dor durante a sua prestação de cuidados que eu e portanto, limitei-me a aprender com eles, ajudando o serviço naquilo que considerava necessário e que me sentia apta a realizar, tendo em conta as situações com que me ia deparando; e por último a competência “D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.” (OE, 2019, p. 4749), através da realização de revisões da literatura que permitiram suportar o que ia aplicando na prática, fornecendo sempre toda a informação encontrada ao serviço e aos colegas.

Ao observar e participar na prestação de cuidados à criança e sua família pude constatar que toda a equipa de enfermagem se preocupa com a dor da criança, bem como com a sua avaliação e registo. A equipa utiliza estratégias de forma regular e, na maioria das vezes, regista o seu efeito. Neste contexto é também dada muita importância à formação na área da dor, fazendo parte do plano de formação do serviço a realização de variadas sessões sobre o tema ao longo do ano, bem como a dinamização, por alguns enfermeiros do serviço, do dia nacional da luta contra a dor, através da realização de diversas atividades dentro do tema.

No final posso dizer que considero muito positivo ter começado por este contexto, uma vez que este foi o contexto onde mais notei a sensibilização e motivação da equipa de enfermagem para a utilização de diferentes estratégias de controlo da dor

na criança, o que me influenciou muito positivamente e foi uma fonte de inspiração e motivação que contribuiu para que pudesse ir investigar um pouco mais sobre cada uma delas e as pudesse colocar em prática também nos outros contextos.

3.2.2 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

As UCIN dizem respeito a unidades específicas e apropriadas para a prestação de cuidados a Recém-Nascidos (RN) gravemente doentes, de alto risco, que requerem um conhecimento especializado e competências em diferentes áreas de atuação (Askin e Wilson, 2014). Estas unidades são para os pais um ambiente estranho, sendo a sua percepção inicial chocante, uma vez que têm o seu filho normalmente preso a vários fios, cabos e equipamentos, num local muito diferente daquele onde tinham planeado estar com o mesmo (Altimier e Phillips, 2013). De acordo com o que nos é dito por Askin e Wilson (2014) os RN de alto risco apresentam uma maior morbidade e mortalidade do que a média dos recém-nascidos, independentemente da sua idade gestacional e peso ao nascer, na maior parte das vezes pelas condições ou circunstâncias sobre impostas pelo curso normal dos acontecimentos associados ao nascimento e adaptação à vida extrauterina. Assim, e tendo em conta os protocolos vigentes do contexto em questão, apenas poderiam ter alta da UCIN os RN com idade gestacional superior a 35 semanas, com autonomia alimentar e com um peso superior a 1,900Kg.

Sendo a UCIN um serviço com características muito específicas, antes de iniciar o meu período de estágio neste contexto, senti a necessidade de procurar informação relativa às condições de saúde características deste tipo de unidade, bem como sobre a prestação de cuidados na mesma, através da pesquisa bibliográfica e da mobilização de conhecimentos adquiridos durante as aulas teóricas da especialidade, de forma a melhorar a minha prestação de cuidados neste contexto.

Tendo em conta todas as comorbilidades associadas, a aparência e o comportamento dos RN pré-termo e/ou doentes, internados nas UCIN e a complexidade e sofisticação dos equipamentos nela existentes, quer pela sua quantidade, quer pelo desconhecimento dos pais face aos mesmos, a admissão de um RN nestas unidades pode ser traumática para os pais, podendo mesmo originar comportamentos de culpa, medo, raiva, perda, incapacidade e hesitação nos diferentes membros da família (Ramezani, Shinazi, Sarvestani e Moattani, 2014). Para os pais este RN é diferente do idealizado, mais frágil, mais imaturo, mais pequeno e, portanto, têm de fazer o luto do bebé com qual sonharam durante toda a gravidez. Durante o período da gravidez os pais desenvolvem uma imagem da criança que irá

nascer, construindo uma criança com um determinado padrão de comportamento, realizações espectáveis e com um efeito pré-determinado no estilo de vida da família, desejando normalmente a criança perfeita. Na altura do nascimento a criança torna-se um bebé real e por sua vez, a proximidade do bebé idealizado com o bebé real irá desta forma influenciar o processo de vinculação (Wheeler, 2014). De acordo com o que nos é dito por Wheeler (2014), a vinculação corresponde a um processo recíproco de mudança, sendo a interação entre os pais e o bebé um fator importante a observar e que está intimamente relacionado com o processo de parentalidade. Quando existe uma grande discrepância entre o bebé idealizado e o bebé real a resolução da situação é uma tarefa de desenvolvimento parental essencial para o processo de vinculação, que nestes casos pode ficar comprometido provocando nos pais um grande stress emocional (Wilson, Montagnino & Wilson, 2014). Neste sentido os enfermeiros devem ser capazes de estabelecer um ambiente que encoraje a expressão de sentimentos, escutando com atenção os pais e estando despertos para a existência de sinais que possam indicar áreas de desconforto ou disponibilidade para conversar. O estar perto dos pais e mostrarmo-nos disponíveis pode ser o suficiente para demonstrar preocupação e demonstrar que eles não estão sozinhos (Wilson et al., 2014). De forma a facilitar a minha comunicação com os pais, adequar a minha prestação de cuidados e contribuir para a promoção da vinculação e para o desenvolvimento da parentalidade, foi-me possível elaborar e aplicar na prática, durante a minha passagem por este contexto de estágio, uma revisão da literatura sobre a promoção da vinculação no RN doente e/ou prematuro e o desenvolvimento da parentalidade em contexto de cuidados intensivos neonatais (Apêndice IX). Assim, e tendo em conta os CCF, é importante dar tempo aos pais para que estes façam o luto da criança esperada antes de estarem aptos para estabelecer um vínculo com o bebé real, facilitando o seu processo de ajustamento ao bebé doente (Wilson et al., 2014). Os pais devem então ser vistos como membros imprescindíveis da equipa de cuidados e parceiros nos cuidados ao seu filho, intervenção que irá ajudar a suportar tanto a criança como a sua família (Altimier e Phillips, 2013), favorecendo os CCF. Segundo o que nos diz Ramezani et al. (2014) o CCF é assim o *gold standard* nas UCIN, implicando uma envolvimento da família na alimentação, no método Canguru, no planeamento dos cuidados e promovendo uma presença ilimitada dos mesmos junto aos recém-nascidos, culminando na participação da equipa profissional e da família na promoção da qualidade dos cuidados prestados.

Neste contexto, por vezes, o estado clínico dos recém-nascidos não permite que os pais prestem cuidados diretos aos seus filhos, o que pode levar a uma sensação maior de ansiedade para os pais. Assim, cabe aos enfermeiros disponibilizarem-se para explicar todos os procedimentos que estão a ser realizados, escutar os pais e ajudá-los a lidar com os sentimentos que estão a experienciar em cada momento. Desta forma, sempre que não era possível aos pais participar nos cuidados diretos aos seus filhos, mostrei-me sempre disponível para os ouvir e responder às questões que iam surgindo, de forma a proporcionar conforto aos pais.

Este contexto de estágio permitiu-me também desenvolver mais as minhas competências relacionais com os familiares/pessoa significativa das crianças, talvez por ser um serviço de internamento onde quando os pais estão presentes é necessário dotá-los de capacidades para prestar cuidados aos seus filhos.

Os procedimentos realizados são um fator de stress e ansiedade tanto para as crianças, como para os seus familiares (Kuttner, 2010).

para os pais, a pior parte de ver os seus filhos a sofrer é a sua própria sensação de desamparo. Depender de profissionais de enfermagem e de médicos para promover alívio, que pode ou não ser imediato, pode ser angustiante e frustrante. Os pais tendem a carregar emocionalmente a dor dos seus filhos e, conseqüentemente, sentem-se exaustos, preocupados ou desesperados, a menos que vejam evidências de que as medidas tomadas foram as adequadas para lidar com e aliviar a dor dos seus filhos. Nós como profissionais de saúde precisamos de estar atentos a isto: uma criança com dor tem um pai com dor.³ (Kuttner, 2010, p. 108)

Ao estarmos cientes de todas as estratégias que podemos utilizar para controlar a dor na criança e conhecendo de que forma as podemos utilizar e ensinar os pais a utilizar, torna o procedimento menos stressante e mais calmo para todos os intervenientes. Tal como confirmado por Kuttner (2020) “os pais, assim como os filhos, precisam de receber informações adequadas sobre a condição dos seus filhos e estar adequadamente preparados para quaisquer intervenções planeadas, incluindo onde sentar/ ficar de pé, qual o seu papel e, mais importante, o que é que eles podem fazer.”⁴ (p.95).

Ensinar os familiares/ pessoa significativa a ajudar nas diferentes estratégias torna-os mais confiantes, mais confortáveis e estes acabam por não se sentir culpados por não terem ajudado.

³ the worst part of seeing their child in pain for some parents is their own sense of helplessness. Being dependent on nursing and medical professionals to provide relief, that may or may not be forthcoming, can be distressing and frustrating. Parents tend to emotionally carry their child's pain and consequently feel overwrought, worried, or desperate unless they see evidence that adequate steps have been taken to address and ease their child's pain. We as health care professionals need to be alert for this: a child in pain has a parent in pain. – Tradução Original

⁴ “parents, as well as children, need to be given adequate information about their child's condition and be adequately prepared for any planned interventions, including where to sit/stand, what their role is, and importantly, what they can do.” – Tradução Original

os pais devem ser convidados e preparados a comparecer a exames ou procedimentos médicos – com exceção dos adolescentes que preferem a sua independência. No entanto, se os pais se sentirem emocionalmente sobrecarregados ou despreparados, não se devem sentir culpados de não conseguirem permanecer. Em vez disso, quando a parte mais stressante do procedimento termine, os pais devem ser convidados a voltar para promover o conforto essencial para a criança. Esta é uma oportunidade de aprendizagem para os pais. Às vezes eles sentem-se angustiados por não poderem proteger os seus filhos ou evitar alguma dor. Alguns prevêm que a criança irá ficar zangada e irá descarregar neles. É importante suavizar este processo, fornecendo acesso flexível e suporte aos pais, até que todo o processo seja melhor tolerado.⁵ (Kuttner, 2010, p. 96)

Trabalhar em parceria com a família da criança fez-me valorizar ainda mais o papel da família no controlo da dor na criança, quer na realização da história da dor, quer na implementação das diferentes estratégias e controlo da dor face a cada procedimento. Tal como nos é dito por Kuttner (2010), “os pais assim capacitados serão um aliado dos profissionais de saúde da pediatria. Eles irão ajudar a preparar os seus filhos e auxiliarão mediando ou explicando à criança ou ao profissional de saúde o que é que o outro significa.”⁶ (p. 96). Considerando as crianças e suas famílias como uma unidade, tendo em conta os CCF, implica que as intervenções sejam adequadas tanto para as crianças como para a sua família.

se queremos que o filho se saia bem, devemos garantir que os pais também estejam bem – eles afetam-se um ao outro. Os pais são a chave para o filho e para o sucesso do plano de tratamento e o seu acompanhamento.⁷ (Kuttner, 2010, p.96)

Para além de facilitar a implementação das diferentes estratégias de controlo da dor durante determinado procedimento, trabalhar em parceria com a família é também tentar ajudar a mesma nas diferentes situações que se vão colocando e que a família possa não estar a conseguir responder da forma mais acertada. Durante a minha passagem por este contexto apercebi-me que um dos diagnósticos muito levantados pela equipa médica neste serviço passava pela Alergia às Proteínas do Leite de Vaca (APLV). Diagnóstico esse que demonstrava ser um diagnóstico por vezes difícil de lidar, maioritariamente para as mães que amamentavam, uma vez que estas nem sempre percebiam tudo o que estava implícito neste diagnóstico e por que razão não podiam comer determinado tipo de alimentos. Posto isto e tendo em conta que me foi possível prestar cuidados a um RN cujo diagnóstico era a APLV e a sua mãe já se

⁵ parents should be invited and prepared to be present at medical examinations or procedures – with the exception of those teens who prefer their independence. However, if parents feel emotionally overwhelmed or unprepared, they should not be made to feel guilty if they are unable to remain. Rather, once the most stressful part of the procedure is over, the parent can be invited back to provide essential comfort for the child. This is a learning opportunity for the parent. Sometimes they feel distressed that they couldn't protect their child or prevent the pain. Some anticipate that the child will be angry and take it out on them. It's important to soften this process by providing flexible access and support for the parent until the process is better tolerated. – Tradução Original

⁶ “parents empowered in this way will be an ally for pediatric health professionals. They will help prepare their child, and assist by mediating or explaining to the child or the professional what the other means.” – Tradução Original

⁷ if we want the child to do well, we must ensure that the parents is doing well too- they affect each other. The parent is a key to the child, and a key to the success of the treatment plan and its follow-up. – Tradução Original

encontrava num estado de grande stress face a não melhoria do RN, muitas vezes pela alimentação da mãe, que nem sempre se apercebia que o que comia poderia conter leite, optei por realizar uma revisão da literatura sobre a APLV e a amamentação (Apêndice X) e um posterior folheto sobre o tema (Apêndice XI) que foi subsequentemente entregue a essa mãe e a outras mães/pais cujos filhos também tinham este diagnóstico. Após a entrega e explicação dos mesmos senti uma melhoria do estado emocional das mães/pais, o que motivou a colocação de mais questões sobre o assunto e posteriormente uma melhor organização das estratégias a adotar por parte dos pais e uma melhoria do estado de saúde do RN.

Estas ações permitiram-me então desenvolver as competências: E.1.1. - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (OE, 2018), através da aplicação da revisão da literatura realizada sobre a vinculação e parentalidade, bem como através da realização do folheto sobre a APLV e amamentação e aplicação das estratégias encontradas, que permitem capacitar a família para a adoção de medidas promotoras da sua saúde e da família, facilitando a manutenção da amamentação; E.2.5. - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (OE, 2018), através do fornecimento e explicação do folheto relativo à APLV e amamentação aos pais das crianças internados nesta unidade, o que facilitou a adaptação das famílias à doença da criança; e E.3.2. - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais (OE, 2018), através da realização de uma revisão da literatura sobre a parentalidade e a vinculação com o RN doente e a sua aplicação na prática, do folheto da APLV e amamentação que permite a manutenção do contacto mãe-RN, e da participação nos cuidados ao RN e envolvimento dos pais nos mesmos cuidados.

Logo no início do meu estágio neste contexto foi-me também possível perceber que a promoção do conforto na criança e a avaliação da sua dor são tarefas constantemente realizadas pelos enfermeiros deste serviço. A folha de registos da criança tem um campo específico onde é possível registar o nível de dor da criança, embora as estratégias farmacológicas e não farmacológicas implementadas apenas só eram possíveis de registar nas notas de enfermagem e a maior parte das vezes esse registo não era escrito nem transmitido na passagem de turno, embora a maior parte dos enfermeiros aplicassem sempre alguma estratégia de controlo da dor durante determinado procedimento. Contudo, neste serviço, bem como no hospital,

existem inúmeras normas sobre avaliação e controle da dor na criança, elaborados pelo grupo responsável pela dor da criança do Hospital, o que me permitiu adquirir competências na implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas no controle da dor no contexto da neonatologia, tal como observar a eficácia dessas mesmas estratégias, o que se tornou uma experiência muito gratificante e enriquecedora. À via de transmissão normal da dor chamamos nocicepção. Esta tem início na periferia (por exemplo a pele), onde a sensação inicial de dor permite uma ativação dos nociceptores, que posteriormente convertem o estímulo nocivo (por exemplo a agulha) em atividade elétrica (Oakes, 2011). Posteriormente o impulso nervoso é conduzido através dos nervos aferentes até à medula espinhal, que seguidamente se conecta ao tálamo e ao córtex cerebral onde a dor é percebida. O córtex cerebral por sua vez projeta os impulsos até ao sistema límbico, que irá influenciar as respostas emocionais à dor. Para além de funcionar como recetor e intérprete da informação que vem das entradas periféricas o Sistema Nervoso Central funciona também como modulador sensorial, aumentando ou diminuindo a progressão do impulso da dor até ao córtex cerebral, chamado de neuromodulação (Oakes, 2011). Como neuromoduladores artificiais temos os analgésicos opióides que vão ter a sua ação nos recetores de opióides e vão ser responsáveis pela diminuição da dor (Oakes, 2011). Assim, podemos perceber que um dano nos tecidos vai originar uma libertação de neurotransmissores locais e neuromoduladores que vão ativar os nociceptores locais, originando uma dor nociceptiva, que tal como nos diz Oakes (2011), é o resultado esperado de uma lesão associado ao processo de transmissão nervosa normal e que se resolve com a cura. De acordo com esta teoria e sabendo que os nociceptores periféricos sofrem de uma mielinização incompleta até à primeira infância podíamos achar que as crianças até essa idade tinham uma menor perceção da dor uma vez que a transmissão de impulsos é mais lenta. Contudo esta maior lentidão na transmissão dos impulsos é compensada pela menor distância que o impulso nervoso tem de percorrer no Sistema Nervoso Central da criança e como tal a perceção de dor nestas crianças acaba por ser semelhante às restantes, não sendo uma justificação para o não tratamento da dor nas crianças até esta idade (Oakes, 2011). Por sua vez, os prematuros acabam por ser mais sensíveis à dor que as crianças mais velhas e os adultos, uma vez que têm um défice de neurotransmissores ao nível da via descendente da medula espinhal e como tal acabam por ter uma falta de mecanismos neuromoduladores, aumentando os sinais de dor (Oakes, 2011).

Durante o período de estágio neste contexto as estratégias de controlo da dor que mais utilizadas passaram pela administração oral de sacarose a 24%, associada normalmente à sucção não nutritiva, as manobras de contenção e os posicionamentos de conforto. Para além destas estratégias foi também possível observar a adoção de determinadas ações que contribuíram para a promoção do conforto à criança e que vão de encontro às orientações da DGS para o controlo da dor nos RN (DGS, 2012b), como: acordar suavemente a criança antes do procedimento doloroso; manipular o RN suavemente; proporcionar um ambiente calmo e tranquilizador, com pouco ruído; e reduzir ao mínimo a estimulação do RN, tentando coordenar da melhor forma os cuidados de enfermagem e os cuidados médicos. De acordo com Taddio, Shah, Gilbert-MacLeod e Katz (2002) citados por Oakes (2011), num estudo no qual recém-nascidos foram expostos a repetidas punções de calcanhar nas primeiras 24 a 36 horas de vida, os recém-nascidos evidenciaram uma resposta à dor mais intensa, durante uma punção venosa posterior, do que recém-nascidos que não passaram por tantos procedimentos dolorosos. Esta informação veio confirmar que experiências de anteriores de dor podem ser responsáveis por uma variabilidade nos limiares e comportamentos de dor (Oakes, 2011). Isto acontece porque os repetidos estímulos resultantes do dano nos tecidos vão originar uma ativação dos recetores de N-metil-D-aspartato na medula espinhal, fazendo com que os neurónios da medula espinhal tenham uma maior resposta a mais tipos de nociceptores danificados ou sensibilizados, levando a um aumento e continuidade de sensibilidade à dor (Oakes, 2011), deixando a criança menos tolerante à dor. De acordo com o mesmo autor este aumento da sensibilidade à dor vai dar origem a respostas fisiológicas alteradas que podem ser desencadeadas simplesmente pela ameaça da dor, tornando-se muito importante o alívio da dor de forma a prevenir episódios repetitivos de dor.

Tendo em conta todas estas informações, de acordo com as orientações emitidas pela DGS no que concerne ao controlo da dor nos RN (DGS, 2012b), com base na observação realizada e de forma a facilitar a minha prestação de cuidados ao RN e família neste contexto desenvolvi um guia orientador para o controlo da dor nos RN durante os procedimentos dolorosos (Apêndice XII) que posteriormente também facilitou o meu trabalho e auxiliou a minha prestação de cuidados às crianças nos outros contextos por onde passei. Este guia e a aplicação do mesmo na prática permitiu-me assim desenvolver as competências: E.2.2. - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (OE, 2018); e E. 2.4. - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em

saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência (OE, 2018), que foi também fortalecida com a minha participação no seminário “As Novas Conceções em Saúde Infantil e Pediátrica”, realizado na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha (Anexo I) em que se falava sobre diferentes terapias como a hipnose, o reiki, desafios na alimentação, entre outros, com diferentes elementos da OE.

No final posso considerar que este contexto de estágio foi um verdadeiro desafio, na medida em que é uma área muito específica na qual não tinha nenhuma experiência anterior. Proporcionou-me experiências muito enriquecedoras que me permitiram desenvolver, para além das competências especializadas referidas anteriormente, competências comuns do EE como: a competência B3- Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019), através da adequação de todos os meus cuidados de acordo com a cultura de cada família, sendo que neste contexto existiam muitas famílias culturalmente diferentes e quando prestamos cuidados devemos ter sempre isso em conta; a competência D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (OE, 2019), na medida em que percebi que por vezes existem dificuldades linguísticas que não podem impedir a minha prestação de cuidados e como tal tenho que me adaptar ao que existe, sendo que neste contexto e caso específicos utilizei estratégias como o Google tradutor para tentar comunicar com famílias com as quais a barreira linguística não me permitia fazer tão bem; e a competência D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019), através da realização de revisões da literatura que me permitiam suportar o que ia aplicando na prática.

3.2.3 Centro de Desenvolvimento Infantil

A avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento (motor, emocional, cognitivo e social) da criança, a deteção precoce e encaminhamento de qualquer situação que possa afetar de forma negativa a qualidade de vida, o sucesso educacional ou a integração social da criança e família, integradas na competência “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018, 1912), são áreas de atenção particular no que diz respeito à saúde infantil e pediátrica, na qual o EEESIP deve ter um papel fundamental. Assim, após conhecer o local e a sua missão, um dos objetivos deste local de estágio passou pela aquisição e desenvolvimento de competências a nível da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e da utilização de

cuidados antecipatórios na minha prática de cuidados, utilizando o brincar como atividade essencial para o conforto da criança.

Neste contexto foi possível observar uma visão multidisciplinar sobre as patologias do desenvolvimento e da saúde mental, com uma abordagem mais alargada em relação às crianças e às suas famílias, não estando apenas centrado nas crianças e suas patologias, mas também em toda a abordagem familiar e o contexto em que as crianças se inserem, promovendo uma relação terapêutica com a criança e a sua família, diagnosticando e intervindo precocemente nas perturbações do desenvolvimento e da saúde mental das crianças, uma vez que a intervenção em idades precoces melhora significativamente o prognóstico destas doenças. A equipa é constituída por pediatras do desenvolvimento, neuropediatras, pedopsiquiatras, enfermeiros especialistas em saúde mental e saúde infantil e pediátrica, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, professora de ensino especial, psicóloga e assistente social, que têm como objetivo primordial o desenvolvimento harmonioso da criança, intervindo de forma diferenciada e multidisciplinar na área do desenvolvimento infantil e com uma abordagem global da criança, dando resposta ao pedido das famílias de crianças até aos cinco anos com suspeita de atraso de desenvolvimento ou nas quais pareçam existir fatores adversos que possam afetar não só o neuro desenvolvimento como também a saúde mental. A abordagem passa por seções individuais ou de grupo (com diferentes equipas multidisciplinares), dirigidas às crianças ou às mães e aos pais, sendo que o diagnóstico é evolutivo e atente às mudanças inerentes ao desenvolvimento da criança. A criança e a família são então o alvo dos cuidados de toda a equipa multidisciplinar, colocando assim novos desafios no que diz respeito ao trabalho em equipa e promoção da saúde individual e familiar, potencializando a saúde da criança no contexto familiar e permitindo-me assim desenvolver a unidade de competência E1.1.10. - Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde (OE, 2018), na medida em que pude participar em variadas reuniões com toda a equipa multidisciplinar, as equipas locais de intervenção precoce, as creches/escolas/jardins de infância e alguns médicos de família (quando eram debatidos assuntos das famílias em questão), o que proporcionou um melhor conhecimento da família pelas diferentes equipas e facilitou a criação de um plano de cuidados adequado e de encontro às necessidades de cada família.

O método de diagnóstico e intervenção utilizado neste contexto é o Modelo DIR (Modelo de **D**esenvolvimento baseado nas **D**iferenças Individuais e na **R**elação) /

Floortime, que me era desconhecido, e que mereceu uma revisão bibliográfica de forma a melhor compreender os seus objetivos fundamentais e a sua aplicabilidade. Este modelo, desenvolvido pelo psiquiatra Dr. Stanley Greenspan e habitualmente utilizado na intervenção com crianças com perturbação do espectro do autismo, é um modelo utilizado para promover o desenvolvimento da criança com base num processo respeitoso, através da brincadeira, alegre e envolvente, utilizando o poder das relações e das conexões humanas para promover a interação, a comunicação, os comportamentos positivos e o pensamento. Tudo isto baseado no modelo DIR de forma a entender os pontos fortes e fracos de qualquer criança (ICDL, s.d.). Tem como objetivo ir de encontro ao meio das crianças, permitindo o desenvolver dos seus pontos fortes e habilidades, criando com as mesmas uma interação e um relacionamento caloroso. Através deste modelo as crianças são desafiadas a desenvolver quem são e não o que os seus diagnósticos dizem que são. Desafia-se assim a criança a ser criativa, curiosa e espontânea, despertando o seu interesse pelo que a rodeia (Greenspan, 2013).

Este tipo de abordagem e a constante utilização do brincar, tão própria deste modelo e atividade imprescindível em todos os ambientes infantis (International Play Association, 2019), tendo sempre em conta o estágio de desenvolvimento de cada criança, fez-me ir perceber de que forma esta atividade poderia ser da melhor forma aplicada na preparação da criança para os procedimentos dolorosos e deu origem a uma revisão bibliográfica acerca do tema (Apêndice XIII). É através da brincadeira que a criança comunica com o mundo onde vive e expressa os seus sentimentos, ansiedades e frustrações, sendo crucial para o seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social (Martins, Ribeiro, Borba e Silva, 2001). Esta abordagem acaba então por ter assim o seu foco principal direcionado para o desenvolvimento saudável da criança num ambiente de conforto para a mesma, nunca esquecendo o bem-estar também da sua família e o equilíbrio do binómio criança e família.

Tendo em conta a minha observação participante nas consultas de enfermagem com estas crianças e o tema do presente relatório senti a necessidade de aprofundar conhecimentos que sustentam a minha prática e realizar uma revisão bibliográfica acerca da experiência de dor associada ao estágio de desenvolvimento da criança (Apêndice XIV), que numa das consultas, ao mesmo tempo que a revisão bibliográfica sobre a preparação da criança para os procedimentos dolorosos, me permitiram intervir com uma criança de 4 anos que foi realizar um rastreio de doenças metabólicas ao centro de desenvolvimento e, segundo a mesma, o procedimento foi realizado sem

dor. Esta intervenção permitiu-me também atuar como formadora em contexto de trabalho, na medida em que fui procurar evidência científica que corroborasse a aplicação das estratégias utilizadas para o controlo da dor naquele contexto para aquela criança e posteriormente apliquei, com sucesso, essas mesmas estratégias, promovendo a formação, relativa às estratégias de controlo da dor, da colega que estava comigo a prestar cuidados e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, proporcionando o desenvolvimento das competências: “D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, 4749) e “B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (OE, 2019, 4747).

A observação da utilização deste modelo no contacto com as diferentes crianças pelos diferentes profissionais de saúde deste contexto, a revisão bibliográfica acerca do mesmo, bem como a mobilização do modelo durante a observação participante nas consultas de enfermagem foi muito importante no que diz respeito ao desenvolvimento de competências de EEESIP, permitindo-me reforçar a minha capacidade de observação da criança e da sua família, de observação da interação da criança com a família e respostas de ambos às iniciativas, preocupações e expectativas uns dos outros, e também a minha capacidade de avaliação do desenvolvimento da criança. O que também me levou a compreender que a observação da criança a brincar (a sua atenção, a sua manipulação dos objetos, a sua mimica, as suas emoções) permite obter ilações importantes relativamente ao seu desenvolvimento. O trabalho realizado com as diferentes crianças e famílias, com o intuito de desenvolver competências que ainda não estavam tão desenvolvidas nas crianças, de forma a prevenir atrasos de desenvolvimento, proporcionou também o desenvolvimento da unidade de competência E.1.2. - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem (OE, 2018) e permitiu-me ter um olhar diferente sobre as crianças e as suas famílias. Tornou-me mais desperta para os sinais de alarme para o desenvolvimento infantil, facilitando a adoção de comportamentos, durante a minha prática de cuidados, dirigidos aos cuidados antecipatórios, permitindo-me trabalhar, com a criança e família, aspetos relacionados com a adoção de comportamentos que potencializassem o desenvolvimento da criança e a saúde do binómio criança e família, contribuindo assim para o desenvolvimento das unidades de competência: E1.1.5. - Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção

de comportamentos potenciadores de saúde (OE, 2018) e E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (OE, 2018).

Durante toda a minha permanência neste contexto de estágio agi sempre de acordo com os protocolos vigentes da instituição, compreendendo e adotando comportamentos adequados às dinâmicas e abordagens diferentes daquele contexto, o que me permitiu desenvolver a competência “A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (OE, 2019, 4746). Ao mesmo tempo que prestei cuidados respeitando sempre a privacidade das crianças e famílias, questionando sempre os pais se poderia ou não estar presente nas suas consultas, o que permitiu o desenvolvimento da competência “A2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019, 4746).

3.2.4 Unidade de Saúde Familiar

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) “(...) são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade” (OE, 2008). Estes incluem o diagnóstico e tratamento de doenças e lesões, a promoção da saúde e prevenção de doenças, contribuindo para a identificação de necessidades e prestação de serviços às famílias e comunidade (OE, 2008), estando assim o seguimento regular da criança saudável e o resolver, encaminhar e orientar as situações não urgentes, à responsabilidade dos mesmos. A missão de garantir a prestação de cuidados de saúde primários à comunidade ficou a cargo dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), da qual fazem parte as USF.

A minha primeira semana neste contexto de estágio tinha como objetivo conhecer a dinâmica da USF e perceber quais os cuidados diferenciados do EEESIP neste contexto. Antes da minha chegada à USF esta já possuía bastantes aspetos positivos relativamente ao controlo da dor da criança quando submetida a procedimentos dolorosos como: o ambiente envolvente, a presença dos pais e algumas estratégias de controlo da dor. Relativamente ao ambiente envolvente a sala de vacinação, bem como algumas das salas das Consultas de Saúde Infantil (CSI) apresentavam paredes coloridas, pintadas com desenhos, quadros e pósteres coloridos, com imagens animadas e caixas com brinquedos para promover a distração das crianças. Tal como nos é dito por Batalha (2010) “decoração e mobiliário conducentes a uma atmosfera mais confortável, e orientada para as necessidades da criança e família, tornam o ambiente mais familiar e tranquilo.” (p.73). A presença dos pais durante a vacinação

da criança já era uma prática comum na USF, o que contribuía para a redução da ansiedade da criança. Contudo, nem sempre apenas a presença dos pais era suficiente para um controlo eficaz da dor na criança e nem sempre os pais sabiam como podiam agir de forma a facilitar esse processo, pelo que me pareceu crucial ajudar os pais a perceber de que forma poderiam ter uma presença de qualidade durante a vacinação das crianças e ao mesmo tempo prepararem as crianças para a vacinação, indo assim de encontro às diretrizes fornecidas pela DGS (2012a) no que diz respeito às orientações para o controlo da dor em procedimentos invasivos que referem que se deve: “preparar e informar previamente as crianças e adolescentes acerca dos procedimentos, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo” (p.1) e ao mesmo tempo “preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança” (p.1). Assim, ao longo de todo o meu percurso neste local de estágio procurei envolver de forma intencional os pais durante a vacinação, encorajando a sua participação na implementação de estratégias de controlo da dor durante o procedimento e antes do mesmo, no sentido de preparar a criança para aquele momento. Assim sendo, para além de alertar e sensibilizar a equipa de enfermagem para estes aspetos e para as melhores estratégias de controlo da dor a adotar durante a vacinação, consoante o estágio de desenvolvimento de cada criança, estratégias raramente colocadas em prática pela maior parte dos colegas neste contexto aquando desta intervenção, considerei que deveria também centrar a minha atenção na família e orientar a mesma para a preparação das suas crianças para a vacinação, de forma a orientá-los e a estimular o seu envolvimento/participação. Até porque tal como nos é dito pela DGS (2012a), “o medo e a ansiedade das crianças e pais são fatores agravantes da dor (...)” (p. 3) e assim, ao abordarmos o procedimento a realizar, sugerindo estratégias para controlar a dor e a ansiedade das crianças antes, durante e após o procedimento, estamos a contribuir para diminuir a ansiedade antecipatória quer das crianças como a dos pais, ao perceberem que o procedimento a realizar pode ser mais confortável para a criança. Desta forma optei então por realizar um folheto informativo dirigido aos mesmos, com o título “Pais e Mães, vamos preparar os vossos filhos para as vacinas?” (Apêndice XV) para fornecer e explicar aos familiares das crianças que iam à vacinação e às consultas de saúde infantil o que poderiam fazer antes, durante e depois da vacinação de forma a diminuir a dor e a ansiedade das crianças. Este folheto permitiu que os pais ficassem mais despertos para tudo o que poderiam fazer de forma a diminuir a dor e a ansiedade das crianças

associada à vacinação, contudo não foi possível verificar se nas vacinações seguintes adotaram ou não alguma estratégia das sugeridas, uma vez que o período de estágio neste contexto não permitiu estar presente em vacinações de idades diferentes da mesma criança. Esta atividade permitiu-me assim ajudar a desenvolver a competência “2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (OE, 2018, p.19193) e a competência “B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p. 4747), nomeadamente a unidade de competência “B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de confiança e proteção dos indivíduos/grupo” (OE, 2019, p.4747) e trabalhar para proporcionar conforto às crianças que são submetidas à vacinação.

Face ao material e condições já existentes na USF, considerei que poderia faltar o reforço positivo às crianças após a vacinação, pelo que elaborei também um diploma para dar às crianças após a vacinação (sempre que se tratasse de crianças em idade pré-escolar e escolar), mostrando como foram corajosas (APÊNDICE XVI). Este “prémio” era, na maioria das vezes, negociado antes da realização do procedimento, alcançando, na maior parte das vezes, resultados positivos na colaboração por parte das crianças durante o procedimento, funcionando como um louvor à sua cooperação. Para além deste diploma, e após discussão com a enfermeira orientadora relativamente ao que seria necessário, considerámos que poderia também fazer sentido a realização de um póster informativo relativamente ao tempo que as crianças deveriam permanecer na sala de espera após a vacinação (APÊNDICE XVII), tal como é dito pelo Programa Nacional de Vacinação (PNV) (DGS, 2020), uma vez que a maior parte das crianças e famílias, mesmo após serem informadas da importância da sua permanência por mais trinta minutos na sala de espera, abandonam a USF sem dar qualquer justificação. A partir da sua colocação na sala de espera e na sala de vacinação, bem como a repetição da sua importância durante o procedimento, foi possível perceber que as crianças e famílias começaram a permanecer mais tempo na sala de espera inclusive, no final desse tempo, iam perguntar se podiam ir embora.

Sendo a família o alvo de cuidados nesta USF, existe um enfermeiro de família responsável pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, ao longo das várias fases da vida e em todos os contextos da comunidade, tal como descrito no 2º artigo do Decreto-Lei n.º 118/2014 (2014), no que diz respeito ao enfermeiro de família. Assim, as CSI e a vacinação das crianças nem sempre são realizadas por um EEESIP, até porque nesta USF existe apenas um EEESIP. Desta forma tive a oportunidade de observar e participar nas CSI e na vacinação orientadas tanto por um

EEESIP como por Enfermeiros de cuidados gerais ou especialistas noutras áreas e perceber que quando as mesmas eram orientadas pelo EEESIP eram abordados com mais frequência assuntos como os cuidados antecipatórios, que não eram normalmente abordados quando as mesmas eram orientadas por colegas de outra especialidade. Mas, no que às estratégias de controlo da dor diz respeito, durante a vacinação, estas eram pouco utilizadas quer pelo colega EEESIP, quer pelos colegas de outras especialidades ou de cuidados gerais, o que fez com que, sempre que estava presente no momento de vacinação sugeria ou aplicava diferentes estratégias de controlo da dor, associadas ao estágio de desenvolvimento de cada criança, contribuindo para a formação dos colegas que estavam presentes e para uma prestação de cuidados de qualidade.

Nesta USF a calendarização das CSI para as idades chave é realizada, sempre que possível, de forma a coincidir a consulta de enfermagem com a consulta médica e com o esquema de vacinação preconizado pelo PNV, diminuindo o número de deslocações das crianças e famílias aos serviços de saúde, tal como é recomendado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013).

Através da minha participação nas CSI foi-me também possível avaliar e promover o crescimento e desenvolvimento das crianças, transmitindo orientações antecipatórias, já interiorizadas noutros contextos de cuidados e nas aulas teóricas do curso em questão, às famílias, de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento das crianças e da parentalidade, tal como a promoção da saúde de toda a família, e que também contribuiu para o desenvolvimento da competência “3- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.” (OE, 2018, 19194). As atividades desenvolvidas neste âmbito permitiram-me desenvolver todas as unidades de competência referentes à competência “1- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (OE, 2018, 19192) e tiveram por base as orientações transmitidas no PNSIJ (DGS, 2013) como sendo: avaliação do crescimento e desenvolvimento, que permite uma deteção precoce de qualquer alteração que possa existir, com o intuito de um acompanhamento mais próximo ou um encaminhamento mais célere quando necessário; promoção de comportamentos promotores de saúde, através do incentivo à adoção de estilos de vida saudáveis e da explicação dos riscos associados aos comportamentos nocivos à saúde; apoio e promoção da responsabilização gradual da criança pelo seu projeto de saúde, promovendo o seu desenvolvimento pessoal e social e a sua autodeterminação; e por fim o apoio e estímulo à família no que diz

respeito ao exercício adequado das suas responsabilidades parentais, fornecendo sempre informação atualizada geradora de aprendizagens; procedendo sempre ao registo das mesmas no sistema de registos informático S. Clínico, existente na USF, e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil de cada criança.

Só através do conhecimento e avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança o enfermeiro é capaz de detetar alterações à normalidade e encaminhar as crianças quando necessário. No que diz respeito às recomendações relativamente à avaliação do desenvolvimento das crianças em Portugal, o nosso PNSIJ não impõe uma avaliação do desenvolvimento com base na aplicação de testes de rastreio globais nas consultas, mas considera que o mesmo implica uma valorização das observações realizadas pelos pais, da história clínica, do reconhecimento dos fatores de risco e da observação da criança (DGS, 2013). No entanto o mesmo confirma que, ao contrário de uma avaliação clínica informal, que apenas é capaz de detetar cerca de 30% das crianças com problemas de desenvolvimento, os instrumentos de rastreio *standardizados* são capazes de detetar entre 70 a 90% desses problemas. Esta informação é confirmada por Sharma (2011) quando nos diz que

impressões clínicas subjetivas baseadas em observações informais são frequentemente usadas, mas perdem uma proporção significativa de crianças com problemas, o que pode levar a atrasos na identificação. Os testes de desenvolvimento padronizados diferenciam principalmente as crianças em diferentes níveis de desempenho nesse teste específico.⁸
(p.162)

Assim sendo, e porque “os parâmetros do desenvolvimento psicomotor não são mensuráveis como os do crescimento físico, e daí as dificuldades em considerar os denominados “Testes de Desenvolvimento” instrumentos suficientemente bons para serem utilizados como método exclusivo de deteção das perturbações do desenvolvimento” (DGS, 2013, p.57), em Portugal, opta-se pela utilização de testes mais simples, como a escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan que integra atualmente o programa informático utilizado nesta USF e é referenciada no PNSIJ. Desta forma e uma vez que deverá ser uma avaliação que deve “(...) ter lugar em todos os encontros que os profissionais têm com a criança e a família e não apenas nas denominadas idades-chave.” (DGS, 2013, p.58), e ser vista como um “(...) processo flexível, dinâmico e contínuo, (...)” (DGS, 2013, p.58), devemos aproveitar todos os momentos que temos com a criança, inclusive os momentos fora das CSI para perceber e avaliar o desenvolvimento da criança. Embora Gellasch (2016) afirme

⁸ subjective clinical impressions based on informal observations are often used, but they miss a significant proportion of children with problems, which may lead to delay in identification. Standardised tests of development primarily differentiate children at different levels of performance on that particular test. – Tradução Original

que os enfermeiros se encontram numa posição privilegiada para fazer estas avaliações do desenvolvimento à criança, a verdade é que nós enquanto enfermeiros também nos temos de saber posicionar neste sentido. Ou seja, devemos aproveitar o contacto com a criança, nos nossos diferentes contextos de trabalho, para realizarmos esta avaliação do desenvolvimento às mesmas e fazer ver aos pais e aos outros profissionais de saúde que sabemos fazê-lo de acordo com as recomendações vigentes e encaminhar as crianças para outros profissionais de saúde, se necessário. Mas para isso é necessário que melhoremos as nossas competências nesta área, estudando e atualizando os nossos conhecimentos acerca dos vários instrumentos, de forma a sabermos aplicá-los na íntegra e com maior facilidade. Como nos diz Pinto (2009) “devemos atualizar continuamente os nossos conhecimentos e ter a mente aberta à evolução desta área da Pediatria.” (p.686). Ao termos conhecimento científico sobre aquilo que estamos a fazer conseguimos aplicar as escalas mais facilmente e eficazmente, demonstrando mais confiança aos pais, que por sua vez acabam por confiar mais em nós para transmitir determinadas informações sobre o desenvolvimento da criança, o que também nos pode ajudar na avaliação do desenvolvimento da mesma. O que desperta também para o facto de que esta avaliação do desenvolvimento das crianças não deve ser apenas realizada nos cuidados primários, mas também durante os períodos de hospitalização, ou em outros contactos das crianças com os enfermeiros, tratando-se de oportunidades únicas que não devem ser negligenciadas (OE, 2010). No entanto, tal como também é dito pela OE (2010) “(...) a monitorização do desenvolvimento infantil através de um instrumento de avaliação poderá ser de difícil aplicação prática em situação de internamento hospitalar, mais ainda se tivermos em conta que habitualmente se procura *the best performance* da criança.” (p.97). Dai que, caso o internamento hospitalar seja a única oportunidade para fazer esta avaliação do desenvolvimento, deverá ser feita com algumas salvaguardas (OE, 2010). Estas salvaguardas podem significar ter em atenção que determinadas tarefas não realizadas pelas crianças, em determinada circunstância, podem estar relacionadas com a situação em que a criança se encontra no momento ou outros fatores externos e não corresponder propriamente a um atraso de desenvolvimento da mesma. Tendo em conta que na consulta de saúde infantil, a avaliação do desenvolvimento da criança se faz com recurso à escala de Mary Sheridan, também disponível no sistema de registos S. Clínico, uma das atividades projetadas para a concretização dos meus objetivos passou pela aplicação e mobilização desta escala nas CSI, o que implicou a reunião e organização do material

necessário que havia disponível na USF para a aplicação da mesma, arranjando forma de reunir o material em falta. O conhecimento teórico acerca do tema permitiu-me também ser capaz de realizar a avaliação do desenvolvimento da criança, para além da utilização da escala de Mary Sheridan, também através das informações transmitidas pelos pais, quando estes estavam presentes nas consultas, mas também através da observação intencional da criança desde que ela entrava no consultório até à sua saída.

3.2.5 Internamento de Pediatria

Este serviço recebe crianças dos 0 aos 18 anos que sejam provenientes do serviço de urgência de pediatria, da consulta externa ou transferidos de outros hospitais, que não consigam dar resposta á situação clínica da criança. Tendo em conta a diversidade de especialidades abrangidas e conseqüentemente a diversidade de cuidados de enfermagem necessários torna-se assim um serviço que permite aprofundar diferentes conhecimentos e desenvolver variadas competências essenciais.

Neste contexto, como ponto de partida e uma vez que é o meu contexto de prestação de cuidados e já tinha um conhecimento anterior sobre o mesmo, senti a necessidade de identificar as necessidades dos enfermeiros relativamente às estratégias farmacológicas e não farmacológicas utilizadas nos procedimentos com agulhas para controlo da dor e promoção do conforto, para além da observação já realizada ao longo da minha prestação de cuidados ao longo dos anos neste contexto. Para tal optei por realizar um questionário à equipa de enfermagem, já referido anteriormente, relativo à perceção e conhecimento dos enfermeiros relativamente às intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor utilizadas nos procedimentos com agulhas (Apêndice I). Este questionário permitiu-me concluir que a equipa aparenta ter algum conhecimento sobre o tema, contudo necessita de mais informação e demonstração da eficácia das estratégias de forma a começarem a aplicá-las mais frequentemente. Ao mesmo tempo que aplicava este questionário utilizei também a escuta ativa, como instrumento de colheita de dados, que tal como nos diz Phaneuf (2005) é, “(...) um método de condução da entrevista em que os interlocutores estão em pé de igualdade. Por meio do questionamento e, sobretudo, da reformulação constante, esta forma de escuta permite à enfermeira chegar a uma boa compreensão dos factos.” (p. 157) e permite um ganho tanto para quem escuta como para quem é escutado, facilitando assim uma melhoria da prestação de cuidados tanto para mim como para os meus colegas, uma vez que ao mesmo tempo

que ouvia as suas opiniões ia também contribuindo para a formação dos mesmos relativa ao controlo da dor na criança, através da informação obtida pela evidência científica encontrada. Após à análise dos dados recolhidos foi-me possível concluir que a equipa apresenta alguns conhecimentos sobre a temática, embora nem todos sendo os mais atuais. Não estão muito sensíveis à mesma, embora me pareça que tenham ficado mais sensíveis à mesma após as conversas que tive comigo, necessitando assim de orientações que sistematizassem e norteassem a sua prática diária. Assim, após análise dos dados recolhidos, em conjunto com a enfermeira orientadora do presente contexto, e tendo em conta que a equipa se mostrava pouco disponível para a realização de formações em serviço fora do horário laboral, decidi apostar na formação dos pares de uma forma mais informal, através de uma aprendizagem informal, nas passagens de turno e durante a prestação de cuidados às crianças. Numa primeira fase comecei por perceber qual a informação existente no serviço sobre a dor e cheguei à conclusão que existia alguma informação, embora muito dispersa e sem grande relação entre os temas. Neste seguimento e tendo em conta todos os conhecimentos e competências obtidos até então nos outros contextos de estágio, optei por organizar a mesma e elaborar um dossier temático de fácil acesso e consulta, com um Guia orientador da intervenção do enfermeiro para o controlo da dor na criança submetida a procedimentos com agulhas (Apêndice XVIII), que apresentei e demonstrei a todos os colegas, durante a prestação de cuidados. Neste agreguei informações relativas à dor; avaliação da dor na criança; experiências de dor associadas ao estágio de desenvolvimento da criança; as diferentes estratégias de controlo da dor que podem ser utilizadas nas crianças submetidas a procedimentos com agulhas, de acordo com a sua faixa etária; bem como diferentes instrumentos a utilizar durante a aplicação das diferentes estratégias de controlo da dor, como o instrumento de colheita de dados sobre a história da dor, os posicionamentos de conforto a utilizar durante os procedimentos, a utilização do brincar terapêutico e de vídeos de realidade virtual e por fim, uma orientação para a administração da sacarose 24% e outra para a aplicação de EMLA. Este Guia foi baseado nas orientações sobre o controlo da dor da DGS e OE, tendo em conta a filosofia dos CCF e dos CNT e pretendeu ser um documento de orientação e uniformização das intervenções dos enfermeiros, promovendo cuidados especializados e de máxima qualidade. Para ajudar à concretização do mesmo utilizei todos os documentos elaborados até então nos diferentes contextos de estágio, bem como a experiência e competências adquiridas nos diferentes contextos de estágio. Estas ações permitiram-me assim

desenvolver as competências “B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.” (OE, 2019, p.4747) e “B2- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.” (OE, 2019, p. 4747), mais concretamente a unidade de competência “B2.2 – Planeia programas de melhoria contínua” (OE, 2019, p.4747). Para dar continuidade e visibilidade ao trabalho realizado e de forma a facilitar a utilização do Guia referido anteriormente, durante a prestação de cuidados às crianças, remetia sempre as minhas intervenções para o mesmo e orientava os meus colegas para a sua utilização no planeamento das intervenções a realizar, ao mesmo tempo que incentivava a descrição das estratégias utilizadas aquando da realização dos registos de enfermagem e da passagem de turno, referindo sempre as vantagens da utilização das mesmas e incentivando a discussão e debate acerca das barreiras encontradas à utilização de cada estratégia de controlo da dor da criança quando submetida a procedimentos com agulhas. Estas estratégias utilizadas mostraram ser bem recebidas por toda a equipa, obtendo um *feedback* bastante positivo, tendo sido possível observar a posterior utilização de algumas estratégias de controlo da dor por diferentes colegas, alguns que até então não concordavam com a utilização das mesmas. Esta atividade permitiu-me assim desenvolver competências como: “A1- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (OE, 2019, p.4746), mais concretamente no que diz respeito às unidades de competência “A1.2 – Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade” (OE, 2019, p.4746) e “A1.3 – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (OE, 2019, p.4746).

Através das medidas farmacológicas a dor da criança acaba por ser aliviada, no entanto a utilização de medidas não farmacológicas também tem um efeito muito positivo nas crianças, funcionando como um importante recurso no alívio da dor, quer de forma isolada ou em simultâneo com as medidas farmacológicas (OE, 2013). Muitas das vezes estas medidas são colocadas em prática, contudo uma vez que os enfermeiros não são responsabilizados legalmente pelo seu não registo, acabam por não registar as suas intervenções neste âmbito, tornando o seu uso na prática clínica desconhecido (Batalha, 2010). Neste contexto de cuidados, embora a equipa de enfermagem apresente algum conhecimento acerca das melhores estratégias de controlo da dor nos procedimentos com agulhas, nem sempre as coloca em prática. Assim, ao mesmo tempo que realizei o Guia orientador da intervenção do enfermeiro

para o controlo da dor na criança submetida a procedimentos com agulhas, optei também por construir um “Kit dos Super-Heróis”, um Kit semelhante ao “Kit sem Dói-Dói”, que irá permanecer na sala de enfermagem, pronto a utilizar e fácil de transportar aquando da necessidade de realização de procedimentos dolorosos, de forma a alertar a equipa de enfermagem para a importância e vantagens da inserção do Brincar no controlo da dor da criança. O mesmo não foi colocado na sala de tratamentos uma vez que neste contexto de estágio esse local não é utilizado como tal, sendo muitas vezes utilizado pela equipa médica para consultas e, portanto, ao colocar o kit nesse local seria de difícil utilização pois nem sempre estaria disponível. Este é, portanto, uma caixa, constituída por material lúdico, adequado às diferentes faixas etárias, e elaborado com base no Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (OE, 2013) cuja descrição é possível observar no Apêndice XIX. Para além de material dirigido às estratégias não farmacológicas, este kit contém também as diferentes escalas da dor, a utilizar consoante cada faixa etária, bem como uma indicação para a utilização do EMLA e da sacarose nas idades correspondentes. No cimo da estrutura encontra-se uma folha com a lista do material existente, num quadro com a orientação de qual o material a utilizar para cada faixa etária, bem como sugestões de estratégias a utilizar, quadro este presente no Guia Orientador de boa prática referido anteriormente. A utilização do Kit facilita assim a aprendizagem de estratégias que diminuem o medo, ansiedade e stress da criança e pais, favorecendo o controlo da dor durante os procedimentos dolorosos e otimizando a cooperação e a criatividade dos diferentes intervenientes nos procedimentos através da utilização do Brincar (OE, 2013). Após a realização deste kit apresentei-o e demonstrei a sua utilização aos colegas que começaram a utilizar algum do material aquando da sua prestação de cuidados. A utilização do mesmo com a criança e a família permite aos enfermeiros uma intervenção planeada, centrada na criança e com possível envolvimento dos pais nos procedimentos através da brincadeira. A utilização do brincar e do “Kit dos Super-Heróis” neste contexto fizeram parte do meu dia-a-dia e da minha prestação de cuidados, constituindo ferramentas que me possibilitaram criar uma relação de maior confiança e proximidade com as crianças e família, ajudando a sentirem-se mais seguros, diminuindo o seu medo e ansiedade, permitindo que colaborassem, em algumas circunstâncias, mais nos procedimentos realizados. A utilização deste kit implicou também o seu registo nas notas de enfermagem, sendo sempre referido qual a estratégia utilizada e de que forma tinha sido utilizada, bem como qual a sua eficácia.

Esta ação permitiu em procedimentos futuros saber quais os gostos de determinada criança, que estratégias já tinham sido utilizadas e quais funcionaram ou não da melhor forma com aquela criança. Uma vez que os registos de enfermagem neste contexto ainda eram todos em papel, a sua consulta em internamentos posteriores da mesma criança era bastante complicada e raramente realizada pelos colegas e, portanto, era difícil a continuidade de cuidados neste sentido. No entanto, o facto do kit ser utilizado, fez com que as crianças se lembrassem do mesmo e pedissem sua utilização em internamentos posteriores.

Nos diferentes contextos de estágio tive também a oportunidade de mobilizar outras estratégias não farmacológicas no controlo da dor, como o reforço positivo. O reforço positivo promove o elogio à criança após a utilização de estratégias para o controlo da dor pela mesma, bem como promove a utilização de uma recompensa após o procedimento realizado, modificando assim o significado da dor, na medida em que é uma tentativa de transformar a dor num desafio a alcançar. Estas recompensas podem passar por um penso rápido colorido ou com bonecos, autocolantes, recortar o adesivo de uma forma diferente, ou mesmo um diploma de coragem (OE, 2013). Esta já era uma estratégia praticada neste serviço, contudo nem todos os elementos da equipa a praticavam. Desta forma e para facilitar a sua implementação criei uns diplomas de coragem e uns autocolantes com super-heróis que fazem parte do “Kit dos super-heróis” (Apêndice XIX) para serem dados às crianças após os procedimentos dolorosos, apresentando-os a toda a equipa e promovendo a sua utilização.

A não utilização da “Sala de Tratamentos” como tal, foi também um dos pontos abordados durante este período de estágio com a enfermeira orientadora do mesmo. Tendo em conta o meu reduzido tempo de permanência neste contexto no momento, irá ser um dos meus projetos futuros para o local, dada a sua grande importância no que concerne ao controlo da dor e promoção do conforto durante os procedimentos dolorosos, uma vez que “a prevenção e tratamento da dor passam pela criação de um ambiente de bem-estar para a criança e família. (...) Decoração e mobiliário conducentes a uma atmosfera mais confortável, e orientada para as necessidades da criança e família, tornam o ambiente mais familiar e tranquilo.” (Batalha, 2010, p.73).

O culminar do estágio neste contexto, que é também o meu local de trabalho, foi bastante enriquecedor e produtivo, uma vez que me permitiu identificar as necessidades e potencialidades do serviço onde trabalho, ao mesmo tempo que possibilitou o desenvolver de competências comuns do EE como: A1- Desenvolve

uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (OE, 2019), na medida em que participei na construção de tomada de decisão em equipa, suscitei a reflexão acerca dos processos de tomada de decisão e fomentei a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão; B1- garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (OE, 2019), uma vez que através da evidência científica e experiencial divulguei experiências avaliadas como sendo de sucesso e promovi a incorporação dos conhecimentos adquiridos na área da qualidade na prestação de cuidados; B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (OE, 2019), através da identificação de oportunidades de melhoria dos cuidados prestados, seleção de estratégias de melhoria e elaboração de guias orientadores de boa prática; e D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019), atuando como facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho e como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, identificando lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. Este percurso foi também essencial para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-me a articulação dos diferentes meios para atingir os objetivos a que me propus, tendo sempre em atenção as necessidades da criança e da sua família. Todas as atividades propostas trouxeram benefícios para as crianças e famílias que são internadas neste serviço, na medida em que permitiram uma maior atenção na prevenção e controlo da dor e diminuição do medo e ansiedade, proporcionando um maior conforto à criança e sua família. Ao mesmo tempo foram também bastante positivas para toda a equipa de enfermagem no que concerne à formação profissional de toda a equipa e ao incentivo que proporcionaram a alguns elementos da equipa para colocar em prática algumas estratégias. Para o próprio serviço acredito que todas as atividades realizadas serão uma grande mudança que irá promover positivamente a imagem do mesmo, contribuindo para a adoção de boas práticas pelos seus profissionais.

4. PROJETOS FUTUROS

Após a passagem pelos diferentes contextos de estágio e todo o caminho percorrido, sinto a necessidade de dar continuidade à minha formação específica na área da dor, com a ambição de produzir e divulgar o conhecimento científico também na mesma área.

Pretendo assim, após discussão com a enfermeira chefe do serviço onde trabalho, elaborar um projeto para a sala de tratamentos do serviço, com o intuito de torná-la uma sala própria para o efeito, com materiais que facilitem o controlo da dor na criança. Neste sentido tenho também como objetivo promover a utilização e a formação em serviço relativa ao protóxido de azoto, aumentando assim o número de estratégias de controlo da dor a serem possíveis de utilizar e criar no serviço um protocolo de utilização do mesmo.

Além destes projetos considero imprescindível continuar a partilhar, com toda a comunidade de enfermagem, o conhecimento adquirido ao longo de todo este percurso formativo, através da publicação de artigos científicos que contribuam para valorizar e alcançar a excelência dos cuidados de enfermagem. Assim e pensando também na continuação do meu desenvolvimento pessoal e profissional, pretendo candidatar-me, a médio prazo, ao Programa de Doutoramento em Enfermagem e, a curto prazo, contribuir para a aprendizagem e evolução dos estudantes de enfermagem, através da orientação de ensinamentos clínicos em contexto de pediatria.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No culminar de um ciclo está implícita uma avaliação reflexiva sobre os objetivos delineados e concretizados, bem como uma reflexão sobre a aprendizagem que adveio das diferentes experiências realizadas. Neste sentido tentei ao máximo neste relatório proporcionar uma visão o mais fiel possível de toda a experiência formativa vivenciada por mim nos diferentes contextos de estágio, tal como relatar o propósito das atividades desenvolvidas.

A temática escolhida centrou-se numa preocupação relacionada com a prática de cuidados no serviço onde trabalho, com o intuito de contribuir para a melhoria da prestação de cuidados da equipa onde estou inserida. A teoria do Conforto de Katharine Kolcaba contribuiu para explicar a conceção de enfermagem que orientou a minha prática e as atividades desenvolvidas de forma a atingir os objetivos planeados e a reflexão sobre os mesmos. A dor sempre foi e sempre será um foco especial da minha atenção, na medida em que considero que os enfermeiros são os profissionais de saúde privilegiados na avaliação e controlo da dor e têm o dever moral e ético de intervir como advogados da criança, com o intuito de agir de forma a que os direitos da criança sejam respeitados, de forma a que a criança seja alvo de cuidados especializados e de excelência.

De acordo com o RCEEEESIP (OE, 2018) e tendo por base os CCF e os CNT, o EEESIP tem o dever de olhar para a criança como um ator principal dotado de capacidades, necessidades, desejos e opiniões, provido de direitos específicos associados à sua condição enquanto criança, que merece o comprometimento e colaboração do EEESIP enquanto defensor dos mesmos. Cabe assim ao EEESIP atuar no sentido de ir ao encontro das necessidades e direitos da criança, não esquecendo a sua família e o direito da criança em ter os seus pais presentes quando sujeita a cuidados de saúde, contribuindo para um maior controle da criança face à sua situação de saúde e para a minimização ou eliminação da dor associada a determinados procedimentos. Como EEESIP e de acordo com o que é certificado pelo RCEEEESIP (OE, 2018), devemos procurar "(...) responder globalmente ao "mundo" da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente." (p. 19192), o que implica agir de acordo com os direitos da criança e assegurar o cumprimento destes direitos por outros.

No que às dificuldades sentidas diz respeito, considero que os principais obstáculos se centraram no difícil equilíbrio entre a carga horária laboral e a carga

horária necessária para o estágio e o trabalho a desenvolver nos diferentes contextos de estágio. Contudo, através do esforço e dedicação os diferentes obstáculos foram sendo gradualmente ultrapassados, quer pelo prazer do investimento na prática quer pelo prazer na concreta prestação de cuidados nos diferentes estádios de desenvolvimento das crianças encontradas.

Estes estágios permitiram-me assim ir mais além da forma como estou habituada a agir e a decidir, a pensar sobre determinadas situações da minha prestação de cuidados e a refletir sobre de que forma posso mudar os meus comportamentos e ações a fim de contribuir para uma melhoria da minha prestação de cuidados enquanto EEESIP de forma a proporcionar o maior conforto à criança. Há que ressaltar que todas as competências que considero ter adquirido e desenvolvido nos diferentes contextos, não foram adquiridas nem desenvolvidas isoladamente, mas foram sim sendo adquiridas e desenvolvidas nos diferentes contextos interligando-se de forma a chegar a um todo que culmina numa prestação de cuidados de excelência à criança e seus familiares.

Futuramente pretendo continuar com a minha formação académica e profissional, reconhecendo que o saber nos transforma e nos torna pessoas melhores, mais conscientes e competentes, sempre com vista à excelência do cuidar em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L. e Phillips, R.M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 13, 19-22.
- Askin, D.F. e Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de alto risco e a família. In M. J. Hockenberry e D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol.1, p.331 – 411). Loures: Lusociência.
- Azevedo, J. M. R. e Barbosa, M. A. (2007). Triagem em serviços de saúde: Percepções dos usuários. *Revista de Enfermagem UERJ*. 15(1), 33 – 39.
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bento, A. M. V. (2011). *As etapas do processo de investigação: Do título às referências bibliográficas*. Funchal: Coleção Ideias em Prática.
- Bice, A. A., Wyatt, T. H. (2016). Holistic comfort interventions for pediatric nursing procedures: a systematic review. *Journal of Holistic Nursing*. 35(3), 280-295.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: Ética do Humano – compaixão pela terra* (15ª edição). Brasil: Editora Vozes.
- Brown, T. L. (2014). Especificidades nas intervenções de enfermagem em pediatria. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 2, p. 1061-1118). Loures: Lusociência.
- Cavender, K., Goff, M. D., Hollon, E. C. & Guzzetta, C. E. (2004). Parents' Positioning and distracting children during venipuncture. *Journal of Holistic Nursing*. 22(1), 32-54.
- Cordoni, A. & Cordoni, L.E. (2001). Eutectic mixture of local anesthetics reduces pain during intravenous catheter insertion in the pediatric patient. *Clinical Journal of Pain*. 17 (2), 115-118.
- Coyne, I., Holmström, I. e Söderbäck, M. (2018). Centeredness in Healthcare: A Concept Synthesis of Family-centered Care, Person-centered Care and Child-centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 45–56. Doi: [10.1016/j.pedn.2018.07.001](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001)
- Curado, M. A. S.; Malheiro, M. I. D. C.; Paixão, M. J. G.; Vasconcelos, M. T.; Gonçalves, D. C.; Carreira, F. G. e Candeias, S. M. (2016). Posicionamentos associados a procedimentos em pediatria. In M. J. Lourenço; O. Ferreira & C. L.

- Baixinho (Coord.). *Terapêutica de Posição- Contributo para um Cuidado de saúde seguro*. (pp. 255 – 277). Loures: Lusodidata.
- Decreto-Lei n.º 118/2014 (2014). Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família em Portugal Continental. Ministério da Saúde. *Diário da República, Série I* (n.º 149 de 05-08-2014), 4069 – 4071. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 161/96 (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde. *Diário da República, Série I-A* (n.º 205 de 04-09-1996), 2959 – 2962. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Despacho Normativo n.º 11/2002 (2002). Criação do serviço de urgência hospitalar. Ministério da Saúde. *Diário da República, Série I-B* (n.º 55 de 06-03-2002), 1865 – 1866. ELI: <https://data.dre.pt/eli/despnorm/11/2002/03/06/p/dre/pt/html>.
- Despacho Normativo n.º 18459/2006 (2006). Definição das características da Rede de Serviços de Urgência bem como os níveis de resposta que a integram. Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro. *Diário da República, Série II* (n.º 176 de 12-09-2006), 18611 – 18612.
- Despacho n.º 10319/2014 (2014). Estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica e níveis de responsabilidade dos Serviços de urgência. Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de estado Adjunto do Ministério da Saúde. *Diário da República, Série II* (n.º 153 de 11-08-2014), 20673 – 20678.
- Direção Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: Direção geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: Direção geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Ellis, J. A.; Sharp, D.; Newbook, K. & Cohen, J. (2004). Selling Comfort: A survey of interventions for needle procedures in a pediatric hospital. *Pain Management Nursing*. 5 (4), 144-152.
- Ferrari, R.; Alencar, G. B. & Viana, D. V. (2012). Análise das produções literárias sobre o uso do brinquedo terapêutico nos procedimentos clínicos infantis. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 3 (2), 381-394.
- Fernandes, A. (2000). *Crianças com dor: O cotidiano do trabalho de dor no hospital*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gellasch, P. (2016). Developmental screening: What every nurse practitioner needs to know. *The Journal for Nurse Practitioners*. 12 (8), 355-358.
- Greenspan, S. I. (2013). *Frequently asked questions about floortime*. Acedido em 07/04/2021. Disponível em: <https://stanleygreenspan.com/sites/default/files/resources/Floortime-FAQ-Brochure-01-13.pdf>
- Gomes, G. C. e Erdmann, A. L. (2005). O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. *Revista Gaucha de Enfermagem*. 26 (1), 20-30.
- Haiat, H.; Bar-Mor, G. e Shochat, M. (2003). The world of the child: a world of play even in the hospital. *Journal of Pediatric Nursing*. 18 (3), 209-214.
- Harrison, T. M. (2010). Family- Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 335–343. Doi: [10.1016/j.pedn.2009.01.006](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006)
- Hockenberry, M. J. e Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M. J. Hockenberry e D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol.1, p.1 – 20). Loures: Lusociência.
- IAC. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada* (4ª edição). Portugal: IAC - Humanização dos serviços de atendimento à criança.
- IASP (2020). IASP Terminology (Web page). Acedido em 15/06/2021. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- ICDL (s.d.). *What is DIR®?* (Web page). Acedido em 07/04/2021. Disponível em: <http://www.icdl.com/dir>
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada* (4ª edição). Portugal: IAC - Humanização dos serviços de atendimento à criança.
- International Play Association (2019). The Child's Right to Play (Web page). Disponível em: <http://ipaworld.org/childs-right-to-play/the-childs-right-to-play/>

- Kolcaba, K. (1997-2019). Frequently Asked Questions on theoretical comfort (Web page). Disponível em: <https://www.thecomfortline.com/faq>
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*. 49 (2), 86-92.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. & DiMarco, M. (2005). Comfort theory and Its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*. 31 (3), 187- 194.
- Kuttner, L. (2010). *A child in pain: what health professional can do to help*. USA: Crown House Publishing Limited.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência de enfermeira*. Loures:Lusodidata.
- Majka, C., Dowd, T. & Kolcaba, K. (2008). *The effect of doggie visits on comfort and pain scores in hospitalized children* (Unpublished Manuscript). Disponível em: https://docs.wixstatic.com/ugd/618179_8501a4fa709040ff894b18c82432432c.pdf?index=true
- Martins, M. R.; Ribeiro, C. A.; Borba, R. I. H. & Silva, C. V. (2001). Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 9 (2), 76-85.
- McIveen, K. H. & Morse, J. M. (1995). The role of comfort in nursing care: 1900-1980. *Clinical Nursing Research*. 4(2), 127-148.
- Oakes, L. L. (2011). *Compact clinical guide to infant and child pain management: An evidence-based approach for nurses*. New York: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Proposta de modelo de desenvolvimento profissional: Especialização em enfermagem*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 25(6), 677-687.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Ramezani, T., Shinazi, Z.H., Sarvestani, R.S. & Moattani, M. (2014). Family-Centered Care in neonatal intensive care unit: A concept analysis. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2(4), 268-278.
- Ramponi, D. (2009). Reducing pain in pediatric procedures in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 35 (4), 379-382.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência*. 11, 59-62.
- Sharma, A. (2011, Março). Developmental examination: Birth to 5 years. *Archives of Disease in Childhood: Education and Practise Edition*. 96, 162-175.
- Sparks, L. A., Setlik, J. & Luhman, J. (2007). Parental Holding and positioning decrease IV distress in young children: a randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*. 22(6), 440-447.
- Stephens, B.K., Barkey, M. E. & Hall, H.R. (1999). Techniques to comfort children during stressful procedures. *Accident & Emergency Nursing*. 7, 226-236.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- UNICEF. (1990). *A convenção sobre os direitos da criança*. Portugal: UNICEF.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência
- Wheeler, B. J. (2014). Promoção da saúde do recém-nascido e da família. In M. J. Hockenberry e D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol.1, p.240 – 293). Loures: Lusociência.
- Wilson, D.; Montagnino, B. e Wilson, K. (2014). Condições provocadas por defeitos no desenvolvimento físico. In M. J. Hockenberry e D. Wilson (Eds.), *Wong*,

Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª ed., Vol.1, p.412 – 490). Loures:
Lusociência.

APÊNDICES

Apêndice I

Questionário – Percepção e conhecimento dos enfermeiros relativamente às intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor, utilizadas nos procedimentos com agulhas

Questionário

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que me encontro a frequentar, pretendo desenvolver um projeto de estágio cujo tema é a “Promoção do Conforto na Criança: Intervenções de Enfermagem para o Controlo da Dor nos Procedimentos com Agulhas”.

Assim, através deste questionário pretendo aferir qual a perceção e conhecimento dos enfermeiros, que trabalham no contexto da pediatria, relativamente às intervenções farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor utilizadas nos diferentes procedimentos com agulhas, de forma a definir estratégias que permitam a sensibilização para o uso das mesmas.

A informação recolhida no presente questionário é anónima e confidencial, destinando-se exclusivamente a fins de estudo estatístico. A participação no preenchimento do mesmo é voluntário, não existindo qualquer prejuízo ou consequência para os participantes.

A sua colaboração no preenchimento deste questionário é essencial para o desenvolvimento deste projeto, que tem com objetivo a melhoria dos cuidados prestados às crianças. Assim, solicita-se que responda de forma espontânea e sincera ao mesmo.

Agradeço a sua colaboração e disponibilizo-me a divulgar os dados obtidos, caso assim o solicite.

Enfermeira Romina Costa

Para responder às questões fechadas coloque um “X” e às abertas preencha os espaços em branco.

1. Sexo

- Masculino Feminino

2. Idade

- 20 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos
 50 a 59 anos > 60 anos

3. Habilitações literárias

- Bacharelato em Enfermagem Licenciatura em enfermagem
 Pós-Graduação Mestrado em _____
 Curso de Pós-Licenciatura em enfermagem na Área de Especialização _____
 Doutoramento

4. Anos de experiência profissional

- 0 a 4 anos 5 a 9 anos 10 a 15 anos
 16 a 20 anos > 20 anos

5. Anos de experiência em Pediatria

- 0 a 4 anos 5 a 9 anos 10 a 15 anos
 16 a 20 anos > 20 anos

6. Quais as estratégias não farmacológicas de controlo da dor, que possam ser utilizadas em procedimentos com agulhas, que conhece?

6.1 Com que frequência as utiliza na sua prática profissional?

- Nunca Raramente Algumas vezes Muitas vezes Sempre

6.2 Se respondeu “Nunca”, “Raramente” ou “Algumas vezes” justifique assinalando a(s) resposta(s) que mais se adequa(m).

Desconhecimento sobre as estratégias existentes

Desconhecimento sobre quais as estratégias mais adequadas a cada faixa etária

Dúvidas sobre a sua eficácia

Falta de tempo

Outra Qual? _____

6.3 Se respondeu “raramente”, “Algumas vezes”, “ Muitas vezes” ou “ Sempre”, mencione aquelas que utiliza mais frequentemente na sua prática profissional.

7. Quais as estratégias farmacológicas de controlo da dor, que possam ser utilizadas em procedimentos com agulhas, que conhece?

7.1 Com que frequência as utiliza na sua prática profissional?

Nunca Raramente Algumas vezes Muitas vezes Sempre

7.2 Se respondeu “Nunca”, “Raramente” ou “Algumas vezes” justifique assinalando a(s) resposta(s) que mais se adequa(m).

Desconhecimento sobre as estratégias existentes

Desconhecimento sobre quais as estratégias mais adequadas a cada faixa etária

Dúvidas sobre a sua eficácia

Falta de tempo

Outra Qual? _____

7.3 Se respondeu “raramente”, “Algumas vezes”, “ Muitas vezes” ou “ Sempre”, mencione aquelas que utiliza mais frequentemente na sua prática profissional.

8. Sente dificuldade em selecionar as estratégias farmacológicas e não farmacológicas mais adequada a cada criança, de acordo com a sua idade e estágio de desenvolvimento?

Nenhuma Pouca Alguma Muita

9. Considera que os cuidados prestados à criança durante os procedimentos com agulhas, no seu local de trabalho, estão de acordo com o 5º artigo que consta da carta da criança hospitalizada, que nos diz que qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável deve ser evitado e a dor e as agressões físicas e emocionais devem ser reduzidas ao mínimo (Instituto de Apoio à Criança, 2008)?

Sim Não

10. Se respondeu “não”, o que sugere que seja realizado para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à criança submetida a procedimentos com agulhas, no seu local de trabalho?

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice II

Cronograma de estágio

Apêndice III

Objetivos e atividades propostas para cada contexto de estágio

Quadro 1 – Objetivos e atividades propostas para o contexto de estágio: Serviço de Urgência Pediátrica

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores de Avaliação
Conhecer a estrutura física, a dinâmica e os projetos e programas em desenvolvimento no serviço.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de reunião com o Enfermeiro Chefe e/ou Enfermeiro Orientador para conhecer a caracterização do serviço; - Visita à estrutura física do serviço; - Consulta e análise de protocolos, <i>guidelines</i>, normas e documentos de referência do serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise e redação das características do serviço. - História de dor de determinada criança admitida no serviço de urgência e submetida a um procedimento com agulhas.
Conhecer os cuidados prestados à criança e família no contexto da sala de reanimação.	<ul style="list-style-type: none"> - Observação participante dos cuidados de enfermagem prestados na sala de reanimação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre temática da comunicação em cada estágio de desenvolvimento da criança e família;
Conhecer as intervenções e contributo do EEESIP no contexto de urgência pediátrica.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um diário de campo referente às competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de EEESIP adquiridas/ desenvolvidas no contexto de urgência pediátrica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Guia de observação referente às diferentes estratégias utilizadas, pelos enfermeiros do serviço, para o controlo da dor nos diferentes procedimentos com agulhas;
Colaborar na prestação de cuidados à criança e família com necessidades de cuidados urgentes e emergentes.	<ul style="list-style-type: none"> - Observação participante dos cuidados de enfermagem prestados à criança e família em situação de urgência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão crítica acerca da prestação de cuidados não traumáticos e necessidades de conforto da criança

<p>Desenvolver técnicas de comunicação adequadas à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança e família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação das estratégias utilizadas pelo enfermeiro orientador na comunicação com a criança e família; - Realização de uma pesquisa bibliográfica sobre a temática da comunicação em cada estágio de desenvolvimento da criança e família. 	<p>nos diferentes contextos de prestação de cuidados (a elaborar após a passagem por todos os contextos de estágio);</p> <p>- Diário de campo das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de EEESIP adquiridas/ desenvolvidas em cada contexto de estágio (a elaborar após a passagem por todos os contextos de estágio).</p>
<p>Compreender as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para o controlo da dor na criança, durante os procedimentos com agulhas, no contexto de urgência pediátrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de protocolos e <i>guidelines</i> sobre controlo da dor do serviço; - Realizar a história de dor de uma criança em particular que seja admitida ao hospital e seja submetida a um procedimento com agulhas; 	
<p>Analisar a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem face à prestação de cuidados não traumáticos e necessidades de conforto da criança, em contexto de urgência pediátrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Construir um guia de observação das diferentes estratégias utilizadas, pelos enfermeiros do serviço, para o controlo da dor nos diferentes procedimentos com agulhas; - Utilização de estratégias para o controlo da dor durante a prestação de cuidados à criança. 	

Quadro 2 – Objetivos e atividades propostas para o contexto de estágio: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores de Avaliação
<p>Conhecer a estrutura física, a dinâmica e os projetos e programas em desenvolvimento no serviço.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de reunião com o Enfermeiro Chefe e/ou Enfermeiro Orientador para conhecer a caracterização do serviço; - Visita à estrutura física do serviço; - Consulta e análise de protocolos, <i>guidelines</i>, normas e documentos de referência do serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise e redação das características do serviço. - Pesquisa bibliográfica sobre a temática da promoção da vinculação no recém-nascido doente e/ou prematuro e desenvolvimento da parentalidade em contexto de cuidados intensivos neonatais;
<p>Conhecer as intervenções e contributo do EEESIP no contexto de cuidados intensivos neonatais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um diário de campo referente às competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de EEESIP adquiridas/ desenvolvidas no contexto de cuidados intensivos neonatais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre temática da comunicação com a família no contexto de cuidados intensivos neonatais;
<p>Desenvolver técnicas de comunicação adequadas a ter com a família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação das estratégias utilizadas pelo enfermeiro orientador na comunicação com a família do recém-nascido; - Realização de uma pesquisa bibliográfica sobre a temática da comunicação com a família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Guia de observação referente às diferentes estratégias utilizadas, pelos enfermeiros do serviço, para o

<p>Colaborar na prestação de cuidados ao recém-nascido doente e/ou prematuro e família, no contexto de cuidados intensivos neonatais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação participante dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido e família; - Realização de uma pesquisa bibliográfica sobre promoção da vinculação no recém-nascido doente e/ou prematuro e desenvolvimento da parentalidade em contexto de cuidados intensivos neonatais; - Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESIP na promoção da adaptação à parentalidade e da vinculação ao recém-nascido doente e/ou prematuro. 	<p>controlo da dor nos diferentes procedimentos com agulhas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guia orientador sobre controlo da dor nos recém-nascidos, face a diferentes procedimentos dolorosos; - Reflexão crítica acerca da prestação de cuidados não traumáticos e necessidades de conforto da criança nos diferentes contextos de prestação de cuidados (a elaborar após a passagem por todos os contextos de estágio); - Diário de campo das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de EEESIP adquiridas/ desenvolvidas em cada contexto de estágio (a elaborar após a passagem por todos os contextos de estágio).
<p>Prestar cuidados de enfermagem que promovam a adaptação à parentalidade e a vinculação dos pais ao recém-nascido doente e/ou prematuro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação participante dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido e família; - Realização de uma pesquisa bibliográfica sobre promoção da vinculação no recém-nascido doente e/ou prematuro e desenvolvimento da parentalidade em contexto de cuidados intensivos neonatais; - Identificação das estratégias utilizadas pelo EEESIP na promoção da adaptação à parentalidade e da vinculação ao recém-nascido doente e/ou prematuro. 	<p>controlo da dor nos diferentes procedimentos com agulhas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guia orientador sobre controlo da dor nos recém-nascidos, face a diferentes procedimentos dolorosos; - Reflexão crítica acerca da prestação de cuidados não traumáticos e necessidades de conforto da criança nos diferentes contextos de prestação de cuidados (a elaborar após a passagem por todos os contextos de estágio); - Diário de campo das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de EEESIP adquiridas/ desenvolvidas em cada contexto de estágio (a elaborar após a passagem por todos os contextos de estágio).
<p>Compreender as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para o controlo da dor na criança, durante os procedimentos com agulhas, no cuidados intensivos neonatais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de protocolos e <i>guidelines</i> sobre controlo da dor do serviço; - Elaboração de um guia orientador relativamente ao controlo da dor nos recém-nascidos; - Utilização de estratégias para o controlo da dor durante a prestação de cuidados ao recém-nascido; - Construir um guia de observação das diferentes estratégias utilizadas, pelos enfermeiros do serviço, para o controlo da dor nos diferentes procedimentos com agulhas. 	<p>controlo da dor nos diferentes procedimentos com agulhas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guia orientador sobre controlo da dor nos recém-nascidos, face a diferentes procedimentos dolorosos; - Reflexão crítica acerca da prestação de cuidados não traumáticos e necessidades de conforto da criança nos diferentes contextos de prestação de cuidados (a elaborar após a passagem por todos os contextos de estágio); - Diário de campo das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de EEESIP adquiridas/ desenvolvidas em cada contexto de estágio (a elaborar após a passagem por todos os contextos de estágio).
<p>Analisar a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem face à prestação de cuidados não traumáticos e necessidades de conforto da criança, em contexto de cuidados intensivos neonatais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de protocolos e <i>guidelines</i> sobre controlo da dor do serviço; - Elaboração de um guia orientador relativamente ao controlo da dor nos recém-nascidos; - Utilização de estratégias para o controlo da dor durante a prestação de cuidados ao recém-nascido; - Construir um guia de observação das diferentes estratégias utilizadas, pelos enfermeiros do serviço, para o controlo da dor nos diferentes procedimentos com agulhas. 	<p>controlo da dor nos diferentes procedimentos com agulhas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guia orientador sobre controlo da dor nos recém-nascidos, face a diferentes procedimentos dolorosos; - Reflexão crítica acerca da prestação de cuidados não traumáticos e necessidades de conforto da criança nos diferentes contextos de prestação de cuidados (a elaborar após a passagem por todos os contextos de estágio); - Diário de campo das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de EEESIP adquiridas/ desenvolvidas em cada contexto de estágio (a elaborar após a passagem por todos os contextos de estágio).

Quadro 3 – Objetivos e atividades propostas para o contexto de estágio: Centro de Desenvolvimento Infantil

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores de Avaliação
Conhecer a estrutura física, a dinâmica e os projetos e programas em desenvolvimento no serviço.	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de reunião com o Enfermeiro Chefe e/ou Enfermeiro Orientador para conhecer a caracterização do serviço; - Visita à estrutura física do serviço; - Consulta e análise de protocolos, <i>guidelines</i>, normas e documentos de referência do serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise e redação das características do serviço. - Guia orientador sobre as melhores estratégias de controlo da dor, associadas a procedimentos com agulhas, face ao nível de crescimento e desenvolvimento da criança;
Conhecer as intervenções e contributos do EEESIP no contexto de centro de desenvolvimento infantil.	- Elaboração de um registo de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de EEESIP adquiridas/ desenvolvidas no contexto de centro de desenvolvimento infantil.	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão crítica acerca da prestação de cuidados não traumáticos e necessidades de conforto da criança nos diferentes contextos de prestação de cuidados (a elaborar após a passagem por todos os contextos de estágio);
Colaborar na prestação de cuidados à criança e família no contexto de centro de desenvolvimento infantil.	- Observação participante das consultas de enfermagem, com enfoque na avaliação do crescimento e desenvolvimento;	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de campo das competências comuns do enfermeiro especialista e
Desenvolver competências de EEESIP no âmbito da avaliação do desenvolvimento da criança.	- Realização de pesquisa bibliográfica sobre o processo de crescimento e desenvolvimento da criança e respetivos instrumentos de avaliação;	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de campo das competências comuns do enfermeiro especialista e

	- Utilização e aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil, de acordo com o instrumento aplicado no contexto.	competências específicas de EEESIP adquiridas/ desenvolvidas em cada contexto de estágio (a elaborar após a passagem por todos os contextos de estágio).
Desenvolver técnicas de comunicação adequadas à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança e família.	- Observação das estratégias utilizadas pelo enfermeiro orientador na comunicação com a criança e família; - Realização de uma pesquisa bibliográfica sobre a temática da comunicação em cada estágio de desenvolvimento da criança e família.	
Analisar a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem face à prestação de cuidados não traumáticos e necessidades de conforto da criança, em contexto de centro de desenvolvimento.	- Elaboração de um guia orientador relativo às melhores estratégias de controlo da dor, associadas a procedimentos com agulhas, face ao nível de crescimento e desenvolvimento da criança.	

Quadro 4 – Objetivos e atividades propostas para o contexto de estágio: Unidade Saúde Familiar

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores de Avaliação
Conhecer a estrutura física, a dinâmica e os projetos e programas em desenvolvimento no serviço.	<ul style="list-style-type: none">- Realização de reunião com o Enfermeiro Chefe e/ou Enfermeiro Orientador para conhecer a caracterização do serviço;- Visita à estrutura física do serviço;- Consulta e análise de protocolos, <i>guidelines</i>, normas e documentos de referência do serviço.	<ul style="list-style-type: none">- Análise e redação das características do serviço.- Reflexão crítica relativamente à referenciação e articulação das crianças e famílias com necessidades de cuidados, na comunidade.
Conhecer as intervenções e contributos do EEESIP no contexto de cuidados de saúde primários.	<ul style="list-style-type: none">- Elaboração de um diário de campo referente às competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de EEESIP adquiridas/ desenvolvidas no contexto de cuidados intensivos neonatais.	<ul style="list-style-type: none">- Guia de observação referente às diferentes estratégias utilizadas, pelos enfermeiros do serviço, para o controlo da dor nos diferentes procedimentos com agulhas;
Colaborar na prestação de cuidados à criança e família no contexto de cuidados de saúde primários.	<ul style="list-style-type: none">- Observação participante nas consultas de enfermagem e dinâmicas da UCSP;- Participar nas visitas domiciliárias a recém-nascidos e nas visitas às escolas, no âmbito dos programas de saúde escolar.	<ul style="list-style-type: none">- Guia orientador relativo às melhores estratégias de controlo da dor, associadas à vacinação, face a cada faixa etária;

<p>Desenvolver competências de EEESIP no âmbito da avaliação do desenvolvimento da criança.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação da Escala de Avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada durante uma consulta de saúde infantil; - Realização de pesquisa bibliográfica sobre o processo de crescimento e desenvolvimento da criança e respetivos instrumentos de avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Registo de uma aplicação da Escala de Avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada; - Pesquisa bibliográfica sobre temática da comunicação em cada estágio de desenvolvimento da criança e família;
<p>Desenvolver técnicas de comunicação adequadas à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança e família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observação das estratégias utilizadas pelo enfermeiro orientador na comunicação com a criança e família; - Realização de uma pesquisa bibliográfica sobre a temática da comunicação em cada estágio de desenvolvimento da criança e família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão crítica acerca da prestação de cuidados não traumáticos e necessidades de conforto da criança, nos diferentes contextos de prestação de cuidados (a elaborar após a passagem por todos os contextos de estágio);
<p>Compreender como é concretizada a articulação e referenciação das crianças e famílias com necessidades de cuidados, na comunidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de uma reflexão crítica relativamente à referenciação e articulação das crianças e famílias com necessidades de cuidados, na comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de campo das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de EEESIP adquiridas/ desenvolvidas em cada contexto de estágio (a elaborar após a passagem por todos os contextos de estágio).
<p>Compreender as estratégias utilizadas no controlo da dor na criança durante os procedimentos com agulhas,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de protocolos e <i>guidelines</i> sobre controlo da dor associada à vacinação, na UCSP; 	<ul style="list-style-type: none"> - Diário de campo das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de EEESIP adquiridas/ desenvolvidas em cada contexto de estágio (a elaborar após a passagem por todos os contextos de estágio).

nomeadamente na vacinação, em contexto de cuidados de saúde primários.	<ul style="list-style-type: none"> - Construir um guia de observação das diferentes estratégias utilizadas, pelos enfermeiros do serviço, para o controlo da dor durante a vacinação; - Elaboração de um guia orientador relativo às melhores estratégias de controlo da dor associadas à vacinação, face a cada faixa etária; - Realizar o procedimento vacinação com recurso a estratégias de controlo da dor. 	
<p>Analisar a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem face à prestação de cuidados não traumáticos e necessidades de conforto da criança, em contexto de cuidados de saúde primários.</p>		

Quadro 5 – Objetivos e atividades propostas para o contexto de estágio: Internamento de Pediatria

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Indicadores de Avaliação
Identificar as intervenções e contributos do EEESIP no contexto de internamento pediátrico.	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão acerca dos projetos em desenvolvimento no serviço; - Elaboração de um diário de campo referente às competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de EEESIP adquiridas/ 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre temática da comunicação em cada estágio de desenvolvimento da criança e família;

	desenvolvidas no contexto de internamento pediátrico.	- História de dor de determinada criança que esteja internada no serviço de internamento e seja submetida a um procedimento com agulhas.
Desenvolver técnicas de comunicação adequadas à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança e família.	<ul style="list-style-type: none"> - Observação das estratégias utilizadas pelo enfermeiro orientador na comunicação com a criança e família; - Realização de uma pesquisa bibliográfica sobre a temática da comunicação em cada estágio de desenvolvimento da criança e família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kit “sem dor”; - Guia de observação referente às diferentes estratégias utilizadas, pelos enfermeiros do serviço, para o controlo da dor nos diferentes procedimentos com agulhas;
Compreender as estratégias utilizadas pelos enfermeiros no controlo da dor na criança, durante os procedimentos com agulhas, em contexto de internamento pediátrico.	<ul style="list-style-type: none"> - Construir um guia de observação das diferentes estratégias utilizadas, pelos enfermeiros do serviço, para o controlo da dor nos diferentes procedimentos com agulhas; - Utilização de estratégias para o controlo da dor durante a prestação de cuidados à criança. - Elaboração de um kit “sem dor”, com diferentes divisões, que contenha material adequado ao controlo da dor nas diferentes faixas etárias; 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão crítica acerca da prestação de cuidados não traumáticos e necessidades de conforto da criança, nos diferentes contextos de prestação de cuidados (a elaborar após a passagem por todos os contextos de estágio); - Diário de campo das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de EEESIP adquiridas/ desenvolvidas em cada contexto de estágio (a elaborar após a passagem por todos os contextos de estágio).
Analisar a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem face à prestação de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a história de dor de uma criança que esteja internada no serviço e seja submetida a um procedimento com agulhas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Guia orientador da intervenção do enfermeiro para o controlo da dor na criança submetida a

<p>não traumáticos e necessidades de conforto da criança, em contexto de internamento pediátrico.</p>	<p>- Elaboração de um guia orientador da intervenção do enfermeiro para o controlo da dor na criança submetida a procedimentos com agulhas, face a cada faixa etária e estágio de desenvolvimento.</p>	<p>procedimentos com agulhas, face a cada faixa etária e estágio de desenvolvimento.</p>
---	--	--

Apêndice IV

Autodiagnóstico do Desenvolvimento das Competências Específicas do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde da Infantil e Pediatria
Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem**

Competência E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Descritivo: considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da optimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado <1 >4
<p>E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p>E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.1.8 — Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.</p> <p>E1.1.9 — Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.</p> <p>E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.</p>	<p>Relativamente a esta competência considero-a globalmente adquirida na medida em que o meu local de trabalho me permite e prevê uma comunicação tanto com a criança como a sua família, uma vez que é permitida a sua presença constante junto da criança. Neste contexto incentivo a participação e envolvimento da criança e família nos cuidados, por forma a proporcionar uma adoção de comportamentos potenciadores de saúde, tentando sempre utilizar uma linguagem adequada à idade e estágio de desenvolvimento dos mesmos. Sempre que necessário faço a articulação e mobilizo recursos de outros serviços ou instituições. O facto de trabalhar num hospital que tem uma Unidade Móvel de Apoio ao Domicílio (UMAD) faz com que tenha algum contacto e parceria com a mesma sempre que é necessário manter uma vigilância ou providenciar algum apoio a determinada criança/jovem e sua família após o internamento, facilitando desta forma a acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.</p> <p>No âmbito desta competência considero que necessito de desenvolver competências relacionadas com a intervenção em programas no âmbito da saúde escolar e do apoio à inclusão de</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 () _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 () _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 () _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 () _____ 4</p> <p>Observações:</p>

	crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.	
<p>E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p> <p>E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.</p> <p>E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.</p> <p>E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).</p> <p>E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.</p> <p>E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.</p> <p>E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.</p> <p>E1.2.8 — Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.</p>	<p>Relativamente a esta competência considero que também a adquirir globalmente, na medida em que o meu contexto de trabalho me permite lidar com variadas situações e doenças bastante comuns e associadas a diferentes idades, uma vez que trabalho num serviço de internamento com várias especialidades como: neuropediatria; doenças metabólicas; pediatria geral, especialidade na qual são muitas vezes internadas crianças/jovens vítimas de maus tratos, abuso, negligência e comportamentos de risco; hematologia e endocrinologia pediátrica. Neste contexto sempre que considero necessário encaminho as crianças/jovens para outras especialidades ou outros profissionais que a possa beneficiar, bem como quando necessário também encaminho/ sugiro o encaminhamento da sua família para profissionais que as possam auxiliar. Por vezes chamo a atenção dos médicos para determinados aspetos que considero relevantes no comportamento da criança e que podem beneficiar de observação por parte de outros profissionais ou mesmo de uma intervenção diferente.</p> <p>Relativamente ao avaliar e facilitar a aquisição de conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à sua saúde também considero ter algumas competências na medida em que realizo e ao mesmo tempo avalio variados ensinamentos, normalmente associados à diabetes, à alimentação por sonda nasogástrica e à gestão da terapêutica medicamentosa. Aquando da alta da criança/jovem</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 () 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 () 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 ()</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 () 4</p> <p>Observações:</p>

	<p>avalio sempre todos os ensinamentos realizados até então e realize outros se necessário.</p> <p>Associado a esta competência considero que necessito de desenvolver competências relacionadas com a sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.</p>	
--	--	--

Competência E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Descritivo - Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido
<p>E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.</p> <p>E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.</p> <p>E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.</p> <p>E2.1.3 — Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da "dignificação da morte" e dos processos de luto.</p>	<p>Relativamente a esta competência considero-a razoavelmente adquirida uma vez que no meu contexto de trabalho as situações com que me deparo normalmente e dado o tipo de serviço não são de grande instabilidade da criança/jovem, contudo considero que tenho competências na deteção e identificação dessas mesmas situações, encaminhando-as sempre para os profissionais adequados e respondendo sempre de acordo com o que é a minha função. Sempre que as intervenções a realizar são da minha competência considero que tenho uma boa resposta, como é o caso nomeadamente da colocação de aporte suplementar de oxigénio quando necessário.</p> <p>Associado a esta competência considero que necessito de desenvolver competências relacionadas com o suporte avançado de vida pediátrico, uma vez que apenas tenho algumas</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ ③ _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ ② _____ 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ ② _____ 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ ② _____ 3 _____ 4</p> <p>Observações:</p>

	<p>noções do mesmo e de suporte básico de vida. Bem como competências relacionadas com conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto, uma vez que passei por poucas situações em que foi possível desenvolver as mesmas.</p>	
<p>E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem. E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.</p>	<p>Relativamente a esta competência considero que a tenho vindo a adquirir conhecimentos relativos à mesma ao longo dos anos, contudo necessito de passar à sua implementação. No meu contexto aplico escalas de avaliação da dor e algumas medidas de controlo da dor, mas normalmente associado apenas à dor crónica, deixando um pouco para segundo plano a dor aguda considerando bastante importante o desenvolvimento da presente competência neste âmbito, da dor aguda.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 (3) _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4)</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 (2) _____ 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 (3) _____ 4</p> <p>Observações:</p>
<p>E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.</p>	<p>Relativamente a esta competência considero-a razoavelmente adquirida na medida em que o único contacto que tenho com crianças/jovens com doenças raras é com crianças com doenças metabólicas raras ou algumas doenças neurológicas mais raras. Desta forma os conhecimentos de enfermagem que possuo relativamente às mesmas estão relacionados com as que vou tendo contacto, sendo que sempre que surge uma nova doença que desconheça procuro encontrar evidência científica que me ajude a responder às necessidades da criança/jovem.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 (2) _____ 3 _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 (2) _____ 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 (3) _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 (2) _____ 3 _____ 4</p> <p>Observações:</p>

	<p>Neste contexto considero que necessito de desenvolver algumas competências relacionadas com o encaminhamento destas crianças/jovens.</p>	
<p>E2.4 — Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.</p> <p>E2.4.1 — Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem.</p> <p>E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/ jovem.</p> <p>E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar</p>	<p>Relativamente a esta competência considero-a pouco adquirida uma vez que considero possuir alguns conhecimentos relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem, mas normalmente não os aplico na minha prática clínica, e como tal possuo pouca habilidade nos mesmos. Assim considero que necessito de desenvolver melhor os meus conhecimentos no âmbito desta competência.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ ② _____ 3 _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ ② _____ 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica ① _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) ① _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Observações:</p>
<p>E2.5 — Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p>E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.</p> <p>E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação.</p> <p>E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.</p> <p>E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário.</p> <p>E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.</p> <p>E2.5.6 — Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.</p>	<p>Relativamente a esta competência considero-a globalmente adquirida, na medida em que no meu contexto de cuidados o considerável/vasto tempo em que estou em contacto com as crianças/jovens, maioritariamente com doença crónica, permite-me diagnosticar determinadas necessidades e incapacidades que a criança/jovem possa ter, facilitando a sua adaptação e da sua família às mesmas, promovendo a relação entre os pares. Uma vez que também lido com crianças/jovens e famílias com diagnósticos pouco favoráveis, tenho alguns conhecimentos e alguma prática associada a estratégias promotoras de esperança.</p> <p>Contudo considero que necessito de desenvolver/aplicar competências relacionadas com a referência destas crianças/jovens para</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ ③ _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ ③ _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ ③ _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ ③ _____ 4</p> <p>Observações:</p>

instituições de suporte, bem como relacionadas com a adequação do suporte comunitário.

E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Descritivo - Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido
<p>E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p>E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.</p> <p>E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.</p> <p>E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.</p>	<p>Relativamente a esta competência considero-a razoavelmente adquirida, na medida em que graças à unidade curricular da “criança e jovem em crescimento e desenvolvimento” desenvolvi os meus conhecimentos neste âmbito, o que me despertou para a aplicação dos mesmos no meu contexto de trabalho. Contudo, considero que ainda necessito de treinar e estimular a sua aplicação na minha prática clínica. Bem como desenvolver competências associadas à transmissão de orientações antecipatórias às famílias, uma vez que ainda não tive grades oportunidades de as desenvolver no meu contexto de trabalho.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 (3) _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 (3) _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 (2) _____ 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 (2) _____ 3 _____ 4</p> <p>Observações:</p>
<p>E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém -nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.</p> <p>E3.2.1— Avalia o desenvolvimento da parentalidade.</p> <p>E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo.</p> <p>E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista.</p> <p>E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN.</p> <p>E3.2.5 — Promove a amamentação.</p> <p>E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.</p> <p>E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.</p>	<p>Relativamente a esta competência considero-a globalmente adquirida na medida em que lido diariamente com RN doentes aos quais tenho de prestar cuidados e com os quais sou capaz de desenvolver estas competências, privilegiando sempre a presença dos pais aquando da minha prestação de cuidados. Desta forma negoceio a sua participação nos mesmos, bem como desperto os pais para determinados aspetos importantes do RN e da sua relação com os mesmos que propiciam o desenvolvimento da parentalidade e um</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4)</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 (3) _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 (4)</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 (3) _____ 4</p>

	<p>comportamento interativo. Recentemente tenho feito por desenvolver mais estas competências uma vez que uma das unidades curriculares do primeiro semestre me permitiu realizar um trabalho sobre o assunto e no meu contexto de trabalho tenho um caso de um RN doente com necessidades especiais em que é pertinente e essencial a promoção desta mesma vinculação.</p>	<p>Observações:</p>
<p>E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2 — Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.</p>	<p>Relativamente a esta competência considero-a globalmente adquirida na medida em que o meu contexto de trabalho, por ser um hospital central, me permite lidar e relacionar-me com crianças/jovens e famílias com diferentes características, crenças e culturas, permitindo-me assim desenvolver competências na adaptação da comunicação a cada criança/jovem e sua família.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ (3) _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ (3) _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ (3) _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ (3) _____ 4</p> <p>Observações:</p>

E3.4 — Promove a autoestima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde.

- E3.4.1 — Facilita a comunicação expressiva de emoções.
- E3.4.2 — Reforça a imagem corporal positiva se necessário.
- E3.4.3 — Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis.
- E3.4.4 — Reforça a tomada de decisão responsável.
- E3.4.5 — Negoceia contrato de saúde com o adolescente.

Relativamente a esta competência também a considero adquirida no meu contexto de prestação de cuidados, no internamento. Dada a abrangência de situações e doenças do meu contexto de prestação de cuidados lido muitas vezes com adolescentes e com os seus problemas/doenças, o que facilita o desenvolvimento de competências neste âmbito.

Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios
1 _____ 2 _____ (3) _____ 4

Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito
1 _____ 2 _____ (3) _____ 4

Experiência de mobilização em situação clínica
1 _____ 2 _____ 3 _____ (4)

Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)
1 _____ 2 _____ (3) _____ 4

Observações:

Apêndice V

Comunicação adequada a cada estágio de desenvolvimento da criança

COMUNICAÇÃO ADEQUADA A CADA ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Tal como nos diz Batalha (2010) a dificuldade comunicacional é muitas vezes um dos obstáculos à gestão eficaz da dor em pediatria. Assim, e por forma a melhor conseguirmos conhecer as crianças a quem prestamos cuidados e a prestar cuidados de acordo com as suas necessidades é importante que consigamos comunicar com elas. Tal como nos diz Phaneuf (2005)

para comunicar de maneira funcional – e sobretudo estabelecer uma relação de ajuda sabendo de que maneira reagir aos comportamentos da pessoa ajudada a fim de implementar intervenções eficazes – a enfermeira deve absolutamente conhecer, pelo menos de forma mínima, certas dimensões da sua maneira de ser. É, por exemplo, útil conhecer as suas necessidades, a sua motivação, descodificar as suas emoções, a forma de pensamento que o seu discurso exprime, as suas expectativas, as suas crenças, as distorções cognitivas que a sua linguagem demonstra, assim como os mecanismos de defesa utilizados para gerir a sua ansiedade e preservar a sua auto-imagem. (p.190)

COMUNICAR COM AS CRIANÇAS

Embora a comunicação verbal possa ser por variadas vezes estabelecida com os pais, a criança nunca deve ser excluída do processo. Com crianças mais novas devem utilizar-se alguns jogos, colocando-lhes algumas questões ou comentários ocasionalmente. Por sua vez, com crianças mais velhas estas devem ser incluídas no processo como participantes ativos. Uma das características da maior parte das crianças passa pela atenção ao ambiente que a rodeia, atribuindo significados a todos os gestos e movimentos que fazem ao seu redor (Hockenberry, 2014). Assim, por vezes as tentativas em comunicar com a mesma podem aumentar a sua ansiedade face a determinada situação. Desta forma é importante continuar a falar-se com os pais e a criança sobre atividades que não a envolvam diretamente, permitindo uma observação da interação, pela criança, de uma posição segura. Uma estratégia a utilizar pode passar pelo falar inicialmente com o brinquedo ou boneco que a criança traga consigo, colocando questões simples que a criança seja capaz de responder, de forma a introduzir a criança no diálogo (Hockenberry, 2014). Outras estratégias, de acordo com Hockenberry (2014), podem também passar por:

proporcionar tempo à criança para se sentir à vontade; evitar avanços súbitos ou rápidos, sorrisos exagerados, contacto visual prolongado ou outro tipo de contacto que possa ser considerado como ameaçador; falar com os pais se a criança se apresenta, inicialmente, envergonhada; comunicar através do objeto de transição tal como a boneca, personagens de bonecos ou animais de peluche antes de questionar a criança diretamente; dar a oportunidade

às crianças mais velhas de falarem sem os pais presentes; assumir uma posição ao mesmo nível do olhar da criança; falar com um tom de voz tranquilo, sem pressa e confiante; falar de modo claro, concreto e empregando palavras simples e frases curtas; expor diretivas e sugestões de modo positivo; oferecer a possibilidade de escolha apenas quando esta existe; ser honesto com a criança; facilitar a expressão das suas preocupações e medos e usar uma variedade de técnicas de comunicação. (p.127)

Segundo o que nos diz Hockenberry (2014), entre **o nascimento e os 3 anos** de idade, as crianças comunicam muito através do não-verbal, sorriem e murmuram quando estão contentes e choram quando estão desagradadas, normalmente por fome, dor, restrição de movimentos corporais, ou mesmo por se sentirem sozinhas. Este tipo de comportamentos desperta no adulto a sensação de que algo não está bem com a criança, tentando interpretar o seu comportamento por forma a aliviar esse desconforto. Após esta interpretação e ação por parte do adulto para satisfazer a criança leva a uma resposta por parte da mesma, novamente através de um comportamento não-verbal, acalmando com um abraço, o som tranquilo de uma voz conhecida, muitas das vezes mesmo não percebendo o significado daquilo que está a ser dito e assustando-se face a sons altos e severos ou movimentos bruscos. Nas crianças mais velhas neste estágio de desenvolvimento começa a existir um pensamento mais egocêntrico e uma maior preocupação consigo mesmo (OE, 2010), pelo que qualquer estranho é considerado uma ameaça, até prova em contrário (Hockenberry, 2014). Neste estágio de desenvolvimento e dada esta preocupação que as crianças têm consigo mesmas é importante observarmos a posição em que os pais costumam segura-la, de forma a podermos segura-la da mesma forma, uma vez que nesta altura a maioria das crianças tem uma posição preferencial, normalmente ao colo, numa posição em que possa estar a observar os seus pais. Esta necessidade advém da ainda, até cerca dos 9 meses, falta de compreensão de que um objeto, neste caso os pais, pode sair do seu campo de visão mas permanece presente e irá regressar (permanência do objeto). Para além disto, tal como nos diz a OE (2010) no primeiro ano de idade é criado um sentimento de confiança nos seus responsáveis que irá ser posteriormente a base para todas as tarefas, e daí a necessidade de estar a observar os seus pais de forma a sentir a sua aprovação.

Dos **3 aos 6 anos** de idade a palavra-chave é o egocentrismo. Como nos diz a OE (2010) quando fala deste estágio por Kolberg, nesta altura a principal satisfação das crianças é satisfazer as suas próprias necessidades, não considerando as necessidades do outro, a não ser que pense que ao considerar poderá ser beneficiado por isso. Assim, nesta altura as crianças focam a comunicação em si próprias, sendo

que as experiências dos outros não têm grande importância para elas e portanto, nesta idade, de nada adianta fazer comparação entre as experiências de outras crianças de forma a obter a sua colaboração (Hockenberry, 2014). Devemos então antes permitir a sua colaboração, através do toque dos instrumentos com que vai contatar, até porque, tal como nos diz a OE (2010), de acordo com a teoria psicossocial de Erickson neste estágio as crianças são enérgicas, intrusivas e com uma imaginação ativa, com uma capacidade de explorar o mundo físico com todos os seus sentidos e forças. Tal como próprio do seu estágio de desenvolvimento, segundo a teoria cognitiva de Piaget, as crianças neste estágio são capazes de utilizar as palavras nas alturas corretas, contudo não percebem o seu total significado, ou seja, tal como nos diz Hockenberry (2014) “são incapazes de se abstrair e, por isso, fazem interpretações literais das palavras.” (p.128), não sendo ainda capazes de separar a realidade da fantasia, chegando mesmo a achar que “ter duas caras” pode significar exatamente isso no seu sentido literal. Assim, e tal como nos diz Hockenberry (2014), neste estágio devemos evitar o uso de frases que podem levar a segundas interpretações pelas crianças. Neste estágio as crianças têm também um pensamento mágico pelo que são capazes de conferir atributos humanos a objetos inanimados, tendo muitas vezes receio que estes objetos inanimados possam desempenhar alguma função que os magoe sem que alguém os esteja a controlar. Assim devemos então tentar tirar do campo de visão das crianças objetos que a criança considere serem maliciosos para si, como pode ser o caso das agulhas.

Por sua vez, na **idade escolar**, de acordo com o que nos diz Hockenberry (2014) as crianças acreditam menos no que veem e mais no que sabem, necessitando de justificações para tudo o que veem. Têm interesse no funcionamento das coisas e gostam de saber o porquê das coisas, ou seja, para que é utilizado cada objeto, de que forma ele é utilizado, como funciona, necessitando de saber muito concretamente o que lhes vai acontecer e de que forma vai acontecer. Ou seja, neste estágio é importante explicar com clareza os procedimentos que vamos realizar e o que vai acontecer quando o realizarmos, ou seja, para que vai servir aquele procedimento. Contudo esta explicação deve ser feita através de frases simples, colocando objetivos no que estamos a realizar, de forma a que a criança fique entusiasmada e desta forma colabore. Neste estágio as crianças têm também uma grande preocupação sobre a sua integridade corporal, sendo muito sensíveis a qualquer ameaça ou dano físico a que sejam sujeitas. Uma vez que são muito possessivas, qualquer perda ou ameaça de perda de um objeto querido pode leva-la a reagir exageradamente. Uma forma de

diminuir a ansiedade e dar segurança a estas crianças passa por incentiva-las a expressar as suas preocupações (Hockenberry, 2014).

Durante a **adolescência**, em termos de comportamento e pensamento, as crianças oscilam entre as fases de ser criança e ser adulto e por vezes quando estão sujeitas a grandes processos de modificação podem não ser capazes de reagir da melhor forma, procurando conforto e segurança junto da sua família. Assim cada adolescente pode agir de forma diferente em determinadas circunstâncias e o mesmo adolescente pode também não reagir da mesma forma em situações semelhantes. Maioritariamente das vezes os adolescentes sentem-se mais à vontade em discutir as suas preocupações com alguém fora do círculo familiar e algumas vezes preferem contactar com os enfermeiros sem a presença dos pais, aceitando normalmente comunicar com quem demonstra interesse por si. Contudo são também rápidos a rejeitar quem tenta impor valores que se sobrepõe aos seus ou quem revele ter pouco respeito por si e pelo que o adolescente diz. Quando este vem acompanhado dos pais deve optar-se por falar primeiramente com o adolescente, contudo é também importante abordar os pais, de modo a estabelecer uma relação com a família no geral.

Por forma a facilitar a comunicação com a criança é importante que tenhamos em consideração o seu estágio de desenvolvimento e da linguagem, de forma a podermos criar diferentes estratégias de comunicação adaptadas a cada criança. Papalia e Feldman (2013) ajudam-nos a desmistificar o que é característico de cada estágio de desenvolvimento de acordo com as diferentes teorias de desenvolvimento psicossocial, cognitiva e da linguagem. Assim, de acordo com o que nos é dito anteriormente por Hockenberry (2014) e acrescentando o que nos é dito por Papalia e Feldman (2013) foi possível elaborar um quadro com base nas características de cada estágio de desenvolvimento, de acordo com as diferentes teorias do desenvolvimento cognitivo, psicossocial e da linguagem e desta forma estabelecer quais as melhores estratégias de comunicação a adotar consoante a faixa etária e estágio de desenvolvimento de cada criança.

TEORIA DE DESENVOLVIMENTO				ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO
IDADE	Desenvolvimento Cognitivo De Piaget	Desenvolvimento da Linguagem	Desenvolvimento Psicossocial de Erickson	
0 – 1 MÊS	Estádio sensório-motor Uso de reflexos: As crianças utilizam os seus reflexos e começam a adquirir algum controle sobre os mesmos.	- Percebem a fala, choram e já dão alguma resposta ao som.		
1 – 4 MESES	Estádio sensório-motor Reações circulares primárias: As crianças repetem comportamentos agradáveis , que ocorrem inicialmente por acaso; começam a adaptar-se ao que as rodeia utilizando as mesmas ações para diferentes objetos, começando a coordenar a informação sensorial e agarrando objetos.	- Dão arrulhos e risos, já brincam com os sons da fala.	Confiança vs Desconfiança As crianças desenvolvem confiança nas pessoas e objetos do seu mundo;	- Comunicação através do não verbal; - Sorriso e murmuro quando estão felizes e choro quando estão tristes ou algo não lhes
4 – 8 MESES	Estádio sensório-motor Reações circulares secundárias: as crianças começam a ter mais interesse ao ambiente que as rodeia; repetem ações que têm resultados que as agradam e prolongam essas ações; as	- Reconhecem os padrões sonoros ouvidos e posteriormente os fonemas da língua nativa.	Precisam de um equilíbrio entre a confiança (o que lhes permite formar relacionamentos íntimos) e a desconfiança (sentimento que lhes permite protegerem-se);	

	ações passam a ser intencionais, contudo ainda sem um objetivo específico.		A confiança permite à criança prescindir da presença visual da mãe porque confia que mesmo ausente esta o vai proteger.	agrada (fome, dor, medo,...);
8 – 12 MESES	Estádio sensório-motor Coordenação de esquemas secundários: As crianças começam a ter um comportamento mais deliberado e intencional, coordenando ações já apreendidas de forma a atingir determinado objetivo.	- Balbuciam sequências de consoantes e vogais, utilizam os gestos para brincar e comunicar e imitam sons de forma intencional, utilizando alguns gestos sociais; - Nesta altura deixam de conseguir perceber sons que não sejam da sua língua nativa.		- Acalmam com um abraço, o som tranquilo de uma voz conhecida, mesmo sem perceberem o que está a ser dito; - Assustam-se facilmente face a sons altos e severos ou movimentos bruscos;
12 – 18 MESES	Estádio sensório-motor Reações circulares terciárias: As crianças apresentam curiosidade e experimentação , modificando as suas ações propositadamente de forma a	- Dizem a primeira palavra e já falam palavras simples, entendem a função simbólica de		- À medida que crescem

	observarem os diferentes resultados que as mesmas podem originar; exploram o mundo para ver o que é novo e diferente em determinada situação e objeto; experimentam novas atividades e fazem uso da tentativa e erro para resolver problemas.	nomeação e começam a fazer gestos mais elaborados.		começam a ter um pensamento mais egocêntrico e uma maior preocupação consigo mesmas;
18 – 24 MESES	<p>Estádio sensório-motor</p> <p>Combinações mentais: As crianças já são capazes de representar eventos mentalmente e como tal já não estão dependentes da tentativa e erro para resolver os seus problemas; começa, a desenvolver o pensamento simbólico, que lhes permite pensar sobre os eventos e antecipar as suas conseqüências antes de agirem; já sabem usar gestos e palavras e já sabem fingir; já desenvolveram a capacidade de pensar e lembrar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendem palavras novas expandindo o seu vocabulário; - Já são capazes de formar a primeira frase, passando a utilizar menos gestos e a nomear mais coisas; - Deixam de balbuciar e querem começar a conversar. 	<p>Autonomia vs Vergonha</p> <p>Existe uma passagem do controlo externo para o autocontrolo;</p> <p>A criança começa a substituir o julgamento dos cuidadores pelo seu próprio julgamento;</p> <p>O treino do controlo da linguagem é um passo importante na direção da autonomia, passando a ter mais poder quanto mais apta estiver em expressar os seus desejos;</p> <p>Necessitam ainda de estabelecimento de limites por parte dos adultos, sendo a vergonha e a dúvida sentimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Qualquer estranho é considerado inicialmente uma ameaça; - Segurar a criança da mesma forma que os pais o fazem e de forma a que estejam a observar o seu cuidador.

			importantes que as ajudam a reconhecer a necessidade desses limites.	
--	--	--	--	--

IDADE	Desenvolvimento Cognitivo De Piaget	Desenvolvimento da Linguagem	Desenvolvimento Psicossocial de Erickson	ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO
2 – 7 ANOS	<p>Estágio pré-Operatório</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expansão do uso do pensamento simbólico e da capacidade representacional; - Nesta idade as crianças já têm desenvolvidas as capacidades de: <p>Uso de símbolos – Pensam num determinado objeto sem precisar de estar em contacto com ele. – capazes de jogar ao jogo do faz de conta.</p> <p>Compreensão de identidades – Já têm consciência que as alterações superficiais não mudam a natureza das coisas. – já conseguem perceber que máscaras são apenas máscaras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fazem muitas perguntas; - Têm grandes avanços no vocabulário, na gramática e na sintaxe; - Através da associação rápida a criança consegue perceber o significado aproximado de determinada palavra depois de a ouvir 1 ou 2 vezes numa conversa, através do contexto utilizado para descrever a mesma na frase – este significado é aprimorado através da exposição e 	<p>Iniciativa vs Culpa</p> <p>O conflito neste estágio surge do crescente desejo em planear e</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar através do jogo simbólico e do faz de conta;

<p>Entendimento causa-efeito – Já são capazes de perceber que determinados acontecimentos têm determinadas causas.</p> <p>Capacidade de classificar – São capazes de organizar objetos, pessoas e eventos em categorias significativas, por exemplo, são capazes de dividir objetos em grupos de pequenos e grandes.</p> <p>Compreensão de números – Sabem contar e lidar com quantidades.</p> <p>Empatia – São mais capazes de imaginar e perceber como os outros se estão a sentir.</p> <p>Teoria da mente – Tornam-se mais conscientes da sua atividade mental e do funcionamento da mente.</p> <p>Incapacidade em descentrar – Ainda se concentram apenas num aspeto específico de determinada situação e negligenciam outros também importantes.</p> <p>Egocentrismo – Assumem que todas as pessoas sentem, pensam e percebem da mesma forma que elas.</p>	<p>ussos adicionais da palavra;</p> <p>- Conseguem mais facilmente perceber nomes de objetos que são mais concretos do que nomes de ações, que são menos concretos;</p> <p>- Começam a perceber a diferença entre o “eu”, “você” e “nós”;</p> <p>- São capazes de responder a perguntas de “o quê?” e “onde?”;</p> <p>- Por vezes têm uma compreensão imatura executando as ordens que lhes foram ditas pela ordem como foram ditas, não sendo ainda capazes de perceber que podem trocar a sua ordem;</p>	<p>executar atividades e as crescentes dores de consciência que a criança pode ter a respeito desses planos;</p> <p>Podem querer fazer cada vez mais e vão aprendendo que algumas coisas que querem fazer não são aprovadas socialmente;</p> <p>Existe uma divisão da sua personalidade, uma parte caracterizada pela ansiedade em experimentar coisas novas e outra parte caracterizada pela fase de se estar a</p>	<p>- Focar a atenção na criança e naquilo que ela já é capaz de fazer;</p> <p>- Não fazer comparação com ações de outras crianças;</p> <p>- Pedir a colaboração da criança para ajudar;</p> <p>- Permitir que esta toque nos objetos que vão ser utilizados com ela;</p> <p>- Evitar o uso de frases que podem levar a segundas</p>
--	--	--	---

<p>Animismo – Já são capazes de atribuir vida a objetos inanimados, percebendo o faz de conta e a encenação.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ainda não têm noção da irreversibilidade – não entendem que algumas ações podem ser revertidas, restaurando a situação original. - Maior foco nos estados que nas transformações – ainda não são capazes de perceber a importância da transformação entre diferentes estados. – Ainda usam um raciocínio transdutivo e não um raciocínio dedutivo ou intuitivo e acabam por saltar de um detalhe para outro, acabando por atribuir uma determinada causa a determinada ação, quando esta não existe. Por exemplo, podem considerar que fizeram a irmã ficar doente porque gritaram com ela – o seu pensamento salta de um detalhe para outro sem conexões lógicas. - Ainda não são capazes de distinguir a aparência da realidade, acabando por confundir o que é real com a aparência externa. 	<ul style="list-style-type: none"> - utilizam frases mais longas e mais complicadas; <p>Quando descobrem uma regra, como por exemplo de como colocar um verbo no passado, tendem a generalizar e a utiliza-la mesmo com palavras em que a regra não se aplica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Começam a prestar atenção ao efeito da sua fala sobre os outros, explicando-se mais claramente se percebem que não estão a ser entendidos; - Têm, por vezes, um discurso particular consigo mesmas, sem qualquer intenção de comunicar com os outros. 	<p>tornar adulta e constantemente examinar os motivos e as ações;</p> <p>Entra em equilíbrio quando a criança equilibra o desejo de atingir metas com ressalvas em relação a fazê-lo.</p>	<p>interpretações pela criança;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tirar do campo de visão das crianças objetos que a criança considere serem maliciosos para si.
--	--	---	--

IDADE	Desenvolvimento Cognitivo De Piaget	Desenvolvimento da Linguagem	Desenvolvimento Psicossocial de Erickson	ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO
7 – 11 ANOS	<p>Estágio operatório concreto</p> <ul style="list-style-type: none"> - As crianças já são capazes de fazer uso das operações mentais para resolver problemas reais; - Já são capazes de pensar logicamente, sendo capazes de ter em conta vários aspetos de uma determinada situação, contudo ainda estão muito centrados em situações reais do aqui e agora; - Já têm um melhor entendimento dos conceitos espaciais, de causalidade, categorização, raciocínio indutivo e dedutivo, conservação e números; - Já têm maior capacidade de seriação, de usar mapas, bem como de desenvolver conceitos mais 	<ul style="list-style-type: none"> - São mais capazes de compreender e interpretar comunicações verbais e escritas; - Conseguem fazer-se entender melhor; - Têm um aumento do vocabulário e já utilizam verbos mais específicos; - percebem que a mesma palavra pode ter mais que um significado (ex.: manga) e pelo contexto conseguem perceber o seu significado; - Começam a perceber o significado das frases como um todo e não se focam apenas na ordem das frases e das palavras; 	<p>Produtividade vs Inferioridade</p> <p>Neste estágio as crianças devem ser capazes de aprender as habilidades produtivas que a sua cultura requer, aprendendo quais as atividades valorizadas na sua sociedade, ou então enfrentam sentimentos de inferioridade; É considerada uma criança competente se for capaz de dominar certas habilidades e resolver certas tarefas;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Justificar tudo aquilo que fazemos à sua frente e o que lhes temos de fazer; - Explicar com clareza os procedimentos que vamos realizar e o que vai acontecer quando o realizarmos, ou seja, para que vai servir determinado procedimento. ; - Utilizar frases simples, colocando objetivos no que estamos a realizar, de forma a que a criança fique entusiasmada e desta forma colabore;

complexos e ganhar compreensão e controlo emocional.	<ul style="list-style-type: none"> - Têm menor probabilidade de mentir após prometerem dizer a verdade; - Conseguem ler e escrever e são capazes de descodificar o que estão a ler. 	Se se sentem inadequadas comparadas com os seus pares podem sentir-se inferiorizadas e retrain-se.	- Incentivar a crianças a exprimir as suas preocupações e a explicar como se sente relativamente a determinada situação.
--	---	--	--

IDADE	Desenvolvimento Cognitivo De Piaget	Desenvolvimento da Linguagem	Desenvolvimento Psicossocial de Erickson	ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO
12 – 18 ANOS	<p>Estágio Operatório Formal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Neste estágio aumenta a velocidade do processamento da informação por parte das crianças; - Embora ainda tenham um pensamento imaturo em alguns aspetos, muitas são capazes de raciocinar em termos mais abstratos e são capazes de planear um futuro mais realista; - Já são capazes de pensar em termos abstratos; - Já não estão limitadas ao aqui e agora, conseguindo entender o 	<ul style="list-style-type: none"> - Têm um aumento do vocabulário; - Vocabulário de rápida mudança (capacidade de brincar com as palavras) estando sempre a inventar novas palavras e novos significados para essas palavras; - Já são capazes de definir e discutir abstrações como o “amor”, “justiça” e “liberdade”; 	<p>Identidade vs Confusão de identidade</p> <p>Neste estágio a criança procura desenvolver uma perceção coerente do self, incluindo o papel que precisa de desempenhar na sociedade;</p> <p>Identidade esta que corresponde a metas, valores e crenças, com os quais a pessoa está comprometida, contudo, uma crise de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a expressão das preocupações da criança, sem a presença dos pais, a não ser que a criança assim o prefira e o demonstre; - Demonstra interesse pela criança e por aquilo

	<p>tempo histórico e o espaço extraterrestre;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Já utilizam símbolos para representar outros símbolos; <p>Já estão aptos a pensar 2º que pode ser” e não apenas “o que é”;</p> <ul style="list-style-type: none"> - São capazes de imaginar possibilidades e sabem formular e testar hipóteses; - Já são capazes de um raciocínio hipotético-dedutivo, sendo capazes de desenvolver uma hipótese e elaborar uma experiência para a testar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tornam-se mais conscientes das palavras como símbolos que podem ter variados significados e têm prazer em usar ironias, trocadilhos e metáforas; - Já são capazes de adaptar a sua conversa ao nível de conhecimento e ponto de vista de outra pessoa; - Por vezes têm um dialeto próprio que serve normalmente para fortalecer a identidade do grupo e afastar os adultos, dialeto este que pode variar de grupo para grupo. 	<p>identidade raramente fica resolvida na adolescência;</p> <p>Esta identidade normalmente forma-se quando os jovens resolvem 3 questões importantes: a escolha de uma ocupação, a adoção de valores sob os quais querem viver e o desenvolver de uma identidade sexual satisfatória;</p> <p>É também nesta altura que procuram maneiras de utilizar as habilidades necessárias para obter sucesso nas suas culturas, que adquiriram na 3ª infância.</p>	<p>que a mesma sente e expressa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não ser muito impositivo, tentando estabelecer um meio termo com a criança, de forma a não ir contra os valores da criança; - Abordar sempre primeiramente o adolescente e só posteriormente os pais.
--	--	---	--	---

COMUNICAR COM OS PAIS

Maioritariamente e no que diz respeito à comunicação com crianças mais novas, esta é muitas vezes mediada pelos pais, sendo que os enfermeiros obtêm informações relativamente à criança através da observação das mesmas e da conversação com os seus pais/ adulto de referência (Hockenberry, 2014). Quando a criança já é mais velha e já tem capacidades para tal, pode também participar na transmissão de informações, facilitando assim o processo, de preferência com a colaboração dos pais de forma a obter uma informação mais detalhada e fidedigna.

Nos casos em que a criança não é ainda capaz de transmitir toda a informação existem variadas estratégias que se podem utilizar com os pais para facilitar a comunicação e desta forma a melhor transmissão de informação. Hockenberry (2014) fala-nos de estratégias como: **encorajar os pais a falar; direcionar o foco; escuta e consciência cultural; usar o silêncio; ser empático; fornecer orientação antecipada; evitar bloqueios à comunicação; e comunicar com famílias através de um intérprete.** No que diz respeito ao encorajar dos pais a falar, Hockenberry (2014) diz-nos que a conversa com os pais nos permite determinar o estado de saúde e de desenvolvimento de determinada criança, bem como obter informações relativas aos fatores que influenciam a sua vida. Isto permite-nos perceber o comportamento da criança e determinar quais as melhores estratégias para comunicar com a mesma. Para além deste encorajamento os enfermeiros devem também estar atentos para determinados sinais que sejam suspeita de preocupação ou ansiedade por parte dos pais, perguntas mais abertas que proporcionem um maior leque de respostas permitem obter mais informações e são menos ameaçadoras do que perguntas de resposta única. Noutras situações, em que os pais não nos facilitam tão facilmente a informação pretendida podemos colocar questões com base na observação que fazemos de forma a perceber quais os comportamentos da criança no dia-a-dia e em situações de doença. De forma a promover o reforço positivo nos pais e permitir a colocação de dúvidas devem ser feitas algumas constatações positivas face aos comportamentos que os pais adotam com os seus filhos (Hockenberry, 2014). Relativamente à estratégia de direcionar o foco, Hockenberry (2014) desperta-nos para o facto de que por vezes, aquando da tentativa de permitir a liberdade de expressão aos pais é difícil direcionar o foco da entrevista para o que é necessário. Desta forma sugere-nos a utilização de questões abertas e abrangentes, seguindo um guião e redirecionando a conversa para o propósito pretendido sempre que os pais estiverem a dispersar na informação, mostrando sempre interesse em toda a

informação transmitida. A estratégia seguinte prende-se com a escuta e consciência cultural, na medida em que Hockenberry (2014) considera a escuta como a principal componente que permite a comunicação. Esta tem o intuito de compreender a pessoa, requerendo um processo de concentração e atenção a todos os aspetos da conversação, quer verbal e não-verbal, excluindo toda a distração envolvente e os julgamentos precipitados, com base numa consciência cultural. Esta deve ter por base um uso de indicadores, guias ou sinais verbais dos pais ao longo da entrevista, como é o caso de uma referência frequente a determinada preocupação, a repetição de determinada palavra-chave ou mesmo o ênfase especial em alguma coisa ou em alguém em específico. É também importante, neste sentido, estar desperto para preocupações e ansiedades dos pais, que podem ser expressadas de uma forma mais superficial mas que são igualmente importantes e merecem uma análise atenta (Hockenberry, 2014). No que concerne à utilização do silêncio, Hockenberry (2014) desperta-nos para o facto de esta ser uma das técnicas mais difícil de aprender na medida em que exige ao enfermeiro um sentimento de confiança e conforto que permita aos pais espaço para pensarem sem interrupções, de forma a posteriormente expressar sentimentos e pensamentos que facilitem a resposta a determinadas questões. Contudo por vezes é também importante quebrar este silêncio, retomando o mesmo ou outro tópico, encorajando os pais a continuarem a falar sobre o que consideram importante, estando dispostos a ajudar de alguma forma se for necessário. No que diz respeito à estratégia de “ser empático”, esta direciona-nos para a capacidade em que compreender o que os pais estão a experienciar, partindo do quadro de referência que temos da mesma. Direcionando para a estratégia relativa ao fornecimento de orientação antecipada Hockenberry (2014) desperta-nos para o facto de que a melhor forma de lidar com uma situação é intervir antes que a mesma se torne um problema, fornecendo informação aos pais numa fase de crescimento e desenvolvimento normal da criança, fortalecendo as práticas de cuidados às mesmas, fornecendo indicações específicas aos pais sobre áreas relevantes e que devem ter em atenção com as suas crianças, como é o caso de medidas de segurança, de acordo com as diferentes competências e nível de desenvolvimento que as crianças apresentam. No fundo passa por despertar os pais para as diferentes etapas do desenvolvimento da criança e para o que as mesmas implicam no dia-a-dia da família, capacitando as famílias no uso dessa informação, com base nas necessidades identificadas pela família. Quando nos fala sobre a estratégia de evitar bloqueios á comunicação, Hockenberry (2014) fala-nos sobre bloqueios por vezes criados pelo

enfermeiro quando dá conselhos não solicitados, constrangedores, formula julgamentos conclusivos, usa comentários estereotipados ou clichés, fala mais que os pais ou fornece informação excessiva, aumentando a ansiedade e a diminuição da atenção por parte dos pais. Uma forma de corrigir estes bloqueios passa pela análise posterior das entrevistas realizadas de forma a reconhecer e evitar os bloqueios utilizados. Por último, relativamente à estratégia de comunicar com famílias através de um intérprete esta prende-se mais quando a comunicação é dificultada pelos diferentes idiomas, sendo necessário o recurso a um intérprete. Esta estratégia, embora pareça fácil de utilizar requer sensibilidade para considerações culturais, legais e éticas no que diz respeito ao intérprete que vai fazer a tradução e os pais entrevistados, proporcionando tempo para que a família e o intérprete estabeleçam alguma sintonia. Nestas situações e dado o aumento da sensibilidade para com a confidencialidade e direitos dos clientes muitas instituições requerem atualmente o consentimento informado no idioma original (Hockenberry, 2014).

Num contexto de urgência pediátrica, em que é importante uma informação sucinta e rápida para que se possa atuar o mais rapidamente possível, estas estratégias de comunicação com os pais tornam-se muito importantes na medida em que normalmente todas as crianças que são admitidas à urgência chegam com os seus pais ou adultos responsáveis e por vezes eles são a melhor forma de comunicar e chegar às necessidades e informações da criança, nem sempre devido à idade da criança mas também às razões pelas quais estas dão entrada na urgência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. J. Hockenberry e D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol.1, p.122-187). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Papalia, D. E. & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano*. (12ª edição). São Paulo: AMGH Editora.

Apêndice VI

História da dor e sua aplicação

HISTÓRIA DA DOR E SUA APLICAÇÃO

Avaliar e medir a dor são dois conceitos distintos e que devem ser utilizados em simultâneo para melhor compreender o que se passa com a criança e conseguir intervir. Avaliar a dor passa por perceber qual a sua causa, que estímulos provoca na criança, quais os fatores agravantes e tranquilizantes, quais os seus efeitos na vida diária, quais as respostas tanto fisiológicas como comportamentais dadas pela criança quando tem dor, quais os seus padrões de *coping* quando tem dor, como é a dor e qual a sua localização, duração e intensidade, sendo considerada a essência dos cuidados (Batalha, 2010). Por sua vez medir a dor diz respeito apenas a um aspeto que tem de ser observado durante a avaliação da dor e que corresponde à sua dimensão sensorial, através da sua quantificação (Batalha, 2010), que de acordo com Batalha (2010) é considerado o primeiro passo para o tratamento da mesma. Estes aspetos permitem munir o enfermeiro que presta cuidados à criança de toda a informação necessária sobre qual a melhor maneira de intervir com determinada criança, permitindo assim detetar todas as necessidades e aspetos importantes relacionados com a dor na criança, reconhecendo os seus fatores de alívio, abordando-se a criança de uma forma holística.

De acordo com a DGS (2010) no que diz respeito a avaliação da dor na criança, esta deve ser realizada com base numa lista de orientações gerais constantes no documento “Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças” de 2010, sendo que um dos pontos dessa lista, considerado por Batalha (2010) o primeiro passo que permite uma avaliação exata da intensidade da dor, passa pela realização da história de dor da criança, na sua admissão ao hospital, ou seja, no momento da colheita de dados relativa à apreciação inicial (Batalha, 2010). De acordo com o mesmo documento esta consiste na “colheita de informação que permita orientar a avaliação e o controlo da dor utilizando todas as fontes de informação documentais disponíveis, aliada à observação e entrevista dos pais /cuidador principal e da criança a partir dos 3 anos.” (DGS, 2010, p. 1). Esta colheita de informação através do diálogo com a criança é muito importante uma vez que a dor tem uma natureza subjetiva (Batalha, 2010).

Tal como nos diz Batalha (2010) não existem normas rígidas para a elaboração de uma história de dor da criança, contudo a DGS (2010) preconiza uma lista de orientações específicas para a elaboração da mesma, também de acordo com aquilo que Batalha (2010) considera serem questões importantes para a avaliação da dor a ter em conta quando se realiza a história da dor de uma criança. Estas orientações,

de acordo com a DGS (2010) passam então por: Caracterizar a dor de acordo com a sua localização, intensidade, qualidade da dor, duração, frequência e sintomas associados à mesma; perceber quais os fatores de alívio e de agravamento da mesma; identificar a utilização e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas; perceber quais as formas de comunicar da criança para expressar a sua dor; identificar quais as experiências anteriores traumatizantes e medos da criança; perceber quais as habilidades e estratégias utilizadas pela criança para enfrentar a dor e outros problemas de saúde; identificar o comportamento habitual da criança e ambiente familiar; perceber quais os efeitos da dor na vida diária da criança e por fim perceber qual o impacto emocional e socioeconómico da dor da criança para a família.

Tópicos a avaliar	Crianças	Pais
Caracterização da dor: - Localização - Intensidade (escolher escala da dor consoante a faixa etária) - Qualidade da dor - Duração e frequência - Sinais e sintomas	Utilizar as diferentes escalas de avaliação da dor, de acordo com a faixa etária da criança que estamos a cuidar e quando possível instruir a criança a utilizar a mesma, para facilitar futuras avaliações.	Questionar como os pais percebem se os seus filhos têm realmente dor e como a criança se manifesta quando tem dor.
Fatores de alívio	Questionar a criança sobre o que gosta que lhe façam ou o que gosta de fazer quando tem dor.	Questionar sobre o que costuma contribuir para aliviar a dor na criança.
Fatores de agravamento	Questionar a criança sobre o que não gosta de fazer ou o que não gosta que lhe façam quando tem dor.	Questionar sobre o que costuma contribuir para aumentar a dor na criança.
Medidas farmacológicas utilizadas e seu efeito	Questionar à criança se toma xarope quando tem dor e se sim se este	Questionar sobre quais os medicamentos que costumam aliviar a dor da criança.

	costuma ajudar na sua dor.	
Medidas não farmacológicas utilizadas e seu efeito	Questionar à criança sobre o que gosta de fazer para se distrair e o que gostam que lhe façam quando ela tem dor.	Questionar sobre que estratégias costuma adotar para aliviar a dor na criança para além de medicamentos (chucha, colo, posicionamento, massagem, distração,...).
Formas de expressar a dor na criança	Perguntar à criança se já teve alguma dor, quando foi, como se sentiu nessa altura e o que fez.	Questionar quais as palavras que a sua criança utiliza para dizer que tem dor, como é que sabem que ela tem dor, ou seja como reage a criança quando tem dor.
Experiências anteriores traumatizantes e medos da criança	Questionar a criança sobre se já teve alguma dor, quando foi essa dor que teve, em que contexto. Perguntar se a criança se recorda da pior dor que já teve e quando aconteceu essa dor. Perguntar quais os seus maiores medos.	Questionar sobre quais as experiências dolorosas que a criança teve no passado e quais os seus maiores medos.
Quais as estratégias utilizadas pela criança para enfrentar a dor ou outros problemas de saúde	Perguntar à criança se quando está com dor se conta a alguém, se sim a quem conta.	Questionar sobre como a criança se comporta quando tem dor, com quem vai ter e o que lhe diz ou faz.
Comportamento da criança e ambiente familiar	Perceber como a criança se comporta com os seus pais.	Perceber qual a relação entre os pais e a criança.
Efeitos da dor na vida diária da criança	Questionar a criança sobre o que não pode	Questionar sobre os efeitos da dor na vida da criança e da

Impacto emocional e socioeconómico da dor	fazer quando tem dor. Perceber se a dor não a deixa brincar ou sair de casa.	família. Perceber se a criança fica mais próxima ou mais afastada dos pais quando tem dor.
---	---	--

Por forma a facilitar a caracterização da dor é importante que saibamos escolher o melhor instrumento, de acordo com a faixa etária de cada criança. Assim e de acordo com o que preconiza a DGS (2010) podemos utilizar, de acordo com cada faixa etária as seguintes escalas de intensidade da dor:

1. Para os **recém-nascidos**:

- EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né)

(Escala de referência utilizada em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais)

	0	1	2	3
ROSTO	Rosto calmo	Caretas passageiras: sobranceiras franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo.	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas	Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada
CORPO	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se	Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel
SONO	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	Não adormece
INTERACÇÃO	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação
RECONFORTO	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente	Inconsolável. Sucção desesperada
PONTUAÇÃO TOTAL				

- NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

(Escala mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo)

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

- PIPP (Premature Infant Pain Profile)

(Escala normalmente utilizada para avaliar a dor durante os procedimentos)

PROCESSO	INDICADORES	0	1	2	3
	Idade gestacional (semanas)	≥ 36	32 -35 e 6 dias	28 – 31 e 6 dias	< 28
Observar RN 15 segundos e anotar FC e saturação de oxigênio basal	Estado de alerta	Activo /acordado Olhos aberto Movimentos faciais	Quieto / acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Activo /dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto / dorme Olhos fechados Sem mímica facial
Observar RN 30 segundos	FC máxima	↑ 0 – 4 bpm	↑ 5 – 14 bpm	↑ 15 – 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	SO ₂ mínimo	↓ 0 – 2,4 %	↓ 2,5 – 4,9 %	↓ 5,0 – 7,4 %	↓ ≥ 7,5 %
	Testa franzida	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Olhos espremidos	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Sulco naso-labial	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)

- N-PASS (Neonatal pain, Agitation & Sedation Scale)

(Escala normalmente utilizada em recém-nascidos em ventilação assistida)

	Sedação		Sedação/Dor	Dor/Agitação	
	-2	-1	0/0	1	2
Choro/ irritabilidade	Não chora com estímulo doloroso	Resmungo/choro com estímulo doloroso	Sem sinais de sedação ou dor	Irritação ou episódios de choro Consolável	Choro agudo ou silencioso contínuo Não é consolável
Comportamento	Não acorda com estímulo Sem movimento espontâneo	Acorda breve com estímulo Raro movimento espontâneo	Sem sinais de sedação ou dor	Inquieto, se contorce Acorda com frequência	Arqueia o corpo, fica chutando Acordado constantemente ou não acorda, nem se move (não está sedado)
Expressão facial	Boca caída e aberta Sem mímica	Mínima expressão facial com estímulo	Sem sinais de sedação ou dor	Qualquer expressão de dor intermitente	Qualquer expressão de dor contínua
Tônus de extremidade	Sem reflexo de preensão Flácido	Reflexo de preensão fraco Tônus muscular ↓	Sem sinais de sedação ou dor	Mãos cerradas ou espalmadas de modo intermitente Tônus corporal relaxado	Mãos cerradas ou espalmadas de forma contínua Tônus corporal tenso
Sinais vitais: FC, FR e SatO ₂	Sem Δ após estímulo Hipoventilação ou apneias	Δ < 10% com estímulo	Sem sinais de sedação ou dor	↑ 10-20% em relação ao basal SatO ₂ , 76-85% com estímulo; rápida recuperação	↑ 20% em relação ao basal SaO ₂ < 75% com o estímulo; lenta recuperação Sem sincronia com o ventilador

Sedação: -10 a 0; Sedação profunda: -10 a -5; Sedação leve: -5 a -2.
Dor: 0-11 (somar 1 ponto se RN < 30 semanas de IG corrigida); Dor presente escore > 3.

2. Para menores de 4 anos ou crianças com incapacidade em verbalizar:

- Escala de FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

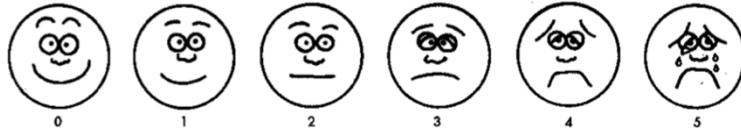
IDENTIFICAÇÃO			DATA
			HORA
	0	1	2
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso.	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
PERNAS	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas
ATIVIDADE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

3. Para crianças entre os 4 e os 6 anos:

- Escala de faces de Wong-Baker

(Escala válida a partir dos 3 anos)

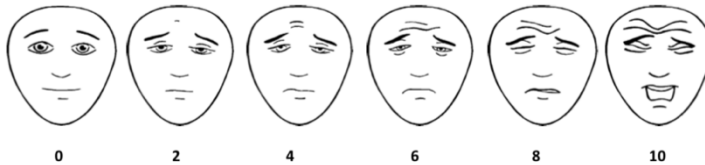
ESCALA DE FACES WONG-BAKER



- FPS-R (Faces Pain Scale – Revised)

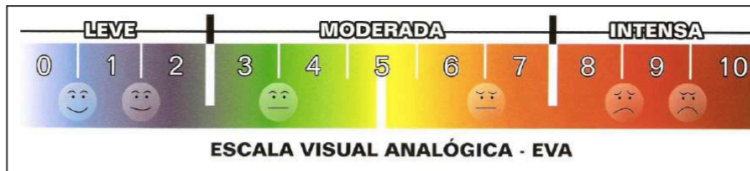
(Escala válida a partir dos 4 anos)

ESCALA DE FACES Revista

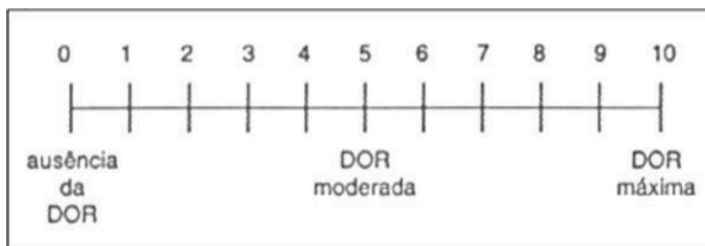


4. Para crianças com mais de 6 anos:

- EVA (Escala Visual Analógica)



- EN (Escala Numérica)



- FPS-R (Faces Pain Scale – Revised)

- Escala de faces de Wong-Baker

5. Para crianças com multideficiência:

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

<p>Face 0 = Nenhuma expressão em especial ou sorriso 1 = Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada 2 = Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico Comportamento individualizado:</p>
<p>Pernas 0 = Posição normal ou relaxadas; tonificação normal & movimentação dos membros inferiores e superiores 1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais 2 = Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos Comportamento individualizado:</p>
<p>Atividade 0 = Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica 1 = Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes. 2 = Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); suster a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contração muscular Comportamento individualizado:</p>
<p>Choro 0 = Sem choro/ verbalização 1 = Gemido ou choramingo, queixa ocasional; explosão verbal ou “grunhidos” ocasionais 2 = Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, “grunhidos” constantes Comportamento individualizado:</p>
<p>Consolabilidade 0 = Satisfeita e relaxada 1 = Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída. 2 = Difícil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto Comportamento individualizado:</p>

INSTRUMENTO PARA COLHEITA DE DADOS SOBRE A HISTÓRIA DE DOR

Idade:	
Questões a colocar à criança	Questões a colocar aos pais
Escala utilizada para avaliação da dor: Intensidade obtida:	-
O que gosta que lhe façam ou o que gosta de fazer quando tem dor?	O que costuma contribuir para aliviar a dor na criança?
O que não gosta de fazer ou o que não gosta que lhe façam quando tem dor?	O que costuma contribuir para aumentar a dor na criança?

<p>Toma xarope quando tem dor? Se sim, este costuma ajudar na sua dor?</p>	<p>Quais os medicamentos que costumam aliviar a dor do seu filho?</p>
<p>O que gosta de fazer para se distrair?</p>	<p>Que estratégias costuma adotar para aliviar a dor na criança para além de medicamentos (chucha, colo, posicionamento, massagem, distração,...)?</p>
<p>Já teve alguma dor? Quando? Como se sentiu nessa altura? O que fez?</p>	<p>Quais as palavras que a sua criança utiliza para dizer que tem dor? Como sabe que ela tem dor?</p>
<p>Recorda-se da pior dor que já teve? Quando aconteceu essa dor? Quais os seus maiores medos?</p>	<p>Quais as experiências dolorosas que a criança teve no passado? Quais os maiores medos da criança?</p>
<p>Quando está com dor conta a alguém? Se sim, a quem?</p>	<p>Como é que a criança se comporta quando tem dor? Com quem vai ter e o que lhe diz ou faz?</p>
<p>Perceber como a criança se comporta com os seus pais.</p>	<p>Perceber qual a relação entre os pais e a criança.</p>
<p>O que não pode fazer quando tem dor? Pode brincar? Pode ir ao jardim?</p>	<p>Quais efeitos da dor na vida da criança e da família? Perceber se a criança fica mais próxima ou mais afastada dos pais quando tem dor.</p>

APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO PARA A COLHEITA DE DADOS SOBRE A HISTÓRIA DE DOR

- Criança de 4 anos internada no Serviço de Observação Pediátrico por Gastroenterite Aguda e submetida a punção venosa periférica para colocação de cateter venoso periférico para realização de perfusão de soro endovenoso.

Idade: 4 anos	
Questões a colocar à criança	Questões a colocar aos pais
<p>Escala utilizada para avaliação da dor:</p> <p>Escala de faces de Wong-Baker</p> <p>Intensidade obtida: 3</p>	-
<p>O que gosta que lhe façam ou o que gosta de fazer quando tem dor?</p> <p>Gosta de ter ao seu lado o seu boneco "Dou-Dou" e que lhe deem abraçinhos.</p>	<p>O que costuma contribuir para aliviar a dor na criança?</p> <p>Distrai-la com desenhos animados e xarope.</p>
<p>O que não gosta de fazer ou o que não gosta que lhe façam quando tem dor?</p> <p>Não quer brincar</p>	<p>O que costuma contribuir para aumentar a dor na criança?</p> <p>Ter que andar para algum lado, quando está com dor não quer sair do sofá e quer sempre alguém ao pé dela.</p>
<p>Toma xarope quando tem dor?</p> <p>Se sim, este costuma ajudar na sua dor?</p> <p>Sim, um laranja e costuma ficar melhor, mas agora não lhe apetece tomar o xarope porque lhe apetece vomitar.</p>	<p>Quais os medicamentos que costumam aliviar a dor do seu filho?</p> <p>O Ben-u-ron.</p>
<p>O que gosta de fazer para se distrair?</p> <p>Brincar com as suas bonecas e na sua cozinha de brincar.</p>	<p>Que estratégias costuma adotar para aliviar a dor na criança para além de medicamentos (chucha, colo, posicionamento, massagem, distração,...)?</p> <p>Coloca-la ao colo, quando tem dores abdominais costumam fazer massagem abdominal e ficar ao pé dela a ver desenhos animados. Normalmente também gosta de ter sempre ao pé de si o seu urso "Dou-Dou" e a chucha, que acham estranho neste internamento não estar a perguntar pela mesma.</p>

<p>Já teve alguma dor? Quando? Como se sentiu nessa altura? O que fez?</p> <p>Só quando teve que colocar o acesso venoso periférico antes de ficar internada. Sentiu dor no local, que já não refere e diz não querer ser picada novamente. Nessa altura abraçou a mãe com muita força e fechou os olhos, mas doeu na mesma.</p>	<p>Quais as palavras que a sua criança utiliza para dizer que tem dor? Como sabe que ela tem dor?</p> <p>“Dói-dói” e começa a ficar mais parada a pedir mais mimo. Quando tem dores abdominais começa a contorcer-se. Raramente diz que tem dor, portanto quando os pais a notam mais estranha e mais parada percebem logo que algo se passa.</p>
<p>Recorda-se da pior dor que já teve? Quando aconteceu essa dor? Quais os seus maiores medos?</p> <p>Foi quando foi picada antes de ser internada, na colocação do acesso venoso periférico. Refere não ter medo de nada.</p>	<p>Quais as experiências dolorosas que a criança teve no passado? Quais os maiores medos da criança?</p> <p>Por vezes tem dor de cabeça, mas que passa rapidamente e a última dor mais intensa foi durante a colocação do acesso venoso periférico, mas segundo os pais foi uma criança muito forte e não chorou, contudo estava muito cansada e com dores abdominais na altura.</p>
<p>Quando está com dor conta a alguém? Se sim, a quem?</p> <p>Sim, à mãe, para ela a ajudar a ficar melhor.</p>	<p>Como é que a criança se comporta quando tem dor? Com quem vai ter e o que lhe diz ou faz?</p> <p>Fica mais parada e quando questionada refere ter dor, apontando para o local. Normalmente vai ter com a mãe, mas quando está apenas o pai também vai dizer ao pai.</p>
<p>Perceber como a criança se comporta com os seus pais.</p> <p>Mesmo doente e aparentemente com dores, muito carinhosa com os seus pais e preocupada com eles.</p>	<p>Perceber qual a relação entre os pais e a criança.</p> <p>Pais muito preocupados com a criança e muito cuidadosos com a mesma, trazendo consigo vários brinquedos que sabem que a criança gosta.</p>
<p>O que não pode fazer quando tem dor? Pode brincar? Pode ir ao jardim?</p> <p>Não consegue correr e não tem vontade de brincar com as suas bonecas.</p>	<p>Quais efeitos da dor na vida da criança e da família? Perceber se a criança fica mais próxima ou mais afastada dos pais quando tem dor.</p> <p>Por vezes quando a dor é mais intensa os pais ficam preocupados, chegando a faltar ao trabalho para estar com a criança. Nestas alturas a criança fica mais próxima dos pais e requer mais a atenção dos mesmos, querendo mais “abracinhos”.</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Apêndice VII

Posicionamentos de conforto a utilizar durante procedimentos com agulhas na
criança

POSICIONAMENTOS DE CONFORTO A UTILIZAR DURANTE PROCEDIMENTOS COM AGULHAS NA CRIANÇA

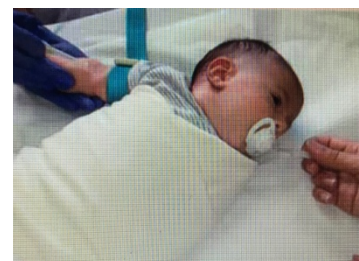
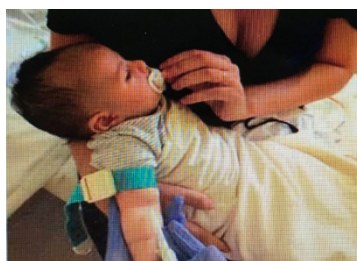
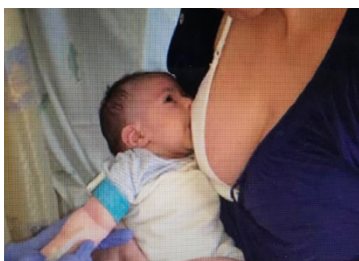
De acordo com o que nos é dito por Stephens, Barkey e Hall (1999) os procedimentos invasivos podem ser experiências desagradáveis para as crianças, seus pais e profissionais de saúde, despertando-nos para a importância de aumentar o conforto na criança e pais durante este tipo de procedimentos. De acordo com alguns autores estes últimos podem ser punções venosas, punções lombares, colocação de sondas nasogástricas (Haworth Continuing Features Submission, 1993), aspiração de secreções (Batalha, 2010), ou até mesmo injeções (Hart e Bossert, 1994). Para além de dolorosos estes procedimentos são também stressantes e causadores de medo à criança (Bice e Wyatt, 2016). O medo causado pela antecipação destes procedimentos pode contribuir para aumentar a dor e posteriormente o stress, associado a tais procedimentos (Cavender, Goff, Hollon e Guzzetta, 2004). Neste sentido, quando pensamos em conforto, não nos podemos centrar apenas nas questões do momento efetivo da dor, mas sim em todo o processo relativo ao procedimento (Bice e Wyatt, 2016). Assim sendo e tendo em conta que o posicionamento da criança de uma maneira confortável durante determinado procedimento é uma das técnicas recomendadas para proporcionar o conforto nas crianças durante este tipo de procedimentos dolorosos (Stephens, Barkey e Hall, 1999), torna-se importante o estudo sobre o tema. Tal como nos diz Brown (2014), em procedimentos em que as crianças não são capazes de cooperar, o enfermeiro é responsável por minimizar o seu movimento e o seu desconforto utilizando um posicionamento da criança adequado para o efeito.

Durante os procedimentos dolorosos uma das situações mais comuns de acontecer passa pela criança gritar e se debater enquanto é segurada pelos profissionais para a realização de determinado procedimento (Sparks, Setlik e Luhman, 2007). No entanto muitas são as vezes em que estes comportamentos são observados apenas por as crianças estarem a ser seguradas e em antecipação à dor, intensificando o medo e aumentando a sua perceção da dor (Sparks, Setlik e Luhman, 2007). Face à pouca colaboração da criança e à necessidade de uma base estável para a realização dos procedimentos (Sparks, Setlik e Luhman, 2007), de forma a permitir que esses procedimentos sejam realizados com segurança tanto para a criança como para os profissionais que realizam o procedimento (Tomlinson, 2004), os enfermeiros começaram a utilizar a contenção como uma estratégia de

posicionamento da criança (Sparks, Setlik e Luhman, 2007). Contudo, determinados tipos de contenção, nomeadamente a colocação da criança em posição supina sobre a cama (Stephens, Barkey e Hall, 1999), normalmente utilizados por vários profissionais em simultâneo, acaba por originar um maior sofrimento à criança uma vez que acaba por diminuir o controlo da mesma face ao procedimento a realizar (Sparks, Setlik e Luhman, 2007; Lacey, Finkelstein e Thygeson, 2008). Alguns autores referem ainda que o posicionamento da criança ao colo dos pais (Stephens, Barkey e Hall, 1999), ou na posição de sentado (Lacey, Finkelstein e Thygeson, 2008), numa posição de conforto que lhes é familiar, facilita a cooperação da criança e a manutenção da sensação de controlo por parte da mesma durante a realização dos procedimentos (Stephens, Barkey e Hall, 1999). Os mesmo autores consideram ainda que, se a criança for cooperativa, os pais não devem ser chamados a realizar este posicionamento da criança, mas sim um outro profissional. Isto deve-se à existência de alguma dificuldade face à colocação da criança na posição necessária e, caso a criança se movimente, à carga emocional que fica inadequadamente dirigida aos pais (Stephens, Barkey e Hall, 1999). Contudo existem também alguns autores que consideram que uma das formas de proporcionar conforto à criança durante os procedimentos pode passar pela ajuda dos pais no seu posicionamento (Bice e Wyatt, 2016; Tomlinson, 2004). Lacey, Finkelstein e Thygeson (2008) consideram ainda que o procedimento de administração de injeções com a criança na posição de sentado demora menos tempo que o mesmo procedimento realizado com a criança na posição de deitada, ainda que não seja uma constatação estatisticamente significativa.

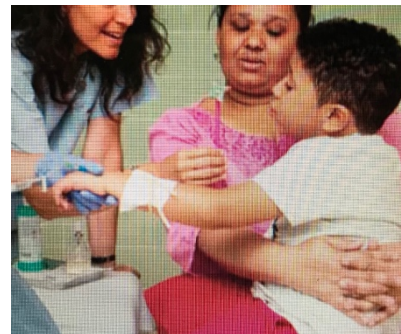
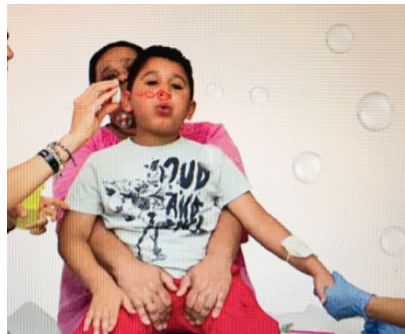
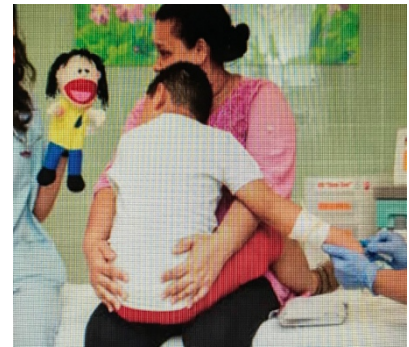
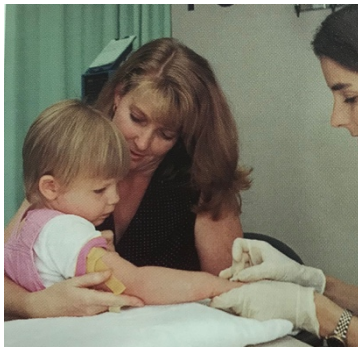
Assim, e tendo em conta as imagens e orientações transmitidas pela APED (2018) e outras imagens retiradas da internet, podemos então sugerir como posicionamentos de conforto a adotar durante os procedimentos com agulhas nas crianças as seguintes:

Em Recém-nascidos e lactentes





Em crianças mais velhas



Estes posicionamentos, em simultâneo com outras estratégias quer farmacológicas quer não farmacológicas de controlo da dor, irão permitir aconchegar a criança deixando um membro acessível para a realização do procedimento, promover o conforto, diminuir a ansiedade na criança e nos pais e permitir uma maior sensação de segurança e controlo do procedimento nas crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2018). *Desenhos da minha dor*. [s.l.]: APED.

Batalha L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.

- Bice, A. A., Wyatt, T. H. (2016). Holistic comfort interventions for pediatric nursing procedures: a systematic review. *Journal of Holistic Nursing*. 35(3), 280-295.
- Brown, T. L. (2014). Especificidades nas intervenções de enfermagem em pediatria. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 2, p. 1061-1118). Loures: Lusociência.
- Cavender, K., Goff, M. D., Hollon, E. C. & Guzzetta, C. E. (2004). Parents' Positioning and distracting children during venipuncture. *Journal of Holistic Nursing*. 22(1), 32-54.
- Hart, D., Bossert, E. (1994). Self-reported fears of hospitalized school-age children. *Journal of Pediatric Nursing*. 9(2), 83-90.
- Haworth Continuing Features Submission. (1993). Acute pain management in infants, children and adolescents: operative and medical procedures, quick reference guide for clinicians. *Journal of Pharmaceutical Care in pain & Symptom Control*. 1(1), 85-108.
- Lacey, C. M., Finkelstein, M. & Thygeson, M. V. (2008). The impact of positioning on fear during immunizations: supine versus sitting up. *Journal of Pediatric Nursing*. 23(3): 195-200.
- Sparks, L. A., Setlik, J. & Luhman, J. (2007). Parental Holding and positioning decrease IV distress in young children: a randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*. 22(6), 440-447.
- Stephens, B.K., Barkey, M. E. & Hall, H.R. (1999). Techniques to comfort children during stressful procedures. *Accident & Emergency Nursing*. 7, 226-236.
- Tomlinson, D. (2004). Physical restraint during procedures: issues and implications for practice. *Association of Pediatric Oncology Nurses*. 21(5), 258-263.

Apêndice VIII

Orientação para a administração da sacarose 24%

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	ORIENTAÇÃO N.º	
	Administração de sacarose 24%	
	Elaborado por: Enf. ^a Romina Costa (Estudante da Especialidade de ESIP da ESEL) Colaboração: Enf. ^a Eduarda Data: 01/2020	
MANUAL DE	Aprovação	Revisão
	Data: __/__/____ Responsável: _____	Data: __/__/____ Responsável: _____
1. Destinatários		
<p>Esta orientação aplica-se a todos os enfermeiros do Serviço de Pediatria - Piso 6, do HSM.</p>		
2. Objetivos		
<ul style="list-style-type: none"> • Controlo da dor em crianças dos 0 aos 12 meses, quando sujeitas a procedimentos dolorosos; • Promover o conforto à criança e família, face a procedimentos dolorosos. 		
3. Descrição		
<p>A sacarose 24% é um dissacarídeo constituído por uma molécula de glicose e uma molécula de frutose e água destilada.</p> <p>Esta é recomendada pela Academia Americana de pediatria como uma intervenção não farmacológica para alívio da dor aguda em recém-nascidos durante a realização de procedimentos invasivos, sendo também uma estratégia eficaz e segura reconhecida pelo <i>International Evidence-Based Group for Neonatal Pain</i>¹. O efeito antinocicetivo é mediado através das papilas gustativas (sensação do gosto doce), não decorrendo da absorção da mesma, pelo que a sua administração deverá ser realizada na porção anterior da língua¹. Esta estimulação oro-degustativa permite a libertação de endorfinas e ativa o sistema opióide endógeno conduzindo a uma redução do nível de dor^{2,3}.</p> <p>Quando associada à Sucção Não Nutritiva (SNN), como a utilização da chucha, o seu efeito é pontenciado², através da inibição da hiperatividade, diminuindo o tempo de choro e atenuando a mimica facial de dor, modulando o desconforto na criança, através da libertação de endorfinas endógenas¹.</p> <p>As fibras nervosas sensoriais da língua são estabelecidas entre a 26^a e a 28^a semanas de gestação, podendo a sacarose 24% ser utilizada no RN a partir das 28 semanas³.</p>		
4. Apresentação		

➤ **BABYCALMINE®**

Solução oral estéril de sacarose 24%, sem conservante ou agente químico

1 ampola = 2ml

➤ Solução oral estéril de sacarose 24%

1 ampola = 2 ml

5. Indicações

De acordo com a DGS⁴ a sacarose 24% traz benefícios concretos às crianças no controlo da dor em procedimentos invasivos e dolorosos, como: aspiração traqueal (se ventilados), colocação de cateter venoso central/ umbilical, colocação/remoção de dreno torácico, administração de terapêutica via subcutânea e/ou intramuscular, limpeza e tratamento de feridas, punção do calcâneo, punção lombar, punção supra-púbica, punção venosa periférica, punção arterial, rastreio oftalmológico e colocação de sonda nasogástrica.

6. Dosagem

SACAROSE a 24%			
DOSE MÍNIMA EFICAZ	0,05 – 0,5ml		
IDADE	RN de 27 a 31 semanas de IG	RN de 32 a 36 semanas de IG	RN de termo
DOSE MÁXIMA RECOMENDADA	0,5ml	1ml	2ml
Nº. DE TOMAS MÁXIMAS	4 tomas/dia		6 tomas/dia

➔ Administrar primeiramente 2 minutos antes do procedimento e de seguida durante o procedimento.

➔ Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose máxima pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos.

Validade: A sacarose 24% após aberta deve ser conservada no frio e utilizada no prazo máximo de 1 semana.

7. Efeitos Adversos

A sacarose 24% tem como efeitos adversos a flatulência e a hiperglicemia. Por ser de consistência líquida surge também o risco de aspiração se a sua administração não for supervisionada por um profissional de saúde.

8. Contraindicações

Não utilizar sacarose 24% em crianças que sejam intolerantes à glicose e frutose, que estejam sedados, em hiperglicemia ou sob suspeita de endocardite necrosante.

9. Instruções de administração

1. Administração de 1/3 da dose recomendada 2 minutos antes do procedimento a realizar, sobre a porção anterior da língua;
2. Administração da mesma com o uso de seringa para um melhor controlo da dosagem a administrar;
3. Aplicação de estratégias não farmacológicas complementares como: SNN, colo dos pais, canguru, posicionamento;
4. Administração da restante dose recomendada, através de seringa, fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos;
5. Registrar a administração da mesma nas notas de enfermagem, bem como a sua hora de administração, volume administrado e eventual ocorrência de efeitos adversos;
6. Respeitar a data de validade.

10. Estratégias complementares de controlo da dor

A sacarose 24% pode e deve ser associada a outras estratégias não farmacológicas ou farmacológicas para controlo da dor². No que diz respeito às estratégias não farmacológicas a Ordem dos Enfermeiros (OE) destaca intervenções terapêuticas, como a massagem terapêutica, o posicionamento adequado, o contacto físico com os pais e o colo, e intervenções ambientais, como a redução de *stressors* do ambiente⁴.

11. Responsabilidades

11.1 Implementação do procedimento

Enfermeiros do Serviço de Pediatria – Piso 6, do HSM.

11.2 Revisão do procedimento

Grupo de trabalho da Dor, do Serviço de Pediatria – Piso 6.

12. Definições e Abreviaturas

DGS – Direção-Geral da Saúde

HSM – Hospital de Santa Maria

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

13. Bibliografia

1. Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. 1(6).
2. Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
3. Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Direção-Geral da Saúde: Lisboa.
4. Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Direção-Geral da Saúde: Lisboa.

Apêndice IX

Promoção da vinculação no recém-nascido doente e/ou prematuro e desenvolvimento da parentalidade em contexto de cuidados intensivos neonatais

PROMOÇÃO DA VINCULAÇÃO NO RECÉM-NASCIDO DOENTE E/OU PREMATURO E DESENVOLVIMENTO DA PARENTALIDADE EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

Duas das várias competências requeridas ao EEESIP passam pela promoção da vinculação no recém-nascido doente e/ou prematuro e pela promoção da parentalidade. Como nos diz o RCEEEESIP (2018) o EEESIP “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.” (p. 19193) e “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais.” (p. 19194). Dois temas que se interligam e complementam, tal como é descrito pela OE (2015) quando nos diz que “a natureza do vínculo entre a criança e o cuidador é uma importante parte da parentalidade, uma qualidade que tem mostrado ser um determinante central para a saúde, atual e futura, da criança.” (p. 9). Assim, é da responsabilidade do EEESIP promover a adaptação à parentalidade, em todas as suas dimensões, contribuindo também para promoção da vinculação nos casos de recém-nascidos doentes e/ou prematuros. Neste sentido, e em casos de necessidade de hospitalização do recém-nascido, o EEESIP deve ser capaz de avaliar a capacidade dos pais em se envolverem nos cuidados à criança, facilitando a adaptação do exercício da sua parentalidade à nova situação familiar, identificando, para além das necessidades das crianças, as necessidades e capacidades dos seus pais (OE, 2015). Segundo o que nos é dito por Altimier e Phillips (2013) para grande parte dos pais a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) é um ambiente estranho, sendo a sua perceção inicial chocante para os pais, uma vez que têm o seu filho normalmente preso a vários fios, cabos e equipamentos, num local muito diferente daquele onde tinham planeado estar com o seu filho. De acordo com o que nos é dito por Gage, Everett e Bullock (2006), a parentalidade tem a capacidade de promover o bem estar e a saúde das crianças, contudo a sua ausência ou alteração pode contribuir para impedir o desenvolvimento físico e emocional da criança, podendo mais tarde originar problemas sociais e de saúde significativos. Como nos dizem Hockenberry e Barrera (2014) “o grau de compromisso dos pais e o modo como desempenham o seu papel são influenciados por variáveis e pela experiência de socialização individual dos pais.” (p.55), sendo a hospitalização da criança um dos pontos críticos mais significativos no exercício do papel parental (Magalhães, 2011). Por vezes, alguns fatores como a complexidade das UCIN, a

aparência e comportamento dos recém-nascidos pré-termo e ou doentes e a incapacidade dos pais em apoiar a criança podem originar comportamentos de culpa, medo, raiva, perda, incapacidade e hesitação nos diferentes membros da família (Ramezani, Shinazi, Sarvestani e Moattani, 2014). A hospitalização dos recém-nascidos nas UCIN por um longo período de tempo faz com que a família fique isolada dos seus filhos, transformando a sua esperança em ansiedade, impedindo a vinculação e o desenvolvimento da parentalidade. (Ramezani et al., 2014). Também Hallstrom, Runesson e Elander (2002) corroboram estas afirmações quando dizem que “ hospitalization involves that parents are in an unfamiliar environment and their parental role changes.” (p. 140).

Durante o período da gravidez os pais desenvolvem uma imagem da criança que irá nascer, construindo uma criança com um determinado padrão de comportamento, realizações espectáveis e com um efeito pré-determinado no estilo de vida da família, desejando normalmente a criança perfeita. Na altura do nascimento a criança torna-se um bebé real e por sua vez, a proximidade do bebé idealizado com o bebé real irá desta forma influenciar o processo de vinculação (Wheeler, 2014). De acordo com o que nos é dito por Wheeler (2014), a vinculação corresponde a um processo recíproco de mudança, sendo a interação entre os pais e o bebé um fator importante a observar e que está intimamente relacionado com o processo de parentalidade. Quando existe uma grande discrepância entre o bebé idealizado e o bebé real a resolução da situação é uma tarefa de desenvolvimento parental essencial para o processo de vinculação, que nestes casos pode ficar comprometido provocando nos pais um grande stress emocional (Wilson, Montagnino & Wilson, 2014). Neste sentido os enfermeiros devem ser capazes de estabelecer um ambiente que encoraje a expressão de sentimentos, escutando com atenção os pais e estando despertos para a existência de sinais que possam indicar áreas de desconforto ou disponibilidade para conversar. O estar perto dos pais e mostrarmo-nos disponíveis pode ser o suficiente para demonstrar preocupação e demonstrar que eles não estão sozinhos (Wilson et al., 2014). Conforme nos diz Hockenberry (2014) “a parentalidade sob condições ideais é uma tarefa exigente, mas quando os pais e crianças enfrentam situações que se desviam da “norma”, aumenta o potencial para a disfunção familiar.” (p.63). Quando o bebé nasce doente, a separação física entre os pais e o bebé, por vezes necessária, é muitas vezes acompanhada de um distanciamento emocional dos pais, que pode mais tarde vir a prejudicar a sua capacidade parental (Askin e Wilson, 2014). Neste contexto, quando associada à doença existe a possibilidade de não

sobrevivência do bebê estes distanciamentos podem levar a uma renitência dos pais em se relacionarem com o seu filho, preparando-se assim para o pior cenário mas mantendo sempre a esperança na recuperação. Esta renitência pode ser demonstrada através da dificuldade em escolher um nome para o bebê, dificuldade em visitar a criança hospitalizada, ou mesmo a hesitação em tocar e manipular a criança (Askin e Wilson, 2014). Esta situação pode ser explicada recorrendo a Wilson et al. (2014), quando nos dizem que, nestas situações, os pais tendem muitas vezes a evitar os contactos interpessoais e “podem parecer incapazes de confrontar a criança, e as suas visitas começam a ser esporádicas ou inexistentes.” (p. 415). Neste sentido, não devemos forçar os pais a cuidar do seu filho enquanto estes não se sentirem preparados para o fazer, no entanto devemos dar-lhes algumas oportunidades para assumir esses cuidados o mais cedo possível, de forma a poder ajuda-los a lidar com condição de vida do seu filho (Wilson et al., 2014).

Muitas vezes é importante dar tempo aos pais para que estes façam o luto da criança esperada antes de estarem aptos para estabelecer um vínculo com o bebê real, facilitando o seu processo de ajustamento ao bebê doente (Wilson et al., 2014). Segundo nos dizem Cardoso, Paiva e Silva e Marin (2015) o papel parental diz assim respeito às competências que os pais/cuidadores têm de adquirir, de forma a assegurar o suprimento das necessidades da criança, para que estas se desenvolvam de forma saudável em todo o seu potencial. Contudo, nem todos os pais se sentem confortáveis ou emocionalmente bem para assumir a responsabilidade que lhes está inerente, podendo necessitar de um adiamento temporário das suas atividades como cuidadores (Sanders, 2014). Como nos diz a OE (2015),

a doença e a hospitalização são acontecimentos inesperados para as famílias, que causam dor e sofrimento e podem dificultar a adaptação à parentalidade. A hospitalização da criança implica muitas vezes uma crise de identidade parental com indefinição dos pais relativamente ao que podem ou não fazer e/ou ao que os profissionais esperam que eles façam. (p. 11)

Durante o processo de vinculação o enfermeiro deve estar desperto no sentido de avaliar quais as preocupações dos pais e de que forma estes estão a progredir no sentido da incorporação da criança nas suas vidas. Devemos estar despertos para a forma como os pais se referem ao seu filho, as perguntas que colocam e ações que podem revelar as suas preocupações e sentimentos, dando oportunidade aos pais de participarem no planeamento de cuidados à criança, encorajando-os e dando-lhes reforço positivo durante a prestação de cuidados (Askin e Wilson, 2014), contudo ao

seu tempo. Assim, enquanto enfermeiro, uma das formas de auxiliar os pais a ultrapassar esta dificuldade e tornar a UCIN e toda a situação um pouco mais confortável passa por levar os pais junto do seu filho e ensiná-los a entender quais as pistas comportamentais do bebé; a fornecer posicionamento e manuseio apropriado ao estágio de desenvolvimento do seu filho; fornecendo ao mesmo tempo escuta ativa enquanto os pais processam o seu choque, raiva e tristeza pela perda do bebé ideal, ajudando-os a curar as feridas do vínculo interrompido com os seus filhos (Altimier e Phillips, 2013). Os pais devem então ser vistos como membros imprescindíveis da equipa de cuidado e parceiros nos cuidados ao seu filho, intervenção que irá ajudar a suportar tanto a criança como a sua família (Altimier e Phillips, 2013), favorecendo o Cuidado Centrado na Família (CCF). Segundo o que nos diz Ramezani et al. (2014) o CCF é assim o *gold standard* nas UCIN, implicando uma envolvimento da família na amamentação, no método Canguru, no planeamento dos cuidados e promovendo uma presença ilimitada dos mesmos junto aos recém-nascidos, culminando na participação da equipa profissional e da família na promoção da qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido e de forma a favorecer o CCF durante o internamento da criança numa UCIN o enfermeiro, de acordo com Ramezani et al. (2014) deve: cuidar da família, avaliando e suprimindo as suas necessidades; permitir uma participação igual da família, permitindo a participação da família nos cuidados e nas tomadas de decisão; facilitar a colaboração da família com os diferentes profissionais de saúde com o intuito de permitir o envolvimento da família na regulação e implementação de planos de cuidados; respeitar a família, compreendendo as diferenças entre as diferentes famílias e por fim permitir uma partilha de informação entre os profissionais e a família, de acordo com a forma, estágio de aprendizagem e nível de compreensão e desenvolvimento de cada família.

Tal como nos dizem Wilson et al. (2014) “assim que a ansiedade e a intensidade das respostas emocionais diminui, os pais começam a sentir-se mais confortáveis com o bebé e mais confiantes nas suas habilidades para promover os cuidados necessários.” (p. 415). Isto leva-nos a perceber que os enfermeiros se encontram numa posição privilegiada para observar a relação entre a criança e os pais, atuando no sentido de promover as capacidades dos mesmos, de forma a que se sintam capazes de manter o seu papel parental mesmo em caso de situação de doença dos seus filhos, favorecendo o CCF. Tal como nos diz a OE (2015) “uma «parentalidade suficientemente boa» durante os primeiros anos da infância permite a vinculação e

promove o sentimento de segurança básico da criança, essencial para o posterior nível de saúde e autoestima.” (p. 9).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L. & Phillips, R.M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 13, 19-22.
- Askin, D. F. & Wilson, D. (2014). Recém-nascido de alto risco e a família. In M. J. Hockenberry e D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol.1, p.331 – 411). Loures: Lusociência.
- Cardoso, A., Paiva e Silva, A., Marín, H. (2015). Competências Parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*. 4, 11-20.
- Gage, J. D.; Everett, K. D. & Bullock, L. (2006). Integrative review of parenting in nursing research. *Journal of Nursing Scholarship*. 38 (1), 56-62.
- Hallstrom, I., Runesson, I., Elander, G. (2002). Observed Parental Needs During Their Child's Hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(2), 140–148.
- Hockenberry, M. J. (2014). A influência da família na promoção da saúde da criança. In M. J. Hockenberry e D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol.1, p.49 – 71). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. J. Hockenberry e D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol.1, p.1 – 20). Loures: Lusociência.
- Magalhães, S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1784/1/Dissertação.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia orientador de boa prática: adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ramezani, T., Shinazi, Z.H., Sarvestani, R.S. & Moattani, M. (2014). Family-Centered Care in neonatal intensive care unit: A concept analysis. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2(4), 268-278.
- Regulamento N.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.

- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. J. Hockenberry e D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol.2, p.1025 - 1060). Loures: Lusociência.
- Wheeler, B. J. (2014). Promoção da saúde do recém-nascido e da família. In M. J. Hockenberry e D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol.1, p.240 – 293). Loures: Lusociência.
- Wilson, D.; Montagnino, B. & Wilson, K. (2014). Condições provocadas por defeitos no desenvolvimento físico. In M. J. Hockenberry e D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol.1, p.412 – 490). Loures: Lusociência.

Apêndice X

Alergia às proteínas do leite de vaca e amamentação

ALERGIA ÀS PROTEÍNAS DO LEITE DE VACA (APLV) E AMAMENTAÇÃO

De acordo com Sicherer (2011) a alergia alimentar é definida como sendo uma resposta imune específica que ocorre após a exposição a determinado alimento. Sendo a alergia as proteínas do leite de vaca (APLV) a principal alergia alimentar manifestada pelas crianças com idade inferior a 3 anos (Sicherer, 2011), afetando entre 2 a 5% dos lactentes (Kneepkens e Meijer, 2009). No entanto, este acontecimento deve-se maioritariamente ao facto de, as proteínas do leite de vaca (PLV) serem dos primeiros antigénios alimentares a serem introduzidos na dieta do lactente (Caldeira, Cunha e Ferreira, 2011).

De acordo com Caldeira et al. (2011) não existe nenhuma causa confirmada para este diagnóstico, contudo parece existir uma predisposição genética (pela existência de antecedentes familiares de atopia em parentes de primeiro grau), tal como fatores ambientais, como sendo determinados antecedentes neonatais que alteram a formação da flora intestinal, como a prematuridade, ou mesmo a antibioterapia nos primeiros meses de vida.

No que diz respeito aos seus sinais e sintomas, estes geralmente apenas se iniciam uma semana após a introdução das PLV na dieta do lactente e podem ser variados, consoante a criança e o mecanismo subjacente causador da doença (Caldeira et al., 2011). Assim, e segundo o que nos é dito por Ferreira et al. (2014) estes podem ser: disfagia, náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, refluxo gastro esofágico, sangue ou muco nas fezes, cólicas, recusa alimentar, obstipação, eritema perianal ou fissuras anais, má evolução estado-ponderal, anemia ferropénica, prurido, eritema, urticária (não relacionada com infeções ou fármacos), angioedema (da face, dos lábios ou peri orbitário), dermatite atópica, prurido nasal, rinorreia, obstrução nasal, estridor, tosse crónica, sibilância ou mesmo dificuldade respiratória (que não esteja relacionada com infeções). Uma vez que estes sinais e sintomas podem ser inespecíficos, podendo ser sinais e sintomas de outros diagnósticos e difíceis de objetivar, muitas vezes as crianças são consideradas alérgicas às proteínas do leite de vaca sem um diagnóstico comprovado (Kneepkens e Meijer, 2009). Assim, é importante que estejamos despertos para que, sem uma análise diagnóstica apropriada, através de uma prova específica também conhecida como prova de provocação oral (PPO) (Ferreira et al., 2014), existe um elevado risco de sobre diagnóstico e de subdiagnóstico e igualmente de sobre tratamento e subtratamento (Koletzko et al., 2012). De acordo com Caldeira

et al., (2011) para um correto diagnóstico é então necessário: uma história clínica sugestiva, uma evicção das proteínas do leite de vaca, seguido de uma prova de provocação positiva ou PPO. Torna-se assim importante questionar o pediatra sobre o diagnóstico oficial através da prova adequada de forma a confirmar o diagnóstico e prevenir a adoção de medidas desnecessárias.

Relativamente ao tratamento desta alergia, o único tratamento comprovado passa então pela evicção das PLV. Sendo que, nas crianças alimentadas exclusivamente com leite materno o tratamento irá passar então por uma evicção das PLV da dieta materna (Caldeira et al., 2011). Um correto diagnóstico irá permitir uma dieta apropriada que irá suportar um normal crescimento e desenvolvimento da criança com esta alergia. Por sua vez, uma dieta não apropriada, ou que continue mesmo quando a criança já desenvolveu tolerância à mesma, poderá prejudicar a qualidade de vida da criança e da sua família (Koletzko et al., 2012). O que nos desperta para a importância de um seguimento regular da criança e família não apenas pelo pediatra assistente, mas também por uma nutricionista. Tal como nos diz Helm (2014) “education, counseling, and close follow up are needed to assure the nutritional health of both the infant and mother.” (p.255).

De acordo com Fiocchi et al. (2010) o leite de vaca é composto por várias proteínas potencialmente sensibilizantes, como sendo: alfa-lactoalbumina; beta-lactoglobulina, contida normalmente no leite de outras espécies como a ovelha, a cabra ou a burra, mas não no leite humano; albumina sérica bovina, associada a outras alergias como à carne bovina; imunoglobulinas bovinas, raramente responsáveis por sintomas clínicos na APLV; a lactoferrina; e os alergénios das caseínas, que consiste em 4 proteínas diferentes como: caseína alfa1, caseína alfa2, caseína beta e caseína kappa. Assim e segundo o que nos dizem Nunes, Barros, Moreira, Moreira e Almeida, M. M. (2012) uma dieta com evicção das PLV passa então por uma exclusão dos seguintes alimentos: leite de vaca, leite de cabra, leite de ovelha, leite condensado, leite evaporado, leite desnatado, leite em pó, iogurtes, queijo (qualquer tipo), requeijão, queijo fresco, manteiga, natas e papas lácteas com leite para crianças. Por sua vez e também de acordo com Nunes et al. (2012), devem também evitar-se as seguintes preparações culinárias: puré, empadão, bacalhau com natas, gratinados com molho bechamel, bifinhos com cogumelos, strogonoff, carne e peixe fritos ou panados com leite, todas as receitas com leite, manteiga, queijo, iogurte, natas ou molho bechamel, bolos, sobremesas, semifrios, gelados, crepes, batidos, creme de leite de ovos, gelados com leite, alimentos confeccionados com leite, refeições com

molhos e refeições pré confeccionadas. Devem também ser evitados alimentos processados que podem conter o mesmo alergénio, como: produtos de pastelaria e confeitaria (bolos e pasteis), gelados, semifrios, chocolate, bombons caramelizados, pudins, nougat, caramelo, cremes de pastelaria, margarina, manteiga de cacau, bolachas, alguns tipos de pão (pães de leite, bicos de pato), salsichas, enchidos e molhos (Nunes et al., 2012). Assim, devem ser observados todos os rótulos dos produtos consumidos e devem excluir-se produtos que contenha os seguintes ingredientes: leite evaporado, leite desnatado, leite em pó, soro, soro de leite, caseína, hidrolisado de caseína, caseinato, coalho de caseína, lactalbumina, fosfato de lactalbumina, lactoglobulina, lactulose, lactose, lactato de sódio/cálcio, aromas, aroma artificial de manteiga, gordura de manteiga e óleo de manteiga (Nunes et al., 2012).

Em alguns casos quantidades muito reduzidas de determinado antigénio podem provocar uma reação no organismo, o que faz com que por vezes um produto que pareça seguro pode não o ser, apenas por ter entrado em contacto com outros produtos que contenham o alergénio. A este processo dá-se o nome de contaminação cruzada (Nunes et al., 2012). Assim e devido a esta contaminação cruzada é também importante que tenhamos em conta, para além da composição dos alimentos, a sua preparação e produção, de forma a prevenir esta contaminação. Contudo, muitas vezes esta contaminação cruzada acontece ainda nas fábricas, nas linhas de produção de alguns alimentos, como é o caso da linha de produção do chocolate de leite poder ser a mesma da linha de produção dos chocolates de casca rija (Nunes et al., 2012). Desta forma e de acordo com o que nos dizem Nunes et al. (2012), existem alguns cuidados que devemos ter em conta, como sendo: lavar corretamente as mãos entre as várias etapas de manipulação de alimentos; não usar os mesmos utensílios durante a preparação, confeção, empratamento e distribuição de refeições (talheres, misturadoras, batedeiras, tábuas de corte, pratos, travessas, tachos, panelas, entre outros); não utilizar o mesmo óleo de fritura ou água de cozedura para diferentes alimentos; não utilizar as mesmas bancadas ou superfícies de contacto para a manipulação de alimentos; durante as refeições, quem tem de fazer esta evicção das PLV deve evitar a partilha de utensílios (talheres, pratos, guardanapos, copos, entre outros) ou o contacto direto com alimentos potencialmente alergénicos. Neste sentido é importante orientar-se as mães a fazerem apenas refeições em casa, com o intuito de prevenir qualquer contaminação cruzada que não conseguem prever e de forma a terem um maior controlo sobre os ingredientes que estão a consumir. Da mesma forma podemos também orienta-las no sentido em que, nos supermercados e

padarias, devem pedir para fatiar os ingredientes em utensílios não utilizados para fatiar o queijo, ou preferir produtos embalados diretamente do fabricante, após lerem o rótulo do mesmo e perceber que não contém qualquer derivado do leite. No entanto é também importante ter em conta que existem outros produtos, para além dos alimentares, que contém ou podem conter derivados do leite, como os cremes para o corpo, maquilhagem, géis de banho e alguns medicamentos e como tal não devem ser utilizados. Assim, para além da leitura dos rótulos dos produtos alimentares deve também alertar-se as mães para a leitura dos rótulos de todos os produtos utilizados que possam entrar em contacto com o seu corpo e posteriormente entrar na sua circulação sanguínea. O facto dos fabricantes poderem alterar a composição dos seus produtos a qualquer momento alerta-nos para a importância de se ler sempre os rótulos antes de comprar qualquer produto, mesmo que já seja habito comprá-lo. A melhoria dos sintomas na criança só será observada entre 2 a 4 semanas após a adoção da dieta pela mãe, contudo podem verificar-se algumas mudanças logo às 72 a 96 horas após (Helm, 2014).

A dificuldade em manter esta dieta implica uma grande sobrecarga para a mãe e pode levar a que haja uma barreira à amamentação, levando muitas mães a deixarem de amamentar (Kneepkens e Meijer, 2009). Conforme é sabido de forma consensual, o aleitamento materno tem múltiplas vantagens já reconhecidas, existindo acordo de que a sua prática exclusiva até aos 6 meses de idade é a melhor forma de alimentar as crianças. Segundo o que nos dizem Levy e Bértolo (2012), este traz vantagens tanto para a mãe como para a criança, prevenindo infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, protegendo a criança de alergias, permitindo uma maior adaptação da criança a outros alimentos, tal como uma maior interação entre a mãe e o bebé, facilitando assim a vinculação. Desta forma e de acordo com o que nos é dito por Helm (2014) as mães que amamentam devem ser incentivadas a continuar a fazê-lo, contudo devem ser orientadas para uma completa eliminação do leite e dos produtos que contenham proteína do leite de vaca, da sua dieta. Contudo esta evicção pode ser uma tarefa muito difícil, requerendo uma grande aprendizagem por parte da mãe, relativamente à leitura de rótulos de todos os produtos, bem como da possibilidade da existência desta proteína em produtos que se desconhece, já referidos anteriormente. Assim, enquanto enfermeiros e cuidadores da criança e família, temos o dever de informar e aconselhar as mães relativamente à prática do aleitamento materno, ajudando-as a solucionar determinados problemas que se coloquem e que as impeçam de amamentar, reforçando ensinamentos relativamente a esta

alergia e à dieta adequada para a mãe durante o período da amamentação, alertando-as para outras alternativas na obtenção de cálcio e manutenção de uma dieta equilibrada sem produtos lácteos (Helm, 2014).

Contudo, tal como nos diz Caldeira et al. (2011) a APLV é normalmente transitória, adquirindo-se uma tolerância às PLV até ao terceiro ano de vida. Após a resolução completa dos sintomas e discussão do caso com o pediatra assistente e nutricionista a mãe poderá começar a reintroduzir os alimentos, um de cada vez, conforme a tolerância ou não da criança (Helm, 2014). No entanto é importante nunca iniciar esta reintrodução antes dos 9-12 meses de idade ou dos 4 a 6 meses após a eliminação completa dos produtos lácteos da dieta materna (Helm, 2014).

Referências bibliográficas

- Caldeira, F., Cunha, J. & Ferreira, M.G. (2011). Alergia a proteínas de leite de vaca: Um desafio diagnóstico. *Acta Medica Portuguesa*. 24(4), 505-510.
- Ferreira, S., Pinto, M., Carvalho, P., Gonçalves, J., Lima, R. & Pereira, F. (2014). Alergia às proteínas do leite de vaca com manifestações gastrointestinais. *Nascer e Crescer*. 23(2), 72-79.
- Fiocchi, A., Brozek, J., Schünemann, H., Bahna, S.L., Berg, A., Beyer, K. ... Vieths, S. (2010). World Allergy Organization (WAO): Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. *Pediatric Allergy and Immunology*. 21, 1-125.
- Helm, N. (2014). Promoting breastfeeding in infants with cow's milk protein allergy: A case study. *Pediatric Nursing*. 40(5), 253-256.
- Kneepkens, C. M. F. & Meijer, Y. (2009). Clinical practice: Diagnosis and treatment of cow's milk allergy. *European Journal of Pediatrics*. 168(8), 891-896.
- Koletzko, S., Niggemann, B., Arato, A., Dias, J. A., Heuschkel, R., Husby, S. ... Vandeplass, Y. (2012). Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee Practical Guidelines. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 55(2), 221- 229.
- Levy, I. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.
- Nunes, M., Barros, R., Moreira, P., Moreira, A. & Almeida, M. M. (2012). *Alergia alimentar*. Lisboa: DGS e DGE.
- Sicherer, S.H. (2011). Epidemiology of food allergy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 127(3), 594- 602.

Apêndice XI

Folheto sobre alergia às proteínas do leite de vaca e amamentação

O que é a APLV?

A APLV é a principal alergia alimentar manifestada pelas crianças com idade inferior a 3 anos, afetando entre 2 a 5% dos lactentes. Esta corresponde a uma resposta do sistema imunológico após a exposição do organismo à proteína do leite de vaca, reconhecendo-o erradamente como um agressor ao organismo.

Quais os sinais e sintomas da APLV?

Estes geralmente apenas se iniciam uma semana após a introdução das proteínas do leite de vaca na dieta da criança, mas também podem aparecer horas após a sua introdução. Podem ser:

- ◆ Náuseas
- ◆ Vômitos
- ◆ Dor abdominal
- ◆ Diarreia
- ◆ Cólicas
- ◆ Obstipação
- ◆ Obstipação
- ◆ Sangue ou muco nas fezes
- ◆ Recusa alimentar
- ◆ Estridor
- ◆ Dificuldade respiratória

DICAS PARA O DIA-A-DIA

- Lavar corretamente as mãos entre as várias etapas de manipulação de alimentos;
- Não usar os mesmos utensílios durante a preparação, confeção, empratamento e distribuição de refeições (talheres, misturadoras, batedeiras, tábuas de corte, pratos, travessas, tachos, panelas);
- Não utilizar o mesmo óleo de fritura ou água de cozedura para diferentes alimentos;
- Não utilizar as mesmas bancadas ou superfícies de contacto para a manipulação de alimentos;
- Os recipientes onde guarda a comida devem estar devidamente cobertos ou selados, para evitar contaminações;
- Nos supermercados pedir para fatiar os alimentos que deseja em utensílios não utilizados para fatiar o queijo.



**Preferir refeições
confeccionadas em casa !!**



Alergia às Proteínas do Leite de Vaca e Amamentação



**Elaborado por: Enfermeira Romina
Costa**

(Estudante do Mestrado em Enfermagem na
área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediatria - ESEL)

Qual o tratamento?

O único tratamento comprovado passa então pela evicção das PLV. Sendo que, nas crianças alimentadas exclusivamente com leite materno o tratamento irá passar então por uma evicção das PLV da dieta materna.



Seguimento regular da criança pelo pediatra assistente e da mãe por um nutricionista !!

Benefícios da Amamentação

Este traz vantagens tanto para a mãe como para a criança, prevenindo infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, protegendo a criança de alergias e permitindo uma maior adaptação da criança a outros alimentos, tal como uma maior interação entre a mãe e o bebé, facilitando assim a vinculação. Sendo a sua prática exclusiva, até aos 6 meses de idade, a melhor forma de alimentar as crianças.

Quais os cuidados que uma mãe que amamenta deve ter na sua dieta?

Uma dieta com evicção das PLV passa então por uma exclusão dos seguintes alimentos e preparações culinárias:

- ◆ Leite de vaca
- ◆ Leite de cabra
- ◆ Leite de ovelha
- ◆ Leite condensado
- ◆ Leite evaporado
- ◆ Leite desnatado
- ◆ Leite em pó
- ◆ Iogurtes
- ◆ Queijos (de qualquer tipo)
- ◆ Requeijão
- ◆ Manteiga
- ◆ Natas
- ◆ Papas lácteas
- ◆ Puré
- ◆ Empadão
- ◆ Bacalhau com natas
- ◆ Gratinados com molho bechamel
- ◆ Carne e peixe fritos ou panados
- ◆ Strogonoff
- ◆ Salsichas e enchidos
- ◆ Molhos
- ◆ Bolos e pastéis
- ◆ Gelados
- ◆ Semifrios
- ◆ Crepes
- ◆ Batidos
- ◆ Creme de ovos
- ◆ Chocolate
- ◆ Caramelo
- ◆ Pudins
- ◆ Cremes de pastelaria
- ◆ Pães de leite
- ◆ Refeições pré-confecionadas

IMPORTANTE !!

Ler sempre os rótulos de todos os produtos alimentares e outros produtos utilizados que possam entrar em contacto com o seu corpo e posteriormente entrar na sua circulação sanguínea, sempre antes de comprar qualquer produto, mesmo que já



Evitar produtos alimentares, cremes, maquilhagem, géis de banho e medicamentos que tenham no rótulo:

- ◆ Leite evaporado
- ◆ Leite desnatado
- ◆ Leite em pó
- ◆ Soro
- ◆ Soro de leite
- ◆ Caseína
- ◆ Hidrolisado de caseína
- ◆ Caseinato
- ◆ Coalho de caseína
- ◆ Lactoalbumina
- ◆ Fosfato de lactalbumina
- ◆ Lactoglobulina
- ◆ Lactulose
- ◆ Lactose
- ◆ Lactato de sódio/cálcio
- ◆ Aromas
- ◆ Aroma artificial de manteiga
- ◆ Gordura de manteiga
- ◆ Óleo de manteiga

Apêndice XII

Guia orientador para o controlo da dor nos recém-nascidos durante os
procedimentos dolorosos

GUIA ORIENTADOR PARA O CONTROLO DA DOR NOS RECÉM-NASCIDOS DURANTE OS PROCEDIMENTOS DOLOROSOS

Tal como nos é dito pela Direção Geral da Saúde (DGS) (2012) “é atualmente reconhecido que os recém-nascidos (RN) têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências imediatas e a longo prazo” (p.3), como sendo algumas implicações no neurodesenvolvimento da criança (DGS, 2012), tendo em conta o seu imaturo SNC (Lavallée et al., 2019). De acordo com Brummelte et al. (2012) os procedimentos dolorosos podem originar uma hiperatividade do SNC que irá posteriormente afetar a plasticidade cerebral nas crianças pré-termo em idade escolar que foram submetidas a numerosos procedimentos dolorosos durante a sua estadia numa Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Estas últimas, segundo Altimier e Phillips (2013) são consideradas um ambiente de stress para a criança podendo ter como consequências: um aumento do dispêndio de energia; uma diminuição da capacidade de cicatrização e do crescimento; prejudicar a estabilidade fisiológica, aumentando os níveis de cortisol; alterar o desenvolvimento cerebral da criança, limitando a sua reorganização neuroplástica; bem como, posteriormente limitar a aprendizagem e a memória das capacidades motoras da criança.

De acordo com Altimier e Phillips (2013) a neuroplasticidade corresponde a uma capacidade do cérebro em fazer modificações no que diz respeito à força ou número das suas conexões neuronais sinápticas, em resposta aos estímulos recebidos. É uma capacidade vitalícia do cérebro humano que atinge o seu pico no início da vida, período durante o qual o crescimento cerebral é mais rápido (Altimier e Phillips, 2013). Segundo Lavallée et al. (2019) o desenvolvimento destas sinapses ocorre entre as 34 e 38 semanas de gestação e o início da vida, sendo que o processo de mielinização, de acordo com Tau e Peterson (2010) começa cerca das 28 semanas de gestação, mantendo-se durante o primeiro ano de vida, contrariamente ao seu sistema inibidor, como a serotonina, a noradrenalina e os opióides endógenos, que é ainda indiferenciado até aos três meses de vida (Batalha, 2010). Estas constatações levam-nos assim a ver o nascimento pré-termo como uma complicação ao normal processo de mielinização do Sistema Nervoso Central (SNC) que por sua vez predispõe os recém-nascidos a pobres resultados neurodesenvolvimentais (Tau e Peterson, 2010), podendo provocar uma generalizada ou exagerada resposta aos estímulos nocivos nos RN imaturos (Watterberg et al., 2016). Influências ambientais stressantes precoces no cérebro, como pode ser o caso da hospitalização numa UCIN dada

elevada frequência de procedimentos invasivos diagnósticos ou terapêuticos a que os RN estão sujeitos (DGS,2012), durante os períodos de desenvolvimento criticamente sensíveis, como é o caso do 3º trimestre de gravidez (ou o que deveria corresponder ao 3º trimestre de gravidez na vida extrauterina) fazem com que os recém-nascidos prematuros tenham um maior risco de desenvolver uma variedade de problemas de desenvolvimento, como: deficiências motoras, deficits cognitivos, fraco desempenho acadêmico, ou mesmo distúrbios comportamentais (Altimier e Phillips, 2013; Lavallée et al., 2019).

Assim, com o intuito de suportar a formação das novas conexões neuronais sinápticas, suportando o frágil sistema neurológico da criança pré-termo e, de forma a promover o desenvolvimento normal da criança, prevenindo determinadas deficiências na criança, diminuindo os efeitos negativos do desenvolvimento fetal que ocorrem no ambiente extra-uterino, foram criadas, de acordo com Altimier e Phillips (2013), 7 intervenções neuroprotetoras, centradas na família, que devem ser tidas em conta pelos enfermeiros quando prestam cuidados aos RN. De acordo com os mesmos autores estas passam por: ter em atenção o ambiente de cura; estabelecer uma parceria com as famílias; ter em atenção o posicionamento e o manuseio das crianças; minimizar o stress e a dor; proteger a pele e otimizar a nutrição. Estas intervenções são também tidas em conta pela DGS (2012) quando nos diz que, indo de encontro aos cuidados de apoio ao desenvolvimento, é imprescindível gerir os estímulos ambientais, reduzir a manipulação dos RN e envolver os pais nos cuidados.

Desta forma e de acordo com o que nos é dito pela DGS (2012) no sentido de controlar a dor nos RN, devem ser tidas em conta 4 orientações. A primeira diz respeito à gestão dos estímulos ambientais, utilizando medidas de conforto de forma a reduzir o *stress* no RN, através do controlo da luz e do ruído ambiental; do agrupar dos cuidados de forma a permitir intervalos de repouso ao RN, respeitando os seus ciclos de sono-vigília; e através da colocação do RN numa posição confortável mobilizando-o regularmente, caso não sejam gravemente doentes, sendo que, neste último caso deve ser realizada uma mobilização mínima do mesmo. Também Watterberg et al. (2016), consideram o posicionamento da criança durante os procedimentos uma estratégia de controlo da dor e diminuição do stress no RN, associado ao *swaddling* (envolvimento do RN em lençóis), segurando o RN numa posição fletida com os braços juntos ao tronco. Constatando que as medidas de *swaddling* juntamente com a sucção não nutritiva trazem benefícios para os RN pré-

termo enquanto que as medidas de sucção não nutritiva juntamente com o balanço e o pegar ao colo apenas têm benefícios para os RN de termo.

Relativamente à segunda orientação fornecida pela DGS (2012), esta diz respeito aos cuidados a ter durante a realização de procedimentos dolorosos aos RN que passam por: espaçar os procedimentos de forma a permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais; avaliar a dor antes, durante e após o procedimento, de forma a ajustar as intervenções conforme a experiência de dor de cada RN; selecionar o material adequado a cada procedimento com o intuito de causar menos dor ao RN; evitar, sempre que possível, a colheita de sangue através da punção do calcanhar, preferindo a punção venosa para o efeito, reservando a punção do calcanhar apenas para a pesquisa pontual de glicémia na impossibilidade de o fazer através da punção venosa; utilizar regularmente a contenção manual ou com um lençol, durante o procedimento; utilizar medidas não farmacológicas como a sacarose e a sucção, que podem muitas vezes ser suficientes para os procedimentos *minor*, sendo que em procedimentos *major*, como a colocação de drenos torácicos, devem associar-se às anteriores as medidas farmacológicas. As estratégias que têm em conta a contenção manual ou com um lençol referidas anteriormente, são também tidas em conta por Watterberg et al. (2016) quando consideram a contenção do corpo do recém-nascido um fator muito importante no que diz respeito às intervenções para controlo da dor no RN, na medida em que aumenta as sensações de segurança e autocontrolo do mesmo, diminuindo o seu stress uma vez que esta promove a autorregulação, evitando a desorganização motora e facilitando a aproximação das mãos á boca favorecendo a sucção e o autoconsolo (DGS,2012). Segundo os mesmos autores as crianças contidas tendem a estar mais calmas, precisam de menos medicação e ganham peso mais rápido. Relativamente ao contacto pele a pele, ou método canguru, que também é tido em conta pela DGS (2012) quando se refere às intervenções sensoriais para o controlo da dor no RN, com ou sem a administração de sacarose, Watterberg et al. (2016) consideram que traz benefícios tanto para o RN pré-termo como para o RN de termo, verificando-se uma diminuição das concentrações de cortisol com a sua aplicação. No que diz respeito à administração de sacarose, de acordo com Watterberg et al. (2016) , esta é considerada eficaz nos RN entre as 25 e as 44 semanas, apresentando resultados mais eficazes quando administrada 2 minutos antes do procedimento e em procedimentos mais longos como exames oftálmicas e circuncisões, 2 minutos antes e múltiplas administrações durante o procedimento. Contudo, de acordo com Batalha (2010) e a DGS (2012) esta

(administração de sacarose) é contra indicada em prematuros com menos de 28 semanas de gestação dada a impossibilidade de alimentação oral e a intolerância à frutose, sendo que segundo estes últimos a dose mínima eficaz é de 0,05ml a 0,5 ml e a dose máxima dependendo da idade. Em RN entre 27 e 31 semanas deverá ser de 0,5ml, em RN entre as 32 e as 35 semanas deverá ser de 1 ml e em RN de termo deverá ser de 2 ml, sendo que em procedimentos superiores a 60 segundos a dose máxima poderá ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos, sendo a frequência máxima de 4 tomas no RN prematuro e de 6 tomas no RN de termo (Batalha, 2010). De acordo com alguns estudos em animais, segundo Watterberg et al. (2016) é possível perceber que o efeito analgésico da sacarose passa por uma estimulação oro-degustativa, uma resposta mediada pelo sabor doce da sacarose, que ativa o sistema opióide endógeno, embora o seu mecanismo de ação ainda não esteja bem estudado nos RN. Contudo, foi também possível constatar pelos mesmos autores, que existe um maior benefício e um maior efeito analgésico através da junção da sacarose a outra estratégia não farmacológica nos procedimentos mais dolorosos, como a vacinação. Para além das estratégias mencionadas anteriormente, Watterberg et al. (2016) constataram ainda que, em termos de medidas não farmacológicas no controlo da dor nos RN, e de forma semelhante à sacarose, também a amamentação pode trazer benefícios na diminuição da dor associada aos procedimentos nos RN de termo, verificando-se menores aumentos da frequência cardíaca e menos tempo de choro durante os procedimentos, comparativamente a outras medidas não farmacológicas como o posicionamento o balanceio ou mesmo o colo da mãe. Tal como, no que corresponde ao controlo da dor associada a procedimentos *minor* (como a punção do calcanhar) outra das estratégias benéficas passa pela estimulação sensorial do tato, do paladar da audição e da visão, em simultâneo, através do contacto visual com a criança e o diálogo suave com a mesma enquanto se acaricia ou massaja o seu rosto ou as costas, ao mesmo tempo que se administra sacarose oral, antes do procedimento (Watterberg et al., 2016) ou mesmo através do método canguru materno, envolvendo o tato, o olfato, a estimulação vestibular e a audição (DGS, 2012).

A terceira orientação transmitida pela DGS (2012) diz respeito ao controlo da dor através da aplicação de protocolos e algoritmos de atuação de cada serviço, através dos quais deve ser possível avaliar a dor em simultâneo com os outros sinais vitais, 20 minutos após a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas, quando estejam presentes sinais de desconforto e com a regularidade necessária de

forma a manter um controlo eficaz; ajustar as intervenções em função dos resultados obtidos através da avaliação da dor; utilizar o paracetamol, em períodos inferiores a 48 horas, nos casos de dor ligeira a moderada; bem como associar às medidas não farmacológicas a administração de opióides, em casos de dor moderada ou intensa.

Por fim a última orientação da DGS (2012) diz então respeito ao controlo da dor pós-operatória no qual se deverá avaliar a dor na admissão ao serviço, de 4/4 horas nas primeiras 24 horas e de 8/8 horas nas 48 a 72 horas seguintes, mantendo a avaliação da dor durante o desmame dos opióides e até 48 após suspensão da analgesia; reajustar a dose dos analgésicos em função dos resultados obtidos através da avaliação da dor; utilizar o paracetamol em monoterapia nos casos dos procedimentos cirúrgicos *minor*; bem como utilizar, sempre que necessário, o paracetamol em simultâneo com os opióides, como a morfina e o fentanil, no controlo da dor associada aos procedimentos *major*.

Relativamente à utilização de opióides, benzodiazepinas e outras drogas, estratégias farmacológicas que podem ser utilizadas no controlo da dor no RN de acordo com Watterberg et al. (2016) os agentes mais utilizados para o controlo da dor nos RN são os opióides, como o fentanil e a morfina, especialmente quando a dor é persistente. Sendo que, de acordo com os mesmos autores, os estudos que verificam o benefício destes agentes no tratamento da dor leve a moderada têm estado limitados a um único procedimento como a entubação. Contudo a Academia Americana de Pediatria recomenda o controlo rotineiro da dor com estes agentes em procedimentos como a circuncisão, a inserção e remoção de drenos torácicos e as entubações. Após serem levantadas algumas preocupações relativamente às consequências associadas ao desenvolvimento neurológico a curto e longo prazo da utilização de perfusões de morfina em RN prematuros, constatou-se, através de um estudo feito a 90 crianças, que a perfusão de uma dose baixa de morfina não afeta a cognição nem o comportamento das crianças podendo inclusive ter um efeito positivo nas suas funções executivas diárias (Watterberg et al., 2016). No entanto uma revisão sistemática da literatura, descrita por Watterberg et al. (2016) não encontrou evidência científica suficiente para recomendar o uso rotineiro de opióides em RN ventilados mecanicamente, uma vez que embora aparentasse reduzir a dor, não apresentou benefícios a longo prazo, trazendo inclusive preocupações associadas aos efeitos adversos com a depressão respiratória e o próprio aumento da duração da ventilação mecânica com desenvolvimento de dependência da mesma, bem como hipotensão, obstipação e retenção urinária, associadas à morfina e bradicardias e rigidez da

parede torácica, associados ao fentanil. Por sua vez, as benzodiazepinas, como o midazolam, segundo Watterberg et al. (2016) são frequentemente usadas nas UCIN para sedação dos RN, contudo podem não trazer grandes benefícios para além de um ligeiro aumento do efeito analgésico, podendo mesmo potencializar algumas desvantagens como a depressão respiratória e a hipotensão, quando em conjunto com opióides, pelo que os RN que estão sob o efeito destes agentes devem ser cuidadosamente monitorizados. Outros agentes como o propofol, a metadona e a cetamina têm demonstrado alguns benefícios nos que concerne à analgesia durante determinados procedimentos, contudo por não existir muitos estudos relativamente às suas consequências nesta população (RN) estes não devem ser utilizados neste sentido. Relativamente à utilização de anestésicos tópicos, Watterberg et al.(2016), consideram que estas estratégias conseguem proporcionar uma diminuição da dor associada a alguns procedimentos, como a punção venosa periférica, punção arterial periférica, inserção de um cateter venoso central e punção lombar, sendo o anestésico mais estudado na população neonatal, o EMLA (Mistura Eutética de Anestésicos Locais, com 2,5% de lidocaína e 2,5% de prilocaína). Embora, segundo os mesmos autores, este anestésico tópico não diminua a dor associada à punção do calcanhar, pode potenciar o seu efeito se se associar à administração de sacarose. De acordo com a DGS (2012) este apenas está aprovado em RN acima das 32 semanas de gestação e com mais de 7 dias de vida, sendo apenas tem efeito cerca de 60 a 90 minutos após a aplicação.

Assim, é importante que um dos grandes objetivos dos profissionais que trabalham com RN passe pela prevenção e controlo da dor nos mesmos, uma vez que repetidas exposições à dor podem ter graves consequências a longo e curto prazo para a criança. Estas podem incluir instabilidade psicológica, alteração do desenvolvimento cerebral, neurodesenvolvimento anormal, bem como conduzir a alterações no sistema somatosensorial e de resposta ao stress que podem persistir até á infância (Watterberg et al., 2016). Tal como nos diz a DGS (2012) “(..) avaliar, prevenir e tratar a dor deve ser uma prioridade em todos os serviços de saúde que acolhem recém-nascidos de pré-termo ou termo.” (p.3). Contudo, tal como nos diz a DGS (2012), uma vez que nestas UCIN os procedimentos dolorosos a que são sujeitos os RN são muito frequentes e os fármacos analgésicos disponíveis em neonatologia não são muitos e têm grandes efeitos adversos, deve privilegiar-se a utilização, para esta faixa etária, das medidas não farmacológicas para o controlo da dor, em detrimento das medidas farmacológicas, reservando a utilização das últimas para a dor de intensidade

moderada a grave ou persistente. De acordo com o que nos é dito por Watterberg et al. (2016), de forma a prevenir e controlar a dor nos RN, todos os estabelecimentos de saúde que cuidam de RN deveriam implementar: um programa de prevenção da dor que incluía estratégias que permitam minimizar o número de procedimentos dolorosos realizados aos RN, tal como um plano de avaliação e controlo da dor que incluía rotinas de avaliação da dor, medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor associadas a procedimentos de rotina e medidas de controlo da dor associada a cirurgias e outros procedimentos maior.

Neste sentido e tendo em conta as estratégias descritas anteriormente, bem como as recomendações para os procedimentos dolorosos mais frequentes em recém-nascidos e as intervenções sensoriais para o controlo da dor, transmitidas pela DGS (2012) segue em baixo um quadro síntese com as estratégias farmacológicas e não farmacológicas a serem utilizadas para o controlo da dor nos RN em cada procedimento doloroso.

COLOCAÇÃO CATETER UMBILICAL	- Contenção + Sucção Não Nutritiva (SNN) com sacarose ou leite materno.
COLOCAÇÃO DE DRENO TORÁCICO	<ul style="list-style-type: none"> - Contenção + Sucção Não Nutritiva (SNN) com sacarose ou leite materno; - Administração de EMLA, se procedimento não urgente; - Administração de lidocaína 1% subcutânea, se procedimento urgente; - Bólus de opióide em RN ventilado; - Bólus de Cetamina, em RN não ventilado, antecipando sempre necessidade de suporte ventilatório.
INJEÇÕES SUBCUTANEAS (SC) E INTRAMUSCULARES (IM)	<ul style="list-style-type: none"> - Preferir via EV em detrimento da via IM; - Amamentação; - SNN com sacarose ou leite materno; - Método canguru; - <i>Swalding</i>; - Administração de EMLA.
LIMPEZA DE FERIDAS	<ul style="list-style-type: none"> - SNN com sacarose ou leite materno; - Administração de opióide para feridas extensas ou profundas.

PUNÇÃO DO CALCANHAR	<ul style="list-style-type: none"> - Preferir a punção venosa periférica em detrimento da punção do calcanhar; - Olhar e falar com a criança ao mesmo tempo que se massaja o seu rosto ou as suas costas + administração de sacarose (2 minutos antes do procedimento); - Posicionamento + Swaddling + SNN (RN pré-termo); - SNN + colo + balanceio (RN termo); - Amamentação ou administração de leite materno; - Método canguru – com ou sem sacarose (2 minutos antes do procedimento).
INSERÇÃO DE CATETER ENDOVENOSO/ PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA/ PUNÇÃO ARTERIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Posicionamento + Swaddling + SNN com sacarose ou leite materno (RN pré-termo); - SNN + colo + balanceio (RN termo); - Amamentação; - Método canguru - com ou sem sacarose (2 minutos antes do procedimento e durante o mesmo); - Administração de EMLA.
PUNÇÃO LOMBAR/ INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL	<ul style="list-style-type: none"> - Posicionamento + <i>Swaddling</i> + SNN com sacarose ou leite materno; - Administração de EMLA; - Administração de EMLA + sacarose; - Bólus de opióide em RN ventilados; - Bólus de Midazolam em RN de termo, se agitado antes do procedimento.
COLOCAÇÃO DE SONDA NASOGÁSTRICA	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica com gel de lidocaína a 1%; - <i>Swaddling</i> + SNN com sacarose ou leite materno
VACINAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Sacarose + <i>Swaddling</i> + SNN; - Administração de EMLA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L. & Phillips, R.M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 13, 19-22.
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.

- Brummelte, S., Grunau, R.E., Chau, V., Poskitt, K.J., Brant, R., Vinall, J. ... Miller, S. P. (2012). Procedural pain and brain development in premature newborns. *American Neurological Association*. 71 (3), 385-396.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Lavallée, A., Clifford-Faugère, G., Garcia, C., Oviedo, A.N.F., Héon, M. & Aita, M. (2019). Part 1: Narrative overview of developmental care interventions for the preterm newborn. *Journal of Neonatal Nursing*. 25, 3-8.
- Tau, G. Z. & Peterson, B. (2010). Normal Development of Brain Circuits. *Neuropsychopharmacology*. 35, 147-168.
- Watterberg, K. L., Cummings, J. J., Benitz, W. E., Eichenwald, E. C., Poindexter, B. B., Stewart, D. L., ... Bannister, C. F. (2016). Prevention and management of procedural pain in the neonate: An update. *Pediatrics*, 137(2), 1-13. Doi:10.1542/peds.2015-4271

Apêndice XIII

O brincar terapêutico na preparação da criança para procedimentos dolorosos

O BRINCAR TERAPÊUTICO NA PREPARAÇÃO DA CRIANÇA PARA PROCEDIMENTOS DOLOROSOS

Tal como nos diz o artigo 31, ponto 1, da convenção sobre os direitos da criança “os Estados Partes reconhecem à criança o direito ao repouso e aos tempos livres, o direito de participar em jogos e actividades recreativas próprias da sua idade e de participar livremente na vida cultural e artística.” (UNICEF, 1990, p.22). Assim, enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica devemos agir no sentido de assegurar o direito da criança a brincar, mesmo em contexto hospitalar. Esta afirmação é também corroborada pela International Play Association (2019) quando nos diz que devemos incluir o brincar como parte integral de todos os ambientes infantis, incluindo hospitais. Tal como nos diz Haiat et al. (2003) “the ability of the nurse to combine play with the child while performing her job is a great asset to her accomplishments and skills.” (p. 213). É através da brincadeira que a criança comunica com o mundo onde vive e expressa os seus sentimentos, ansiedades e frustrações, sendo crucial para o seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social (Martins, Ribeiro, Borba e Silva, 2001). Através do brinquedo a criança é capaz de controlar o meio que a rodeia, adquirindo maior domínio da situação, sendo capaz de exprimir os seus desejos e experiências vividas (Martins et al., 2001). Segundo Robinson (1987) “health was viewed as a positive feeling state and was associated with” feeling like playing.” (p.91). Esta afirmação leva-nos a crer que para as crianças brincar é semelhante a ter saúde, o que nos mostra que ao brincarmos com elas podemos conseguir fazer-las esquecer o que vai acontecer, reduzindo o medo e oferecendo-lhes maior confiança.

No hospital as crianças são submetidas a variados procedimentos que causam medo, dor e ansiedade, associados a todos os sentimentos negativos face ao ambiente em que se encontra inserida, dada a distância do seu ambiente seguro habitual. Estas circunstâncias podem levar a criança a caracterizar o ambiente hospitalar como um local de experiências negativas, desagradáveis e dolorosas, sendo à partida um local de experiências traumáticas para a criança. Desta forma e tendo em conta a filosofia dos cuidados não traumáticos, os enfermeiros devem tentar quebrar estas barreiras e tornar as suas intervenções e abordagens o menos traumáticas possíveis. Se pudermos aliar estas experiências ao brincar podemos diminuir os sentimentos negativos que lhes estão associados, causando menos medo à criança, maior satisfação e um sentimento de reconhecimento da sua necessidade

de brincar. Tal como nos diz Ferrari, Alencar e Viana (2012) “(...) por intermédio do brincar e práticas lúdicas, consegue-se transmitir e fazer com que a criança adquira novos conhecimentos sobre as intervenções voltadas para sua recuperação e promoção da saúde.” (p.383). Da mesma forma, segundo a International Play Association (2019) o brincar dá satisfação e um sentimento de realização, bem como “(...) aids emotional regulation, by helping children understand and moderate primary emotions (anger, fear, disgust, shock, sadness and joy) into more nuanced and subtle forms (grief, pleasure, displeasure, affection, contentment, exasperation, disappointment).” (International Play Association, 2014, p.1). Considerações que são também tidas em conta por Boucher, Downing e Shemilt (2014) quando nos dizem que o papel do brincar aumenta proporcionalmente quando a criança fica mais vulnerável devido a uma doença ou incapacidade. O medo do desconhecido gera na criança desconforto, expectativa e ansiedade, o que nos leva à necessidade de preparação das mesmas para cada procedimento. Assim sendo podemos perceber que, ao utilizarmos o brincar no hospital estamos a ajudar a criança a sentir-se mais satisfeita e realizada, fazendo com que esta passe de um sujeito passivo a um sujeito ativo durante o procedimento, na medida em que permite à criança um maior domínio e controle da situação uma vez que pode praticar no boneco o mesmo procedimento a que será submetida, diminuindo a sua ansiedade e medo (Caleffi et al., 2016). Como nos diz Haiat et al. (2003) “play is one of the most powerful and most effective tools used to reduce tension, anger, frustration, conflict, and anxiety, which are accompanied by the loss of control, and self-esteem.” (p. 210).

Uma das vertentes da atividade de brincar, passa pelo brinquedo terapêutico, que confere uma brincadeira estruturada com base nos princípios da ludoterapia e com objetivos específicos a alcançar (Silva, Austregésilo, Ithamar e Lima, 2017). Este brinquedo terapêutico é conseguido através da utilização de um brinquedo normal, com o intuito de promover o bem estar psicofisiológico da criança (Souza et al., 2012). De acordo com Vessey (1990) citada por Cintra, Silva e Ribeiro (2006) o brinquedo terapêutico pode ser classificado em três tipos, de acordo com a sua finalidade e intenção: o brinquedo terapêutico dramático, cuja finalidade passa por permitir à criança exteriorizar as experiências que tem dificuldade em verbalizar, com o intuito de aliviar a tensão e expressar sentimentos, necessidades e medos; o brinquedo terapêutico instrucional, cuja finalidade passa pela preparação e informação da criança sobre os procedimentos terapêuticos que irá ser submetida, com o intuito de envolvê-la na situação, permitindo-a conhecer e manusear os instrumentos que irão

ser utilizados no procedimento, facilitando a sua compreensão acerca do procedimento a ser realizado; e o brinquedo terapêutico capacitador de funções fisiológicas, cuja finalidade passa por capacitar a criança para o autocuidado, de acordo com o seu desenvolvimento e condições físicas, com o intuito de a preparar para aceitar a sua nova condição de vida. Haiat et al. (2003) não utilizam a definição de brinquedo terapêutico instructional, mas dizem-nos também que “play can help the hospitalized child better understand and interpret the imagery, sights, sounds, and the language of the hospital.” (p. 210), atividade que pode facilitar a explicação dos procedimentos a realizar à criança, permitindo-os ganhar algum controle sobre os mesmos, diminuindo a sua ansiedade e medo, transformando a hospitalização e os procedimentos numa experiência não tão negativa (Koukourikos, Tzehe, Pantelidou e Tsaloglidou, 2015 e Haiat et al., 2003). De acordo com o que nos diz Ferrari et al. (2012) o brinquedo terapêutico permite então à criança compreender melhor a finalidade do procedimento, permitindo melhor adaptação à situação, aceitação e cooperação, facilitando a promoção de cuidados e um alívio da ansiedade.

De acordo com o que nos é dito pela Associação Internacional do Estudo da Dor (IASP, 2017) a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou descrita em função dessa lesão, o que nos mostra que a dor é capaz de afetar a criança em toda a sua globalidade, sendo necessário ter em conta, para além dos aspetos sensoriais da dor, também os aspetos psicológicos e sociais da mesma no sentido de a controlar. Desta forma é assim imprescindível que durante as nossas intervenções de enfermagem pensemos também numa abordagem psicológica da criança, preparando as crianças para os procedimentos dolorosos antes da realização dos mesmos. Abordagem esta que pode passar pela utilização do brinquedo terapêutico instructional, como uma medida não farmacológica cognitivo-comportamental no controlo da dor, no sentido que irá melhorar a capacidade que a criança terá em enfrentar a dor e aliviando a ansiedade e o medo associados ao procedimento. Vários são os estudos que demonstram uma redução da dor, durante a realização de procedimentos dolorosos, após o uso do brinquedo terapêutico instructional (Gomes, Silva, Santos e Palermo, 2019), estando este particularmente indicado em casos em que a criança se recuse a realizar o procedimento demonstrando grande ansiedade (Lemos et al., 2016). De acordo com os mesmos estudos, com a utilização do brinquedo terapêutico na preparação para este tipo de procedimentos as crianças sentem-se mais tranquilas, permitindo uma maior colaboração da sua parte, uma vez que permite lidar com a experiência dolorosa

antes de vivenciá-la, aliviando o stress. Sabino e Almeida (2006) dizem-nos que através do uso do brinquedo terapêutico no alívio da dor, para além das crianças apresentarem um nível de score (segundo determinada escala da dor) mais baixo após a brincadeira, outros sinais indicativos de dor foram também menos frequentes, como o choro, o comportamento de defesa e a expressão facial de dor. Esta informação pode nos levar a crer que, ao reduzirmos o medo e ansiedade da criança, melhorando o seu humor, conseguimos proporcionar-lhe um maior alívio da dor (Sabino e Almeida, 2006). Estas afirmações são também corroboradas por Kiche e Almeida (2009) na medida em que as autoras consideram que a utilização do brinquedo terapêutico instrucional permite um alívio da dor uma vez que permite uma maior compreensão da situação pela criança e por sua vez uma maior cooperação da mesma durante o procedimento. Sendo que em determinados estudos, crianças que não tiveram o privilégio de ser preparadas para os procedimentos através do brinquedo terapêutico instrucional, demonstraram menor aceitação ao procedimento e mais sinais de dor, como choro, comportamento de defesa e expressão de dor (Magnabosco, Tonelli e Souza, 2008). Contudo é fundamental que saibamos utilizar o brinquedo terapêutico da forma mais eficaz possível, passando essencialmente pela adequação dos mesmos a cada faixa etária e estágio de desenvolvimento da criança (Junior e Costa, 2010); e que saibamos que, para que os resultados sejam mais benéficos, constantes e duradouros é importante percebermos que o uso do brinquedo terapêutico deve ser contínuo e associado a todos os cuidados prestados pelos enfermeiros (Gomes et al., 2019) de forma a que a criança perceba que a brincadeira não está sempre apenas relacionada com os procedimentos dolorosos.

Para além destes aspetos o brincar permite uma maior ligação entre o enfermeiro e a criança, originando uma maior confiança entre ambos, o que facilita a cooperação, diminui a resistência da criança a determinado procedimento (Haiat et al., 2003) e permite ao enfermeiro compreender quais as necessidades da criança de forma a planear e executar intervenções que as consigam satisfazer (Martins et al., 2001).

Embora o brinquedo terapêutico facilite, como pudemos ver anteriormente, a realização de procedimentos por parte dos enfermeiros, este nem sempre é utilizado durante a hospitalização da criança, muitas vezes dado o reduzido tempo que os enfermeiros têm para brincar com as crianças e realizar os procedimentos, a preocupação acrescida que têm com outras atividades que têm de desenvolver, bem como a falta de preparação e conhecimento por parte dos enfermeiros na utilização do brinquedo terapêutico (Francischinelli, Almeida e Fernandes, 2012). Contudo, tal

como nos é dito por Francischinelli et al. (2012) “although there are difficulties in implementing this practice, they are related to human resources, materials and/or structure, and they should not constitute obstacles that justify the deprivation of the child’s right to play.” (p. 19).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boucher, S.; Downing, J. & Shemilt, R. (2014). The role of play in children’s palliative care. *Journal Children*. 1, 302- 317.
- Caleffi, C. C. F.; Rocha, P. K.; Anders, J. C.; Souza, A. I. J.; Burciaga, V. B. & Serapião, L. S. (2016). Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 37 (2), 1-8.
- Cintra, S. M. P.; Silva, C. V. & Ribeiro, C. A. (2006). O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59 (4), 497-501.
- Ferrari, R.; Alencar, G. B. & Viana, D. V. (2012). Análise das produções literárias sobre o uso do brinquedo terapêutico nos procedimentos clínicos infantis. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 3 (2), 381-394.
- Francischinelli, A. G.; Almeida, F. A. & Fernandes, M. S. O. (2012). Routine use of therapeutic play in the care of hospitalized children: nurses perceptions. *Acta Paulista de Enfermagem*. 25 (1), 18-23.
- Gomes, A. C. A.; Silva, A. T. M. F.; Santos, C. M. & Palermo, T. A. C. (2019). Brinquedo terapêutico no alívio da dor em crianças hospitalizadas. *Revista Perspectivas Online: Biológicas & Saúde*. 29 (9), 33-42.
- Haiat, H.; Bar-Mor, G.; Shochat, M. (2003). The world of the child: a world of play even in the hospital. *Journal of Pediatric Nursing*. 18 (3), 209-214.
- IASP (2017). IASP Terminology (Web page). Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- International Play Association (2014). Declaration on the importance of play. Disponível em: http://ipaworld.org/wp-content/uploads/2015/05/IPA_Declaration-FINAL.pdf
- International Play Association (2019). The Child’s Right to Play (Web page). Disponível em: <http://ipaworld.org/childs-right-to-play/the-childs-right-to-play/>

- Junior, J. S. S. & Costa, R. M. A. (2010). A construção do brinquedo terapêutico: subsídios para o cuidar em enfermagem pediátrica. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online*. 2, 728-731.
- Kiche, M. T. & Almeida, F. A. (2009). Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paulista de Enfermagem*. 22 (2), 125-130.
- Koukourikos, K.; Tzeha, L.; Pantelidou, P. & Tsaloglidou, A. (2015). The importance of play during hospitalization of children. *Materia Socio-Médica*. 27 (6), 438-441.
- Lemos, I. C. S.; Oliveira, J. D.; Gomes, E. B.; Silva, K. V. L.; Silva, P. K. S. & Fernandes, G. P. (2016). Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para reduzir alterações comportamentais. *Revista Cuidarte*. 7 (1), 1163-1170.
- Magnabosco, , G.; Tonelli, A. L. N. F. & Souza, S. N. D. H. (2008). Abordagens no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada submetida a procedimentos: uma revisão de literatura. *Cogitare Enfermagem*. 13 (1), 103-108.
- Martins, M. R.; Ribeiro, C. A.; Borba, R. I. H. & Silva, C. V. (2001). Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 9 (2), 76-85.
- Regulamento N.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.
- Robinson, C. A. (1987). Preschool children's conceptualizations of health and illness. *Children's Health Care*. 16 (2), 89-96.
- Sabino, M. B. M. & Almeida, F. A. (2006). Therapeutic play as a pain relief strategy for children with cancer. *Einstein*. 4 (3), 196-202.
- Silva, R. D. M.; Austregésilo, S. C.; Ithamar, L. & Lima, I. S. (2017). Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: a systematic review. *Jornal de Pediatria*. 93 (1), 6-16.
- Souza, L. P. S.; Silva, C. C.; Brito, J. C. A.; Santos, A. P. O.; Fonseca, A. D. G.; Lopes, J. R. ... Souza, A. A. M. (2012). O brinquedo terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. *Journal of the Health Sciences Institute*. 30 (4), 354-358.
- UNICEF. (1990). *A convenção sobre os direitos da criança*. Portugal: UNICEF.

Apêndice XIV

Experiência de dor associada ao estágio de desenvolvimento da criança

EXPERIÊNCIA DE DOR ASSOCIADA AO ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Segundo o que nos é dito por Batalha (2010) e Oakes (2011) a compreensão da experiência dolorosa, bem como a capacidade de cada criança para descrever a mesma experiência são influenciadas pelo nível cognitivo de cada criança, sendo que a forma como cada criança se lembra das suas experiências de dor anteriores influencia a suas respostas à dor no futuro. Tal como nos diz Oakes (2011) as experiências de dor podem ser diferentes de criança para criança mesmo quando expostas ao mesmo estímulo doloroso. De acordo com Batalha (2010) as crianças mais novas referem maiores níveis de dor durante os procedimentos dolorosos, que os adolescentes. Isto acontece, provavelmente, dada a incapacidade das crianças mais novas em compreender conceitos abstratos de causa-efeito e de significado da dor, ao contrário dos adolescentes que muitas vezes não verbalizam a dor por assumirem que os profissionais sabem que eles têm dor ou mesmo por receio à administração de terapêutica ou a serem considerados bebés. Contudo, tanto uns como os outros têm memória da dor e, de acordo com Batalha (2010) esta não é afetada nem pela ansiedade nem pelas estratégias de *coping* da criança. Todavia a percepção da dor não é apenas influenciada pelo nível cognitivo de cada criança, mas também pelos seus fatores psicológicos e o significado que atribuem à dor. Segundo o mesmo autor uma dor associada a aspetos positivos irá originar na criança respostas comportamentais que reduzem a sua percepção de dor. Como é o caso dos efeitos emocionais positivos como a sensação de controlo e domínio, associados a uma eficaz estratégia de *coping* utilizada pela criança, reduzindo a sensação dolorosa experienciada pela criança. Neste sentido, crianças com um temperamento mais difícil, com comportamentos negativos, mal adaptadas e sem famílias estáveis apresentam maiores níveis de ansiedade do que crianças com um temperamento mais fácil (Batalha, 2010). Tal como nos diz Oakes (2011), Jacob (2004) e é corroborado por Batalha (2010) “a criança com dor deve ser vista inserida num contexto particular e único, em que factores como o seu estágio de crescimento e desenvolvimento (fisiológico, psicológico e experiencial); (...) entre outros, influenciam a sua percepção dolorosa.” (p.21).

Assim e de uma forma generalizada, segundo o que nos é dito por Jacob (2004), Batalha (2010) e Oakes (2011) e de acordo com o estágio de desenvolvimento de cada criança foi possível elaborar o presente quadro que nos demonstra de que forma cada criança experiencia a sua dor, por forma a mais facilmente conseguirmos adequar as nossas estratégias de controlo da dor a cada criança, consoante o estágio de desenvolvimento em que se encontra.

ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO	EXPERIÊNCIA DE DOR
<p>Recém-nascidos até 1 ano</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Não tem palavras para descrever a dor; - Memorizam acontecimentos dolorosos; - Respondem ao comportamento dos pais (mais concretamente à sua ansiedade); - Choram intensivamente e inconsolavelmente, com gritos e lágrimas; - Sulcos acima e entre as sobrancelhas, compressão da fenda palpebral, sulco nasolabial, contratura e abertura da boca, tremor do queixo, face cianosada, língua tensa ou protusa, olhos fechados e fossas nasais largas e salientes; - Agitação com membros em flexão e extensão ou membros fixos em extensão, hipertonia e punhos cerrados; - Levam os joelhos ao peito; - Possível afastamento local reflexo das área estimulada nos recém-nascidos e afastamento deliberado da área estimulada nos lactentes; - Cianose, palidez, hipoxia, polipneia, taquicardia e hipertensão arterial; - Apresentam hipersensibilidade ou irritabilidade a qualquer estímulo, irritabilidade e consolabilidade difícil; - Não são capazes de comer ou dormir, ou podem apresentar um despertar frequente.
<p>1 - 3 anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Têm habilidades de linguagem limitada para descreve a dor, usando palavras como: “ai”, “ui” ou “dói”;

	<ul style="list-style-type: none">- Podem ser verbalmente agressivos e chorar com intensidade;- Podem apresentar um comportamento regressivo ou resistente;- A partir dos 18-24 meses começam a ser capazes de sinalizar a dor, sendo capazes de a descrever a partir dos 24 meses, não sendo ainda capazes de explicar a sua intensidade;- Choro, grito, expressão facial de raiva, caretas, cerrar os lábios e os dentes, balançar, arregalar os olhos, agitação, agressividade (como morder, bater ou fugir);- Batimentos com os 4 membros;- Retiram ou protegem a área dorida, podendo adotar uma posição antiálgica ou imobilidade;- Tentativas de afastar o estímulo antes que seja aplicado, com falta de cooperação;- Podem sentir mais ansiedade se os pais estiverem ausentes durante o procedimento doloroso;- Tendo em conta o início do desenvolvimento da sua autonomia e da sensação de controlo, já são capazes de fazer algumas escolhas durante os procedimentos.
3 – 6 anos	<ul style="list-style-type: none">- Uma vez que são egocêntricos nos seus pensamentos acreditam que todos os eventos e sensações advêm do seu mundo interno;- Utilizam a linguagem a um nível concreto e sensorial, para exprimir a dor;- Definem a dor através da sua localização ou propriedades físicas desagradáveis e são capazes de descrever a sua intensidade;- Agitação e agressão física, alterações na sociabilidade e dependência;- Acreditam na dor como uma punição por algo que fizeram (necessitam que lhes seja dito repetidamente que os procedimentos as experiências dolorosas não são punições pelo seu comportamento ou pensamento);- Não têm pensamentos causa-efeito e têm pouca compreensão do significado e causa da dor;

	<ul style="list-style-type: none"> - Misturam factos reais com ficção, podendo acreditar que os cortes fazem com que todo o sangue saia do seu corpo; - Têm pensamentos mágicos em relação ao desaparecimento da dor, sendo que os pensos têm grande poder porque “param o vazamento” e protegem o corpo do ambiente; - Acreditam que quanto maior for a quantidade de sangue pior é a ferida; - Não conseguem perceber como é que algo doloroso os vai ajudar a sentirem-se melhores; - Começam a perceber o conceito de tempo (o medicamento dará resultado quando acabar determinado programa de televisão); - Têm medo das lesões corporais e das agulhas; - Tentam atrasar os procedimentos dolorosos ou desconfortáveis; - Apresentam melhor cooperação no procedimento se forem envolvidos no mesmo; - O afastamento dos pais agrava a intensidade da sua experiência dolorosa; - Solicita apoio emocional, como abraços ou outras formas de conforto físico; - Tem tendência para culpar alguém pela sua dor, podendo bater nessa pessoa.
<p style="text-align: center;">6 – 12 anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Imobilidade, rigidez, posição fetal, proteger ou tocar a área dolorosa e fechar os punhos; - Frequentemente resistem ao movimento das áreas doridas e apresentam rigidez muscular, como punhos e dentes cerrados e testa enrugada; - Menor atividade motora e mais expressões verbais como “Dói” ou “estás a magoar-me”; - Têm raciocínio lógico, mas apenas para coisas concretas; - Começam a conseguir raciocinar em termos de causa efeito, começando a conseguir compreender as causas e significado da dor;

	<ul style="list-style-type: none">- Conseguem descrever de forma clara a intensidade e qualidade da sua dor;- Gradualmente vão tendo pensamento mais lógico e razoável, ganhando mais comando sobre o ambiente que os rodeia;- Confiam mais nas suas estratégias de <i>coping</i>, do que nos pais;- Uma vez que são muitas vezes organizados por regras, costumam responder bem a rituais para lidar com os eventos dolorosos;- Geralmente já aprenderam alguns métodos de alívio da dor como permanecer quietos, de olhos fechados ou tentar agir corajosamente;- Com o avanço da idade tendem a diminuir os comportamentos de gritos e choro.
12 – 18 anos	<ul style="list-style-type: none">- Imobilidade, rigidez, posição fetal, proteger ou tocar a área dolorosa e fechar os punhos;- Podem tornar-se irritáveis, zangados, tristes, deprimidos, agressivos, isolarem-se, ou terem mudanças nos padrões de sono;- Têm pensamento abstrato e compreendem os relacionamentos causa-efeito;- Tendem a relacionar a dor com as suas implicações nos seus objetivos de vida e atividades diárias;- Embora já consigam ser capazes de resolver alguns problemas como os adultos, durante situações de stress costumam oscilar entre as respostas típicas dos adultos à dor e a regressão aos comportamentos mais imaturos;- Muitas vezes sentem-se onnipotentes, como se nada os pudesse magoar o que leva a que muitas vezes recusem algumas estratégias de controlo da dor;- Necessitam de manter a sua autoestima e controlo, podendo por vezes não demonstrar comportamentos de dor por vergonha;

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- Têm medo de perder o controlo durante a experiência dolorosa, pelo que beneficiam com o ensino de técnicas para manter o controlo da dor durante os procedimentos;- Acreditam que os profissionais de saúde sabem quando é que eles precisam de medicação para a dor, pelo que muitas das vezes não a pedem;- Por vezes podem negar a dor ou recusar analgésicos na presença de determinados familiares ou pares, pela pressão dos mesmos. |
|--|--|

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e gestão da dor na criança. In M. J. Hockenberry e D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol.1, p.188 – 239). Loures: Lusociência.
- Oakes, L. L. (2011). *Compact clinical guide to infant and child pain management: An evidence-based approach for nurses*. New York: Springer Publishing Company.

Apêndice XV

Folheto: “Pais e Mães, vamos preparar os vossos filhos para as vacinas?”

O QUE FAZER DURANTE A VACINAÇÃO

0-1 ANO

- Colocar ao colo;
- Amamentar;
- Cantar;
- Distrair com um brinquedo com luz e som;
- Colocar a chucha com sacarose (pedir à enfermeira).

1-6 ANOS

- Colocar ao colo;
- Cantar ou mostrar um vídeo que a criança goste;
- Contar uma história de um livro;
- Mostrar um vídeo que a criança goste;
- Utilizar bolas de sabão ou um brinquedo que a criança goste – crianças a partir dos 3 anos sugerir que seja ela a fazer as bolas;
- Construir uma torre com lego ou madeiras (a partir dos 3 anos);

6-12 ANOS

- Explicar como vai decorrer o procedimento;
- Ler uma história;
- Distrair através de conversa de um assunto de interesse e não relacionado com a vacina;
- Perguntar se quer ao colo ou não;
- Pedir que a criança utilize a estratégia definida por ambos em casa.

12-18 ANOS

- Questionar sobre a presença dos pais;
- Facilitar o relaxamento através da respiração.

IMPORTANTE!!

- Evite palavras como: pica, agulha, picada de abelha;
- Não minta nem diga que não vai doer;
- Após o procedimento elogiar a criança pelo seu comportamento.

Solicite, junto do seu enfermeiro de família informação sobre a possível utilização do anestésico tópico **EMLA** antes da realização das vacinas.

“(…) verificou-se que o uso dos anestésicos tópicos pode reduzir entre 20 a 50% a dor pediátrica associada a procedimentos”. (Barros, 2010, p. 296)

UCSP de Benfica
(Morada da instituição)
Marcação de vacinas mediante **marcação prévia**
Contacto direto: 21xxxxxxx
Horário de vacinação:
De 2ª a 6ª feira das

Bibliografia: Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel. Jacob, E. (2014). *Apreciação e gestão da dor na criança*. In M. J. Hockenberry e D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol.1, p.188 – 239). Loures: Lusocência. Barros, L. (2010). *A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica*. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 295-306.

Logótipo da instituição

Pais e Mães, vamos preparar os vossos filhos para as vacinas?



O que fazer antes, durante e após a vacinação de forma a diminuir a dor e ansiedade da criança durante a mesma

Elaborado por: Enfermeira Romina Costa
Janeiro de 2020

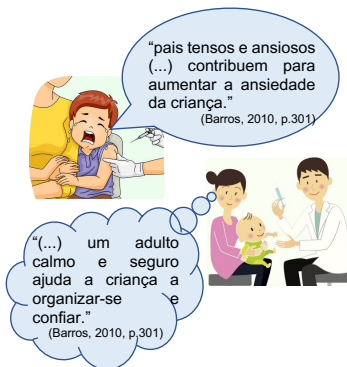
A VACINAÇÃO E A DOR NA CRIANÇA

Uma “vacina é uma preparação antigénica (partículas estranhas ao organismo), que administrada a um indivíduo provoca uma resposta imunitária protetora específica de um ou mais agentes infecciosos.”

(DGS, 2014, p.2)

O “medo e ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e reduzem a tolerância à dor. Podemos portanto dizer que a ansiedade potencializa a dor, e a dor promove a ansiedade (...)”

(Barros, 2010, p.297)



REAÇÃO DAS CRIANÇAS AOS PROCEDIMENTOS DOLOROSOS

0-1 ANO

Choro e agitação intensa;
Hipersensibilidade e irritabilidade a qualquer estímulo.

1-3 ANOS

Verbalmente agressivos e choro intenso;
Mais ansiedade na ausência dos pais;
Já são capazes de fazer algumas

3-6 ANOS

Agitação e agressão física, choro e gritos;
Acreditam na dor como uma punição;
Têm pensamentos mágicos;
Melhor cooperação se forem envolvidos no procedimento.

6-12 ANOS

Choro e gritos menos frequentes;
Rigidez e resistência ao movimento;
Já têm raciocínio causa-efeito e já percebem para que servem as vacinas;
Costumam responder bem a rituais para lidar com a dor.

12-18 ANOS

Rigidez e resistência ao movimento;
Muitas vezes sentem que nada os pode magoar, recusando por vezes algumas estratégias de controlo da dor;
Por vezes não manifestam a dor por vergonha.

QUANDO E O QUE DIZER ÀS CRIANÇAS

0-3 ANOS

- **Dizer** que vai fazer uma vacina para se proteger, apenas **após a chegada ao Centro de Saúde** e levar consigo o boneco preferido da criança.

3-6 ANOS

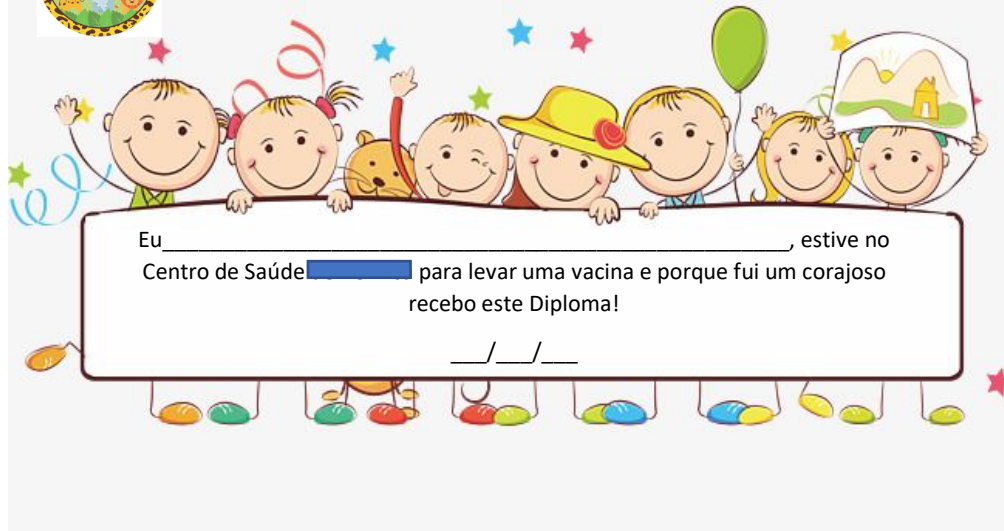
- Dizer que vai fazer uma vacina para se proteger, não se centrando na dor que vai originar mas sim na importância de ser vacinado, referindo que não é nenhuma punição pelo seu comportamento.
- **Dizer no próprio dia**, antes da ida ao Centro de Saúde de forma a não criar grande ansiedade nos dias anteriores e de forma a poder questionar à criança o que irá querer levar consigo para se sentir mais corajoso.
- Referir que irá poder escolher se quer fazer a vacina ao colo ou não.
- Sugerir a colocação de um penso (pode levar um que a criança goste) após a vacina de forma a tapar o local da picada e escondê-lo.

6-12 ANOS

- Dizer que vai fazer uma vacina para se proteger de doenças graves.
- **Explicar o procedimento** que vai ser realizado, **no dia antes da vacinação**, para que a criança se prepare para o que vai acontecer e posteriormente poder associar ao que está realmente a acontecer.
- Negociar o comportamento da mesma, estabelecendo uma estratégia de controlo da dor a utilizar durante o procedimento.

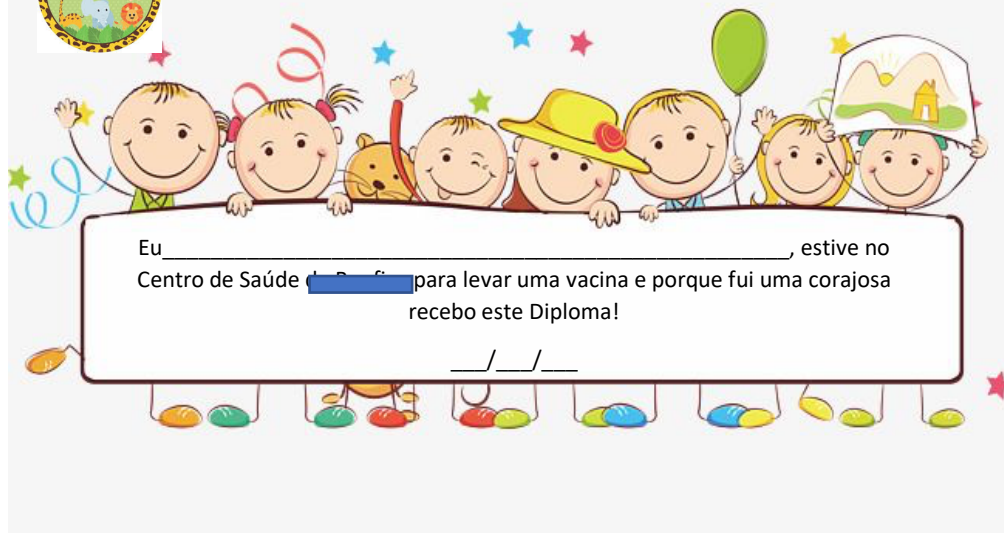
Apêndice XVI

Diplomas de coragem Centro de Saúde



Eu _____, estive no
Centro de Saúde _____ para levar uma vacina e porque fui um corajoso
recebo este Diploma!

___/___/___



Eu _____, estive no
Centro de Saúde _____ para levar uma vacina e porque fui uma corajosa
recebo este Diploma!

___/___/___

Apêndice XVII

Póster informativo “Keep calm e vem vacinar-te”

Keep Calm e Vem Vacinar-te

Agora que foste vacinado e foste um corajoso/
corajosa é recomendado que fiques na sala de
espera, com quem te veio acompanhar, pelo
menos **30 minutos**.



Este é o tempo necessário para os enfermeiros te
poderem ajudar caso tenhas alguma reação ou te
sintas menos bem.

VEM COM TEMPO!!

Recomendação da
Direção-Geral da Saúde. (2016). *Plano Nacional de vacinação 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Elaborado por: Enfermeira Romina Costa
(Estudante do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de ESIP)

Apêndice XVIII

Guia orientador da intervenção do enfermeiro para o controlo da dor na
criança submetida a procedimentos com agulha

GUIA ORIENTADOR DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA SUBMETIDA A PROCEDIMENTOS COM AGULHAS



Trabalho Realizado por: Enf.^a Romina Costa (Estudante da Especialidade de
ESIP da ESEL)

Sob Orientação: Enf.^a Eduarda Lima

Lisboa, Fevereiro 2020

LISTA DE SIGLAS

CNT - Cuidados Não Traumáticos

DGS – Direção-Geral da Saúde

EDIN - Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né

EN – Escala Numérica

EVA – Escala Visual Analógica

FLACC - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

FLACC-R - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised

FPS-R - Faces Pain Scale – Revised

IASP – International Association for the Study of Pain

NIPS - Neonatal Infant Pain Scale

N-PASS - Neonatal pain, Agitation & Sedation Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIPP - Premature Infant Pain Profile

SNN – Sucção Não Nutritiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. A DOR	6
2. AVALIAÇÃO DA DOR NA CRIANÇA	8
3. EXPERIÊNCIA DE DOR ASSOCIADA AO ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	13
4. ESTRATÉGIAS DE CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA	20
4.1 Estratégias Não farmacológicas	20
4.2 Estratégias Farmacológicas	26
5. ESTRATÉGIAS DE CONTROLO DA DOR NOS PROCEDIMENTOS COM AGULHAS DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA DE CADA CRIANÇA	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

APÊNDICES

Apêndice I - Instrumento para colheita de dados sobre a história de dor

Apêndice II - Posicionamentos de conforto a utilizar durante os procedimentos com agulhas na criança

Apêndice III - Administração de sacarose 24%

Apêndice IV - O Brincar terapêutico na preparação da criança para procedimentos dolorosos

Apêndice V – Aplicação de EMLA

Apêndice VI - Vídeos de Realidade Virtual no YouTube

INTRODUÇÃO

De acordo com o conhecimento geral, a dor é uma condição inerente ao ser humano, e tal como nos diz Fernandes (2000) tem início precoce na vida de cada um de nós. Esta pode ser considerada aguda ou crónica, de acordo com a sua duração. Sendo que a dor aguda, um dos objetos de estudo deste trabalho, é considerada um sintoma limitado no tempo que pode e deve ser controlado (Direção-Geral da Saúde, 2017). Durante a sua estadia no hospital as crianças são sujeitas a variados procedimentos, diagnósticos ou terapêuticos que provocam dor. Esta por sua vez fica guardada na memória das crianças e quando não tratada tem consequências a longo prazo (Direção-Geral da Saúde, 2010). No sentido de controlar a mesma, torna-se muito importante identifica-la e preveni-la ou alivia-la (Fernandes, 2000). Neste sentido desde Junho 2003 que é considerada o 5º sinal vital, sendo o controlo da dor um dever e um indicador de boa prática para os enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Segundo Hockenberry e Barrera (2014) a filosofia dos Cuidados Não Traumáticos (CNT) diz respeito "(...) ao fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, no sistema de cuidados de saúde." (p. 11). Por sua vez, as intervenções supracitadas, podem compreender abordagens psicológicas, como a preparação das crianças para determinado procedimento ou mesmo abordagens mais logísticas como é o caso do fornecimento de espaço para os pais permanecerem a acompanhar a criança. Em termos dos desconfortos referidos, o psicológico pode estar relacionado com o medo, a raiva, a ansiedade, a tristeza, o desanimo, a culpa ou a vergonha, enquanto que o físico pode estar relacionado com a sonolência, a imobilização, a dor, temperaturas extremas, ruídos fortes, luzes brilhantes ou escuridão (Hockenberry & Barrera, 2014). Tal como nos é dito pela Direção-Geral da Saúde (DGS) (2012) "o medo e a ansiedade das crianças e pais são fatores agravantes da dor, devendo a ansiedade antecipatória ser minimizada através de uma correta abordagem da dor desde o primeiro contacto com os serviços de saúde." (p.3). Contudo, existe já um grande número de intervenções não-farmacológicas e farmacológicas que permitem reduzir a dor e a ansiedade causadas pela maioria dos procedimentos invasivos, ao nível da saúde infantil (DGS, 2012). No entanto, segundo nos diz Batalha (2010) muitas das vezes estas medidas são colocadas em prática,

contudo uma vez que os enfermeiros não são responsabilizados legalmente pelo seu não registo acabam por não registar as suas intervenções neste âmbito, tornando o seu uso na prática clínica desconhecido.

De acordo com o que nos diz Batalha (2010) a dor aguda corresponde à dor associada a traumatismos tecidulares ou inflamações, causados por cirurgias, queimaduras, fraturas ou procedimentos de diagnóstico e terapêutica. Esta tem uma função biológica inicial de alerta e desaparece quando tratada, podendo estar associada a respostas do sistema nervoso autónomo e frequentemente acompanhada de ansiedade e medo. O mesmo autor diz-nos ainda que as crianças submetidas a procedimentos dolorosos apresentam uma resposta global de stress que desencadeia várias alterações metabólicas nocivas para o organismo. Assim podemos considerar que a criança hospitalizada sofre duas vezes mais, pela dor inerente à sua doença e por ter de ser submetida a várias experiências dolorosas originadas por atos de diagnóstico e terapêuticos essenciais a sua vida (Batalha, 2010). Relativamente e mais especificamente aos procedimentos com agulhas Cordoni e Cordoni (2001) dizem-nos que são procedimentos que originam ansiedade e dor às crianças, sendo que muitas crianças acabam por ver as agulhas como um dos aspetos mais traumáticos de estar num hospital.

Tal como nos diz a DGS (2010) “o controlo da dor, cujo sucesso depende da sua avaliação e reavaliação sistemáticas, é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada.” (p. 4).

Neste sentido o presente guia tem como objetivo principal a sensibilização e orientação dos profissionais de enfermagem para a importância da avaliação e controlo da dor na criança quando submetida a procedimentos com agulhas. Este estará dividido em 6 capítulos onde será possível perceber o mecanismo da dor e a importância das estratégias de controlo da mesma, quais as reações das crianças à dor de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e posteriormente orientar e uniformizar a prática relativa às intervenções de enfermagem no controlo da dor a adotar aquando da necessidade de realização de procedimentos com agulhas à criança.

1. A DOR

Embora a problemática da dor seja já conhecida de há muitos anos, surgindo os primeiros estudos nesta área nos anos 60 (Batalha, 2010), em Portugal a preocupação relativamente à mesma é algo que apenas remonta o século XX, surgindo com a instituição do Dia Nacional de Luta Contra a Dor em 1999.

Segundo o que nos é dito pela DGS (2010) “a dor dos procedimentos é uma experiência sensorial e emocional desagradável, resultante da lesão real ou potencial dos tecidos associada a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos.” (p.3). Esta afirmação desperta-nos para a importância de nos centrarmos não só na sensação de dor das crianças, mas também na parte emocional associada à própria lesão e sensação de dor. De acordo com o que nos é dito por Batalha (2010) podemos dividir a dor em 6 dimensões: a fisiológica, relacionada com os aspetos físicos, neurológicos e bioquímicos da dor; a sensorial, associada ao local, à intensidade e à qualidade da dor; a afetiva, associada a respostas emocionais negativas como a ansiedade, a angústia, a depressão, a raiva, a agitação, a irritabilidade, o medo, ou mesmo positivas como o próprio alívio; a cognitiva que compreende a atribuição de significado à dor, atitudes e convicções que temos acerca da dor e seus tratamentos, preferências, estratégias de *coping* ou conhecimentos anteriores; a comportamental, relacionada com as manifestações comportamentais relativamente à dor, como a expressão facial, corporal, a relação com os outros, a consolabilidade, alterações do sono, ou mesmo as atividades lúdicas; e a sociocultural que compreende os fatores ambientais, familiares, étnicos, culturais, espirituais, religiosos, sociais e mesmo contextuais.

De acordo com Oakes (2011), à via de transmissão normal da dor chamamos nociceção. Esta tem início na periferia (por exemplo a pele), onde a sensação inicial de dor permite uma ativação dos nociceptores, que posteriormente convertem o estímulo nocivo (por exemplo a agulha) em atividade elétrica (Oakes, 2011). Posteriormente o impulso nervoso é conduzido através dos nervos aferentes até à medula espinhal, que seguidamente se conecta ao tálamo e ao córtex cerebral onde a dor é percebida. O córtex cerebral por sua vez projeta os impulsos até ao sistema límbico, que irá influenciar as respostas emocionais à dor. Para além de funcionar como recetor e intérprete da informação que vem das entradas periféricas o Sistema Nervoso Central funciona também como modulador sensorial, aumentando ou diminuindo a progressão do impulso da dor

até ao córtex cerebral, chamado de neuromodulação (Oakes, 2011). Como neuromoduladores artificiais temos os analgésicos opióides que vão ter a sua ação nos recetores de opióides e vão ser responsáveis pela diminuição da dor (Oakes, 2011). Assim, podemos perceber que um dano nos tecidos vai originar uma libertação de neurotransmissores locais e neuromoduladores que vão ativar os nociceptores locais, originando uma dor nociceptiva, que tal como nos diz Oakes (2011), é o resultado esperado de uma lesão associado ao processo de transmissão nervosa normal e que se resolve com a cura. De acordo com esta teoria e sabendo que os nociceptores periféricos sofrem de uma mielinização incompleta até à primeira infância podíamos achar que as crianças até essa idade tinham uma menor perceção da dor uma vez que a transmissão de impulsos é mais lenta. Contudo esta maior lentidão na transmissão dos impulsos é compensada pela menor distância que o impulso nervoso tem de percorrer no Sistema Nervoso Central da criança e como tal a perceção de dor nestas crianças acaba por ser semelhante às restantes, não sendo uma justificação para o não tratamento da dor nas crianças até esta idade (Oakes, 2011). Por sua vez Oakes (2011) diz-nos também que os prematuros acabam por ser mais sensíveis à dor que as crianças mais velhas e os adultos, uma vez que têm uma falta de neurotransmissores ao nível do trato descendente da medula espinhal e como tal acabam por ter uma falta de mecanismos neuromoduladores, aumentando os sinais de dor. De acordo com Taddio, Shah, Gilbert-MacLeod e Katz (2002) citados por Oakes (2011), num estudo no qual recém-nascidos foram expostos a repetidas punções de calcanhar nas primeiras 24 a 36 horas de vida, os recém-nascidos evidenciaram uma resposta à dor mais intensa, durante uma punção venosa posterior, do que recém-nascidos que não passaram por tantos procedimentos dolorosos. Esta informação veio confirmar que experiências de dor antecipadas podem ser responsáveis por uma variabilidade nos limiares e comportamentos de dor (Oakes, 2011). Isto acontece porque os repetidos estímulos resultantes do dano nos tecidos vão originar uma ativação dos recetores de N-metil-D-aspartato na medula espinhal, fazendo com que os neurónios da medula espinhal tenham uma maior resposta a mais tipos de nociceptores danificados ou sensibilizados, levando a um aumento e continuidade de sensibilidade à dor (Oakes, 2011), deixando a criança menos tolerante à dor. De acordo com o mesmo autor este aumento da sensibilidade à dor vai dar origem a respostas fisiológicas alteradas que podem ser

desencadeadas simplesmente pela ameaça da dor, tornando-se muito importante o alívio da dor de forma a prevenir episódios repetitivos de dor.

Relativamente e mais especificamente aos procedimentos com agulhas Ramponi (2009), diz-nos que “a needle stick is the most frightening procedure for children in the hospital setting because it often results in pain and distress.” (p. 379). De acordo com este autor os procedimentos com agulhas mais comumente realizados passam pela colheita de sangue, a colocação de acessos venosos periféricos, colheitas de sangue capilar e injeções intramusculares.

2. AVALIAÇÃO DA DOR NA CRIANÇA

Avaliar e medir a dor são dois conceitos distintos e que devem ser utilizados em simultâneo para melhor compreender o que se passa com a criança e conseguir intervir. Avaliar a dor passa por perceber qual a sua causa, que estímulos provoca na criança, quais os fatores agravantes e tranquilizantes, quais os seus efeitos na vida diária, quais as respostas tanto fisiológicas como comportamentais dadas pelas criança quando tem dor, quais os seus padrões de *coping* quando tem dor, como é a dor e qual a sua localização, duração e intensidade, sendo considerada a essência dos cuidados (Batalha, 2010). Por sua vez medir a dor diz respeito apenas a um aspeto que tem de ser observado durante a avaliação da dor e que corresponde à sua dimensão sensorial, através da sua quantificação (Batalha, 2010), que de acordo com Batalha (2010) é considerado o primeiro passo para o tratamento da mesma. Estes aspetos permitem munir o enfermeiro que presta cuidados à criança de toda a informação necessária sobre qual a melhor maneira de intervir com determinada criança, permitindo assim detetar todas as necessidades e aspetos importantes relacionados com a dor na criança, reconhecendo os seus fatores de alívio, abordando-se a criança de uma forma holística.

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP) (2017) a dor é sempre subjetiva e que a incapacidade do indivíduo verbalizar que tem dor não nega a possibilidade dela realmente existir e do indivíduo necessitar de medidas de alívio da mesma. Desta forma e segundo o que nos é dito pela DGS (2010), no que concerne à avaliação da dor, considera-se como norma de boa prática os seguintes tópicos: acreditar sempre na criança que refere dor; privilegiar a autoavaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível; dar tempo à criança para expressar a sua dor; ter sempre presente o comportamento

habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade; dialogar com a criança (a partir dos 3 anos)/ pais/ cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor; realizar a história de dor na admissão da criança ao hospital e na primeira consulta; manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, exceto se a situação clínica justificar a mudança; utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento e em situações de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação.

De acordo com a DGS (2010) no que diz respeito a avaliação da dor na criança, esta deve ser realizada de forma regular e sistemática, pelo menos uma vez por turno, de acordo com os protocolos instituídos, com base numa lista de orientações gerais constantes no documento “Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças” de 2010, sendo que um dos pontos dessa lista, considerado por Batalha (2010) o primeiro passo que permite uma avaliação exata da intensidade da dor, passa pela realização da história de dor da criança, na sua admissão ao hospital, ou seja, no momento da colheita de dados relativa à apreciação inicial (Batalha, 2010). Uma vez que não existe um impresso próprio preconizado para o efeito, foi elaborado um documento no qual é possível o seu registo e que consta do Apêndice 1 do presente guia orientador, onde será possível encontrar um impresso possível de utilizar com os pais/pessoa significativa das crianças e com as próprias crianças, em simultâneo ou de forma individual.

Assim e no que concerne à avaliação da dor de forma regular e sistemática na realização de procedimentos com agulhas, esta deverá ser avaliada antes do procedimento, no momento do procedimento e 5 minutos após o procedimento, sendo de grande importância o registo em notas de enfermagem das estratégias farmacológicas e não farmacológicas utilizadas para o controlo da dor, bem como o registo da dor, durante o mesmo.

Existem diversas escalas para a avaliação da dor, podendo ser de auto ou hétero avaliação, sendo fundamental adequar a escala à faixa etária da criança. Relativamente à autoavaliação é importante que a escala utilizada seja inicialmente explicada à criança de forma a que a criança a compreenda e possa classificar mais corretamente a sua dor. No que diz respeito à hétero avaliação as escalas comportamentais e compostas são o melhor retrato da dor da criança quando esta não fala ou não é capaz de realizar uma autoavaliação da mesma

(Batalha, 2010). Independentemente da escala utilizada é importante que seja mantida a mesma escala durante todo o tempo de internamento da criança de forma a facilitar e uniformizar todo o processo, tanto para a criança como para a equipa de enfermagem (DGS, 2003). Assim e de acordo com o que preconiza a DGS (2010) podemos utilizar, de acordo com cada faixa etária as seguintes escalas de intensidade da dor:

Para os **recém-nascidos**:

- EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né)

(Escala de referência utilizada em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais)

	0	1	2	3
ROSTO	Rosto calmo	Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo.	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas	Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada
CORPO	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se	Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel
SONO	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	Não adormece
INTERACÇÃO	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação
RECONFORTO	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente	Inconsolável. Sucção desesperada
PONTUAÇÃO TOTAL				

- NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

(Escala mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo)

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

- PIPP (Premature Infant Pain Profile)

(Escala normalmente utilizada para avaliar a dor durante os procedimentos)

PROCESSO	INDICADORES	0	1	2	3
	Idade gestacional (semanas)	≥ 36	32 -35 e 6 dias	28 – 31 e 6 dias	< 28
Observar RN 15 segundos e anotar FC e saturação de oxigênio basal	Estado de alerta	Activo /acordado Olhos aberto Movimentos faciais	Quieto / acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Activo /dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto / dorme Olhos fechados Sem mímica facial
Observar RN 30 segundos	FC máxima	↑ 0 – 4 bpm	↑ 5 – 14 bpm	↑ 15 – 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	SO ₂ mínimo	↓ 0 – 2,4 %	↓ 2,5 – 4,9 %	↓ 5,0 – 7,4 %	↓ ≥ 7,5 %
	Testa franzida	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Olhos espremidos	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Sulco naso-labial	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)

- N-PASS (Neonatal pain, Agitation & Sedation Scale)

(Escala normalmente utilizada em recém-nascidos em ventilação assistida)

	Sedação		Sedação/Dor	Dor/Agitação	
	-2	-1	0/0	1	2
Choro/ irritabilidade	Não chora com estímulo doloroso	Resmungo/choro com estímulo doloroso	Sem sinais de sedação ou dor	Irritação ou episódios de choro Consolável	Choro agudo ou silencioso contínuo Não é consolável
Comportamento	Não acorda com estímulo Sem movimento espontâneo	Acorda breve com estímulo Raro movimento espontâneo	Sem sinais de sedação ou dor	Inquieto, se contorce Acorda com frequência	Arqueia o corpo, fica chutando Acordado constantemente ou não acorda, nem se move (não está sedado)
Expressão facial	Boca caída e aberta Sem mímica	Mínima expressão facial com estímulo	Sem sinais de sedação ou dor	Qualquer expressão de dor intermitente	Qualquer expressão de dor contínua
Tônus de extremidade	Sem reflexo de preensão Flácido	Reflexo de preensão fraco Tônus muscular ↓	Sem sinais de sedação ou dor	Mãos cerradas ou espalmadas de modo intermitente Tônus corporal relaxado	Mãos cerradas ou espalmadas de forma contínua Tônus corporal tenso
Sinais vitais: FC, FR e SatO ₂	Sem Δ após estímulo Hipoventilação ou apneias	Δ < 10% com estímulo	Sem sinais de sedação ou dor	↑ 10-20% em relação ao basal SatO ₂ , 76-85% com estímulo; rápida recuperação	↑ 20% em relação ao basal SaO ₂ < 75% com o estímulo; lenta recuperação Sem sincronia com o ventilador

Sedação: -10 a 0; Sedação profunda: -10 a -5; Sedação leve: -5 a -2.
Dor: 0-11 (somar 1 ponto se RN < 30 semanas de IG corrigida); Dor presente escore > 3.

Para menores de 4 anos ou crianças com incapacidade em verbalizar:

- Escala de FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

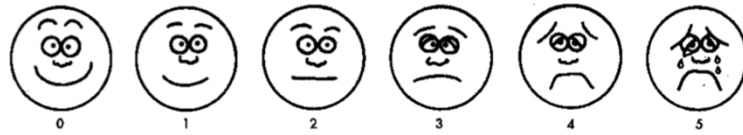
IDENTIFICAÇÃO			DATA
			HORA
	0	1	2
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso.	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
PERNAS	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas
ATIVIDADE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

Para crianças **entre os 4 e os 6 anos**:

- Escala de faces de Wong-Baker

(Escala válida a partir dos 3 anos)

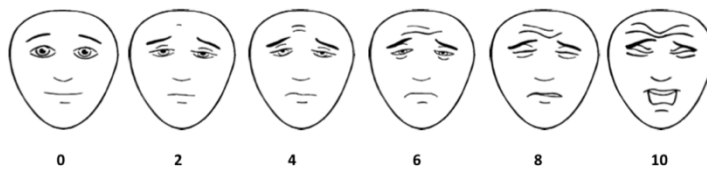
ESCALA DE FACES WONG-BAKER



- FPS-R (Faces Pain Scale – Revised)

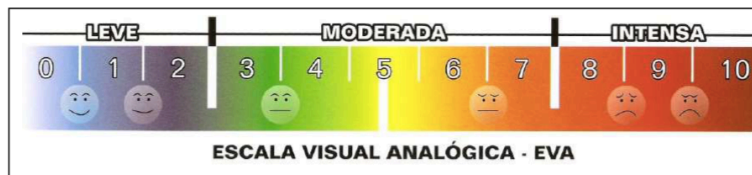
(Escala válida a partir dos 4 anos)

ESCALA DE FACES Revista

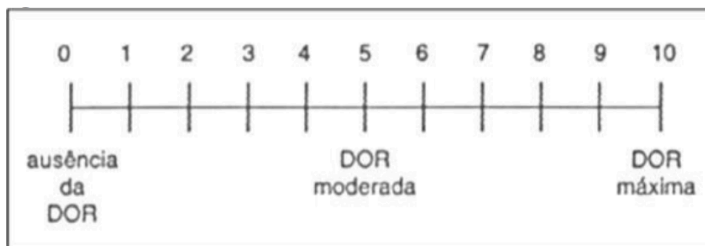


Para crianças **com mais de 6 anos**:

- EVA (Escala Visual Analógica)



- EN (Escala Numérica)



- FPS-R (Faces Pain Scale – Revised)

- Escala de faces de Wong-Baker

Para crianças com multideficiência:

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

Face 0 = Nenhuma expressão em especial ou sorriso 1 = Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada 2 = Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico Comportamento individualizado:
Pernas 0 = Posição normal ou relaxadas; tonificação normal & movimentação dos membros inferiores e superiores 1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais 2 = Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos Comportamento individualizado:
Actividade 0 = Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica 1 = Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes. 2 = Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); suster a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contracção muscular Comportamento individualizado:
Choro 0 = Sem choro/ verbalização 1 = Gemido ou choramingo, queixa ocasional; explosão verbal ou “grunhidos” ocasionais 2 = Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, “grunhidos” constantes Comportamento individualizado:
Consolabilidade 0 = Satisfeita e relaxada 1 = Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída. 2 = Difícil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto Comportamento individualizado:

3. EXPERIÊNCIA DE DOR ASSOCIADA AO ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Segundo o que nos é dito por Batalha (2010) e Oakes (2011) a compreensão da experiência dolorosa, bem como a capacidade de cada criança para descrever a mesma experiência são influenciadas pelo nível cognitivo de cada criança, sendo que a forma como cada criança se lembra das suas experiências de dor anteriores influencia a suas respostas à dor no futuro. Tal como nos diz Oakes (2011) as experiências de dor podem ser diferentes de criança para criança mesmo quando expostas ao mesmo estímulo doloroso. De acordo com Batalha (2010) as crianças mais novas referem maiores níveis de dor durante os procedimentos dolorosos, que os adolescentes. Isto acontece, provavelmente, dada a incapacidade das crianças mais novas em compreender conceitos abstratos de causa-efeito e de significado da dor, ao contrário dos adolescentes que muitas vezes não verbalizam a dor por assumirem que os profissionais sabem que eles têm dor ou mesmo por receio à administração de terapêutica ou a serem considerados bebés. Contudo, tanto uns como os outros têm memória da dor e, de acordo com Batalha (2010) esta não é afetada nem pela ansiedade nem pelas estratégias de *coping* da criança. Todavia a percepção da dor não é

apenas influenciada pelo nível cognitivo de cada criança, mas também pelos seus fatores psicológicos e o significado que atribuem à dor. Segundo o mesmo autor uma dor associada a aspetos positivos irá originar na criança respostas comportamentais que reduzem a sua perceção de dor. Como é o caso dos efeitos emocionais positivos como a sensação de controlo e domínio, associados a uma eficaz estratégia de *coping* utilizada pela criança, reduzindo a sensação dolorosa experienciada pela criança. Neste sentido, crianças com um temperamento mais difícil, com comportamentos negativos, mal adaptadas e sem famílias estáveis apresentam maiores níveis de ansiedade do que crianças com um temperamento mais fácil (Batalha, 2010). Tal como nos diz Oakes (2011), Jacob (2004) e é corroborado por Batalha (2010) “a criança com dor deve ser vista inserida num contexto particular e único, em que factores como o seu estágio de crescimento e desenvolvimento (fisiológico, psicológico e experiencial); (...) entre outros, influenciam a sua perceção dolorosa.” (p.21).

Assim e de uma forma generalizada, segundo o que nos é dito por Jacob (2004), Batalha (2010) e Oakes (2011) e de acordo com o estágio de desenvolvimento de cada criança foi possível elaborar o presente quadro que nos demonstra de que forma cada criança experiencia a sua dor, por forma a mais facilmente conseguirmos adequar as nossas estratégias de controlo da dor a cada criança, consoante o estágio de desenvolvimento em que se encontre.

ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO	EXPERIÊNCIA DE DOR
<p>Recém-nascidos até 1 ano</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Não tem palavras para descrever a dor; - Memorizam acontecimentos dolorosos; - Respondem ao comportamento dos pais (mais concretamente à sua ansiedade); - Choram intensivamente e inconsolavelmente, com gritos e lágrimas; - Sulcos acima e entre as sobrancelhas, compressão da fenda palpebral, sulco nasolabial, contratura e abertura da boca, tremor do queixo, face cianosada, língua tensa ou protusa, olhos fechados e fossas nasais largas e salientes; - Agitação com membros em flexão e extensão ou membros fixos em extensão, hipertonia e punhos cerrados; - Levam os joelhos ao peito; - Possível afastamento local reflexo das área estimulada nos recém-nascidos e afastamento deliberado da área estimulada nos lactentes; - Cianose, palidez, hipoxia, polipneia, taquicardia e hipertensão arterial; - Apresentam hipersensibilidade ou irritabilidade a qualquer estímulo, irritabilidade e consolabilidade difícil; - Não são capazes de comer ou dormir, ou podem apresentar um despertar frequente.
<p>1 - 3 anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Têm habilidades de linguagem limitada para descreve a dor, usando palavras como: “ai”, “ui” ou “dói”; - Podem ser verbalmente agressivos e chorar com intensidade; - Podem apresentar um comportamento regressivo ou resistente;

	<ul style="list-style-type: none">- A partir dos 18-24 meses começam a ser capazes de sinalizar a dor, sendo capazes de a descrever a partir dos 24 meses, não sendo ainda capazes de explicar a sua intensidade;- Choro, grito, expressão facial de raiva, caretas, cerrar os lábios e os dentes, balançar, arregalar os olhos, agitação, agressividade (como morder, bater ou fugir);- Batimentos com os 4 membros;- Retiram ou protegem a área dorida, podendo adotar uma posição antiálgica ou imobilidade;- Tentativas de afastar o estímulo antes que seja aplicado, com falta de cooperação;- Podem sentir mais ansiedade se os pais estiverem ausentes durante o procedimento doloroso;- Tendo em conta o início do desenvolvimento da sua autonomia e da sensação de controlo, já são capazes de fazer algumas escolhas durante os procedimentos.
3 – 6 anos	<ul style="list-style-type: none">- Uma vez que são egocêntricos nos seus pensamentos acreditam que todos os eventos e sensações advêm do seu mundo interno;- Utilizam a linguagem a um nível concreto e sensorial, para exprimir a dor;- Definem a dor através da sua localização ou propriedades físicas desagradáveis e são capazes de descrever a sua intensidade;- Agitação e agressão física, alterações na sociabilidade e dependência;- Acreditam na dor como uma punição por algo que fizeram (necessitam que lhes seja dito repetidamente que os procedimentos as experiências dolorosas não são punições pelo seu comportamento ou pensamento);- Não têm pensamentos causa-efeito e têm pouca compreensão do significado e causa da dor;

	<ul style="list-style-type: none"> - Misturam factos reais com ficção, podendo acreditar que os cortes fazem com que todo o sangue saia do seu corpo; - Têm pensamentos mágicos em relação ao desaparecimento da dor, sendo que os pensos têm grande poder porque “param o vazamento” e protegem o corpo do ambiente; - Acreditam que quanto maior for a quantidade de sangue pior é a ferida; - Não conseguem perceber como é que algo doloroso os vai ajudar a sentirem-se melhores; - Começam a perceber o conceito de tempo (o medicamento dará resultado quando acabar determinado programa de televisão); - Têm medo das lesões corporais e das agulhas; - Tentam atrasar os procedimentos dolorosos ou desconfortáveis; - Apresentam melhor cooperação no procedimento se forem envolvidos no mesmo; - O afastamento dos pais agrava a intensidade da sua experiência dolorosa; - Solicita apoio emocional, como abraços ou outras formas de conforto físico; - Tem tendência para culpar alguém pela sua dor, podendo bater nessa pessoa.
<p>6 – 12 anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Imobilidade, rigidez, posição fetal, proteger ou tocar a área dolorosa e fechar os punhos; - Frequentemente resistem ao movimento das áreas doridas e apresentam rigidez muscular, como punhos e dentes cerrados e testa enrugada; - Menor atividade motora e mais expressões verbais como “Dói” ou “estás a magoar-me”; - Têm raciocínio lógico, mas apenas para coisas concretas;

	<ul style="list-style-type: none"> - Começam a conseguir raciocinar em termos de causa efeito, começando a conseguir compreender as causas e significado da dor; - Conseguem descrever de forma clara a intensidade e qualidade da sua dor; - Gradualmente vão tendo pensamento mais lógico e razoável, ganhando mais comando sobre o ambiente que os rodeia; - Confiam mais nas suas estratégias de <i>coping</i>, do que nos pais; - Uma vez que são muitas vezes organizados por regras, costumam responder bem a rituais para lidar com os eventos dolorosos; - Geralmente já aprenderam alguns métodos de alívio da dor como permanecer quietos, de olhos fechados ou tentar agir corajosamente; - Com o avanço da idade tendem a diminuir os comportamentos de gritos e choro.
12 – 18 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Imobilidade, rigidez, posição fetal, proteger ou tocar a área dolorosa e fechar os punhos; - Podem tornar-se irritáveis, zangados, tristes, deprimidos, agressivos, isolarem-se, ou terem mudanças nos padrões de sono; - Têm pensamento abstrato e compreendem os relacionamentos causa-efeito; - Tendem a relacionar a dor com as suas implicações nos seus objetivos de vida e atividades diárias; - Embora já consigam ser capazes de resolver alguns problemas como os adultos, durante situações de stress costumam oscilar entre as respostas típicas dos adultos à dor e a regressão aos comportamentos mais imaturos;

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">- Muitas vezes sentem-se onnipotentes, como se nada os pudesse magoar o que leva a que muitas vezes recusem algumas estratégias de controlo da dor;- Necessitam de manter a sua autoestima e controlo, podendo por vezes não demonstrar comportamentos de dor por vergonha;- Têm medo de perder o controlo durante a experiência dolorosa, pelo que beneficiam com o ensino de técnicas para manter o controlo da dor durante os procedimentos;- Acreditam que os profissionais de saúde sabem quando é que eles precisam de medicação para a dor, pelo que muitas das vezes não a pedem;- Por vezes podem negar a dor ou recusar analgésicos na presença de determinados familiares ou pares, pela pressão dos mesmos. |
|--|---|

4. ESTRATÉGIAS DE CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA

Através das medidas farmacológicas a dor da criança acaba por ser aliviada, no entanto a utilização de medidas não farmacológicas também tem um efeito muito positivo nas crianças, funcionando como um importante recurso no alívio da dor, quer de forma isolada ou em simultâneo com as medidas farmacológicas (OE, 2013). Segundo nos diz Batalha (2010) muitas das vezes estas medidas são colocadas em prática, contudo uma vez que os enfermeiros não são responsabilizados legalmente pelo seu não registo acabam por não registar as suas intervenções neste âmbito, tornando o seu uso na prática clínica desconhecido.

4.1 Estratégias não Farmacológicas

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013) estas podem ser de vários níveis, relacionadas com as diferentes dimensões da dor caracterizadas por Batalha (2010) e de forma a permitir-nos elaborar medidas de conforto consoante o contexto onde está presente a necessidade de conforto da criança: comportamentais, se “envolvem o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor (...).” (p.18); cognitivas, se “utilizam métodos mentais para lidar com a dor (...).” (p.18); cognitivo comportamentais, se “utilizam estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, que modificam a perceção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar (...).” (p.18); físicas ou periféricas, se “permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular.” (p.18); de suporte emocional, se “implica a presença de alguém significativo que proporciona o conforto.” (p.18) e também ambientais, como a “melhoria das condições ambientais, nomeadamente no que diz respeito à luz, ao ruído, à temperatura e à decoração.” (p.18). Tornam-se assim muito importantes na medida em que muitas delas modificam o significado da dor conseguindo-se, através da sua utilização uma reestruturação cognitiva, direcionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivencia da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão (OE, 2013).

No entanto, tal como nos é dito pela OE (2013) a sua seleção e posterior utilização deverá depender dos recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade de cada criança à dor, das preferências, habilidades,

desenvolvimento cognitivo, estratégias de *coping* e tipo de dor de cada criança, bem como do contexto em que a criança se encontra e das características do procedimento a realizar.

De acordo com o nível em que se processa a modulação do estímulo doloroso as estratégias não farmacológicas no controlo da dor podem classificar-se em: **comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas, de suporte emocional, ou ambientais** (OE, 2013).

Estratégias comportamentais

Estas são estratégias que envolvem o ensino de comportamentos que promovem o alívio da dor, como por exemplo a distração comportamental e o relaxamento muscular (OE, 2013).

A distração comportamental é uma estratégia que visa a realização de exercícios que permitam a redução da ansiedade e medo da criança, como a realização de atividades físicas antes dos procedimentos, que permite deixar a criança mais relaxada e menos preocupada.

Por sua vez o relaxamento muscular permite a diminuição da tensão muscular, promovendo o sono, aumentando o autocontrolo, reduzindo a fadiga, promovendo a distração, melhorando o humor, diminuindo o *stress* antecipatório e a ansiedade prévia, bem como permitindo o reforço da relação enfermeiro/criança pela atenção individualizada utilizada na aplicação desta estratégia.

Estratégias cognitivas

Estas são estratégias que utilizam métodos mentais para lidar com a dor, como por exemplo o fornecimento de informação prévia, a distração, o reforço positivo, a imaginação guiada ou mesmo a simulação ou modelação.

O fornecimento de informação prévia ao mesmo tempo que pode ser utilizado como uma estratégia de controlo da dor na criança é também um dever dos enfermeiros e um dos direitos da criança. Esta deve ser adequada à sua faixa etária, coincidindo com o momento da realização do procedimento, permitindo a explicação à criança de todas as etapas do procedimento bem como das sensações que o mesmo pode provocar, através de desenhos, vídeos, manipulação dos instrumentos, permitindo um aumento do seu autocontrolo e uma diminuição do medo e da ansiedade.

A distração, enquanto estratégia cognitiva permite o direcionar da atenção da criança para situações não relacionadas com o procedimento doloroso. Estas

podem ser: leitura de livros, música, visualização de vídeos de ação ou televisão, exercícios de respiração, conversas sobre assuntos de interesse da criança, pequenos jogos, bolas de sabão, utilização de linguagem “teatral”, no caso das crianças mais pequenas, ou mesmo mostrar alguma coisa que tenha muitas cores, com movimento ou com som, que desperte o interesse da criança alterando o seu foco de atenção, descentrando o seu pensamento do procedimento a realizar (OE, 2013).

Por sua vez, o reforço positivo promove o elogio à criança após a utilização de estratégias para o controlo da dor pela mesma, bem como promove a utilização de uma recompensa após o procedimento realizado, modificando assim o significado da dor, na medida em que é uma tentativa de transformar a dor num desafio a alcançar. Estas recompensas podem passar por um penso rápido colorido ou com bonecos, autocolantes, recortar o adesivo de uma forma diferente, ou mesmo um diploma de coragem. Contudo é importante que estas recompensas sejam dadas pelo esforço, evitando o suborno antes do procedimento (OE, 2013).

Relativamente à imaginação guiada esta é uma estratégia que procura a obtenção de uma sensação de bem-estar e relaxamento focando a atenção da criança numa ideia ou imagem em particular, promovendo a concentração da criança para um lugar agradável, atividade favorita, pensamentos positivos ou histórias de super-heróis e não para o procedimento, atuando como distração e alívio da ansiedade (OE, 2013). Neste tipo de estratégia facilita também a utilização de um conjunto de sensações diferentes e agradáveis como imagens, sons, cheiros e o tato.

Por último, a simulação ou modelação compreende a simulação ou demonstração do procedimento a realizar por outra pessoa por exemplo num boneco, com a finalidade de informar a criança sobre o procedimento a realizar sugerindo comportamentos que a ajudem a lidar com a dor e a ansiedade, demonstrando o que advém de bom da realização do mesmo. Esta estratégia pode também ser realizada pela criança permitindo a utilização de instrumentos reais ou de brincar facilitando a antecipação da situação real (OE, 2013).

Estratégias Cognitivo-comportamentais

Este tipo de estratégias utilizam estratégias de associação com foco na cognição e no comportamento modificando a perceção da dor e melhorando a capacidade da criança em enfrentar a mesma. Estas implicam a combinação de

pelo menos uma estratégia cognitiva e uma comportamental, facilitando a modificação dos processos cognitivos da criança atenuando a sua percepção de dor. Pretende-se assim que a criança consiga compreender a associação entre os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos e a sua dor, permitindo que esta consiga perceber quais advêm da dor e quais fazem aumentar a sua intensidade.

Estratégias físicas ou periféricas

Estas dizem respeito a estratégias que permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuindo a reação inflamatória e a tensão muscular, como é o caso da aplicação de calor/frio, do toque/ massagem superficial, do posicionamento (OE, 2013).

A aplicação de calor promove a circulação sanguínea, que por sua vez permite um efeito analgésico através da ativação do sistema supressor da dor e do relaxamento muscular (OE, 2013).

Relativamente à aplicação de frio esta por sua vez promove a diminuição da circulação sanguínea, proporcionando uma ação anti-inflamatória favorecendo o alívio da dor e a redução de edema (OE, 2013).

Por sua vez, o toque/massagem superficial permitem uma estimulação cutânea que alivia a dor através do relaxamento e da distração bem como permite a ativação de mecanismos inibitórios da dor (OE,2013).

Por último, os posicionamentos permitem o alívio da dor através da promoção do conforto nas mudanças de posição, sendo que nas crianças mais pequenas a sua contenção em “ninhos” e rolos de posicionamento permite a promoção da sua autorregulação, evitando a desorganização motora e um maior controlo da dor (OE, 2013). Da mesma forma, a possibilidade da criança escolher onde quer estar durante a realização do procedimento, na cama, sentada ou ao colo de alguém, permite um maior controlo da dor da mesma ao contrário da criança que não teve opção de escolha (OE, 2013). De forma a sabermos como utilizar da melhor forma esta estratégia podemos consultar o documento que consta do Apêndice II do presente guia, sobre o assunto.

Estratégias de suporte emocional

Este tipo de estratégias implicam a presença de alguém significativo que proporciona conforto, podendo também incluir a preparação psicológica da criança para o procedimento através de um conjunto de estratégias destinadas a tranquilizar a criança e família obtendo a sua colaboração na realização do

procedimento (OE, 2103). Nos recém-nascidos o método canguru permite reduzir significativamente a duração do choro, a atividade comportamental e a diminuição d frequência cardíaca em recém-nascidos prematuros (OE, 2013) sendo uma intervenção multissensorial que envolve o tato, o olfato, a estimulação vestibular e o reconhecimento auditivo (DGS, 2012). Por sua vez o contacto físico dos pais também com o recém-nascido parece atenuar a resposta comportamental fisiológica à dor em recém-nascidos de termo (OE, 2013).

A separação da criança dos pais gera *stress* na criança, podendo aumentar a sua perceção e intensidade da dor, diminuindo o seu controlo da mesma. Por sua vez, a sua presença facilita a tradução das queixas da criança aos profissionais de saúde orientando a criança na adoção de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor ou mesmo auxiliando na aplicação destas mesmas estratégias, diminuindo a ansiedade da criança promovendo o seu sentimento de segurança (OE, 2013). No entanto, por forma a facilitar a realização do procedimento e o controlo da dor pela criança, os pais antes da realização do procedimento, devem ser instruídos acerca dos comportamentos verbais e não verbais que devem adotar nestas circunstancias e que proporcionam um maior controlo da dor por parte da criança.

Estratégias Ambientais

Estas estratégias visam a melhoria das condições ambientais nomeadamente no que diz respeito à luz, ao ruído (promovendo o silêncio e diminuindo os alarmes sonoros dos monitores), à temperatura ou mesmo à decoração (OE, 2013). A realização dos procedimentos em salas acolhedoras, com brinquedos para as crianças, televisão e desenhos permitem uma maior abstração da criança do procedimento facilitando a utilização dos objetos na mesma como estratégia de controlo da dor.

Outras estratégias

Existem ainda outras estratégias não farmacológicas que podem ser utilizadas no alívio da dor na criança como: a amamentação/aleitamento materno, a sucção não nutritiva, a sacarose, o brinquedo terapêutico e o humor.

De acordo com a DGS (2012) a amamentação permite combinar a sucção, o contacto materno e o preenchimento gástrico, promovendo uma redução das respostas da dor mediada pelo sistema opióide endógeno, sendo que, de acordo com a OE (2013) o leite materno é também um promotor do alívio da dor, quer por aleitamento materno quer administrado por sonda nasogástrica.

Por sua vez a sucção não nutritiva permite a diminuição da hiperatividade modulando o desconforto do recém-nascido, contudo a analgesia promovida por esta sucção parece apenas ocorrer durante os movimentos ritmados de sucção, podendo existir dor aquando da sua interrupção (DGS, 2012 e OE, 2013).

A sacarose por sua vez permite um alívio da dor através da estimulação oro-degustativa que parece ativar o sistema opióide endógeno e não a absorção da solução (DGS, 2012), devendo a mesma ser colocada na porção anterior da língua onde se encontram as papilas gustativas (OE, 2013). De forma a sabermos como utilizar da melhor forma esta estratégia podemos consultar a sua orientação de administração que consta do apêndice III do presente guia.

O brinquedo terapêutico permite uma partilha de informação tando do enfermeiro para a criança como da criança para o enfermeiro permitindo uma expressão dos medos, desejos e experiencias vividas da criança, possibilitando a libertação de emoções, tensões frustrações permitindo um maior controlo das situações que assustam a criança facilitando a compreensão da necessidade do procedimento a realizar. Este possibilita a preparação da criança para os procedimentos invasivos possibilitando o manuseamento dos materiais que irão ser utilizados durante o procedimento, facilitando a comunicação entre a criança e o enfermeiro (OE, 2013). Neste sentido e de forma a percebermos melhor de que forma podemos utilizar o brinquedo na preparação da criança para os procedimentos dolorosos facilitando um melhor controlo da dor pela mesma podemos consultar o documento elaborado sobre o mesmo que consta do apêndice IV do presente guia.

Por último, também o humor é uma estratégia que proporciona o alívio da tensão e das preocupações tendo como finalidade a comunicação com a criança tornando as relações mais próximas ed e maior confiança. Esta estratégia permite também a criação de um clima de leveza e de prazer, permitindo relativizar determinadas situações e ajudando a desdramatizar situações difíceis tendo capacidade de transformar a tristeza em alegria e o desespero em boa disposição, este estimula expressões como o sorriso e o riso associadas ao prazer e ao bem-estar (OE, 2013). Por sua vez o riso, promovido pelo humor, estimula a produção de endorfinas e diminui a intensidade dos fenómenos dolorosos e a recetividade do organismo à dor, facilitando o relaxamento dos músculos respiratórios (OE, 2013). Tal como nos é dito pela OE (2013) “ um minuto de riso equivale a 45 minutos de relaxamento” (p. 43).

4.2 Estratégias Farmacológicas

A estratégia a adotar deve atender às necessidades da criança, bem como à própria natureza do procedimento. Para além das estratégias não farmacológicas o controlo da dor pode também ser obtido através de estratégias como a sedação e a anestesia (Academia Americana de Pediatria, 2001). A Academia Americana de Pediatria diz-nos mesmo que os anestésicos locais devem ser utilizados mesmo em procedimentos mais simples como a punção venosa, sendo que o uso de sedação de forma isolada não atua com analgesia mas facilita a diminuição da ansiedade e *stress* associados a determinado procedimento. Assim sendo, às estratégias não-farmacológicas utilizadas devemos, sempre que possível e recomendado, acrescentar uma estratégia farmacológica.

De acordo com o que nos é dito pela DGS (2012 0 18 anos), no que diz respeito aos procedimentos com agulhas e dependendo do procedimento a realizar, a intervenção farmacológica deverá incluir o uso de anestesia tópica local como o EMLA ou a lidocaína lipossómica creme a 4%, a analgesia sistémica pelo uso de opióides, ou mesmo a utilização da mistura equimolar de protóxido de azoto. Neste sentido e de acordo com o procedimento a realizar, a faixa etária da criança e a situação em que a criança se encontra, deve ser estabelecido, pelo profissional diretamente envolvido nos cuidados à criança, um plano farmacológico de analgesia individualizado para cada criança e que deverá ser avaliado regularmente tendo em conta a sua eficácia.

EMLA e Lidocaína lipossómica creme a 4%

De acordo com o que nos é dito pela DGS (2012- 0 to 18 anos) o EMLA (lidocaína + prilocaína creme) deve ser utilizado para a anestesia tópica da pele íntegra nos procedimentos de colocação de epicutâneo, punção lombar, punção venosa periférica, injeção intramuscular ou subcutânea e vacinação, tendo o seu início de ação aos 60 minutos e o seu pico de ação aos 120 minutos.

De forma a sabermos como utilizar da melhor forma esta estratégia podemos consultar a sua orientação de administração que consta do apêndice V do presente guia.

Opióides

No que diz respeito aos opióides a DGS (2012 0 to 28 dias) sugere a utilização dos mesmos apenas no procedimento da punção lombar, através da

administração de bólus de midazolam no recém nascido de termo, se o mesmo se encontrar agitado, senão apenas sugere a sua utilização em crianças ventiladas. A sua escolha irá também depender da intensidade da dor esperada, devendo optar-se sempre por fármacos com início de ação rápido e maior potência analgésica (DGS, 2012 0 to 18 anos).

Mistura Equimolar de Protóxido de Azoto

Relativamente a esta estratégia a DGS (2012-0to 18 anos) sugere a sua utilização enquanto analgesia e sedação em procedimentos como a punção lombar e a punção venosa periférica. De acordo com a mesma, esta mistura tem o seu início de ação entre 2 a 5 minutos após início de utilização sendo a sua duração até 5 minutos após a suspensão da inalação, não devendo nunca ultrapassar os 60 minutos de utilização. Esta mistura consiste no fluxo de gás de protóxido de azoto e oxigénio 50/50% através da inalação, necessitando de alguma colaboração por parte da criança para a sua total inalação e efeito desejado.

5. ESTRATÉGIAS DE CONTROLO DA DOR NOS PROCEDIMENTOS COM AGULHAS DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA

Antes do início de qualquer procedimento e da escolha das estratégias de controlo da dor a utilizar, de acordo com a DGS (2012 – 1 to 18 anos), existem um conjunto de orientações que devemos cumprir e que passam por:

1. “Planear os procedimentos invasivos sempre que possível, agrupando-os e reduzindo o seu número” (p. 1);
2. “Preparar e informar previamente as crianças e adolescentes acerca dos procedimentos, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo” (p.1);
3. “Preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança” (p.1);
4. “Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento” (p.1);
5. “As vias de administração menos invasivas são privilegiadas (ex: oral, intranasal, transmucosa, inalatória, tópica). São evitadas, sempre que possível, as vias intramuscular e retal” (p.3);
6. Levar a criança para um local calmo, acolhedor, com brinquedos e/ou televisão, como a sala de tratamentos.

FAIXA ETÁRIA	ESTRATÉGIA A UTILIZAR
0-1 ANO	<p>1. Aplicação de EMLA, se procedimento não urgente;</p> <p>2. Proceder à contenção com um lençol, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca – <i>swaddling</i></p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p style="text-align: center;">Utilização do método canguru</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p style="text-align: center;">Contenção com lençol + colo materno ou paterno;</p> <p>3. Utilização da Sucção Não Nutritiva (SNN) com sacarose ou leite materno</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p style="text-align: center;">Aleitamento Materno.</p> <p>4. Utilização de distração através de objetos com som e com muitas cores vivas</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p style="text-align: center;">Utilização de caixinha de musica ou musica ambiente tranquila</p> <p>NOTA: Para a colheita de sangue evitar, sempre que possível, a punção do calcanhar, reservando-a para a pesquisa pontual de glicémia na impossibilidade de realizar a punção venosa (DGS, 2012 0-28 dias).</p>
1-3 ANOS	<p>1. Aplicação de EMLA, se procedimento não urgente;</p> <p>2. Utilizar o posicionamento ao colo dos pais ou numa outra posição de conforto para a criança se esta assim preferir;</p> <p>3. Distração através da utilização de livros coloridos de histórias, canções ou rimas</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p style="text-align: center;">Utilização de boneco para modelo e coroas de princesa e rei</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p style="text-align: center;">Utilização de objetos musicais que façam barulho, jogos de encaixe (cubos ou legos)</p> <p style="text-align: center;">Ou</p>

	<p>Utilização de moinhos de vento ou bolas de sabão, pedindo colaboração da criança para a sua realização</p> <p>4. Colocação de pensos coloridos, se aplicável.</p>
4-6 ANOS	<p>1. Aplicação de EMLA, se procedimento não urgente;</p> <p>2. Utilizar o posicionamento ao colo dos pais ou numa outra posição de conforto para a criança se esta assim preferir;</p> <p>3. Distração através da utilização de livros de histórias relacionadas com a saúde</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p>Utilização de óculos de realidade virtual (Ideias de vídeos a utilizar presentes no apêndice VI do presente guia)</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p>Utilização de puzzles, caleidoscópios, cartas, ou outros brinquedos do interesse da criança</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p>Utilização de moinhos de vento ou bolas de sabão, pedindo colaboração da criança para a sua realização</p> <p>4. Colocação de pensos coloridos, se aplicável;</p> <p>5. Fornecer Diploma de coragem e/ou crachás e medalhas de bom comportamento e coragem.</p>
7-11 ANOS	<p>1. Aplicação de EMLA, se procedimento não urgente;</p> <p>2. Utilizar o posicionamento ao colo dos pais ou numa outra posição de conforto para a criança se esta assim preferir;</p> <p>3. Distração através da utilização de livros do corpo humano</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p>Utilização de óculos de realidade virtual (Ideias de vídeos a utilizar presentes no apêndice VI do presente guia)</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p>Utilização de puzzles, quebra-cabeças, jogos de encaixe (lego) e cubo mágico</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p>Utilização de bolas anti-stress ou slime</p> <p>4. Colocação de pensos coloridos, se aplicável;</p> <p>5. Fornecer Diploma de coragem e/ou crachás e medalhas de bom comportamento e coragem ou rebuçados.</p>

12 -18 ANOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicação de EMLA, se procedimento não urgente; 2. Questionar posicionamento que prefere para o efeito e presença ou não dos pais; 3. Distração através da utilização de livros do corpo humano, de anedotas ou enigmas <p style="text-align: center;">Ou</p> <p style="text-align: center;">Utilização de óculos de realidade virtual (Ideias de vídeos a utilizar presentes no apêndice VI do presente guia)</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p style="text-align: center;">Utilização de puzzles, quebra-cabeças, cubo mágico, palavras cruzadas, sudoku</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p style="text-align: center;">Utilização de bolas anti-stress ou slime</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Colocação de pensos coloridos, se aplicável, e de acordo com estadia de desenvolvimento da criança; 5. Fornecer Diploma de coragem e/ou crachás e medalhas de bom comportamento e coragem ou rebuçados, de acordo com estadio de desenvolvimento da criança.
------------------------	---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia Americana de Pediatria (2001). The assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. *Pediatrics*. 108 (3), 793-797.
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Cordoni, A. & Cordoni, L.E. (2001). Eutectic mixture of local anesthetics reduces pain during intravenous catheter insertion in the pediatric patient. *Clinical Journal of Pain*. 17 (2), 115-118.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos(0 a 28 dias)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Direção-Geral de Saúde. (2017). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Fernandes, A. (2000). *Crianças com dor: O quotidiano do trabalho de dor no hospital*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Hockenberry, M. J. e Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M. J. Hockenberry e D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol.1, p.1 – 20). Loures: Lusociência.
- IASP (2017). IASP Terminology (Web page). Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- Jacob, E. (2014). Apreciação e gestão da dor na criança. In M. J. Hockenberry e D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol.1, p.188 – 239). Loures: Lusociência.
- Oakes, L. L. (2011). *Compact clinical guide to infant and child pain management: An evidence-based approach for nurses*. New York: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ramponi, D. (2009). Reducing pain in pediatric procedures in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 35 (4), 379-382.

APÊNDICES

APÊNDICE I

INSTRUMENTO PARA COLHEITA DE DADOS SOBRE A HISTÓRIA DE DOR

Idade:	
Questões a colocar à criança	Questões a colocar aos pais
<p>Escala utilizada para avaliação da dor:</p> <p>Intensidade obtida:</p>	-
O que gosta que lhe façam ou o que gosta de fazer quando tem dor?	O que costuma contribuir para aliviar a dor na criança?
O que não gosta de fazer ou o que não gosta que lhe façam quando tem dor?	O que costuma contribuir para aumentar a dor na criança?
Toma xarope quando tem dor? Se sim, este costuma ajudar na sua dor?	Quais os medicamentos que costumam aliviar a dor do seu filho?
O que gosta de fazer para se distrair?	Que estratégias costuma adotar para aliviar a dor na criança para além de medicamentos (chucha, colo, posicionamento, massagem, distração,...)?
Já teve alguma dor? Quando? Como se sentiu nessa altura? O que fez?	Quais as palavras que a sua criança utiliza para dizer que tem dor? Como sabe que ela tem dor?

Recorda-se da pior dor que já teve? Quando aconteceu essa dor? Quais os seus maiores medos?	Quais as experiências dolorosas que a criança teve no passado? Quais os maiores medos da criança?
Quando está com dor conta a alguém? Se sim, a quem?	Como é que a criança se comporta quando tem dor? Com quem vai ter e o que lhe diz ou faz?
Perceber como a criança se comporta com os seus pais.	Perceber qual a relação entre os pais e a criança.
O que não pode fazer quando tem dor? Pode brincar? Pode ir ao jardim?	Quais efeitos da dor na vida da criança e da família? Perceber se a criança fica mais próxima ou mais afastada dos pais quando tem dor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

APÊNDICE II

POSICIONAMENTOS DE CONFORTO A UTILIZAR DURANTE PROCEDIMENTOS COM AGULHAS NA CRIANÇA

De acordo com o que nos é dito por Stephens, Barkey e Hall (1999) os procedimentos invasivos podem ser experiências desagradáveis para as crianças, seus pais e profissionais de saúde, despertando-nos para a importância de aumentar

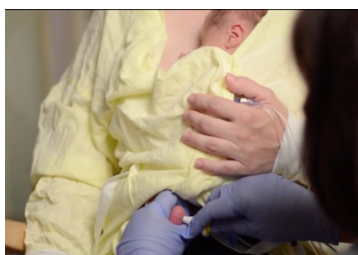
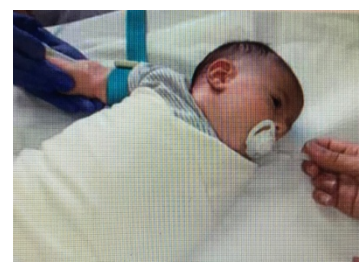
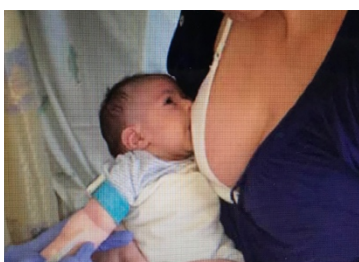
o conforto na criança e pais durante este tipo de procedimentos. De acordo com alguns autores estes últimos podem ser punções venosas, punções lombares, colocação de sondas nasogástricas (Haworth Continuing Features Submission, 1993), aspiração de secreções (Batalha, 2010), ou até mesmo injeções (Hart e Bossert, 1994). Para além de dolorosos estes procedimentos são também stressantes e causadores de medo à criança (Bice e Wyatt, 2016). O medo causado pela antecipação destes procedimentos pode contribuir para aumentar a dor e posteriormente o stress, associado a tais procedimentos (Cavender, Goff, Hollon e Guzzetta, 2004). Neste sentido, quando pensamos em conforto, não nos podemos centrar apenas nas questões do momento efetivo da dor mas sim em todo o processo relativo ao procedimento (Bice e Wyatt, 2016). Assim sendo e tendo em conta que o posicionamento da criança de uma maneira confortável durante determinado procedimento é uma das técnicas recomendadas para proporcionar o conforto nas crianças durante este tipo de procedimentos dolorosos (Stephens, Barkey e Hall, 1999), torna-se importante o estudo sobre o tema. Tal como nos diz Brown (2014), em procedimentos em que as crianças não são capazes de cooperar, o enfermeiro é responsável por minimizar o seu movimento e o seu desconforto utilizando um posicionamento da criança adequado para o efeito.

Durante os procedimentos dolorosos uma das situações mais comuns de acontecer passa pela criança gritar e se debater enquanto é segurada pelos profissionais para a realização de determinado procedimento (Sparks, Setlik e Luhman, 2007). No entanto muitas são as vezes em que estes comportamentos são observados apenas por as crianças estarem a ser seguradas e em antecipação à dor, intensificando o medo e aumentando a sua perceção da dor (Sparks, Setlik e Luhman, 2007). Face à pouca colaboração da criança e à necessidade de uma base estável para a realização dos procedimentos (Sparks, Setlik e Luhman, 2007), de forma a permitir que esses procedimentos sejam realizados com segurança tanto para a criança como para os profissionais que realizam o procedimento (Tomlinson, 2004), os enfermeiros começaram a utilizar a contenção como uma estratégia de posicionamento da criança (Sparks, Setlik e Luhman, 2007). Contudo, determinados tipos de contenção, nomeadamente a colocação da criança em posição supina sobre a cama (Stephens, Barkey e Hall, 1999), normalmente utilizados por vários profissionais em simultâneo, acaba por originar um maior sofrimento à criança uma vez que acaba por diminuir o controlo da mesma face ao procedimento a realizar (Sparks, Setlik e Luhman, 2007; Lacey, Finkelstein e Thygeson, 2008). Alguns autores

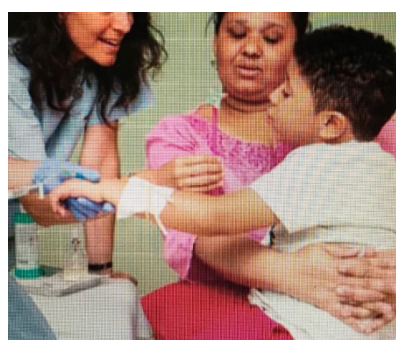
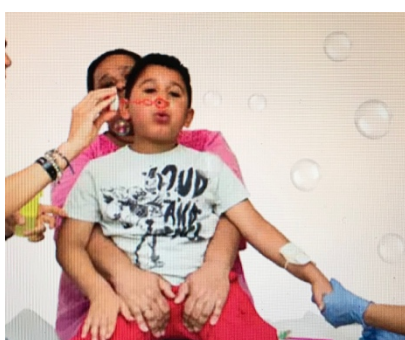
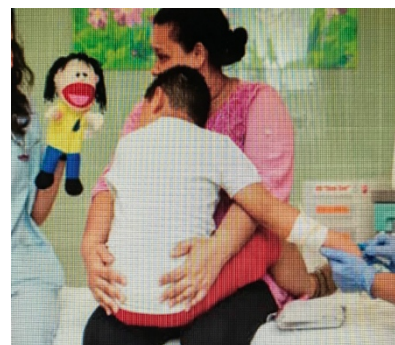
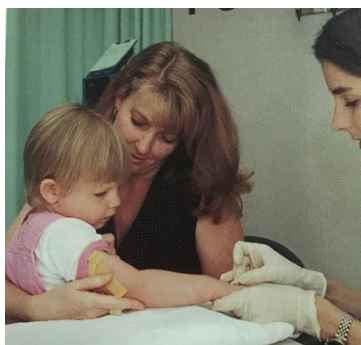
referem ainda que o posicionamento da criança ao colo dos pais (Stephens, Barkey e Hall, 1999), ou na posição de sentado (Lacey, Finkelstein e Thygeson, 2008), numa posição de conforto que lhes é familiar, facilita a cooperação da criança e a manutenção da sensação de controlo por parte da mesma durante a realização dos procedimentos (Stephens, Barkey e Hall, 1999). Os mesmo autores consideram ainda que, se a criança for cooperativa, os pais não devem ser chamados a realizar este posicionamento da criança, mas sim um outro profissional. Isto deve-se à existência de alguma dificuldade face à colocação da criança na posição necessária e, caso a criança se movimente, à carga emocional que fica inadequadamente dirigida aos pais (Stephens, Barkey e Hall, 1999). Contudo existem também alguns autores que consideram que uma das formas de proporcionar conforto à criança durante os procedimentos pode passar pela ajuda dos pais no seu posicionamento (Bice e Wyatt, 2016; Tomlinson, 2004). Lacey, Finkelstein e Thygeson (2008) consideram ainda que o procedimento de administração de injeções com a criança na posição de sentado demora menos tempo que o mesmo procedimento realizado com a criança na posição de deitada, ainda que não seja uma constatação estatisticamente significativa.

Assim, e tendo em conta as imagens e orientações transmitidas pela APED (2018) e outras imagens retiradas da internet, podemos então sugerir como posicionamentos de conforto a adotar durante os procedimentos com agulhas nas crianças as seguintes:

Em Recém-nascidos e lactentes



Em crianças mais velhas



Estes posicionamentos, em simultâneo com outras estratégias quer farmacológicas quer não farmacológicas de controlo da dor, irão permitir aconchegar a criança deixando um membro acessível para a realização do procedimento, promover o conforto, diminuir a ansiedade na criança e nos pais e permitir uma maior sensação de segurança e controlo do procedimento nas crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2018). *Desenhos da minha dor*. [s.l.]: APED.
- Batalha L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Bice, A. A., Wyatt, T. H. (2016). Holistic comfort interventions for pediatric nursing procedures: a systematic review. *Journal of Holistic Nursing*. 35(3), 280-295.
- Brown, T. L. (2014). Especificidades nas intervenções de enfermagem em pediatria. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol. 2, p. 1061-1118). Loures: Lusociência.

- Cavender, K., Goff, M. D., Hollon, E. C. & Guzzetta, C. E. (2004). Parents' Positioning and distracting children during venipuncture. *Journal of Holistic Nursing*. 22(1), 32-54.
- Hart, D., Bossert, E. (1994). Self-reported fears of hospitalized school-age children. *Journal of Pediatric Nursing*. 9(2), 83-90.
- Haworth Continuing Features Submission. (1993). Acute pain management in infants, children and adolescents: operative and medical procedures, quick reference guide for clinicians. *Journal of Pharmaceutical Care in pain & Symptom Control*. 1(1), 85-108.
- Lacey, C. M., Finkelstein, M. & Thygeson, M. V. (2008). The impact of positioning on fear during immunizations: supine versus sitting up. *Journal of Pediatric Nursing*. 23(3): 195-200.
- Sparks, L. A., Setlik, J. & Luhman, J. (2007). Parental Holding and positioning decrease IV distress in young children: a randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*. 22(6), 440-447.
- Stephens, B.K., Barkey, M. E. & Hall, H.R. (1999). Techniques to comfort children during stressful procedures. *Accident & Emergency Nursing*. 7, 226-236.
- Tomlinson, D. (2004). Physical restraint during procedures: issues and implications for practice. *Association of Pediatric Oncology Nurses*. 21(5), 258-263.

APÊNDICE III



DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA MANUAL DE SERVIÇO PEDIATRIA – PISO 6	ORIENTAÇÃO N.º Administração de sacarose 24%	
	Elaborado por: Enf. ^a Romina Costa (Estudante da Especialidade de ESIP da ESEL) Colaboração: Enf. ^a Eduarda Data: 01/2020	
	Aprovação Data: __/__/____ Responsável:	Revisão Data: __/__/____ Responsável:

<p>14. Destinatários</p> <p>Esta orientação aplica-se a todos os enfermeiros do Serviço de Pediatria - Piso 6, do HSM.</p>		
<p>15. Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlo da dor em crianças dos 0 aos 12 meses, quando sujeitas a procedimentos dolorosos; • Promover o conforto à criança e família, face a procedimentos dolorosos. 		
<p>16. Descrição</p> <p>A sacarose 24% é um dissacarídeo constituído por uma molécula de glicose e uma molécula de frutose e água destilada.</p> <p>Esta é recomendada pela Academia Americana de pediatria como uma intervenção não farmacológica para alívio da dor aguda em recém-nascidos durante a realização de procedimentos invasivos, sendo também uma estratégia eficaz e segura reconhecida pelo <i>International Evidence-Based Group for Neonatal Pain</i>¹. O efeito antinocicetivo é mediado através das papilas gustativas (sensação do gosto doce), não decorrendo da absorção da mesma, pelo que a sua administração deverá ser realizada na porção anterior da língua¹. Esta estimulação oro-degustativa permite a libertação de endorfinas e ativa o sistema opióide endógeno conduzindo a uma redução do nível de dor^{2,3}.</p> <p>Quando associada à Sucção Não Nutritiva (SNN), como a utilização da chucha, o seu efeito é pontenciado², através da inibição da hiperatividade, diminuindo o tempo de choro e atenuando a mimica facial de dor, modulando o desconforto na criança, através da libertação de endorfinas endógenas¹.</p> <p>As fibras nervosas sensoriais da língua são estabelecidas entre a 26^a e a 28^a semanas de gestação, podendo a sacarose 24% ser utilizada no RN a partir das 28 semanas³.</p>		
<p>17. Apresentação</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ BABYCALMINE® Solução oral estéril de sacarose 24%, sem conservante ou agente químico 1 ampola = 2ml ➤ Solução oral estéril de sacarose 24% 1 ampola = 2 ml 		
<p>18. Indicações</p> <p>De acordo com a DGS⁴ a sacarose 24% traz benefícios concretos às crianças no controlo da dor em procedimentos invasivos e dolorosos, como: aspiração traqueal (se ventilados), colocação de cateter venoso central/ umbilical, colocação/remoção de dreno torácico, administração de terapêutica via subcutânea e/ou intramuscular, limpeza e tratamento de feridas, punção do calcâneo, punção lombar, punção supra-púbica, punção venosa periférica, punção arterial, rastreio oftalmológico e colocação de sonda nasogástrica.</p>		

19. Dosagem

SACAROSE a 24%			
DOSE MÍNIMA EFICAZ	0,05 – 0,5ml		
IDADE	RN de 27 a 31 semanas de IG	RN de 32 a 36 semanas de IG	RN de termo
DOSE MÁXIMA RECOMENDADA	0,5ml	1ml	2ml
Nº. DE TOMAS MÁXIMAS	4 tomas/dia		6 tomas/dia

- Administrar primeiramente 2 minutos antes do procedimento e de seguida durante o procedimento.
- Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose máxima pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos.

Validade: A sacarose 24% após aberta deve ser conservada no frio e utilizada no prazo máximo de 1 semana.

20. Efeitos Adversos

A sacarose 24% tem como efeitos adversos a flatulência e a hiperglicemia. Por ser de consistência líquida surge também o risco de aspiração se a sua administração não for supervisionada por um profissional de saúde.

21. Contraindicações

Não utilizar sacarose 24% em crianças que sejam intolerantes à glicose e frutose, que estejam sedados, em hiperglicemia ou sob suspeita de endocardite necrosante.

22. Instruções de administração

7. Administração de 1/3 da dose recomendada 2 minutos antes do procedimento a realizar, sobre a porção anterior da língua;
8. Administração da mesma com o uso de seringa para um melhor controlo da dosagem a administrar;
9. Aplicação de estratégias não farmacológicas complementares como: SNN, colo dos pais, canguru, posicionamento;
10. Administração da restante dose recomendada, através de seringa, fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos;
11. Registrar a administração da mesma nas notas de enfermagem, bem como a sua hora de administração, volume administrado e eventual ocorrência de efeitos adversos;
12. Respeitar a data de validade.

23. Estratégias complementares de controlo da dor

A sacarose 24% pode e deve ser associada a outras estratégias não farmacológicas ou farmacológicas para controlo da dor². No que diz respeito às estratégias não farmacológicas a Ordem dos Enfermeiros (OE) destaca intervenções terapêuticas, como a massagem terapêutica, o posicionamento

adequado, o contacto físico com os pais e o colo, e intervenções ambientais, como a redução de <i>stressors</i> do ambiente ⁴ .
<p>24. Responsabilidades</p> <p>24.1 Implementação do procedimento Enfermeiros do Serviço de Pediatria – Piso 6, do HSM.</p> <p>24.2 Revisão do procedimento Grupo de trabalho da Dor, do Serviço de Pediatria – Piso 6.</p>
<p>25. Definições e Abreviaturas</p> <p>DGS – Direção-Geral da Saúde HSM – Hospital de Santa Maria OE – Ordem dos Enfermeiros RN – Recém-Nascido</p>
<p>26. Bibliografia</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Ordem dos Enfermeiros (2013). <i>Guia Orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança</i>. 1(6). 6. Batalha, L. (2010). <i>Dor em pediatria: Compreender para mudar</i>. Lisboa: Lidel. 7. Direção-Geral da Saúde. (2012). <i>Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)</i>. Direção-Geral da Saúde: Lisboa. 8. Direção-Geral da Saúde. (2012). <i>Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)</i>. Direção-Geral da Saúde: Lisboa.

APÊNDICE IV

O BRINCAR TERAPÊUTICO NA PREPARAÇÃO DA CRIANÇA PARA PROCEDIMENTOS DOLOROSOS

Tal como nos diz o artigo 31, ponto 1, da convenção sobre os direitos da criança “os Estados Partes reconhecem à criança o direito ao repouso e aos tempos livres, o direito de participar em jogos e actividades recreativas próprias da sua idade e de participar livremente na vida cultural e artística.” (UNICEF, 1990, p.22). Assim, enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica devemos agir no sentido de assegurar o direito da criança a brincar, mesmo em contexto hospitalar. Esta afirmação é também corroborada pela International Play Association (2019) quando nos diz que devemos incluir o brincar como parte integral de todos os ambientes infantis, incluindo hospitais. Tal como nos diz Haiat et al. (2003) “the ability of the nurse to combine play with the child while performing her job is a great asset to her accomplishments and skills.” (p. 213). É através da brincadeira que a criança comunica com o mundo onde vive e expressa os seus sentimentos,

ansiedades e frustrações, sendo crucial para o seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social (Martins, Ribeiro, Borba e Silva, 2001). Através do brinquedo a criança é capaz de controlar o meio que a rodeia, adquirindo maior domínio da situação, sendo capaz de exprimir os seus desejos e experiências vividas (Martins et al., 2001). Segundo Robinson (1987) “health was viewed as a positive feeling state and was associated with” feeling like playing.” (p.91). Esta afirmação leva-nos a crer que para as crianças brincar é semelhante a ter saúde, o que nos mostra que ao brincarmos com elas podemos conseguir fazer-las esquecer o que vai acontecer, reduzindo o medo e oferecendo-lhes maior confiança.

No hospital as crianças são submetidas a variados procedimentos que causam medo, dor e ansiedade, associados a todos os sentimentos negativos face ao ambiente em que se encontra inserida, dada a distância do seu ambiente seguro habitual. Estas circunstâncias podem levar a criança a caracterizar o ambiente hospitalar como um local de experiências negativas, desagradáveis e dolorosas, sendo à partida um local de experiências traumáticas para a criança. Desta forma e tendo em conta a filosofia dos cuidados não traumáticos, os enfermeiros devem tentar quebrar estas barreiras e tornar as suas intervenções e abordagens o menos traumáticas possíveis. Se pudermos aliar estas experiências ao brincar podemos diminuir os sentimentos negativos que lhes estão associados, causando menos medo à criança, maior satisfação e um sentimento de reconhecimento da sua necessidade de brincar. Tal como nos diz Ferrari, Alencar e Viana (2012) “(...) por intermédio do brincar e práticas lúdicas, consegue-se transmitir e fazer com que a criança adquira novos conhecimentos sobre as intervenções voltadas para sua recuperação e promoção da saúde.” (p.383). Da mesma forma, segundo a International Play Association (2019) o brincar dá satisfação e um sentimento de realização, bem como “(...) aids emotional regulation, by helping children understand and moderate primary emotions (anger, fear, disgust, shock, sadness and joy) into more nuanced and subtle forms (grief, pleasure, displeasure, affection, contentment, exasperation, disappointment).” (International Play Association, 2014, p.1). Considerações que são também tidas em conta por Boucher, Downing e Shemilt (2014) quando nos dizem que o papel do brincar aumenta proporcionalmente quando a criança fica mais vulnerável devido a uma doença ou incapacidade. O medo do desconhecido gera na criança desconforto, expectativa e ansiedade, o que nos leva à necessidade de preparação das mesmas para cada procedimento. Assim sendo podemos perceber que, ao utilizarmos o brincar no hospital estamos a ajudar a criança a sentir-se mais

satisfeita e realizada, fazendo com que esta passe de um sujeito passivo a um sujeito ativo durante o procedimento, na medida em que permite à criança um maior domínio e controle da situação uma vez que pode praticar no boneco o mesmo procedimento a que será submetida, diminuindo a sua ansiedade e medo (Caleffi et al., 2016). Como nos diz Haiat et al. (2003) “play is one of the most powerful and most effective tools used to reduce tension, anger, frustration, conflict, and anxiety, which are accompanied by the loss of control, and self-esteem.” (p. 210).

Uma das vertentes da atividade de brincar, passa pelo brinquedo terapêutico, que confere uma brincadeira estruturada com base nos princípios da ludoterapia e com objetivos específicos a alcançar (Silva, Austregésilo, Ithamar e Lima, 2017). Este brinquedo terapêutico é conseguido através da utilização de um brinquedo normal, com o intuito de promover o bem estar psicofisiológico da criança (Souza et al., 2012). De acordo com Vessey (1990) citada por Cintra, Silva e Ribeiro (2006) o brinquedo terapêutico pode ser classificado em três tipos, de acordo com a sua finalidade e intenção: o brinquedo terapêutico dramático, cuja finalidade passa por permitir à criança exteriorizar as experiências que tem dificuldade em verbalizar, com o intuito de aliviar a tensão e expressar sentimentos, necessidades e medos; o brinquedo terapêutico instrucional, cuja finalidade passa pela preparação e informação da criança sobre os procedimentos terapêuticos que irá ser submetida, com o intuito de envolvê-la na situação, permitindo-a conhecer e manusear os instrumentos que irão ser utilizados no procedimento, facilitando a sua compreensão acerca do procedimento a ser realizado; e o brinquedo terapêutico capacitador de funções fisiológicas, cuja finalidade passa por capacitar a criança para o autocuidado, de acordo com o seu desenvolvimento e condições físicas, com o intuito de a preparar para aceitar a sua nova condição de vida. Haiat et al. (2003) não utilizam a definição de brinquedo terapêutico instrucional, mas dizem-nos também que “play can help the hospitalized child better understand and interpret the imagery, sights, sounds, and the language of the hospital.” (p. 210), atividade que pode facilitar a explicação dos procedimentos a realizar à criança, permitindo-os ganhar algum controle sobre os mesmos, diminuindo a sua ansiedade e medo, transformando a hospitalização e os procedimentos numa experiência não tão negativa (Koukourikos, Tzeha, Pantelidou e Tsaloglidou, 2015 e Haiat et al., 2003). De acordo com o que nos diz Ferrari et al. (2012) o brinquedo terapêutico permite então à criança compreender melhor a finalidade do procedimento, permitindo melhor adaptação à situação, aceitação e cooperação, facilitando a promoção de cuidados e um alívio da ansiedade.

De acordo com o que nos é dito pela Associação Internacional do Estudo da Dor (IASP, 2017) a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou descrita em função dessa lesão, o que nos mostra que a dor é capaz de afetar a criança em toda a sua globalidade, sendo necessário ter em conta, para além dos aspetos sensoriais da dor, também os aspetos psicológicos e sociais da mesma no sentido de a controlar. Desta forma é assim imprescindível que durante as nossas intervenções de enfermagem pensemos também numa abordagem psicológica da criança, preparando as crianças para os procedimentos dolorosos antes da realização dos mesmos. Abordagem esta que pode passar pela utilização do brinquedo terapêutico instrucional, como uma medida não farmacológica cognitivo-comportamental no controlo da dor, no sentido que irá melhorar a capacidade que a criança terá em enfrentar a dor e aliviando a ansiedade e o medo associados ao procedimento. Vários são os estudos que demonstram uma redução da dor, durante a realização de procedimentos dolorosos, após o uso do brinquedo terapêutico instrucional (Gomes, Silva, Santos e Palermo, 2019), estando este particularmente indicado em casos em que a criança se recuse a realizar o procedimento demonstrando grande ansiedade (Lemos et al., 2016). De acordo com os mesmos estudos, com a utilização do brinquedo terapêutico na preparação para este tipo de procedimentos as crianças sentem-se mais tranquilas, permitindo uma maior colaboração da sua parte, uma vez que permite lidar com a experiência dolorosa antes de vivenciá-la, aliviando o stress. Sabino e Almeida (2006) dizem-nos que através do uso do brinquedo terapêutico no alívio da dor, para além das crianças apresentarem um nível de score (segundo determinada escala da dor) mais baixo após a brincadeira, outros sinais indicativos de dor foram também menos frequentes, como o choro, o comportamento de defesa e a expressão facial de dor. Esta informação pode nos levar a crer que, ao reduzirmos o medo e ansiedade da criança, melhorando o seu humor, conseguimos proporcionar-lhe um maior alívio da dor (Sabino e Almeida, 2006). Estas afirmações são também corroboradas por Kiche e Almeida (2009) na medida em que as autoras consideram que a utilização do brinquedo terapêutico instrucional permite um alívio da dor uma vez que permite uma maior compreensão da situação pela criança e por sua vez uma maior cooperação da mesma durante o procedimento. Sendo que em determinados estudos, crianças que não tiveram o privilégio de ser preparadas para os procedimentos através do brinquedo terapêutico instrucional, demonstraram menor aceitação ao procedimento e mais sinais de dor, como choro, comportamento de defesa e expressão de dor

(Magnabosco, Tonelli e Souza, 2008). Contudo é fundamental que saibamos utilizar o brinquedo terapêutico da forma mais eficaz possível, passando essencialmente pela adequação dos mesmos a cada faixa etária e estágio de desenvolvimento da criança (Junior e Costa, 2010); e que saibamos que, para que os resultados sejam mais benéficos, constantes e duradouros é importante percebermos que o uso do brinquedo terapêutico deve ser contínuo e associado a todos os cuidados prestados pelos enfermeiros (Gomes et al., 2019) de forma a que a criança perceba que a brincadeira não está sempre apenas relacionada com os procedimentos dolorosos.

Para além destes aspetos o brincar permite uma maior ligação entre o enfermeiro e a criança, originando uma maior confiança entre ambos, o que facilita a cooperação, diminui a resistência da criança a determinado procedimento (Haiat et al., 2003) e permite ao enfermeiro compreender quais as necessidades da criança de forma a planear e executar intervenções que as consigam satisfazer (Martins et al., 2001).

Embora o brinquedo terapêutico facilite, como pudemos ver anteriormente, a realização de procedimentos por parte dos enfermeiros, este nem sempre é utilizado durante a hospitalização da criança, muitas vezes dado o reduzido tempo que os enfermeiros têm para brincar com as crianças e realizar os procedimentos, a preocupação acrescida que têm com outras atividades que têm de desenvolver, bem como a falta de preparação e conhecimento por parte dos enfermeiros na utilização do brinquedo terapêutico (Francischinelli, Almeida e Fernandes, 2012). Contudo, tal como nos é dito por Francischinelli et al. (2012) “although there are difficulties in implementing this practice, they are related to human resources, materials and/or structure, and they should not constitute obstacles that justify the deprivation of the child’s right to play.” (p. 19).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boucher, S.; Downing, J. & Shemilt, R. (2014). The role of play in children’s palliative care. *Journal Children*. 1, 302- 317.
- Caleffi, C. C. F.; Rocha, P. K.; Anders, J. C.; Souza, A. I. J.; Burciaga, V. B. & Serapião, L. S. (2016). Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 37 (2), 1-8.
- Cintra, S. M. P.; Silva, C. V. & Ribeiro, C. A. (2006). O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59 (4), 497-501.

- Ferrari, R.; Alencar, G. B. & Viana, D. V. (2012). Análise das produções literárias sobre o uso do brinquedo terapêutico nos procedimentos clínicos infantis. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 3 (2), 381-394.
- Francischinelli, A. G.; Almeida, F. A. & Fernandes, M. S. O. (2012). Routine use of therapeutic play in the care of hospitalized children: nurses perceptions. *Acta Paulista de Enfermagem*. 25 (1), 18-23.
- Gomes, A. C. A.; Silva, A. T. M. F.; Santos, C. M. & Palermo, T. A. C. (2019). Brinquedo terapêutico no alívio da dor em crianças hospitalizadas. *Revista Perspectivas Online: Biológicas & Saúde*. 29 (9), 33-42.
- Haiat, H.; Bar-Mor, G.; Shochat, M. (2003). The world of the child: a world of play even in the hospital. *Journal of Pediatric Nursing*. 18 (3), 209-214.
- IASP (2017). IASP Terminology (Web page). Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- International Play Association (2014). Declaration on the importance of play. Disponível em: http://ipaworld.org/wp-content/uploads/2015/05/IPA_Declaration-FINAL.pdf
- International Play Association (2019). The Child's Right to Play (Web page). Disponível em: <http://ipaworld.org/childs-right-to-play/the-childs-right-to-play/>
- Junior, J. S. S. & Costa, R. M. A. (2010). A construção do brinquedo terapêutico: subsídios para o cuidar em enfermagem pediátrica. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online*. 2, 728-731.
- Kiche, M. T. & Almeida, F. A. (2009). Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paulista de Enfermagem*. 22 (2), 125-130.
- Koukourikos, K.; Tzeha, L.; Pantelidou, P. & Tsaloglidou, A. (2015). The importance of play during hospitalization of children. *Materia Socio-Medica*. 27 (6), 438-441.
- Lemos, I. C. S.; Oliveira, J. D.; Gomes, E. B.; Silva, K. V. L.; Silva, P. K. S. & Fernandes, G. P. (2016). Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para reduzir alterações comportamentais. *Revista Cuidarte*. 7 (1), 1163-1170.
- Magnabosco, G.; Tonelli, A. L. N. F. & Souza, S. N. D. H. (2008). Abordagens no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada submetida a procedimentos: uma revisão de literatura. *Cogitare Enfermagem*. 13 (1), 103-108.

- Martins, M. R.; Ribeiro, C. A.; Borba, R. I. H. & Silva, C. V. (2001). Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 9 (2), 76-85.
- Regulamento N.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194.
- Robinson, C. A. (1987). Preschool children's conceptualizations of health and illness. *Children's Health Care*. 16 (2), 89-96.
- Sabino, M. B. M. & Almeida, F. A. (2006). Therapeutic play as a pain relief strategy for children with cancer. *Einstein*. 4 (3), 196-202.
- Silva, R. D. M.; Austregésilo, S. C.; Ithamar, L. & Lima, I. S. (2017). Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: a systematic review. *Jornal de Pediatria*. 93 (1), 6-16.
- Souza, L. P. S.; Silva, C. C.; Brito, J. C. A.; Santos, A. P. O.; Fonseca, A. D. G.; Lopes, J. R. ... Souza, A. A. M. (2012). O brinquedo terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. *Journal of the Health Sciences Institute*. 30 (4), 354-358.
- UNICEF. (1990). *A convenção sobre os direitos da criança*. Portugal: UNICEF.

APÊNDICE V



DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA MANUAL DE SERVIÇO PEDIATRIA – PISO 6	ORIENTAÇÃO N.º Aplicação de EMLA	
	Elaborado por: Enf. ^a Romina Costa (Estudante da Especialidade de ESIP da ESEL) Colaboração: Enf. ^a Eduarda Data: 01/2020	
	Aprovação Data: __/__/____ Responsável: _____	Revisão Data: __/__/____ Responsável: _____
1. Destinatários		

Esta orientação aplica-se a todos os enfermeiros do Serviço de Pediatria - Piso 6, do HSM.

2. Objetivos

- Controlo da dor aguda em crianças dos 0 aos 18 anos quando sujeitas a procedimentos que envolvam a punção da pele.

3. Descrição

O EMLA® corresponde à mistura de dois anestésicos locais, a lidocaína e a prilocaína, funcionando através do adormecimento da pele por um curto período de tempo. O mesmo tem como objetivo cessar a dor na pele, contudo é possível continuar a sentir pressão e toque.¹

4. Apresentação

- EMLA creme a 5% - 5g
25mg de lidocaína + 25mg de prilocaína por grama de creme
Outros componentes: Carbómero, hidroxistearato, hidroxistearato de macroglicérol, hidróxido de sódio e água purificada.¹

5. Farmacologia

- O EMLA® proporciona uma anestesia dérmica através da libertação da lidocaína e prilocaína do creme para as camadas epidérmica e dérmica da pele e proximidade dos recetores dérmicos da dor e terminações nervosas.²
- A lidocaína e a prilocaína são anestésicos locais do tipo amida. Os dois estabilizam as membranas neuronais inibindo os fluxos iónicos necessários para o início e a condução de impulsos, produzindo assim uma anestesia local. A qualidade da anestesia depende do tempo de aplicação e da dose.²

6. Indicações

- Anestesia tópica da pele em:
 1. Inserção de agulhas (ex. injeções ou análises ao sangue)¹;
 2. Pequenas cirurgias na pele¹;
 3. Anestésiar os genitais antes de procedimentos médicos como a remoção de verrugas (Adolescentes)¹.
- Redução da ansiedade relacionada com o procedimento.^{3,4,5}

O mesmo deve ser apenas aplicado na pele intacta.¹

7. Dosagem

Meia bisnaga de 5g → 2g de EMLA → 2ml

1g de EMLA → 3,5cm → 1ml

IDADE	0-2 MESES	3-11 MESES	1 – 5 ANOS	6 – 11 ANOS	>12 ANOS
-------	-----------	------------	------------	-------------	----------

DOSE POR ADMINISTRAÇÃO	0,5g (0,5ml)	0,5g (0,5ml)	1 - 2g (1-2ml)	1 - 2g (1-2ml)	2 – 3g (2-3ml)
DOSE MÁXIMA RECOMENDADA/DIA	1g	2g (com intervalo de 12h)	10g	20g	50g
TEMPO DE APLICAÇÃO	1 hora, não mais	Aprox. 1 hora (máx. 4 horas)	Aprox. 1 hora (máx. 5 horas)	Aprox. 1 hora (máx. 5 horas)	Pelo menos 1h antes (máx. 5 horas)

8. Precauções¹

- Existe a necessidade de oclusão através do uso de um penso transparente ou película aderente a cobrir o local de aplicação do creme;
- Evitar que a criança retire o penso e manipule os olhos e mucosas, podendo causar lesão da córnea ou diminuição dos reflexos de sucção e deglutição (no caso de contacto com a mucosa oral);
- Utilização em áreas da pele recentemente depilada, dada a reabsorção potencialmente aumentada nestes casos – respeitar a dose recomendada e o tempo de aplicação à risca;
- Se sofrer de dermatite atópica. Neste caso um tempo de aplicação mais curto é suficiente (não superior a 30 min.). Tempos de aplicação superiores a 30 minutos podem originar um aumento da incidência de reações locais na pele;
- Se estiver a fazer medicamentos específicos para alteração do ritmo cardíaco, como a amiodarona.

9. Efeitos Adversos¹

Reações cutâneas locais como palidez ou vermelhidão da pele, ligeiro inchaço, sensação inicial de ardor ou comichão. Estas reações são normais ao creme e aos anestésicos e desaparecem pouco depois sem ser necessário adoção de outras medidas.

10. Contraindicações¹

- Hipersensibilidade à lidocaína, prilocaína ou outros anestésicos locais similares ou a qualquer outro componente deste medicamento;
- Cortes, arranhões ou feridas, com exceção das úlceras de perna (nos adultos);
- Onde exista uma erupção na pele ou eczema;
- Nos olhos ou proximidade;
- No interior do nariz, ouvidos ou boca;
- No ânus;
- Nos genitais das crianças;

- Se sofre de deficiência em glucose-6-fosfato desidrogenase ou metemoglobinemia.

11. Instruções de aplicação

1. Validar o peso e a idade da criança;
2. Aplicar em pele limpa e íntegra;
3. Colocar um penso transparente/ tegaderme ou película aderente;
4. Retirar o creme após o cumprimento do tempo de oclusão recomendada;
5. Limpar e desinfetar o local antes do procedimento a realizar;
6. Devido à vasoconstrição aguardar cerca de 15 minutos para realizar o procedimento, ou utilizar calor no local da punção para ingurgitamento da veia, favorecendo a sua visualização;
7. Registrar a administração do mesmo nas notas de enfermagem;
8. Respeitar a data de validade.

12. Responsabilidades

12.1 Implementação do procedimento

Enfermeiros do Serviço de Pediatria – Piso 6, do HSM.

12.2 Revisão do procedimento

Grupo de trabalho da Dor, do Serviço de Pediatria – Piso 6.

13. Definições e Abreviaturas

HSM – Hospital de Santa Maria

14. Bibliografia

1. INFARMED (2016) – Folheto informativo: Informação para o utilizador. **Emla 25mg/g + 25mg/g creme, lidocaína + prilocaína.**
2. EUROPEAN MEDICINES AGENCY (2014) – **Assessment report: EMLA cream and associated names.** Disponível em: ema.europa.eu/em/documents/referral/emla-cream-article-30-referral-annex-iii_pt.pdf.
3. EICHENFIELD, L. [et al.] (2002) - A clinical study to evaluate the efficacy of ELA-Max (4% liposomal lidocaine) as compared with eutectic mixture of local anesthetics cream for pain reduction of venipuncture in children. **Pediatrics.** Vol.109, nº 6, p.1093- 1099.

APÊNDICE VI

REALIDADE VIRTUAL INFANTIL 360

- Show da Luna! Uma viagem pelo espaço! (5:00)
<https://youtu.be/P5Er2Sd9A5o>
- 360 Video Roller Coaster VR HD Gummy Bear Candy Coaster Animated (3:04)
<https://youtu.be/L0bzBxxDQzs>
- Realidade Virtual 360: Voo de Balão com o Papai Noel (2:04)

<https://youtu.be/AaTbBTaNNSc>

- Minions video SBS (5:00)

https://youtu.be/V7m_fkdfOTY

- 360 Virtual Reality Coaster Tour of MOTIONGATE Dubai theme Park (3:34)

<https://youtu.be/LiY5Qp6kRXg>

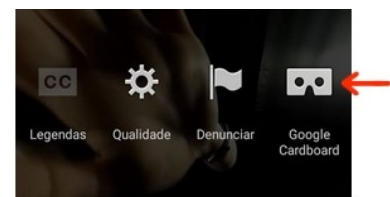
- Three pigs VR story for kids Google Cardboard Video 3D SBS (4:41)

<https://youtu.be/SKjkJmOC3VY>

- VR box SBS 3D Dinosaurs Jurassic World T-Rex Park Google Cardboard (6:33)

<https://youtu.be/xTnDcGq9dMI>

Pesquisa realizada no Youtube (no telemóvel escolher opção “óculos” quando disponível).



360° ASMR Trigger Test - Ready for a Hug
578.072 visualizações
10 mil 738

Apêndice XIX
Kit dos Super-Heróis

“KIT DOS SUPER-HERÓIS”

Este Kit foi elaborado com base nas orientações apresentadas no Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (OE, 2013).

O brinquedo a utilizar deve ser da preferência da criança, promovendo o seu interesse em agir, explorar e imaginar, proporcionando-lhe conforto e bem-estar.

Constituição:

- Estrutura com várias gavetas, divididas por faixas etárias (indicação da faixa etária no exterior da gaveta), com material lúdico e didático a utilizar em cada faixa etária para o controlo da dor:

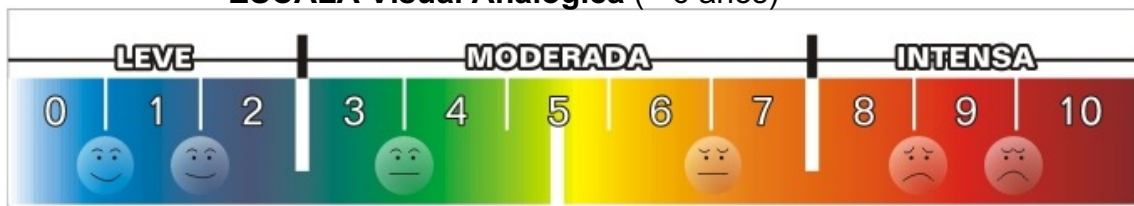
Gaveta 1: Escalas da dor, diplomas, autocolantes/crachás, referências para a utilização do EMLA® (bem como quadro com dose do mesmo para cada faixa etária).

ESCALA de Faces de Wong-Baker (3 – 6 anos)

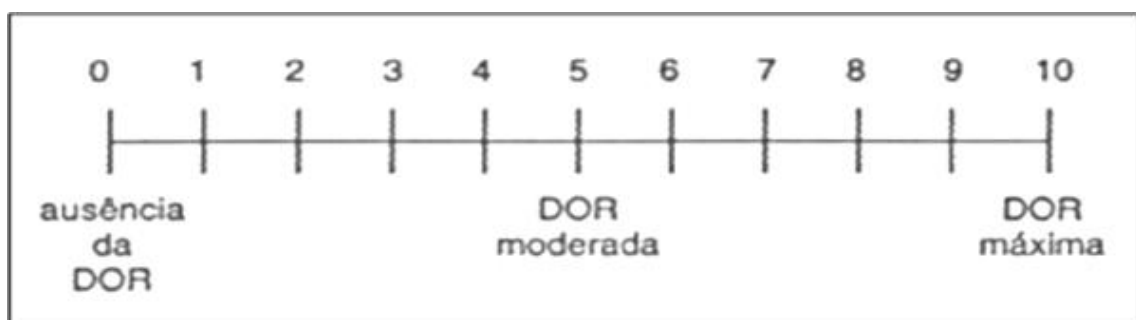


- 0 - Está muito feliz porque não tem nenhuma dor
- 1 - Tem apenas um pouco de dor
- 2 - Tem um pouco mais de dor
- 3 - Tem ainda mais dor
- 4 - Tem muita dor
- 5 - Tem uma dor máxima, apesar de que nem sempre provocar o choro

ESCALA Visual Analógica (> 6 anos)



ESCALA Numérica (> 6 anos)



ESCALA de EDIN (0- 2 meses)

IDENTIFICAÇÃO				DATA				
				HORA				
	0	1	2	3				
ROSTO	Rosto calmo	Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo.	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas	Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada				
CORPO	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se	Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel				
SONO	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	Não adormece				
INTERACÇÃO	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação				
RECONFORTO	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente	Inconsolável. Sucção desesperada				
PONTUAÇÃO TOTAL								

ESCALA de FLACC (2 meses - 4 anos)

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
F Face	Sem expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de careta ou sobrancelhas salientes, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado	Sobrancelhas esporadicamente ou constantemente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trémulo. Face aparentando estresse: expressão assustada ou de pânico
P Pernas	Posição normal ou relaxada	Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais	Chutes ou pernas soltas. Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou sacudidas
A Atividade	Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente	Contorcendo-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por exemplo, movimento da cabeça para a frente e para trás, comportamento agressivo); respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes	Corpo arqueado, rígido ou trémulo. Agitação intensa, cabeça chacoalhando (não vigorosamente), tremores, respiração presa em gaspingou inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial
C Choro	Sem choro (acordado ou dormindo)	Gemidos ou lamúrias, reclamações ocasionais. Impulsos verbais ou grunhidos ocasionais	Choro regular, gritos ou soluços, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes
C Consolabilidade	Contente, relaxado	Tranquilizado por toques ocasionais, abraços ou conversa e distração	Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto
DOR = ≥ 1			

Gaveta 2 (0-1 ano): caixinha de música, roca, bonecos com cores vivas, bonecos com som, CD's de música para bebés, pensos rápidos, referência para utilização de sacarose.

Gaveta 3 (1-3 anos): Boneco para servir de modelo, compressas, pensos rápidos, adesivo, ligaduras, rede tubular, Butterflies (sem agulha), seringas, garote, livro "O Diogo vai ao hospital", livro "O Diogo vai às vacinas", livros coloridos, instrumentos

musicais, fantoches de dedo, CD's de música para crianças, lápis de cor, livros para pintar e desenhos para pintar, bolas de sabão.

Gaveta 4 (4-6 anos): Boneco modelo (a tirar da gaveta anterior), compressas, pensos rápidos coloridos, adesivo, ligaduras, rede tubular, Butterflies (sem agulha), seringas, garote, bonecos variados, caleidoscópio, carros, livros coloridos e para colorir, lápis de cor, folhas brancas, puzzles, bolas de sabão, tiara.

Gaveta 5 (7-11 anos): Compressas, pensos rápidos coloridos, adesivo, ligaduras, rede tubular, Butterflies (sem agulha), seringas, garote, legos, livros diversos, óculos de realidade virtual e folha com vídeos apropriados e links a utilizar.

Gaveta 6 (12-18 anos): Livros diversos de histórias, anedotas, adivinhas, curiosidades, puzzles, “quebra-cabeças”, sudoku, palavras cruzadas, cartas, cubo mágico, bolas anti-stress, óculos de realidade virtual (a tirar da gaveta anterior).

- No cimo da estrutura encontra-se uma folha com a lista do material existente, num quadro com a orientação de qual o material a utilizar para cada faixa etária, bem como sugestões de estratégias a utilizar, quadro este presente no Guia Orientador de boa prática referido anteriormente.

Quadro inicial:

Idades	Material didático e terapêutico	Estratégia
0 - 1 ano	Caixinha de música, roca, bonecos com cores vivas, bonecos com som, CD's de música para bebés, pensos rápidos, referência para utilização de sacarose.	<ul style="list-style-type: none"> - Exploração dos objetos que proporcionam sensações de movimento, auditivas, visuais e táteis; - Jogo do «esconde-esconde»; - Simulação de procedimentos associados à cirurgia ou a procedimentos invasivos, através da colocação de máscara, barrete, perfusão endovenosa, penso na pessoa significativa e fazer com que o bebé toque estes materiais.
1 – 3 anos	Boneco para servir de modelo, compressas, pensos rápidos, adesivo, ligaduras, rede tubular, Butterflies (sem agulha), seringas, garote, livro “O Diogo vai ao hospital”, livro	<ul style="list-style-type: none"> - Simulação de procedimentos efetuados pela criança através da imitação sobre o que vai acontecer e experimentar («faz-de-conta»); - Distração através da perceção visual, auditiva, táctil e olfativa; - Distração proporcionada pela

	<p>“O Diogo vai às vacinas”, livros coloridos, instrumentos musicais, fantoches de dedo, CD’s de música para crianças, lápis de cor, livros para pintar e desenhos para pintar, bolas de sabão.</p>	<p>concentração em jogos de construção;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contar histórias que permitem a identificação da criança com as situações vividas ou a experimentar; - Arteterapia através do desenho e da pintura; - Relaxamento através de exercícios respiratórios.
4 – 6 anos	<p>Boneco modelo (a tirar da gaveta anterior), compressas, pensos rápidos coloridos, adesivo, ligaduras, rede tubular, Butterflies (sem agulha), seringas, garote, bonecos variados, caleidoscópio, carros, livros coloridos e para colorir, lápis de cor, folhas brancas, puzzles, bolas de sabão, tiara.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dramatização das situações já vividas ou que irá experimentar, representando situações a partir de informações dadas sobre as rotinas hospitalares e procedimentos a realizar; - Distração através da percepção visual, auditiva e tátil; - Distração proporcionada pela concentração em jogos de construção; - Arteterapia através do desenho e da pintura; - Humor; - Relaxamento através dos exercícios respiratórios e contração e descontração muscular progressivos; - Valorização das atitudes de cooperação e controlo da situação.
7 – 11 anos	<p>Compressas, pensos rápidos coloridos, adesivo, ligaduras, rede tubular, Butterflies (sem agulha), seringas, garote, legos, livros diversos, óculos de realidade virtual e folha com vídeos apropriados e links a utilizar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicação e demonstração dos procedimentos; - Manipulação do material didático; - Visualização das áreas do corpo envolvidas nos procedimentos; - Leitura; - Distração; - Humor; - Relaxamento através dos exercícios respiratórios e contração e descontração muscular progressivos.
12 – 18 anos	<p>Livros diversos de histórias, anedotas, adivinhas, curiosidades, puzzles, “quebra-cabeças”, sudoku, palavras cruzadas,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicação e demonstração dos procedimentos; - Visualização das áreas do corpo envolvidas nos procedimentos; - Leitura;

	cartas, cubo mágico, bolas anti-stress, óculos de realidade virtual (a tirar da gaveta anterior).	- Distração; - Humor; - Relaxamento através dos exercícios respiratórios e contração e descontração muscular progressivos.
--	---	--

Informação Óculos realidade Virtual:

REALIDADE VIRTUAL INFANTIL 360

- Show da Luna! Uma viagem pelo espaço! (5:00)

<https://youtu.be/P5Er2Sd9A5o>

- 360 Video Roller Coaster VR HD Gummy Bear Candy Coaster Animated (3:04)

<https://youtu.be/L0bzBxxDQzs>

- Realidade Virtual 360: Voo de Balão com o Papai Noel (2:04)

<https://youtu.be/AaTbBTaNNSc>

- Minions video SBS (5:00)

https://youtu.be/V7m_fkdFOTY

- 360 Virtual Reality Coaster Tour of MOTIONGATE Dubai theme Park (3:34)

<https://youtu.be/LiY5Qp6kRXg>

- Three pigs VR story for kids Google Cardboard Video 3D SBS (4:41)

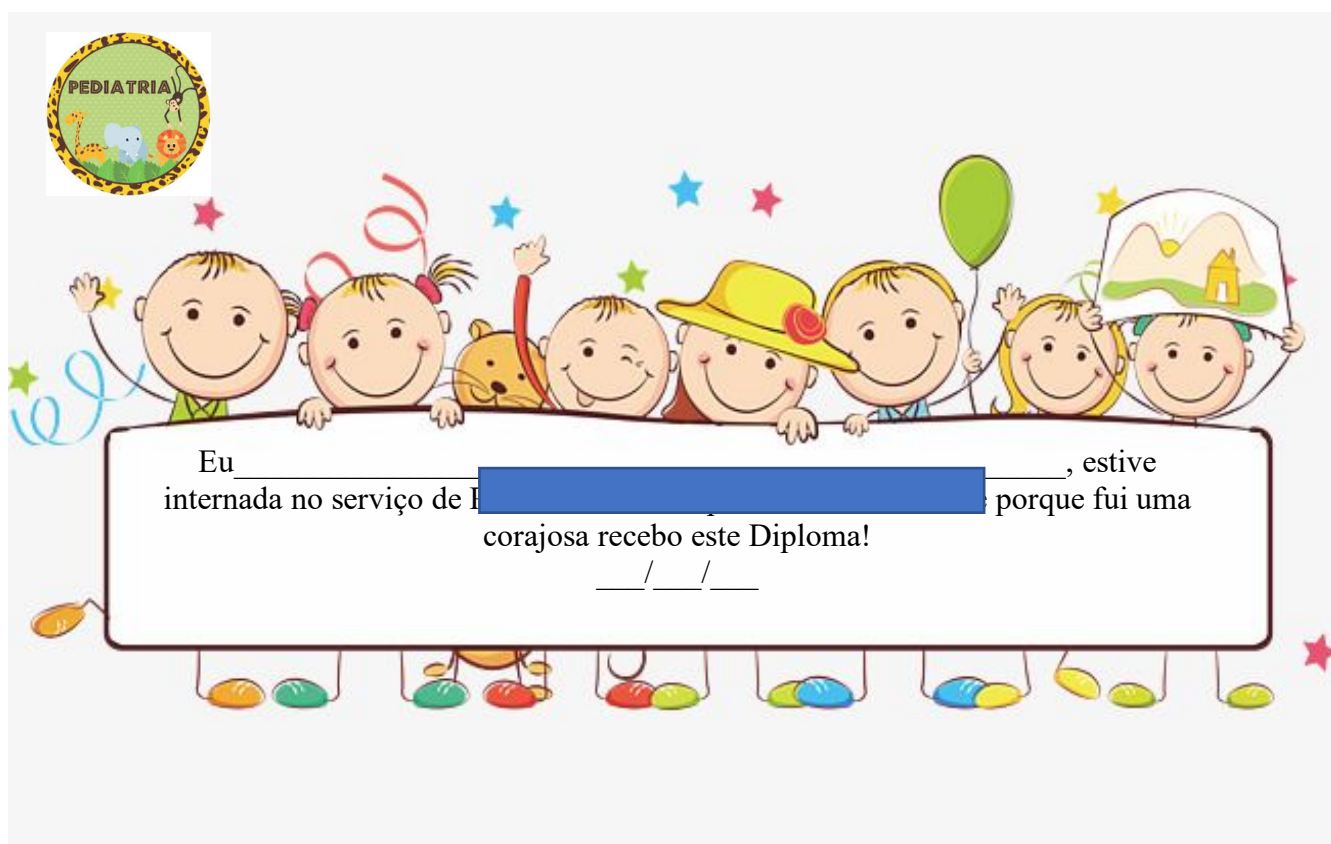
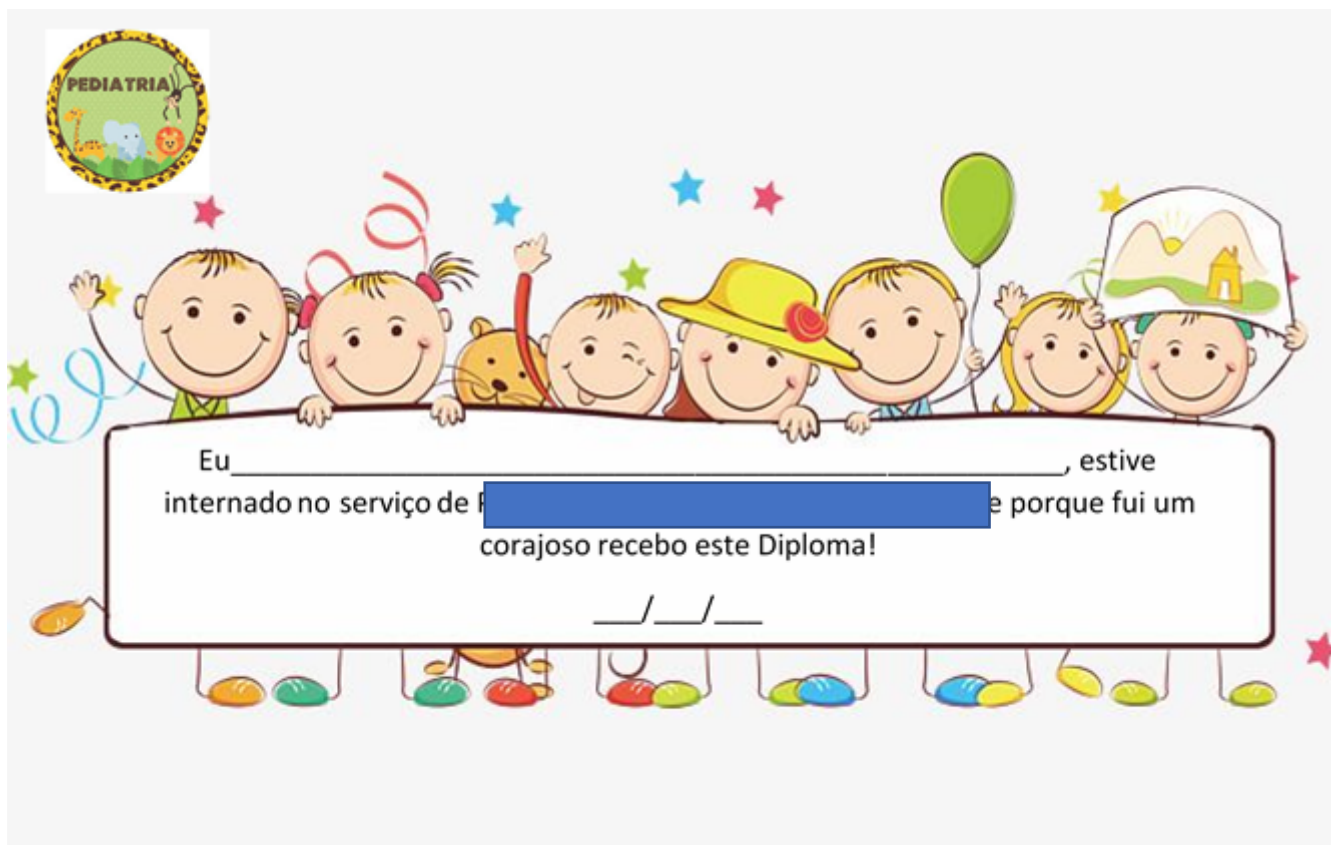
<https://youtu.be/SKjkJmOC3VY>

- VR box SBS 3D Dinosaurs Jurassic World T-Rex Park Google Cardboard (6:33)

<https://youtu.be/xTnDcGq9dMI>

Pesquisa realizada no Youtube (no telemóvel escolher opção óculos quando disponível).

Diplomas e autocolantes:





Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE



Sou muito FORTE

ANEXOS

Anexo I

Programa e certificado de participação no Seminário “As Novas Conceções em
Saúde Infantil e Pediátrica”

As Novas Conceções em Saúde Infantil e Pediátrica

13º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA DA ESCOLA
SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - LISBOA

6-7 NOV 2019 / Auditório da Escola Superior
de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa

6 DE NOVEMBRO 2019

08:30 Abertura do secretariado

09:00 Sessão de abertura
Presidente Nacional da Cruz Vermelha Portuguesa,
Dr. Francisco George
Enfermeira Lina Pereira, Presidente da MCEE de Saúde Infantil
e Pediatria da Ordem dos Enfermeiros
Professor Doutor José Vilelas Diretor da Área de Ensino de
Enfermagem da ESSCVP
Catarina Pinheiro, Representante dos estudantes do 13º Curso
de Pós-Licenciatura de Especialidade em Saúde Infantil e
Pediatria da ESSCVP

PAINEL I: DESAFIOS PARA ALÉM DO CONVENCIONAL

Moderação: Helena Marques, Estudante CPLEESIP

09:45 Reiki no neonato
Marco André, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria | Hospital dos Lusíadas

10:15 The Gauding Process - Sleep Talk Children,
um processo terapêutico
Graça Nascimento, Enfermeira Especialista em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetria / Direção de Programas Transversais
em Enfermagem da Luz Saúde

10:45 COFFEE-BREAK

11:15 Osteopatia no utente Pediátrico
Gonçalo Santos, Osteopata / Kinetic

11:45 Hipnose Pediátrica
Catarina Melancia, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria | Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

12:30 Apresentação e Discussão de Posters

13:00 ALMOÇO LIVRE

PAINEL II: DESAFIOS NA ALIMENTAÇÃO

Moderação: Catarina Fidalgo, estudante CPLEESIP

14:30 Treino de competências oro-motoras no
recém-nascido pré-termo
Ana Lúcia Brantes, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e
Pediatria | Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

15:00 Baby led weaning
Graça Gonçalves, Médica Pediatra / Clínica Amamentos

15:30 Alergias alimentares, a prática clínica
Sofia Viegas Faria, Médica Pediatra / Hospital da Luz de Lisboa

16:00 Viver no limbo com a alergia alimentar, experiência de
uma família com um filho multialérgico
Sílvia Marques, Dinamizadora do Blog "O Alergias"

16:45 Encerramento 1º dia



AUDITÓRIO DA ESSCVP
Avenida de Ceuta 1
Edifício Urbiceuta
1300-125 Lisboa

7 DE NOVEMBRO 2019

08:30 Abertura do secretariado

PAINEL III: DESAFIOS NA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Moderação: Inês Henriques, Estudante CPLEESIP

9:15 Emoções em saúde: O afeto nos cuidados de Enfermagem
ao cliente pediátrico
Patrícia Baltar, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca

9:45 Novos modelos de família
Mário Cordeiro, Médico Pediatra

10:15 Desenvolvimento cerebral: uma chave para compreender o
comportamento do adolescente
Helena Fonseca, Médica Pediatra, Hospital de Santa Maria

11:00 COFFEE-BREAK

11:30 Comportamentos agressivos em contexto escolar na
criança e adolescente
André Maravilha, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria | Hospital Dona Estefânia

12:00 Juventude Cruz Vermelha - Intervenção na violência no namoro
e comportamentos de risco
Tiago Costa, Psicólogo / Coordenação Gabinete da Juventude Cruz
Vermelha Portuguesa

12:30 Apresentação e Discussão de Posters

13:00 ALMOÇO LIVRE

PAINEL IV: DESAFIOS NA COMUNIDADE

Moderação: Susana Branco, estudante CPLEESIP

14:30 Intervenções do EEESIP na criança com Diabetes Mellitus 1
Raquel Costa, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria /
Centro Hospitalar Barreiro Montijo

15:00 Intervenção de enfermagem num centro educativo
Anabela Marcão, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria

15:30 Projeto Mais Contigo - a experiência de intervenção
numa escola
João Marques, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria | Hospital Dona Estefânia

16:00 A criança com doença crónica - Intervenção no domicílio -
Fundação GIL
Susana Fardilha, Diretora Técnica / Fundação do Gil
Joana Fonseca, Fisioterapeuta / Fundação do Gil

ENCERRAMENTO SEMINÁRIO

Professora Graça Moraes Rocha, Orientadora do Curso de
Pós-Licenciatura de Especialidade em Saúde Infantil e
Pediatria da ESSCVP
Catarina Fidalgo, Representante dos estudantes do 13º Curso de
Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria da ESSCVP

As Novas Conceções em Saúde Infantil e Pediátrica

13º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA DA ESCOLA
SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA - LISBOA

6-7 NOV 2019 / Auditório da Escola Superior
de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa

Certifica-se que

Romina Costa

Participou como formanda no Seminário do 13º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, subordinado ao tema "As Novas Conceções em Saúde Infantil e Pediátrica", no dia 6 de Novembro, realizado na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha - Lisboa, com duração de 7 horas e meia.

Lisboa, 6 de Novembro de 2019

A Comissão Científica

