



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

**Gestão da dor aguda da criança e do jovem durante a
vacinação - intervenções de enfermagem promotoras
de conforto**

Paula Maria Bocarro de Sousa



**Lisboa
2023**



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

**Gestão da dor aguda da criança e do jovem durante a
vacinação – intervenções de enfermagem promotoras
de conforto**

Paula Maria Bocarro de Sousa

Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

**Lisboa
2023**

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original.”

Albert Einstein

Dedicatória

Dedico este trabalho e o percurso que o antecedeu ao meu pai e ao Sebastião que acredito que continuam o olhar por mim e a guiar-me em todos os momentos da minha vida.

À minha mãe e à minha irmã pelo constante incentivo para continuar independentemente das dificuldades encontradas.

Ao Pedro pelo companheirismo, amor, dedicação e pensamento positivo.

Agradecimentos

Agradeço à minha mãe e à minha irmã por compreenderem a minha ausência em muitos momentos ao longo destes 2 anos do curso.

Ao Pedro por manter sempre pensamento positivo e acreditar mais nas minhas capacidades do que eu própria.

Às minhas colegas de curso que se tornaram amigas para a vida “Nós as 6 na especialidade” que ouviram os meus desabafos, receios. Agradeço muito pelo vosso apoio incondicional e pela vossa amizade.

Agradeço à Professora Doutora Maria Teresa Magão pela sua orientação neste percurso académico e por se ter mantido ao meu lado mesmo após o término da sua carreira como docente.

Resumo

A vacinação tem sido considerada como uma das formas mais eficazes de prevenção de doenças. A promoção da vacinação engloba o desmistificar de fatores que influenciam a adesão à vacinação, tais como a dor e o medo de agulhas.

Apesar da existência de evidência científica acerca das intervenções que diminuem a dor e o medo durante a vacinação, estas são subutilizadas durante a prestação de cuidados de saúde. Diminuir a dor e o medo tem um efeito potenciador na aceitação da vacinação por parte das crianças, jovens e seus pais.

Assim, o presente relatório de estágio tem como foco agregador a gestão da dor aguda da criança e do jovem, em particular as intervenções de enfermagem promotoras de conforto durante a vacinação e pretende evidenciar o percurso de desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Assente nos princípios da aprendizagem experiencial e da prática reflexiva o percurso formativo centrou-se numa metodologia descritiva e de análise crítica e reflexiva sobre as atividades desenvolvidas, com base na filosofia dos cuidados centrados na família, e nos cuidados não traumáticos e sustentada na Teoria de Conforto de Kolcaba.

Das atividades desenvolvidas destacam-se jornais de aprendizagem, estudo de caso clínico, sessões de formação, desenvolvimento de uma norma relativa à utilização da sacarose como estratégia não farmacológica de alívio da dor em recém-nascidos e construção de um “kit sem dor” e da norma para sua utilização na vacinação de crianças e jovens.

Palavras-chave

Conforto do paciente, Enfermagem Pediátrica, Gestão da dor; vacinação.

Abstract

Vaccination has been considered one of the most effective forms of disease prevention. Promoting vaccination includes demystifying factors that influence adherence to vaccination, such as pain and fear of needles.

Despite the existence of scientific evidence about interventions that reduce pain and fear during vaccination, it is underutilized during healthcare.

Reducing pain and fear has a powerful effect on the acceptance of vaccination by children, young people and their parents.

This internship report therefore focuses on the management of acute pain in children and young people, in particular the nursing interventions that promote comfort during vaccination and aims to highlight the development of the common and specific competences of a Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing.

Based on the principles of experiential learning and reflective practice, the training course was centered on a descriptive methodology and critical and reflective analysis of the activities carried out, based on the philosophy of family-centered care, non-traumatic care and Kolcaba's Comfort Theory.

The activities carried out included learning journals, a clinical case study, training sessions, development of a standard for the use of sucrose as a non-pharmacological pain relief strategy in newborns and the construction of a "painless kit" and the standard for its use in the vaccination of children and young people.

Keywords

Patient Comfort; Pain management; Pediatric nursing; vaccination

SIGLAS e ABREVIATURAS

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

CCF – Cuidados centrados na família

CNT – Cuidados não traumáticos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FLACC – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

IASP – International Association for the Study of Pain

N-PASS – Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – recém-nascido

REPE – Regulamento para o exercício da profissão de enfermagem

SO – sala de observação

INDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CIENTÍFICO.....	14
1.1 Vacinação e Dor Aguda.....	14
1.2 Estratégias não Farmacológicas de Alívio da Dor Aguda.....	16
1.3 Pilares da Enfermagem Pediátrica.....	17
1.4 Teoria de Conforto de Kolcaba.....	19
2 PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO.....	22
3 METODOLOGIA.....	25
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO NOS DIFERENTES CONTEXTOS DE ESTÁGIO.....	27
4.1 Serviço de Internamento de Pediatria.....	27
4.2 Serviço de Urgência Pediátrica.....	33
4.3 Serviço de Neonatologia.....	35
4.4 Cuidados de Saúde Primários.....	38
4.5 Consulta de Desenvolvimento.....	40
5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	43
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

APÊNDICES

Apêndice I – Mapa conceptual

Apêndice II – Cronograma do estágio

Apêndice III – Guia orientador de atividades

Apêndice IV – Estudo de caso clínico – Serviço de internamento de pediatria

Apêndice V- Estratégias não farmacológicas para alívio da dor da criança e do jovem – Análise reflexiva da sua utilização

Apêndice VI - Caracterização do Serviço de urgência pediátrica: organização e funcionamento

Apêndice VII – Reflexão sobre utilização do kit sem dor do serviço de urgência pediátrica

Apêndice VIII – Jornal de aprendizagem -Serviço de urgência pediátrica

Apêndice XIX – Reflexão sobre importância da comunicação – Serviço de neonatologia

Apêndice X – Dossier temático: utilização da sacarose oral a 24% em recém-nascidos

Apêndice XI – Sessão de formação - utilização da sacarose oral a 24% como estratégia não farmacológica de alívio da dor aguda

Apêndice XII – Questionário de diagnóstico de necessidades formativas

Apêndice XIII – Norma de procedimento do kit de vacinação sem dor

Apêndice XIV – Jornal de aprendizagem – Consulta de Desenvolvimento

ANEXOS

Anexo 1 – Certificado de participação Curso Abordagem da Dor em Pediatria

INTRODUÇÃO

No âmbito da avaliação da unidade curricular Estágio com relatório, do 13º curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL): o presente relatório tem o intuito de descrever e analisar as atividades desenvolvidas nos cinco contextos de estágio, evidenciando o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, assim como as competências de mestre.

A área da vacinação e da dor constituem focos de interesse pessoal. Tendo presente os princípios da enfermagem pediátrica: cuidados centrados na família e cuidados não traumáticos, estes focos representam um desafio na prestação de cuidados de excelência.

Em 1974 é criado um programa alargado de imunização pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020). A vacinação tem sido considerada como uma das formas mais eficazes de prevenção de doenças. Segundo Garcia-Toledano et al. (2022), a vacinação é uma das ferramentas considerada efetiva na prevenção de doenças e da sua disseminação. A Organização Mundial de Saúde considera a vacinação uma das intervenções a ser melhorada para promover a prevenção da mortalidade infantil (WHO, 2023).

A promoção da vacinação engloba o desmistificar de fatores que influenciam a adesão à vacinação, tais como a dor e o medo de agulhas. De acordo com Taddio et al. (2022), estes são considerados barreiras à adesão à vacinação.

Fomentar a parceria com os pais durante a vacinação é uma das intervenções a ser trabalhada pelos enfermeiros na consulta de enfermagem, dando assim relevo aos cuidados centrados na família, capacitá-los com o

intuito de serem proativos na promoção do alívio e tranquilidade dos seus filhos. Os pais constituem um elemento protetor e tranquilizador para a criança e jovem que assim tem um papel ativo no alívio da dor e ansiedade durante a vacinação. Trata-se de uma intervenção invasiva que origina dor. Segundo Vaziri et al. (2019), submeter as crianças a procedimentos dolorosos tem consequências a curto prazo nomeadamente nas respostas comportamentais, psicológicas e hormonais. Quando estes procedimentos são frequentes originam hipersensibilidade a um estímulo doloroso, diminuindo o limiar de dor e aumentando a reação em termos comportamentais. A longo prazo a dor está associada à diminuição da procura por cuidados de saúde na vida adulta.

Taddio et al. (2022) referem que apesar da existência de evidência científica acerca das intervenções que diminuem a dor e o medo durante a vacinação estas são subutilizadas durante a prestação de cuidados de saúde. A dor e o medo ao serem considerados como não prioritários podem originar consequências negativas ao longo da vida. Daí a relevância da implementação de estratégias não farmacológicas na prevenção e alívio da dor durante a vacinação. Taddio et al. (2022), concluem que trabalhar para diminuir a dor e o medo tem um efeito potenciador na aceitação da vacinação por parte das crianças, jovens e seus pais.

Este documento encontra-se organizado em oito capítulos. Após esta introdução, é abordado o enquadramento teórico-científico que contextualiza os conceitos presentes no problema identificado. Em seguida, o problema propriamente dito, objeto de estudo e a metodologia utilizados ao longo deste percurso. O 5º capítulo centra-se na descrição e análise das atividades desenvolvidas. A aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista (EE) constituem o capítulo seguinte. Seguem-se as considerações finais e as referências bibliográficas.

Este documento foi elaborado de acordo com o Manual de elaboração de trabalhos escritos da ESEL de 2023 e a bibliografia seguiu as normas da American Psychological Association 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CIENTÍFICO

O enquadramento teórico-científico é desenvolvido ao longo de quatro subcapítulos que correspondem aos conceitos chave relacionados com a problemática presente no relatório e a Teoria de Kolcaba. Sendo eles, a vacinação, dor aguda, estratégias não farmacológicas de alívio da dor, os pilares da enfermagem pediátrica, a teoria em que se baseia este trabalho e a sua relação com a evidência científica.

1.1 Vacinação e Dor Aguda

A importância da vacinação na prevenção de doenças é do conhecimento geral. A promoção da vacinação é um dever de todos os profissionais de saúde, como detentores de conhecimento proveniente da evidência científica podem e devem transmitir esse conhecimento de modo a desmistificar ideias pré-concebidas que surjam e promover a vacinação como meio de promoção da saúde da sociedade. Segundo a DGS (2020),

investir na informação dos cidadãos e profissionais de saúde, capacitando quer para a tomada de decisões cada vez mais esclarecidas e participadas quer para a crescente partilha de informação credível sobre as vacinas e vacinação, é a base para o alargamento das parcerias com diferentes sectores da sociedade, promovendo uma rede de embaixadores da vacinação, com o objetivo de abranger cada vez mais públicos-alvo, tornando mais eficiente a promoção da vacinação como um direito, um dever e um ato de cidadania (p.15).

A DGS (2020) acrescenta que,

A vacinação é um direito e um dever dos cidadãos, participando ativamente na decisão de se vacinarem, com a consciência que estão a defender a sua saúde, a Saúde Pública e a praticar a cidadania. Vacinar é, portanto, também uma responsabilidade e um ato de solidariedade (DGS, p.15).

Contudo, o receio da dor por parte das crianças e jovens e suas famílias constitui uma razão para que a vacinação continue a ser vista por muitos como uma intervenção dolorosa e conseqüentemente temida e protelada. “A dor causada pela administração de vacinas é comum e a preocupação com a dor contribui na hesitação em vacinar ao longo da vida” (Taddio et al., 2015, p. 975).

A dor é definida como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (Raja et al., 2020, p.7). O conceito de dor aguda baseia-se na sua duração: inferior a 3 meses. De acordo com a DGS (2017), “a dor aguda é um sintoma limitado no tempo que pode e deve ser controlado”. Surge frequentemente associada a ansiedade e ao medo, tal como refere Batalha (2010).

O PNV abrange toda a população que se encontra em Portugal, desde o nascimento até ao final da vida, em que a maior incidência ocorre no primeiro ano de vida. A DGS (2017) enfatiza que no primeiro ano de vida, fase que em que o latente se encontra mais vulnerável, deverá ocorrer a primovacinação, considerada fundamental na prevenção de doenças potencialmente de maior gravidade.

A promoção do conforto pode ser implementada através da utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor. Contudo, para prevenir ou aliviar a dor é determinante realizar a avaliação da dor através de escalas para o efeito desenvolvidas e validadas que uniformizam essa avaliação. Os instrumentos devem estar adaptados à idade da criança e jovem e também ao seu desenvolvimento. São designadas como de autoavaliação ou heteroavaliação, dependendo da pessoa que realiza a mesma: criança, jovem ou o profissional de saúde. São exemplos de escalas de autoavaliação as escalas de FPS-R (Faces Pain Scale-Revised), de faces de Wong-Baker, Visual Analógica e a numérica. E de heteroavaliação: EDIN (Échelle de Douleur et d´Inconfort du Nouveau-Né), NIPS (Neonatal Infant Pain Scale), PIPP (Premature Infant Pain Profile), N-PASS

(Neonatal Pain, Agitation Sedation & Scale) e a FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability).

1.2. Estratégias não Farmacológicas de Alívio da Dor Aguda

O dicionário de língua portuguesa da Porto Editora (2023) define estratégia como um conjunto de meios e planos com o intuito de alcançar um fim. Na área da saúde, segundo Rodrigues (2021) estratégias são processos e intervenções que correspondem às necessidades de saúde inicialmente delineadas.

Batalha (2010) considera que, no que se refere ao alívio da dor “as estratégias envolvem ações interdisciplinares de âmbito farmacológico e não farmacológico que variam em função de uma multiplicidade de fatores, desde a intensidade da dor, tipo, etiologia, previsibilidade de duração, contexto clínico, personalidade da criança, cooperação familiar” (p. 47). Estas estratégias não farmacológicas de alívio da dor são consideradas intervenções autónomas de Enfermagem, que no 9º artigo do Regulamento para o exercício da profissão de enfermagem (OE, 2015) são definidas:

consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem (p. 102).

Estas estratégias não farmacológicas podem ser classificadas como: comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, suporte emocional e ambientais. Embora Batalha (2010) ressalve que a classificação das estratégias possa ser diferente de acordo com os autores. Este autor e Reis et al. (2021) apresentam a mesma classificação. As estratégias comportamentais consistem em intervenções que levam à aquisição de comportamentos específicos que promovam o alívio da dor, tais como a dessensibilização, reforço positivo e o relaxamento (Batalha, 2010). As estratégias cognitivas dizem respeito

aos métodos mentais que aliviam a dor, sendo eles, a informação preparatória, mudança de memória, autorrelato positivo e paragem do pensamento e a hipnose (Batalha, 2010). Relativamente às estratégias cognitivo-comportamentais, estas podem ser divididas em 3 grupos: distração, modelagem e ensaio, e imagem guiada, alguns exemplos das estratégias físicas são: a aplicação de calor/frio, a massagem, o posicionamento e a estimulação nervosa elétrica transcutânea. Batalha (2010) e Reis et al. (2021) referem que estas estratégias têm como objetivo a redução do estímulo doloroso, resposta inflamatória e tensão muscular.

A presença, toque e conforto constituem estratégias de suporte emocional, que normalmente são colocadas em prática pelos pais ou outras pessoas significativas para a criança e jovem. A sua presença, toque e proximidade promovem o conforto. Batalha (2010) considera que,

para as crianças os pais são o garante da proteção, confiança, amor e carinho, pelo que uma presença de qualidade passa por pequenas coisas como tocar, falar, deixar chorar (não reprimir), ser honesto (não mentir) e ajudar a lidar com os procedimentos dolorosos (distraindo e animando) (p. 72).

A opção por uma estratégia não farmacológica em detrimento de outra é reveladora do conhecimento do enfermeiro e da observação que realiza. De acordo com Abadesso et al. (2021) “não é expectável que uma intervenção individual previna a totalidade da dor (ou seja, um nível de dor “0”). As intervenções podem e devem ser combinadas, para melhorar o resultado pretendido no alívio da dor” (p. 8).

1.3. Pilares da Enfermagem Pediátrica

A enfermagem pediátrica baseia-se em dois pilares fundamentais: cuidados centrados na família (CCF) e cuidados não traumáticos (CNT). A sua designação e relevância é definida pelo facto de constarem no regulamento de competências específicas do EESIP.

Hockenberry e Barrera (2014) sustentam que “a filosofia do cuidado centrado na família reconhece a família como constante na vida da criança” (p. 68). À semelhança do cuidado centrado na família constituir um pilar da enfermagem pediátrica também a família é o pilar na vida de uma criança ou jovem. Não só estão intrinsecamente ligados à identidade de cada criança ou jovem como também constituem o seu “porto seguro”. Hockenberry e Barrera (2014) acrescentam que este pilar se encontra assente nos conceitos da capacitação e empoderamento. Para estes autores, a capacitação descreve a intervenção em que os enfermeiros proporcionam momentos em que a família revela as suas capacidades e competências e que estas possam ser trabalhadas de modo a responder às necessidades da criança ou jovem. Também para estes autores, o empoderamento traduz-se como a relação desenvolvida entre enfermeiros e família que proporciona ou origina uma sensação de controle no que diz respeito à vida destas pessoas.

O Institute for patient-and family-centered care (IPFCC, 2016) esclarece que o facto de a família estar sempre presente e envolvida nos cuidados traz uma mais-valia para todos os intervenientes. De modo a envolver a criança, jovem e respetiva família na prestação de cuidados é importante acreditar que a sua participação é essencial para alcançar melhores cuidados e conseqüentemente melhores serviços de saúde. A partilha do conhecimento que a família tem acerca da criança e jovem tornam os cuidados mais individualizados.

Da mesma forma, Batalha (2010) reitera que:

Cuidar de uma criança com dor e da sua família passa pela vivência conjunta de uma relação partilhada, cuja presença, disponibilidade, escuta, acompanhamento, autenticidade e confiança mútua facilita o desenvolvimento das potencialidades da criança e família, ajudando-as a encontrarem o caminho que desejam para dar sentido às suas experiências (p.48).

No que diz respeito aos CNT, a OE (2020), entende que "...pressupõem a prestação de cuidados de enfermagem com o uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico vivido pela criança e família, em todos os contatos com instituições de saúde" (p.2). Segundo Hockenberry e Barrera (2014), três princípios sustentam os CNT: promoção do acompanhamento da criança pela sua família; promoção da sensação de controle e não causar lesão ou dor.

A gestão da dor durante a vacinação de crianças e jovens fomenta a promoção dos cuidados de enfermagem baseados nos princípios do CCF e nos CNT.

1.4. Teoria do Conforto de Kolcaba

Segundo Kolcaba (2005), conforto é "o estado imediato de ser fortalecido por ter as necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência abordadas em quatro contextos de experiência" (p. 188). No modelo teórico, estão presentes os seguintes tipos de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência, em diferentes contextos: o físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, de acordo com Kolcaba (2005).

O conforto surge como parte integrante do cuidado em enfermagem. Cuidado este que se pretende ser individualizado e holístico. Segundo Kolcaba e DiMarco (2005), para que os cuidados de enfermagem tenham como enfoque o conforto da criança ou jovem e sua família é necessário estabelecer as suas necessidades e o seu contexto. Desta forma, os cuidados prestados visam responder às necessidades dos clientes pediátricos e sua família. As autoras acrescentam que o conforto é um resultado desejável, positivo e holístico relevante para a enfermagem.

Para Kolcaba (2005), o alívio é atenuar um determinado desconforto. A tranquilidade representa o estado em que o desconforto é inexistente. A transcendência ressalva a capacidade da pessoa "elevar-se" acima dos

desconfortos quando estes não podem ser prevenidos ou aliviados. O contexto físico relaciona-se com as possíveis alterações que podem ocorrer internamente na pessoa e os seus exemplos são a homeostase e os sinais vitais. No contexto psicoespiritual, encontram-se as necessidades a nível psicológico e espiritual como a própria designação do contexto. O contexto sociocultural reflete a relação interpessoal com a família e com outras pessoas. Inclui a abordagem ao cliente assim como as atitudes. Kolcaba (1997) introduziu a ideia da cultura na sua teoria de forma a incluir a história da família, tradições, linguagem, roupas e costumes. Por fim, no contexto ambiental há enfoque no ambiente que rodeia o cliente, suas condições e influências (Kolcaba, 1997).

Como é que os pilares da enfermagem pediátrica se relacionam com a teoria de conforto de Kolcaba? O CCF foca-se na importância dos cuidados prestados à criança, jovem e sua família como elemento integrante na vida da criança. Este elemento conhecedor da criança ou jovem constitui-se como aliado imprescindível que transmite o seu conhecimento acerca das suas necessidades, preferências, medos e receios e facilita desta forma a prestação de cuidados individualizados. Consequentemente, esta partilha de informação proporciona tranquilidade aos profissionais de saúde que prestam os cuidados individualizados, que apesar de não ser considerada prioritária favorece a relação com o cliente pediátrico e sua família. De acordo com Kolcaba (2005) a tranquilidade é entendida como a inexistência de um desconforto específico. Por parte dos pais cria-se uma relação de confiança na equipa de saúde. Este processo assemelha-se a um ciclo que tem como origem a apreciação de enfermagem realizada no primeiro contato com a criança, jovem e sua família, esta sustenta a prestação de cuidados de enfermagem que ao serem colocados em prática transmitem a valorização do papel dos pais na partilha do seu conhecimento, e desta forma, a tranquilidade está a ser transmitida entre os elementos que constituem a família. A própria presença dos pais ou de pessoas significativas para a criança ou jovem também é promotora desta tranquilidade.

Os CNT estão relacionados com a necessidade do alívio, presente na teoria do conforto. Promover o alívio da dor é promover o conforto. Kolcaba (2003) sustenta que, a necessidade humana: alívio ao ser trabalhada pelos enfermeiros visa alcançar o conforto.

Na teoria de conforto de Kolcaba concilia-se o dever dos enfermeiros na gestão da dor, com os direitos das crianças no que diz respeito ao controlo do 5º sinal vital.

O ponto 3 do 24º artigo da Convenção dos Direitos da Criança também foca a importância dos cuidados não traumáticos: “os estados partes tomam todas as medidas eficazes e adequadas com vista a abolir as práticas tradicionais prejudiciais à saúde das crianças” (UNICEF, 2019, p. 21).

Desta forma, a vacinação e o conforto de quem é vacinado podem e devem coexistir, através da avaliação da dor e utilização de forma sistematizada de estratégias não farmacológicas de alívio da dor. De acordo com a APED (2021) “a gestão adequada da dor deve ser considerada como uma boa prática na imunização à criança. Para que tal tenha o sucesso pretendido, os profissionais de saúde devem estar familiarizados com as estratégias de alívio da dor durante a vacinação” (p.3).

2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

A minha prática profissional é desenvolvida nos CSP e desde o início do meu percurso como Enfermeira que me interesse pelo tema da Dor. Este tema sempre me inquietou e, ao ponderar acerca do projeto de estágio, refleti acerca dos momentos em que ocorrem maior número de situações em que crianças e jovens apresentam dor aguda. A partilha desta questão com os restantes elementos da equipa de Enfermagem, conduziu à seguinte conclusão: a maioria das situações ocorria na vacinação. Por inúmeros motivos, verificou-se a inexistência, de forma sistematizada de avaliação da dor e implementação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor. Daí, o surgir de um diagnóstico de situação a partir de um problema detetado na prática, que remete para a importância do desenvolvimento de competências na área da gestão e alívio da dor aguda. A conclusão a que chegámos está representada no mapa conceptual (Apêndice I) e vai ao encontro do que consta na evidência científica.

Abadesso et al. (2021) argumentam que:

a administração de vacinas é a fonte de dor iatrogénica mais comum na infância. Sendo a vacinação um episódio transitório e previsível, é possível ser aliviado e controlado. Quando a dor associada é desvalorizada, afeta de forma adversa a criança, podendo levar a ansiedade pré-procedimentos no futuro, medo de agulhas e comportamentos de evicção de cuidados de saúde (p. 2).

Freitas (2015) considera que, as vacinas melhoram a saúde e o bem-estar dos povos, contribuem para a eficiência e sustentabilidade dos serviços de saúde e são um fator de desenvolvimento.

A vacinação constitui uma intervenção de Enfermagem invasiva, que pode provocar dor. Abadesso et al. (2021), defendem que “a gestão adequada da dor deve ser considerada como uma boa prática na imunização à criança” (p.3). Reis et al. (2013), considera que “o controlo da dor é um direito que assiste a todos os

indivíduos e atinge o seu máximo reduto nas crianças, seres indefesos a quem queremos poupar todo e qualquer sofrimento” (p. 5).

Outro aspeto preponderante é o citado por Reis et al. (2013), quando refere que para os enfermeiros, “o controlo da dor assume-se como um dever e um indicador de boa prática” (p. 5).

Enfatizar a importância da temática da dor e o seu alívio para o EESIP está descrita na unidade de competência: E2.2 “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2010, p. 4). Para gerir a dor é necessário:

Reconhecer a individualidade da dor na criança e a sua variabilidade, quer na perceção, quer na manifestação, quer ainda nas respostas conseguidas, leva os enfermeiros a prestar cuidados diferenciados, ajudando a criança a lidar com cada situação de dor, facilitando a sua expressão e planeando intervenções individualizadas no sentido do autocontrolo (Reis et al, 2013, p. 13).

O cuidado holístico é prestado tendo por base a singularidade de cada criança. A infância é uma fase de permanente evolução em termos de desenvolvimento e socialização (Batalha, 2010, p. 48). Este autor (2010) acrescenta que “neste sentido, a prevenção e tratamento da dor são atos humanos criativos, únicos e personalizados” (p. 48). que podem e devem ser colocados em prática através da aplicação de estratégias não farmacológicas, isoladamente ou em simultâneo com estratégias farmacológicas dependendo da criança/jovem e sua família e também do contexto onde estão a ser prestados os cuidados de Enfermagem. Logo é possível relacionar a prevenção e tratamento da dor com o conforto, mais especificamente com o tipo de conforto denominado por alívio.

Tal como é referido por Reis et al. (2013), “as intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. A sua

utilização tem sido considerada importante nas situações potencialmente dolorosas“(p. 17).

Proporcionar conforto como cuidado holístico é identificar e promover as necessidades humanas: alívio, tranquilidade e transcendência da criança, jovem e sua família. Quando a necessidade do alívio não é possível ser alcançada, o enfermeiro deve promover as restantes necessidades com o intuito de alcançar o conforto da criança e jovem, segundo Kolcaba e DiMarco (2005).

Batalha (2010) esclarece que o estágio de desenvolvimento também deve ser tido em conta quando se pensa em medidas de conforto para a criança e jovem.

Kolcaba e DiMarco (2005) sustentam que a prestação de cuidados holísticos a uma criança ou jovem pressupõe a adaptação das medidas de conforto. Essa adaptação está relacionada com a avaliação de desenvolvimento efetuada e também com as preferências dos clientes pediátricos.

A minha expectativa é o desenvolvimento de competências de EE com especial enfoque na avaliação e gestão diferenciada da dor, através da minha formação. Pretende-se ao longo deste percurso de formação contribuir para a melhoria das práticas de enfermagem nomeadamente na vacinação.

3. METODOLOGIA

Este relatório baseia-se no projeto de estágio elaborado e sua implementação nos cinco contextos de estágio. Assim sendo, tratou-se de uma metodologia de projeto assente nos seguintes princípios de formação: formação de adultos; aprendizagem experiencial; prática reflexiva e desenvolvimento de competências. Segundo Ruivo et al. (2010), “a metodologia de projeto baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” (p.2). Como foi referido no capítulo anterior o problema detetado na prática diz respeito à avaliação da dor e aplicação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de forma sistematizada, na vacinação de crianças e jovens.

Foram delineados os seguintes objetivos gerais e específicos:

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) na prestação de cuidados de enfermagem à criança e jovem em diferentes situações de saúde e doença e contextos de prática;
 - Prestar cuidados de Enfermagem à criança e jovem promotores de saúde e do desenvolvimento infantil;
 - Promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência ou incapacidade.
- Promover a gestão diferenciada da dor aguda da criança e jovem
 - Promover o uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda, promotores de conforto à criança e jovem, durante a vacinação.

A aprendizagem experiencial desenvolvida ao longo do estágio teve como foco alcançar os objetivos gerais referidos anteriormente, dando assim resposta às competências de EE e de mestre. De acordo com Pimentel (2007),

a aprendizagem experiencial parte da seguinte premissa: todo desenvolvimento profissional prospectivo decorre da aprendizagem atual, assim como o desenvolvimento já constituído é imprescindível para o aprendiz. Aprender pela experiência não significa que qualquer vivência redunde em aprendizagem. Esta aprendizagem é, sobretudo, mental. Assim sendo, apropriar (tornar próprios) os saberes procedentes da experiência demanda processos contínuos de ação e reflexão (p.159).

Kinsella citado por Costa et al. (2009), considera que a prática reflexiva é baseada na ação e reflexão realizadas em simultâneo. Schon citado por Costa et al. sustenta que este princípio de formação foca na prática profissional. Estes autores fundamentam que a prática como promotora do aprofundamento do conhecimento e a aquisição de novas competências deverá ser refletida à medida que a prática ocorre.

Segundo Alarcão (2001), “a competência é, hoje em dia, entendida de uma forma holística, pragmática e interativa. Concebe-se como um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes e revela-se nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias” (p. 53 e 54).

Estes princípios de formação têm por base o autodiagnóstico de necessidades e conduzem à aquisição de competências que vai ao encontro dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO NOS DIFERENTES CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O percurso de estágio realizou-se em cinco contextos, tendo iniciado a 26-09-2022 e terminado a 10-02-2023 de acordo com o cronograma (Apêndice II). Constituiu acima de tudo uma experiência promotora de desenvolvimento pessoal e profissional que também trouxe um grande desafio: o regresso ao meio hospitalar após dezassete anos de exercício profissional em cuidados de saúde primários. Os contextos de estágio foram os seguintes: internamento de pediatria, serviço de urgência pediátrica, neonatologia, cuidados de saúde primários e consulta de desenvolvimento.

As atividades desenvolvidas de acordo com os objetivos gerais e específicos visaram a aquisição de competências comuns e específicas de EE e também de mestre.

A descrição das atividades desenvolvidas em cada contexto encontra-se no guia orientador de atividades (Apêndice III).

4.1. Serviço de Internamento de Pediatria

O estágio foi iniciado num serviço de internamento de pediatria e ocorreu no período de 26-09-2022 a 23-10-2022. O serviço é constituído por duas alas (A e B), com capacidade para internamento de trinta e seis crianças e jovens, sendo que seis camas compõem a sala de cuidados intermédios. Na ala A, os três primeiros quartos estão destinados a crianças e jovens submetidos a cirurgias e cujo internamento seja de curta duração. Nos restantes quartos encontram-se crianças e jovens internados com doenças crónicas ou com condições agudas. A grande maioria são crianças e jovens com antecedentes pessoais de drepanocitose. A faixa etária é tida em consideração pela equipa de enfermagem no momento da escolha do quarto de internamento. Há uma sala de tratamentos em cada ala, onde são realizados procedimentos invasivos.

As crianças e jovens internados podem usufruir de uma sala de atividades. Este serviço também tem uma sala de estudo de sono com equipamento e técnicos específicos.

Em cada turno e de acordo com o método individual de distribuição do trabalho, o EE chefe de equipa determina o trabalho a ser desenvolvido por cada elemento da equipa. Ou seja, cada elemento fica responsável pelos cuidados a determinadas crianças e jovens internados: enfermeiro de referência. Segundo a OE (2015),

o método de trabalho «Enfermeiro de Referência - Primary Nursing» é aquele que, em pediatria, mais espelha o desenvolvimento dos novos modelos e a filosofia de cuidados pediátricos, assentes na parceria e na negociação de cuidados com os pais, prevendo a sua participação efetiva com continuidade do exercício da sua parentalidade (p.18).

O hospital onde o estágio foi realizado tem um grupo de trabalho constituído por profissionais de saúde que trabalha a questão da dor e a sua gestão. Quem usufrui deste trabalho são os profissionais de saúde do hospital, assim como os clientes e suas famílias. O seu trabalho é revelador da importância dada ao 5º sinal vital: dor. À semelhança dos restantes serviços de pediatria, também este serviço tem um kit denominado por “kit sem dor”, constituído por diferentes brinquedos adequados a diferentes faixas etárias. Este kit encontra-se na sala de tratamentos, para estar acessível durante a realização de procedimentos potencialmente dolorosos. As intervenções quando programadas não ocorrem nos quartos onde a criança ou jovem se encontra. Em diversos locais do serviço encontram-se em destaque cartazes e folhetos alusivos à importância da avaliação da dor e como as famílias podem contribuir para o alívio da dor dos seus filhos que se encontram internados.

Em relação ao 1º objetivo geral: desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) na prestação

de cuidados de enfermagem à criança e jovem em diferentes situações de saúde e doença e contextos de prática, foi delineado o seguinte objetivo específico: Promover a adaptação da criança e jovem e família à doença crónica, deficiência ou incapacidade.

Inicialmente e em paralelo à integração no serviço de pediatria ocorreu uma observação participativa dos cuidados prestados pela enfermeira especialista de referência. Posteriormente iniciou-se a prestação de cuidados de enfermagem a crianças e jovens com situações agudas e crónicas.

A observação das crianças e jovens e a comunicação com os mesmos permitiu verificar na prática o que é descrito na evidência científica. O brincar terapêutico é promotor da comunicação, traduz a experiência e os sentimentos vivenciados pela criança ou jovem durante um momento gerador de stress como é a hospitalização. De acordo com Barroso et al. (2020), a hospitalização representa uma situação diferente de todas experienciadas por uma criança inserindo-se numa outra realidade, num ambiente impessoal, repleto de restrições e rotinas, com significados diferentes do seu contexto diário, longe da família e amigos. O conhecimento adquirido decorrente do brincar terapêutico é facilitador no desenvolvimento de uma relação terapêutica e sustenta um cuidado de enfermagem individualizado. Segundo Godino-láñez et al. (2020), o brincar terapêutico tem demonstrado benefícios para as crianças durante o internamento, tais como a diminuição da ansiedade e da dor e melhorar a relação com os profissionais de saúde assim como o comportamento e atitude da criança perante a doença e procedimentos a realizar. Também foi mobilizado o contar histórias, tendo presente o seu potencial na criação de uma relação de maior proximidade entre enfermeiro e a criança. De acordo com Srinatania et al. (2021), contar histórias é um dos métodos de intervenção terapêutica que promove a diminuição da ansiedade, sintoma frequente durante a hospitalização de uma criança que pode vir a influenciar o seu crescimento e desenvolvimento.

O brincar terapêutico tem uma intencionalidade que se traduz na aproximação entre o enfermeiro e a criança. A aproximação permite que a criança verbalize os seus gostos, a sua tristeza, preocupação e também os seus receios. Este conhecimento é importante na individualização da prestação dos cuidados de enfermagem à criança e sua família. Barroso et al. (2020) argumentam que os enfermeiros utilizam o brincar terapêutico como uma estratégia adequada na aproximação às crianças para criar uma ligação, empatia e relação de confiança.

Uma das atividades realizadas no sentido de demonstrar competências a nível da prestação de cuidados, foi a elaboração de um estudo de caso acerca da adaptação da criança e jovem e família a uma doença crónica (Apêndice IV). Na redação deste documento consta a descrição e reflexão acerca dos cuidados prestados a um toddler do sexo masculino que tinha três anos de idade e sua mãe. Esta criança tinha como antecedentes pessoais a drepanocitose. A vivência desta situação também promoveu o meu conhecimento em termos de adaptação da criança e sua mãe a uma condição crónica, dando assim relevo aos cuidados centrados na família.

O 2º objetivo geral: promover a gestão diferenciada da dor aguda da criança e jovem, começou a ser trabalhado a partir da consulta de protocolos, normas e bibliografia existente no serviço. Essa informação recolhida complementou o conhecimento adquirido durante a fase teórica do curso. Em simultâneo foi realizada observação participativa e troca de ideias com outros elementos da equipa de enfermagem para além da enfermeira especialista de referência. À semelhança da singularidade de cada pessoa a forma como utiliza uma determinada estratégia não farmacológica também apresenta algumas especificidades. E porque é que este conhecimento é relevante? Demonstrou para mim com pouca experiência na utilização de algumas estratégias não farmacológicas de alívio da dor, como diversas opções são possíveis e todas elas tem o mesmo propósito: aliviar a dor.

Uma das situações ocorreu com uma criança de três anos de idade, que se encontrava acompanhada pela sua mãe. Inicialmente ficava sempre assustado quando entrávamos no seu quarto para administrar terapêutica. Ao longo dos turnos trabalhou-se esse medo através da intervenção não farmacológica de alívio da dor comportamental: dessensibilização e verificou-se que a intervenção teve um resultado positivo na medida em que a criança passou a estar mais calma e até colaborava na avaliação dos sinais vitais. Foi levado material utilizado na prestação de cuidados de enfermagem para que a criança pudesse ver e mexer. Foi sugerida a sua colaboração durante a avaliação dos sinais vitais. Após colocação da braçadeira para avaliação da tensão arterial, a criança podia iniciar a avaliação ao carregar no botão para o efeito. O oxímetro também era colocado por si. Pouco a pouco, já era a própria criança que verbalizava querer ser ela a fazê-lo e não por minha sugestão. A sua iniciativa e participação substituíram o receio que sentiu nas primeiras abordagens. Barroso et al. (2020) consideram que a aplicação do brincar terapêutico, o mexer nos materiais e a repetição de procedimentos em bonecos faz com que as crianças obtenham respostas às suas dúvidas e ansiedades relacionadas com o procedimento, facilitando a sua abordagem com os enfermeiros.

Noutro momento, esta mesma criança teve indicação para realizar uma ressonância magnética em que não foi necessária sedação. Ao longo do dia, foi explicado que iria sair do serviço com a sua mãe, para tirar uma fotografia. Associou-se a realização deste exame a um passeio diferente. Manteve-se um ambiente calmo, confortável como preparação para o exame. Para admiração dos restantes elementos da equipa, inclusive do técnico na sala do exame e das médicas, a criança manteve-se calma, sempre na companhia da sua mãe. O princípio da enfermagem pediátrica: cuidados centrados na família foi aqui enfatizado pois a presença da mãe da criança revelou-se uma mais-valia através da sua colaboração, mas também como elemento promotor de tranquilidade para o seu filho. De acordo com Bray et al. (2022), a evidência sugere que a preparação

e familiaridade das crianças e jovens em relação aos procedimentos radiológicos são valorizados na medida em que melhoram o conhecimento por parte das crianças, diminuem a sua ansiedade e reduzem a necessidade de sedação ou de anestesia e aumentam a probabilidade de obtenção de melhor imagem dos exames. Pedroso (2017) enfatiza que:

relativamente à criança, foi possível concluir que a implementação da parceria de cuidados apresenta vários benefícios: diminuição da ansiedade, medo, sofrimento e dor, através do aumento da segurança pela presença de um familiar. O facto de a criança sentir os seus familiares mais seguros e menos ansiosos, acaba por ter repercussões a nível do seu bem-estar, uma vez que também se vai sentir mais segura e menos ansiosa.

Após discussão com a EE de referência foi desenvolvido um documento em que foi possível identificar junto de dez crianças e jovens internados no serviço, com diferentes faixas etárias e com patologias diversas. Neste documento constavam os procedimentos considerados mais dolorosos, a avaliação da dor através de determinada escala, terapêutica analgésica e as estratégias não farmacológicas de alívio da dor que foram facilitadoras em cada situação descrita (Apêndice V). Para mim, o intuito deste trabalho foi a oportunidade de potenciar o meu conhecimento acerca das estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor quando utilizadas em conjunto e também compreender que a singularidade de cada pessoa é fundamental. Como por exemplo, uma criança, que durante uma atividade do brincar terapêutico referiu que a intervenção mais dolorosa a que tinha sido submetida era o teste covid 19. Esta criança com 6 anos de idade, tinha sensação de doença e dificilmente saía da cama. Foi através do brincar terapêutico que a criança começou a expressar-se. Um dos exemplos ocorreu quando verbalizou que os testes covid 19 a que foi submetida eram o que mais a assustava e também causavam uma dor mais intensa que todos os restantes procedimentos a que foi sujeita. Passou a ter um discurso espontâneo que permitia ultrapassar a dificuldade da sua mãe em termos de comunicação

devido à barreira linguística. Barroso et al. (2020) consideram que o brincar terapêutico favorece maior receptividade por parte das crianças em relação aos enfermeiros, assim como em relação a novas intervenções que podem ser realizadas durante o internamento.

4.2. Serviço de Urgência Pediátrica

O período de estágio decorreu de 24-10-2022 a 20-11-2022, no contexto do serviço de urgência pediátrica. A elaboração de um documento com a caracterização do serviço (Apêndice VI) constituiu uma atividade facilitadora da integração neste contexto que permitiu uma visão mais abrangente do seu funcionamento e o circuito que a criança e jovem e suas famílias fazem desde o momento da admissão até à alta.

Este serviço tem uma área de abrangência significativamente grande. Para além das pessoas que recorrem diretamente a este serviço, outras são encaminhadas pelo Serviço nacional de Saúde (SNS) 24 ou pelos CSP. Também surgem transferências de outras unidades hospitalares, por necessidade de cuidados diferenciados.

De modo a alcançar o 1º objetivo geral e os específicos a que me propus tive oportunidade de observar e participar na prestação de cuidados de enfermagem, desde a triagem até à sala de observação (SO). Assim como acompanhar a EE de referência durante a transferência de crianças para os serviços de internamento. A importância deste acompanhamento está relacionada com a própria prestação de cuidados de enfermagem na medida em que a informação transmitida à equipa do serviço de internamento vai influenciar a continuidade dos cuidados. De acordo com a OE (2015) o Código Deontológico, no seu 104º artigo relativo ao direito ao cuidado, explicita que: “o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença assume o dever de assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e intervenções realizadas” (p.8).

Na sala de triagem só foi possível acompanhar e colaborar nos cuidados prestados pela EE de referência, uma vez que é necessária formação específica para este efeito. É utilizado o protocolo de triagem de Manchester que determina a prioridade de acordo com as alterações identificadas.

A prestação de cuidados de enfermagem, tomada de decisão suportada em princípios éticos e valores consta do documento elaborado: Jornal de aprendizagem (Apêndice VII) acerca de uma situação significativa vivenciada relacionada com a gestão da dor de uma criança, do sexo masculino, com cinco anos de idade. Encontrava-se no pós-operatório imediato: por uma sépsis na sequência de uma apendicite. Por inexistência de vagas no serviço de cirurgia pediátrica foi necessário permanecer no SO. No que diz respeito ao princípio dos cuidados não traumáticos verificou-se alguma dificuldade em transpor barreiras como por exemplo o facto de serem duas equipas distintas a prestar cuidados. Ou seja, a equipa de enfermagem era do serviço de urgência, mas a equipa médica era proveniente do serviço de cirurgia. Este aspeto dificultou um planeamento atempado dos cuidados de enfermagem, pois a equipa não soube antecipadamente que seria realizado tratamento. Desta forma a utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas não foi concretizada antes de realizar o penso, mas em simultâneo.

Também foi elaborada uma reflexão sobre a gestão da dor através da utilização do kit sem dor existente no serviço (Apêndice VIII), tendo sido abordadas quatro situações distintas com crianças e jovens de diferentes faixas etárias, onde se dá relevo à utilização de estratégia não farmacológica de alívio da dor cognitivo comportamental: distração, tendo por base objetos lúdicos que compõem o kit do serviço. A prestação de cuidados de enfermagem e posterior reflexão foram relacionados com a teoria de conforto de Kolcaba, mais especificamente com o alívio e tranquilidade, na medida em que ao avaliar a dor e utilizar estratégias não farmacológicas para o seu alívio ocorre conseqüentemente a promoção do alívio e tranquilidade da criança, jovem e sua família.

Durante a realização deste contexto de estágio, surgiu a oportunidade de participar numa formação sobre a abordagem da dor em pediatria. Foi realizada uma reflexão acerca do conhecimento adquirido e conseqüentes conclusões alcançadas. O que é referido por peritos na área é que na maioria das vezes, a principal barreira a ser transposta é a forma de pensar dos profissionais de saúde e não os recursos materiais, humanos e temporais existentes nos diversos serviços. A importância dada às estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor não é a mesma. Segundo Abadesso (2022), perante estas situações, o importante é disseminar o conhecimento através da prática. Foi também neste sentido que o kit sem dor do serviço de urgência foi utilizado. Para além de melhorar a minha prática também demonstrou que é possível a utilização das estratégias não farmacológicas de alívio da dor neste serviço.

Neste contexto fiquei com uma visão mais alargada e profunda do cliente pediátrico que é encaminhado pelos CSP para a urgência hospitalar pediátrica. E também dos que se deslocam diretamente ao serviço de urgência sem avaliação pelo SNS 24. Tomei consciência baseada na realidade, da importância de avaliar a necessidade de encaminhar os clientes pediátricos e suas famílias de modo a mobilizar recursos humanos e materiais de forma mais eficiente. Crianças e jovens em processos específicos de doença que podem ser observados e tratados nos CSP diminuem a afluência por vezes injustificada à urgência hospitalar, influenciando assim a acessibilidade das pessoas aos serviços de saúde.

4.3. Serviço de Neonatologia

O estágio no contexto do serviço de neonatologia decorreu de 21-11-2022 a 18-12-2022. A equipa de enfermagem é composta por oitenta enfermeiros em que cerca de 40% são especialistas. Restante equipa constituída por médicos de diferentes especialidades, terapeutas da fala, psicólogas, técnicas de serviço social e consultores. O serviço tem capacidade de ter trinta e dois RN internados, em

que onze são dos cuidados intensivos e restantes vinte e um dos cuidados intermédios.

Aprofundar conhecimentos na área da neonatologia relativamente aos cuidados neuroprotetores centrados no desenvolvimento e a promoção da saúde do RN e sua família, facilitaram o meu processo de aprendizagem e minha integração neste contexto. Altimier et al. (2013) definem neuroproteção como as estratégias implementadas que previnem a morte das células neuronais.

O período em que decorreu a observação participativa foi mais longo comparado com os contextos anteriores dada a especificidade nesta área.

A leitura e esclarecimento de dúvidas acerca dos protocolos existentes, desde os critérios que determinam o internamento do recém-nascido (RN). neste serviço também promoveram um maior conhecimento acerca dos RN internados.

A equipa existente neste serviço é multidisciplinar: EE e enfermeiros generalistas, médicos, fisioterapeutas, terapeutas da fala, psicólogos e auxiliares de ação direta.

A população que recorre a este serviço é proveniente de diversos países e assim sendo as questões da multiculturalidade são trabalhadas frequentemente. A cultura, religião e costumes das pessoas adquirem um importante aspeto a ser estudado e trabalhado para a prestação de cuidados de enfermagem. Esse conhecimento provém da literatura, da partilha de informação na equipa de saúde e também do que é transmitido pelos pais dos RN internados. Ressalvando aqui a importância dos CCF. Foi elaborada uma reflexão acerca da importância da comunicação (Apêndice IX) em que foi abordada a prestação de cuidados de enfermagem a uma família proveniente do Nepal. A barreira linguística constituiu um fator que dificultou a implementação do princípio dos cuidados centrados na família. Foi necessário procurar uma alternativa de modo a ultrapassar este obstáculo. O pai do RN, tornou-se um elo entre a mãe e a equipa.

Neste contexto, a prestação de cuidados de enfermagem tem um enfoque maior na promoção da vinculação, cuidados antecipatórios e no desenvolvimento das competências parentais. Ainsworth citado por OE (2015) refere que a: “vinculação é definida como um laço afetivo que, uma vez estabelecido, tende a perdurar, quer no tempo, quer no espaço” (p.20).

Altimier e Phillips (2013) defendem o conceito de parceria com as famílias nas unidades de cuidados intensivos neonatais que incluem a filosofia dos cuidados e reconhecem que ao longo do tempo a família é a maior influenciadora na saúde e bem-estar da criança. Os cuidados antecipatórios e o desenvolvimento de competências parentais têm início desde o 1º contato com o recém-nascido (RN). E a sua realização permitiu trabalhar no 1º objetivo geral do projeto de estágio.

Segundo Mencía et al. (2022), episódios repetidos de dor relacionados com stress em RN grandes prematuros estão associados a alterações no desenvolvimento cerebral durante o período neonatal assim como à tardia atividade do córtex cerebral e diminuição da sua espessura, alterações da microestrutura da substância branca e alterações a nível cognitivo na idade escolar. Estes autores definem grandes prematuros como uma idade gestacional inferior a trinta e duas semanas.

As estratégias não farmacológicas mais frequentemente utilizadas no alívio da dor dos RN neste serviço são o aleitamento materno; a sacarose oral a 24% associada à sucção não nutritiva; posicionamento e o contato pele a pele. A observação realizada foi ao encontro do que consta na literatura. Maciel et al., citado por Nery et al. (2021) referem que: “o uso dos métodos não farmacológicos, apontando que a combinação de mais de uma dessas estratégias pode ocasionar um efeito sinérgico protetor, dando ênfase a amamentação, devido as comprovações científicas de que o contato pele a pele é um método analgésico para dor procedural, além de ser um método eficaz e seguro” (p.8). De acordo com Mencía et al. (2022), são as estratégias não farmacológicas de alívio da dor mais

frequentemente utilizadas em RN. Tem como vantagens a facilidade em serem transmitidas, o seu resultado, segurança e viabilidade. Li et al. (2022) concluíram que a intervenção não farmacológica combinada com a sacarose oral a 24% administrada dois minutos antes do procedimento e a sucção não nutritiva é efetiva no alívio da dor, nos estudos consultados. Segundo Soares e Santos (2020), utilizar o posicionamento como forma de aliviar a dor nos RN durante a manipulação e realização de procedimentos constituiu uma estratégia não farmacológica benéfica. É implementada através da contenção em que as extremidades superiores e inferiores do RN são mantidas em flexão.

Embora exista um grupo de trabalho formado para aprofundar e atualizar conhecimentos acerca da dor: 5º sinal vital, não esteve em funcionamento durante o estágio. Assim, em discussão com a EE de referência e a Enfermeira Chefe foi considerado oportuno o desenvolvimento de um dossier temático acerca da utilização da sacarose oral a 24% como estratégia não farmacológica de alívio da dor (Apêndice X) e a realização de uma sessão de modo a uniformizar a utilização da sacarose oral a 24% no serviço (Apêndice XI). Estas atividades integram-se no 2º objetivo geral do projeto.

4.4. Cuidados de saúde primários

O contexto dos CSP decorreu de 02-01-2023 a 29-01-2023 no meu local de trabalho, a meu pedido. Esta decisão teve por base o problema e o objeto de estudo identificados.

A experiência adquirida nos contextos anteriores em conjunto e em paralelo com a pesquisa realizada revelou-se uma base que sustentou a minha prática neste contexto, principalmente no que diz respeito à utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor aguda na vacinação.

Inicialmente foi elaborado um diagnóstico das necessidades formativas da equipa de enfermagem no que diz respeito à avaliação e alívio da dor. As respostas foram analisadas e uma sessão foi elaborada a partir das informações

obtidas (Apêndice XII) de modo a melhorar os conhecimentos da equipa acerca desta temática.

A OE (2013) realça que

as unidades pediátricas, ao desenvolver uma abordagem centrada na brincadeira lúdica e terapêutica podem criar kits temáticos (ex.: Kit sem Dói-dói), com artigos destinados ao alívio do medo, ansiedade e dor, que vão desde medicamentos de ação tópica no controlo da dor, a material didático e lúdico para desviar a atenção da criança/adolescente da técnica dolorosa, através do brincar (p.37).

Em simultâneo foi construído um kit e elaborada uma norma de utilização do mesmo (Apêndice XIII) de acordo com a evidência, teoria e guia de boas práticas da OE. O kit foi colocado na sala de vacinação tendo sido apresentado durante a sessão (Apêndice XIV) para a equipa de enfermagem.

Numa revisão scoping Wu et al. (2023), elucidaram acerca da eficácia analgésica de diferentes intervenções não farmacológicas e como podem contribuir para o alívio da dor relacionada com a vacinação nas crianças. Ao escolher uma intervenção não farmacológica recomenda-se que compreensivelmente sejam consideradas as preferências das crianças, a atitude dos pais e os efeitos das intervenções não farmacológicas de modo a adotar a melhor intervenção no alívio da dor relacionada com a vacinação.

Uma criança com três anos de idade foi acompanhada pela sua mãe para vacinação. Durante a avaliação inicial questionou-se a criança e posteriormente a sua mãe acerca do que gostava de fazer, brincar e foi convidado e incentivado a observar o kit sem dor. Todos os objetos que constituem no seu conjunto este kit utilizam a distração como estratégia não farmacológica cognitivo-comportamental de alívio da dor. A criança de três anos ficou muito entusiasmada com as bolas de sabão e a sua mãe concordou com a sua utilização. Após alguns minutos em que havia bolas de sabão por todo o gabinete de vacinação, a vacina

foi administrada sem que a criança verbalizasse dor. Antes, durante e depois da administração da vacina foi realizada a avaliação da dor através da escala Flacc. Tendo sido: 0, nos três momentos.

O tipo de conforto: alívio, na teoria de Kolcaba foi trabalhado nesta situação referida anteriormente e deu ênfase à estratégia não farmacológica cognitivo-comportamental distração.

A promoção do aleitamento materno durante a vacinação dos latentes, como estratégia não farmacológica de alívio da dor foi utilizada sempre que possível. Isto é, se os latentes estivessem a ser amamentados e se as mães concordassem em fazê-lo durante a vacinação. Em alternativa, também foi apresentada a sacarose oral a 24% e sucção não nutritiva aos pais de latentes alimentados com leite artificial. Ambas as estratégias foram aceites pelos pais. No que diz respeito ao aleitamento materno considerou-se importante desmistificar a ideia pré-concebida que o latente tem maior probabilidade de engasgamento se estiver a ser amamentado durante a vacinação. Tanto o aleitamento materno como a sacarose oral a 24% e sucção não nutritiva são denominadas por estratégias não farmacológicas cognitivo-comportamentais. Também estas estratégias promoveram os tipos de conforto: alívio e tranquilidade, de acordo com a teoria de conforto de Kolcaba.

4.5. Consulta de desenvolvimento

O estágio no contexto da consulta de desenvolvimento decorreu de 30-01-2023 a 10-02-2023. A equipa de profissionais de saúde é multidisciplinar e uma das suas mais valias é a articulação entre os diferentes elementos da mesma.

As crianças e jovens seguidos neste serviço são encaminhados pelo serviço de neonatologia do hospital, pelos CSP, ou através das consultas externas.

Surgiu a oportunidade de acompanhar a EE de referência ao serviço de neonatologia. As equipas destes dois serviços articulam entre si e a EESIP desloca-

se ao serviço de neonatologia conhecer o RN e sua família, durante o internamento. Explica os procedimentos e o intuito da vigilância na consulta de desenvolvimento. Esta abordagem é considerada um 1º passo que permite criar uma relação que terá continuidade durante as consultas que se seguem. Esta articulação ao promover a melhoria dos cuidados de enfermagem também promove a tranquilidade, como tipo de conforto. Kolcaba e DiMarco (2005), argumentam que o instruir alivia a ansiedade, fornece tranquilidade e informação, incute esperança e ajuda no planejar a recuperação.

Na consulta de desenvolvimento, a EESIP elabora a colheita de dados da criança e sua família. Estes dados incluem condições de habitabilidade e acessibilidade, cuidador informal, necessidades de apoio na comunidade. Por vezes há necessidade de articular com os centros de saúde, por forma a dar continuidade aos cuidados na comunidade. Até mesmo a possível necessidade de transporte em ambulância para se deslocar ao hospital para a consulta é abordada neste momento.

Neste contexto, tomei consciência com a avaliação da dor em crianças e jovens com alterações do desenvolvimento se torna ainda mais complexa. A existência de escalas apropriadas é um aspeto facilitador assim como a informação transmitida pela família.

De acordo com Vinkel et al. (2021), a dor em clientes com Paralisia Cerebral é um problema de saúde que adquire uma grande dimensão ao ser associado à diminuição da qualidade de vida das crianças.

Neste contexto foi desenvolvido um Jornal de aprendizagem (Apêndice XV), em que se centrou na questão da dor e do seu alívio. Esta situação ocorreu durante uma colheita de sangue a uma criança com três anos, acompanhada pela sua mãe. Foi utilizada a estratégia não farmacológica de alívio da dor cognitivo-comportamental: distração, através da visualização dos desenhos animados preferidos da criança.

A oportunidade de estar presente em formações no serviço, periódicas em que profissionais de saúde de diferentes áreas da equipa apresentam e debatem ideias acerca de evidência científica recente foi relevante na aquisição de conhecimento mais aprofundado, conhecimento esse aplicado posteriormente na prática de cuidados de enfermagem individualizados e holísticos a crianças e jovens com patologias raras e complexas. Tendo em mente a particularidade das patologias também as competências parentais a desenvolver junto dos pais são muito específicas, capacitando-os com conhecimento de forma a promover a sua adaptação.

5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo pretende-se relacionar o desenvolvimento de competências comuns, específicas de EE e de mestre com o trabalho desenvolvido ao longo do percurso de estágio.

A OE (2019), evidencia a definição de competências comuns como sendo “competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p. 4745).

As competências comuns de EE:

A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;

B – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade;

C – Domínio da gestão dos cuidados;

D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, foi desenvolvido ao longo do estágio, nos diferentes contextos, durante a observação participativa dos cuidados prestados pela EE de referência ou na prestação de cuidados de enfermagem de forma individualizada e holística. Em termos de trabalho produzido, nomeio os Jornais de aprendizagem, reflexões e o estudo de caso, como sendo os documentos mais relevantes na medida em que refletem os princípios, valores e normas deontológicas presentes nas tomadas de decisão. Também o trabalho efetuado no âmbito do 2º objetivo geral demonstrou o respeito dos direitos humanos, através da avaliação e alívio da dor aguda.

De forma a alcançar Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, considerou-se determinante a discussão inicial com as EE de referência de cada contexto de estágio, acerca do serviço, normas e protocolos assim como a

pesquisa constante da evidência científica recente que viria a ser determinante na prestação de cuidados de enfermagem. O documento desenvolvido no serviço de internamento de pediatria acerca dos procedimentos considerados mais dolorosos por parte de 10 crianças e jovens que se encontravam internados, a reflexão acerca da utilização do “kit sem dor” existente no serviço de urgência pediátrica, o dossier temático elaborado no contexto do serviço de neonatologia, a norma e construção do “kit sem dor” nos CSP e o jornal de aprendizagem na consulta de desenvolvimento permitiram desenvolver esta competência. A oportunidade de estar presente numa formação acerca da abordagem da dor em pediatria e refletir sobre o conhecimento transmitido também constituiu uma mais-valia.

O Domínio da gestão dos cuidados começou por ser trabalhado através da integração aos diferentes contextos de estágio e respetivas equipas. A integração promoveu uma noção clara da gestão dos diversos recursos de forma a dar resposta às necessidades de crianças e jovens internados. Consequentemente ao longo do tempo também me elucidou acerca das prioridades na prestação de cuidados de enfermagem.

O Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi trabalhado de forma mais intensa dado que a minha prática profissional é nos CSP. O regresso ao meio hospitalar trouxe muitos desafios e o meu reconhecimento das minhas capacidades e a necessidade de melhoria face ao crescente grau de dificuldade que surgia nos diferentes contextos de estágio.

De acordo com a OE (2019), as competências específicas de EE “são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (p.4745).

No que diz respeito à primeira competência específica de EESIP: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Os CCF, um dos pilares da enfermagem pediátrica preconizam o envolvimento da criança ou jovem e sua família nos cuidados e na tomada de decisão conjunta, consciente e informada. Para que esta tomada de decisão ocorra, os enfermeiros devem estar munidos de conhecimentos, baseados na evidência científica e que estes sejam transmitidos ao cliente pediátrico tendo em atenção a sua idade e estágio de desenvolvimento e também à sua família (E1.1.2, E1.1.4, E1.1.5).

A parceria nos cuidados de enfermagem prestados potencia um maior envolvimento de todos os intervenientes (E1.1.1) e conseqüentemente crescente adesão no processo de saúde através do desenvolvimento de novas capacidades.

As atividades desenvolvidas: estudo de caso clínico no contexto do serviço de internamento de pediatria e os jornais de aprendizagem nos contextos da consulta de desenvolvimento e da neonatologia permitiram desenvolver as competências acima referidas.

A criação de oportunidades de diálogo por parte do enfermeiro com a criança, jovem e sua família origina uma partilha de informação que irá sustentar os cuidados de enfermagem individualizados. Um exemplo disso foi o trabalho desenvolvido no serviço de internamento de pediatria em que através do diálogo e do brincar terapêutico constataram-se quais foram as intervenções mais invasivas e dolorosas para as crianças e jovens (E1.1.2).

O conhecimento de instituições públicas e privadas na comunidade e a articulação entre estas entidades e a criança, jovem e família proporcionam opções e recursos que fomentam a inclusão das pessoas na própria comunidade. A intervenção do EESIP incide fundamentalmente na articulação entre o cliente pediátrico e família com as entidades (E1.1.7, E1.1.8 e E1.1.10). O jornal de aprendizagem elaborado no contexto da consulta de desenvolvimento foi

revelador da importância desta ligação entre os diversos recursos disponíveis e como estes poderiam ser facilitadores da integração e adaptação da criança e sua família a uma nova realidade.

Relativamente à segunda competência específica: Cuida da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade, os conhecimentos e habilidades resultantes da experiência profissional, da pesquisa e estudo de evidência científica sedimentam uma prestação de cuidados de enfermagem que se pretende que seja de excelência. A gestão diferenciada e alívio do 5º sinal vital através de estratégias farmacológicas e não farmacológicas (E 2.2, E 2.4) está presente nas seguintes atividades: estudo de caso clínico, análise reflexiva da utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor redigidos no internamento de pediatria e reflexão sobre a utilização do “kit sem dor” no serviço de urgência pediátrica.

Dar resposta a doenças raras através de cuidados de enfermagem individualizados e holísticos tem por base a aquisição de conhecimento aprofundado, como o que ocorreu no contexto da consulta de desenvolvimento também das formações realizadas por profissionais de saúde da equipa.

As terapias comuns e complementares utilizadas pelos enfermeiros, de acordo com o designado pela OE são aplicadas de forma segura pois baseiam-se no conhecimento proveniente da evidência científica e da formação contínua que favorecem o conhecimento atualizado.

A terceira competência específica: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

As intervenções de enfermagem pediátrica sendo individualizadas baseiam-se na idade, desenvolvimento e situação em que o cliente pediátrico se encontra. Logo, é primordial a avaliação do desenvolvimento. Para determinar uma possível alteração é fundamental ter conhecimento do que é considerado adequado em termos de idade, crescimento e desenvolvimento (E3.1, E3.2 e E3.3).

A promoção da vinculação e as competências parentais devem ser implementadas em todos os momentos em que são prestados cuidados de enfermagem ao RN e sua família. Criar oportunidade de os pais expressarem os seus medos, receios e dúvidas e a partir destes dotá-los de capacidades para que assegurem os cuidados ao RN de forma segura e autónoma (E3.2 e E3.3). O jornal de aprendizagem realizado no contexto da neonatologia espelha a aquisição destas competências específicas.

A comunicação expressiva das emoções desenvolvida durante a prestação de cuidados de enfermagem possibilita um conhecimento que será a base para o desenvolvimento de uma parceria nos cuidados de saúde prestados ao jovem e sua família. Esta parceria é assente na tomada de decisão consciente e responsável do jovem fruto do conhecimento transmitido pelos enfermeiros (E3.4). A atividade relativa à reflexão acerca da utilização do “kit sem dor” no serviço de urgência pediátrica documentou a aquisição desta competência.

As competências específicas foram aprimoradas ao longo do estágio, tendo alcançado maior complexidade no contexto do serviço da neonatologia.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

Os princípios da enfermagem pediátrica - CCF e CNT - valorizam e respeitam a criança, jovem e sua família. Ao constarem da Declaração dos Direitos da Criança é enfatizada a sua importância.

A avaliação da dor aguda e o seu alívio realizado de forma sistematizada durante a vacinação de crianças e jovens, traduz-se na prestação de cuidados de enfermagem pediátricos promotores de conforto em que os seus princípios de CCF e CNT são respeitados e aplicados. O alívio da dor aguda resultante da intervenção invasiva: vacinação, pode ser efetuado através da utilização de estratégias não farmacológicas. A evidência científica demonstra a eficácia destas estratégias, contudo na prática verifica-se a sua subutilização nos cuidados de enfermagem. A mudança da prática no que diz respeito à utilização das estratégias não farmacológicas de alívio da dor aguda de forma sistematizada tem um efeito influenciador na adesão à vacinação.

Sendo a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e jovem uma das unidades de competência específica do EESIP considerou-se relevante e pertinente o desenvolvimento deste trabalho.

A metodologia seguida neste percurso académico foi baseada na aprendizagem experiencial e na prática reflexiva. Este relatório pretendeu descrever e analisar de acordo as atividades realizadas com o intuito de desenvolver as competências comuns e específicas de EESIP e de mestre.

Como projetos futuros será proposta a divulgação do “kit sem dor” e da sua norma de utilização em outras unidades de saúde da instituição onde desempenho funções assim como a promoção do aleitamento materno como estratégia não farmacológica de alívio da dor aguda durante a vacinação em recém-nascidos e lactentes ou a utilização da sacarose oral a 24% e sucção não nutritiva, como alternativa ao aleitamento materno (quando este não for possível).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadesso, C. (2022). Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor para o Controlo da Dor na vacinação pediátrica: linhas orientadoras para a prática clínica. *Revista DOR*, 28(2), 51-62. <https://doi.org/10.24875/dor.m22000018>
- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Referência*. 53-59. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2076&id_revista=5&id_edicao=21
- Altimier, L., Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn Infant Nursing Reviews*, 13 (1), 9-22. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Dowd, T. (2014). Theory of Comfort. In M. R. Alligood. (Ed.) *Nursing Theorists and their work*. (8ª ed.pp.657-671). Elsevier.
- Barroso, M. C., Santos, R., Santos, A., Nunes, M. & Lucas, E. (2020). Children´s perception of venipuncture through therapeutic toy. *Acta Paulista de Enfermagem*. 1-8.
- Batalha, L. (2010). Dor em Pediatria. *Compreender para Mudar*. Lidel.
- Bray, L., Booth, L., Gray, V., Maden, M., Thompson, J. & Saron, H. (2022). Interventions and methods to prepare, educate or familiarise children and young people for radiological procedures: a scoping review. *Insights into Imaging*. 1-33.
- Costa, C., Casagrande, L. & Ueta, J. (2009). Processos reflexivos e competências envolvidos na prática docente universitária: um estudo de caso. *Interface Comunicação Saúde Educação*. 13 (31), 409-422.

- Garcia- Toledano, E., López-Parra, E., Cebrián-Martinez, A. & Palomares-Ruiz, A. (2022). The Need for Health Education and Vaccination – Importance of Teacher Training and Family Involvement. *Healthcare*. 1-16.
- Godino-láñez, M.J., Martos-Cabrera, M. B., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Vargas-Román, K., Membrive-Jiménez, M.J. & Albendín-García, L. (2020). Play Therapy as an Intervention in Hospitalized Children: A Systematic Review. *Healthcare*. 1-12.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (p.1 -20). Lusociência.
- Institute for patient-and family-centered care. (2016). Advancing of practice of patient-and family-centered care in primary care and other ambulatory settings how to get started. <https://www.ipfcc.org/resources/GettingStarted-ambulatoryCare.pdf>
- Kolcaba, K. (2003). Comfort theory and practice a vision for holistic health care and research [Review of comfort theory and practice a vision for holistic health care and research]. Springer publishing company.
- Kolcaba, K., Dimarco, M. (2005) Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*,31, 187-194.
- Li, Q., Tan, X., Li, X., Tang, W., Mei, L., Cheng, G. & Zou, Y. (2022). Efficacy and safety of combined oral sucrose and nonnutritive sucking in pain management for infants: A systematic review and meta analysis. *Plos One*, 17 (5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268033>
- Mencía, S., Alonso, C., Pallás-Alonso, C., López-Herce, J. & Maternal And Child Health And Development Network II Samid II. (2022). Evaluation and Treatment of Pain in Fetuses, Neonates and Children. *Children* (Basel, Switzerland), 9(11), 1688. <https://doi.org/10.3390/children9111688>

- Nery, S., Souza, M., Santos, L., Coelho, A., Arruda, M., Sousa, E., Macena, M., Cerqueira, D., Santos, A., Corrêa, F., Silva, A., Almeida, J., Araujo, S., Silva, D. & Damasceno, W. (2021). Manejo da dor em recém-nascidos em unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão integrative. *Recima* 21, 2 (11), 1-10.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2ª Série (Nº 119, 22 junho 2015), 16660-16665.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (Nº 26, 6 fevereiro 2019), 19192-19194.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (Nº 133, 12 julho 2018), 4744-4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia orientador de boa prática. Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Ordem dos Enfermeiros.
- WHO. (2023). World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs. Sustainable Development Goals. WHO.
- Pedroso, R. (2017). Impacto da parceria de cuidados para a criança hospitalizada e sua família. *Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 225-232. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.991>
- Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*. 159-168. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X20070000200008>

- Porto Editora. (n.d.) estratégia no Dicionário infopédica da Língua Portuguesa. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/estratégia>
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2010). *Circular normativa N°14/2010 – Orientações técnicas sobre a avaliação de dor nas crianças*. DGS.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. DGS.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a prevenção e controlo da dor*. DGS.
- Raja, S., Carr, D., Cohen, M., Finnerup, N., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F., Mogil, J., Ringkamp, M., Sluka, K., Song, X., Stevens, B., Sullivan, M., Tutelman, P., Ushida, T. & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982.
- Rodrigues, F. (2021). *A saúde planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisbon International Press.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-37.
- Soares, Y. & Santos, P. (2020). Posicionamento do recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal. *Enfermagem em Foco*. 11(4), 49-56.
- Srinatania, D., Hendra, A., Deskia, K., Perdani, A. (2021, August 30). Story Telling as Therapeutic Intervention Toward Anxiety Level: A Literature Review [Conference paper]. The 4th International Virtual Conference on Nursing, Bandung, Indonesia.
- Taddio, A., Mcurtry, M., Shah, V., Riddell, R., Chambers, C., Noel, M., MacDonald, N., Rogers, J., Bucci, L., Mousmanis, P., Lang, E., Halperin, S., Bowles, S., Halpert, C., Ipp, M., Asmundson, G., Rieder, M., Robson, K., Uleryk, E., Antony, M., Dubey, V., Hanrahan, A., Lockett, D., Scott, J., Bleeker, E. (2015).

Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline. *CMAJ*. 975-982.

UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos facultativos (Edição revista)*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.

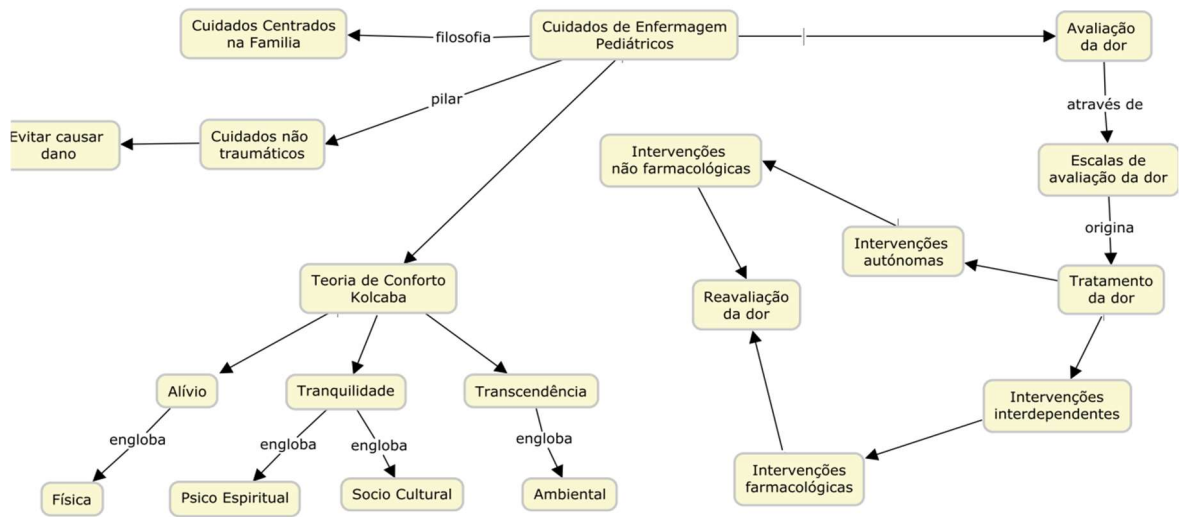
Vaziri, F., Khosropoor, M., Hidari, M., Pourahmad, S., Behbahani, B. & Saki, F. (2019). The Effect of Aromatherapy by Lavender Oil on Infant Vaccination Pain: a Double Blind Randomized Controlled Trial. *Journal of Caring Sciences*. 17-21.

Vinkel, M., Rackauskaite, G. & Finnerup, N. (2021). Classification of pain in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 447-452.

Wu, Y., Zhao, Y., Wu, L., Zhang, P. & Yu, G. (2023). Non-pharmacological management for vaccine-related pain in children in the healthcare setting: A scoping review. *Journal of Pain Research*. 2773-2782.

APÊNDICES

Apêndice I – Mapa conceitual



Apêndice II – Cronograma de estágio

Apêndice III – Guia orientador de atividades



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**
Guia orientador de atividades

Gestão da dor aguda da criança e do jovem durante a vacinação:
intervenções de Enfermagem promotoras de conforto

Paula Maria Bocarro de Sousa n.º 11004



**Lisboa
abril, 2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Guia orientador de atividades**

Gestão da dor aguda da criança e do jovem durante a vacinação:
intervenções de Enfermagem promotoras de conforto

Paula Maria Bocarro de Sousa n.º 11004



Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão



**Lisboa
abril, 2023**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE

1	IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO.....	5
1.1	Título.....	5
1.2	Tema.....	5
2	COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA.....	6
2.1	Problematização.....	6
2.2	Objetivos e Atividades por Contexto.....	8

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1 Título

Gestão da dor aguda da criança e do jovem durante a vacinação: intervenções de Enfermagem promotoras de conforto.

1.2 Tema

Promoção do conforto da criança e jovem e gestão da dor.

2. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

2.1 Problematização

A minha prática profissional é desenvolvida nos Cuidados de Saúde Primários e desde o início do meu percurso como Enfermeira que me interesse por alguns temas, entre eles, a Dor. Através da reflexão acerca dos cuidados de enfermagem prestados a crianças e jovens em CSP e as intervenções de enfermagem invasivas que originam dor aguda verifiquei que tem lugar na vacinação. A partilha desta questão com os restantes elementos da equipa de Enfermagem, conduziu à mesma conclusão. Por inúmeros motivos, verificou-se a inexistência, de forma sistematizada de avaliação da dor e implementação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor. Daí, o surgimento de um diagnóstico de situação a partir de um problema detetado na prática, que remete para a importância do desenvolvimento de competências na área da gestão e alívio da dor aguda. Daí, ser para mim, importante desenvolver competências nesta área.

Abadesso et al. (2021) argumentam que:

a administração de vacinas é a fonte de dor iatrogénica mais comum na infância. Sendo a vacinação um episódio transitório e previsível, é possível ser aliviado e controlado. Quando a dor associada é desvalorizada, afeta de forma adversa a criança, podendo levar a ansiedade pré-procedimentos no futuro, medo de agulhas e comportamentos de evicção de cuidados de saúde (p. 2).

Freitas (2015) considera que, as vacinas melhoram a saúde e o bem-estar dos povos, contribuem para a eficiência e sustentabilidade dos serviços de saúde e são um fator de desenvolvimento (p. 2).

A vacinação constitui uma intervenção de Enfermagem invasiva, que pode provocar dor. Abadesso et al. (2021), defendem que “a gestão adequada da dor deve ser considerada como uma boa prática na imunização à criança” (p.3). Reis et al. (2013), considera que “o controlo da dor é um direito que assiste a todos os indivíduos e atinge o seu máximo reduto nas crianças, seres indefesos a quem queremos poupar todo e qualquer sofrimento” (p. 5).

Outro aspeto referido por Reis et al. (2013), para os enfermeiros, “o controlo da dor assume-se como um dever e um indicador de boa prática” (p. 5).

A Teoria de Conforto de Kolcaba é o referencial teórico que se adapta a este projeto de estágio. Segundo esta autora (2005), conforto é “o estado imediato de ser fortalecido por ter as necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência abordadas em 4 contextos de experiência” (p. 188). sendo esses contextos: físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural. Nesta teoria são diferenciados 3 tipos de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência. Neste referencial concilia-se o dever dos enfermeiros na gestão da dor, com os direitos das crianças no que diz respeito ao controlo da dor. Desta forma, a vacinação e o conforto podem ocorrer em simultâneo, através da utilização sistematizada de estratégias não farmacológicas de alívio da dor.

Relativamente às competências do EESIP, a dor está descrita na unidade de competência: E2.2 “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2010, p. 4). Para gerir a dor é necessário:

Reconhecer a individualidade da dor na criança e a sua variabilidade, quer na perceção, quer na manifestação, quer ainda nas respostas conseguidas, leva os enfermeiros a prestar cuidados diferenciados, ajudando a criança a lidar com cada situação de dor, facilitando a sua expressão e planeando intervenções individualizadas no sentido do autocontrolo (Reis et al, 2013, p. 13).

O cuidado holístico é prestado tendo por base a singularidade de cada criança. A infância é uma fase de permanente evolução em termos de desenvolvimento e socialização (Batalha, 2010, p. 48). Este autor (2010) acrescenta que “neste sentido, a prevenção e tratamento da dor são atos humanos criativos, únicos e personalizados” (p. 48). que podem e devem ser colocados em prática através da aplicação de estratégias não farmacológicas, isoladamente ou em simultâneo com estratégias farmacológicas depende da criança e jovem e sua família e também do contexto onde estão a ser prestados os cuidados de Enfermagem.

Tal como é referido por Reis et al. (2013), “as intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. A sua utilização tem sido considerada importante nas situações potencialmente dolorosas” (p. 17).

Promover o alívio da dor é promover o conforto. Kolcaba (2003) sustenta que, a necessidade humana: alívio ao ser trabalhada pelos enfermeiros visa alcançar o conforto (p. 188).

Proporcionar conforto como cuidado holístico é identificar as necessidades humanas: alívio, tranquilidade e transcendência da criança, jovem e sua família. Quando a necessidade do alívio não é possível ser alcançada, o enfermeiro deve promover as restantes necessidades em busca do conforto da criança e jovem. (Kolcaba e DiMarco, 2005, p. 190).

O estágio de desenvolvimento também deve ser tido em conta quando se pensa em medidas de conforto para a criança e jovem (Batalha, 2010, p.72).

A prestação de cuidados holísticos a uma criança ou jovem pressupõe a adaptação das medidas de conforto. Essa adaptação está relacionada com a avaliação de desenvolvimento efetuada e também com as preferências dos utentes.

Este projeto visa o aprofundamento de conhecimentos, habilidades e capacidades no âmbito das competências de enfermeiro especialista ESIP, com foco na gestão da dor aguda, e também contribuir para a melhoria contínua da qualidade no âmbito da gestão da dor aguda durante a vacinação, no meu contexto de prática clínica.

2.2 Objetivos e atividades por contexto

Este projeto tem os seguintes objetivos gerais e específicos.

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em E.S.I.P na prestação de cuidados de enfermagem à criança e jovem em diferentes situações de saúde e doença e contextos de prática.
 - Prestar cuidados de Enfermagem à criança e jovem promotores de saúde e do desenvolvimento infantil;
 - Promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência ou incapacidade.

- Promover a gestão diferenciada da dor aguda da criança e jovem.
 - Promover o uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda, promotores de conforto à criança e jovem, durante a vacinação.

	Objetivo Geral	- Desenvolver competências de Enfermeiro especialista em E.S.I.P na prestação de cuidados de enfermagem à criança e jovem em diferentes situações de saúde e doença e contextos de prática.	
Contextos	Objetivos específicos	Atividades	Recursos
Em todos os contextos de estágio, exceto dos CSP	-Promover a adaptação da criança e jovem e família à doença crónica, deficiência ou incapacidade	<p>-Discussão do projeto e exequibilidade das atividades com o Enf.º Chefe e EESIP de referência dos diferentes serviços/ contextos.</p> <p>-Pesquisa bibliográfica sobre as temáticas.</p> <p>-Observação participativa dos cuidados prestados pelo EESIP de referência.</p> <p>-Prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família.</p> <p>-Síntese reflexiva das atividades desenvolvidas.</p> <p>INTERNAMENTO DE PEDIATRIA:</p> <p>-Elaboração de um estudo de caso com enfoque na criança ou jovem e família a uma doença crónica.</p> <p>URGÊNCIA PEDIÁTRICA:</p> <p>- Caracterização do serviço de urgência;</p> <p>- Reflexão sobre utilização do kit sem dor no serviço de urgência pediátrica em diferentes faixas etárias</p> <p>- Jornal de aprendizagem situação significativa no âmbito da gestão da dor de uma criança</p> <p>SERVIÇO DE NEONATOLOGIA:</p> <p>- Síntese reflexiva acerca dos cuidados prestados a um recém-nascido e sua família;</p>	<p>Materiais:</p> <p>Livros, legislação, normas e procedimentos existentes em cada contexto</p> <p>Humanos:</p> <p>Professora orientadora. Enf.º Chefe e EESIP de referência e restante equipa de Enfermagem de cada contexto.</p>

	Objetivos Gerais	- Promover a gestão diferenciada da dor aguda da criança e jovem.	
Contexto	Objetivos específicos	Atividades	Recursos
Em todos os contextos	<ul style="list-style-type: none"> - Relacionar a utilização de determinadas escalas de avaliação da dor nas diferentes faixas etárias, níveis de desenvolvimento e contextos - Analisar as estratégias não farmacológicas de alívio da dor existentes no serviço e as que são mais frequentemente utilizadas - Promover o uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda, promotores de conforto à criança/jovem. 	<ul style="list-style-type: none"> Discussão do projeto e exequibilidade das atividades com o Enfermeiro Chefe e EESIP de referência. - Pesquisa bibliográfica sobre as temáticas. - Observação participativa dos cuidados prestados pelo EESIP de referência. - Prestação de cuidados de enfermagem à criança e jovem e família. - Identificação de estratégias não farmacológicas mais comuns em cada contexto. - Levantamento de procedimentos dolorosos mais comuns em cada contexto. - Identificação e discussão com o EESIP de referência de barreiras e facilitadores de estratégias não farmacológicas. - Síntese reflexiva das atividades desenvolvidas 	<p>Materiais:</p> <p>Livros, legislação, normas e procedimentos existentes</p> <p>Humanos:</p> <p>Professora orientadora.</p> <p>EESIP de referência e restante equipa de Enfermagem de cada contexto</p>

	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS NO CONTEXTO DOS CSP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Propor escalas de avaliação da dor nas diferentes faixas etárias - Promover o uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda, promotores de conforto à criança/jovem durante a vacinação - Promover formas de ultrapassar barreiras e dificuldades partilhadas pela equipa de enfermagem 	<p>SERVIÇO DE NEONATOLOGIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de uma reflexão acerca de uma situação significativa relacionada com a comunicação na multiculturalidade Elaboração de um dossier temático acerca da utilização da sacarose a 24%. - - Apresentação de sessão para a equipa de enfermagem sobre a utilização da sacarose a 24% como estratégia não farmacológica de alívio da dor aguda <p>CSP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levantamento de procedimentos dolorosos mais comuns no contexto - Identificação de barreiras à utilização de estratégias não farmacológicas; levantamento de necessidades de formação nesta área, através de elaboração de questionário 	
--	---	---	--

		<p>-- "Construção" de kit sem dor: para diferentes faixas etárias, para a sala de vacinação</p> <ul style="list-style-type: none">- Elaboração de norma sobre utilização do kit- Realização de sessão de formação em contexto de trabalho: transmissão da informação analisada proveniente do questionário; apresentação do kit e respetiva norma aos elementos da equipa de enfermagem e discussão- Elaboração de um dossier temático online, cujo tema será determinado pelo diagnóstico de necessidades recolhidas no questionário <p>-- Síntese reflexiva das atividades desenvolvidas</p> <p>CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Elaboração de um jornal de aprendizagem acerca de uma situação significativa no âmbito da prevenção e gestão da dor aguda numa criança com alterações do desenvolvimento	
--	--	--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadesso, C. (2022). Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor para o Controlo da Dor na vacinação pediátrica: linhas orientadoras para a prática clínica. *Revista DOR*, 28 (2), 51-62.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria. Compreender para mudar*. Lidel.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice a vision for holistic health care and research*. Springer publishing Company.
- Kolcaba, K. & Dimarco, M. (2005) Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31, 187-194.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (Nº 26, 6 fevereiro 2019), 19192-19194.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. DGS.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Ordem Dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/guia-orientador-de-boa-pr%C3%A1tica-estrat%C3%A9gias-n%C3%A3o-farmacol%C3%B3gicas-no-controlo-da-dor-na-crian%C3%A7a->

Apêndice IV – Estudo de caso clínico

Serviço de internamento de pediatria



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

Estudo de caso clínico
Serviço de internamento de pediatria

Paula Maria Bocarro de Sousa n.º 11004



**Lisboa
outubro, 2022**



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

Estudo de caso clínico
Serviço de internamento de pediatria

Paula Maria Bocarro de Sousa n.º 11004



Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão



**Lisboa
outubro, 2022**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CVP – cateter venoso periférico

CIPE – Classificação internacional para a prática de enfermagem

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IMC – índice de massa corporal

INSA – Instituto de Saúde Doutor Ricardo Jorge

OE – Ordem dos Enfermeiros

P – Percentil

RDM – rastreio de doenças metabólicas

ÍNDICE

	INTRODUÇÃO.....	5
1	CARACTERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOLOGIA.....	6
2	HISTÓRIA DE ENFERMAGEM.....	7
3	AVALIAÇÃO FÍSICA, SEMIOLOGIA, COMPORTAMENTOS E VERBALIZAÇÕES DO CLIENTE; DADOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS.....	8
4	TRATAMENTOS RELACIONADOS.....	8
5	PLANO DE CUIDADOS.....	9
6	DISCUSSÃO.....	10

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com relatório, do 13º curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da ESEL, propus a elaboração de um estudo de caso clínico. Esta proposta constituiu uma das atividades programadas para o 1º contexto do estágio.

O presente estudo de caso clínico centra-se numa criança com uma doença crónica que a predispõe para a ocorrência de crises vaso-oclusivas. Estes episódios originam dor aguda. O tema do projeto de estágio vai ao encontro de um dos principais focos a destacar neste estudo de caso clínico.

Assim sendo, será dado maior enfoque à temática da dor aguda associada a uma patologia crónica, no contexto de serviço de internamento de Pediatria.

O estudo de caso clínico tem o seguinte objetivo:

- aprofundar os conhecimentos acerca da prestação de cuidados de enfermagem a uma criança com doença crónica: Drepanocitose.

No desenvolvimento deste trabalho constam a caracterização da etiologia e patogenia da Drepanocitose que sustenta as razões pelas quais ocorrem determinados eventos a nível hemático. Segue-se a história de enfermagem onde foi incluída a história da dor da criança. De seguida a avaliação física, semiologia, comportamentos e verbalizações da criança, dados objetivos e subjetivos. Os capítulos seguintes são relativos a tratamentos relacionados, plano de cuidados, discussão e recomendações.

O estudo de caso clínico foi elaborado de acordo com as normas de elaboração de trabalhos da ESEL e normas da APA 7ª edição.

1. CARACTERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOGENIA

A Drepanocitose é uma doença hereditária do foro hematológico, que provoca a alteração da forma dos glóbulos vermelhos. Estas células adquirem o formato de foice e provocam anemia e outras alterações a nível sanguíneo graves, nomeadamente crises vaso-oclusivas.

A dor é a maior causa de internamentos em pessoas com esta patologia, como consequência de fenómenos vaso-oclusivos.

Segundo Moraes et al. (2022), a dor da crise vaso-oclusiva da Drepanocitose é uma manifestação frequente e debilitante.

Rodrigues et al. (2022) destacam que “a incidência da drepanocitose na Europa tem sofrido alterações devido aos movimentos populacionais provenientes de regiões onde a doença é muito frequente. Esta doença tornou-se um problema de saúde pública e um desafio para os sistemas de saúde europeus” (p.30).

A existência de um diagnóstico precoce da doença origina o encaminhamento do cliente pediátrico e sua família para a consulta de especialidade de Hematologia Pediátrica por forma a que a vigilância e tratamento também sejam iniciados precocemente. Os autores Vilarinho et al. (2021) acrescentam que o diagnóstico precoce da doença tem como principal pressuposto a diminuição da morbidade e mortalidade.

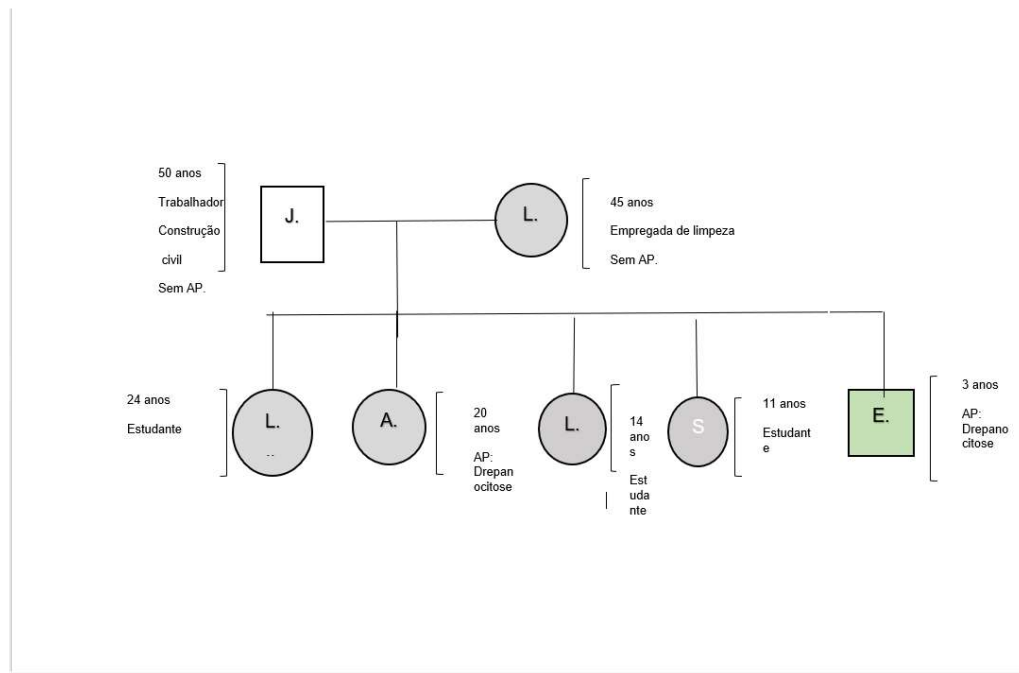
Vilarinho et al. (2021) acrescentam que em 2021 foi iniciado um estudo piloto de rastreio da Drepanocitose pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), em Lisboa e Setúbal. Esta patologia passou a constar do rastreio de doenças metabólicas (RDM) e este ano (2022), o estudo foi disseminado a todo o país.

2. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

O E. é uma criança, do sexo masculino, com três anos de idade. Segundo a mãe, é uma criança extrovertida que está sempre a brincar. Comportamento este que se alterou há alguns dias.

Tem como antecedente pessoal: a Drepanocitose, diagnosticada nos primeiros dias de vida. A mãe refere que a “rapidez” no diagnóstico se deveu ao facto da sua filha mais velha também ter esta patologia.

O Genograma da família do E.:



3. AVALIAÇÃO FÍSICA, SEMIOLOGIA, COMPORTAMENTOS E VERBALIZAÇÕES DO CLIENTE; DADOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS

Quando recorreu ao serviço de urgência pediátrica apresentava dor na face interna da coxa direita que o impossibilitava de fazer carga no pé direito e andar.

Foi internado no serviço de Pediatria onde se encontrava desde 30-9-2022, devido a uma crise vaso oclusiva na face interna da coxa direita.

Nos primeiros dias do internamento ficava deitado na cama e quando saia da mesma ia ao colo da sua mãe.

Verbaliza intenção de ser autónomo, fazendo birra quando não o deixam fazer algo.

Gosta de participar nos seus cuidados. E a sua participação acalmava-o.

Inicialmente respondia da mesma forma a tudo que lhe era proposto: “Não consigo” (sic).

Com o passar do tempo, tornou-se mais proativo apesar de manter as verbalizações.

Exigia sempre a presença da mãe que por sua vez, raramente saia do quarto de internamento. Verbalizava que o E. ficava agitado na sua ausência e que não o queria perturbar mais.

Esta condição crónica tem vindo a alterar alguns planos dos pais do E. Acabaram por decidir adiar a sua entrada num equipamento escolar, como forma de prevenir infeções.

A crise vaso oclusiva que ocorreu e que conduziu ao internamento do E. perturbou as suas vidas, principalmente quando verificaram que o E. deixou de andar.

As principais preocupações verbalizadas pela mãe do E. são a dor e o sofrimento que estas crises vaso oclusivas provocam.

História de dor:

Dor contínua, com uma semana de evolução que agravou progressivamente e acabou por impossibilitar a marcha. Localizada a nível da face anterior da coxa direita. O E. "apenas" referia: "Dói muito" (sic).

A avaliação da dor foi realizada através da escala FLACC. Sendo que a avaliação máxima durante o internamento foi de 9.

A forma como o E. expressava a sua dor era através da posição antiálgica que adotava quando se encontrava na cama. E quando a dor agravava ficava ao colo da sua mãe. Deixava de comunicar verbalmente com a equipa e "apenas" falava com a sua mãe.

Fazer carga no pé direito agravava a dor, assim como a extensão e flexão do membro inferior. Inicialmente o que aliviava a dor era a terapêutica analgésica.

Durante a semana que antecedeu o internamento o E. deixou de andar e também de brincar. Alterações que se mantiveram nos primeiros dias do internamento.

Avaliação estado ponderal:

Peso: 13,9 Kg (P15-50)

Altura: 95 cm (P15-50)

IMC: 15,4 (P15-50)

Seguido na consulta de Hematologia Pediátrica, no hospital da área de residência, desde o diagnóstico.

4. TRATAMENTOS RELACIONADOS

O tratamento farmacológico que realizava em casa era o seguinte:

- Hidroxiureia;
- Amoxicilina;
- Folicil.

Durante o internamento, o tratamento consistiu na administração da seguinte terapêutica:

- Omeprazol 10 mg;
- Hidroxiureia 200 mg;
- Ácido fólico 5 mg;
- Vitamina D 2 gotas;
- Analgesia: Paracetamol 240 mg EV e Ibuprofeno inicialmente em doses fixas, respetivamente de 8 em 8 horas e posteriormente passou a SOS;
- Nolotil 210 mg em SOS;
- Antibioterapia: Flucloxacilina 600 mg e Ceftriaxone 1g.

5. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Atividade psicomotora comprometida	Recuperação da atividade motora que o E. tinha antes da crise vaso oclusiva.	Monitorizar sinais vitais; Administrar terapêutica prescrita.	A atividade motora foi recuperada na totalidade.
Risco de dor	Diminuir fatores de risco, tais como: prevenir quedas; estar sempre acompanhado; Promover o conforto através da colocação de almofadas e alteração da posição da cama.	Administrar terapêutica; Executar técnica de distração; Articular com a mãe de modo a programar os momentos em que se ausenta por exemplo para os seus cuidados de higiene, de modo que o E. não fique sozinho; Mudança regular do posicionamento da cama	Avaliação através da aplicação da escala da dor FLACC.

- Conhecimento da criança sobre técnica de distração – não demonstrado
- Dor presente na face anterior da coxa direita
- Adaptação à doença
- Atividade psicomotora comprometida
- Adesão ao regime medicamentoso não comprometida.

6. DISCUSSÃO

O impacto da Drepanocitose na vida da criança ou jovem e sua família é muito significativo, dado tratar-se de uma condição crónica. Podem surgir episódios de eventos tromboembólicos, cuja resolução requer internamento hospitalar.

De acordo com a evidência científica, um internamento é um evento desestabilizador na vida do cliente pediátrico e sua família, pois origina numa mudança no dia a dia da criança, jovem e sua família. Godino-Láñez et al. (2020) sustentam que a criança percebe o internamento como uma alteração na sua rotina e ambiente familiar podendo ocorrer comportamentos e emoções negativos como o stress, medo, ansiedade, dor, insegurança e incerteza. O brincar terapêutico surge como uma intervenção planeada com um determinado objetivo. Proporciona momentos de interação entre cliente pediátrico, sua família e os enfermeiros em que há oportunidade de partilha de sentimentos e medos por parte do cliente pediátrico.

Na fase inicial do internamento, a dor provocada pela crise vaso oclusiva foi avaliada em 9, através da escala de avaliação FLACC. Assim, o plano de cuidados de enfermagem foi centrado na gestão da dor aguda que o E. apresentava através de intervenções farmacológicas instituídas de forma fixa e em SOS. Foram integradas as estratégias não farmacológicas de alívio da dor no plano de cuidados. Nomeadamente através da utilização da estratégia não farmacológica de alívio da dor comportamental: dessensibilização com recurso ao material utilizado na prestação de cuidados de enfermagem para que o E. pudesse ver e mexer. Esta estratégia não farmacológica, promotora de conforto foi decisiva para alcançar o alívio – descrito na teoria de conforto de Kolcaba. A dessensibilização alterou a forma como o E. via a administração de terapêutica endovenosa. Se estivesse a brincar quando a equipa de enfermagem ia ao seu quarto, o E. mantinha-se calmo e continuava a brincar. Foi também sugerida a sua colaboração durante a avaliação dos sinais vitais, pois era uma intervenção geradora de medo e ansiedade por parte do E. e conseqüentemente da sua mãe. Após colocação da braçadeira para avaliação da tensão arterial, o E. foi incentivado a iniciar a avaliação ao carregar no botão para o efeito. O oxímetro também era colocado por si e pouco a pouco, já era a própria criança que verbalizava querer ser ela própria a fazê-lo e não por minha

sugestão. A sua iniciativa e participação demonstravam a sua tranquilidade – tipo de conforto designado por Kolcaba, que substituíram o medo e ansiedade que sentia nas primeiras abordagens com a equipa de enfermagem. Segundo a OE (), a dessensibilização é a “Técnica que combina o treino de relaxamento com a exposição gradual a estímulos fóbicos; técnica de exposição à vivência traumática” (p.72).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. DGS.

Godino-láñez, M., Martos-Cabrera, M., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J., Vargas-Román, K., Membrive-Jiménez, M. & Albendín-García, L. (2020). Play Therapy as an Intervention in Hospitalized Children: A Systematic Review. *Healthcare*. 1-12.

<https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=745&language=Portuguese>

Morais, L., Portela, I., Paulino, A. & Xavier, C. (2022). Abordagem de Dor Complexa em Criança com uma Crise Vaso-Oclusiva: Um caso clínico. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*. 1-3. <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia> .

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias não Farmacológicas no controlo da dor na criança*. Ordem dos Enfermeiros.

Rodrigues, D., Marcão, A., Lopes, L. & Vilarinho, L. (2022). Prevalência ao nascimento da drepanocitose nos distritos de Lisboa e Setúbal: resultados preliminares do estudo-piloto de rastreio a 24.130 recém-nascidos. Instituto Nacional de Saúde Pública Doutor Ricardo Jorge.

Vilarinho, L., Garcia, P., Pinho e Costa, P. (2021). Programa Nacional de Rastreio Neonatal – Relatório 2020. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Apêndice V – Estratégias não farmacológicas para alívio da dor da
criança e do jovem

Análise reflexiva da sua utilização



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

Estratégias não farmacológicas
para alívio da dor da criança e do
jovem

Análise reflexiva da sua utilização



Lisboa
outubro, 2022

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

Estratégias não farmacológicas
para alívio da dor da criança e do
jovem

Análise reflexiva da sua utilização



Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão



Lisboa
outubro, 2022

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – American Psychological Association

CVP – Cateter venoso periférico

DIB - Low pressure infusion device

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FLACC – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

OE – Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE

	INTRODUÇÃO.....	5
1	DESENVOLVIMENTO.....	6
1.1	Grelha de observação.....	6
1.2	Evidência científica.....	10
2	DISCUSSÃO.....	12

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com relatório, do 13º curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da ESEL, foi proposta a elaboração de um documento em que foi possível identificar junto de dez crianças e jovens internados no serviço, com diferentes faixas etárias e com patologias diversas. Foram incluídos os procedimentos considerados mais dolorosos, a avaliação da dor através de determinada escala, terapêutica analgésica e as estratégias não farmacológicas de alívio da dor que foram facilitadoras para os clientes pediátricos, em cada situação descrita.

Do desenvolvimento deste trabalho consta uma grelha de observação com a informação recolhida de 10 crianças, de diferentes faixas etárias, que estiveram internadas no serviço de pediatria, durante o período em que ocorreu o estágio. Para melhor contextualização optou-se por incluir a informação acerca do diagnóstico médico, avaliação da dor, procedimentos de Enfermagem que consideraram dolorosos, tratamento farmacológico e não farmacológico. A designação das estratégias não farmacológicas que é mencionada na grelha de observação foi de acordo com o que foi verbalizado pelas crianças/jovens e famílias e não segundo a sua classificação.

A avaliação da dor que ocorreu aquando da realização do procedimento que a criança, jovem e família designaram como doloroso. Realizada através das escalas FLACC e numérica, mais frequentemente utilizadas no serviço de Pediatria.

No capítulo da discussão serão apresentadas as ideias que surgiram com a comparação da informação recolhida no serviço de internamento de Pediatria com o que consta na literatura científica.

O objetivo que se pretende alcançar com a elaboração deste documento é promover o aprofundamento do meu conhecimento acerca das estratégias não

farmacológicas de alívio da dor mais frequentemente usadas em diferentes contextos.

Este documento foi elaborado de acordo com as regras de elaboração de trabalhos escritos da ESEL e normas da APA 7ª edição.

1. DESENVOLVIMENTO

1.1 Grelha de observação

A observação realizada durante o estágio permitiu verificar que a escolha de determinada estratégia não farmacológica de alívio da dor se baseia na idade e desenvolvimento da criança ou do jovem e também do contexto em que se encontram.

Nome	Idade	Diagnóstico	Avaliação da dor	Tipo de procedimentos dolorosos	Medidas farmacológicas	Medidas não farmacológicas
A.	26 dias	Febre; diarreia; tosse	FLACC: 5	-Colocar cvp	-Paracetamol retal em SOS	-Sacarose; -Sucção não nutritiva com chucha.
B.	3 meses	Bronquiolite	FLACC: 0		-Hidrato de cloral	-Presença da mãe.
C.	9 meses	Adenofleimão	FLACC: 7	-Qualquer procedimento de enfermagem	-Paracetamol em SOS; -Ibuprofeno em SOS.	-Colo materno; - "dessensibilização" do material como por exemplo, dar o oxímetro para a sua mão; -Sucção não nutritiva com chucha.
I.	2 anos	Anquiloglossia	FLACC: 5	-Qualquer procedimento de enfermagem	Terapêutica analgésica no bloco: -Paracetamol; -Ceterolac.	-Técnica de distração: telemóvel com música; -TV: canal panda.

E.	3 anos	Crise vaso oclusiva AP: Drepanocitose	FLACC: 9	-Canalizar acesso periférico; -Administração de terapêutica, antes do procedimento propriamente dito, como por exemplo, ao ver a seringa.	-Terapêutica analgésica: Paracetamol; -Ceterolac, (inicialmente administrações fixas e posteriormente em SOS).	-Presença da mãe; -Técnica de distração; -Desenhos animados; -Dessensibilização; Brincar terapêutico.
N.	5 anos	Criptorquidia; fimose	FLACC: 2	-Observação do penso da região genital; -Remoção do CVP.	-Paracetamol; -Ibuprofeno.	Técnica de distração: TV: desenhos animados.
R.	6 anos	Até à data, sem diagnóstico. Recorreu ao SUP por mialgias, artralgias, febre e incapacidade de marcha.	FLACC: 9	-Teste SARS-COV2; -Colheita de sangue.	-Paracetamol; -Ibuprofeno.	-Brincar terapêutico; Distração: desenhos animados.
A.	11 anos	Coriorretinite devida a toxoplasmose	Numérica: 8	Colocar cvp		-Técnica de distração; -"respirar fundo e fechar os olhos." (sic).
C.	13 anos	Celulite pré-septal	Numérica: 8	-Palpação do olho esquerdo	-Paracetamol 1g em esquema	-"Respirar fundo e ficar calma" (sic).
R.	17 anos	Fratura tri-maleolar; remoção fixador externo fêmur;	Numérica: 5	Colocar cvp;	-DIB epidural com Ropivacaína 0,2 % a 4 cc /H; -Paracetamol	-Explicar antecipadamente o procedimento; -"dar a mão" (sic).

		osteossíntese de fratura do fémur (2ª cirurgia).				
--	--	--	--	--	--	--

Desde o recém-nascido até ao toddler, as estratégias não farmacológicas mais utilizadas foram a presença da mãe ou de uma pessoa significativa, estar ao colo dessa pessoa durante o procedimento. Estas estratégias são designadas de cognitivo-comportamentais e mais especificamente como suporte emocional.

Nas faixas etárias do toddler ao pré-escolar, verificou-se que estratégias cognitivo-comportamentais, como a distração e o suporte emocional foram eficazes, de acordo com a observação. No que diz respeito à distração, esta foi realizada através da visualização de vídeos ou desenhos animados. Que promoveram uma interação entre a criança/jovem e sua família e os profissionais de saúde mais tranquila.

Também a dessensibilização faz com que as crianças conheçam alguns materiais que podem parecer “assustadores” e permite que o próximo contato com esses mesmo materiais seja mais tranquilo.

O E. de 3 anos, não tinha os seus brinquedos no quarto. E por isso, foram levados alguns brinquedos que se encontravam na sala de atividades. Apesar do seu olhar curioso ter mudado ao ver os brinquedos, manteve-se deitado. Alguns dias depois, com o evoluir favorável da sua situação clínica, já era possível ver o E. a brincar na cama, no chão ou sentado no cadeirão, ao colo da sua mãe.

Nas crianças que se encontram no estágio de desenvolvimento: escolar, o brincar terapêutico revelou-se como uma estratégia desafiadora e gratificante, que promoveu uma melhor relação terapêutica que permitiu que as crianças manifestassem o que sentiam e que questionassem também de forma espontânea os seus receios.

A R. de 6 anos, após alguns momentos em que interagimos através do brincar terapêutico, passou a comunicar mais: questionava se determinado procedimento ia provocar dor, se estava a dizer a verdade.

Nos dias que antecederam estas interações, a R. chorava e a sua postura corporal demonstrava medo, raramente comunicava verbalmente e o seu olhar revelava tristeza.

A sinceridade, a não desvalorização dos sentimentos que são expressos pela criança e jovem e sua família e a explicação acerca do procedimento de enfermagem que será realizado, ou seja, a utilização de estratégias não farmacológicas cognitivas

demonstraram ser uma mais-valia nos cuidados de enfermagem prestados no serviço de Pediatria.

Sendo o brincar uma atividade fundamental na vida de uma criança, é considerado como que um “sinal de alerta” quando uma criança não brinca.

Segundo a opinião de alguns enfermeiros do serviço de Pediatria, o facto de uma criança não querer brincar denota o quanto se encontra frágil, com dor sendo incapaz para realizar uma atividade tão característica da infância.

Os adolescentes referiram que estratégias não farmacológicas cognitivas como o informar antecipadamente acerca do procedimento que será realizado, as comportamentais como por exemplo: o “dar a mão”, o respirar profundamente e as de suporte emocional revelaram-se tranquilizadoras e eficazes.

A C. assim que deixou de sentir dor, conseguiu retomar o seu passatempo preferido: desenhar e pintar. E apesar de manter edema acentuado a nível palpebral sorria e não interrompia a sua atividade predileta, nem durante as refeições.

Ao longo da observação das crianças e jovens, fiquei frequentemente surpreendida ao comparar “o antes e o depois” da aplicação das estratégias não farmacológicas de alívio da dor. E que por vezes são extremamente simples de aplicar e que só trazem benefícios.

Penso que o principal aspeto que consigo reter desta experiência de aprendizagem é que é fundamental passar da teoria para a prática. Todo o conhecimento obtido através da leitura e estudo da evidência científica em relação às estratégias não farmacológicas não é por si só suficiente. É necessário praticar a aplicação destas estratégias de modo a tornar-se conhecedor do que pode ou não funcionar melhor com determinada criança em determinado contexto.

1.2 Evidência científica

A existência do guia orientador de boa prática da Ordem dos Enfermeiros por si só traduz a relevância do tema das estratégias não farmacológicas de alívio da dor. Contextualiza as razões que estão na base da dificuldade na implementação das estratégias, como por exemplo:

A dor na criança apresenta uma enorme variabilidade na forma como se expressa, devido às especificidades de cada grupo etário. À experiência de dor nas crianças estão frequentemente associados o medo e a ansiedade, fatores que dificultam não só a avaliação da dor, mas também a tomada de decisão dos profissionais de saúde quanto à intervenção (OE, 2013, p.13).

E também, como se pode ultrapassar as dificuldades através de formação e treino.

Um dos pilares da Enfermagem Pediátrica: os cuidados centrados na família baseiam-se na premissa de que é a família que conhece a criança. Logo, constituem um importante elo entre a criança ou jovem e os profissionais de saúde. Só assim se torna possível prestar cuidados de Enfermagem individualizados. Como se demonstra pela OE (2013),

A presença dos pais é um elemento importante na planificação de intervenções individualizadas. No processo de gestão da dor na criança esta presença assume particular importância. A separação dos pais gera stress na criança e pode aumentar a sua perceção de dor. Igualmente, os pais mediatizam as queixas da criança, tornam-nas perceptíveis para a equipa cuidadora e também são eles que ajudam a criança a integrar a experiência de dor, apresentando-se como promotores na orientação/aplicação de estratégias não farmacológicas no controlo da dor (p.18).

Também Emerson e Bursh (2020) consideram que os pais podem ser importantes aliados dos profissionais de saúde ao prepararem as crianças para os procedimentos. Descrevendo de forma sincera as intervenções para que as crianças possam planear de certa forma o que vai suceder. Referem que tanto em situações de dor aguda como noutras em que a dor é causada por procedimentos, é necessária educação para a saúde às crianças/jovens e que esta seja transmitida antes de iniciar o procedimento.

De acordo com Campelo et al. (2018), a utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas promovem uma prestação de cuidados de

enfermagem mais humanizados e holísticos. Sustentam também que, apesar do brincar não prevenir a dor, promove a transmissão de sentimentos, tais como, angústia, raiva, hostilidade, medo e desespero.

2. Discussão

A observação realizada no serviço de Pediatria vai ao encontro do que consta na evidência científica.

As estratégias não farmacológicas de alívio da dor usadas com as crianças de diferentes faixas etárias que constam na literatura foram observadas durante a prestação de cuidados de enfermagem pediátricos.

Nas crianças desde os toddler até às de idade escolar verificou-se que as estratégias que melhores resultados apresentam foram o suporte emocional através da presença dos pais e a estratégia não farmacológica cognitivo-comportamental: distração. Segundo Batalha (2010) “a presença e participação dos pais nos cuidados à criança com dor são aspectos que não podem ser esquecidos em Pediatria. A separação dos pais é geradora de stresse na criança e pode aumentar a percepção da dor” (p.71). No que diz respeito à estratégia não farmacológica cognitivo comportamental, Andersson *et al.* (2022) defendem que a distração ativa ou passiva sob a forma de imagens, música, jogos de computador, respiração profunda controlada e imaginação guiada são técnicas usadas para direcionar a atenção das crianças para além do procedimento.

Nos jovens observou-se que as estratégias não farmacológicas de alívio da dor mais frequentemente utilizadas são as comportamentais e cognitivas. A OE (2013) considera que “a terapia cognitivo-comportamental é bastante utilizada em crianças mais velhas e adolescentes. Essencialmente, pretende-se que a criança passe a compreender a associação que existe entre os pensamentos, sentimentos e comportamentos decorrentes da dor ou aqueles que aumentam a sua intensidade” (p.42).

De acordo com a leitura realizada da evidência científica e dos relatos escutados ao longo do ensino clínico por parte dos profissionais de saúde, a grande barreira que separa o conhecimento da aplicação na prática é a falta de experiência em determinadas estratégias. É mais fácil e seguro aplicar algumas intervenções já conhecidas do que experimentar algo de novo sem saber o resultado que poderá surgir. Andersson *et al.* (2022) sustentam que o estudo demonstra a existência de uma lacuna entre a gestão da dor na criança hospitalizada e o conhecimento proveniente da evidência científica, realçando desta forma a necessidade de melhoria nos cuidados. Estes autores

acrescentam que a adequada gestão da dor é de extrema importância uma vez que a dor aguda pode conduzir a consequências tais como, a dor crónica e sintomas de stress pós-traumático. Também Gai et al. (2020) argumentam que por inúmeros motivos a dor em pediatria ainda é subtratada, sem que um deles é a falta de experiência e de treino no tratamento da dor aguda em crianças.

Da elaboração deste trabalho surge a confirmação de que as estratégias não farmacológicas de alívio da dor traduzem também o cuidado holístico à criança/jovem e sua família. E também o aprofundamento do meu conhecimento acerca desta temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersson, V., Bergman, S., Henoch, I., Simonsson, H. & Ahlberg, K. (2022). Pain and pain management in children and adolescents receiving hospital care: a cross-sectional study from Sweden. *BMC Pediatrics*. 1-9.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria Compreender para Mudar*. Lidel.
- Campelo, L., Oliveira, N., Magalhães, J., Julião, A., Amorim, F. & Coelho, M. (2018). A dor da criança com doença falciforme: abordagem do enfermeiro. *Revista brasileira de Enfermagem*. 1463-1469. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-06648>
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre avaliação da dor nas crianças*. DGS.
- Emerson, N., Bursch, B. (2020). Communicating with Youth about Pain: Developmental Considerations. *Children* 2020. 1-12. <https://doi:10.3390/children7100184>
- Gai, N., Naser, B., Hanley, J., Peliowski, A., Hayes, J. & Aoyama, K. (2020). A practical guide to acute pain management in children. *Journal of Anesthesia*. 421-433.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias não Farmacológicas no controlo da dor na criança*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%1ginas/guia-orientador-de-boa-pr%C3%A1tica-estrat%C3%A9gias-n%C3%A3o-farmacol%C3%B3gicas-no-controlo-da-dor-na-crian%C3%A7a->

Apêndice VI – Caracterização do serviço de urgência pediátrica:
organização e funcionamento



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

Caracterização do serviço de urgência pediátrica:
organização e funcionamento

Paula Maria Bocarro de Sousa n.º 11004



**Lisboa
novembro, 2022**



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

Caracterização do serviço de urgência pediátrica:
organização e funcionamento

Paula Maria Bocarro de Sousa n.º 11004



Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão



**Lisboa
novembro, 2022**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – American Psychological Association

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

SO – serviço de observação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1 DESENVOLVIMENTO.....	6
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com relatório, do 13º curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da ESEL, foi elaborado um documento acerca da organização e funcionamento do serviço de urgência, como atividade promotora da integração neste contexto.

No desenvolvimento deste documento constam a descrição em termos de espaço físico do serviço de urgência, os recursos humanos no que diz respeito à equipa de enfermagem e a sua distribuição de acordo com as necessidades e áreas de trabalho.

A elaboração deste trabalho tem o seguinte objetivo:

- demonstrar conhecimento acerca do contexto do ensino clínico, nomeadamente em relação ao funcionamento e organização do serviço de urgência.

O conhecimento da dinâmica organizacional do contexto do serviço de urgência é um critério de avaliação do estágio e também é revelador da capacidade de adaptação ao contexto de estágio.

Este documento foi elaborado de acordo com as regras de elaboração de trabalhos escritos da ESEL e normas da APA 7ª edição.

1. DESENVOLVIMENTO

O serviço de urgência pediátrica está localizado no 2º piso da ala de Pediatria. Pretende dar resposta a situações agudas e crónicas, em momentos de agudização. Sendo que a única exceção diz respeito às situações de politraumatismos, que dão entrada pela urgência central.

Os utentes são provenientes da cidade de Lisboa, da ARS Sul e Vale do Tejo e do sul de Portugal. Com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos menos 1 dia. Por vezes, são transferidos de outros hospitais para cuidados de saúde diferenciados.

O serviço de urgência é constituído por:

- 1 sala de triagem;
- 1 sala de reanimação;
- 1 sala de tratamentos;
- 3 gabinetes de observação;
- 1 sala de pequena cirurgia;
- 1 gabinete da Enfermeira Chefe;
- 1 sala de reuniões da equipa médica;
- 1 sala de observação de Pediatria (SO Pediátrico.);
- 1 WC dos utentes;
- 1 duche dos utentes;
- 2 WC para os funcionários (1 deles com cacifos);
- 1 copa;
- 1 sala das assistentes operacionais;
- 1 sala de limpos;
- 1 sala de sujios;
- 2 salas de espera com WC;

À parte encontra-se uma outra sala, com ligação através da antiga sala dos aerossóis.

- 1 sala de espera para crianças/jovens e seus acompanhantes, com alterações respiratórias e febre, criada no início da pandemia;
- 1 sala de enfermagem;
- 4 boxes para observação;
- 1 sala de isolamento;
- 1 WC;
- 1 arrecadação;
- 1 sala de sujios;
- 1 sala de arrumos.

A equipa de Enfermagem é composta por 29 enfermeiros e a enfermeira chefe. Sendo que 10 são EESIP.

Todas as crianças/jovens e acompanhantes, que recorrem à urgência pediátrica, após a realização da inscrição, são chamados à sala de triagem. Aqui, é estabelecida a prioridade de acordo com as alterações verbalizadas e avaliadas pela equipa de enfermagem. Esta avaliação é realizada de acordo com o protocolo de triagem de Manchester.

Este protocolo estabelece quatro tipos de prioridades:

- Vermelho;
- Amarelo;
- Verde;
- Azul.

A cada cor corresponde uma determinada prioridade e respetivos tempos máximos de espera, de acordo com a avaliação das situações.

Os enfermeiros necessitam ter formação específica para realizarem a triagem baseada no protocolo de Manchester.

A avaliação dos sinais vitais é um dos elementos a incluir na triagem. Relativamente à avaliação do 5º sinal vital: dor, é realizada através das escalas de faces ou numérica, dependendo da idade e desenvolvimento da criança/jovem.

Regressam à sala de espera correspondente, com a exceção das crianças/jovens com pulseira vermelha, que seguem para a sala em frente à triagem: sala de reanimação. Também as crianças/jovens transportados pela emergência médica aguardam em frente à sala de triagem e não na sala de espera.

Por vezes é solicitada a presença de médicos de diferentes especialidades como por exemplo: Ortopedia, Cirurgia entre outras, no serviço de urgência. Tem como objetivo uma avaliação diferenciada e o respetivo tratamento.

Nos sectores da sala de tratamentos e da triagem é necessária a presença de um enfermeiro respetivamente.

No SO, o internamento deve ser de curta duração. São necessários 2 elementos da equipa de enfermagem para a prestação de cuidados. Esta sala tem a capacidade para 6 camas, sendo que uma delas é um berço.

Este serviço possui um kit sem dor, com objetos adequados a diferentes faixas etárias. Encontra-se atualmente no SO. A sua utilização durante os cuidados de enfermagem visa a aplicação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor. Os óculos de realidade virtual, também fazem parte do kit. Normalmente são utilizados com os adolescentes, submetidos a determinadas intervenções de

enfermagem invasivas, como por exemplo, colheitas de sangue. Por motivos de segurança, estão guardados separadamente do restante kit sem dor.

Por questões de controlo de infeção não é possível usar este kit noutro setor, como por exemplo onde se encontram crianças/jovens com alterações respiratórias. Existem outras alternativas neste local: vídeos no computador que através da distração constituem uma estratégia não farmacológica de alívio da dor.

As crianças e jovens internados no SO podem ter alta para outros serviços de internamento, transferidos para outros hospitais (da área de residência) ou para o domicílio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carreira, P., Balça, A., Damas, A., Loureiro, F. & Torgal, J., Mendes, L. (2011). Manual de serviço de urgência pediátrica. Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E. 1-12.

Apêndice VII – Reflexão sobre utilização do kit sem dor do serviço de
urgência pediátrica



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

Reflexão sobre utilização do kit sem dor do Serviço de
Urgência Pediátrica

Paula Maria Bocarro de Sousa n.º 11004



**Lisboa
janeiro, 2023**



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

Reflexão sobre utilização do kit sem dor do Serviço de
Urgência Pediátrica

Paula Maria Bocarro de Sousa n.º 11004



Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão



**Lisboa
janeiro, 2023**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – American Psychological Association

CVP – cateter venoso periférico

DGS – Direção Geral da Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FLACC – Face, legs, activity, cry, consolability

IASP – International association for the study of pain

OE – Ordem dos Enfermeiros

SO – serviço de observação

SU Ped – serviço de urgência pediátrica

ÍNDICE

	INTRODUÇÃO.....	5
1	DESENVOLVIMENTO.....	6
1.1	Criança com 6 anos.....	6
1.2	Criança com 10 anos.....	7
1.3	Adolescente com 17 anos.....	8
1.4	Criança com 3 anos.....	10
2	CONCLUSÃO.....	11

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com relatório, do 13º curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da ESEL, após discussão com a enfermeira especialista de referência, a elaboração de um documento: reflexão sobre a utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de crianças em diferentes faixas etárias, utilizando como recurso o kit sem dor do serviço de urgência pediátrica.

No desenvolvimento deste documento constam a descrição de 4 situações vivenciadas durante este contexto de estágio; estratégias não farmacológicas de alívio da dor aplicadas; utilização de diferentes estratégias não farmacológicas de acordo com as faixas etárias.

A elaboração deste trabalho tem o seguinte objetivo:

- demonstrar conhecimento através da aplicação da estratégia não farmacológica: distração utilizando os diferentes objetos lúdicos que compõem o kit sem dor do serviço de urgência.

Tão importante como o aprofundamento do conhecimento acerca das diferentes estratégias não farmacológicas de alívio da dor é a sua aplicação na prática diária que vai sendo construída com a experiência adquirida.

A conclusão resume a reflexão realizada acerca das situações descritas e as intervenções de enfermagem realizadas assim como das barreiras existentes neste contexto que justificam a não implementação das estratégias não farmacológicas de alívio da dor.

Este documento foi elaborado de acordo com as regras de elaboração de trabalhos escritos da ESEL e normas da APA 7ª edição.

1. DESENVOLVIMENTO

1.1 Criança com 5 anos

A criança com 5 anos de idade foi acompanhada pela mãe ao SU Pediátrica, por dificuldade respiratória e febre. Ficou na sala de espera específica para quem tem alterações respiratórias. Nesta área da urgência não existe um exemplar do kit sem dor. Após a observação médica teve indicação para realizar colheita de sangue.

No computador da sala de tratamentos, acedeu-se a um vídeo com música infantil, de forma a usar a distração como estratégia não farmacológica de alívio da dor. Esta estratégia, através do vídeo surtiu algum efeito, na medida em que a criança ficou mais calma. Ficou curiosa e muito atenta ao vídeo. Alguns minutos após a visualização do vídeo é que se iniciou a realização da técnica. Notava-se que a criança queria ver o vídeo, mas ao mesmo tempo também queria ver o que estávamos a fazer. Associando o vídeo à presença da mãe, fundamental para transmitir segurança e dar apoio, foi possível colher sangue com menos dor. Para afirmar que teve menos dor, foi realizada avaliação da dor antes e depois da técnica através da escala Flacc. Inicialmente foi avaliada com: 4 e no final do procedimento com: 1.

A mãe verbalizou que ficou surpreendida pela iniciativa por parte da enfermeira. Agradeceu a aplicação da medida não farmacológica. A criança saiu do gabinete a sorrir, ao colo da sua mãe. Foi surpreendente a reação da criança e também reconfortante ver o seu sorriso, assim como escutar as palavras da mãe.

O facto de não existir um kit sem dor nesta área do serviço de urgência limita a possibilidade de associar outros objetos lúdicos na utilização da estratégia não farmacológica cognitivo comportamental: distração. Ou utilizar outras estratégias caso a distração não resultasse.

Inicialmente fiquei apreensiva por haver “apenas” uma estratégia não farmacológica que pudesse ser colocada em prática. A inexistência de uma alternativa deixou-se desconfortável. Estes sentimentos não são os ideais pois não transmitem a segurança necessária e tranquilizadora para a criança/jovem e para a sua família. O facto de a distração ter resultado como estratégia não farmacológica de alívio da dor foi importante para todas as pessoas que se encontravam na sala de tratamentos, principalmente para a criança e para a sua mãe.

Ter conhecimento acerca da evidência científica acerca de estratégias não farmacológicas é fundamental. E funciona como um alicerce para a implementação na prática destas estratégias. Segundo alguns profissionais de saúde com quem dialoguei a escassez de recursos humanos e temporais justifica a não aplicação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor.

Foi também determinante verificar que na prática não é necessário ter muito material ao nosso dispor para trabalhar na prevenção da dor através de uma estratégia não

farmacológica. Ao adquirir experiência na aplicação destas estratégias adquire-se simultaneamente alguma capacidade de improviso, ao usar o que existe ao nosso redor. E assim, com aparentemente pequenos gestos é possível prevenir a dor num procedimento invasivo.

Trottier et al. (2022) destacam que a formação na utilização de escalas de avaliação da dor adequadas ao desenvolvimento da criança é o primeiro passo na gestão da dor em pediatria.

Independentemente do caminho que optamos por seguir, o objetivo é o alívio da dor, durante uma intervenção de enfermagem dolorosa. Na ausência do kit sem dor, surgiu a distração como estratégia não farmacológica utilizada através do vídeo com música infantil. Uma opção válida, tendo em conta a existência de evidência científica que suporta a sua eficácia e que resultou com esta criança.

Segundo Reis et al. (2021) esta estratégia é denominada por cognitivo-comportamental e tem como pressuposto a alteração da forma como a dor é percebida e também promover a capacidade de gerir a mesma (p.18). Também de acordo com estes autores, esta estratégia funciona em situações de dor aguda que decorre num curto período.

Em suma, o essencial é colocar em prática os conhecimentos que se vão adquirindo. Aplicar as estratégias não farmacológicas de acordo com a criança a quem vamos prestar cuidados, não esquecendo da sua idade, desenvolvimento e do próprio contexto.

1.2 Criança de 10 anos

Tratava-se de uma criança com 10 anos: escolar que se encontrava internada no SO. Houve necessidade de colocar um acesso venoso periférico.

A primeira tentativa de colocar CVP não correu bem. A criança que até se encontrava aparentemente calma ficou gradualmente ansiosa ao perceber que o procedimento não foi bem-sucedido. Tinha maus acessos, exceto no dorso das mãos. Contudo, a criança recusava que fosse colocado acesso nesse local. Verbalizou que já tinham colocado acesso no dorso da mão noutra ocasião e que foi mais doloroso.

Aceitou a colocação de uma “pomada mágica”: o EMLA, no dorso da mão. Continuava visivelmente apreensiva e acabou por aceitar ser puncionada no local que mais temia depois de conversar com a sua mãe.

Antes do procedimento propriamente dito, a criança estava a jogar no telemóvel. Durante as intervenções, já não quis continuar a jogar. Largou o telemóvel na cama. Optou por abraçar a boneca que estava no kit sem dor e também seguir as nossas orientações: respirar fundo e “dar a mão” à sua mãe que esteve sempre presente.

Com o passar dos minutos foi possível observar que a ansiedade e medo que a criança demonstrava foram diminuindo.

A segunda tentativa de colocação de CVP foi bem-sucedida. E durante o procedimento, a criança negou dor. Avaliação esta que foi realizada através da aplicação da escala das faces Wong-Baker.

Quando a criança recusou ser puncionada no dorso da mão, fiquei apreensiva. Surgiu uma dualidade de sentimentos: o que devemos fazer e o que a criança pretende que seja feito. Tendo presente um dos pilares da enfermagem pediátrica: os cuidados centrados na família, conclui-se que a decisão deve ser tomada por todos os intervenientes. Neste momento a capacidade de improviso é importante, de pensar em minutos numa alternativa que ajuda a remediar e ultrapassar um primeiro momento que não foi bem-sucedido.

Associar estratégias farmacológicas com estratégias não farmacológicas de alívio da dor são descritas na teoria. A DGS (2012), defende que um dos critérios de boa prática é a associação referida anteriormente. E especifica que um dos motivos que justifica a sua utilização em simultâneo das estratégias é a possibilidade/ necessidade de realizar novamente uma determinada intervenção dolorosa (p.3). Tal como ocorreu na situação descrita.

Ao refletir sobre este momento e tendo em conta que não era a primeira vez que esta criança tinha necessidade de ter um CVP, penso que deveria ter lido mais atentamente todos os seus antecedentes pessoais. Ver os registos existentes e falar também acerca da história da dor, para que pudesse antecipar algumas situações. Tendo conhecimento da dificuldade em colocar um CVP teria sido prudente ter colocado o EMLA antes da primeira tentativa. Teria sido possível evitar um episódio doloroso e também gerador de ansiedade e medo.

Todos os intervenientes iriam usufruir dos resultados positivos desta preparação. A criança seria submetida a “apenas” um procedimento possivelmente doloroso, promovendo assim o alívio e melhoria do seu conforto. A sua família, conseqüentemente ficaria mais tranquila, transmitindo esse mesmo sentimento à criança. Os profissionais de saúde que prestaram cuidados teriam gerido melhor o seu tempo, com diminuição dos recursos temporais e materiais.

1.3 Adolescente com 17 anos de idade

Encontrava-se institucionalizado. Foi transportado para o serviço da urgência após ter sido atropelado. Estava em fuga da instituição quando ocorreu o acidente.

Por manter-se o risco de fuga enquanto esteve no serviço de urgência, esteve sempre acompanhado por um educador da instituição.

Após a realização de avaliações de enfermagem, médica e exames, verificou-se a inexistência de fraturas. Contudo, mantinha queixas álgicas no membro superior direito devido aos traumatismos. Ficou com o membro superior direito imobilizado. Apesar da

terapêutica analgésica prescrita e que foi administrada, o jovem mantinha e verbalizava dor sempre que era aplicada a escala numérica. A avaliação da dor, através da escala numérica: 9.

Independentemente da pessoa que avaliava a dor ou a forma como era transmitida a informação e as questões, o jovem mantinha sempre avaliação: 9.

O diálogo por parte do jovem era monossilábico e monocórdico. Acredito que todo este contexto: estar numa instituição, em fuga e a situação do acidente de viação determinam este comportamento. Fylkesnes et al. (2021) concluíram que o seu estudo destaca que os jovens em acolhimento tem diferentes necessidades e desejos dependendo das suas histórias pessoais e preferências assim como diferentes estádios no seu percurso durante o acolhimento. Estes autores acrescentam que estes jovens constituem um grupo de maior vulnerabilidade na sociedade, daí a importância de assegurar mais tempo para apoiá-los em serviços sociais e de saúde.

Acredito que à semelhança da importância que é dada à terapêutica e sua administração também é igualmente relevante tentar perceber as razões que fizeram com que este jovem tenha este percurso de vida. Penso que teria sido importante solicitar avaliação de Psicologia quando foi pedida a avaliação por parte da Ortopedia.

Sendo a dor, uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial (IASP, 2020).

Será que a autoavaliação da dor realizada pelo jovem, não está também relacionada com todo o contexto em que se encontra?

Será que o tratamento não passa por uma avaliação/ conversa com um psicólogo que o saiba escutar e não julgar.

O SO não constitui um ambiente facilitador deste tipo de intervenção. A privacidade deste jovem já está condicionada pela permanente presença do educador da instituição e de todos os profissionais de saúde, outras crianças, adolescentes e seus acompanhantes. Pensar numa avaliação neste ambiente pode parecer insensato, despropositado e até ingénuo. Mas, no meu ponto de vista não o tentar é desperdiçar uma oportunidade que poderia não surgir novamente. A alta era provável e tendo em conta a idade do jovem e onde vive seria uma opção a considerar.

Fica a dúvida se a autoavaliação da sua dor após uma intervenção com uma psicóloga poderia ser diferente. Promover o alívio e a tranquilidade deste jovem poderia diminuir a sua dor? Aplicar a Teoria de Conforto de Kolcaba poderia ter culminado num desfecho diferente.

A ideia era “plantar uma semente”, de modo a não deixar passar a oportunidade de realizar uma intervenção que quem sabe não originasse uma mudança na vida deste jovem. Foi frustrante perceber a minha incapacidade para fazer ou dizer algo que captasse a sua atenção. Descobrir como ultrapassar aquela barreira invisível que impedia

um diálogo mais esclarecedor. Torna-se muito difícil tentar ajudar quando a pessoa aparentemente não permite essa ajuda.

A literatura refere que um dos aspetos fundamentais na gestão da dor é informar o jovem do que se está a passar e o que será realizado. Essa informação pode ser transmitida pelos pais ou cuidadores, sendo estes um dos elos na prestação de cuidados pediátricos. Contudo, neste caso, desconheço se alguém assumiu este papel, como por exemplo, o educador da instituição. Essa informação não foi transmitida pelos colegas nem foi possível obtê-la através da tentativa de diálogo com o jovem nem com o educador.

Trottier et al. (2022) defendem que o cuidado centrado no cliente e na família são essenciais na gestão da dor e os pais, crianças e jovens tem papéis ativos a desempenhar na gestão da dor e no planeamento dos cuidados a prestar. Navarro et al. (2021) enfatizam que para o cliente pediátrico estar envolvido no processo é necessário ter acesso a informação rigorosa e válida transmitida numa linguagem simples para que a tomada de decisão informada acerca dos cuidados, tratamentos e bem-estar seja tomada.

Saber antecipadamente toda a informação iria ajudar o jovem perceber a relevância do seu papel na prestação dos cuidados de enfermagem. Deste modo, foi verdadeiramente frustrante verificar que nada fiz para tratar a sua dor. Na primeira abordagem ao jovem, quando me apresentei deveria tê-lo informado que iria necessitar de sua colaboração, como elemento integrante da prestação de cuidados. Procurar estabelecer uma relação empática, para que o jovem não sentisse que era um mero recetor de cuidados.

1.4 Criança com 3 anos

Internada no SO.

Durante a colocação de acesso periférico, foi usada a estratégia de distração com bolas de sabão.

A criança aparentemente não conhecia as bolas de sabão. Por esse motivo, voluntariei-me para fazer uma pequena demonstração. Houve necessidade de retirar a máscara de proteção individual, mas mantive uma distância da criança e restantes pessoas presentes. E fi-lo com conhecimento da minha enfermeira orientadora. Como nem sempre correu bem a formação das bolas de sabão e comecei a brincar com a situação, usando também o humor, surgiram algumas risadas inclusive da criança. Enquanto eu tentava formar algumas bolas de sabão, a Enfermeira M. iniciou o procedimento. A criança estava encantada com as bolas de sabão e mal se apercebeu da colocação de CVP.

A distração através da utilização das bolas de sabão direcionou o foco da atenção da criança de tal forma que não se apercebeu do procedimento que foi realizado. É verdadeiramente surpreendente ver como esta estratégia funciona. Claro, que algumas nuances também ajudaram como as tentativas falhadas de formar bolas de sabão. Algo tão simples como uma bola de sabão dispersa o pensamento pelo imaginário.

Inicialmente surgiu um sentimento de vergonha por não estar a desempenhar de forma exemplar a atividade para a qual me havia voluntariado. Depois de esquecer essa vergonha e focar no que era realmente importante: a criança e o alívio da sua dor aproveitei o que corria menos bem a meu favor e consegui desta forma algumas risadas por parte da criança e restantes pessoas que ali se encontravam. E no final, surgiu uma satisfação por ter contribuído para menos um momento doloroso na vida desta criança e da sua mãe.

Focar no objetivo traçado: alívio da dor, através de estratégias não farmacológicas que ao serem aplicadas podem parecer estranhas a muitos adultos, mas que fazem todo o sentido quando cuidamos de crianças e das suas famílias.

O único aspeto menos positivo é a necessidade de retirar a máscara de proteção para implementar esta estratégia. Mas, ao manter a distância necessária e por um curto período foi possível obter o resultado pretendido.

2 CONCLUSÃO

O conhecimento e a experiência adquiridos ao longo do estágio neste contexto originaram uma mudança no meu pensamento. A ideia de que a barreira à implementação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor deve-se à falta de conhecimento foi ultrapassada. Na realidade, quem trabalha nesta área diariamente e que tem formação específica na área da dor, esclarece que a principal barreira a ultrapassar é a forma de pensar dos profissionais de saúde. Para que passem a dar semelhante relevância às estratégias não farmacológicas como dão às farmacológicas.

Para ser verdadeiramente conhecedor das estratégias não farmacológicas de alívio da dor não basta ter conhecimento da evidência científica existente e recente. É a prática que desenvolve ainda este conhecimento e abre portas para uma nova realidade que pode e deve ser implementada em todos os serviços de saúde, independentemente dos recursos existentes.

Os objetivos deste trabalho foram parcialmente alcançados. Relacionar a estratégia não farmacológica mais adequada a uma determinada criança/jovem requer muita experiência. Acredito estar no início desse caminho, mas com muita motivação para o percorrer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças*. DGS.

Emerson, N., Bursch, B. (2020). Communicating with youth about Pain: developmental considerations. *Children*. 1-12.

Fylkesnes, M., Larsen, M., Havnen, K., Christiansen, O. & Lehmann, S. (2021). Listening to Advice from Young People in Foster Care From Participation to Belonging. *British Journal of Social Work*. 1983-2000.

Navarro, M., Illera, H., Ruíz, B., Naudó, M. & Serrallonga, N. (2021). Needle phobia: How to improve the child's experience during blood drawing. *Patient Experience Journal*, 8(1), 116-125.

R, S., Carr, D. Cohen, M. Finnerup, N. Flor, H. Gibson, S. Keefe, F. Mogil, J. Ringkamp, M. Sluka, K. Song, X. Stevens, B. Sullivan, M. Tutelman, P. Ushida, T. & Vader, K. (2020). Definição revisada de dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor: conceitos, desafios e compromissos. *IASP*. 1-8.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. Ordem Dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/guia-orientadorde-boa-pr%C3%A1tica-estrat%C3%A9gias-n%C3%A3o-farmacol%C3%B3gicas-nocontrolo-da-dor-na-crian%C3%A7a->

Trottier, E., Ali, S., Doré-Bergeron, M. & Chauvin-Kimof, L. (2022). Best practices in pain assessment and management for children. *Paediatrics and Child Health*. 429-437.

Apêndice VIII – Jornal de aprendizagem – Serviço de urgência
pediátrica



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

Jornal de aprendizagem
Serviço de urgência pediátrica

Paula Maria Bocarro de Sousa n.º 11004



**Lisboa
novembro, 2022**



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

Jornal de aprendizagem
Serviço de urgência pediátrica

Paula Maria Bocarro de Sousa n.º 11004



Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão



**Lisboa
novembro, 2022**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – American Psychological Association

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

SO – serviço de observação

SOS – si opus sit

SU Ped. – serviço de urgência pediátrica

ÍNDICE

1	DESCRIÇÃO.....	5
2	SENTIMENTOS E PENSAMENTOS.....	7
3	AVALIAÇÃO.....	9
4	ANÁLISE.....	10
5	CONCLUSÃO E PLANO DE AÇÃO.....	12
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

1. DESCRIÇÃO

A situação relatada neste jornal de aprendizagem ocorreu no SO. A criança J. de 4 anos de idade, do sexo masculino, deu entrada no Serviço de Urgência Pediátrica durante a noite após transporte inter-hospitalar. Apresentava dor abdominal intensa, febre, vômitos e diarreia há 3 dias. Após a observação no serviço de urgência foi chamada a equipa de cirurgia pediátrica que decidiu realizar laparotomia exploratória urgente. Diagnóstico de peritonite na sequência de uma apendicite. Por inexistência de vagas nos serviços de internamento, ao sair do recobro ficou no SO. Quando entrei nesta sala a criança ainda estava sonolenta e não comunicava verbalmente. Encontrava-se acompanhado pela sua mãe. A senhora estava visivelmente triste, preocupada e ansiosa. Falava com as enfermeiras que prestavam cuidados ao seu filho. Perguntava se a cirurgia tinha corrido como esperado e “se estava fora de perigo de vida” (sic).

O médico cirurgião foi ao SO ver o J. e teve uma breve conversa com a mãe. Apesar de terem passado poucas horas da cirurgia e ser expectável que o J. estivesse sonolento, a mãe continua muito ansiosa por ouvir a voz do seu filho.

Em redor da cama da criança estavam o médico e quatro enfermeiras. Durante a observação médica, o J. acordou e ficou assustado com tantas pessoas ao seu redor. O médico decidiu realizar um dos pensos da região abdominal por estar repassado de exsudado purulento. Entre o momento da decisão médica até à preparação do material necessário para a intervenção não decorreram mais de 10 minutos. Assim que o médico tocou na região abdominal do J, este começou a gritar e a sua mãe a chorar.

Uma das enfermeiras administrou terapêutica analgésica: Paracetamol, prescrita em SOS, por via endovenosa. O efeito pretendido com esta administração não foi imediato.

No que diz respeito ao alívio da dor através da utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, estas resumiram-se à administração do paracetamol.

A realização do tratamento iniciado pelo médico cirurgião e posteriormente continuado pela equipa de enfermagem decorreu enquanto o J. gritava, visivelmente assustado.

A avaliação da dor foi realizada através da escala FLACC. Antes do procedimento, a minha avaliação da dor foi de 0. Durante o tratamento avalei em 8. Cerca de 5 minutos após o término do procedimento realizei a 3ª avaliação da dor em que pontuei com 5.

No final da manhã o J. foi transferido para o serviço de cirurgia.

2. SENTIMENTOS E PENSAMENTOS

Acredito que ser enfermeiro é defender a pessoa a quem prestamos cuidados e no caso de a enfermagem pediátrica incluir “nesta defesa” a família da criança/jovem. Crença que vai ao encontro ao que descreve a OE (2015): “Defender a pessoa humanadas práticas que contrariem a lei, a ética, ou o bem comum, sobretudo quando carecidas da indispensável competência profissional” (p.51).

Penso que a impotência e falta de coragem foram os principais sentimentos que surgiram como enfermeira, ao vivenciar esta situação. A importância do diálogo com o cirurgião e ver qual a melhor alternativa para o J. em termos de gestão da dor no pós-operatório, principalmente durante a realização de procedimentos invasivos.

A impotência que senti adveio da incapacidade em defender aquilo em que acredito e pela falta de coragem em verbalizar que a administração de terapêutica analgésica iria beneficiar o J. Simultaneamente na sugestão de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, como a distração poderiam complementar a intervenção de enfermagem.

Apesar de ser enfermeira, estive neste contexto como aluna de Mestrado que viu a equipa de enfermagem seguir a orientação médica sem questionar nada verbalmente. Senti que não deveria ser eu a ir contra uma orientação dada e seguida por todos. Se bem que no meu ponto de vista protelar por um curto período a realização do tratamento não seria necessariamente não cumprir a indicação médica, mas realizá-la de uma forma menos dolorosa e mais humanizada para o J.

Também permaneceu uma dúvida: comunicar com o cirurgião poderia ter alterado o desfecho desta situação. E essa dúvida é perturbadora e inquietante. Saber que algo poderia ter sido feito e desistir sem sequer tentar é desapontante. Ao refletir acerca dos cuidados não traumáticos esta situação retrata a inexistência de relevância dada a um dos pilares da enfermagem pediátrica.

A enfermeira especialista de referência preparou e administrou terapêutica prescrita em SOS assim que o J. começou a gritar. Contudo, é do conhecimento dos profissionais de saúde que a terapêutica analgésica não surte efeito segundos após

a sua administração. Mesmo assim, este efeito atenuou a dor que permaneceu após o término do tratamento.

Como futura enfermeira especialista é fundamental defender tudo aquilo em que acredito para que conseqüentemente consiga defender a pessoa e família a quem presto cuidados. Usar a evidência científica para comprovar as minhas intervenções. Desta forma, posso justificar a minha atitude e postura, mesmo que seja a única a fazê-lo.

Foi estranho ver que a orientação médica dada não gerou controvérsia junto dos elementos da equipa de enfermagem.

Nem sempre as relações entre diferentes profissionais de saúde são baseadas na troca de opiniões e partilha de experiências, com o intuito de alcançar um melhor resultado. Ou seja, trabalhar sempre em conjunto em prol de alguém que necessita de cuidados de saúde.

Em muitos contextos, ainda se mantém um distanciamento entre diferentes profissionais de saúde e a designação do trabalho em equipa é algo meramente teórico.

É importante ter sempre presente a importância da avaliação e gestão da dor. Friedrichsdorf e Goubert (2020) destacam a Declaração de Montreal de 2010, em que se sustenta que a gestão da dor é um direito humano fundamental. Assim sendo, não tratar a dor é considerada uma violação dos direitos humanos.

3. AVALIAÇÃO

No que diz respeito à experiência em si, foi reveladora de uma prática que há muito não deveria existir. Mas à semelhança de muitas outras situações é sempre possível aprender algo com a sua vivência. Nem que seja como não voltar a repetir algo que não é benéfico para uma criança e sua família. E em última instância para a valorização da própria profissão.

Durante o decorrer da situação não fui capaz de perceber algo de positivo a retirar desta vivência. Mas, à medida que o tempo passou, consegui perceber que a intervenção da enfermeira de referência diminuiu a dor resultante da realização do tratamento, pois frequentemente a dor não termina em simultâneo com o tratamento. Ainda se prolonga no tempo.

Relativamente aos pontos menos positivos que foram observados: a decisão do cirurgião de fazer o tratamento logo de imediato, o número elevado de profissionais de saúde em redor da cama do J., tratamento mais demorado pela inexistência de todo o material necessário para a execução do tratamento (em que o prolongar desta intervenção significa mais tempo em que o J. esteve sujeito a um procedimento doloroso) e por fim, não ter ocorrido um diálogo com o cirurgião para tentar adiar o tratamento.

Será que o risco de agravar a infeção seria potenciado de tal forma que seria impossível aguardar pelo efeito de terapêutica analgésica?

Desta situação o que tem maior significado para mim é a percepção como as consequências de uma única decisão podem influenciar de forma determinante o rumo dos acontecimentos. Ou seja, ter dialogado com o cirurgião no sentido de administrar terapêutica e aguardar pelo seu efeito antes da realização do tratamento. Este diálogo levaria à apresentação de sugestões para diminuir a sua dor e conseqüentemente promover os cuidados não traumáticos. Não dialogar e aceitar a decisão do cirurgião, não promoveu a inclusão do J. e a sua mãe nos cuidados, tornou esta sua vivência por si só assustadora e ainda mais marcante negativamente.

4. ANÁLISE

É difícil conceber que o monólogo se mantenha prevalente em alguns contextos de serviços de saúde, em detrimento do diálogo. Não consigo alcançar nenhum benefício no perpetuar deste tipo de prática. Apenas observo constrangimentos que dificultam a relação entre diferentes profissionais de saúde não só naquela situação, mas também em futuras situações.

Batalha argumenta que a comunicação entre diferentes elementos da equipa de saúde, incluindo a criança /jovem e seus pais vai determinar a forma como a dor é controlada. (p. 81).

A discussão/ troca de ideias promove um melhor desfecho, ou seja, é promotora de cuidados de saúde de excelência. Só existiriam ganhos para todos os intervenientes e não apenas para o J. e sua mãe.

“Os estudos que analisaram a influência do local de trabalho e área de especialidade dos profissionais de saúde no tratamento da dor apresentam resultados inconsistentes. Contudo, o contexto organizacional (carga de trabalho, práticas correntes, relações interpessoais) parece exercer influência sobre as práticas” (Batalha, 2010, p. 82).

Batalha (2010) ressalva que “o papel das crenças e atitudes acerca da dor influenciam as estratégias farmacológicas, ou melhor o menor recurso às mesmas” (p. 80).

Os cuidados não traumáticos constituem um dos pilares da enfermagem pediátrica. Baseiam-se num dos direitos emanados na Declaração dos direitos da criança.

Este pilar foca-se na premissa de não causar dano. Premissa esta que não foi tida como prioritária, na medida em que ocorreu um dano, na sequência da realização de um primeiro tratamento no período pós cirúrgico sem administração prévia de analgesia.

Para além do medo resultante do despertar com tantas pessoas que desconheciam à sua volta, essas mesmas pessoas estavam a falar de um procedimento: tratamento.

Tanto as estratégias farmacológicas como as não farmacológicas devem ser implementadas antecipadamente para o seu efeito seja maximizado no alívio da dor. De acordo com a DGS (2012), esta associação de estratégias depende do procedimento invasivo que é necessário realizar, assim como da sua duração e probabilidade de ser efetuado mais do que uma vez.

5. CONCLUSÃO E PLANO DE AÇÃO

A principal aprendizagem que retiro desta situação diz respeito à importância de fazer o que considero correto tendo em conta o conhecimento que fui adquirindo e a reflexão sobre o meu dia a dia. Quando menciono o que penso ser correto estou a referir-me à importância de defender a pessoa a quem estou a prestar cuidados. Essa defesa deve ser baseada na evidência científica mais recente, alicerce que guia a prática da profissão de enfermagem.

Se tivesse oportunidade de fazer algo diferente teria falado com a enfermeira especialista de referência para esclarecer dúvidas e propor um adiamento do tratamento junto do cirurgião. Dependendo da posição defendida pela minha orientadora assim decidiria em conjunto qual seria o caminho mais correto a seguir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria*. Compreender para Mudar. Lidel.

Carreira, P., Balça, A., Damas, A., Loureiro, F., Torgal, J., Mendes, L. (2011). Manual de serviço de urgência pediátrica. Centro Hospitalar Lisboa Norte E.P.E. 1-12.

Friedrichsdorf, S., Goubert, L. (2020). Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children. *Pain Reports Online*. 1-13.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

Apêndice IX – Reflexão sobre importância da comunicação-
Serviço de neonatologia



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

Reflexão sobre importância da comunicação
Serviço de Neonatologia

Paula Maria Bocarro de Sousa n.º 11004



**Lisboa
dezembro, 2022**



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

Reflexão sobre importância da comunicação
Serviço de Neonatologia

Paula Maria Bocarro de Sousa n.º 11004



Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão



**Lisboa
dezembro, 2022**

SIGLAS e abreviaturas

APA – American Psychological Association

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE

1.	DESCRIÇÃO.....	5
2.	SENTIMENTOS E PENSAMENTOS.....	8
3.	AVALIAÇÃO.....	10
4.	ANÁLISE.....	11
5.	CONCLUSÃO E PLANO DE AÇÃO.....	12

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.DESCRICÃO

O S. é filho de pais oriundos do continente asiático: Nepal e a sua religião é o Hinduísmo.

O pai do S. encontrava-se em Portugal há 7 anos e a mãe há 1 mês. Atualmente estão ambos desempregados. Viviam numa casa com mais 4 famílias nepalesas.

No período intraparto, a mãe apresentou febre e a proteína C reativa estava elevada. Pelo que ficou internada para continuar antibioterapia. O filho S. apresentou o seguinte Índice de Apgar: 3; 6 e 8. Foi estabilizado com recurso à oxigenoterapia. Por manter síndrome de dificuldade respiratória e devido ao risco infeccioso iniciou antibioterapia. Por estes motivos também ficou internado no serviço de Neonatologia.

A interação com o pai decorria de forma mais tranquila dado que o senhor falava fluentemente inglês. Com a mãe, o diálogo foi muito difícil. Não percebia português e o seu inglês era rudimentar. Colocava a mesma questão a diferentes enfermeiras.

A preocupação da mãe acerca do estado de saúde do seu filho S. era visível e pedia “à sua maneira” ajuda para cuidar do filho. Isto é, falava algumas palavras em inglês que conhecia e restante comunicação era não verbal recorrendo a gestos, expressões faciais, postura corporal e por vezes, até ao silêncio.

A mãe pediu acesso ao processo e boletim de vacinas do seu filho, durante o internamento. Foi informada que o procedimento existente no serviço determina que os pais podem solicitar o processo após a alta clínica. O pai não reforçou este pedido durante o tempo que permaneceu no serviço.

2.SENTIMENTOS E PENSAMENTOS

Os desafios da construção de uma relação de parceria e do envolvimento nos cuidados ganharam uma maior dimensão e também maior dificuldade devido às questões culturais. Foi importante ser o mais clara possível, como por exemplo com recurso a frases curtas, comunicar de forma calma e pausadamente, devido à barreira linguística e ter sempre presente como é preponderante transmitir toda a evolução do S. para que esta informação trouxesse maior tranquilidade para os pais. A maior parte da informação era transmitida quando o pai do S. estava presente. O Sr. teve também um papel que comparei a um mediador e também de intérprete nesta relação entre a mãe e a equipa. Só assim era possível aferir se a informação transmitida tinha sido percebida pela família do S. Considerei este aspeto como um ponto menos positivo. De acordo com a minha experiência validar informação à medida que se desenrola o diálogo traz mais benefícios na transmissão de informação aos pais, na medida em que os temas a abordar são direcionados caso o tema anterior esteja consolidado.

A impossibilidade de ter um intérprete no serviço revelou-se uma opção inviável que dificultou e que conseqüentemente originou um maior esforço como enfermeira no estabelecimento e fortalecimento de uma relação com o S. e sua família. Pontualmente foi solicitada a colaboração de outra mãe nepalesa, que também tinha o seu filho internado. Ou ela própria, por sua iniciativa, tentava intervir quando assistia a alguma situação na sala dos berços. Ao início ponderei os benefícios (melhorar a comunicação) e malefícios (receio de ser mal interpretada) deste pedido de colaboração e discuti-os com a enfermeira especialista de referência. A confidencialidade e a privacidade de cada uma destas pessoas não poderia ser colocada em questão. Por este motivo, esta colaboração foi muito criteriosa. Apenas como último recurso, apesar de acreditar que noutros momentos a partilha de experiências entre as duas mães ocorresse espontaneamente.

Os pedidos por parte da mãe do S. relativamente ao processo e boletim de vacinas do filho foram incompreendidos da minha parte. Recordo eu perguntei como o iria ler se não falava nem escrevia português. A sua resposta foi que eu iria traduzi-lo. Comuniquei o pedido à enfermeira especialista de referência que me explicou o procedimento. O mesmo foi transmitido à mãe do S.

3.AVALIAÇÃO

A reflexão realizada acerca da situação descrita trouxe uma noção mais clara que muitas das questões que a mãe do S. colocava eram fruto da sua insegurança. Consequentemente tentava “reproduzir “as questões que um familiar da área da saúde referia. Para que posteriormente, esse mesmo familiar pudesse elucidar melhor sobre as questões que a equipa de saúde não conseguia responder devido à barreira linguística. Como seria a compreensão desta mãe em relação ao estado do seu filho?

A dificuldade na comunicação e a impossibilidade de solicitar um intérprete (por não ser permitido no serviço) tornou a relação entre recém-nascido, pais e equipa de saúde mais superficial. E daí, a dificuldade na resposta a todas as dúvidas e receios que surgiam ao longo do internamento do S. A incapacidade de transpor esta barreira da minha parte constituiu o principal aspeto negativo da situação.

Tratou-se de um verdadeiro desafio em termos de comunicação na tentativa de “trabalhar” questões acerca da importância da vinculação e envolvimento dos pais nos cuidados. Aspetos fundamentais na capacitação dos pais e também para o seu empowerment.

Ao refletir acerca dos cuidados centrados na família – pilar da enfermagem pediátrica, tornou-se mais clara a dificuldade que senti na tentativa de transpor a barreira cultural e linguística.

A relação entre a mãe do S. e a equipa revelou como o caminho mais fácil nem sempre é que traz maior gratificação para todos. Ou seja, a procura de conhecimento mais aprofundado acerca da cultura nepalesa, religião hindu e respetivas práticas teria sido benéfica. Iria conduzir a uma relação mais empática, segura e compreensiva promoveria consequentemente um ambiente mais tranquilo entre todos, promotor de uma prestação de cuidados de enfermagem holística.

4.ANÁLISE

Segundo Leininger (2018), o cuidado cultural é a forma holística mais ampla de saber, explicar, interpretar e prever os fenômenos do cuidar cultural para orientar as práticas do cuidado em enfermagem.

A prestação de cuidados de enfermagem que vão ao encontro dos valores, crenças e práticas culturais constituem o grande objetivo na teoria de Leininger.

Determinantes culturais como a comunicação e a distinção de bons e maus comportamentos entre outros distinguem culturas e revelam como é importante conhecer para melhor cuidar.

O que inicialmente parece desrespeitoso à luz da cultura em que estou inserida poderá ter um significado totalmente diferente na cultura da pessoa. A verdadeira dificuldade está em obter conhecimento, por vezes, num curto período durante o qual ocorre a prestação de cuidados.

5. CONCLUSÃO E PLANO DE AÇÃO

O facto de estarem sozinhos num país estrangeiro também não foi um fator facilitador, uma vez que não tinham a família que frequentemente constitui um grande apoio. As famílias hindus não são exceção. O conhecimento e sabedoria são transmitidos pelos membros mais velhos da família, que são vistos como guias que orientam os membros mais novos. Até onde foi possível obter informação, não existia ninguém junto destes pais que desempenhasse esse papel.

Na impossibilidade de terem a sua família presente, pensei que outros pais nepaleses que se encontravam na unidade poderiam ter sido vistos como um suporte para esta família e também como interlocutores nesta difícil relação com a equipa.

Penso que deveria ter aprofundado ainda mais a apreciação de enfermagem ao longo dos dias em que prestei cuidados a este recém-nascido e sua família e não restringir a minha pesquisa à leitura da informação que constava no processo e às poucas questões que coloquei aos pais.

No futuro, em situações similares, penso que devo procurar conhecer a cultura da criança e sua família a quem vou prestar cuidados. Também considero que a procura de parceiros para uma melhor relação empática seja fundamental. Porque não questionar se a comunicação da equipa diretamente com o familiar destes pais, que era profissional de saúde, poderia trazer maior confiança e tranquilidade para os pais do S. Ou a comunicação com outra pessoa relevante para esta família. Um elo poderia ser a resposta para alguns dos obstáculos encontrados durante o internamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria*. Compreender para Mudar. Lidel.

Giger, J. N., Haddad, L. G. (2021). *Transcultural Nursing Assessment and intervention*. (8ª ed.). Elsevier.

Oriá, M., Ximenes, L., Alves, M. (2005). Madeleine Leininger e a teoria da diversidade e universalidade cultural – um resgate histórico. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 24-30.

Silva, E., Alencar, E., Dias, E., Rocha, L., Carvalho, S. (2021). Transculturalidade na enfermagem baseada na teoria de Madeleine Leininger. *Revista eletrônica acervo saúde*. 1-8. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5561.2021>

Apêndice X – Dossier temático: utilização da sacarose oral a 24% a recém nascidos

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

Dossier temático: utilização da sacarose oral a 24% a
recém-nascidos

Paula Maria Bocarro de Sousa n.º 11004

—

**Lisboa
fevereiro, 2023**



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

Dossier temático: utilização da sacarose oral a 24% a recém-nascidos

Paula Maria Bocarro de Sousa n.º 11004

Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

**Lisboa
fevereiro, 2023**

SIGLAS e abreviaturas

APA – American Psychology Association

EEG - Eletroencefalograma

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

RDM – Rastreio de doenças metabólicas

RMN – Ressonância magnética nuclear

ÍNDICE

	INTRODUÇÃO.....	5
1.	DESENVOLVIMENTO.....	7
1.1	RESUMO DO 1º ARTIGO.....	7
1.2	RESUMO DO 2º ARTIGO.....	10
1.3	RESUMO DO 3º ARTIGO.....	12
1.4	RESUMO DO 4º ARTIGO.....	14
1.5	RESUMO DO 5º ARTIGO.....	16
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular: Estágio com relatório, do 13º Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, foi proposta a elaboração de dossier temático acerca da sacarose oral, como estratégia não farmacológica de alívio da dor.

A uniformização da utilização da sacarose, como estratégia não farmacológica no alívio da dor no serviço de cuidados intermédios da Neonatologia, foi o tema sugerido pela enfermeira orientadora.

Trata-se de uma estratégia não farmacológica frequentemente utilizada neste contexto, devido à sua eficácia no alívio da dor provocada durante a realização de procedimentos dolorosos.

Através da pesquisa de evidência científica mais recente é possível transmitir informação mais atualizada. Esta pesquisa foi efetuada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL.

Dada a impossibilidade de reunir toda a equipa de enfermagem para a sessão de formação em serviço que foi realizada, optou-se por elaborar este documento, para futura consulta da equipa. O dossier temático para além de contribuir para a minha aquisição de conhecimentos acerca da utilização da sacarose oral também poderá ajudar na pesquisa de evidência científica para o grupo de trabalho da dor, existente na equipa de enfermagem da Neonatologia.

Cerqueira et al. (2014), definem o dossier temático, como sendo um arquivo acerca de um determinado tema, cuja consulta deve ser célere.

Desta forma, este trabalho tem os seguintes objetivos:

- Aprofundar os meus conhecimentos acerca da utilização da sacarose oral;
- Promover a melhoria das competências a nível da pesquisa e resumo da evidência científica.

A estrutura deste trabalho consiste nas referências bibliográficas dos documentos pesquisados e utilizados. De seguida, constam os resumos de cinco artigos selecionados.

As referências bibliográficas foram elaboradas de acordo com as normas da APA 7ª edição.

1. DESENVOLVIMENTO

1.1 1º Artigo

Campbell-Yeo, M., Eriksson, M., Benoit, B. (2022). Assessment and Management of Pain in Preterm Infants: A Practice Update. *Children*. 1-18.

Resumo:

As crianças que nasceram prematuramente apresentam um maior risco de exposição à dor no início das suas vidas. Apesar da existência de escalas de avaliação de dor para crianças não verbais, validadas e intervenções eficazes no alívio da dor associada a procedimentos médicos, poucas são as crianças que usufruem de intervenções para o alívio da dor.

Apesar do conhecimento acerca dos benefícios do envolvimento dos pais na prestação de cuidados, estes continuam a não ser incluídos nos mesmos.

Esta revisão narrativa demonstra as consequências da exposição precoce à dor não tratada em crianças prematuras.

A exposição à dor aguda por parte das crianças é inevitável nos primeiros dias de vida, devido à necessidade de realizar procedimentos dolorosos que são recomendados e necessários, como por exemplo a administração de vitamina K, RDM, avaliação da glicémia capilar e outras colheitas de sangue. Para além dos procedimentos referidos anteriormente também é importante mencionar a vacinação: elevado número de inoculações até aos 18 meses de idade.

Para as crianças que nasceram prematuras, cujo internamento em cuidados intensivos neonatais é necessário, a exposição à dor é ainda maior.

O tratamento da dor de forma ineficaz assim como a exposição prolongada à dor nos recém-nascidos prematuros tem vindo a ser relacionada com consequências a longo prazo no desenvolvimento cerebral.

Dado que a dor é uma experiência multidimensional, dependendo do estímulo doloroso e como é processado e interpretado, é recomendada uma abordagem multidimensional.

Indicadores da dor nos recém-nascidos

Sinais a nível comportamental:

- Estado alerta
- Movimentos corporais e tensão muscular;
- Choro;
- Facies.

Sinais a nível psicológico:

- Frequência cardíaca e oscilações da mesma;
- Frequência respiratória;
- Saturações periféricas de oxigénio;
- Níveis de cortisol.

Sinais a nível neurofisiológico:

- Oxigenação cerebral;
- EEG;
- RMN.

Gestão da dor no recém-nascido:

- Aleitamento materno;
- Contato pele a pele;
- Contenção;
- Sucção não nutritiva;
- Intervenções combinadas;
- Soluções doces;
- Intervenções farmacológicas para o recém-nascido com dor;
- Analgésicos não opióides;
- Anestésicos locais.

No artigo concluiu-se que tem ocorrido um aumento de atenção no que diz respeito aos recém-nascidos que experienciam dor, que podem conduzir a consequências negativas a curto e longo prazo relativamente aos resultados em saúde. A gestão da dor mantém-se “diversificada”, com resultados diferentes no alívio da dor.

É importante englobar os pais na gestão da dor dos recém-nascidos, pois são um recurso valioso e que querem estar integrados no alívio da dor dos seus filhos.

1.2 2º Artigo

Gaoa, H., Gaob,H., Xua, G., Lic, M., Dua, S., Lic, F., Zhanga, H., Wanga, D. (2016). Efficacy and safety of repeated oral sucrose for repeated procedural pain in neonates: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 118-125.

Resumo:

A sacarose tem sido amplamente estudada pelo seu efeito analgésico durante um único procedimento doloroso. Recém-nascidos internados nas unidades de cuidados intensivos podem estar sujeitos diariamente a inúmeros procedimentos dolorosos e conseqüentemente a várias tomas de sacarose. Algumas experiências têm sido desenvolvidas para verificar a eficácia e segurança da administração repetida de sacarose. Contudo, uma revisão sistemática sobre este tema ainda não foi realizada.

A evidência relativa à eficácia e segurança da sacarose em doses repetidas na realização de diversos procedimentos dolorosos é limitada. São necessários mais estudos antes da sacarose ser recomendada em recém-nascidos submetidos a procedimentos dolorosos repetidos.

A informação que advém desta revisão indica que doses repetidas de sacarose foram eficazes na redução da resposta comportamental à dor e também na avaliação da mesma durante repetidos procedimentos dolorosos nos seguintes valores e concentrações desde 0,1 a 2 ml de soluções de 20 e 25% de concentração.

Um dos estudos revelou que relativamente à resposta fisiológica à dor, observou-se menor variabilidade entre o grupo de recém-nascidos de termo e o grupo controle. Dois outros estudos, revelaram que doses repetidas de sacarose foram ineficazes em recém-nascidos pré-termo.

A resposta à dor em recém-nascidos pré-termo é no geral consistente com a resposta à dor em recém-nascidos de termo. Contudo, nos recém-nascidos pré-termo essa resposta é frequentemente mais sutil, mantida por menor período e afetada pelo seu comportamento e gravidade da sua doença.

Desta forma é impossível, tendo em conta a evidência atual, determinar se doses frequentes de sacarose são eficazes na diminuição da resposta fisiológica à dor durante procedimentos dolorosos realizados a recém-nascidos.

Os resultados dos estudos referem inexistência de efeitos adversos significativos imediatos ou tardios, associados a administração de forma repetida de sacarose.

1.3 3º Artigo

Hatfield, L., Murphy, N., Karp, K., Polomano, R. (2018). A Systematic Review of Behavioral and Environmental Interventions for Procedural Pain Management in Preterm Infants. *Journal of Pediatric Nursing*. 22-30.

Resumo:

Nos recém-nascidos pré-termo, promover o aconchego, sacarose oral e o método canguru diminuem a resposta fisiológica e comportamental à dor associada a procedimentos dolorosos agudos.

Numa revisão sistemática recente em que foi examinada a epidemiologia dos procedimentos dolorosos realizados a recém-nascidos, os investigadores descobriram que nos primeiros 14 dias de vida os recém-nascidos experienciam 6832 a 42,413 procedimentos invasivos. Média de 7,5 a 17,3 procedimentos dolorosos /dia a um recém-nascido. O número de procedimentos dolorosos é possivelmente superior, tendo em conta as intervenções malsucedidas e diversas tentativas de realização do mesmo procedimento não são registadas.

Fisiologia da dor na criança:

Independentemente da idade são necessários 4 processos para que um estímulo nocivo seja percebido como dor. Cada processo é regulado por um específico receptor proteico.

Avaliação da dor no recém-nascido pré-termo:

Escalas de avaliação da dor viáveis e validadas são a base da avaliação da dor nos recém-nascidos pré-termo.

O desafio é encontrar o instrumento adequado. Os profissionais de saúde devem considerar a idade gestacional do recém-nascido, o contexto da dor (procedimento, cirurgia, etc...), as variáveis, finalidade e limitações do instrumento.

A idade gestacional do recém-nascido é um fator de seleção da escala porque influencia o seu estado a nível comportamental.

No que diz respeito ao contexto da dor, o estímulo nocivo é importante. O tipo de dor e a resposta do recém-nascido a essa dor é significativamente diferente se a dor teve como origem num procedimento ou cirurgia comparado com a dor persistente.

Quanto às variáveis nas escalas, nos recém-nascidos dado a não comunicação verbal, estes instrumentos refletem marcadores das respostas fisiológicas e comportamentais a um estímulo nocivo.

Existem lacunas na literatura disponível acerca da avaliação da eficácia das estratégias de alívio da dor nomeadamente na diminuição da resposta à dor a nível comportamental em recém-nascidos pré-termo. Foi considerada como a maior prioridade direccionar essas lacunas na elaboração de estudos que foquem nas estratégias não farmacológicas e na interação com os pais ou outros cuidadores.

Estudos que avaliem estas intervenções podem ser potencialmente efetivos, mas a confiança é limitada devido à fraca metodologia do estudo e falta de replicação. Finalmente, a dimensão da amostra nos grupos de estudo que examinam as intervenções a nível comportamental e ambiental para diminuir a dor nos recém-nascidos pré-termo tem de aumentar.

1.4 4º Artigo

Li, Q., Tan, X., Li, X., Tang, W., Mei, L., Cheng, G., Zou, Y. (2022). Efficacy and safety of combined oral sucrose and nonnutritive sucking in pain management for infants: A systematic review and meta-analysis. Plos One. 1-19.

Resumo:

A gestão da dor é fundamental nas unidades de cuidados intensivos neonatais. O alívio da dor é realizado através da combinação da utilização da sacarose oral com a sucção não nutritiva quando comparado com uma única intervenção. Esta comparação ainda não está bem estabelecida. A administração de sacarose tem sido considerada como potencial indutora de efeitos adversos, que podem ser controversos. Este estudo tem como objetivo investigar os efeitos da combinação e a segurança em comparação com métodos com uma única intervenção, como por exemplo: sucção não nutritiva, sacarose oral, aleitamento materno e glucose oral.

Recém-nascidos, em especial os de pré-termo, são frequentemente sujeitos a procedimentos dolorosos, estímulos repetidos e dolorosos e stressores que podem estar na origem do desenvolvimento de sequelas físicas, fisiológicas e psicológicas a curto ou longo prazo.

Uma pesquisa atual revelou que a utilização de estratégias não farmacológicas tem sido superior à utilização de estratégias farmacológicas.

A terapia combinada foi considerada mais eficaz no alívio da dor do que intervenções singulares e tem sido abordada frequentemente nos últimos estudos.

Desta forma, a revisão sistemática e a meta análise foram direcionadas para “preencher” a lacuna existente ao avaliarem a eficácia da combinação da sacarose oral com a sucção não nutritiva em diferentes contextos de forma a descobrir e comparar a sua eficácia.

Em conclusão, a revisão sistemática e a meta análise indicam que a intervenção combinada da sacarose oral com a sucção não nutritiva é superior a qualquer intervenção individual à exceção do aleitamento materno. Contudo, o efeito aparenta ser menor em

situações de dor moderada a severa. Mais investigação e melhoramento das intervenções são consideradas necessárias.

1.5 5º Artigo

Stevens, B., Yamada, J., Campbell-Yeo, M., Gibbins, S., Harrison, D., Dionne, K., Taddio, A., McNair, C., Willan, A., Ballantyne, M., Widger, K., Sidani, S., Estabrooks, C., Synnes, A., Squires, J., Victor, C., Riahi, S. (2018). The minimally effective dose of sucrose for procedural pain relief in neonates: a randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*. 1-8.

Resumo:

A sacarose oral é eficaz e segura no alívio da intensidade da dor durante um procedimento invasivo realizado a um recém-nascido. É frequentemente recomendado nas guidelines acerca da dor nos recém-nascidos. Contudo, existe uma enorme variabilidade nas doses da sacarose avaliadas em pesquisas, em mais que 20 contextos diferentes de cuidados neonatais.

O foco deste estudo é determinar a dose mínima eficaz da sacarose a 24% no alívio da dor de recém-nascidos internados submetidos a um procedimento invasivo.

Neste estudo, foram avaliadas as 3 menores doses de sacarose mais frequentemente reportadas como sendo eficazes em estudos anteriores (0,1; 0,5 e 1 ml de sacarose a 24%), para determinar a dose mínima eficaz para os recém-nascidos submetidos a um procedimento invasivo durante o internamento.

Foi colocada a hipótese de não haver diferença na intensidade da dor entre as diferentes doses de sacarose, avaliada aos 30 e 60 segundos após o procedimento doloroso. Avaliação essa que foi realizada através da escala PIPP. A segunda hipótese levantada dizia respeito aos efeitos adversos serem mínimos.

Concluiu-se não haver diferença na intensidade da dor com as 3 doses de sacarose, durante a realização de um procedimento invasivo aos recém-nascidos internados.

Das 3 doses referidas na pesquisa anterior, 0,1 ml de sacarose a 24% foi considerada a dose mínima eficaz que pode ser recomendada para utilização. Mais estudos são

necessários para determinar a eficácia sustentada desta dose na redução da intensidade da dor durante procedimentos invasivos em recém-nascidos internados ao longo do tempo. Assim como os efeitos a longo prazo da utilização cumulativa da sacarose.

Referências Bibliográficas

Campbell-Yeo, M., Eriksson, M. & Benoit, B. (2022). Assessment and Management of Pain in Preterm Infants: A Practice Update. *Children*. 1-18.

Cerqueira, A., Gomes da Costa, F., Leal, F. & Nunes, Lucília. (2014). Didática em Enfermagem. Documento orientador de processos de ensino e aprendizagem. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. 1-5.

Gaoa, H., Gaob,H., Xua, G., Lic, M., Dua, S., Lic, F., Zhanga, H. & Wanga, D. (2016). Efficacy and safety of repeated oral sucrose for repeated procedural pain in neonates: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 118-125.

Hatfield, L., Murphy, N., Karp, K., Polomano, R. (2018). A Systematic Review of Behavioral and Environmental Interventions for Procedural Pain Management in Preterm Infants. *Journal of Pediatric Nursing*. 22-30.

Li, Q., Tan, X., Li, X., Tang, W., Mei, L., Cheng, G., Zoul, Y. (2022). Efficacy and safety of combined oral sucrose and nonnutritive sucking in pain management for infants: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*. 1-19.

Stevens, B., Yamada, J., Campbell-Yeo, M., Gibbins, S., Harrison, D., Dionne, K., Taddio, A., McNair, C., Willan, A., Ballantyne, M., Widger, K., Sidani, S., Estabrooks, C., Synnes, A., Squires, J., Victor, C. & Riahi, S. (2018). The minimally effective dose of sucrose for procedural pain relief in neonates: a randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*. 1-8.

Apêndice XI – Sessão de formação - utilização da sacarose oral a 24%
como estratégia não farmacológica de alívio da dor aguda

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: Utilização da sacarose a 24% como estratégia não farmacológica de alívio da dor aguda

POPULAÇÃO ALVO: Equipa de enfermagem da unidade de neonatologia

FORMADORA: Enf.^a Paula Sousa

LOCAL: sala de passagem de turno

DATA: 14-12-2022

HORA: 16h

DURAÇÃO: 15 minutos

Objetivo geral:

- Uniformizar a utilização da sacarose a 24%, como estratégia não farmacológica de alívio da dor aguda.

Objetivos específicos:

- Apresentar a evidência científica mais recente acerca da utilização da sacarose a 24%;
- Apresentar o conhecimento científico existente acerca da eficácia e segurança da utilização da sacarose a 24% num único procedimento doloroso;

- Informar da inexistência de evidência científica acerca da eficácia e segurança de múltiplas utilizações da sacarose em diferentes procedimentos dolorosos, como sucede na neonatologia

Etapas	Conteúdos	Métodos	Recursos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema da sessão; • Justificação da pertinência do tema 	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Formadora • Materiais: computador 	2
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da evidência científica acerca da utilização da sacarose a 24%; • Reforçar a correta utilização da sacarose a 24% de modo a uniformizar a sua utilização no serviço; 	Expositivo e participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: formadora e elementos da equipa de enfermagem • Materiais: Computador 	10
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas; 	Participativo		3

	<ul style="list-style-type: none">• Feed back da sessão por parte das enfermeiras que estiveram presentes.			
--	--	--	--	--

Apêndice XII – Questionário de diagnóstico de necessidades
formativas

ANÁLISE DE CONTEÚDO SEGUNDO BARDIN:

TEMA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTOS
Dor	Escala de avaliação dor	Escala de Edin	
		Escala de faces	
		Escala N-Pass	
		Escala Nips	
		Escala Numérica	
		Escala visual analógica	
	Estratégias não farmacológicas de alívio da dor	Amamentação	
		Sucção não nutritiva	
		Sacarose a 24%	

		Distração	
		Relaxamento	
		Informação prévia	
	Utilização de estratégias não farmacológicas	Sim	
		Não	
	Razões para a não utilização de estratégias	Disponibilidade de material	
		Falta de tempo	
		Formação	
		Espaço físico	
		Falta disponibilidade pais	
		Inexistência de sacarose a 24% no serviço	
		Valorização da dor na criança durante procedimentos de curta duração	

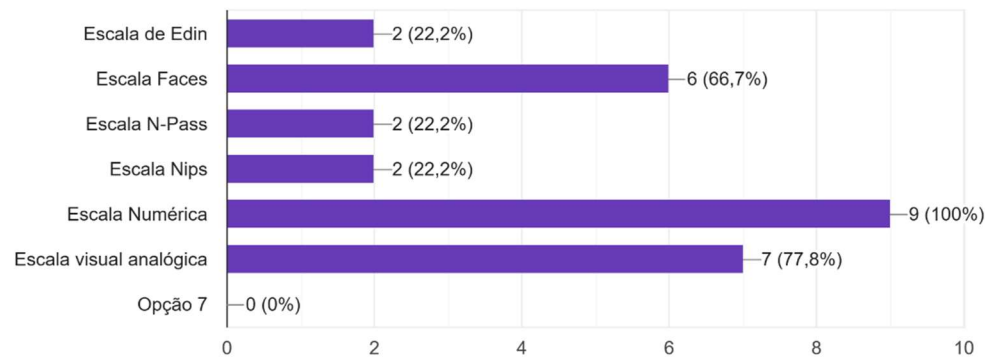
		Experiência dos elementos da equipa	
--	--	--	--

- 100% conhece a escala de avaliação da dor numérica;
 - 77,8% conhecem a escala visual analógica;
 - 66,7% conhecem a escala de Faces;
 - 22,2% têm conhecimento das escalas de avaliação da dor Edin, N-Pass e Nips;
-
- 88,9% conhecem as seguintes estratégias não farmacológicas de alívio da dor: distração e informação prévia;
 - 77,8% conhecem a amamentação e a sacarose a 24%, como estratégias não farmacológicas de alívio da dor;
 - 55,6% conhecem a sucção não nutritiva e o relaxamento;
-
- 100% já utilizou estratégias não farmacológicas de alívio da dor;

- Dos 9 questionários recebidos, um dos elementos não respondeu à última questão relativa às razões para a não utilização de estratégias não farmacológicas;
- 75% referem falta de tempo;
- 25% referem falta de formação; material disponível; inexistência de sacarose a 24% e falta de disponibilidade por parte dos pais
- 12,5% espaço físico e falta de experiência.

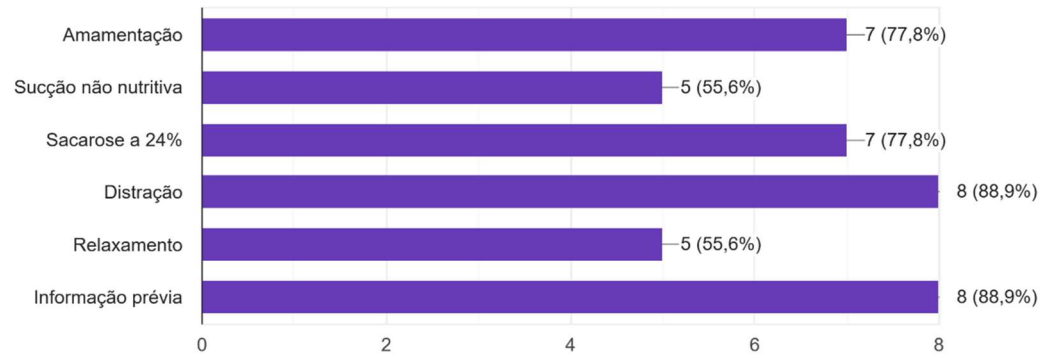
Assinale quais são as escalas de avaliação da dor que conhece

9 respostas



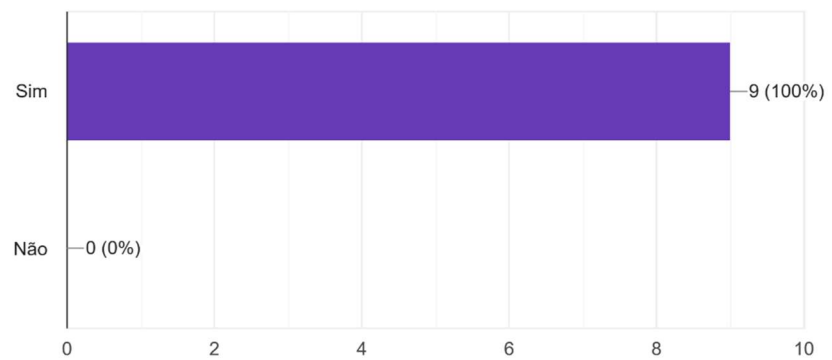
Assinale quais são as estratégias não farmacológicas de alívio da dor que conhece.

9 respostas



Já utilizou alguma estratégia não farmacológica de alívio da dor?

9 respostas



PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

TEMA: Apresentação do kit “Vacinação sem dor”

POPULAÇÃO ALVO: Equipa de enfermagem da unidade

FORMADORA: Enf.^a Paula Sousa

LOCAL: sala de reuniões da Unidade de saúde

DATA: 24-01-2023

HORA: 14h

DURAÇÃO: 30 minutos

Objetivo geral:

- Sensibilizar a equipa para a importância da utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor na vacinação.

Objetivos específicos:

- Apresentar os resultados do diagnóstico de necessidades de formação, aplicado aos elementos da equipa de enfermagem;
- Apresentar o enquadramento teórico que sustenta a importância da utilização das estratégias não farmacológicas de alívio da dor;
- Apresentar o kit “vacinação sem dor”;
- Apresentar a proposta da norma para a utilização do kit.

Etapas	Conteúdos	Métodos	Recursos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema da sessão; 	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Formadora • Materiais: computador; kit; 	5
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos resultados do diagnóstico de necessidades de formação; • Apresentação do kit “vacinação sem dor”; • Apresentação da proposta da norma de utilização do kit (que se encontra em elaboração) 	Expositivo e participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: formadora e elementos da equipa de enfermagem • Materiais: • Computador; kit e os objetos que o compõem; conteúdo da sessão na pasta partilhada 	20

			(a que todos conseguem aceder)	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Esclarecimento de dúvidas	Participativo		5

Apêndice XIII – Norma de procedimento de kit de vacinação sem dor

Instituição:	Norma de procedimento
Logotipo:	
Serviço:	Kit vacinação sem dor

APROVAÇÃO	

ASSUNTO	Utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor em procedimentos dolorosos na vacinação
FINALIDADE	Promover o conforto da criança e do adolescente quando submetidos a procedimentos dolorosos

DESTINATÁRIOS	Equipa de Enfermagem da Unidade de Saúde
PALAVRAS - CHAVE	Dor; vacinação; Conforto; estratégias não farmacológicas

Autores:		Data de elaboração	
Verificação o C. Qualidade		Data de verificação	
Aprovaçã o		Data de aprovação	
Divulgaçã o		Data de divulgação	
Versão	1	Data de revisão	

REGISTO DE ALTERAÇÕES

Versã o N°	Data de elaboração	Data de divulgação	Elabor ado por:	Motiv o de alteração
1				

ABREVIATURAS:

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

DGS – Direção Geral de Saúde

FLACC – face, legs, activity, cry, consolability

IASP – International Association for Study of Pain

OE – Ordem dos Enfermeiros

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

OBJETIVO:

- Aliviar a dor aguda da criança e do jovem decorrente de procedimentos dolorosos, através da utilização de estratégias não farmacológicas.

ÂMBITO DE APLICAÇÃO:

- O kit e a respetiva norma serão aplicados às crianças e jovens, sujeitos a procedimentos dolorosos na consulta de Enfermagem de Saúde Infantil/Juvenil, vacinação e sala de tratamentos.

DEFINIÇÕES:

Dor: “experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos” (IASP, 2020, p. 1).

Estratégias não farmacológicas: “intervenções de carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complementos dos analgésicos, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e da família” (OE, 2013, p. 13).

Vacinação: ato de administrar vacinas

Conforto: “experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos 3 tipos de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência nos 4 contextos de experiência: físico, psico-espiritual, ambiental e social (Kolcaba, 2005, p.188).

CONCEITO:

A dor é definida pela IASP, como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos (p.1).

A prevenção e alívio da dor são considerados um direito humano, descrito na Declaração dos direitos da Criança, no 24º artigo: “os estados partes tomam todas as medidas eficazes e adequadas com vista a abolir as práticas tradicionais prejudiciais à saúde das crianças” (UNICEF, 1989, p.21).

A sua importância crescente culminou na definição da dor como 5º sinal vital, pela DGS em 2003.

Com a evolução do conhecimento através da evidência científica, tem ocorrido uma mudança de pensamento por parte dos profissionais de saúde acerca desta temática. De forma gradual, o conhecimento e a prática tem vindo a diminuir a distância que os separa.

A avaliação, prevenção e alívio da dor nas crianças/jovens é um importante fator a considerar na prestação de cuidados de saúde de qualidade.

De forma a uniformizar a avaliação da dor é necessário recorrer a instrumentos de avaliação validados e definidos para as diferentes faixas etárias: escalas de avaliação da dor. Podem ser designadas por escalas de autoavaliação ou heteroavaliação.

As estratégias não farmacológicas de alívio da dor são intervenções autónomas de enfermagem. Baseadas em evidência científica, demonstraram a sua eficácia em inúmeros contextos da prática de enfermagem, tanto em cuidados de saúde primários como em secundários e terciários).

“A importância do recurso a intervenções não farmacológicas deve-se ao facto de muitas delas modificarem o significado da dor. Através da sua utilização, consegue-se uma reestruturação cognitiva, direccionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão” (OE, 2013, p.17).

DESCRIÇÃO:

- Antes de iniciar qualquer procedimento doloroso a uma criança/jovem, informá-la (dependendo da sua idade) e os pais/cuidadores, da utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor: distração e sacarose a 24%;
- Perguntar aos pais/cuidadores como costumam acalmar a criança, jovem em situações de dor/medo/desconforto;
- Perguntar aos pais /cuidadores se trouxeram o brinquedo preferido da criança. Caso não o tenham consigo perguntar quais são as suas preferências;
- Avaliar a dor em 3 momentos (antes, durante e depois do procedimento), através da aplicação de escalas de dor adequadas à idade e desenvolvimento da criança/jovem;
- As escalas encontram-se descritas num cartaz afixado em frente à mesa do gabinete;
- Registrar as avaliações da dor no S`Clinico ou nos processos da instituição;
- Escolher um objeto do kit da gaveta correspondente à faixa etária, de acordo com a informação dada pelos pais/cuidadores, acerca das preferências da criança/jovem quando aplicável;
- Ter uma alternativa disponível para a 1ª escolha do objeto;
- Preparar a (s) vacina (s) enquanto aguarda pelo efeito da sacarose nos lactentes ou pelo efeito da distração através do objeto dado para o efeito;
- Após a avaliação da dor durante o procedimento verificar se o objeto usado na distração deve ser mantido ou mudado;
- Registrar no S´Clinico qual o objeto usado na estratégia de alívio da dor: distração;
- Pedir feedback à criança/jovem, pais/cuidadores.

Exemplos de escalas de avaliação da dor para diferentes faixas etárias:

1. Escala Flacc

FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY (FLACC)

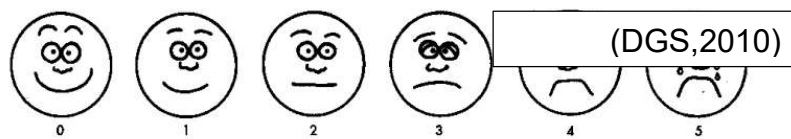
IDENTIFICAÇÃO			DATA																	
			HORA																	
	0	1	2																	
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso.	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas																	
PERNAS	Posição normal ou 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																				

© The Regents of the University of Michigan

Merkel SI, Yopel-Lewis T, Shayevitz J, Malvi S. The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nurs.* 1997; 23(3): 293-7.
 Batalha LMC, Reis GMR, Costa LPS, Carvalho MDR, Miguens APM. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Referência* 2009:10:7-14.

DGS. (2010).

2. Escala de faces de Wong-Baker



Instruções:

Explique às crianças que cada face representa uma pessoa que está feliz porque não tem dor, ou triste por ter um pouco ou muita dor.

Face 0 está muito feliz porque não tem nenhuma dor.

Face 1 tem apenas um pouco de dor.

Face 2 tem um pouco mais de dor.

Face 3 tem ainda mais dor.

Face 4 tem muita dor.

Face 5 tem uma dor máxima, apesar de que nem sempre provocar o choro.

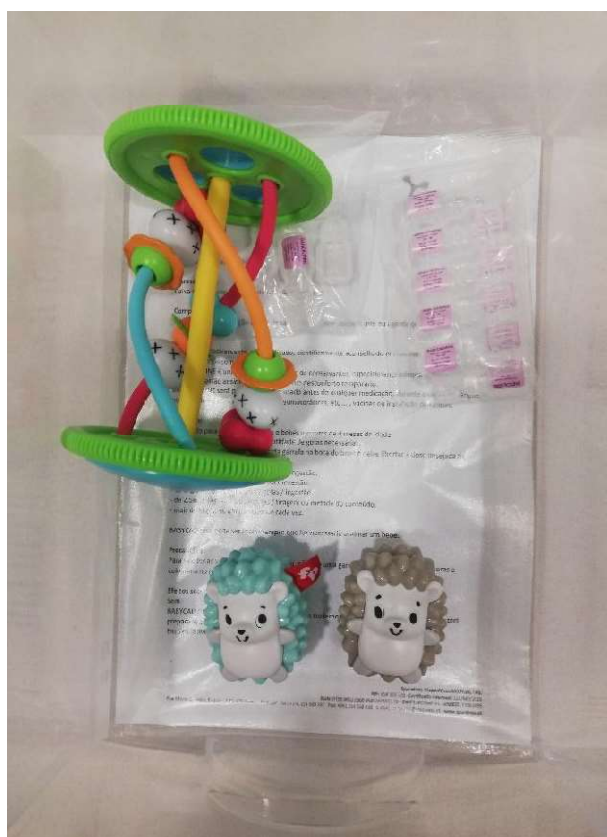
KIT SEM DOR:

Estrutura constituída por 5 gavetas, sendo que a cada gaveta, corresponde uma faixa etária, devidamente identificada, com os respetivos objetos e uma folha com a listagem dos mesmos.

O kit irá ficar na sala de vacinação, mas as gavetas podem ser retiradas para que os objetos nelas contidos sejam utilizados noutras salas, como no gabinete de enfermagem de saúde infantil/juvenil ou na sala de tratamentos.

Os objetos que constam em cada gaveta são discriminados de seguida:

- 1ª gaveta: Faixa etária dos 0 aos 12 meses
 - Rocas;
 - Música de embalar (colocada na pasta partilhada da equipa de saúde, disponível no computador das salas de enfermagem, incluindo da vacinação).



- 2ª gaveta: Faixa etária de 1 aos 3 anos
 - Boneco que funciona como modelo para a criança exemplificar o procedimento;
 - Material diverso: compressas, seringa, pensos rápidos, ligadura para dessensibilização;
 - Livros de histórias;
 - Cubos com imagens em cada face para a criança criar uma história;
 - Bonecos coloridos;
 - Lápis e papel para desenhar;
 - Bolas de sabão;
 - Buzzy (será proposta a aquisição à instituição)



- 3ª gaveta: Faixa etária de 4 aos 6 anos
 - Bolas de sabão;
 - Lápis de cor e papel para desenhar;
 - Boneco que funciona como modelo para a criança exemplificar o procedimento;
 - Material diverso: compressas, seringa, pensos rápidos, ligadura para dessensibilização;
 - Livros de histórias;
 - Cubos com imagens em cada face para a criança criar uma história;
 - Diplomas;
 - Medalhas de bom comportamento



- 4ª gaveta: Faixa etária de 7 aos 11 anos
 - Bolas anti-stress;
 - Música preferida (colocada na pasta partilhada da equipa de saúde, disponível no computador das salas de enfermagem, incluindo da vacinação)
 - Diplomas;
 - Medalhas de bom comportamento



- 5ª gaveta: Faixa etária de 12 aos 18 anos
 - Cubo mágico;
 - Música preferida (colocada na pasta partilhada da equipa de saúde, disponível no computador das salas de enfermagem, incluindo da vacinação)
 - Bolas anti-stress



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

IASP. (2020). IASP Revises Its Definition of Pain for the First Time Since 1979. 1-2.

Kolcaba, K. (2003). Comfort theory and practice a vision for holistic health care and research. Springer publishing Company.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. Ordem Dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/guia-orientadorde-boa-pr%C3%A1tica-estrat%C3%A9gias-n%C3%A3o-farmacol%C3%B3gicas-nocontrolo-da-dor-na-crian%C3%A7a->

Apêndice XIV – Jornal de aprendizagem – Consulta de
desenvolvimento



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

Jornal de aprendizagem
Consulta de Desenvolvimento

Paula Maria Bocarro de Sousa n.º 11004



**Lisboa
fevereiro, 2023**



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

Jornal de aprendizagem
Consulta de Desenvolvimento

Paula Maria Bocarro de Sousa n.º 11004

Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

**Lisboa
fevereiro, 2023**

SIGLAS e abreviaturas

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EMLA – Eutectic Mixture of Local Anesthetics

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FLACC – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

OE – Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE

1. DESCRIÇÃO.....	5
2. SENTIMENTOS E PENSAMENTOS.....	8
3. AVALIAÇÃO.....	10
4. ANÁLISE.....	11
5. CONCLUSÃO E PLANO DE AÇÃO.....	12

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.DESCRICÃO

No 2º dia de estágio na Consulta de Desenvolvimento, conheci a J. com 3 anos de idade e a sua mãe.

A J. realizou vigilância de saúde no centro de saúde, tendo sido encaminhada para consulta de pediatria geral por evolução estatoponderal em curva paralela inferior ao Percentil 3. Aos 18 meses, teve a primeira consulta de neuro pediatria. Foi detetado atraso do desenvolvimento motor, nomeadamente em relação às etapas motoras.

De acordo com a primeira avaliação na consulta, as aquisições como o suporte do peso dos membros inferiores e a pinça fina não foram observadas. Apenas relatadas pela mãe da J.

No último ano e após encaminhamento para a consulta de genética, verificou-se inexistência de patologia a este nível. Atualmente, estão a ser estudadas possíveis alterações metabólicas. Até à data, não se chegou a um diagnóstico.

Em termos de desenvolvimento motor é possível observar uma evolução. A J. já consegue dar alguns passos de forma autónoma, mas ainda com uma base alargada, mas com um equilíbrio crescente.

Conheci a J. e a sua mãe quando se deslocaram à consulta de Desenvolvimento para realização de uma segunda colheita de sangue. Na primeira marcação para o efeito não foi possível colher a quantidade necessária de sangue de acordo com a prescrição médica. Como combinado com a equipa de enfermagem, a mãe colocou EMLA na região do sangradouro.

Segundo o procedimento, a enfermeira que vai realiza a consulta desloca-se à sala de espera para ir chamar a criança e o acompanhante. Como tal fomos à sala de espera e assim que a J. viu a enfermeira olhou para a sua mãe e esta colocou-a ao seu colo. Foi perceptível que a J. distingue os familiares de pessoas estranhas. Durante o percurso até à sala de tratamentos, conversamos com a J. e sua mãe. Mas a J. não comunicou verbalmente connosco. Recordo de ter lido esta informação nos registos de consultas anteriores.

Todo o material necessário para a colheita de sangue foi preparado antecipadamente, de modo a não prolongar mais o tempo de espera e iniciar as intervenções de enfermagem.

Como a J. tem 3 anos e apresenta atraso da linguagem optei por perguntar à mãe quais eram as músicas preferidas da J. Apesar da história da dor também constar dos registos de enfermagem optei por colocar mais questões, uma vez que não havia informação acerca das preferências da J. relativamente a músicas ou desenhos animados. A mãe falou-me que a J. adora “O panda e os caricas”.

Comuniquei com a J. através da brincadeira e da observação dos seus vídeos preferidos. A comunicação não verbal ocorreu através da expressão facial (parcial dada a necessidade de utilização de máscara) e da postura corporal.

O procedimento demorou cerca de 15/ 20 minutos. A avaliação da dor foi realizada através da escala FLACC, antes, durante e após o procedimento. O resultado desta avaliação foi de: 0, nos três momentos.

2.SENTIMENTOS E PENSAMENTOS

A escolha da situação para a realização deste jornal de aprendizagem está relacionada com o contexto em que a J. e a sua família se encontravam. E como esta situação demonstrou a importância do apoio a uma família na incerteza de um diagnóstico. A ausência de diagnóstico é por si só um fator stressante. Com maior impacto quando comparado com os pais que já tem conhecimento da patologia dos seus filhos. A ausência de respostas às suas dúvidas e inquietações ao longo do tempo seja ele qual for aumenta o seu receio pelo futuro.

Segundo Carmichael et al. (2014), os profissionais de saúde podem melhorar a experiência da odisséia do diagnóstico para as famílias através da sua interação com eles, ao perguntar acerca do impacto emocional e articulando com serviços de apoio na ausência de diagnóstico (p. 334).

Como enfermeira foi importante observar como a equipa de enfermagem valorizou a evolução em termos do desenvolvimento motor pois representam pequenas vitórias para esta família. E reforçam a sua esperança, necessária para que continuem este percurso.

Estes reforços positivos ocorreram ao longo do procedimento. Para além das enfermeiras estarem obviamente atentas à intervenção que motivou a ida à consulta de desenvolvimento: colheita de sangue, estavam empenhadas em elogiar o comportamento tranquilo da mãe da J.

Foi muito enriquecedor em termos de aprendizagem observar que estes reforços davam mais energia e alento a esta mãe, durante um procedimento invasivo e demorado.

Inicialmente, ao acompanhar a enfermeira especialista à sala de espera, pensei na dificuldade da intervenção de uma enfermeira especialista nesta situação. No momento da consulta percebi que os diferentes elementos da equipa de enfermagem trabalharam em conjunto, cada uma a desempenhar determinada função, que no fundo complementavam-se. Eu tive a oportunidade de participar através da utilização da estratégia não farmacológica de alívio da dor: distração,

mais especificamente através da visualização do vídeo. O aprofundamento da história da dor da J. ajudou a ir ao encontro das preferências da J. e assim tornar um procedimento invasivo e doloroso num momento mais tranquilo e indolor.

De acordo com a DGS (2010),

a história da dor consiste na colheita de informação que permita orientar a avaliação e o controlo da dor utilizando todas as fontes de informação disponíveis, aliada à observação e entrevista dos pais/ cuidador principal e da criança a partir dos 3 anos (p.1).

3.AVALIAÇÃO

Um período de 18 meses separa a primeira consulta de pediatria da consulta de enfermagem que presenciei e participei. Em cada consulta são realizadas avaliações, pedidos exames para que possam ser descartadas algumas hipóteses de diagnóstico. A procura por uma denominação continua. Carmichael (2014) destaca que independentemente da gravidade da situação, um diagnóstico permite aos pais iniciarem o plano para o futuro e que preferem conhecer o diagnóstico a manter a incerteza (p. 333).

Os cuidados centrados na família são promotores da valorização dos pensamentos e opiniões não só dos pais, mas da restante família que sempre acompanhou a J. e a sua mãe. Trottier et al. (2022) sustentam que os cuidados centrados no cliente e sua família são essenciais na gestão da dor e que os pais, crianças e jovens tem papéis ativos nesta gestão e no planeamento dos cuidados de saúde. Os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos, como pilares da enfermagem pediátrica estiveram presentes na forma como a consulta de enfermagem foi planeada, em que a mãe foi informada antecipadamente da intervenção invasiva: colheita de sangue necessária e do que seria necessário fazer antes de vir à consulta: aplicação do EMLA e penso. O recurso a estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor demonstram a intenção da equipa na prestação de cuidados não traumáticos. Desta forma é possível afirmar que ocorreu uma avaliação e gestão da dor aguda adequada. Petigas e Newman (2021) esclarecem que considerando que a criança com alterações profundas a nível intelectual tem maior risco de experienciar dor devido ao seu histórico complexo a avaliação e gestão da dor nesta população é essencial.

A transmissão de esperança geradora de força também foi abordada na consulta de enfermagem. Continuar este percurso e focar nas conquistas da J. por mais pequenas devem ser valorizadas. Leite et al. (2021) referem que no contexto pediátrico, um estudo qualitativo em que a revisão incluiu trinta e um artigos sobre a evidência da esperança como recurso familiar concluiu que a esperança é

dinâmica e que muda de acordo com a experiência que tem em relação às doenças crônicas, o tempo e as relações entre os diferentes elementos da família.

4. ANÁLISE

Esta família procurou os cuidados de saúde quando percebeu que a criança não andava e não comunicava espontaneamente.

Durante a colheita de sangue foi relevante a participação da mãe nos cuidados de enfermagem prestados. Nesse dia, o seu papel teve início com a aplicação do EMLA. A utilização desta estratégia farmacológica promoveu o conforto da sua filha através do alívio da dor. Também o posicionamento, como estratégia não farmacológica física ou periférica foi promotora de conforto. Segundo a OE (2013), “as mudanças de posição que promovem o conforto são estratégias reconhecidas como úteis no alívio da dor” (p. 42).

Nesta consulta de enfermagem foram utilizadas as seguintes estratégias de alívio da dor aguda: farmacológica através da aplicação do EMLA. E as não farmacológicas: cognitivo-comportamental através da distração, assim como a física ou periférica como o posicionamento. A sua utilização em conjunto fez com que a J. não apresentasse dor e a sua ansiedade e medo fossem significativamente reduzidas. A presença da mãe e a sua tranquilidade durante a consulta também contribuíram muito para este desfecho. Como se tratou de um primeiro contato com esta família, desconheço se esta tranquilidade era aparente ou não. Independentemente disso, foi muito elogiada pela equipa de enfermagem. Foi um fator determinante para acalmar a J. e assim tornar possível a colheita de sangue.

Dois tipos de Conforto: alívio e a tranquilidade foram observados ao longo desta situação. Que constituem parte da Teoria de conforto de Katharine Kolcaba. O alívio alcançado através da utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor. E a tranquilidade: estado este proveniente da presença e atitude da mãe para a J. e também pela inexistência de um desconforto físico, durante a consulta de enfermagem.

E a tranquilidade que demonstrou durante o procedimento invasivo (que foi longo) também veio complementar o conforto referido anteriormente.

“Pais preparados para apoiarem os filhos quando estes são sujeitos a procedimentos dolorosos contribuem de forma eficaz para uma menor percepção” (Batalha, 2010, p.21).

Procedimento este que é assustador para a criança e para a mãe e que mais uma vez revelou a sua resiliência.

“Resiliência a nível psicológico refere-se a um processo dinâmico da capacidade individual de adaptar a uma adversidade significativa. Contextos como a cultura e família fazem parte da experiência individual e relacionam-se entre si tendo impacto no desenvolvimento e adaptação” (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000, conforme citado por Aivalioti, 2020).

As consultas de enfermagem realizadas visam a preparação dos pais não só para o processo que estão a iniciar como também para o desenvolvimento de capacidades. Os pais em parceria com a equipa formam uma aliança com o intuito de promover o conforto seja ele através do alívio da dor, da tranquilidade na forma de vivenciar tratamentos, exames e consultas que é transmitida aos filhos.

5.CONCLUSÃO E PLANO DE AÇÃO

A situação em que me baseei para elaborar este jornal de aprendizagem foi reveladora da importância de realizar uma avaliação de desenvolvimento metódica e contínua nos cuidados de saúde primários. Desta forma, crianças com alterações no desenvolvimento são encaminhadas o mais precocemente possível para uma consulta de especialidade. Tendo sempre por base que:

 Sendo, o desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções. Contudo, a velocidade de passagem de um estágio a outro varia de uma criança para outra e, conseqüentemente, a idade de aparecimento de novas aquisições também difere (DGS, 2013, p.57).

No que diz respeito à reflexão sobre a minha intervenção, mais especificamente na utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, não encontrei momentos em que poderia ter realizado algo de diferente neste primeiro e único contato com a J. e a sua mãe. A participação numa consulta seguinte poderia originar o surgimento de outras questões.

Em termos de aprendizagem resultante desta vivência fiquei com uma visão mais abrangente do percurso que estas crianças e suas famílias percorrem. E como este percurso pode ser desgastante para todos os envolvidos. Que parte da consulta de enfermagem pode e deve ser dedicada a “explorar” os recursos destas famílias e perceber quais são os apoios que necessitam e os existentes na comunidade em que estão inseridos. Também perceber se desenvolveram estratégias de coping ou se ainda não alcançaram essa fase.

Este apoio na capacitação dos pais com crianças com alterações do desenvolvimento é igualmente importante às restantes avaliações realizadas na consulta de enfermagem, independentemente de esta ocorrer em cuidados de saúde primários ou em meio hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aivalioti, I., Pezirkianidis, C. (2020). The Role of Family Resilience on Parental Well-Being and Resilience Levels. *Scientific Research Publishing*. 1705-1728.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria*. Compreender para Mudar. Lidel.
- Carmichael, N., Tsipis, J., Windmueller, G., Mandel, L. & Estrella, E. (2014). "Is it going to hurt?": The impact of the diagnostic odyssey on children and their families. *Journal of Genetic Counselling*. 325-335.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2010). Circular normativa Nº14/2010 - Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. DGS.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. DGS.
- Leite, A., Garcia-Vívar, C., DeMontigny, F., Nascimento, L. (2021). Waves of family hope: narratives of families in the context of pediatric chronic illness. *Revista latino-Americana de Enfermagem*. 1-14.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas de Controlo da Dor na Criança*. Ordem dos Enfermeiros.
- Petigas, L. & Newman, C. (2021). Paediatricians' Views on Pain in Children with Profound Intellectual and Multiple Disabilities. *Brain Science*. 1-11.
- Trottier, E., Ali, S., Doré-Bergeron, M. & Chauvin-Kimof, L. (2022). Best practices in pain assessment and management for children. *Paediatrics and Child Health*. 429-437.

ANEXOS

Anexo 1 – Certificado de participação Curso Abordagem da Dor
em pediatria

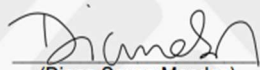


CERTIFICADO

Certifica-se que **Paula Maria Bocarro de Sousa**, frequentou o curso “**Abordagem da Dor em Pediatria**”, realizado no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca E.P.E., que decorreu no(s) dia(s) 15.11.2022, com a duração total de 7 (sete) horas.

Amadora, 28 de junho de 2023

Presidente da Unidade de Formação e Ensino


(Diana Sousa Mendes)

Declaração nº 454/2022