



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Para um percurso de desenvolvimento de
competências de Enfermeiro Especialista:
Estratégias de preparação de crianças em idade pré-
escolar e escolar para procedimentos dolorosos no
contexto de cuidados intensivos**

Ana Catarina Melancia

Lisboa, 2013



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Para um percurso de desenvolvimento de
competências de Enfermeiro Especialista:
Estratégias de preparação de crianças em idade pré-
escolar e escolar para procedimentos dolorosos no
contexto de cuidados intensivos**

Ana Catarina Melancia

Trabalho de Projeto orientado por:

Sr^a Enf^a Maria José Pinheiro

Sr^a Enf^a Mónica Sousa

Lisboa, 2013

*“Quando os palhaços estão
eu não tenho dor.”*

Daniel, 7 anos

*Agradeço às minhas orientadoras,
por me guiarem sabiamente neste percurso.
Às crianças e famílias internadas, todos os dias me fazem crescer
e pensar o verdadeiro sentido da minha profissão.
Para os meus pais e amigos, pelo apoio incondicional.
Para a Francisca e Luisinha,
sem dúvida as minhas fontes de luz e energia.
Para o meu Avô, mesmo longe
continuas a ser fonte de conforto e inspiração.*

RESUMO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio do 3º Semestre do 2º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e constitui o relatório final de atividades desenvolvidas num projeto que foi iniciado no 2º Semestre, onde foram delineados objetivos e atividade para a sua implementação numa Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos. Tem como tema central a preparação de crianças em idade pré-escolar e escolar para procedimentos dolorosos, e o tema surge de uma necessidade que identifiquei na equipa de enfermagem através da observação dos cuidados prestados às crianças internadas. Durante o internamento na Unidade as crianças são submetidas a inúmeros procedimentos que são fontes de dor, stress e ansiedade para a criança, mas os pais e os enfermeiros também são afetados por estes episódios por vivenciarem de perto o sofrimento da criança. As estratégias de preparação para procedimentos dolorosos constituem intervenções autónomas de enfermagem, reduzem a dor e stress da criança e pais, minimizando deste modo as consequências negativas da hospitalização, humanizando os cuidados e conferindo-lhes um grau elevado de qualidade. Tendo como filosofia que alicerça este projeto a dos Cuidados Atraumáticos, este percurso passou por diferentes estágios cujos locais foram escolhidos por serem considerados especialistas na área, e por implementarem estas estratégias com perícia, permitindo-me desenvolver competências de enfermeiro especialista, através da observação, análise e reflexão das experiências e tendo como suporte a literatura científica. Tendo como base a Metodologia de Projeto, foi realizado o diagnóstico das necessidades de formação da equipa de enfermagem através de um questionário, e a partir dos resultados desenhou-se um plano para implementar o projeto na Unidade, com o objetivo de desenvolver as competências da equipa de enfermagem. As estratégias utilizadas foram a modelagem, sessões de formação e análise e reflexão de casos práticos, e foram adequadas ao local, contexto, recursos e equipa de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: criança; escolar; pré-escolar; procedimentos dolorosos; enfermagem; cuidados intensivos pediátricos; formação de adultos

ABSTRACT

The following pages constitute the final report of activities for the project started in the second semester of the Curricular Unit “Estágio”, part of the program for the Master and Specialist degree in Child Health and Pediatrics. Under this program several objectives were defined as well as activities for their achievement in a Pediatrics Intensive and Special Care Unit. This work has as its main theme the preparation of children ranging pre-school and school age for painful procedures. This has risen from the observation of the care provided to children in the Unit during interment, which allowed me to identify the need for improvement in this area. During their time in the Unit, children undergo a number of procedures that are sources of pain, stress and anxiety for themselves most of all, but parents and nurses are also affected by these episodes as witnesses to the child’s suffering. Strategies which prepare children for painful procedures are autonomous nursing interventions, and they reduce pain and stress in both child and parents. In this way, they minimize undesirable consequences of hospitalization, making care more humane and of better quality. Searching a philosophy of Atraumatic Care, this project went first through several locations, which were chosen for being known as experts in the field and where those strategies are skilfully executed, in the hope that I could develop my own skills as Specialist Nurse. For this, I resorted to observation, analysis, reflection and scientific literature. A project based methodology was followed throughout. First, using an open questionnaire, I made a diagnosis of the Unit’s nursing team training needs. From these results, a plan was designed to implement the project in the Unit. The training strategies used were modeling, training sessions and reflection and analysis of case studies, and they were planned taking into account the location, the context, resources and personal peculiarities, which aimed at developing relevant skills within the team.

KEY-WORDS: child; pre-scholar; scholar; painful procedures; nursing; pediatric intensive care; adult learning

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	11
1.1. Contextualização do Problema e Objetivos do Projeto	14
2 – FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA	17
2.1 – A Experiência da Hospitalização da Criança e Família numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	17
2.2 – Estratégias e Intervenções de Enfermagem que Promovem a Adaptação da Criança e Família	21
2.2.1 - Estratégias de Preparação de Crianças para Procedimentos Dolorosos	22
3 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	25
3.1 – Os Cuidados Atraumáticos como Filosofia dos Cuidados de Enfermagem Pediátricos	25
3.2 – O Sofrimento da Criança na Perspetiva de Betty Neuman	26
4 – ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	29
4.1 – 1º Objetivo Específico: desenvolver maior capacidade de comunicação com as crianças, de acordo com as suas características e etapa do desenvolvimento, contexto e situação	29
4.2 – 2º Objetivo Específico: desenvolver maior compreensão do impacto dos procedimentos dolorosos na criança de diferentes idades e sua família em diferentes contextos e situação	36
4.3 – 3º Objetivo Específico: conhecimento e desenvolvimento das melhores práticas de enfermagem na preparação de crianças para procedimentos dolorosos	40
5 – RESULTADOS OBTIDOS	46
5.1 – 1º Objetivo Geral: desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à criança em idade pré-escolar e escolar submetida a procedimentos dolorosos, no contexto de cuidados intensivos	46
5.2 – 2º Objetivo Geral: desenvolver competências da equipa de enfermagem da UCIEP na prestação de cuidados à criança em idade pré-escolar e escolar submetida a procedimentos dolorosos, no contexto de cuidados intensivos	49

5.2.1 – 4º Objetivo Específico: desenvolver um plano de formação sobre estratégias de preparação de crianças em idade pré-escolar e escolar para procedimentos dolorosos, no contexto do local de trabalho 50

5.3 – Para um percurso de enfermeiro especialista: o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem 54

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS 57

7 – BIBLIOGRAFIA 59

ANEXOS 67

Anexo 1: Tabela - Planeamento do Projeto

Anexo 2: Cronograma

Anexo 3: Tabela - Planeamento dos Estágios

Anexo 4: Tabela - Revisão da Literatura: estudos que evidenciam a eficácia da utilização de estratégias de preparação para procedimentos dolorosos na redução da dor, stress e ansiedade da criança

Anexo 5: Grelha de Observação “A criança em idade pré-escolar”

Anexo 6: Desenhos de Crianças

Anexo 7: Tabela - Conceitos-chave na preparação de crianças para procedimentos dolorosos

Anexo 8: Tabela – Estratégias de Preparação Para Procedimentos Dolorosos no Contexto de Cuidados Intensivos Pediátricos

Anexo 9: Material disponibilizado na Caixa

Anexo 10: Lista de Bibliografia Disponibilizada

Anexo 11: Medalhas de Bom Comportamento

Anexo 12: Desenho do Daniel

Anexo 13: Questionário

Anexo 14: Resultados e Análise dos Questionários

Anexo 15: Planeamento da Formação

Anexo 16: Apresentação da Sessão de Formação em Serviço

Anexo 17: Indicadores de Avaliação do Projeto

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1 – O Modelo Sistémico de Betty Neuman

26

ABREVIATURAS UTILIZADAS:

CS – Centro de Saúde

DGS – Direcção-Geral da Saúde

HDE – Hospital Dona Estefânia

HFF – Hospital Fernando Fonseca

JIFA – Jardim de Infância da Freguesia dos Anjos

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SIP – Saúde Infantil e Pediatria

UC – Unidade Curricular

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCIEP – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos

USF – Unidade de Saúde Familiar

1 – INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem e de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria e da Unidade Curricular (UC) Estágio, foi proposta a realização de um estágio que se apresenta neste Relatório. A organização e desenvolvimento da experiência clínica efetuou-se através da metodologia de projeto e no âmbito da UC de Opção II do segundo semestre. Esta metodologia consiste, segundo Nunes, Ruivo e Ferrito (2010), numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia, através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto, é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência (NUNES, RUIVO e FERRITO, 2010). Assim, como enfermeira graduada a exercer funções numa UCIP há cerca de seis anos, e considerando que as crianças submetidas a procedimentos dolorosos e causadores de stress e ansiedade necessitam de uma melhor intervenção de enfermagem, parti deste pressuposto para iniciar o projeto.

Como o projeto se desenvolve no âmbito de um Mestrado e sendo as competências a desenvolver a prática baseada na evidência, utilizou-se a investigação produzida para orientar a prática e para contribuir para a formação dos pares.

Um outro referencial importante é a ordem profissional, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), define o enfermeiro especialista como sendo o detentor de (...) competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade (...), e este, não só proporciona benefícios essenciais para a saúde da população, como contribui também para o progresso da profissão através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência (Desenvolvimento Profissional. Individualização das Especialidades, O.E., 2007). Com este percurso e a realização deste projeto pretendo desenvolver competências de enfermeiro especialista preconizadas pela OE e descritas no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 2009).

Tendo como referência as competências do curso e as gerais e específicas de enfermeiro especialista, e a necessidade de desenvolvimento da área de cuidados atraumáticos à criança, é na literatura, nomeadamente na de investigação, que se encontra a sustentabilidade da atuação. Considero que um episódio de doença e consequente internamento constitui um momento complexo e perturbador para criança

e família. Como nos diz Barros (2003), as experiências de doença aguda e crónica, de tratamentos e hospitalizações, são reconhecidas como fontes de stress para a criança e família. Quando a situação da criança exige um período numa UCIP todo este processo se torna mais complexo, e este episódio constitui uma crise para a criança e família, que vai ver o seu equilíbrio ameaçado, mesmo em situações que não ponham em risco a vida e integridade da criança, porque o ambiente da Unidade pode ser interpretado como a possibilidade da eminência da morte. A família vai ter de reunir todas as suas energias e recursos para ultrapassar esta crise e assim recuperar o equilíbrio ameaçado. A investigação permite-nos compreender e identificar diferentes características das famílias. No entanto, cada família é única, tem a sua história, crenças, cultura, expectativas, experiências e dinâmica. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados (...) e trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível (...) (OE, 2010). Assim, o enfermeiro deve conhecer todo o contexto em que a criança e família estão inseridas, identificar as suas necessidades, e estabelecer em conjunto intervenções que a ajudem a superar este momento de crise. Se considerarmos o Modelo de Cuidados Centrados na Família do Institute for Patient-and Family-Centered Care a família é em si um núcleo, alvo dos cuidados, porque o enfermeiro atende as necessidades e considera os alvos da família, considerando-os como parceiros na decisão. Segundo Neuman (1995) o objetivo principal da enfermagem é facilitar um ótimo bem-estar do cliente, através da retenção, realização ou manutenção da estabilidade do sistema do cliente.

A doença e consequente internamento da criança implica na maior parte das vezes procedimentos e tratamentos que causam dor, stress e ansiedade para a criança. A angústia da criança é perturbante não apenas para a criança, como também para os adultos envolvidos, pais e profissionais, e muitas vezes torna a execução do procedimento mais complicada (MACCARTHY e KLEIBER, 2006). Um dos papéis importantes do enfermeiro é ajudar a criança a lidar com os procedimentos, reduzindo deste modo os efeitos adversos e o stress provocados por este (WILLOCK et al, 2004).

A literatura refere-nos que, a dor causada pelos procedimentos pode ter implicações emocionais e psicológicas para a criança (UMAN et al, 2008) pode implicar maior stress e ansiedade em futuros procedimentos (KENNEDY, LUHMANN E ZEMPSKY, 2008) e que a não utilização de estratégias eficazes para controle da dor durante os procedimentos invasivos, mesmo os mais simples como as vacinas, expõe a criança a sofrimento desnecessário e consequências significativas (BARROS, 2010). Com a utilização de estratégias de preparação das crianças para procedimentos dolorosos o enfermeiro consegue minimizar ou mesmo eliminar estas potenciais consequências nocivas decorrentes da dor e ansiedade experimentada pelas crianças internadas quando submetidas a tais procedimentos.

Os cuidados atraumáticos surgem como uma meta de qualidade preconizada para os cuidados de enfermagem pediátricos e, como tal, deve guiar o enfermeiro em todos os contextos e situações. Como nos refere Wong (1999), o intuito principal da enfermeira é proporcionar o cuidado atraumático. Os pais ou seus substitutos, no âmbito do papel parental, visam proteger a criança do sofrimento, e ao aplicar medidas farmacológicas e não-farmacológicas e ao implementar estratégias de preparação das crianças para os procedimentos, o enfermeiro reduz também o sofrimento dos pais, e fornece-lhe pistas para desempenhar o seu papel de proteção do filho.

Com este projeto pretendo desenvolver competências de enfermeiro especialista em SIP na prestação às crianças internadas na UCIEP e sua família, refletindo sobre as vivências das famílias, sobre as estratégias e intervenções de enfermagem que facilitam todo o processo, baseando este percurso numa prática baseada na evidência, redefinindo o meu papel de cuidadora determinado pelo meu contexto após reflexão, ação e transformação destas vivências em novas e melhores práticas face ao problema estudado.

1.1. Contextualização do Problema e Objetivos do Projeto

O problema que deu origem ao tema deste projeto foi identificado na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos (UCIEP) do Hospital Fernando Fonseca, onde exerço funções há cerca de seis anos. Parece-me pertinente caracterizar e contextualizar este local.

A UCIEP recebe crianças desde o nascimento até aos 18 anos, provenientes da Urgência Pediátrica, do Bloco Operatório, do Internamento de Pediatria ou transferidas de outros hospitais. Com exceção de algumas situações cirúrgicas que constituem uma das causas de internamento com pouca expressão numérica, a maioria das situações não são programadas e são internamentos de urgência e por agravamento clínico, sendo que as causas e período de internamento são variados. Fisicamente, a Unidade é constituída por uma sala com quatro vagas de cuidados intensivos, um quarto de isolamento de cuidados intensivos e uma sala com seis vagas de cuidados especiais.

A equipa de enfermagem é constituída por dezoito elementos: a enfermeira-chefe, duas enfermeiras responsáveis presentes nos turnos da manhã, e os restantes quinze elementos, divididos por 5 equipas, que trabalham em regime de roulement. O rácio enfermeiro doente é um enfermeiro por seis crianças de cuidados intermédios (sala de especiais) e dois enfermeiros por cinco crianças de cuidados intensivos (quarto de isolamento e sala de intensivos). Trata-se de uma equipa jovem, quando comparada com outras UCIPs que conheço, apenas dois enfermeiros possuem o título de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. As integrações têm um período inicial em que o enfermeiro e o orientador têm o mesmo doente/s atribuídos e uma segunda fase mais longa em que o apoio da equipa deve ser continuado de forma a apoiá-lo nas novas experiências. As integrações são longas e o enfoque é na componente técnica dado a existência de vários equipamentos para suporte das funções vitais, e considero que a equipa de enfermagem domina a dimensão curativa bastante bem.

Existe uma equipa de trabalho da Dor na Unidade, constituída por uma enfermeira e um médico. As escalas da dor são aplicadas sistematicamente e de acordo com a evidência reunida na forma de protocolo, o qual também orienta para o uso das medidas farmacológicas de controlo da dor consoante os resultados de avaliação das escalas. No entanto, considero que se sobrevalorizam, por parte da equipa médica e

de enfermagem, as medidas farmacológicas, em relação às não-farmacológicas; até porque as primeiras estão protocoladas e as segundas não. O relatório da auditoria da qualidade dos cuidados de enfermagem da UCIEP de março/abril de 2012 revela que no indicador *evidência de utilização de medidas não-farmacológicas em caso de dor*, “dos 5 utentes auditados, em apenas 1 utente não havia registos da evidência das medidas utilizadas bem como os resultados obtidos”. Considero que a equipa de enfermagem valoriza estas medidas no controlo da dor, e que as utiliza, mas não de uma forma sistemática e muitas não são registadas. No que respeita às estratégias que os enfermeiros utilizam para preparar as crianças para os procedimentos não existe protocolo ou norma do serviço. Considero que a equipa está desperta para o tema, que o considera importante e pertinente, e que são utilizadas muitas estratégias pelos enfermeiros, mas poucas vezes existe registo destas intervenções nas notas de enfermagem, o que impossibilita e dificulta conduções sobre a generalização destas intervenções e a sua visibilidade.

Em cuidados intensivos, as crianças são submetidas a diferentes procedimentos dolorosos, alguns deles sob sedação, como por exemplo colocação de catéteres venosos centrais, colocação de drenagens torácicas, mielogramas, entre outros. Outros procedimentos considerados menos invasivos, e que são bastante frequentes, como colheitas de sangue ou colocação de cateteres venosos periféricos, realização de pensos, entre outros, não é utilizada, na maioria das situações, sedação, analgesia ou estratégias de preparação das crianças para o procedimento. Há no entanto alguns enfermeiros que utilizam estratégias como a distração com bonecos, livros e brinquedos, desenhos animados, ou promovem que os pais usem estas estratégias durante o procedimento. Ao aperceber-me deste facto senti necessidade de melhorar esta prática, primeiro desenvolvendo o meu desempenho e competências nesta área, e posteriormente da equipa da UCIEP. Este projeto surgiu desta reflexão e da discussão com a equipa de enfermagem e a equipa docente, e pretende dar continuidade e aproveitar os contributos do projeto que a colega Mónica Sousa desenvolveu neste mesmo contexto, e no âmbito do 1º Mestrado, subordinado ao tema *A Promoção do Brincar na UCIEP como Intervenção Terapêutica*. Assim, a área de cuidados atraumáticos poderia ter uma construção crescente e de melhoria na unidade. Identifiquei então que a equipa de enfermagem necessitava de melhorar as competências na utilização de estratégias de preparação das crianças para

procedimentos dolorosos e que seria necessário fomentar a sua utilização e registo de forma sistemática, fundamentada e estruturada. Estabeleci como **objetivos gerais** para este projeto:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à criança em idade pré-escolar e escolar submetida a procedimentos dolorosos no contexto de cuidados intensivos.
- Desenvolver competências da equipa de enfermagem da UCIEP na prestação de cuidados à criança em idade pré-escolar e escolar submetida a procedimentos dolorosos no contexto de cuidados intensivos.

E como **objetivos específicos**:

- Desenvolver maior capacidade de comunicação com as crianças, de acordo com as suas características e etapa do desenvolvimento, contexto e situação.
- Desenvolver maior compreensão do impacto dos procedimentos dolorosos na criança de diferentes idades e sua família em diferentes contextos e situação.
- Conhecimento e desenvolvimento das melhores práticas de enfermagem na preparação de crianças para procedimentos dolorosos.
- Desenvolver um plano de formação sobre estratégias de preparação de crianças em idade pré-escolar e escolar para procedimentos dolorosos, no contexto do local de trabalho.

Após estabelecer os objetivos e planear as atividades¹ que considere importantes e necessárias para o desenvolvimento do projeto, selecionei os campos de estágio que considere serem os mais adequados e pertinentes, onde poderia desenvolver as competências e atingir os objetivos planeados, e planeei o meu percurso do terceiro semestre². Para cada campo de estágio estabeleci objetivos e planeei atividades³, tendo em conta não apenas o desenvolvimento do meu projeto e as características e especificidades de cada local, como também o desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

¹ Anexo 1: Planeamento do Projeto

² Anexo 2: Cronograma

³ Anexo 3: Planeamento dos Estágios

2 – FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA

Identificado e contextualizado o problema que foi o ponto de partida para este projeto, e definidos os seus objetivos, de seguida apresento o resultado de pesquisa bibliográfica que a literatura nos fornece, refletindo sobre esta e interligando-a com a minha prática. Comecei por estudar as vivências da criança e família numa UCIP e as estratégias e intervenções de enfermagem que promovem a adaptação e equilíbrio da criança e família perante a doença e internamento e aprofundei as experiências dolorosas e causadoras de stress e ansiedade associadas a este.

2.1 - A Experiência da Hospitalização da Criança e Família numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Na Unidade onde trabalho testemunho diariamente situações complexas de famílias que têm o filho internado, muitas vezes em situação crítica, que põe em risco a sua integridade, equilíbrio e bem-estar. Estes episódios constituem, segundo Jorge (2004), uma situação de crise, um período de desequilíbrio físico e psicológico que temporariamente diminui as suas capacidades habituais de enfrentar os problemas. A experiência de doença implica que o indivíduo tenha de lidar com exigências que, frequentemente ultrapassam a sua capacidade de adaptação quotidiana (DOCA, 2007), e este facto, quando implica um internamento numa UCIEP, pode tornar-se mais complicado e difícil de gerir por parte da criança e família. Um internamento numa UCIP é caracteristicamente volátil para a criança severamente doente, para os pais e cuidadores, e as oscilações constantes na trajetória da doença, quer no sentido de deterioração ou de recuperação, são comuns (SHUDY et al, 2006). Deste modo, o impacto destes eventos na dinâmica familiar, stress, coping e bem-estar podem ser bastante nefastos.

Trata-se portanto de um momento stressante para a criança e família. São vários os fatores que podem estar na origem desse stress para a criança, e são eles, segundo Barros (1998), a interrupção das rotinas quotidianas e do ambiente familiar, a presença de equipamento estranho e ameaçador, a necessidade de administrar tratamentos ou meios de diagnóstico assustadores e dolorosos, a necessidade de contactar com estranhos e a impossibilidade de manter o controlo sobre os acontecimentos. Todas estas características estão presentes numa UCIP e, como nos refere Aldridge (2005) uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos é um local repleto de emoções, “um

local emocionalmente carregado e altamente stressante”. Estes fatores podem e devem ser considerados no planeamento das intervenções de enfermagem de modo a que causem menos ou nenhum sofrimento.

Perante este cenário, a bibliografia refere várias consequências negativas possíveis decorrentes da hospitalização, tais como, ansiedade, stress, depressão, raiva, alterações no comportamento (birras, choro, apatia, agressividade...), alterações no desenvolvimento (atraso, regressão), distúrbios no sono e na alimentação, recusa em participar nas atividades diárias e nos cuidados, perturbações escolares e da aprendizagem (BARROS, 1998). Muitos destes efeitos nocivos podem ser frequentemente detetados durante o internamento, mas alguns deles só aparecem depois da alta, quando a criança regressa a casa. A literatura alerta-nos para o facto de que crianças internadas em Unidades de Cuidados Intensivos estão expostas a fatores que aumentam o risco de apresentarem consequências psicológicas e comportamentais (BOARD, 2005), e dentro destes fatores realço a própria condição crítica da criança, o ambiente tecnológico, a sedação e a analgesia, os tratamentos agressivos e os procedimentos invasivos a que são submetidos.

No entanto, já não é hoje possível afirmar que uma experiência única e pontual possa ter, de forma linear, tantas e tão dramáticas consequências no desenvolvimento e na saúde mental (BARROS, 1998). Embora a hospitalização assuste tanto a criança como os pais, esta pode também ser uma experiência positiva (BRAZELTON, 2002) pois, como nos diz Barros (1998), pode ser uma “ocasião de desenvolvimento e aprendizagem”. Para além disso, a criança pode aprender um conjunto de estratégias de confronto do medo, ansiedade e dor (BURSTEIN E MEICHENBAUM, 1979, citados por BARROS, 1998) e pode aumentar a sua perceção de si como ser competente e eficaz (BANDURA, 1977, citado por BARROS, 1998). A literatura refere que existem fatores ligados à própria criança que vão influenciar determinantemente a experiência da hospitalização, e que apenas alguns deles podem ser objeto da intervenção do enfermeiro. Os fatores são, entre outros: características da criança, duração do internamento, situação clínica / características da doença, presença dos pais, participação dos pais / atitude dos pais, relação da equipa de saúde com a criança e família, estratégias de confronto utilizadas e experiências anteriores. O enfermeiro pode intervir na ajuda aos pais, na relação da criança com a equipa e no ensino,

reforço ou facilitação de estratégias eficazes na adaptação da criança e família à situação.

Assim, como refere Board (2005), identificar a resposta emocional da criança perante a situação, pode ajudar a aferir a avaliação e apreciação da situação por parte da criança, incluindo estratégias de confronto, fornecendo pistas para a compreensão global da experiência. Para isso enfermeiro tem de a conhecer, o que requer competências para comunicar com a criança de acordo com as suas características, idade e etapa de desenvolvimento. Deve saber utilizar estratégias de comunicação adequadas às crianças, como o brincar, a utilização dos desenhos, os jogos, as brincadeiras, pois só entrando no seu mundo é possível uma comunicação eficaz.

O internamento do filho constitui também um fator de stress para os pais, como diz Aldridge (2005), a admissão de uma criança numa UCIP pode ser um dos acontecimentos mais stressantes para os pais. O efeito deste stress na família vai para além do internamento, permanecendo muitas vezes após a alta da criança, como concluem os autores Board e Ryan-Wenger (2002), estas famílias auto percecionam-se como mais disfuncionais do que antes do internamento, desenvolvendo e apresentando sintomas relacionados com stress, até seis meses após o episódio de doença do filho. Este facto implica que o enfermeiro possua capacidade de intervir para minimizar este stress na família.

No caso particular do Cuidados Intensivos Pediátricos, Aldridge (2005) realizou um estudo sobre o stress parental, agrupando os stressores em quatro grupos, são eles: (1) informação/incerteza do desenlace, (2) alteração do papel parental, (3) acesso à criança e (4) estado da criança (alterações no comportamento e aparência da criança). Concluiu também que, geralmente, os enfermeiros e os pais possuem perceções diferentes acerca dos stressores parentais e quais as intervenções mais eficazes, questionando-nos sobre as dúvidas e o sentido que as explicações ou a atuação faz para cada membro da família.

Assim, cuidar destas famílias implica necessariamente conhecer individualmente cada uma delas. Como nos diz Watson (2002), o cuidar requer conhecimento e compreensão das necessidades individuais; saber como dar respostas às necessidades dos outros; conhecimento das nossas forças e limitações; conhecimento de quem a pessoa é, as suas forças e limitações, o significado da situação para ele; e o conhecimento sobre como confortar, oferecer compaixão e conforto.

Frazier, Frazier e Warren (2010) referem-nos que, muitos destes stressores diminuem à medida que os pais se adaptam à Unidade e ao ambiente. Esta adaptação é mediada pelas explicações e intervenções iniciais e continuada pelos enfermeiros no presente. Deste modo, é fundamental que o enfermeiro consiga identificar ao longo do internamento, quais os fatores que podem estar na origem desse stress e tentar, em conjunto com os pais, estabelecer estratégias que os ajude a lidar com a situação, favorecendo e harmonizando a sua adaptação.

A alteração no papel parental está identificado como um desses fatores de stress que mais afeta os pais (BOARD e RYAN-WENGER, 2002). Ao ver o filho doente e dependente de cuidados que não podem ser eles a prestar constitui para os pais uma ameaça ao seu papel, e este facto é referido muitas vezes pelos pais das crianças internadas na UCIEP. Acredito que, como nos refere Brazelton (2003), que todos os pais querem o melhor para os seus filhos, que todos têm forças e, para além disso, quem conhece melhor a criança são eles. A literatura refere ainda que, embora os enfermeiros sejam especialistas nos cuidados técnicos que a criança necessita, uma série de estudos têm demonstrado evidência que os pais permanecem os peritos nas necessidades psicossociais da criança e família (CURLEY, 1988; CURLEY e WALLACE, 1992; TOMLINSON et al, 1993, citados por TOMLINSON et al, 2002).

Esta dimensão de proteção do filho em sofrimento está fortemente abalada durante o internamento pois a criança é submetida a inúmeros procedimentos dolorosos, necessários ao diagnóstico, tratamento e estabilização da criança doente. A dor aguda associada a procedimentos médicos de diagnóstico ou tratamento resulta geralmente de procedimentos invasivos, técnicas de diagnóstico ou de tratamento envolvendo o uso de instrumentos e que exigem a penetração de tecidos ou a invasão de um orifício corporal (ANDERSON e MASUR, 1983, citados por BARROS, 2003). Estes procedimentos a que a criança é submetida são vivenciados pela criança e família como uma crise, e causam dor, stress e ansiedade ao sistema e é neste âmbito que se desenvolve este projeto.

2.2 - Estratégias e Intervenções de Enfermagem que Promovem a Adaptação da Criança e Família

Apesar de todo este cenário, estão descritas na literatura diversas estratégias e intervenções de enfermagem que facilitam todo este processo, e estas devem ser implementadas de acordo com as reações, necessidades, fatores de stress, mecanismos de coping e também as características individuais de cada criança e família, humanizando e individualizando os cuidados de enfermagem prestados. Considero que o enfermeiro tem um papel fundamental no desenrolar de todo este processo pois, como nos refere Benner (2001), “está cada vez mais admitido que a proximidade global da enfermeira ao doente, permite ter em conta os efeitos do stress e as estratégias de adaptação como variáveis determinantes no processo de recuperação e cura”. Torna-se então necessário para os enfermeiros que trabalham em contexto pediátrico entendam como é que a criança, de acordo com o seu desenvolvimento e características, compreende o processo de saúde/doença e internamento, como vive essa situação, como reage e se comporta, que estratégias de confronto utiliza para lidar com a situação, bem como que tipo de intervenções e estratégias se podem estabelecer para promover a sua adaptação e bem-estar.

A literatura descreve-nos diversas estratégias que ajudam a criança e os pais a superar esta crise, e o enfermeiro deve conhecê-las e tentar implementá-las nos seus cuidados. Corroborando esta minha perspetiva, um estudo realizado por Board (2005) em crianças em idade escolar internadas numa UCIP conclui que as estratégias mais frequentemente utilizadas e referidas pelas crianças foram dormir, conversar com alguém, tentar ficar calmo e relaxar, ver televisão ou ouvir música, entre outras. Assim, quando internada numa UCIP, devem ser promovidas pelo enfermeiro estas estratégias, as quais devem estar incluídas nos cuidados, de acordo com o estado da criança, as suas características e preferências, individualizando e humanizando assim os cuidados e tornando o ambiente mais agradável para a criança. Brincar é uma estratégia utilizada pelas crianças, mas não apenas como estratégia de coping, como também para se relacionar com os profissionais, compreender o que está a viver e o ambiente que a rodeia, servindo as brincadeiras muitas vezes como momentos catárticos.

Para identificar e avaliar todos estes fatores que podem estar na origem do stress e sofrimento das crianças internadas, o enfermeiro deve estabelecer uma relação

empática e de confiança com a criança e família, e penso que isto só é possível se o enfermeiro estiver disposto a conhecer verdadeiramente os pais e a criança, se for honesto, e se estiver disposto a partilhar o poder, negociando os cuidados prestados à criança. A relação que se estabelece entre enfermeiro, criança e pais torna-se fulcral para a prestação de cuidados pediátricos e, como nos referem Frazier, Frazier e Warren (2010), encorajar a participação dos pais nos cuidados e avaliar estratégias de coping são papéis fundamentais do enfermeiro que trabalha numa UCIP.

Para conhecer e prestar cuidados de enfermagem é fundamental conhecer o sistema tendo em conta as variáveis constituintes, são elas segundo Neuman (1995) a variável fisiológica, a psicológica, a sociocultural, a de desenvolvimento e a espiritual. Estas variáveis vão influenciar a experiência das famílias internadas e as intervenções de enfermagem têm como objetivo manter o bem-estar e saúde da criança e família, são intervenções preventivas, com o intuito de evitar ou minimizar que os stressores do ambiente envolvente invadam o sistema.

2.2.1 – Estratégias de Preparação de Crianças para Procedimentos Dolorosos

As crianças, tal como os adultos, experimentam dor resultante de uma variedade de causas, e é uma experiência que assusta e causa ansiedade à criança e família. Trata-se de uma experiência pessoal, subjetiva e desagradável, e cada criança vive-a de forma única. A American Academy Of Pediatrics (2001) refere-nos que a dor aguda é um dos estímulos adversos mais frequentemente experimentados pelas crianças, e pode resultar de ferimentos, doença ou tratamentos necessários, e alerta-nos ainda para o facto de ser muitas vezes avaliada e tratada inadequadamente.

A gestão adequada da dor nos serviços de saúde é, atualmente, considerada pelas entidades acreditadoras, a nível internacional, como padrão de qualidade (...) e o controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças (DGS, 2010). Os peritos referem-nos ainda que a combinação de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor confere um elevado grau de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, e a eficácia no controlo da dor envolve estratégias multidisciplinares com uma combinação de ações no âmbito farmacológico e não farmacológico (BATALHA, 2010). Considero que ao implementar estratégias de preparação das crianças internadas na UCIEP para os procedimentos dolorosos confere um grau elevado de qualidade aos cuidados de enfermagem.

São frequentes os procedimentos a que uma criança é submetida durante o internamento na UCIEP, e, como refere Barros (2010), a dor associada a procedimentos é uma experiência de sofrimento frequente na infância, mas tem sido tradicionalmente subavaliada e subtratada. A angústia da criança é perturbante não apenas para a criança, como também para os adultos envolvidos, pais e profissionais, e muitas vezes torna a execução do procedimento mais complicada (MACCARTHY e KLEIBER, 2006).

Dos procedimentos dolorosos e causadores de ansiedade realizados frequentemente na UCIEP realço aqui os procedimentos que envolvem agulhas, pois a minha experiência alerta-me para o facto de serem aqueles que causam na criança, família e profissionais maior ansiedade, stress e angústia. A punção venosa está descrita na literatura como sendo um dos procedimentos efetuados mais frequentemente em crianças (MELHUISE e PAYNE, 2006), e como fonte de stress, medo e ansiedade para a criança (GOMES et al, 2010; MARTINS et al, 2001; MELHUISE e PAYNE, 2006; MURPHY, 2009; SIKOROVA e HRAZDILOVA, 2011; WANG, SUN e CHEN, 2008). Seguindo uma filosofia de cuidados atraumáticos e holísticos à criança e família, um planeamento cuidadoso do procedimento, e uma preparação sensível de cada criança são aspetos importantes para minimizar o trauma e reduzir a ansiedade da criança causada pela punção venosa (WILLOCK et al, 2004). Um estudo realizado por Humphrey et al (1992) revela-nos que as crianças em idade pré-escolar e escolar demonstram mais sinais de stress e apresentam maior intensidade de dor antes e durante uma punção venosa, quando comparadas com os adolescentes, e por este motivo optei por dirigir o meu projeto para crianças destas faixas etárias.

Estão descritas e estudadas diversas estratégias que o enfermeiro pode utilizar para preparar a criança para os procedimentos⁴, e estas têm efeito comprovado na diminuição da dor e ansiedade da criança durante o procedimento (BAGHERIYAN et al, 2011; BELLINI et al, 2006; KLEIBER, CRAFT-ROSENBERG e HARPER, 2001; KOLK, HOOF e DOP, 2000; MACLAREN e COHEN, 2005; MASON, JOHNSON, e WOOLLEY, 1999; SIKOROVA, e HRAZDILOVA, 2011; STINSON et al, 2008; UMAN et al, 2008; VESSEY, CARLSON e MCGILL, 1994; WANG, SUN e CHEN, 2008; WINDICH-BIERMEIER et al, 2007). As estratégias visam, para além da diminuição da dor e ansiedade, desmistificar e fornecer informação acerca do procedimento,

⁴ Anexo 4: Revisão da Literatura

promover o sentido de controlo, promover a utilização de estratégias de coping já adquiridas pela criança e ensinar outras que a ajudem a lidar com o episódio inevitável. Os diversos estudos são na sua maioria de caso-controlo e randomizados, e comparam dois ou mais grupos de crianças.

As estratégias de preparação das crianças para procedimentos dolorosos podem ser **comportamentais** (relaxamento, reforço positivo, dessensibilização), **cognitivas** (informação preparatória, mudança de memória, hipnose), **cognitivo-comportamentais** (distração, modelagem, imaginação guiada). Outras medidas não-farmacológicas também podem e devem ser utilizadas e aliadas às estratégias, como **medidas físicas** (massagem, aplicação de calor/frio, posicionamento), **medidas ambientais** (temperatura, luz, ruído, decoração, mobiliário, etc.), e **suporte emocional** (presença e apoio dos pais, toque, medidas de conforto). Entre as inúmeras intervenções que podem ser desenvolvidas, a escolha pela técnica mais adequada para cada caso é determinante na sua eficácia (...) e a escolha depende dos recursos existentes em cada serviço, das preferências da criança, suas habilidades e desenvolvimento cognitivo (BATALHA, 2010).

3 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo aborda e aprofunda os modelos e filosofias que nortearam o meu percurso e a elaboração deste projeto.

3.1 – Os Cuidados Atraumáticos como Filosofia dos Cuidados de Enfermagem Pediátricos

Ao trabalhar numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos tenho profunda consciência que não é apenas a doença, dor e procedimentos a que a criança gravemente doente é submetida que são a causa do seu sofrimento. Até porque sendo uma equipa especializada na prestação de cuidados à criança em situação crítica, tudo é feito para restabelecer a saúde da criança na vertente curativa. No entanto o percurso que a criança e família têm de percorrer é muitas vezes longo e esgotante.

Wong (1999) refere-nos que o intuito principal da enfermeira é proporcionar o cuidado atraumático, e considero fundamental adotar esta filosofia nos cuidados pediátricos. Este “é a provisão de cuidados terapêuticos nos serviços, pelo pessoal, e dirige-se ao uso de intervenções que eliminam ou minimizam o desconforto psicológico e físico experimentado pelas crianças e seus familiares no sistema de atenção à saúde” (WONG, 1999). Para eliminar ou minimizar o desconforto físico a ciência fornece-nos muitos meios para o fazer, mas quando se trata de eliminar ou diminuir o desconforto psicológico, tudo se torna mais complexo. O sofrimento psicológico da criança e família são inerentes à maioria das situações que acontecem na UCIEP, e ele está relacionado com inúmeros fatores que já referi anteriormente, que são individuais e únicos em cada situação. Existem inúmeras intervenções que a equipa de enfermagem, sendo muito próxima da esfera emocional da criança e família, deve integrar nos seus cuidados para diminuir este desconforto. Realço aqui que para a criança, por ser mais frágil e possuir um menor grau de capacidades para compreender o ambiente e a situação, pode encarar simples intervenções como ameaçadoras, destabilizando assim o seu equilíbrio e ameaçando o seu bem-estar. Simples atos de enfermagem como trocar os elétrodos do monitor, trocar um sistema de soro, ou despejar um dreno cirúrgico, apesar de não causarem dor física à criança podem causar stress, medo e ansiedade à criança que chora até quando um profissional se aproxima da cama.

Para atingir a meta de não causar dano, os cuidados atraumáticos guia-se por três princípios: prevenir ou minimizar a separação da criança e sua família, promover o senso de controlo e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor. As estratégias de preparação para procedimentos dolorosos que são tema central deste projeto constituem intervenções que têm como objetivo eliminar ou minimizar o desconforto físico e psicológico, promovendo o senso de controlo e prevenindo e minimizam a dor da criança e pais.

3.2 – O Sofrimento da Criança na Perspetiva de Betty Neuman

Segundo Silva (2007), “o sentido de uma enfermagem avançada significa maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em teorias de enfermagem que têm por “core” o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competências de tomada de decisão”. O Modelo que optei para me orientar neste projeto, e que foi sugerido pela minha orientadora, foi O Modelo Sistémico de Betty Neuman que apresento na figura 1 com alguns conceitos que considero importantes para compreensão da problemática identificada.

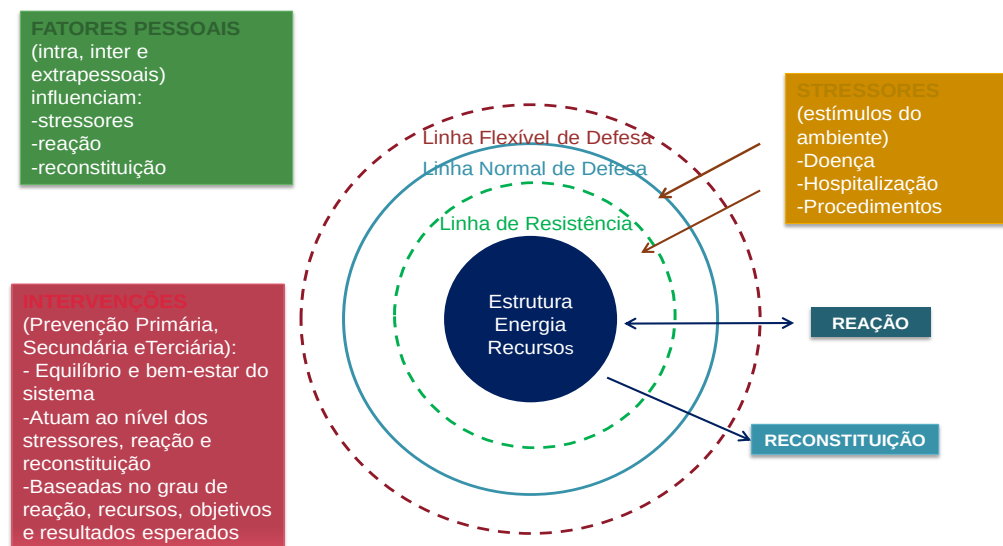


Figura 1: O Modelo Sistémico de Betty Neuman
(adaptado de Neuman e Fawcett, 2011)

Está estudado e descrito na literatura que a doença, hospitalização e consequentes procedimentos a que a criança é submetida, constituem fatores de stress para a criança e família, e que têm potencial para penetrar a sua linha normal de defesa e resistência, desestabilizando todo o sistema. Criança e família vão reagir, vão mobilizar os mecanismos de coping e energia disponíveis, e assim tentar recuperar o equilíbrio (reconstituição). A autora define Saúde como um processo dinâmico, constantemente sujeito a mudanças, e o bem-estar é atingido quando as necessidades do sistema total estão satisfeitas, e acontece quando a energia disponível e armazenada é superior àquela despendida. Deste modo, a enfermagem foca a sua atenção em todas as variáveis do sistema e tem como linha condutora intervenções preventivas, ou seja, ajuda o indivíduo a manter o equilíbrio, adaptando-se e reagindo eficazmente ao ambiente envolvente.

O internamento constitui uma situação complexa, e criança e família vão estar num ambiente estranho, repleto de stressores que a vão influenciar e constituir uma ameaça ao seu equilíbrio e bem-estar. Os procedimentos dolorosos a que a criança é sujeita constituem também stressores, e as estratégias de preparação das crianças para esses procedimentos constituem intervenções preventivas para ajudar a criança a lidar com esse stressor, ajudando-a a mobilizar a sua energia e mecanismos de coping e reforçando as suas linhas de defesa. Ao mobilizar mecanismos de coping que a criança já possui para lidar com o procedimento que constitui um stressor, o enfermeiro consegue fortalecer e alargar a linha normal de defesa da criança. Ao ensinar novos mecanismos de coping com os stressores, o enfermeiro ajuda a criança a fortalecer a sua linha flexível de defesa.

Para a autora do modelo as intervenções de enfermagem são intervenções preventivas. A prevenção primária reduz a possibilidade de confronto com os stressores e fortalecem a linha flexível de defesa do sistema, a prevenção secundária consiste num despiste precoce e tratamento de sintomas, e a prevenção terciária surge para favorecer a readaptação do sistema e manutenção da estabilidade, e consiste numa reeducação para prevenir futuros acontecimentos possíveis de desequilibrar e penetrar no sistema.

Os procedimentos dolorosos têm potencial para afetar os subsistemas criança e pais, considero pertinente levantar os diagnósticos de enfermagem relativamente a estes dois eixos.

Assim, para a criança:

- Dor relacionada com o procedimento
- Medo, ansiedade e stress relacionadas com o procedimento
- Dificuldade na adoção de mecanismos de coping eficazes para lidar com a situação stressante (procedimento).

E para os pais:

- Dor, stress e ansiedade causada pelo sofrimento do filho
- Alteração no papel parental de proteção do filho
- Dificuldade na adoção de mecanismos de coping eficazes
- Dificuldade em ajudar o filho na adoção de mecanismos de coping eficazes para lidar com a situação stressante (procedimento).

Sendo a equipa de enfermagem um subsistema interveniente, que também está sujeito ao stress relacionado com os procedimentos, e que pertence ao ambiente próximo dos subsistemas criança e pais, tendo por isso capacidade para influenciar os stressores, reação e reconstituição, considero fundamental incluir também a equipa como alvo de intervenção. Assim, para a equipa de enfermagem levanto os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Ansiedade relacionada com o sofrimento da criança e pais
- Dificuldade em ajudar a criança e pais na adoção de mecanismos de coping eficazes
- Falta de conhecimento acerca de estratégias de preparação para procedimentos dolorosos
- Dificuldade na implementação de estratégias das crianças para procedimentos dolorosos.

Durante o planeamento e execução deste projeto, as intervenções e estratégias implementadas têm como base os diagnósticos de enfermagem aqui levantados.

4 – ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Este capítulo refere-se às atividades e competências desenvolvidas neste percurso nos diferentes locais de estágio, partindo dos objetivos específicos do projeto delineados, com vista a obter como resultado final o alcance dos objetivos gerais.

4.1 – 1º Objetivo Específico: desenvolver maior capacidade de comunicação com as crianças, de acordo com as suas características e etapa do desenvolvimento, contexto e situação

Ao desenhar o projeto apercebi-me que para planear e desenvolver estratégias de preparação das crianças para procedimentos dolorosos era fundamental desenvolver capacidades de comunicação com as crianças, e para tal é fulcral possuir capacidades de compreensão, apreciação e interpretação do desenvolvimento infantil, pois estas estratégias estão diretamente relacionadas com as características individuais de cada criança (preferências, temperamento, desenvolvimento cognitivo, psicossocial, psicosexual, emocional, etc.), bem como com atividades, brincadeiras, jogos e comunicação adequados à criança.

Apercebi-me também que os enfermeiros da Unidade onde trabalho, apesar de muitos já terem alguns anos de experiência profissional na área pediátrica, não possuem conhecimentos aprofundados acerca do desenvolvimento infantil, sua avaliação, interpretação e promoção. Assim, pareceu-me pertinente iniciar este projeto aprofundando conhecimentos nesta área, os quais serão fundamentais não apenas para o desenvolvimento deste projeto, como também para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às crianças internadas na UCIEP.

Pensei que o melhor local para desenvolver esta competência seria o local onde as crianças saudáveis passam os seus dias, onde crescem, aprendem, se socializam e desenvolvem, e planeei o primeiro estágio no Jardim de Infância da Freguesia dos Anjos (JIFA). Para além disso, é o local indicado para identificar e conhecer atividades e jogos adequados, que promovam o bem-estar e desenvolvimento adequados das crianças.

A dor é hoje considerada um fenómeno complexo e multidimensional (BATALHA, 2010; BARROS, 2003) e esta conceção multidimensional da dor tem implicações diretas na sua avaliação e controlo, e exige uma intervenção interdisciplinar,

multimodal e individualizada (BATALHA, 2010), e isto inclui, consequentemente, as medidas não-farmacológicas de controlo da dor e as estratégias de preparação das crianças para procedimentos dolorosos, o tema deste projeto. Sendo assim, o desenvolvimento da criança vai influenciar diretamente a percepção, reação e consequências do fenómeno doloroso e stressante para a criança, e para o compreender e intervir, é fundamental o enfermeiro possuir conhecimentos sólidos nesta área.

Segundo o IASP (2005), a dor infantil pode ser difícil de reconhecer, pois as crianças possuem capacidades cognitivas limitadas ou pouco vocabulário para relatar ou descrever a sua dor de uma forma compreensível para o cuidador. As crianças utilizam muitas estratégias de coping para lidar com a dor, como dormir ou brincar, que podem enganar o observador inexperiente e a concluir erradamente que a criança não está com dor (IASP, 2005).

No caso das crianças em idade pré-escolar, a avaliação e controlo da dor ainda se torna mais complexa. O facto de optar por estudar neste primeiro estágio as crianças nesta idade, e não crianças em idade escolar, deve-se ao facto de ser uma idade onde as crianças, devido à sua imaturidade a vários níveis (cognitivo, emocional, etc.) não serem capazes de compreender a experiência causadora de stress (procedimento doloroso), possuem também dificuldade em expressar as suas emoções relativamente ao acontecimento, e possuem capacidades limitadas para adotar estratégias que as ajude a ultrapassar a experiência. Como tal, também é mais difícil para o enfermeiro ter acesso à experiência da criança, tornando mais complicada a utilização destas estratégias.

Para comunicar com a criança o enfermeiro deve entrar no seu mundo, e quem trabalha com crianças não tem dúvidas que “brincar é a atividade mais importante da vida da criança e é crucial para o seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social” (MARTINS et al, 2001). Para além disso, é a forma pela qual a criança comunica com o meio e expressa ativamente os seus sentimentos, ansiedades e frustrações (MARTINS et al, 2001), apresentando-se como um importante recurso para a criança compreender o mundo que a rodeia e o que acontece com ela, possibilitando a elaboração de conflitos, frustrações e traumas (AZEVEDO et al, 2008). Desta forma, os brinquedos constituem a linguagem universal das crianças, e estes fornecem-lhe meios para exprimir os seus sentimentos (CAMPOS, RODRIGUES e PINTO, 2010).

O enfermeiro pode então utilizar o brincar como ferramenta, não apenas para estabelecer uma relação com a criança e família, como também para a ajudar a compreender o que está a viver, ajudá-la a exprimir os seus medos, dúvidas e emoções, facilitando a sua adaptação à situação que está a viver e contribuindo para o seu bem-estar e adaptação. Desta forma, o brincar, usado de modo intencional e sistemático, vai promovendo a adaptação e aprendizagem das crianças numa experiência positiva de hospitalização/ cirurgia (PEREIRA et al, 2010).

Neste contexto, a brincadeira e os brinquedos devem ser encarados como fundamentais para a melhoria das condições de estadia da criança e das famílias no hospital, tornando o ambiente mais caloroso e mantendo as capacidades afetivas, criativas e sociais num ambiente difícil e destabilizante, permitindo-lhes o desenvolvimento do imaginário através das atividades lúdicas e culturais, canalizando as emoções e atenuando as sequelas psicológicas (TAVARES, 2008). Assim, o brincar terapêutico facilita a vivência da criança enquanto internada e, segundo os autores Campos, Rodrigues e Pinto (2010), propicia melhor interação da criança com este novo momento que está a viver, aceitando mais facilmente o tratamento e encarando de forma menos agressiva e dolorosa a sua hospitalização. O brincar deve ser incluído em todos os cuidados e momentos de interação com a criança como forma de comunicação com a criança, tornando-se vital que o enfermeiro integre componentes do brincar durante as atividades de rotina, na preparação das crianças para cirurgia ou procedimentos invasivos e durante procedimentos dolorosos ou desconfortáveis (HAIAT, BAR-MOR e SHOCHAT, 2003).

Comecei o estágio no JIFA por uma pesquisa bibliográfica acerca do desenvolvimento infantil segundo diferentes perspetivas (motora, cognitiva, psicossocial, psicosssexual, moral e compreensão da doença) e segundo os principais autores (Piaget, Erikson, Freud, Kohlberg).

A criança em **idade pré-escolar** (3 aos 5 anos) é irrequieta e curiosa, explora o ambiente e interessa-se por novas experiências. Fisicamente torna-se mais apta, já aperfeiçoou e domina a motricidade grossa, e agora treina e aperfeiçoa a motricidade fina, já é mais competente intelectual e socialmente (PAPALIA e OLDS, 1998). Segundo Piaget as crianças desta idade encontram-se no *Estádio Pré-Operatório* (2-7 anos), e a partir dos 2 anos surge uma função fundamental para a evolução das condutas ulteriores que consiste em poder representar alguma coisa (um “significado”

qualquer: objeto, acontecimento, esquema conceptual, etc.) por meio de um “significante” diferenciado que só serve para essa representação, através da linguagem, imagem mental, gesto simbólico, etc. (PIAGET e INHELDER, 1979). Esta função simbólica permite à criança representar pessoas, lugares e eventos, mesmo na ausência destes. A criança ainda não utiliza a lógica e não tem a noção de tempo (duração). Existem algumas limitações características do pensamento pré-operacional que vão influenciar a interação da criança com o mundo que a rodeia como a centralização (centram-se num aspecto da situação negligenciando outros e chegando a conclusões ilógicas), a irreversibilidade (centram-se num estado e não reconhecem a transformação de um estado para outro), o raciocínio transdutivo (saltam de um aspeto para o outro estabelecendo relações que não existem, um evento pode causar outro, não existindo justificação lógica e o egocentrismo (incapacidade de considerar o ponto de vista de outra pessoa). Estas características influenciam determinadamente a vivência da criança quando está hospitalizada. Uma criança de 4 anos pode pensar que está doente porque não lavou as mãos ou porque não comeu a sopa, ou pode pensar que uma ferida nunca vai sarar, ou que vai ficar sempre no hospital. No estágio final deste período (4-7 anos) o raciocínio é intuitivo – as estrelas dormem como ela (*animismo*), e a criança apresenta um *pensamento mágico*. Como nos referem Brazelton e Sparrow (2003), o mundo de uma criança de 4 anos está repleto de fantasia, e este pensamento mágico é um impulso em direção à independência a um nível cada vez mais deliberado, pois uma criança desta idade está a começar a aperceber-se da realidade, mas ainda representa os seus desejos na sua vida de fantasia. Este pensamento apresenta oscilações entre a realidade e a fantasia, e nesta idade surgem medos e fobias, surgem os heróis com superpoderes, tudo é exagerado no seu mundo. Para o autor Erikson, as crianças entre os 3-6 anos estão na terceira crise do desenvolvimento da personalidade, a *Iniciativa versus Culpa*, a criança desenvolve iniciativa quando tenta novas coisas e não se sente derrotada com o fracasso. Esta crise engloba um conflito entre o sentido de finalidade, ou iniciativa, que permite à criança planear e executar atividades, e as reservas morais que a criança pode ter sobre tais planos (PAPALIA e OLDS, 1998). Surge nesta fase o sentimento de culpa, ansiedade e medo quando tem comportamentos ou pensamentos que diferem do esperado. Segundo Freud as crianças desta idade estão na *Fase Fálica* do seu desenvolvimento Psicossexual, e a criança vai a identificar-se com a figura

parental do mesmo sexo, desenvolvendo uma forte ligação com o progenitor do sexo oposto (complexo de Édipo nos meninos e de Electra nas meninas). A zona de gratificação é a zona genital, podendo ocorrer nesta fase o medo da castração ou de perder alguma parte do corpo, pelo que, é importante ter especial atenção a intervenções na zona genital, como algaliações ou cirurgias (realização de pensos).

Apesar deste primeiro estágio não abarcar as crianças em idade escolar, aproveitei o momento de estudo para aprofundar conhecimentos acerca das crianças desta faixa etária. A criança neste período vai desenvolver sobretudo competências cognitivas, sociais e emocionais. A criança em **idade escolar** (6 aos 12 anos) está no *Estádio das Operações Concretas* do seu desenvolvimento cognitivo como nos descreveu Piaget. As crianças desta idade são menos egocêntricas, conseguem aplicar princípios lógicos a situações concretas (reais), utilizam operações mentais internas (pensamento) para resolver problemas que surgem, entende os conceitos de tempo e espaço, distingue a realidade da fantasia, classifica objetos (agrupando-os em categorias), faz seriação, compreende a conservação (PAPALIA e OLDS, 1998). Segundo Erikson as crianças desta idade estão na quarta crise do desenvolvimento da personalidade, a da *Produtividade versus Inferioridade*, e durante esta crise é suposto a criança desenvolver a competência e uma visão do *self* tão capaz de dominar as habilidades quanto de completar tarefas. A escola e o grupo de amigos assumem um papel preponderante na vida destas crianças. O desenvolvimento psicosssexual está no *Período de Latência*. Uma criança em idade escolar internada consegue compreender melhor a situação e os procedimentos a que é submetida de uma forma mais real (e não distorcida como o pré-escolar), devido às suas competências cognitivas. No entanto, a separação dos pares e o afastamento da escola torna-se um fator de stress importante para estas crianças, pelo que estratégias como facilitar visitas ou a comunicação (telefonemas, cartões dos colegas) entre a criança e os colegas, ou promover atividades escolares durante o internamento pode facilitar e melhorar a estada da criança internada. Os pais continuam a ser a fonte de segurança, conforto e carinho, pelo que a sua presença continua a ser fundamental.

Para desenvolver competências de avaliação e interpretação do desenvolvimento infantil elaborei uma grelha de observação⁵ que levei para o local de estágio e onde anotei algumas observações para posterior análise e reflexão. Este método de

⁵ Anexo 5: Grelha de Observação

pesquisa, a observação naturalista, consiste na observação de pessoas em ambientes da vida real, não manipulando o comportamento (PAPALIA e OLDS, 1998). Durante os dias na creche tentei integrar-me na dinâmica das salas, respeitando os horários e regras estabelecidos para as diferentes atividades e tentando interferir o mínimo na dinâmica de grupo já estabelecida. Para além dos momentos destinados à observação, tive a oportunidade de participar em algumas atividades, jogos e brincadeiras com as crianças, e considero que foram momentos muito ricos de aprendizagem, e os conhecimentos obtidos sobre atividades e jogos podem ser facilmente transpostos para o local de trabalho.

Os conhecimentos gerais do desenvolvimento infantil, presentes nos profissionais que prestam cuidados à criança são fundamentais para que o hospital evite causar danos e para os minimizar, mas são insuficientes (JORGE, 2004). Conhecer individualmente a criança é fundamental e, esse conhecimento, só os pais o têm (JORGE, 2004). Durante o internamento os pais ajudam o enfermeiro a conhecer a criança, pelo que desde o acolhimento é importante o enfermeiro averiguar junto dos pais quais os brinquedos e atividades preferidas do filho, incentivando-os a trazer os brinquedos e objetos preferidos da criança para junto dela.

Como estratégias pertinente e eficaz para comunicar com as crianças vou especificar aqui o desenho como meio para conhecer e comunicar com a criança.

O desenho é uma das formas mais preciosas de comunicação, tanto não-verbal (olhar para o desenho) como verbal (história da criança) (WONG, 1999). A maioria das crianças gosta de desenhar, e o enfermeiro deve utilizar esta atividade para comunicar com a criança, para a conhecer melhor, pois através dos desenhos as crianças expressam os seus sentimentos, dúvidas e medos, e relatam acontecimentos importantes das suas vidas, pois muitas vezes ainda não o conseguem fazer através da palavra. Na creche realizei uma atividade com as crianças da sala encarnada (4/5 anos) que foi dividida em duas fases: numa fase inicial perguntei às crianças como era para elas estar doente, dei oportunidade a todas para relatar a sua experiência; na segunda fase da atividade pedi-lhes que elaborassem um desenho sobre o assunto⁶. As respostas e desenhos das crianças estão de acordo com o estudo elaborado pelos autores Bilbace E Walsh (1977) que nos referem que as crianças de 4/5 anos apresentam uma perceção da doença que denominam de *Explicação*

⁶ Anexo 6: Desenhos de Crianças

Fenomenológica, ou seja, a doença é compreendida em função das percepções sensoriais e sintomas da doença. As crianças referem-se à doença em função dos sintomas (“Fiquei com febre”, “Vomitei muito”) e em relação às consequências que a doença acarreta (“Fiquei em casa e não vim à escola”, “Não pude ir ao jardim brincar com os outros meninos”), e o tratamento consiste em coisas simples como ficar em casa, tomar o xarope ou comer sopa. Nos desenhos as crianças identificam “uma menina triste e a chorar porque está doente”, “Foi de ambulância para o hospital”, ou “O menino tem febre”.

Já as crianças de 5-6 anos apresentam-nos uma percepção da doença que os mesmos autores denominam de *Contágio*, ou seja, a doença é compreendida como um contágio de outras pessoas ou coisas. A criança ainda manifesta alguma incapacidade para se distanciar de alguns aspetos da sua experiência percetiva, apresenta agora preocupação com a relação entre o fenómeno sensorial e a doença (...) esta relação é “mágica” e manifesta-se com uma preocupação excessiva com o contágio (...) a criança não tem qualquer controlo sobre o desenvolvimento e cura da doença, é uma vítima da magia (BILBACE e WALSH, 1977).

As crianças em idade escolar apresentam numa fase inicial uma percepção da doença do tipo *Contaminação*, a definição da doença já inclui sintomas múltiplos e o locus da doença é a superfície do corpo, existindo uma relação causal concreta entre o agente externo e os efeitos no corpo. A causa da doença é concreta, e pode ser física (resultado da contaminação física da superfície do corpo através da sujidade ou falta de higiene) ou moral (através de comportamentos imorais, quebra de regras). Numa fase posterior, a partir dos 9-10 anos, a criança apresenta uma explicação do tipo *Interiorização*, na qual a doença é localizada de uma forma global no interior do corpo e surge através de atividades concretas com relação causal, resultando na interiorização (entrada de micróbios no corpo) (BILBACE e WALSH, 1977).

Estes e outros estudos devem conduzir a prestação de cuidados das crianças internadas e ajudam o enfermeiro não apenas a compreender a vivência da criança na situação de crise, como também a integrar nos cuidados estratégias que ajudem a criança a compreender o que se está a passar, não apenas através dos desenhos, como também através de histórias ou brincadeiras, adequando a linguagem utilizada à criança de acordo com as suas características e desenvolvimento. A linguagem

utilizada deve ir de encontro às capacidades de compreensão da criança e não se devem utilizar termos ou expressões que assustem ou confundam as crianças.

4.2 – 2º Objetivo Específico: desenvolver maior compreensão do impacto dos procedimentos dolorosos na criança de diferentes idades e sua família em diferentes contextos e situação

Para compreender o impacto dos procedimentos dolorosos na criança e família torna-se imprescindível compreender quais as características do stressor que têm capacidade para penetrar a linha normal de defesa da criança e família, abalando o sistema. Os fatores pessoais do sistema vão influenciar de forma determinante o stressor (capacidade para penetrar no sistema), a reação e a reconstituição, pelo que o enfermeiro deve ter conhecimentos e capacidades para saber identificar e interpretar estes fatores, para desenvolver intervenções que ajudem a criança e família a lidar com a situação.

Durante os diferentes estágios que realizei neste percurso tive oportunidade de aprofundar conhecimentos acerca deste processo dinâmico e complexo, interligando a informação obtida na literatura científica com a observação das crianças e pais quando recorrem aos serviços de saúde e isso implica a realização de procedimentos. As reações das crianças ao procedimento doloroso podem ser variadas e, segundo Varni (1995), citado por Barros (2003), a compreensão do fenómeno de dor infantil só pode ser verdadeiramente compreendido se atendermos a: antecedentes de dor, concomitantes da dor (que ocorrem só durante o episódio doloroso, tais como a depressão e ansiedade), consequências da dor, mediadores da percepção e do comportamento de dor (predisposição biológica, características individuais, ambiente familiar, avaliação cognitiva) e estratégias de confronto (referem-se ao processo no qual a criança se envolve para enfrentar e lidar com o episódio doloroso). Assim, antes de qualquer procedimento, o enfermeiro deve ter todos estes aspetos em conta e averiguar com as crianças e/ou pais estas informações que vão influenciar a experiência da criança, mesmo no caso de procedimentos simples como é o caso das vacinas.

A vacinação constitui o procedimento doloroso mais comum na infância (REIS et al, 2003) e a não utilização de estratégias eficazes no controlo da dor durante a vacinação pode ter consequências negativas. Na realidade, muitas das crianças que

recorrem aos serviços de saúde hospitalares vêm assustadas e com medo, e muitas dessas crianças apenas tiveram contacto com os profissionais de saúde nos Centros de Saúde, onde são seguidas nas consultas de Saúde Infantil, e onde são vacinadas. Sabe-se que desde muito cedo, a criança tem memória de dor, e nos primeiros dezoito meses de vida, o Programa Nacional de Vacinação (DGS, 2006) pressupõe que as crianças levem cerca de vinte vacinas. Assim, para além do medo e stress que resulta das múltiplas imunizações passadas, quando recorrem aos serviços de saúde, “muitas crianças estão tão preocupadas com a possibilidade de uma injeção, e esta preocupação domina toda a visita e limita a possibilidade de outras intervenções” (SCHECHER et al, 2007). Sabe-se que experiências prévias de procedimentos dolorosos podem contribuir para as respostas da criança, e que é a qualidade, e não a quantidade, de procedimentos anteriores que é preditiva (MACCARTHY e KLEIBER, 2006), pelo que um episódio isolado pode implicar consequências que podem por em causa o equilíbrio do sistema criança.

Mas o efeito nocivo deste processo stressante e doloroso vai para além da criança, ele estende-se também aos pais, pois estes, ao ver o filho com dor e apresentando comportamentos que demonstram sofrimento como chorar, espernear ou gritar, também eles vão sentir-se impotentes e com dor. Na realidade, os efeitos da dor causada por uma punção venosa não está limitada à criança (KENNEDY, LUHMANN e ZEMPSKY, 2008), e estudos revelam uma ativação parcial da resposta à dor em pessoas que observam entes queridos a receber um estímulo doloroso (SINGER et al, 2004, citado por KENNEDY, LUHMANN e ZEMPSKY, 2008). Ao estudar a resposta psicológica e ansiedade de pais que observam o seu filho a ser submetido a uma punção venosa numa urgência pediátrica, os autores Smith et al (2007) (citados por KENNEDY, LUHMANN e ZEMPSKY, 2008) relatam alterações evidentes no ritmo cardíaco, tensão arterial e ansiedade dos pais, e estas respostas foram preditivas da dor e stress na criança. Estas alterações nos pais podem ser observadas frequentemente nos diferentes contextos dos cuidados de saúde.

Por outro lado, sabe-se que o comportamento e ansiedade dos pais também vão influenciar a resposta da criança ao procedimento doloroso. Os autores Mahoney, Ayers e Seddon (2010) referem-nos que o comportamento dos pais e profissionais de saúde está associado com o stress e coping das crianças durante procedimentos que envolvem agulhas. Assim, quando os pais estão menos ansiosos e conseguem guiar a

criança na utilização de estratégias de coping eficazes, quando a tentam distrair utilizando o humor, ou através de conversa não relacionada com o procedimento (BLOUNT, PIINA, COHEN e CHENG, 2006; COHEN 2008; KHAN e WEISMAN, 2007; POWERS, 1999; SCHECHTER et al., 2007; UMAN, CHAMBERS, MCGRATH e KISELY, 2008, citados por MAHONEY, AYERS e SEDDON, 2010) isto vai melhorar e ajudar a criança na utilização de estratégias de coping eficazes, diminuindo deste modo o stress e dor durante o procedimento. Por outro lado, quando os pais demonstram sinais evidentes de ansiedade (BLOUNT, POWERS, COTTER, SWAN e FREE, 1994; JAY, OZOLINS, ELLIOT e CALDWELL, 1983; KHAN e WEISMAN, 2007, citados por MAHONEY, AYERS e SEDDON, 2010), ou quando apresentam um discurso do tipo desculpabilização ou por exemplo fazendo comentários empáticos (DAHLQUIST, POWER e CARLSON, 1995; DAHLQUIST, POWER, COX, e FERNBACH, 1994; MANNE et al., 1992; SCHECHTER et al., 2007; SPAGRUD et al., 2008; VON BAEYER, MARCHE, ROCHA e SALMON, 2004, citados por MAHONEY, AYERS e SEDDON, 2010), este tipo de comportamentos está associado a níveis aumentados de stress na criança durante o procedimento.

Assim, nos diferentes contextos dos cuidados de saúde é possível observar diferentes comportamentos e reações das crianças e pais quando é necessário a realização de um procedimento. Quando recorrem aos diferentes contextos de cuidados de saúde como a Urgência Pediátrica, Consulta Externa (sala de tratamentos), ou Centro de Saúde (sala de vacinação) por episódio agudo de doença ou para tratamentos, podemos observar nas crianças diferentes comportamentos. Muitas crianças chegam à sala de triagem assustadas, e quando têm de se dirigir à sala de tratamentos, o cenário ainda é mais trágico, enquanto que outras vêm descontraídas, bem-dispostas e curiosas, interagindo com os profissionais. De um modo geral, crianças mais pequenas, entre os 3/4 anos, vêm muitas vezes a chorar, ao colo da mãe ou agarradas pela sua mão, muitas recusam a entrar na sala e a falar com os profissionais, e algumas até fogem a correr da sala de tratamentos. As crianças de 4/5 anos também vêm assustadas, mas por vezes vêm descontraídas e curiosas, olhando em redor e fazendo perguntas, e só quando se apercebem que vai acontecer um procedimento é que choram. As crianças em idade escolar já conseguem controlar melhor o seu comportamento, apesar de virem muitas vezes assustadas, já compreendem melhor aquilo que se está a passar e procuram informação junto do

profissional ou dos pais. Como nos refere Batalha (2010), o desenvolvimento cognitivo da criança influencia a compreensão da experiência dolorosa e a capacidade para a descrever. Assim, as crianças em **idade pré-escolar**: usam a linguagem para exprimir a dor, acreditam na dor como punição por algo errado que fizeram, misturam fatos reais com ficção (pensamento mágico em relação ao desaparecimento da dor, não têm pensamentos de causa efeito, não compreendem como algo doloroso vai ajudar a sentir-se melhor), começam a ter o conceito de tempo, temem as lesões corporais ou a mutilação e têm medo das agulhas, tentam afastar os tratamentos dolorosos ou desconfortáveis, precisam do sentido de controlo e cooperam melhor se são envolvidas na avaliação e tratamento, tendem a culpar alguém pela própria dor (podem bater na pessoa) (FRANCK, GREENBERG e STEVENS, 2000, citados por BATALHA, 2010). As crianças em **idade escolar**: temem a mutilação corporal, têm raciocínio lógico, mas para coisas concretas, começam a raciocinar em termos de causa efeito, podem adiar a gratificação, compreendem o tempo, confiam mais nos mecanismos de coping auto iniciados do que nos pais (FRANCK, GREENBERG e STEVENS, 2000, citados por BATALHA, 2010).

A diversidade de comportamentos que a criança apresenta quando está perante uma situação de stress constitui mecanismos de coping da criança, os quais podem ser mais adaptativos e eficazes ou não. A adoção destes mecanismos vai determinar a perceção e experiência da criança quando está doente, e isso implica a realização de tratamentos ou procedimentos, bem como as suas vivências no caso de internamento. O coping pode ser definido como a capacidade para lidar com um acontecimento ameaçador, desafiador ou potencialmente nocivo (HODGINS e LANDER, 1997), e como referem Willock et al (2004), um importante papel de enfermeira é ajudar as crianças a lidar com os procedimentos e reduzir os efeitos adversos e sofrimentos decorrentes. Os autores Hodgins e Lander (1997) estudaram e identificaram os mecanismos de coping utilizados por crianças entre os 5 e 13 anos submetidos a punção venosa periférica e dividiram-nos em onze categorias: 1. participação ativa no procedimento, 2. cognições reguladoras do comportamento, 3. reavaliação cognitiva, 4. esforços diretos para manter o controle, 5. pensamento de distração, 6. cognições reguladoras de emoções, 7. procura de informação, 8. esforço na procura da realidade, 9. confiança nas intervenções dos profissionais, 10. procura de suporte e 11. comportamento de fuga/evitação e catastrofização.

Os mecanismos de coping utilizados pelas crianças e pais perante a situação stressante devem ser aferidos pelo enfermeiro, que deve reforçar, validar, encorajar e elogiar aqueles que são mais adaptativos e eficazes, e tentar eliminar ou evitar aqueles menos adaptativos, substituindo-os por outros mais eficazes.

4.3 – 3º Objetivo Específico: conhecimento e desenvolvimento das melhores práticas de enfermagem na preparação de crianças para procedimentos dolorosos

O conhecimento, estudo e reflexão sobre o desenvolvimento infantil, possíveis reações da criança, bem como os mecanismos de coping que utiliza para lidar com a situação permitem-nos inferir algumas regras de ouro quando implementamos as estratégias desenvolvidas neste projeto⁷, e que nos permitem prestar os melhores cuidados à criança e família quando submetidas a procedimentos nos diversos contextos e situação clínica, seguindo sempre uma filosofia de cuidados atraumáticos. As estratégias implementadas devem ser adaptadas à criança e família, de acordo com as suas características, necessidades e situação clínica. Ao longo deste percurso selecionei algumas estratégias que considero serem as mais adequadas ao contexto de desenvolvimento deste projeto, tendo em conta as características da equipa de enfermagem, das crianças e família internadas, bem como os recursos materiais existentes. São elas: relaxamento, reforço positivo, informação preparatória, distração, imaginação guiada e modelagem⁸.

Apesar da vacinação ser uma intervenção rara no local onde trabalho, aproveitei o estágio para interiorizar e integrar nos cuidados uma filosofia de cuidados atraumáticos, pois a vacinação constitui uma das intervenções mais frequentes na infância, e apesar de ser uma intervenção curta, pode tornar-se num momento assustador para a criança. Se não forem aplicadas estratégias adequadas para ajudar a criança e pais a lidar com a situação, isto pode implicar na criança, para além da dor e stress sentidas no momento da administração da vacina, esta pode desenvolver medo relacionado com as agulhas, os profissionais de saúde e os serviços de saúde. Estão descritas e estudadas várias estratégias simples, eficazes e que envolvem pouco tempo na sua implementação que o enfermeiro pode utilizar para reduzir o

⁷ Anexo 7: Conceitos-chave na Preparação das Crianças para Procedimentos

⁸ Anexo 8: Estratégias de Preparação para Procedimentos na UCIEP

stress e aliviar a dor das crianças durante a vacinação (MACLAREN, COHEN, 2007; REIS et al, 2003; SAEIDI et al, 2010; SCHETER et al, 2007; TADDIO et al, 2010). As estratégias são variadas e por vezes utilizam-se a combinação de duas ou mais estratégias, são elas: método canguru, administração de sacarose, amamentação, sucção não nutritiva, posicionamento, distração, relaxamento (respiração, contagem), imaginação guiada, reforço positivo. O comportamento e participação dos pais surge como um fator preponderante no apoio e facilitação da estratégia utilizada, e existem fatores técnicos na administração da vacina que estão descritos nas recomendações do Ministério da Saúde (DGS, 2006), que também se devem ter em conta. Pretende-se deste modo minimizar as possíveis consequências negativas para a criança que resultam da vacinação, que constitui um momento curto e essencial na vida das crianças. A vacinação é uma intervenção planeada, quando recorrem ao Centro de Saúde, a criança e os pais já sabem o que vai acontecer. Em crianças pequenas é importante averiguar com os pais como foram as experiências anteriores, como reagiu a criança e que estratégias foram utilizadas para diminuir o sofrimento da criança durante e após o procedimento. Muitas vezes os pais sugerem estratégias, como colocar à mama ou em posição canguru, ou colocar a chucha, e muitos trazem um brinquedo para distrair a criança. No caso de crianças mais crescidas também acontece trazerem algum brinquedo ou livro para facilitar a experiência. Quando isto não acontece é importante fazer o ensino aos pais sobre como confortar a criança durante e após o procedimento, bem como os objetos que podem trazer de casa (chucha, biberon, brinquedo), ensinando os pais estratégias de coping que poderá utilizar também noutras situações.

A **distração** constitui uma das estratégias mais descritas e estudadas na literatura, e que verifiquei nos diversos locais de estágio ser bastante utilizada, na sala de vacinação e salas de tratamentos da UP e consulta externa, e a qual tive oportunidade de desenvolver e melhorar na preparação de crianças para diferentes procedimentos dolorosos. Esta pode ser definida como o desenvolvimento da atenção para longe de um determinado estímulo ou experiência, em direção a outro estímulo alternativo (PIIRA, HAYES e GOODNOUGH, 2002), e através da distração, o desvio da atenção pode moderar a experiência subjetiva de dor e sofrimento psicológico (MASON, JOHNSON, WOOLLEY, 1999). Para distrair a criança o enfermeiro pode utilizar diferentes objetos, brinquedos e técnicas e, segundo Maclaren e Cohen (2005), quanto

maior o envolvimento da criança na atividade, menor é a dor sentida. Assim, o enfermeiro deve escolher a técnica de distração tendo em conta vários fatores, que são eles: idade e desenvolvimento cognitivo; tempo, custo e espaço necessários; temperamento e preferências da criança; estratégias utilizadas pela criança (SCHECHTER et al, 2007).

Observei a utilização de diferentes objetos, brinquedos e estratégias para distrair as crianças durante a realização dos procedimentos, por vezes trazidos pelos pais, outras vezes existem nos locais. Em crianças em idade pré-escolar vi utilizar livros (podendo pedir-se aos pais para contar uma história ou para chamar a atenção da criança para as cores e desenhos do livro), brinquedos ou computadores interativos (com várias teclas, sons, luzes e temas diferentes), bolas de sabão, cornetas e línguas da sogra. Também observei pais e enfermeiros a cantar uma música que a criança goste e conheça. Em crianças em idade escolar são utilizados outros objetos e brinquedos como livros (pode pedir-se à criança para ler o livro ou fazê-lo em conjunto com a mãe), consolas, caleidoscópio, entre outros. A criança desta idade tem necessidade de obter informação em relação ao procedimento, e pode querer manusear o material. A estratégia é sugerida e a criança muitas vezes escolhe outra, ou prefere simplesmente dar a mão à mãe ou pai. A estratégia é apresentada e deve-se explicar o seu objetivo, promovendo deste modo a colaboração e controlo da criança.

Tendo em conta a enumeração destes fatores, evidencia-se a importância do enfermeiro conhecer a criança, as suas preferências, temperamento, características e experiências, e muitas das vezes este conhecimento é fornecido pelos pais. Os pais constituem uma fonte de segurança e conforto para a criança, e são quem melhor a conhece e quem possui as informações mais valiosas acerca da criança, pelo que a sua presença, apoio e colaboração durante um procedimento é fundamental. Eles podem ajudar o enfermeiro a compreender a criança, o seu comportamento e reações à dor e ao procedimento, podem fornecer pistas para a escolha da estratégia a utilizar, e podem ajudar a criança durante o episódio stressante. Assim, durante o procedimento, a participação dos pais em fornecer a distração é atraente por vários motivos: em primeiro lugar porque durante o procedimento não têm outras responsabilidades, pelo que estão livres para tentar atrair a atenção da criança; em segundo lugar, porque os pais sabem aquilo que poderá atrair a atenção da criança e assim incentivar a imaginação da criança; por último, uma vez que os pais aprendam a

utilizar a distração, poderão utilizá-la noutras situações que poderão causar stress à criança (KLEIBER, CRAFT-ROSENBERG e HARPER, 2001).

As técnicas de **relaxamento** também são utilizadas para preparar e confortar as crianças durante os procedimentos, pois ajudam a criança a controlar a sua ansiedade antes do início do procedimento (BARROS, 2003). Segundo Batalha (2010), independentemente da técnica utilizada, o relaxamento diminui o metabolismo, o consumo de energia, oxigénio, baixa a frequência cardíaca e respiratória e produz uma sensação de calma, tranquilidade e bem-estar, sendo por isso extremamente útil na redução da ansiedade e da dor. Em crianças em idade pré-escolar podemos utilizar cornetas, línguas da sogra ou fazer bolas de sabão, que para além de relaxamento, produz também o efeito de distração. Em crianças mais crescidas já se consegue ensinar métodos ativos (exercícios respiratórios por exemplo) ou meditativos, dependendo da disponibilidade e participação da criança. Estas técnicas podem ser ensinadas aos pais e criança para utilizar noutras situações, por exemplo no caso de uma cirurgia, internamento ou intervenção programadas. As crianças mais pequenas (pré-escolar) divertem-se com as cornetas e as línguas da sogra, que são entregues antes da realização do procedimento, chamando a atenção da criança para a atividade; posteriormente, quando a atenção da criança está direcionada para o objeto distrator, é pedido à criança que mantenha a atividade durante o procedimento, podendo pedir-se a colaboração dos pais que também podem ter uma corneta ou língua da sogra.

O meu percurso direcionou-me para outro contexto de cuidados pediátricos no qual não tenho experiência profissional, a consulta externa do HDE, e durante este estágio tive oportunidade de assistir, colaborar e participar em consultas de enfermagem pré-operatórias, as quais têm como base a informação preparatória como estratégia para reduzir o medo e ansiedade das crianças e pais no período peri-operatório. A cirurgia surge na vida da criança como um fator adverso, mesmo que esta ocorra de forma programada, provocando desequilíbrios fisiológicos, psicológicos e mesmo sociofamiliares (PIMENTEL, 2001). Por outro lado, sabe-se que a ansiedade no período pré operatório em crianças submetidas a cirurgia está associada com maior intensidade de dor e uma maior incidência de problemas no sono, alimentares e outros no período pós-operatório (KAIN et al, 2006). A **informação preparatória** consiste em informar a criança e pais acerca do procedimento a efetuar, desde uma punção

venosa a uma cirurgia (BARROS, 2003; BATALHA, 2010) e as informações são categorizadas em informação sensorial (descrição das sensações – barulho, odores, frio, formigueiro, outros) e de procedimento (fases do procedimento) (BATALHA, 2010). As consultas ocorrem uns dias antes da cirurgia, tentando-se que em crianças mais pequenas seja dois ou três dias antes, mas no caso dos adolescentes pode ser uma semana antes. Na consulta, a enfermeira recorre a várias estratégias para transmitir a informação aos pais e criança sobre a cirurgia, o percurso da criança (enfermaria, bloco operatório ou cirurgia ambulatoria, recobro), preparação pré-operatória (jejum, o que trazer para o hospital) e o pós-operatório (pensos, drenos, dor). Este tipo de informação é transmitido através de filmes ou fotografias e panfletos. A consulta é dirigida aos pais no caso de crianças até aos 5 anos, e dirigida às crianças a partir dessa idade. No caso das crianças mais pequenas, enquanto a consulta decorre, são fornecidos à criança livros, brinquedos e objetos relacionados com o hospital/cirurgia, permitindo-a manusear também material simples hospitalar, permitindo à criança a familiarização do material e ambiente hospitalar. No caso de crianças mais crescidas a enfermeira vai mostrando o filme ou fotografias, relatando em forma de história as informações. Por vezes utiliza-se um desenho do corpo humano para explicar a localização da sutura, penso e drenos se for o caso, e também é permitido à criança manusear material. Observei que as crianças mais pequenas em idade pré-escolar ficam curiosas com o ambiente e material, demonstrando interesse em manusear os brinquedos e material presente na sala de consulta. As crianças em idade escolar ficam de um modo geral muito atentas ao ambiente e seguem as palavras da enfermeira com muita atenção, fazendo perguntas concretas como “Quanto tempo vou ficar no hospital?” ou “Vou ficar com o braço ao peito?”, e muitas verbalizam preocupação com a dor, questionando por exemplo se “Vai doer muito?”. A dor é um ponto fundamental que é focado nesta consulta, explicando-se à criança ou pais a escala de dor adequada à sua idade, bem como que estratégias podem utilizar para lidar com a dor (farmacológicas e não farmacológicas). Na UCIEP são raras as cirurgias programadas, mas considero pertinente e fundamental integrar nos cuidados esta estratégia como meio de favorecer a compreensão do processo de saúde doença da criança, bem como dos tratamentos e intervenções necessárias, permitindo ao sistema criança e família um maior controlo sobre os acontecimentos, diminuindo assim o impacto dos stressores e favorecendo a sua reconstituição.

Na consulta utiliza-se por vezes a **Modelagem**, que consiste num conjunto de estratégias que visam informar a criança acerca do procedimento e sugerir comportamentos que ajudem a lidar com a dor e ansiedade (BATALHA, 2010). Pode ensinar-se e demonstrar à criança exercícios de relaxamento e como distrair-se. Esta técnica envolve a demonstração do uso de estratégias de coping por um adulto ou criança (demonstração num boneco, filmes, demonstração feita pelos pais ou profissional) (BATALHA, 2010).

A Imaginação Guiada consiste numa técnica de relaxamento que visa focar a atenção da criança, usando os seus mecanismos de coping (BATALHA, 2010), encorajando-a a imaginar objetos e experiências agradáveis (música, comida ou prato preferido, um lugar agradável, atividade ou brincadeira favorita, pensamentos positivos, histórias de super-heróis, etc.). Esta estratégia requer o envolvimento ativo da criança, pelo que pode ser utilizada em crianças com quatro ou mais anos de idade (BATALHA, 2010).

O **reforço positivo** é também uma estratégia bastante utilizada e o propósito desta técnica consiste em transformar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, transformando-o num desafio (...) a criança é elogiada ou recompensada com um relato positivo, brinquedo ou outro tipo de prémio imediatamente após o ato doloroso, quando manifestou e reconheceu a utilização de estratégias positivas no alívio da dor (BATALHA, 2010). Nos diferentes campos de estágio observei os enfermeiros a utilizar esta estratégia, quer verbalmente, quer em forma de compensação material, entregando às crianças diplomas e medalhas de bom comportamento no final da experiência. A maioria das crianças reage com alegria e orgulho à recompensa, o enfermeiro entrega o prémio e elogia verbalmente a criança. Mesmo que a criança não tenha apresentado o comportamento esperado, muitas vezes é elogiada porque superou um momento difícil, devendo neste caso ser reforçado qual o comportamento esperado em situações futuras.

Resumindo, nas crianças em idade pré-escolar podemos utilizar a distração (bolas de sabão, caleidoscópio, livro, ver desenhos animados, brinquedos interativos, jogos de computador, consolas), contar uma história, imaginação guiada, ouvir música, entre outros. Nas crianças em idade escolar podemos utilizar a distração, contar números, imaginação guiada, exercícios de relaxamento (respiratórios), ouvir música, entre outros.

5 – RESULTADOS OBTIDOS

Este percurso pressupõe que as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios nos diferentes contextos culminem na realização dos objetivos gerais que delineei inicialmente, bem como no desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

5.1 – 1º Objetivo Geral: desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à criança em idade pré-escolar e escolar submetida a procedimentos dolorosos, no contexto de cuidados intensivos

Ao longo deste percurso, e durante os estágios que realizei nos diferentes locais, as atividades e competências desenvolvidas centraram-se neste objetivo geral deste projeto. Na realidade, mesmo antes de desenhar este projeto, senti inúmeras vezes que poderia melhorar as minhas competências e prestação de cuidados às crianças submetidas a procedimentos dolorosos, pois como já referi são bastante comuns na Unidade onde exerço funções, e são fonte de stress, dor, ansiedade, angústia e impotência, não apenas para a criança e família, como também para a equipa de enfermagem.

Durante os estágios que realizei nos diferentes contextos tive oportunidade de conhecer, desenvolver, treinar e aperfeiçoar várias estratégias de preparação das crianças para os procedimentos dolorosos. Para adaptar estes conhecimentos ao contexto onde trabalho comecei por adquirir material que reuni numa caixa⁹ com os objetivos de: reunir material; incentivar a utilização de estratégias na preparação das crianças para procedimentos dolorosos; reunir bibliografia pertinente sobre o tema. A bibliografia foi organizada num dossier¹⁰ e selecionei alguns artigos que considerei pertinentes e de leitura simples e estimulante para motivar a sua leitura, reflexão e discussão. Comecei a utilizar as estratégias sistematicamente e a registar nas notas de enfermagem: tipo de procedimento, estratégia utilizada, reação da criança ao procedimento, colaboração da criança e pais durante o procedimento. Na passagem de turno relatei alguns casos, aproveitando este momento para suscitar o interesse e

⁹ Anexo 9: Material Disponibilizado na Caixa

¹⁰ Anexo 10: Lista de Bibliografia Disponibilizada

curiosidade dos colegas e para refletir com a equipa a pertinência e importância da utilização destas estratégias através de situações vivenciadas. Elaborei também umas medalhas de bom comportamento em autocolantes que também disponibilizei e coloquei na caixa¹¹, incentivando deste modo a utilização do reforço positivo por parte da equipa de enfermagem.

Apesar de não existirem muitos brinquedos, livros ou jogos no serviço, aqueles que foram reunidos na caixa são suficientes e adequados para utilizar com crianças de diferentes idades. O caleidoscópio adquirido tornou-se um objeto preferido e muito utilizado pela equipa, pois visualmente é bastante atrativo para a criança e gera curiosidade. O caleidoscópio apresenta algumas características o tornam bastante apelativo pois à medida que a criança o roda vão surgindo diferentes imagens, as quais são coloridas, luminosas e em formas geométricas. O que adquiri têm ainda duas figuras de peixes, um verde e um vermelho, que utilizei também muitas vezes como enredo de uma história, ou sugerindo à criança que procure os peixes. Ao utilizar o caleidoscópio consegue-se reduzir o stress e a dor da criança durante procedimentos dolorosos, nomeadamente aqueles que envolvem agulhas, resultados que são confirmados pelos estudos de Vessey, Carlson e McGill (1994) e Tüfekci, Celebioglu e Küçükoglu (2009).

Aproveitando um dos recursos da Unidade, e que não tinha utilizado nos campos de estágio, comecei a utilizar a distração com desenhos animados, pois existe na Unidade uma televisão grande com um disco externo com muitos desenhos animados adequados às idades pré-escolar e escolar. Todas as crianças gostam de ver desenhos animados e as imagens televisivas têm um efeito quase hipnotizante para a criança, não apenas devido aos desenhos e histórias, mas também devido às cores, músicas e efeito das imagens que passam rápido no televisor. Torna-se portanto um meio que o adulto utiliza frequentemente para distrair a criança, e que também pode ser utilizado no ambiente hospitalar para distrair a criança durante um procedimento. Esta estratégia verificou ser bastante eficaz na diminuição do stress e dor da criança durante procedimentos dolorosos (BELLINI et al, 2006; COHEN, BLOUNT e PANOPOULUS, 1997; MACLAREN e COHEN, 2005; WANG, SUN e CHEN, 2008), e quando comparada com outras estratégias como a distração com um brinquedo

¹¹ Anexo 11: Medalhas de Bom Comportamento

interativo (MACLAREN e COHEN, 2005) intervenção psicológica com medidas de conforto, informação preparatória e imaginação guiada (WANG, SUN e CHEN, 2008). Qualquer que seja o objeto ou estratégia escolhida para distrair a criança, existem alguns princípios que se devem ter em conta para o seu sucesso, que durante o meu processo de treino e aprendizagem verifiquei serem fundamentais para evitar o fracasso. À partida parecem simples, mas para o enfermeiro com pouca experiência e que está treinar as suas competências nesta área, pode não ser fácil a aplicação de todos estes princípios, gerando por vezes alguma frustração quando não se consegue atingir o objetivo pretendido. Como já referi, as atividades e objetos devem ser adequados ao nível de desenvolvimento da criança e de acordo com os seus gostos e escolhas, mas isto não é suficiente. O objeto ou atividade deve despertar a atenção da criança, deve ser atrativo e gerar surpresa, e não se deve retirar a atenção logo que a criança se envolve na atividade (BARROS, 2003), mantendo-a focada na atividade e não na experiência dolorosa. O enfermeiro deve envolver a criança na atividade antes de iniciar o procedimento doloroso ou antes de a dor atingir um nível muito elevado (BARROS, 2003), e isto implica por exemplo não mostrar o material antes da atividade, pois se a criança já apresenta algum nível de stress ou dor, será mais difícil inverter a situação e captar a atenção da criança para a atividade.

A informação preparatória também é uma estratégia pertinente para utilizar na UCIEP, e pode fazer-se através de desenhos, os quais também podem ser utilizados após o procedimento ou intervenção não apenas para compreensão da experiência como também funciona como momento catártico para a criança¹². Através dos desenhos da criança o enfermeiro tem acesso à compreensão que a criança tem da experiência, podendo-a também ajudar neste sentido. No desenho que apresento em anexo consegue-se identificar a via periférica com o soro em curso, o monitor ligado por um fio ao seu dedo, os pensos cirúrgicos, os drenos ureterais e a algália que o Daniel pintou de vermelho pois apresentava urina hemática.

Sendo uma Unidade de Cuidados Intensivos, as patologias e situação clínica das crianças é muito variada, pelo que se torna por vezes difícil escolher e adequar as estratégias. Por um lado, algumas crianças estão sedo-analgesiadas, ou estiveram durante algum tempo sob o efeito destas drogas, o que pode alterar o seu nível de consciência em relação às experiências, o seu nível de concentração, ou podem ainda

¹² Anexo 12: Desenho do Daniel

sofrer de alguns efeitos adversos deste tipo de medição. Por outro lado, muitas vezes o procedimento tem alguma urgência, não havendo tempo para o planejar ou utilizar a estratégia adequada. Aliado a tudo isto, muitas crianças estiveram ou estão gravemente doentes, e já vivenciaram muitas experiências dolorosas, tornando-as mais vulneráveis, renitentes e assustadas em relação aos procedimentos. Assim torna-se um desafio a implementação destas estratégias no contexto de Cuidados Intensivos.

Apesar destas dificuldades que senti, o fato do projeto ser implementado no meu local de trabalho apresenta várias vantagens que facilitaram a sua implementação. Tratando-se de uma Unidade de internamento, isto facilita o conhecimento da criança e família, pois ao longo dos turnos o enfermeiro tem oportunidade de conhecer melhor a criança e família, fator que já referi ser facilitador da implementação das estratégias. Para além disso as estratégias utilizadas podem ser utilizadas em diversas situações futuras, verificando-se uma crescente compreensão, colaboração e valorização por parte da criança e família. Verifiquei que por vezes é a própria criança ou os pais a sugerir a utilização de estratégias utilizadas anteriormente, e verifiquei que à medida que o internamento avança a criança vai adquirindo e utilizando estas estratégias noutras situações, sendo este um dos objetivos principais.

5.2 – 2º Objetivo Geral: Desenvolver competências da equipa de enfermagem da UCIEP na prestação de cuidados à criança em idade pré-escolar e escolar submetida a procedimentos dolorosos, no contexto de cuidados intensivos

Este trabalho alicerça-se na Metodologia de Projeto, a qual se baseia, segundo Nunes, Ruivo e Ferrito (2010) numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Comecei por identificar um tema que a nível pessoal e profissional me suscita interesse, e após verificar que a equipa de enfermagem (incluindo eu) não possuía as competências necessárias, a preparação de crianças para procedimentos dolorosos. Para desenvolver as competências da equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança em idade pré-escolar e escolar submetida a procedimentos dolorosos optei por

desenvolver e implementar no local de trabalho um plano de formação relativo ao tema.

5.2.1 – 4º Objetivo Específico: desenvolver um plano de formação sobre estratégias de preparação de crianças em idade pré-escolar e escolar para procedimentos dolorosos, no contexto do local de trabalho

Um dos objetivos gerais do meu projeto é desenvolver no meu local de trabalho, a Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos do HFF, competências da equipa de enfermagem na preparação de crianças em idade pré-escolar e escolar para procedimentos dolorosos. Para atingir este objetivo geral, propus-me a desenvolver um plano de formação dirigido à equipa de enfermagem.

A **Metodologia de Projeto** é constituída pelas seguintes fases (NUNES, RUIVO e FERRITO, 2010): elaboração do diagnóstico da situação; planificação das atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas; avaliação; divulgação dos resultados obtidos.

O desenvolvimento da formação no contexto de trabalho permite rentabilizar saberes, espaços, integrando na prática clínica uma dinâmica formativa (...) e permite delinear estratégias, encontrar alternativas que façam coincidir tempos e espaços de trabalho e de formação (...) e o indivíduo forma-se porque experimenta, vive, reflete, aprende cuidando e cuida aprendendo (BÁRTOLO, 2008). Assim, este projeto pressupõe que os seus destinatários possuem saberes e competências, uma história de vida e profissional que os torna únicos, e que a partilha desses saberes e competências faz crescer e desenvolver o grupo.

A excelência na enfermagem passa, indiscutivelmente, por um trajeto profissional que promova e estimule a qualidade e o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros, ancorado numa atitude crítica e reflexiva por parte destes (CRUZ, 2008), pelo que, uma das finalidades centrais deste projeto é o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem da UCIEP, melhorando deste modo os cuidados de enfermagem prestados às crianças e famílias internadas.

Os problemas e dificuldades da prática clínica são percecionados pelos atores como constituindo o estímulo, o impulso, para que a aprendizagem ocorra no contexto e na situação de trabalho (BÁRTOLO, 2008) e, como nos dizem Nunes, Ruivo e Ferrito (2010) a própria população destinatária do projeto é envolvida como sujeito ativo, o

que contribui para conhecer e transformar a sua própria realidade. Deste modo, é fundamental que a equipa perceção o tema do projeto como uma dificuldade sentida, envolvendo-se de forma ativa no projeto, e esteja motivada para aprender, partilhar, melhorar e refletir.

Após escolhido o tema e identificados os objetivos do projeto, segue-se o diagnóstico da situação. Sendo a dor um fenómeno multidimensional e multifactorial, e a experiência da criança perante os procedimentos dolorosos um fenómeno único, subjetivo e pessoal, e também ele multifactorial, a intervenção e prática dos enfermeiros perante a criança submetida a procedimentos depende não apenas dos seus conhecimentos, como também das suas atitudes e crenças. São frequentes os procedimentos a que uma criança é submetida durante o seu internamento na UCIEP, e, como refere Barros (2010), a dor associada a procedimentos é uma experiência de sofrimento frequente na infância, mas tem sido tradicionalmente subavaliada e subtratada (BARROS, 2010). A experiência da dor aguda envolve a interação de factores psicológicos, fisiológicos, comportamentais, desenvolvimentais e situacionais, o que a torna num fenómeno multifactorial e subjetivo, pelo que deve ser avaliado e tratado como tal (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001). Assim, para fazer o diagnóstico das necessidades de formação da equipa da UCIEP, optei pela elaboração de um **questionário** para avaliar as Atitudes, Conhecimentos e Práticas dos enfermeiros relativamente às estratégias de preparação das crianças em idade pré-escolar e escolar para procedimentos dolorosos, e estabeleci como objetivos da aplicação do questionário:

- Identificar os conhecimentos dos enfermeiros relativos aos cuidados atraumáticos e a preparação para procedimentos;
- Identificar crenças e valores relativos à dor durante o procedimento e à intervenção de enfermagem;
- Identificar capacidades de utilização dos enfermeiros de estratégias de preparação das crianças para procedimentos dolorosos;
- Identificar preferências dos enfermeiros de estratégias de formação.

Segundo Rieman e Gordon (2007), o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros sobre o controlo da dor afeta a sua capacidade para cuidar da criança com dor, e a American Academy Of Pediatrics (2001) aponta as seguintes barreiras para o tratamento da dor aguda em crianças: 1. O mito de que as crianças não sentem a dor

da mesma forma que os adultos, e se sentem, isso não tem consequência; 2. Falta de avaliação e reavaliação da dor; 3. Dificuldade em conceptualizar e quantificar uma experiência subjetiva; 4. Falta de conhecimento acerca do tratamento da dor; 5. Noção de que avaliar a dor em crianças envolve muito tempo e esforço; 6. Medo dos efeitos secundários da analgesia, incluindo depressão respiratória e habituação.

Após identificadas na literatura algumas atitudes, crenças e comportamentos que podem ser um obstáculo ou um fator que facilita a intervenção do enfermeiro, bem como conhecimentos e factores que o enfermeiro deve ter em conta na prestação de cuidados de enfermagem à criança submetida a procedimentos dolorosos, construí um questionário¹³. Para não se tornar muito extenso optei por não abordar todos os temas, apenas aqueles que considerei mais pertinentes, e tendo também em conta o conhecimento que tenho da equipa da UCIEP, e da observação da prestação de cuidados por parte da equipa. Optei também por apresentar algumas questões de resposta rápida para facilitar o preenchimento, e para me certificar que a maioria dos colegas o preencheria na totalidade.

O questionário foi preenchido por dez dos dezasseis enfermeiros da equipa de enfermagem, oito dos enfermeiros responderam a totalidade das questões, e dois responderam apenas às questões de resposta rápida. A análise dos questionários¹⁴ proporcionou-me uma melhor compreensão do fenómeno e facilitou o planeamento das estratégias de formação.

Após a aplicação do questionário verifiquei que muitos colegas me foram questionando acerca de situações vivenciadas e solicitaram ajuda, não apenas em termos teóricos, como também sugestões acerca de estratégias a utilizar. Aproveitando a curiosidade e interesse dos colegas, optei por disponibilizar e organizar a caixa que já referi anteriormente, com material para ser utilizado na preparação das crianças para os procedimentos, e também alguma bibliografia acerca do tema que considerei pertinente. Verifiquei no entanto que poucos colegas utilizaram a caixa, e aproveitavam os turnos em que estava presente para me solicitar ajuda e demonstrar algumas estratégias sempre que havia uma oportunidade, e interpreto este fato como alguma insegurança por parte da equipa na utilização das estratégias. Utilizei aqui uma estratégia de formação por Modelagem.

¹³ Anexo 13: Questionário

¹⁴ Anexo 14: Resultados e Análise dos Questionários

Na última pergunta do questionário é perguntado “Como considera que a sua formação nesta área seria eficaz?”. As respostas mais assinaladas foram **Observação de um enfermeiro na preparação de crianças/adolescentes para procedimentos** (6 enfermeiros), **Reflexão e análise sobre situações vivenciadas** (8 enfermeiros) e **Sessões de formação** (9 enfermeiros). Apesar de apenas 4 enfermeiros terem apontado como obstáculo à utilização de estratégias para a preparação das crianças e adolescentes para procedimentos dolorosos o conhecimento (na questão nº 7), nesta questão 9 enfermeiros solicitam sessões de formação sobre o tema e observação de um enfermeiro. Interpreto este facto pois possivelmente os enfermeiros consideram que possuem conhecimentos, mas necessitam de mais informação (nas sessões de formação) para consolidar e aprofundar os conhecimentos e necessitam de mais segurança para utilizar as estratégias (observação de um enfermeiro). Estas respostas vão ao encontro daquilo que senti após a disponibilização da caixa, pois muitos colegas solicitaram uma sessão de formação acerca do projeto, e de como utilizar o material presente na caixa para preparar as crianças internadas para procedimentos dolorosos, e assim planeei a formação¹⁵. A sessão¹⁶ foi planeada e realizada em conjunto com a Enf^a Mónica Sousa que realizou o seu projeto no âmbito da gestão das emoções da criança e família no contexto de cuidados intensivos, utilizando o brincar como estratégia, aproveitando assim os contributos deste projeto nomeadamente na área dos cuidados atraumáticos. A sessão foi estruturada tendo em conta as principais dificuldades dos enfermeiros que identifiquei através dos questionários, nomeadamente: principais estratégias que se podem utilizar na UCIEP; como escolher a estratégia de acordo com o desenvolvimento da criança; tempo de preparação da criança consoante o desenvolvimento; fatores que influenciam a experiência da criança.

Apenas cinco enfermeiros assistiram à formação, mas considero de um modo geral que os temas abordados despertaram interesse e curiosidade dos participantes, e houve vários momentos de discussão e reflexão, partindo-se a maior partes das vezes de casos práticos de crianças internadas. Um dos objetivos de ter disponibilizado o material da caixa antes da formação foi exatamente o de despertar o interesse dos colegas, levando-os a tentar e experimentar a utilização de estratégias, confrontando-

¹⁵ Anexo 15: Planeamento da Sessão de Formação

¹⁶ Anexo 16: Apresentação da Sessão de Formação

os assim com as suas dificuldades e levando-os a refletir e questionar-se sobre as mesmas. Assim, quando decorreu a formação muitos levantaram questões sobre situações que vivenciaram quando tentaram utilizar as estratégias, transformando o tema deste projeto como uma necessidade sentida da equipa, um dos pontos fulcrais para o êxito da formação de adultos.

Uma das fases do projeto é a avaliação, e segundo Nunes, Ruivo e Ferrito (2010) esta implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente. Através da observação da prestação dos cuidados de enfermagem pretendo verificar alguns indicadores¹⁷ que demonstram que a equipa desenvolveu competências nesta área. De um modo geral, verifiquei ao longo deste meses que os enfermeiros utilizam mais frequentemente e de forma mais estruturada e intencional as estratégias, utilizando os objetos da caixa, registam por vezes algumas estratégias utilizadas e quando não o fazem relatam os acontecimentos na passagem de turno.

Para dar continuidade ao projeto planeio as seguintes atividades: 1. manutenção do material da caixa; 2. revisão do dossier acrescentando bibliografia pertinente; 3. elaboração de um documento escrito em forma de protocolo ou manual sobre o tema; 4. incluir no manual de integração de novos colegas esta temática; 5. planear outras sessões de formação; 6. divulgação dos resultados do projeto à equipa.

5.3 – Para um percurso de enfermeiro especialista: o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Este relatório tem como objetivo primordial espelhar o percurso realizado ao longo do projeto que foi delineado no primeiro ano do curso, o qual preconiza a realização dos objetivos traçados inicialmente e a aquisição de competências de enfermeiro especialista na área de saúde da criança e do jovem. O Enfermeiro Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2010). Sendo o campo de intervenção a Saúde da Criança

¹⁷ Anexo 17: Indicadores de Avaliação do Projeto

e do Jovem torna-se fundamental dirigir os cuidados de enfermagem à família, utilizando um modelo conceptual de cuidados centrados na família, como nos refere a Ordem dos Enfermeiros (2010) é do escopo de ação deste especialista (...) avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito de adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar.

Um internamento numa UCIP é vivenciado pela criança e família como uma crise, que vai ver o seu equilíbrio ameaçado, não apenas devido à situação crítica e que põe em risco a vida e integridade da criança, como também devido às inúmeras alterações emocionais, sociais e psicológicas inerentes à situação. A família vai reagir e reunir esforços com o intuito de restabelecer o equilíbrio, e o enfermeiro tem aqui um papel importante no auxílio e apoio da família para esta conseguir reunir energias e recursos para se adaptar à situação. Os procedimentos dolorosos a que a criança é submetida durante o internamento são reconhecidos como fonte de stress para a criança e família e cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (...) e aplicar conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2010). Este projeto tem como tema central as estratégias de preparação de crianças para procedimentos dolorosos, que vão ajudar a criança e família na gestão da dor e bem-estar. Sendo estas estratégias intervenções autónomas dos enfermeiros, a sua aplicação, para além de diminuir a dor, stress e ansiedade da criança e família, conferem um grau elevado de qualidade dos cuidados de enfermagem, dando visibilidade e prestígio à profissão.

A escolha do tema nasceu de uma necessidade sentida por mim enquanto enfermeira numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, onde verifico muitas vezes a importância dada à componente técnica dos cuidados, e onde a equipa se esforça diariamente para salvar vidas e manter a integridade das crianças gravemente doentes, esquecendo-se por vezes da componente humana que define a enfermagem desde os primórdios da profissão. Como refere Silva (2007), apesar das evoluções verificadas, há uma perceção generalizada de que o paradigma biomédico – no qual os enfermeiros atribuem todas as prioridades à gestão dos sinais e sintomas das doenças e às atividades de colaboração direta com a medicina – é dominante e de que há dificuldades de vária ordem (individuais, profissionais, organizacionais, etc.) em introduzir aspetos característicos dos modelos expostos que emergiram do

desenvolvimento disciplinar da Enfermagem, nos modelos em uso nas práticas profissionais.

Com a elaboração deste projeto pretendo humanizar e melhorar os cuidados prestados pela equipa de enfermagem, favorecendo o bem-estar e equilíbrio das crianças e famílias internadas. Integro como alvo de formação deste projeto a equipa de enfermagem, que também identifiquei ter necessidade de crescer e desenvolver as suas competências na área dos cuidados atraumáticos e na gestão da dor das crianças internadas, pois como está definido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010) a atuação do enfermeiro especialista também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Este percurso envolveu um processo de reflexão, autoconhecimento e consciencialização que me levou a crescer e a uma redescoberta pessoal e profissional, através da observação, análise e reflexão dos cuidados de enfermagem, de situações experienciadas nos diferentes campos de estágio, e das vivências das crianças e famílias nos diferentes contextos dos cuidados de saúde. Este processo de crescimento alicerçou-se na literatura científica disponível, em teorias, modelos e filosofias inerentes à profissão e ao tema central do projeto, bem como nas linhas orientadoras da profissão de enfermagem. Este processo culminou na realização e implementação do projeto no local de trabalho, aplicando, como refere a OE (2010) no Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado (...) e a utilização de processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada. O Enfermeiro Especialista surge como líder e supervisor da equipa, contribuindo diretamente para a qualidade dos cuidados e indiretamente fomentando o crescimento e desenvolvimento profissional da equipa (LEWIS, 1996), identificando e reconhecendo as forças e fraquezas da equipa, gerindo a equipa de forma a prestar cuidados de qualidade às famílias internadas.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando acolho uma família na Unidade, muitas vezes o cenário assemelha-se a uma tragédia. A criança vem a chorar porque está doente, desconfortável e assustada com tudo aquilo que se está a passar. Os pais evidenciam muitas vezes um fâcies de pânico, outros vêm a chorar, outros estão em choque e não verbalizam uma palavra, e outros por vezes apresentam um discurso agressivo dirigido aos profissionais que ainda nem conhecem. A doença e resultante internamento numa UCIP constituem para os pais e criança uma crise e ameaça à sua integridade, sendo uma experiência emocionalmente intensa, e as consequências da doença e hospitalização da criança e família vão depender não só da situação de doença em si, e consequente sofrimento, mas também da forma como estes vão viver todo este processo, e dos recursos e energia que vão conseguir mobilizar.

Deste modo, é importante que o enfermeiro compreenda a experiência vivida pela família, bem como saiba identificar quais as fontes possíveis de stress e sofrimento, as suas reações e comportamentos, quais os recursos (internos e externos) que pode mobilizar e quais as práticas de enfermagem que podem ajudar na gestão da experiência. O enfermeiro deve assumir um papel de mediador emocional para a família, ajudando-a a gerir todo este processo. Os Cuidados Centrados na Família devem ancorar os cuidados de enfermagem, e segundo Tomlinson et al (2002), “tornaram-se numa meta para os profissionais de saúde em muitos contextos, particularmente em cuidados pediátricos em situação crítica, devido ao crescente reconhecimento da importância da família na recuperação da criança, e do impacto da doença da criança na família”. Ao estabelecer uma relação de parceria e confiança com a família, o enfermeiro partilha experiências, sentimentos, poder e informação, conseguindo deste modo ajudar esta família a superar esta crise.

Uma das fontes de stress para a criança e família são sem dúvida os procedimentos dolorosos a que a criança é submetida, e muitas crianças vivenciam a experiência da hospitalização com sentimentos de medo em relação a esta possibilidade. Na realidade, crianças em idade escolar temem a sala de operações, levar uma injeção, morrer no hospital e o fracasso na escola (MANSY et al, 2007). As crianças mais pequenas em idade pré-escolar, por apresentarem maior dificuldade na compreensão global da experiência, a simples aproximação do profissional ou pequenas intervenções podem constituir uma fonte de stress. Os cuidados atraumáticos surgem

como uma filosofia central dos cuidados pediátricos, guiando os cuidados de enfermagem no sentido de minimizar ou reduzir os efeitos negativos inerentes à doença e hospitalização.

Alicerçada nesta filosofia surgem as estratégias de preparação das crianças para os procedimentos dolorosos, não apenas para diminuir ou eliminar o sofrimento da criança e pais durante o procedimento, mas também porque se sabe, como referem Baeyer et al, (2004) que as memórias infantis de experiências dolorosas podem ter consequências a longo prazo na reação da criança a situações dolorosas e na sua aceitação aos cuidados e intervenções de saúde. Trata-se portanto de um dever ético e moral defender e proteger as crianças, evitando o seu sofrimento, reduzindo ao mínimo as agressões físicas ou emocionais (Carta da Criança Hospitalizada, INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA, 2000).

Este projeto vem colmatar aquilo que considero uma falha na prestação de cuidados de enfermagem na UCIEP, pois a não utilização de estratégias eficazes para controle da dor durante os procedimentos dolorosos, mesmo aqueles considerados mais simples, implicam na criança e pais sofrimento desnecessário e consequências significativas.

Delineei este projeto de forma a desenvolver as minhas competências e perícia nesta área, tornando-me num elemento de referência, para posteriormente levar a equipa de enfermagem a abraçar comigo este projeto e a desenvolver também ela as suas competências. Ao longo deste percurso tive oportunidade de observar e aprender a utilizar diferentes estratégias para preparar as crianças para diferentes procedimentos, em diferentes contextos de cuidados de saúde. A aprendizagem desenvolvida teve como base a teoria que a literatura nos fornece, bem como a observação, registo, análise e reflexão sobre situações vivenciadas.

Considero que a implementação deste projeto com certeza melhorou a prestação de cuidados de enfermagem às crianças e famílias internadas, humanizando cada intervenção e diminuindo impacto negativo da hospitalização. Um projeto que não termina com este relatório pois pretendo continuar a formação dos pares, e alargar este projeto a outras áreas do departamento de Pediatria do hospital (Urgência Pediátrica, Internamento e Consulta Externa). Pretendo também elaborar um Manual de Preparação de Crianças para Procedimentos Dolorosos, e incluir no Manual de Integração esta vertente.

7 – BIBLIOGRAFIA

- ALDRIDGE, Michael D. (2005) - Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit. **Critical Care Nurse**. Vol 26, Nº 6 (Dezembro 2005).40-50. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/25/6/40.full.pdf+html>.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2001) – The assesement and management of acute pain in infants, children and adolescents. **Pediatrics**. Vol. 108, Nº 3 (Setembro 2001). 793-7. ISSN: 0031 4005. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/108/3/793.full.pdf+html>.
- AVÔ, António Brito (1996) – **O Desenvolvimento da Criança**. Lisboa: Texto Editora. ISBN: 972-47-0034-8.
- AZEVEDO, D. M.; [et al] (2008) – O Brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes. **Revista Electrónica de Enfermagem**. Vol. 10, Nº1. 137-144. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a12.htm>.
- BAEYER, Carl L. Von; [et al] (2004) – Children’s Memory for Pain: Overview and Implications for Practice. **The Journal of Pain**. Vol. 5, Nº 5 (Junho 2004). 241-49.
- BAGHERIYAN, Samaneh; [et al] (2011) – The effects of regular breathing exercise and making bubbles on the pain of catheter insertion in school age children. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**. Vol. 16, Nº 2 (Spring 2011). 174-80. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3249769/>.
- BARROS, Luísa (1998) – As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controlo. **Análise Psicológica**. Vol. XVI, Nº 1 (1998). 11-28. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n1/v16n1a03.pdf>.
- BARROS, Luísa (2003) – **Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista**. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-081-2.
- BARROS, Luísa (2010) - A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. **Temas em Psicologia**. Vol. 18, Nº 2 (2010). 295–306. ISSN 1413-389X. Disponível em: <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol18n2/PDF/v18n2a04.pdf>.
- BÁRTOLO, Emília (2008) – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os profissionais de saúde aprendem. **Sífilso. Revista de Ciências da Educação**. Nº 5 (Jan/Abril 2008). 7-17. ISSN: 1646-4990.
- BATALHA, Luís (2010) - **Dor em Pediatria – compreender para mudar**. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-593-0.

- BELLINI, C. V. [et al] (2006) – Analgesic effect of watching TV during venipuncture. **Arch Dis Child**. Vol. 91 (2006). 1015-17.
- BENNER, Patricia (2001) – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 927-8535-97-X.
- BILBACE, Roger; WALSH; Mary E. (1977) – **The Development of Children's Concepts of health and illness**.
- BOARD, Rhonda (2005) – School-Age Children's Perceptions of Their PICU Hospitalization. **Pediatric Nursing**. Vol. 31, Nº 3 (Junho 2005). 166-175. Disponível em: <http://adasecperu.org/adasecpro/files/32.pdf>.
- BOARD, Rhonda; RYAN-WENGER, Nancy (2002) - Long-term effects of pediatric intensive care unit hospitalization on families with young children. **Heart & Lung**. Vol. 31, Nº 1 (Jan/Fev 2002). 53-66.
- BRAZELTON, T. Berry (2002) – **O Grande Livro da Criança: O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. 4ª Edição. Barcarena: Editorial Presença.
- BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, Joshua D. (2003) – **A Criança dos 3 aos 6 anos: o desenvolvimento emocional e do comportamento**. 3ª Edição. Barcarena: Editorial Presença. ISBN: 972-23-3018-7.
- CAMPOS, M. C.; RODRIGUES, K. C. S.; PINTO, M. C. M. (2010) – Evaluation of the behavior of the preschool one just admitted in the unit of pediatrics and the use of the therapeutic toy. **Einstein**. Vol.10, Nº 1 (2010). 10-17. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1462-Einsteinv8n1p10-17.pdf>.
- COHEN, Lindsey L.; BLOUNT, Ronald L.; PANOPOULOS, Georgia (1997) – Nurse Coaching and Cartoon Distraction: an Effective and Practical Intervention to Reduce Child, Parent, and Nurse Distress During Immunizations. **Journal of Pediatric Psychology**. Vol. 22 Nº 3 (1997). 355-70.
- CRUZ, Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos (2008) – A Supervisão Clínica em Enfermagem como Estratégia de Qualidade no Contexto da Enfermagem Avançada. **Servir**. Vol. 56, Nº 5 (Dezembro 2008). 200-206.
- FRAZIER, Angela; FRAZIER, Heath; WARREN, Nancy A. (2010) – A Discussion of Family-Centered Care Within the Pediatric Intensive Care Unit. **Critical Care Nursing Quarterly**. Vol. 33, Nº1 (Jan/Março 2010). 82-86. Disponível em: <http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=952905>.

- GIMBLER-BERGLUND, Ingalill; LJUSEGREN, Gunilla; ENSKÄR, Karin (2008) - Factors influencing pain management in children. **Paediatric Nursing**. Vol. 20, Nº 10 (Dezembro 2008).
- GREEN, E. (1983) – Normalization: Meeting Growth and Development Needs of Children in a Pediatric Intensive Care Unit. **CHC**. Vol. 12, N.º1 (1983). 43-44.
- GRIFFIN, Ruth A.; POLIT, Denise F.; BYRNE, Mary W. (2008) – Nurse characteristics and inferences about children's pain. **Pediatric Nursing**. Vol. 34, Nº 4 (Julho-Agosto 2008). 297-305.
- GOMES, Aline; [et al] (2010) – Nurse's role play regards to the feelings and attitudes from hospitalized children undergoing venipuncture. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**. Vol.4, Nº 1 (Jan-Março 2010). 371-376. ISSN: 1981-8963.
- HAIAT, Hana; BAR-MOR, Galit; SHOCHAT, Maskit (2003) – The World of the Child: A World of Play Even in the Hospital. **Journal of Pediatric Nursing**. Vol. 18, Nº 3 (Junho 2003). 209-214.
- HODGINS, Marilyn J.; LANDER, Janice (1997) – Children's Coping With Venipuncture. **Journal of Pain and Symptom Management**. Vol. 13, Nº5 (Maio 1997). 274-85. Disponível em: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0885-3924/PIIS0885392496003284.pdf>.
- HUMPHREY, G. Bennett; [et al] (1992) – The Occurrence of High Levels of Accute Behavioral Distress in Children and Adolescents Undergoing Routine Venepunctures. **Pediatrics**. Vol. 90, Nº 1 (Julho 1992). 87-91. ISSN: 0031-4005.
- INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY-CENTERED CARE. **Frequently Asked Questions**. Disponível em: <http://www.ipfcc.org/faq.html>.
- INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (1999) - **Carta Da Criança Hospitalizada**. Lisboa: Instituto De Apoio À Criança.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (2005) – **Clinical Updates: Why Children's Pain Matters?**. USA: IASP. Vol. XIII, Nº 4. ISSN: 1083-0707. Disponível em [:http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=HOME,HOME&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=2265&SECTION=HOME,HOME](http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=HOME,HOME&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=2265&SECTION=HOME,HOME).
- JORGE, Ana Maria (2004) – **Família e Hospitalização da Criança: (Re)Pensar o Cuidar em Enfermagem**. Loures: Lusociência.

- KAIN, Zeev N. [et al] (2006) - Preoperative Anxiety, Postoperative Pain, and Behavioral Recovery in Young Children Undergoing Surgery. **Pediatrics**. Vol.118, Nº 2 (Agosto 2006). 651-58. Disponível em:
- KENNEDY, Robert M.; LUHMANN, Janet; ZEMPSKY, William T. (2008) - Clinical Implications of Unmanaged Needle-Insertion Pain and Distress in Children. **Pediatrics**. Vol. 122, Supplement 3 (Novembro 2008). 130-33. ISSN: 0031-4005. Disponível em: http://pediatrics.aappublications.org/content/122/Supplement_3/S130.full.pdf+html.
- KLEIBER, Charmaine; CRAFT-ROSENBERG, Martha; HARPER, Dennis C. (2001) – Parents as Distraction Coaches During IV Insertion: A Randomized Study. **Journal of Pain and Symptom Management**. Vol. 22, Nº 4 (Outubro 2001). 851-61. Disponível em: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0885-3924/PIIS0885392401003165.pdf>.
- KOLK, A. M.; HOOFF, R. Van; DOP, M. J. C. Fiedeldij (2000) – Preparing children for venipuncture. The effect of an integrated intervention on distress before and during venipuncture. **Blackwell Science Ltd**. Vol. 26, Nº 3 (2000). 251-260.
- LEWIS, C. (1996) - The clinical nurse specialists' role as coach in a clinical practice development model. **Journal of Vascular Nursing**. (June 1996). 48-52.
- MACLAREN, Jill E.; COHEN, Lindsey L. (2005) – A Comparison of Distraction Strategies for Venipuncture Distress in Children. **Journal of Pediatric Psychology**. Vol. 30, Nº 5 (Fev 2005). 387-396. Disponível em: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/30/5/387.full.pdf+html>.
- MACLAREN, Jill E.; COHEN, Lindsey L. (2007) – Interventions for paediatric procedure-related pain in primary care. **Paediatr Child Health**. Vol. 12, Nº 2 (Fev 2007). 111-16.
- MAHONEY, Liam; AYERS, Susan; SEDDON, Paul (2010) - The Association Between Parent's and Healthcare Professional's Behavior and Children's Coping and Distress During Venepuncture. **Journal of Pediatric Psychology**. Vol. 35, Nº 9 (Fev 2010). 985-95.
- MANSY, Gamalat El-Sayed; [et al] (2007) – Fears of School-Age Children During Hospitalization and Their Coping Strategies. **Journal of Medical Research Institute**. Vol. 29, Nº3 (2007). 271-80.
- MARTINS, M. R.; [et al] (2001) – Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. **Revista Latino-Americana**

de Enfermagem. Vol. 9, Nº 2 (Março 2001). 76-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11518.pdf>.

• MASON, Selwyn; JOHNSON, Malcolm H.; WOOLLEY, Cheryl (1999) – A comparison of distracters for controlling distress in young children during medical procedures. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings.** Vol. 6, No 3 (1999). 239-48. Disponível em:

<http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1026235620538#page-1>.

• MCCARTHY, Ann Marie; KLEIBER, Charmaine (2006) – A Conceptual Model of Factors Influencing Children's Responses to a Painful Procedure When Parents are Distraction Coaches. **Journal of Pediatric Nursing.** Vol. 21, Nº 2 (Abril 2006). 88-98.

• MELHUIISH, Susan; PAYNE, Heather (2006) – Nurses' attitudes to pain management during routine venepuncture in young children. **Paediatric Nursing.** Vol. 18, Nº 2 (Março 2006). 20-23.

• MURPHY, Gemma (2009) – Distraction techniques for venepuncture: a review. **Paediatric Nursing.** Vol. 21, Nº 3 (Abril 2009). 18-20. Disponível em: <http://nursingchildrenandyoungpeople.rcnpublishing.co.uk/archive/article-distraction-techniques-for-venepuncture-a-review>.

• NEUMAN, Betty (1995) – **The Neuman Systems Model.** 3ª Edição. EUA: Appleton & Lange. ISBN: 0-8385-6701-0.

• NEUMAN, Betty; FAWCETT, Jacqueline (2011) – **The Neuman Systems Model.** 5ª Edição. EUA: Pearson education, Inc.

• NUNES, Lucília; RUIVO, Mª Alice; FERRITO, Cândida (2010) – Metodologia de Projeto: Colectânea descritiva de etapas. **Revista Percursos.** Nº 15 (Jan-Março 2010). 1-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

• ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) - **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros** (Set 2009). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

• ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista** (Maio 2010). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

• ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem** (Out 2010). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

• PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos (1998) – **O Mundo da Criança: da infância à adolescência.** 2ª Edição. São Paulo: Markon Books. ISBN: 85-346-0543-2.

- PEREIRA, A. M.; [et al] (2010) – Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. **Pensar Enfermagem**. Vol.14, Nº1 (1º Semestre de 2010). 24-38. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38(2).pdf).
- PIAGET, Jean; INHELDER, Bärbel (1979) – **A Psicologia da Criança – do nascimento à adolescência**. Lisboa: Moraes Editores.
- PIIRA, Tiina; HAYES, Brett; GOODENOUGH, Belinda (2002) – Distraction methods in the management of children’s pain: an approach based on evidence or intuition? **The Suffering Child**. Issue 1 (Out 2002). Disponível em: <http://staff.unak.is/andy/NursResearchMethods0607/TSC/PainDistractionMethods.pdf>.
- PIMENTEL, Maria Helena (2001) – Preparação Pré-Operatória da Criança e da Família. **Servir**. Vol. 49, Nº 4 (2001). 172-77. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2893/1/prepara%C3%A7%C3%A3o%20pr%C3%A9-operat%C3%B3ria%20da%20crian%C3%A7a%20e%20da%20fam%C3%ADlia.pdf>
- PINTO, Mónica (2009) – Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. **Rev Port Clín Geral**. Vol. 25. 677-87. Disponível em: http://old.apmgf.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=33568&artId=905.
- PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2010) – **Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças**. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. Divisão de Doenças Transmissíveis (2005) – **Programa Nacional de Vacinação 2006**. Lisboa: DGS. ISBN: 972-675-136-5.
- REIS, Evelyn Cohen; [et al] (2003) – Effective Reduction for Multiple Immunization Injections in Young Infants. **ARCH PEDIATR ADOLESC MED**. Vol. 157 (Nov 2003). 1115-20. Disponível em: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=481474>.
- RIEMAN, Mary T.; GORDON, Mary (2007) – Pain management competency evidenced by a survey of pediatric nurse’s knowledge and attitudes. **Pediatric Nursing**. Vol. 33, Nº 4 (Julho-Agosto 2007). 307-312.
- SAEIDI, Reza; [et al] (2011) – Use of “Kangaroo Care” to Alleviate the Intensity of Vaccination Pain in Newborns. **Iran Journal of Pediatrics**. Vol. 21, Nº 1 (Março 2011). 99-102.

- SCHECHTER, Neil L.; [et al] (2007) – Pain Reduction During Pediatric Immunizations: Evidence-Based Review and Recommendations. **PEDIATRICS**. Vol. 119, Nº5 (Maio 2007). 1184-1198. ISSN: 0031-4005. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/119/5/e1184.full.pdf+html>.
- SHUDY, Marysia; [et al] (2006) – Impact of Pediatric Illness and Injury on Families: A Systematic Literature Review. **Pediatrics**. Vol. 118, Supplement 3 (Dez 2006). 203-18. ISSN: 0031-4005. Disponível em: http://pediatrics.aappublications.org/content/118/Supplement_3/S203.full.pdf.
- SIKOROVA, Lucie; HRAZDILOVA, Petra (2011) – The effect of psychological intervention on perceived pain in children undergoing venipuncture. **Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub**. Vol. 155, Nº XX (Março 2011). 1-6. Disponível em: <http://biomed.papers.upol.cz/getrevsrc.php?identification=public&mag=bio&raid=163&type=fin&ver=2>.
- SILVA, Abel Paiva (2007) – Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. Vol. 55, Nº 1-2 (Janeiro-Abril 2007). 11-20.
- SMITH, Nathalie (2011) - Pain Assessment in Children: Performing. **Nursing Practice & Skill** (Dezembro 2011).
- STEVENS, Bonnie J.; [et al] (2011) – Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. **CMAJ**. Vol. 183, Nº 7 (Abril 2011). 403-10. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/content/183/7/E403.full.pdf+html>.
- STINSON, Jennifer; [et al] (2008) – Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. **Pain Res Manage**. Vol. 13, Nº 1 (Jan/Fev 2008). 51-7. Disponível em: <http://www.pulsus.com/journals/abstract.jsp?jnlKy=7&atlKy=7843&isuKy=767&isArt=t&HCtype=Consumer>.
- TADDIO, Anna; [et al] (2010) – Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. **CMAJ**. Vol. 182, Nº 18 (Dez 2010). 843-55. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/content/182/18/1989.full.pdf+html>.
- TOMLINSON, Patricia S.; [et al] (2002) – Clinical innovation for promoting family care in paediatric intensive care: demonstration, role modelling and reflective practice. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 38, Nº 2 (Jan 2002). 161-170.

- TÜFEKCI, Fatma Güdücü; ÇELEBIOGLU, Ayda; KÜÇÜKOGLU, Sibel (2009) – Turkish children loved distraction: using kaleidoscope to reduce perceived pain during venipuncture. **Journal of Clinical Nursing**. Vol. 18. 2180-86.
- UMAN, Lindsay S.; [et al] (2008) - A Systematic Review of Randomized Controlled Trials Examining Psychological Interventions for Needle-related Procedural Pain and Distress in Children and Adolescents: An Abbreviated Cochrane Review*. **Journal of Pediatric Psychology**. Vol. 33, Nº 8 (Abril 2008). 842-54. Disponível em: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/> by guest on February 28, 2012.
- VESSEY, Judith A.; CARLSON, Karen L.; MCGILL, Joan (1994) – Use of Distraction With Children During Acute Pain Experience. **NURSING RESEARCH**. Vol. 43, No 6 (Nov/Dez 1994). 369372. Disponível em: <http://discuss.pediatricpainresearch.ca/resources/Use%20of%20distraction.pdf>.
- WANG, Zi-Xuan; SUN, Li-Hui; CHEN, Ai-Ping (2008) – The efficacy of non-pharmacological methods of pain management in school age children receiving venipuncture in a paediatric department: a randomized controlled trial of audiovisual distraction and routine psychological intervention. **SWISS MED WKLY**. Vol. 138 (2008). 579-84. Disponível em: <http://www.smw.ch/docs/pdf200x/2008/39/smw-12224.PDF>.
- WATSON, Jean (2002) – **Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência, Edições técnicas e científicas. ISBN: 972-8383-33-9.
- WILLOCK, Jane; [et al] (2004) – Peripheral venepuncture in infants and children. **Nursing Standard**. Vol. 18, Nº 7 (Março 2004). 43-50. Disponível em: <http://nursingstandard.rcnpublishing.co.uk/archive/article-peripheral-venepuncture-in-infants-and-children>.
- WINDICH-BIERMEIER, Andrea; [et al] (2007) – Effects of Distraction on Pain, Fear and Distress During Venous Port Access and Venipuncture in Children and Adolescents With Cancer. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**. Vol. 24, Nº 1 (Jan/Fev 2007). 8-19.
- WONG, Donna L. (1999) – **Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva**. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

ANEXOS

Anexo 1:

Tabela - Planeamento do Projeto

PLANEAMENTO DO PROJECTO

1º Objetivo Específico: desenvolver maior capacidade de comunicação com as crianças, de acordo com as suas características e etapa do desenvolvimento, contexto e situação clínica

ACTIVIDADES	RECURSOS	LOCAL	INDICADORES
• Pesquisa bibliográfica • Observação da interação entre crianças saudáveis (comunicação verbal e não verbal, brincadeiras) e de crianças com adultos (educadoras, enfermeiros, pais) • Elaboração de grelha de observação (características de desenvolvimento segundo os principais autores) • Interação com crianças de diferentes idades (comunicação, desenhos, brincadeiras e outras atividades) em diferentes contextos • Relatório e reflexão sobre atividades e aprendizagens realizadas	<u>Humanos</u> Crianças, pais, educadoras, equipa de enfermagem dos locais de estágio <u>Materiais</u> Bibliografia, brinquedos, jogos, material didático, tabelas de desenvolvimento, grelha de observação	Jardim de Infância da Freguesia dos Anjos (JIFA) Unidade de Saúde Familiar ARS Médica (CS Loures – Extensão de Santo António dos Cavaleiros) Consulta pré-operatória HDE	Elaboração e preenchimento das grelhas de observação Registo, análise e reflexão sobre interação com as crianças de diferentes idades Relatório final

2º Objetivo Específico: desenvolver maior compreensão do impacto dos procedimentos dolorosos na criança de diferentes idades e sua família

ATIVIDADES	RECURSOS	LOCAL	INDICADORES
• Pesquisa bibliográfica • Observação de crianças de diferentes idades submetidas a diferentes procedimentos dolorosos • Registo de observações efetuadas (comportamento da criança e pais, estratégias que utilizam) • Relatório e reflexão sobre atividades e aprendizagens realizadas nos diferentes locais de estágio (sala de vacinação, consulta pré-operatória, sala de tratamentos da UP do HFF e consulta do HDE, UCIEP)	<u>Humanos</u> Crianças, pais, equipa de enfermagem dos locais de estágio <u>Materiais</u> Bibliografia, folhas de registo	Unidade de Saúde Familiar ARS Médica Consulta HDE Urgência Pediátrica (HFF) UCIEP (HFF)	Registo, análise e reflexão de observações efetuadas Relatório final

3º Objetivo Específico: conhecer e utilizar as melhores práticas de preparação das crianças para procedimentos dolorosos

ATIVIDADES	RECURSOS	LOCAL	INDICADORES
• Pesquisa bibliográfica • Revisão da literatura acerca de diferentes estratégias de preparação para procedimentos dolorosos • Observação de enfermeiros a utilizar estratégias, registo, análise e interpretação das situações observadas • Utilização de estratégias de preparação para procedimentos • Registo, interpretação e avaliação das intervenções (onde foram utilizadas as estratégias) • Relatório e reflexão sobre atividades e aprendizagens realizadas	<u>Humanos</u> Crianças, pais, equipa de enfermagem dos locais de estágio <u>Materiais</u> Bibliografia Materiais para preparar as crianças para os procedimentos (bolas de sabão, caleidoscópio, boneco, fantoches de dedo, livros, material para desenhar, medalhas de bom comportamento, apitos língua da sogra, etc)	Unidade de Saúde Familiar ARS Médica Consulta HDE Urgência Pediátrica (HFF) UCIEP (HFF)	Registo, análise e reflexão de situações (onde foram utilizadas estratégias de preparação para procedimentos dolorosos) Revisão da literatura Relatório final

4º Objetivo Específico: desenvolver um plano de formação sobre estratégias de preparação de crianças em idade pré-escolar e escolar para procedimentos dolorosos, no contexto do local de trabalho

ACTIVIDADES	RECURSOS	LOCAL	INDICADORES
• Pesquisa bibliográfica (formação de adultos, metodologia de projeto, supervisão clínica) • Diagnóstico das necessidades de formação: - levantamento das estratégias utilizadas pelos enfermeiros - levantamento dos procedimentos dolorosos mais frequentes - elaboração e implementação de questionário - análise e discussão dos resultados do questionário • Planeamento da formação de acordo com os resultados dos questionários • Implementação do plano de formação • Avaliação do plano de formação • Elaboração de dossier com bibliografia sobre o tema (para consulta da equipa de enfermagem) • Elaboração de caixa com material adequado para implementação das estratégias de preparação das crianças para procedimentos • Elaboração de medalhas de bom comportamento	<u>Humanos</u> Equipa de enfermagem da UCIEP, enfermeira-chefe e enfermeira responsável, enfermeira de referência da formação <u>Materiais</u> Material audiovisual, dossier com bibliografia sobre o tema, caixa com material para utilizar na preparação das crianças para os procedimentos (bolas de sabão, caleidoscópio, boneco, fantoches de dedo, livros, material para desenhar, medalhas de bom comportamento, apitos língua da sogra, etc)	UCIEP - HFF	Resumo sobre análise e discussão dos resultados dos questionários Planeamento da formação Estratégias de formação implementadas na UCIEP Relatório final

Anexo 2:
Cronograma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

LOCAL: UCIEP – HFF

[illegible]

LOCAL: Jardim de Infância da Freguesia dos Anjos

[illegible]

LOCAL: Unidade de Saúde Familiar ARS Médica

[illegible]

LOCAL: Consulta Externa HDE

[illegible]

LOCAL: UCIEP – HFF																											
DATA	Janeiro 2012																										
	2 a 15							16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29						
ACTIVIDADE																											
LOCAL: Urgência Pediátrica – HFF																											
DATA	Fevereiro 2012																										
	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
ACTIVIDADE																											
DATA	Março 2012																										
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ACTIVIDADE																											
	Estágio																										
	Orientação tutorial																										
	Pesquisa bibliográfica																										
	Elaboração de relatório síntese																										
	Seminários (Escola)																										
	Formação “Medidas não-farmacológicas de controlo da dor” (HDE)																										
	Seminário “Queimaduras – diferentes perspetivas: Controlo da Dor” (HDE)																										

Anexo 3:

Tabela - Planejamento dos Estágios

PLANEAMENTO DOS ESTÁGIOS

1º Estágio: UCIEP (HFF), 3 a 16 de Outubro de 2012

OBJETIVOS:

- Desenvolver compreensão do impacto dos procedimentos dolorosos nas crianças de diferentes idades
- Iniciar diagnóstico de necessidades de formação da equipa de enfermagem

ATIVIDADES:

- Pesquisa bibliográfica
- Levantamento do tipo de procedimentos dolorosos mais frequentes
- Levantamento de estratégias de preparação para procedimentos utilizadas pelos enfermeiros

2º Estágio: Jardim de Infância da Freguesia dos Anjos, 17 Outubro a 6 de Novembro de 2012

OBJETIVOS:

- Desenvolver maior compreensão do desenvolvimento infantil
- Desenvolver maior capacidade de comunicação com as crianças de acordo com as suas características e etapa do desenvolvimento
- Conhecer atividades, jogos e brincadeiras adequados às crianças consoante as suas características e etapa do desenvolvimento
- Refletir acerca dos conhecimentos adquiridos e a sua influência para a prática dos cuidados de enfermagem à criança hospitalizada

ATIVIDADES:

- Pesquisa bibliográfica (desenvolvimento infantil segundo os autores Freud, Erikson, Piaget, Bowlby)
- Elaboração de tabelas com as principais características do desenvolvimento infantil segundo os principais autores
- Elaboração e aplicação de grelha de observação do desenvolvimento infantil
- Participação em algumas atividades com as crianças (jogos, desenhos, brincadeiras)
- Elaboração de relatório final do estágio

3º Estágio: Unidade de Saúde Familiar ARS Médica (CS Loures – Extensão Santo António dos Cavaleiros), 7 a 27 de Novembro de 2011

1º OBJETIVO: Desenvolver capacidades de comunicação com as crianças de acordo com as suas características e etapa do desenvolvimento

ATIVIDADES:

- Leituras sobre técnicas de comunicação com a criança (WONG)
- Síntese das leituras
- Registo, análise e de situações (durante as consultas de saúde infantil ou na sala de vacinação)

2º OBJETIVO: desenvolver compreensão do impacto dos procedimentos dolorosos na criança de diferentes idades

ATIVIDADES:

- Leituras sobre impacto dos procedimentos dolorosos na criança (reações, factores que influenciam, consequências)
- Síntese das leituras
- Participação nos procedimentos (vacinação)
- Registo, análise e reflexão de situações

3º OBJETIVO: desenvolver práticas de preparação das crianças de diferentes idades para a vacinação

ATIVIDADES:

- Leituras sobre as melhores práticas de preparação das crianças para procedimentos dolorosos
 - Síntese das leituras
 - Participação nos procedimentos (vacinação) com utilização de estratégias de preparação das crianças para procedimentos dolorosos
 - Registo e análise de situações
-

4º OBJETIVO: prestar cuidados de enfermagem à criança e família que recorre ao centro de saúde, com especial enfoque na promoção da saúde e bem-estar e deteção precoce de problemas de saúde das crianças e jovens, utilizando como filosofias norteadoras os cuidados atraumáticos e o cuidado holístico à criança e família

ATIVIDADES:

- Conhecer o plano de ação da USF
- Conhecer as recomendações da DGS para a consulta de enfermagem de saúde infantil
- Observação e participação das consultas de enfermagem de saúde infantil
- Registo, análise e reflexão de consultas

OUTRAS ATIVIDADES:

- Participação no seminário “Queimaduras – diferentes perspetivas: Controlo da Dor” (Hospital Dona Estefânia) no dia 25 Novembro
 - Elaboração de relatório reflexivo sobre atividades e aprendizagens realizadas com perspetivação para o projeto
-

4º Estágio: Consulta pré-operatória (Serviço de Consulta Externa – Hospital Dona Estefânia), 28 de Novembro a 18 de Dezembro de 2011

OBJETIVO: Desenvolver competências de enfermeiro especialista em SIP na preparação de crianças para procedimentos dolorosos e experiências causadoras de ansiedade

ATIVIDADES:

Na sala de tratamentos:

- Conhecer os protocolos da instituição sobre dor (escalas de avaliação, medidas farmacológicas e não-farmacológicas de controlo da dor)
- Leituras sobre estratégias de preparação para procedimentos dolorosos
- Síntese das leituras
- Observação e participação em procedimentos com utilização de estratégias de preparação das crianças
- Síntese reflexiva sobre situações vivenciadas

Na consulta pré-operatória:

- Conhecer o protocolo da consulta de enfermagem pré-operatória
- Leituras sobre programas de preparação de crianças para cirurgia
- Síntese das leituras
- Observação e participação nas consultas pré-operatórias de enfermagem
- Síntese reflexiva sobre consultas

OUTRAS ATIVIDADES:

- Participação na formação em serviço “Estratégias não-farmacológicas de controlo da dor”
 - Elaboração de relatório reflexivo sobre atividades e aprendizagens realizadas com perspetivação para o projeto
-

5º Estágio: Urgência Pediátrica do Hospital Fernando Fonseca, 30 de Janeiro a 1 Abril 2012

OBJETIVO: Desenvolver competências de enfermeiro especialista em SIP na preparação de crianças e adolescentes para procedimentos dolorosos e experiências causadoras de ansiedade

ATIVIDADES:

- Revisão da literatura acerca de estratégias de preparação de crianças para procedimentos dolorosos

Na Sala de Tratamentos:

- Conhecer os protocolos do serviço sobre dor (escalas de avaliação, medidas de controlo da dor)
- Participação em procedimentos com utilização de estratégias de preparação das crianças
- Descrição, análise e reflexão sobre situações vivenciadas

OUTRAS ATIVIDADES:

- Elaboração de relatório reflexivo sobre atividades e aprendizagens realizadas com perspetivação para o projeto
- Complementar o “Kit sem dor” da sala de tratamentos da Urgência Pediátrica
- Elaboração de medalhas de bom comportamento e diplomas de bom comportamento

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Livros (“Anita no Hospital”, “O Corpo Humano – Tom Sawyer”, “Ruca no Hospital”)
 - Material de punção e boneco para demonstração
 - Medalhas de bom comportamento
 - Diplomas de bom comportamento
 - Balões
 - Apitos língua de sogra
 - Bolas de sabão
 - Caleidoscópio
-

6º Estágio: UCIEP do Hospital Fernando Fonseca, 16 a 29 Janeiro 2012

OBJECTIVO: iniciar o desenvolvimento de um plano de formação dirigido à equipa de enfermagem da UCIEP sobre estratégias de preparação de crianças em idade pré-escolar e escolar para procedimentos dolorosos

ACTIVIDADES:

- Pesquisa bibliográfica (formação de adultos, metodologia de projeto, supervisão clínica)
 - Diagnóstico das necessidades de formação:
 - levantamento das estratégias utilizadas pelos enfermeiros
 - levantamento dos procedimentos dolorosos mais frequentes
 - elaboração e implementação de questionário
 - análise e discussão dos resultados do questionário
 - Planeamento da formação de acordo com os resultados dos questionários
 - Implementação do plano de formação
 - Avaliação do plano de formação – definição de indicadores de avaliação
 - Elaboração de dossier com bibliografia sobre o tema (para consulta da equipa de enfermagem)
 - Elaboração de caixa com material adequado para implementação das estratégias de preparação das crianças para procedimentos
 - Elaboração de medalhas de bom comportamento
-

Anexo 4:

Tabela - Revisão da Literatura: estudos que evidenciam a eficácia da utilização de estratégias de preparação para procedimentos dolorosos na redução da dor, stress e ansiedade da criança

TABELA: Estudos que evidenciam a eficácia da utilização de estratégias de preparação para procedimentos dolorosos na redução da dor, stress e ansiedade da criança

AUTORES	TIPO DE ESTUDO	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS
BAGHERIYAN, Samaneh [et al] (2011)	Ensaio clínico Randomizado	60 crianças (6-12 anos) com talassémia submetidas a colocação de catéter venoso periférico	Grupo 1: fazer bolas de sabão (1 min antes e durante o procedimento) Grupo 2: exercícios respiratórios (1 min antes e durante o procedimento) Grupo de controlo: sem intervenção	- avaliada escala de dor FLACC durante procedimento e escala numérica de dor (0-10) após o procedimento - valor médio de dor na escala numérica: 5.6 no grupo de controlo; 1.60 no grupo das bolas de sabão; 1.85 no grupo dos exercícios respiratórios - valor médio na escala FLACC: 3.80 no grupo de controlo; 1.15 no grupo das bolas de sabão; 0.96 no grupo dos exercícios respiratórios - resultados demonstram diferenças significativas nas médias de avaliação de dor (escala numérica e escala FLACC) entre grupo de controlo e os outros dois grupos, e a diferença entre os dois grupos experimentais após o procedimento não foi significativa
BELLIENI, C. V. [et al] (2006)	Randomizado Caso-controlo	69 crianças (7-12 anos) submetidas a punção venosa	Grupo de controlo (C): sem intervenção Grupo M: distração efetuada pela mãe (distração ativa) Grupo TV: desenhos animados (distração passiva)	- avaliada dor pela criança (auto-avaliação) e pela mãe após o procedimento - a utilização da distração passiva (ver desenhos animados) tem um maior efeito na redução da dor durante o procedimento

KLEIBER, Charmine CRAFT-ROSENBERG, Martha HARPER, Dennis C. (2001)	Randomizado Caso-controlo	44 crianças idade pré-escolar (4-7 anos) com situação crónica submetidas a colocação de catéter venoso periférico	Grupo de intervenção (22 crianças): pais visualizam vídeo sobre como distrair o filho durante o procedimento, com dicas, sugestões, informação e exemplos Grupo de controlo (22 crianças): preparação standard, presença dos pais durante procedimento	- avaliado a utilização da distração pelos pais durante o procedimento, a escala OSBD-R (escala de observação de comportamento de stress), o questionário PPQ-R (avalia a perceção dos pais do stress da criança durante o procedimento) e a escala Oucher (escala de dor) - pais do grupo de intervenção utilizaram mais comportamentos de distração antes e durante o procedimento - maior nº de crianças que diminuíram sinais de stress da fase 1 (preparação) para a fase 2 (procedimento) no grupo de intervenção
KOLK, A. M. HOOF, R. van DOP, M. J. C. (2000)	Randomizado	31 crianças (3-8 anos) submetidas a punção venosa para colheita de sangue	Grupo de intervenção (14 crianças): anestesia local + informação preparatória + participação dos pais Grupo de controlo (17 crianças): sem intervenção	- Foi avaliado nível de stress antes e durante o procedimento (Escala de Stress Groninger, 5 níveis de stress, > 3 significa grande nível de stress) - Crianças do grupo de intervenção apresentaram menor nível de stress antes e durante o procedimento
MACLAREN, Jill E. COHEN, Lindsey L. (2005)	Randomizado	88 crianças (1-7 anos) submetidas a punção venosa	29 crianças – grupo de controlo (intervenção standard) 30 crianças (filme) 30 crianças (distração com brinquedo interativo)	- Crianças do grupo filme demonstraram menor nível de stress durante o procedimento. - Crianças grupo de controlo e brinquedo sem diferenças significativas (stress)

MASON, Selwyn JOHNSON, Malcolm H. WOOLLEY, Cheryl (1999)	Randomizado	8 crianças com doença oncológica (2-6 anos) submetidas a vários procedimentos	Grupo de controlo Filme (procedimento) História (procedimento)	- avaliada escala OSBD-R (escala de observação de comportamento de stress) - crianças do grupo do filme apresentaram menor valor na escala OSBD-R
SIKOROVA, Lucie HRAZDILOVA, Petra (2011)	Randomizado Caso-controlo	60 crianças (5-10 anos) submetidas a punção venosa	30 crianças – grupo de intervenção, preparação psicológica antes, durante e após o procedimento. <u>Antes</u> : conversação sobre proced, utilização de boneco para demonstração, mostrar o material à criança e sala de procedim. <u>Durante</u> : conversa sobre assuntos de interesse da criança. <u>Após</u> : reforço positivo do comportamento, entrega de medalha. 30 crianças – grupo de controlo	- avaliada escala de dor CHEOPS após o procedimento e escala de faces Wong-Baker 5 min. após o procedimento. - crianças no grupo de intervenção apresentaram em média menor valor da escala CHEOPS (diferença estatisticamente significativa). 26 crianças no grupo de controlo apresentaram score > 6, o que indica presença de dor, enquanto que no grupo de intervenção foram apenas 13 crianças. - 8 crianças no grupo de controlo (27%) avaliaram a dor durante o proc. como “não doeu”, enquanto que 14 crianças (47%) no grupo de intervenção deram esta resposta.
STINSON, Jennifer [et al] (2008)	Revisão Sistemática da Literatura	5 RSL Crianças de 1-18 anos hospitalizadas	Medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor aguda relacionada com procedimentos	- distração e hipnose são as medidas não- farmacológicas com maior eficiência no controlo da dor aguda relacionada com os procedimentos em crianças hospitalizadas

UMAN, Lindsay S. [et al] (2008)	Revisão Sistemática da Literatura	28 ensaios de caso- controlo randomizados (crianças de 2-19 anos) submetidas a procedimentos que envolvem agulhas (vacinação, punção venosa, IM, SC, PL, ...)	1039 crianças (crianças submetidas a procedimentos com intervenções cognitivo- comportamentais) 951 crianças (controlos)	- estudos onde foram avaliadas a dor (observação e autoavaliação) e stress da criança durante o procedimento - os resultados da RSL indicam que existe suficiente evidência que suporta a eficácia de: combinação de estratégias cognitivo-comportamentais na redução do stress (observado e autoavaliado) e comportamentos de stress; distração na redução da dor (autoavaliada); distração + sugestão na redução da dor (autoavaliada); hipnose na redução da dor (autoavaliada), stress (autoavaliado) e comportamento de stress; informação preparatória na redução da dor (autoavaliada e observada) e na diminuição da frequência cardíaca; distração + instrução na redução do comportamento de stress; posicionamento pelos pais + distração na redução do stress (observado e autoavaliado).
VESSEY, Judith A. CARLSON, Karen L. MCGILL, Joan (1994)	Randomizado Caso-controlo	100 crianças (3A6m-12A11m) Colheitas de sangue de rotina	Grupo de intervenção – distração com caleidoscópio Grupo de controlo – preparação standard (conforto com toque e voz calma)	- avaliada dor com escala de faces Wong-Baker (6 faces) após o procedimento, e escala CHEOPS (escala de observação de comportamento de dor) durante o procedimento - crianças mais novas reportaram maior intensidade de dor (escala de faces) e demonstraram mais comportamentos de dor durante o procedimento (CHEOPS) - foi encontrada diferença significativa nas avaliações

				entre os 2 grupos, grupo de intervenção com menor valor na percepção de dor (escala de faces) e comportamento de dor observável (CHEOPS)
WANG, Zi-Xuan SUN, Li-Hui CHEN, Ai-Ping (2008)	Randomizado	300 crianças (8-9 anos) submetidas a punção venosa	100 crianças – distração audiovisual (desenhos animados) 100 crianças – intervenção psicológica (informação, toque terapêutico, imaginação guiada e reforço positivo) Grupo de controlo: 100 crianças – sem qualquer intervenção	- Foi avaliado a cooperação da criança durante o procedimento (CBSCV – Cooperative behaviour scale of children in venepuncture) a dor durante o procedimento (VAS – Escala analógica visual, aplicada às crianças após o procedimento) - grau de cooperação 81% no grupo de controlo (grau 0 e 1 na CBSCV) e 92% no grupo de distração audiovisual - nº de punções foi menor nos grupos de distração audiovisual e intervenção psicológica - intervenção psicológica e distração audiovisual foram eficazes a reduzir a dor (VAS: 5,22 +/- 2,53 no grupo controlo; 4,55 +/- 2,26 no grupo de distração audiovisual; 4,38 +/- 2,32 no grupo de intervenção psicológica)
WINDICH-BIERMEIER, Andrea [et al] (2007)	Randomizado Caso-controlo	50 crianças com doença oncológica (5-18 anos) submetidas a punção venosa ou de implantofix	Grupo de controlo (28 crianças): intervenção standard (explicação do procedim., presença dos pais e anestético local) Grupo de intervenção (22 crianças): intervenção standard e distração (a criança escolhe 1 dos 5 objetos: livro para procurar	- Foi avaliado a dor da criança durante o proced. (escala CAS – Color Analogue Scale, avaliada após o proced.), o medo da criança (escala Glasses Fear Scale, avaliada pela criança, pais e enfª após o proced.), o stress da criança (escala OSBD – Observation of Behavioral Distress, avaliada pela enfª após o proced.) e aplicado questionário IPQ (IV Poke Questionnaire) aos pais e criança, que avalia a

imagens, bolas de sabão, música, realidade virtual ou gameboy).

experiência durante a punção.

- Avaliação de dor média (CAS) menor no grupo de intervenção (mas sem diferença estatisticamente significativa)
- Embora avaliação do medo da criança tenha sido menor no grupo de intervenção, a diferença não foi estatisticamente significativa). A avaliação do medo da criança feita pelos pais e pela enfª também foi menor no grupo de intervenção.
- O stress da criança (OSBD) avaliado pela enfª antes, durante e após o proced. superior no grupo de controlo.
- Correlação significativa entre os valores do medo, stress e dor durante o proced.

BIBLIOGRAFIA:

- BAGHERIYAN, Samaneh; [et al] (2011) – The effects of regular breathing exercise and making bubbles on the pain of catheter insertion in school age children. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**. Vol. 16, Nº 2 (Spring 2011). 174-80.
- BELLINI, C. V. [et al] (2006) – Analgesic effect of watching TV during venipuncture. **Arch Dis Child**. Vol. 91 (2006). 1015-17.
- KLEIBER, Charmine; CRAFT-ROSENBERG, Martha; HARPER, Dennis C. (2001) – Parents as Distraction Coaches During IV Insertion: A Randomized Study. **Journal of Pain and Symptom Management**. Vol. 22, Nº 4 (Out 2001).
- KOLK, A. M.; HOOFF, R. van; DOP, M. J. C. (2000) – Preparing children for venepuncture. The effect of an integrated intervention on distress before and during venepuncture. **Blackwell Science Ltd**. Vol. 26, Nº 3 (2000). 251-260.

- MACLAREN, Jill E.; COHEN, Lindsey L. (2005) – A Comparison of Distraction Strategies for Venipuncture Distress in Children. **Journal of Pediatric Psychology**. Vol. 30, Nº 5 (Fev 2005). 387-396.
- MASON, Selwyn; JOHNSON, Malcolm H.; WOOLLEY, Cheryl (1999) – A comparison of distracters for controlling distress in young children during medical procedures. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**. Vol. 6, No 3 (1999). 239-48.
- SIKOROVA, Lucie; HRAZDILOVA, Petra (2011) – The effect of psychological intervention on perceived pain in children undergoing venipuncture. **Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub**. Vol. 155, Nº XX (Março 2011). 1-6.
- STINSON, Jennifer; [et al] (2008) – Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. **Pain Res Manage**. Vol. 13, Nº 1 (Jan/Fev 2008). 51-7.
- UMAN, Lindsay S.; [et al] (2008) – A Systematic Review of Randomized Controlled Trials Examining Psychological Interventions for Needle-related Procedural Pain and Distress in Children and Adolescents: An Abbreviated Cochrane Review. **Journal of Pediatric Psychology**. Vol. 33, Nº 8 (Abril 2008). 842-54.
- VESSEY, Judith A.; CARLSON, Karen L.; MCGILL, Joan (1994) – Use of Distraction With Children During Acute Pain Experience. **NURSING RESEARCH**. Vol. 43, No 6 (Nov/Dez 1994). 369372. Disponível em: <http://discuss.pediatricpainresearch.ca/resources/Use%20of%20distraction.pdf>.
- WANG, Zi-Xuan; SUN, Li-Hui; CHEN, Ai-Ping (2008) – The efficacy of non-pharmacological methods of pain management in school age children receiving venipuncture in a paediatric department: a randomized controlled trial of audiovisual distraction and routine psychological intervention. **SWISS MED WKLY**. Vol. 138 (2008). 579-84. Disponível em: <http://www.smw.ch/docs/pdf200x/2008/39/smw-12224.PDF>.
- WINDICH-BIERMEIER, Andrea; [et al] (2007) – Effects of Distraction on Pain, Fear and Distress During Venous Port Access and Venipuncture in Children and Adolescents With Cancer. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**. Vol. 24, Nº 1 (Jan/Fev 2007). 8-19.

Anexo 5:

Grelha de Observação “A criança em idade pré-escolar”

GRELHA DE OBSERVAÇÃO – A Criança dos 4 aos 6 anos

LOCAL: Jardim de Infância da Freguesia dos Anjos

DATA:

SALA: “encarnada” – dos 4 aos 5 anos

CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO	OBSERVAÇÕES	IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA
DESENVOLVIMENTO MOTOR		
Coordenação Motora Grossa: 4 anos: controlo para parar, iniciar e virar; pular distâncias 60-83 cm; descer escada alternando os pés se apoiados; saltar com um pé 4-6 vezes seguidas 5 anos: iniciam, viram e param efetivamente nos jogos; pular distâncias 71-91 cm; descer escada sem ajuda alternando os pés.	<u>No recreio:</u> a maioria salta e corre sem dificuldade; 3 das raparigas mais novas fazem-no com mais dificuldade. Dominam o escorrega e triciclo. Alguns conseguem andar em cima do pequeno muro do recreio. Sobem e descem as escadas com os pés alternados agarrados ao corrimão; 2 das crianças mais novas (raparigas) com mais dificuldade, por vezes desequilibram-se; alguns dos rapazes e raparigas com mais idade não necessitam de apoio.	Sempre que possível permitir à criança treinar estas competências, tentando transmitir-lhes a noção dos perigos.
Coordenação Motora Fina: 4 anos: cortar com tesoura linha reta; desenhar uma pessoa; dobrar um papel formando um triângulo duplo	A maioria das crianças já consegue agarrar 1 tesoura corretamente. Algumas necessitam que se desenhe uma linha e conseguem cortar em linha reta; algumas delas não o	Permitir à criança a realização de atividades como desenhar, colorir, pintar, fazer puzzles e jogos, enfiar contas, lego, colagens, utilizar a tesoura.

5 anos: enfiar contas; controlar um lápis; copiar um quadrado	conseguem fazer. Algumas das crianças já conseguem agarrar e controlar um lápis corretamente. A maioria já consegue copiar um círculo, algumas um quadrado. Algumas das crianças já copiam o nome.	
DESENVOLVIMENTO COGNITIVO		
Piaget - Estádio Pré-Operatório (2-7 anos): a criança desenvolve um sistema de representações e usa símbolos (p. ex. palavras) para representar pessoas, lugares e eventos, mesmo na ausência destes. Não utilização da lógica. Não tem a noção de tempo (duração) <i>Função Simbólica:</i> habilidade para aprender utilizando símbolos (representações mentais de experiências sensoriais). Demonstração através da imitação diferida, brincadeira simbólica e linguagem. No estágio final deste período (4-7 anos) o raciocínio é intuitivo – as estrelas dormem como ela (<i>animismo</i>) <i>Pensamento mágico</i>	As crianças conseguem comunicar com o adulto através da linguagem. Nas brincadeiras desempenham diferentes papéis (brincam aos médicos, donas-de-casa, bombeiros, etc.). Nas brincadeiras representam situações importantes das suas vidas (Por exemplo uma das crianças da sala referia várias vezes nas brincadeiras “o pai que estava no hospital doente”). Atribuem sentimentos a objetos e brinquedos que também desempenham tarefas e atividades como ela (brincar, comer, dormir, estar triste, etc.).	Usar linguagem simples, neutra centrada nas suas sensações e adequada à sua compreensão. Explicar à criança o que ela vai sentir e o que pode fazer para ajudar de forma simples (não explicar com exemplos de outras crianças) Duração da preparação curta (máximo 5 minutos); reforçar que vai ser rápido de forma compreensível para a criança (por exemplo contar com a criança até 10). Tentar evitar que o pensamento mágico e o animismo potenciem a ansiedade – não mostrar agulhas, mostrar e deixar manusear material simples e pequeno. Explicar a parte do corpo envolvida, por exemplo com figuras, desenhos ou

<i>Compreensão de identidades e funções</i> <i>Centralização:</i> centram-se num aspecto da situação negligenciando outros e chegando a conclusões ilógicas <i>Irreversibilidade:</i> centram-se num estado e não reconhecem a transformação de um estado para outro <i>Egocentrismo:</i> incapacidade de considerar o ponto de vista de outra pessoa <i>Raciocínio transdutivo:</i> saltam de um aspecto para o outro estabelecendo relações que não existem, um evento pode causar outro (não existe justificação lógica) – ficam doentes porque não comeram a sopa ou porque não lavaram as mãos.		demonstração num boneco – possuem compreensão limitada dos limites do corpo, poucos conhecimentos de anatomia, mas preocupam-se com a integridade corporal. Averiguar experiências anteriores de internamentos ou procedimentos – grande preocupação com a dor, podem deturpar ou exagerar com experiências anteriores. As estratégias e objetos/brinquedos a utilizar na preparação da criança para o procedimento devem ser escolhidas por ela e de acordo com os seus gostos: - distração (televisão, assuntos de interesse para a criança e com brinquedos que goste) - técnicas de relaxamento, ensino de técnicas de autocontrolo (contar, respirar fundo) - desenhos, contar uma história - demonstração num boneco (NOTA: em crianças de 4 anos não fazer a demonstração no boneco preferido pois este constitui um prolongamento de si). As estratégias podem também ser utilizadas
---	--	---

		após o procedimento – desenhar ou brincar acerca do que aconteceu ajuda a criança a compreender a experiência, a exprimir sentimentos e fornece sentimento de controlo.
Memória: Memória autobiográfica, a partir dos 3 anos, mas inicialmente não é deliberada	As crianças conseguem descrever acontecimentos passados, apesar de não terem noção definida de tempo, por exemplo se aconteceu ontem, na semana anterior ou no verão passado. Reportam-se a acontecimentos importantes da vida, “quando estive doente”, “quando o meu irmão nasceu”.	Incentivar a criança a relatar acontecimentos, “O que fizeste no fim-de-semana?” Contar histórias e ensinar músicas e lengalengas, para treinarem a memória. Jogos e atividades para treinar a memória (jogo da memória, etc.)
Linguagem: 4-5 anos: sentenças com 4-5 palavras; utilização de preposições como cima, baixo, dentro, fora, atrás 5-6 anos: sentenças mais complexas e longas; consegue definir palavras simples; reconhece alguns antónimos; utilização de mais conjunções, preposições e artigos.	A maioria consegue elaborar sentenças com 4/5 palavras, algumas não aplicam bem os tempos verbais e possuem pouco vocabulário. Duas das crianças mais novas (ainda com 3 anos) elaboram sentenças com apenas 3 palavras, não utilizam artigos ou proposições. Algumas das mais velhas (quase com 5 anos) já elaboram sentenças mais complexas, conseguem manter um diálogo mais longo, conseguem definir	Incentivar a criança a conversar e explicar-se. Falar com a criança pausadamente e de forma correta, não repetindo os seus erros. Corrigi-la, se necessário, repetido a frase ou as palavras de forma correta. Explicar o significado das palavras. Pais como fonte de informação acerca do significado de palavras utilizadas pela criança.

	palavras ou situações.	
Desenvolvimento Artístico: desenhos 3-4 anos: diagramas, combinações, agregados 4-5 anos: pictóricos	A maioria das crianças gosta de desenhar. Algumas não demonstram grande interesse, focando-se na tarefa poucos minutos, utilizam poucas cores e tentam apressar o desenho para ir realizar outras atividades. Quando é dado um tema para o desenho, algumas delas não o respeitam. Algumas crianças mais novas ainda apresentam tipo de desenho menos desenvolvido (diagramas). A maioria apresenta desenhos tipo combinações e agregados. Algumas já apresentam desenhos tipo pictóricos.	É importante incentivar a criança a desenhar, fornecendo diferentes materiais. Os desenhos podem ser livres, ou com tema escolhido pela criança ou o adulto. O desenho constitui uma importante ferramenta para a criança expressar os seus sentimentos, dúvidas, medos, expectativas e acontecimentos. É também importante para treinar a coordenação motora fina, a memória, a imaginação.
DESENVOLVIMENTO PSICOSSEXUAL (Freud)		
Freud - Fase Fálica (3-6 anos): período de romance familiar: complexo de Édipo nos meninos e de Electra nas meninas (identificação com figura parental do mesmo sexo e forte ligação com o progenitor do sexo oposto. Zona de gratificação é a região	As crianças identificam-se com o género, gostam de usar roupas de menino/menina e mostrar ao adulto. Nas brincadeiras, as meninas gostam de temas relacionados com tarefas domésticas (limpar, cozinhar, ir às compras), cuidar de	Assegurar a presença permanente do pai ou da mãe (a separação dos pais continua a ser um fator de stress). Explicar a parte do corpo envolvida no procedimento (desenho, boneco) Devido ao medo da castração, é necessário

genital. Medo da castração ou de perder alguma parte do corpo.	bebés, etc. Os meninos gostam de brincar com carros, dinossauros, construções, etc.	que as intervenções na zona genital (algalias, pensos) sejam o menos traumático possível – utilização de analgesia, estratégias de preparação para procedimentos, explicação.
DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL		
As crianças desta idade são curiosas e interessam-se por novas experiências. Entretêm-se nas atividades, período de concentração de 10-15 min (4 anos) e 15-20 min (5 anos). Aprendem a esperar a sua vez. Já são praticamente autónomos nas suas AVD. Gostam de ajudar, participam nas tarefas domésticas. Compreensão das regras dos jogos (5 anos). Gostam de brincar com os colegas, já escolhem os amigos preferidos. Erikson - <i>Iniciativa versus culpa</i> (3-6 anos): a criança desenvolve iniciativa quando tenta novas coisas e não se sente derrotada com o fracasso. A criança deve equilibrar o desejo de perseguir metas com as reservas morais que a impedem de realizá-las. Surge o	As crianças já conseguem fazer um grande número de tarefas, são praticamente autónomas em atividades como vestir/despir, comer, ir à casa de banho, lavar as mãos. Na sala já dominam o espaço, vão buscar os jogos e brinquedos. A maioria não sabe aguardar a sua vez, apenas 3/4 crianças o fazem esporadicamente. Algumas ainda fazem birras para conseguir o que querem ou quando são contrariados. Algumas crianças conseguem concentrar-se numa atividade cerca de 10/15 min, mas a maioria apenas 5/10 min. A maioria das crianças já tem um pequeno grupo de amigos ou amigo preferido. 2 das crianças (mais novas) brincam	Permitir à criança realizar as suas atividades autonomamente e apenas substituí-la quando ela não consegue, incentivando-a sempre a tentar. Reforço positivo na realização das tarefas. Permitir à criança escolher, por exemplo “Queres tomar primeiro banho ou fazer o aerossol?”. Possibilitar variedade nas tarefas e atividades (jogos, atividades, desenhos, brincadeiras). Possibilitar a realização das tarefas/atividades preferidas da criança. Possibilitar o contacto da criança com os colegas da escola (desenhos enviados pelos colegas, dar notícias sobre a escola e os colegas). Possibilitar o contacto da criança com

sentimento de culpa, ansiedade e medo quando tem comportamentos ou pensamentos que diferem do esperado.	sozinhas (entraram para a escola em Outubro).	familiares e pessoas significativas. <u>Procedimentos:</u> Explicar o que vai sentir e o que pode fazer durante o procedimento para que seja mais fácil para ela (mais importante do que explicar o procedimento) Valorizar e elogiar os comportamentos adequados (devido à necessidade da criança em colaborar, cumprir regras e ter comportamentos adequados) – reforço positivo no final (diploma, medalha de bom comportamento) Evitar que a criança veja o procedimento como um castigo
DESENVOLVIMENTO MORAL		
Fase Convencional (4-7 anos): reconhecem o certo do errado, emerge o conceito de justiça.	Já interiorizaram algumas regras como os horários, o que podem ou não fazer ou dizer. Apontam o colega “hoje chegaste atrasada”, “não podes jogar com esse jogo”. As regras são interiorizadas, mas a preocupação são as consequências para a própria criança, “Porque a Celeste fica triste	Explicar as regras e normas de forma compreensível à criança, e explicar de forma simples o motivo. Elogiar e gratificar os comportamentos adequados – reforço positivo.

	comigo” ou “Porque na próxima vez a Celeste não deixa”.	
COMPREENSÃO DA DOENÇA		
Bilbace e Walsh – <i>Fase da Explicação Fenomenológica (4-5 anos):</i> a doença é compreendida em função das percepções sensoriais e sintomas da doença. <i>Fase do Contágio (5-6 anos):</i> a doença é compreendida como um contágio de outras pessoas ou coisas.	Todas as crianças da sala encarnada (4-5 anos) encontram-se na fase da Explicação Fenomenológica. Referem-se à doença pelos sintomas como tosse, febre, vomitar e que não podem sair de casa. Foi pedido para fazerem um desenho acerca de “quando estou doente” e muitas identificam-se no desenho, “uma menina triste e a chorar porque está doente”, “Foi de ambulância para o hospital”, ou “O menino tem febre”. O tratamento consiste em coisas simples como ficar em casa, ver televisão, comer a sopa ou tomar o xarope.	Dar explicações simples acerca da doença e tratamentos. Utilizar termos simples como pequeno tubo, pequena agulha (em vez de algália ou abocath) Explicar os procedimentos com a ajuda de desenhos, contar histórias, exemplificar num boneco, demonstrar com figuras do corpo humano. Permitir à criança manusear e brincar com material hospitalar simples (pensos, seringas) e com brinquedos com objetos hospitalares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- * AVÔ, António Brito (1996) – **O Desenvolvimento da Criança**. Lisboa: Texto Editora. ISBN: 972-47-0034-8.
- * BARROS, Luísa (2003) – **Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista**. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-081-2.
- * BILBACE, Roger; WALSH; Mary E. (1977) – **The Development of Children's Concepts of health and Illness**
- * BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, Joshua D. (2003) – **A Criança dos 3 aos 6 anos: o desenvolvimento emocional e do comportamento**. 3ª Edição. Barcarena: Editorial Presença. ISBN: 972-23-3018-7.
- * GREEN, E. (1983) – Normalization: Meeting Growth and Development Needs of Children in a Pediatric Intensive Care Unit. **CHC**. Vol. 12, N.º1 (Summer 1983). 43-44.
- * LIMA, Anne Elen de Oliveira (2003) – **A Ética e o Ensino Infantil: O desenvolvimento moral na pré-escola**.
- * PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos (1998) – **O Mundo da Criança: da infância à adolescência**. 2ª Edição. São Paulo: Markon Books. ISBN: 85-346-0543-2.
- * PIAGET, Jean; INHELDER, Bärbel (1979) – **A Psicologia da Criança – do nascimento à adolescência**. Lisboa: Moraes Editores.
- * PINTO, Mónica (2009) – Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. **Rev Port Clín Geral**. Vol. 25. 677-87.

Anexo 6:

Desenhos de Crianças

IDA AO CENTRO DE SAÚDE



IDA AO CENTRO DE SAÚDE



IDA AO CENTRO DE SAÚDE

FIZ A REVISÃO A DORRER NO SE DR.
ELA FICOU ALI SÓZINHA. O DE FOI ENBORA.



IDA AO CENTRO DE SAÚDE -

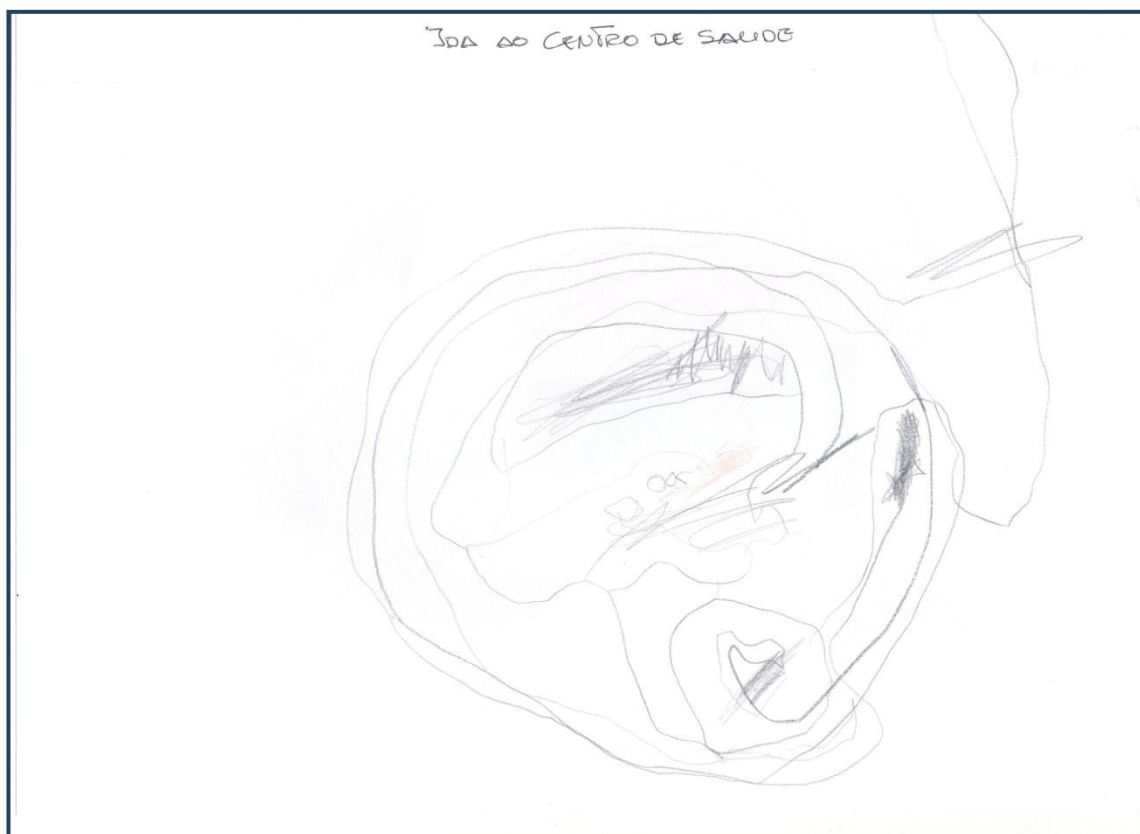
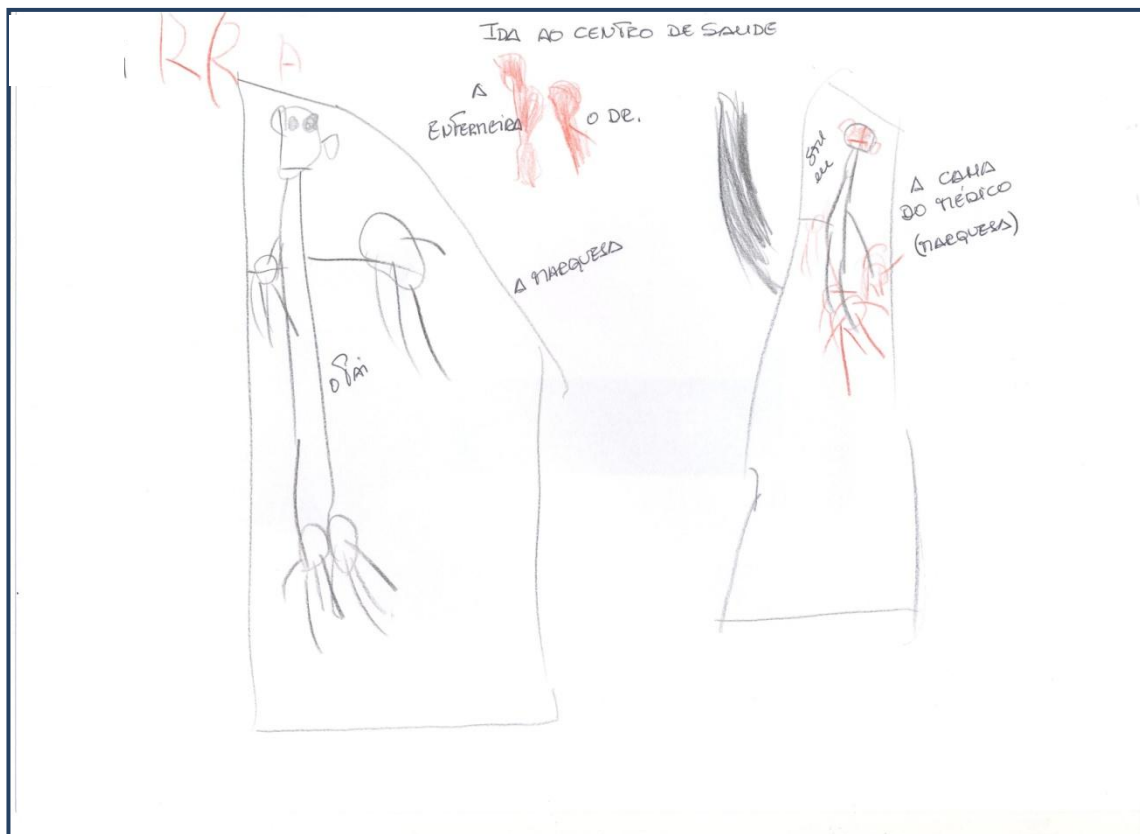
É A TÓ. ESTÁ DOENTE.

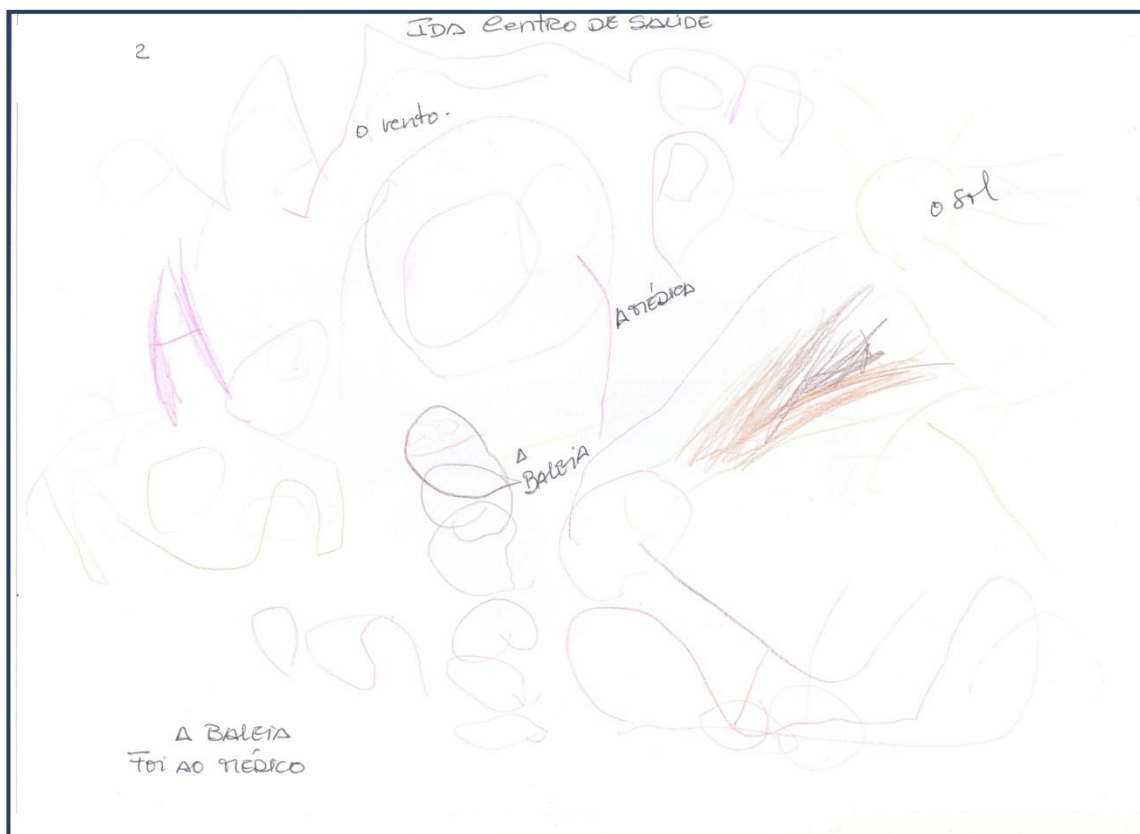
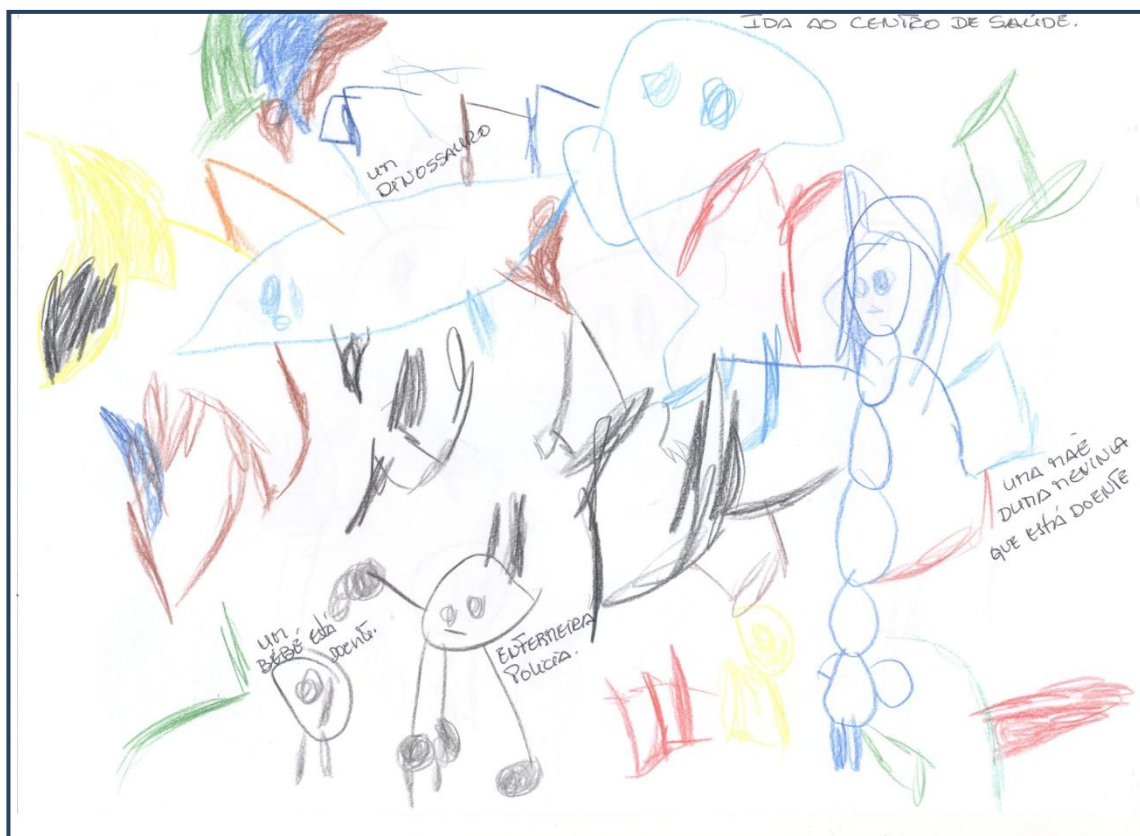
É A BONECA

O DE.

A CAIA







IDA AO CENTRO DE SAÚDE



A AMBULÂNCIA
QUE VAI BUSCAR
AS PESSOAS
DOENTES



A CASA
DA ENFERMEIRA
(centro de saúde)

O CARRO DA
ENFERMEIRA E DO
DE.

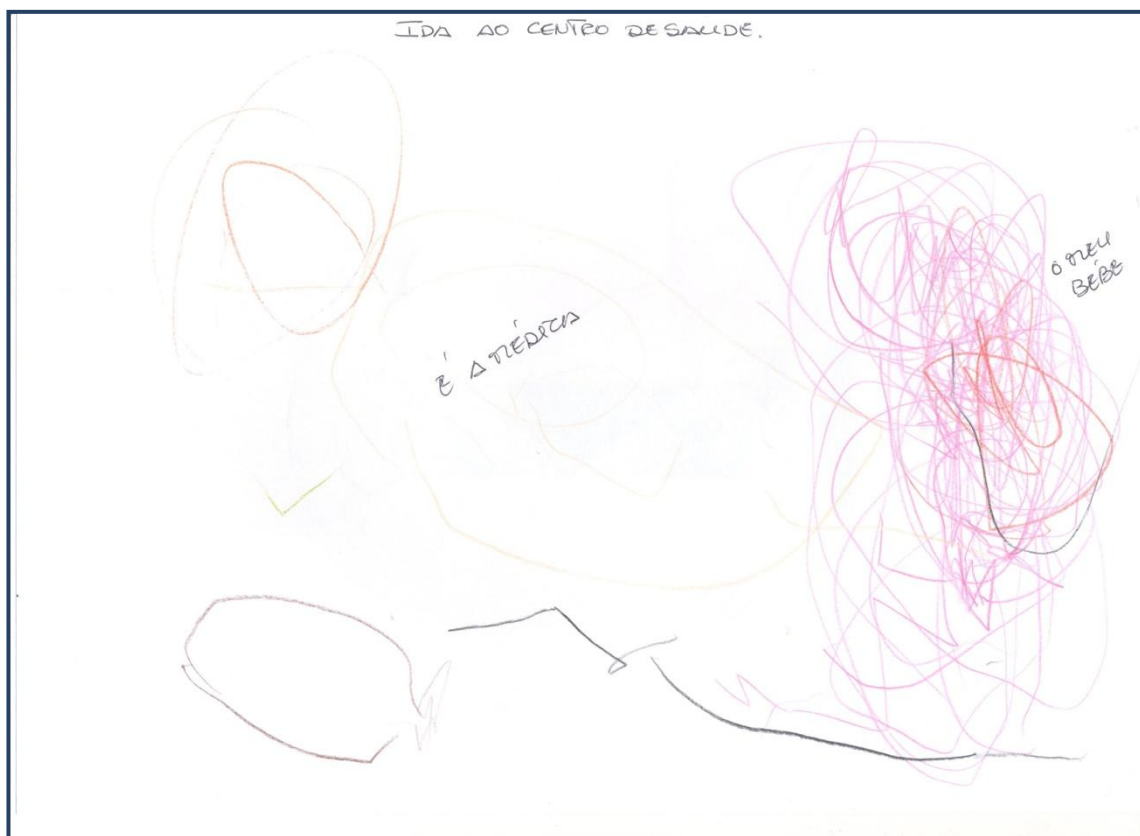
IDA AO CENTRO DE SAÚDE

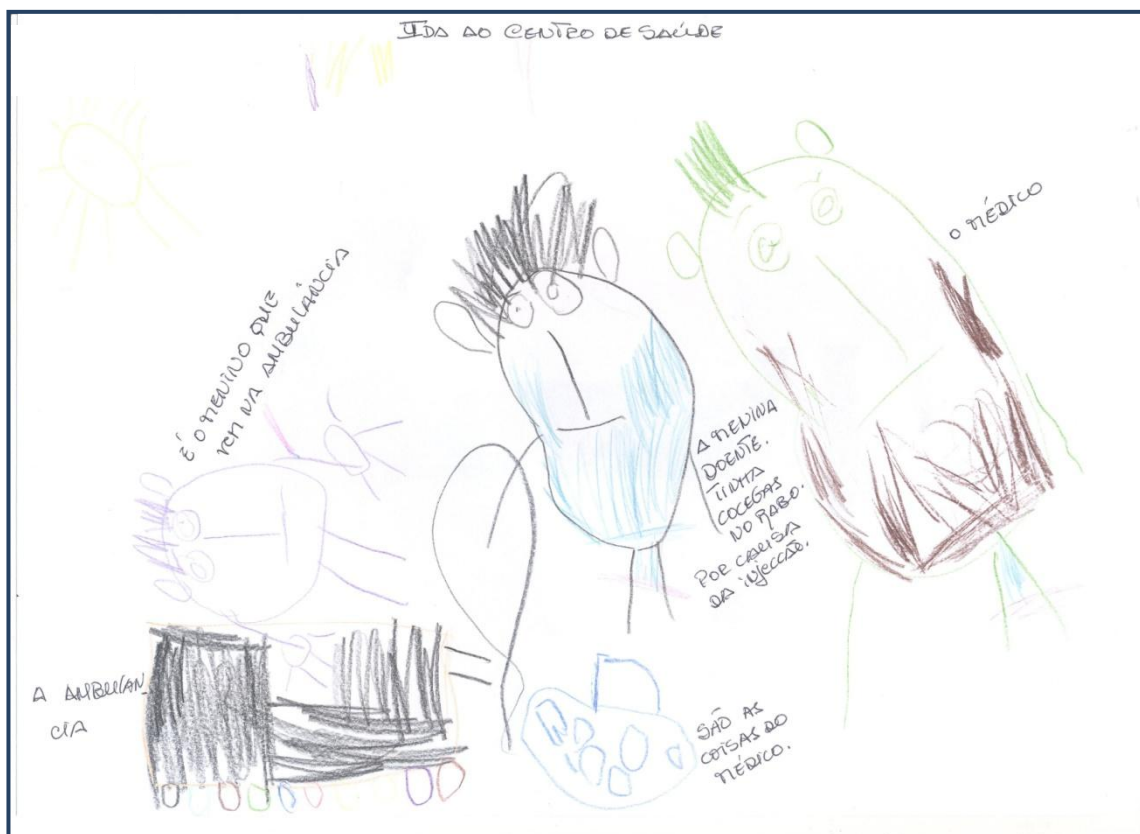
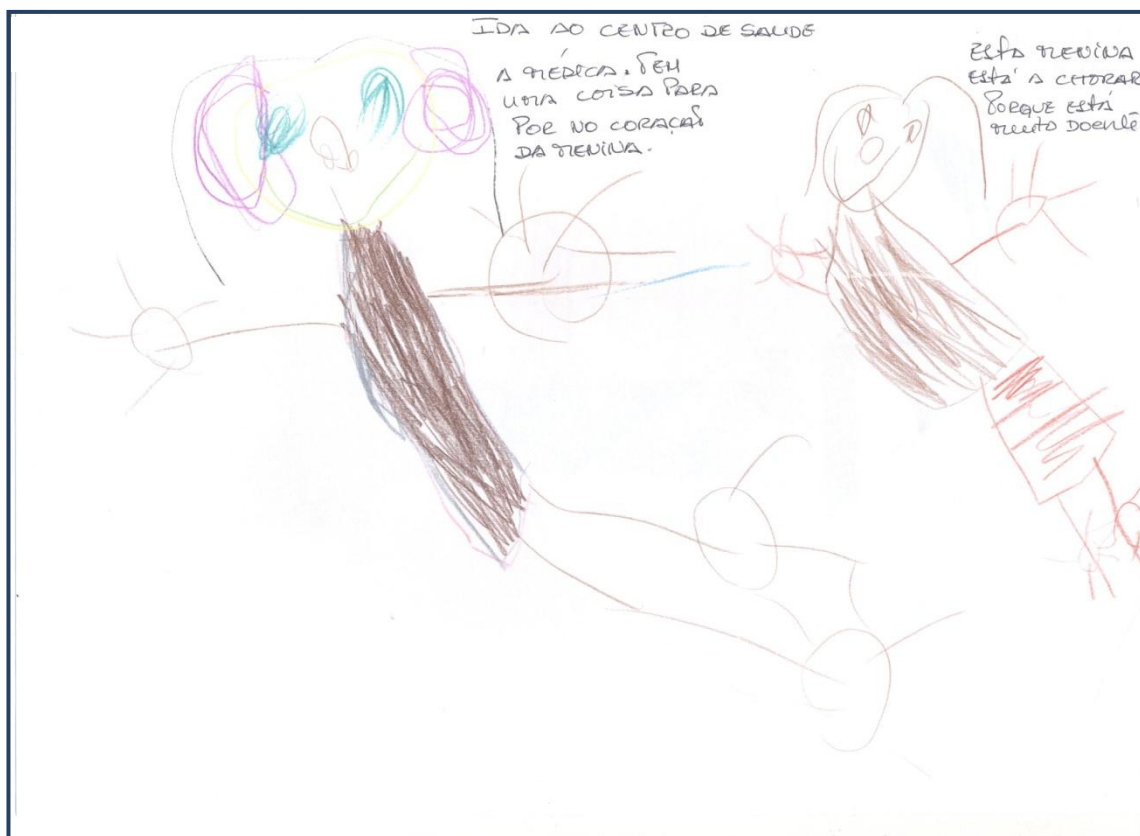
O DE.

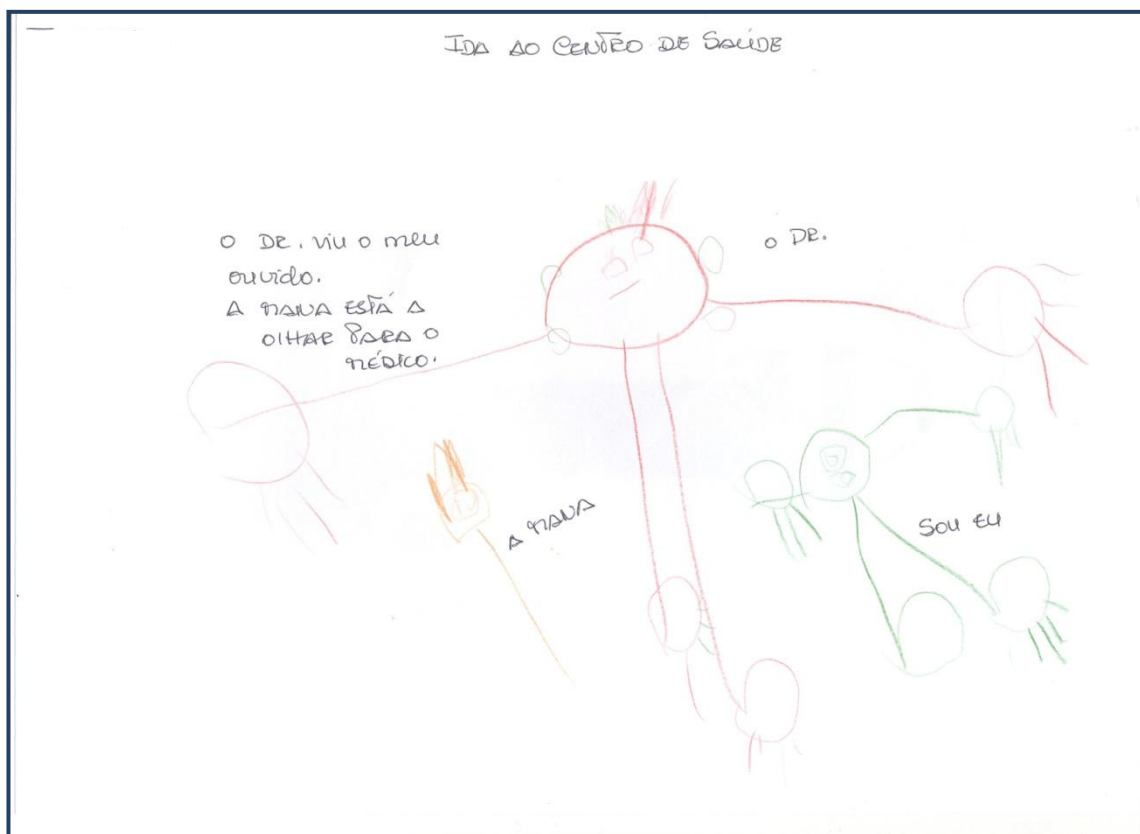
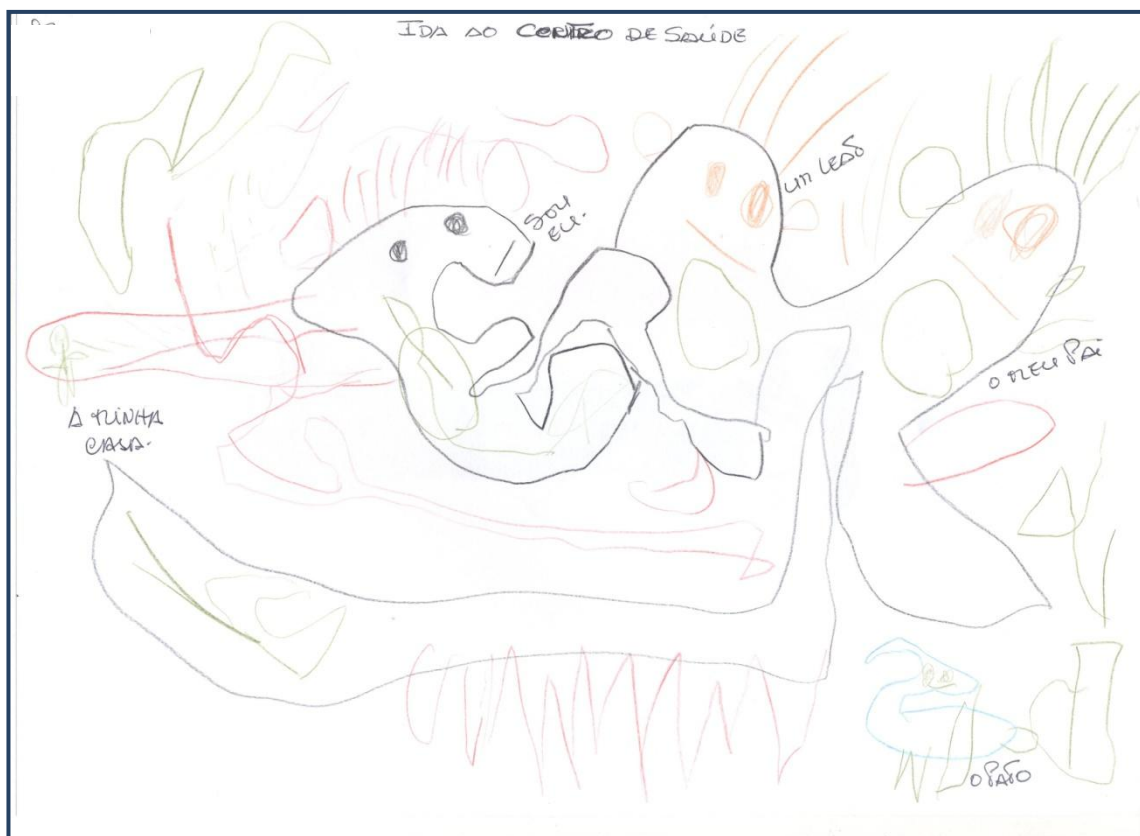
A SALA DA MÉDICA

SOU EU
DEITADA
PARA A ENFERMEIRA
ME DAR UMA PICA.

A PRINCESA QUE
ESTÁ CONSTIPADA.







IDA AO CENTRO DE SAÚDE.



Anexo 7:

Tabela: Conceitos-chave na preparação de crianças
para procedimentos dolorosos

CONCEITOS-CHAVE NA PREPARAÇÃO DE CRIANÇAS PARA PROCEDIMENTOS DOLOROSOS

CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

- ✓ Usar linguagem simples, neutra e adequada à sua compreensão.
- ✓ Não utilizar termos que assuste ou baralhe a criança (abocath, algália, injeção)
- ✓ Explicações simples centradas nas suas sensações (vais sentir um fresquinho, vai estar frio, vou apertar-te um pouco o braço, vais sentir uma pequena picada)
- ✓ Explicar à criança o que ela vai sentir e o que pode fazer para ajudar de forma simples (não explicar com exemplos de outras crianças)
- ✓ Assegurar a presença dos pais
- ✓ Guiar os pais a ajudar a criança durante o procedimento, o que podem fazer e como podem eles ajudar na utilização das estratégias
- ✓ Duração da preparação curta (máximo 5 minutos); reforçar que vai ser rápido de forma compreensível para a criança (por exemplo contar com a criança até 10).
- ✓ Preparação imediatamente antes do procedimento
- ✓ Durante a preparação não mostrar o material que vai ser utilizado, apenas aquele utilizado na preparação
- ✓ Tentar evitar que o pensamento mágico e o animismo potenciem a ansiedade – não mostrar agulhas, mostrar e deixar manusear material simples e pequeno.
- ✓ Explicar a parte do corpo envolvida, por exemplo com figuras, desenhos ou demonstração num boneco – possuem compreensão limitada dos limites do corpo, poucos conhecimentos de anatomia, mas preocupam-se com a integridade corporal.
- ✓ Averiguar experiências anteriores de internamentos ou procedimentos – grande preocupação com a dor, podem deturpar ou exagerar com experiências anteriores.
- ✓ As estratégias e objetos/brinquedos a utilizar na preparação da criança devem ser escolhidas por ela e de acordo com os seus gostos:
 - Distração (televisão, assuntos de interesse para a criança, brinquedos que goste, livros, caleidoscópio, bolas de sabão, línguas da sogra, jogos, consolas, jogos interativos)
 - Técnicas de relaxamento, ensino de técnicas de autocontrolo (contar, exercícios respiratórios)
 - Imaginação guiada

- Reforço positivo (medalhas de bom comportamento, elogio verbal, recompensa material)
- Desenhos, contar uma história
- Demonstração num boneco

(NOTA: em crianças de 4 anos não fazer a demonstração no boneco preferido pois este constitui um prolongamento de si).

✓ As estratégias podem ser utilizadas após o procedimento – desenhar ou brincar acerca do que aconteceu ajuda a criança a compreender a experiência, a exprimir sentimentos e fornece sentimento de controlo.

CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR

- ✓ Explicação honesta e simples do procedimento – pode necessitar auxílio de um desenho por exemplo.
- ✓ A duração da preparação pode ser mais longa que na idade pré-escolar (cerca de meia hora)
- ✓ Explicar o objetivo das estratégias
- ✓ Explicar as estratégias disponíveis e dar a escolher.
- ✓ Podem querer ver o procedimento e o manipular o material.
- ✓ Dar tempo à criança para interiorizar sobre o que vai acontecer e negociar a hora do procedimento (atenção, a criança pode tentar adiar o procedimento)
- ✓ Assegurar presença dos pais (continua a ser fonte de stress)
- ✓ Guiar os pais a ajudar a criança durante o procedimento, o que podem fazer e como podem eles ajudar na utilização das estratégias
- ✓ Explicar quais os comportamentos esperados (dá sensação de controlo à criança e sentimento de satisfação por colaborar).
- ✓ Valorizar os comportamentos adequados (elogiar, aumenta a sua auto-estima que por sua vez reforça positivamente os comportamentos adequados).

Permitir escolhas (estratégia, posição, brinquedos...).

ESTRATÉGIAS:

- Imaginação guiada
- Distração (televisão, jogos de computador, livros, caleidoscópio, consolas)
- Informação preparatória (com auxílio de desenhos, mostrar o material, fazer demonstração num boneco)
- Relaxamento (conta; exercícios respiratórios; concentração passiva sobre

imagens, frases ou objetos; imaginação de lugares agradáveis.)

- Reforço positivo (medalhas de bom comportamento, diplomas, elogio verbal, recompensa material)

- Modelagem

✓ As estratégias podem ser utilizadas após o procedimento – desenhar ou brincar acerca do que aconteceu ajuda a criança a compreender a experiência, a exprimir sentimentos e fornece sentimento de controlo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

* BARROS, Luísa (2003) – **Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista**. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-081-2.

* BARROS, Luísa (2010) - A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. **Temas em Psicologia**. Vol. 18, Nº 2 (2010). 295–306. ISSN 1413-389X. Disponível em: <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol18n2/PDF/v18n2a04.pdf>.

* BATALHA, Luís (2010) - **Dor em Pediatria – compreender para mudar**. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-593-0.

* WONG, Donna L. (1999) – **Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva**. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Anexo 8:

Tabela – Estratégias de Preparação Para Procedimentos Dolorosos
no Contexto de Cuidados Intensivos Pediátricos

ESTRATÉGIAS DE PREPARAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS DOLOROSOS NO CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Estratégias Comportamentais

RELAXAMENTO Segundo Batalha (2010), independentemente da técnica utilizada, o relaxamento diminui o metabolismo, o consumo de energia, oxigênio, baixa a frequência cardíaca e respiratória e produz uma sensação de calma, tranquilidade e bem-estar, sendo por isso extremamente útil na redução da ansiedade e da dor.

As estratégias de relaxamento podem ser utilizadas para preparar e confortar as crianças durante os procedimentos, pois ajuda a criança a controlar a sua ansiedade antes do início do procedimento (BARROS, 2003)

EXEMPLOS: contar números; respirações abdominais e profundas (séries); soprar cornetas ou línguas da sogra, fazer bolas de sabão; concentração passiva sobre imagens, frases ou objetos; imaginação de lugares agradáveis.

REFORÇO POSITIVO O propósito desta técnica consiste em transformar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, transformando-o num desafio. A criança é elogiada ou recompensada com um relato positivo, brinquedo ou outro tipo de prêmio imediatamente após o ato doloroso, quando manifestou e reconheceu a utilização de estratégias positivas no alívio da dor (BATALHA, 2010).

EXEMPLOS: medalhas de bom comportamento; diplomas; relatos positivos; recompensa com um brinquedo.

Estratégias Cognitivas

INFORMAÇÃO PREPARATÓRIA Explicação dos acontecimentos futuros (o que vai acontecer, como, quando, o que pode sentir, o que pode fazer)

Utilização de panfletos, fotografias, imagens, material, desenhos.

Por exemplo na preparação para cirurgias, exames ou procedimentos, preparação para um internamento

DOR: explicar as escalas de dor, como pode aliviar a dor, estratégias que pode utilizar.

Estratégias Cognitivo-Comportamentais

IMAGINAÇÃO GUIADA

Encorajar a criança a imaginar objetos e experiências agradáveis (música, um lugar agradável, atividade favorita, pensamentos positivos, histórias de super-heróis, etc.)

Visa focar a atenção da criança, usando os seus mecanismos de coping.

Requer o envolvimento ativo da criança.

MODELAGEM

Conjunto de estratégias que visam informar a criança acerca do procedimento e sugerir comportamentos que ajudem a lidar com a dor e ansiedade. Envolve a demonstração do uso de estratégias de coping por um adulto ou criança (demonstração num boneco, filmes, demonstração feita pelos pais ou profissional)

DISTRAÇÃO

Desenvolvimento da atenção para longe de um determinado estímulo ou experiência, em direção a outro estímulo alternativo (PIIRA, HAYES e GOODNOUGH, 2002), e através da distração, o desvio da atenção pode moderar a experiência subjetiva de dor e sofrimento psicológico (MASON, JOHNSON, WOOLLEY, 1999).

A atividade deve ser introduzida antes da experiência dolorosa.

Atividades e brinquedos de acordo com a idade e desenvolvimento da criança e segundo as suas preferências.

Manter a atividade durante o procedimento.

EXEMPLOS: contar uma história, caleidoscópio, livros, brinquedos interativos, playstation, ver desenhos animados, música, bolas de sabão, cornetas ou línguas da sogra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- * BARROS, Luísa (2003) – **Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista**. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-081-2.
- * BARROS, Luísa (2010) - A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. **Temas em Psicologia**. Vol. 18, Nº 2 (2010). 295–306. ISSN 1413-389X. Disponível em: <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol18n2/PDF/v18n2a04.pdf>.
- * BATALHA, Luís (2010) - **Dor em Pediatria – compreender para mudar**. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-593-0.
- * PIIRA, Tiina; HAYES, Brett; GOODENOUGH, Belinda (2002) – Distraction methods in the management of children’s pain: an approach based on evidence or intuition? **The Suffering Child**. Issue 1 (Out 2002). Disponível em: <http://staff.unak.is/andy/NursResearchMethods0607/TSC/PainDistractionMethods.pdf>.
- * MASON, Selwyn; JOHNSON, Malcolm H.; WOOLLEY, Cheryl (1999) – A comparison of distracters for controlling distress in young children during medical procedures. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**. Vol. 6, No 3 (1999). 239-48. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1026235620538#page-1>.
- * WONG, Donna L. (1999) – **Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva**. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Anexo 9:

Material disponibilizado na Caixa

MATERIAL DISPONIBILIZADO NA CAIXA

- caleidoscópio
- medalhas de bom comportamento
- apitos tipo língua da sogra
- bolas de sabão
- balões
- fantoches de dedo
- boneco “Fernando”
- material hospitalar

(seringas, pensos, garrote, adesivos, abocaths sem a agulha, tubos de colheitas de sangue, espátulas...)

- pensos rápidos com bonecos
- livros: Anita no Hospital, Ruca Está Doente, O Corpo Humano – Tom Sawyer, Livro de Actividades do Corpo Humano
- folhas com desenho do corpo humano
- material de escrita, lápis de cor
- folhas brancas para desenhar

Anexo 10:

Lista de Bibliografia Disponibilizada

LISTA DA BIBLIOGRAFIA DISPONIBILIZADA

- DOSSIER -

- * BARROS, Luísa (1998) – As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controlo. **Análise Psicológica**. Vol. XVI, Nº 1 (1998). 11-28.
- * BARROS, Luísa (2010) - A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. **Temas em Psicologia**. Vol. 18, Nº 2 (2010). 295–306. ISSN 1413-389X.
- * BATALHA, Luís (2010) - **Dor em Pediatria – compreender para mudar**. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-593-0.
- * GILBOY, Siobhan; HOLLYWOOD, Eleanor (2009) – Helping to alleviate pain for children having venepuncture. **Pediatric Nursing**. Vol 21, Nº 8 (Outubro 2008). 14-19.
- * STINSON, Jennifer; [et al] (2008) – Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. **Pain Res Manage**. Vol. 13, Nº 1 (Jan/Fev 2008). 51-7.
- * UMAN, Lindsay S.; [et al] (2008) – A Systematic Review of Randomized Controlled Trials Examining Psychological Interventions for Needle-related Procedural Pain and Distress in Children and Adolescents: An Abbreviated Cochrane Review. **Journal of Pediatric Psychology**. Vol. 33, Nº 8 (Abril 2008). 842-54.
- * VESSEY, Judith A.; CARLSON, Karen L.; MCGILL, Joan (1994) – Use of Distraction With Children During Acute Pain Experience. **NURSING RESEARCH**. Vol. 43, No 6 (Nov/Dez 1994). 369372.

Anexo 11:

Medalhas de Bom Comportamento





Anexo 12:

Desenho do Daniel



Anexo 13:
Questionário

QUESTIONÁRIO

O presente questionário insere-se no âmbito do projeto que estou a realizar como aluna do II Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

O tema do projeto é a preparação de crianças com idade superior a 4 anos e adolescentes para procedimentos dolorosos, e o objetivo deste questionário é averiguar as práticas da equipa de enfermagem para posteriormente elaborar um plano de formação, de acordo com as necessidades e escolhas identificadas pelos elementos da equipa.

Este questionário é anónimo e confidencial.

DADOS:

Idade -

Tempo de profissão -

Tempo de trabalho em Pediatria -

1 – Diga se concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

	CONCORDO	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO
A dor pode ser sentida com maior intensidade por crianças de algumas culturas/religiões.			
As reações dos pais à dor da criança influenciam a perceção e reação da criança à dor.			
Devido à imaturidade do sistema neurológico, crianças com idade inferior a 1 ano não possuem memória de dor.			
A idade da criança não influencia a sua perceção da dor.			
A modelagem pode ser utilizada em crianças dos 4 aos 6 anos.			

Na preparação das crianças e adolescentes para procedimentos dolorosos os pais assumem um papel preponderante.			
É da responsabilidade do enfermeiro conhecer estratégias de preparação para procedimentos dolorosos e integrá-los nos cuidados.			
As medidas farmacológicas e as não-farmacológicas complementam-se nas situações em que a criança é submetida a procedimentos dolorosos.			
A relação enfermeiro/criança/família não é um elemento relevante na preparação das crianças e adolescentes para procedimentos dolorosos.			
O enfermeiro pode utilizar o brincar de forma intencional quando prepara uma criança para um procedimento.			
A preparação de crianças com idade entre os 4 e os 6 anos para um procedimento doloroso pode aumentar a sua ansiedade.			
O conhecimento da história de dor da criança deve guiar a intervenção do enfermeiro quando este vai preparar uma criança para um procedimento doloroso.			
Quando os pais estão muito ansiosos é preferível que não estejam presentes quando o filho está a ser submetido a um procedimento doloroso			

2 – Das seguintes estratégias de preparação para procedimentos dolorosos diga quais as que conhece, quais as que sabe utilizar, e quais as que utiliza na sua prática:

	Conheço	Sei utilizar	Utilizo
Relaxamento			
Dessensibilização			
Reforço Positivo			
Informação preparatória			
Distração			
Modelagem			
Imaginação orientada			
Brincar			

3 - Para cada uma das seguintes questões escolha apenas uma opção que considera ser a correta:

3.1. Uma criança de 4 anos vais ser submetida a um procedimento doloroso. Quando a devo preparar?

Não devo realizar preparação pois pode aumentar a sua ansiedade

☐ 5 minutos antes

☐ 30 minutos antes

☐ No dia anterior

3.2. Uma criança de 7 anos vai realizar um exame de diagnóstico para o qual necessita de um acesso venoso. Quando lhe devo explicar a situação?

☐ Não devo explicar

☐ 5 minutos antes

☐ 30 minutos antes

☐ No dia anterior

3.3. Um adolescente tem uma cirurgia marcada. Quando que devo explicar a situação?

☐ No próprio dia

☐ No dia anterior

☐ 1 Semana antes

4. Para cada uma das situações descritas na questão anterior, escolha as estratégias que lhe pareçam adequadas para preparar a criança/adolescente.

	4 anos	7 anos	Adolescente
Demonstração num boneco			
Demonstração no boneco preferido			
Mostrar o material que vai ser utilizado			
Distração com um filme escolhido pela criança/adolescente			
Contar uma história			
Mostrar imagens, fotografias, filmes que demonstrem a situação			
Distração com bolas de sabão			
Imaginação orientada			
Deixar a criança manusear o material que vai ser utilizado			
Reforço positivo			
Música			

5 – Refira o que tem em conta quando vai preparar uma criança/adolescente para um procedimento doloroso. Justifique.

6 – Refira as questões que deve perguntar aos pais/criança antes de um procedimento doloroso.

7 – Dos seguintes factores indique pelo menos dois que considera serem obstáculos à utilização de estratégias para a preparação das crianças e adolescentes para procedimentos dolorosos (assinale com uma cruz):

☐	Recursos materiais
☐	Conhecimento
☐	Tempo
☐	Experiência
☐	Factores relacionados com a criança
☐	Factores relacionados com os pais
☐	Factores relacionados com a equipa de enfermagem
☐	Dinâmica de trabalho

7.1 - Justifique as suas escolhas, exemplificando com uma situação vivenciada.

8 – Como considera que a sua formação nesta área seria eficaz (assinale com uma cruz):

Observação de um enfermeiro na preparação de crianças/adolescentes para procedimentos	
Reflexão e análise sobre situações vivenciadas	
Análise e reflexão de artigos	
Suporte teórico	
Sessões de formação	

Obrigada pela sua colaboração.

Anexo 14:

Resultados e Análise dos Questionários

DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

- RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS -

1 – Diga se concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

	CONCORDO	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO
a. A dor pode ser sentida com maior intensidade por crianças de algumas culturas/religiões.	11111111	111	
b. As reações dos pais à dor da criança influenciam a percepção e reação da criança à dor.	1111111111		
c. Devido à imaturidade do sistema neurológico, crianças com idade inferior a 1 ano não possuem memória de dor.		11111111 1	1
d. A idade da criança não influencia a sua percepção da dor.		11111111 11	
e. A modelagem pode ser utilizada em crianças dos 4 aos 6 anos.	1111		11111
f. Na preparação das crianças e adolescentes para procedimentos dolorosos os pais assumem um papel preponderante.	1111111111	1	
g. É da responsabilidade do enfermeiro conhecer estratégias de preparação para procedimentos dolorosos e integrá-los nos cuidados.	1111111111		
h. As medidas farmacológicas e as não-farmacológicas complementam-se nas situações em que a criança é submetida a procedimentos dolorosos.	1111111111		
i. A relação enfermeiro/criança/família não é um elemento relevante na preparação das crianças e adolescentes para procedimentos dolorosos.		11111111 11	
j. O enfermeiro pode utilizar o brincar de forma intencional quando prepara uma criança para um procedimento.	1111111111	1	

k. A preparação de crianças com idade entre os 4 e os 6 anos para um procedimento doloroso pode aumentar a sua ansiedade.	11	111111	11
l. O conhecimento da história de dor da criança deve guiar a intervenção do enfermeiro quando este vai preparar uma criança para um procedimento doloroso.	11111111	1	
m. Quando os pais estão muito ansiosos é preferível que não estejam presentes quando o filho está a ser submetido a um procedimento doloroso.	11	111111	1

2 – Das seguintes estratégias de preparação para procedimentos dolorosos diga quais as que conhece, quais as que sabe utilizar, e quais as que utiliza na sua prática:

	Conheço	Sei utilizar	Utilizo
Relaxamento	1111111111	11111111	111111
Dessensibilização	111		
Reforço Positivo	1111111111	1111111111	1111111111
Informação preparatória	1111111111	1111? 11111	1111111111
Distracção	1111111111	1111111111	1111111111
Modelagem	111111	111	111
Imaginação orientada	1111111111	111? 111	1111111
Brincar	1111111111	1111? 11111	1111111111

3 - Para cada uma das seguintes questões escolha apenas uma opção que considera ser a correcta:

3.1. Uma criança de 4 anos vai ser submetida a um procedimento doloroso. Quando a devo preparar?

- _ Não devo realizar preparação pois pode aumentar a sua ansiedade
- _ 5 minutos antes 111111
- _ 30 minutos antes 111
- _ No dia anterior 1

3.2. Uma criança de 7 anos vai realizar um exame de diagnóstico para o qual necessita de um acesso venoso. Quando lhe devo explicar a situação?

- ☐ Não devo explicar
- ☐ 5 minutos antes **11**
- ☐ 30 minutos antes **111111**
- ☐ No dia anterior **11**

3.3. Um adolescente tem uma cirurgia marcada. Quando que devo explicar a situação?

- ☐ No próprio dia
- ☐ No dia anterior **11**
- ☐ 1 semana antes **11111111**

4. Para cada uma das situações descritas na questão anterior, escolha as estratégias que lhe pareçam adequadas para preparar a criança/adolescente.

	4 anos	7 anos	Adolescente
Demonstração num boneco	11111	111111	
Demonstração no boneco preferido	11111111	111	
Mostrar o material que vai ser utilizado	11	111	1111111
Distração com um filme escolhido pela criança/adolescente	1111	1111111111	111
Contar uma história	1111111111	11111	1
Mostrar imagens, fotografias, filmes que demonstrem a situação	11	1111	111111
Distração com bolas de sabão	11111111	1	
Imaginação orientada	1111111	1111111	11
Deixar a criança manusear o material que vai ser utilizado	11	111111	1111
Reforço positivo	1111111	1111111111	11111111
Música	11111111	111111	11111

5 – Refira o que tem em conta quando vai preparar uma criança/adolescente para um procedimento doloroso. Justifique.

- idade da criança (para escolher o tipo de preparação)
- pais (saber se vão transmitir ansiedade, se vão auxiliar)
- **desmistificar procedimento, explicar importância e esclarecer dúvidas (adolescente)**
- **adoptar medidas farmacológicas e não farmacológicas**
- explicar procedimento de acordo com idade e cultura
- esclarecer dúvidas
- preparar ambiente
- analgesia prévia
- medidas não farmacológicas
- adequar linguagem
- **idade**
- **tipo de procedimento**
- **ambiente**
- **explicar de forma adequada o procedimento**
- **medidas de conforto**
- **avaliar dor (escalas)**
- **medidas farmacológicas e não farmacológicas (emla, sacarose)**
- dinâmica familiar (influencia o tempo de preparação)
- idade da criança (influencia tempo e tipo de preparação)
- tipo de procedimento (invasivo/não invasivo, urgente?)
- materiais disponíveis
- disponibilidade de outro colega para ajudar (por exemplo distração, medidas de conforto)
- **idade e estadio de desenvolvimento**
- **utilização de linguagem clara e concisa**
- **utilização de humor e material adequado**
- **cultura**
- **stress (pais e criança)**
- **capacidade de compreender informação**
- explicação do procedimento tendo em conta o grau de desenvolvimento da criança
- crenças, valores

- meio ambiente
- factores de stress para a criança
- **idade, religião, cultura, contexto familiar e social**
- **tipo procedimento, reacções da criança/adolescente e pais – tentar perceber as estratégias mais eficazes que podem ser utilizadas para diminuir dor e ansiedade**
- **história de internamentos anteriores**
- não respondeu
- não respondeu

6 – Refira as questões que deve perguntar aos pais/criança antes de um procedimento doloroso.

- criança(já alguma vez passou por este procedimento, como reage à dor)
- pais (como reagem ao sofrimento da criança)
- **se está familiarizado com o procedimento, se tem dúvidas, se está preparado**
- experiências anteriores
- hábitos de vida
- **se os pais querem estar presentes**
- **como a criança reage à dor**
- **medidas de conforto que a criança utiliza**
- se já fez o procedimento, como reagiu?
- o que ajuda a diminuir a dor/ansiedade
- preferências da criança
- se os pais estão disponíveis/preparados para colaborar – prestar apoio nesse sentido
- **tem conhecimento acerca do procedimento que vai ser realizado?**
- **como pensa que o seu filho vai reagir?**
- **qual o método mais eficaz para aclamar e explicar o procedimento à criança?**
- se possuem conhecimento do procedimento / dúvidas relacionadas com o procedimento
- se já existe experiência prévia com o procedimento e como vivenciou a experiência
- se o procedimento gerou ansiedade
- **estratégias que normalmente utiliza para acalmar a criança (colo, sucção não nutritiva, boneco?)**
- se a criança já foi submetida anteriormente ao procedimento e se as estratégias utilizadas foram eficazes

- não respondeu
- não respondeu

7 – Dos seguintes factores indique pelo menos dois que considera serem obstáculos à utilização de estratégias para a preparação das crianças e adolescentes para procedimentos dolorosos (assinale com uma cruz):

11111	Recursos materiais
1111	Conhecimento
1111111	Tempo
11111	Experiência
1111	Factores relacionados com a criança
1111	Factores relacionados com os pais
1	Factores relacionados com a equipa de enfermagem
1111	Dinâmica de trabalho

7.1 - Justifique as suas escolhas, exemplificando com uma situação vivenciada.

- tempo (devido ao rácio criança/enfermeiro)
- tempo (rácio enfo/doente) – por exemplo para colocar um acesso venoso
- stress e ansiedade dos pais
- falta de experiência pode dificultar a actuação do enfermeiro
- nem sempre existe tempo para efectuar os procedimentos com calma
- não existem os materiais adequados a todas as idades
- falta material adequado para a preparação
- falta de conhecimento torna todos os outros elementos possíveis obstáculos
- tempo (muito pontualmente)
- elementos da equipa/dinâmica de trabalho por vezes diminuem a disponibilidade para colaborar, por vezes apressam a preparação
- ansiedade dos pais, que transmitem à criança dificulta a preparação
- ???
- situações de urgência não existe tempo para explicar o procedimento ou esclarecer dúvidas (pais e criança/adolescente)

- tempo, quando estão muitas crianças internadas é difícil gerir o tempo de forma a prestar cuidados de enfermagem personalizados, neste caso específico, cuidados que minimizem a dor da criança/família
- no que diz respeito à dinâmica da equipa considero que a mesma está pouco sensibilizada para o tema (estratégias para minimizar a dor e para a preparação para procedimentos dolorosos)
- não respondeu
- não respondeu

8 – Como considera que a sua formação nesta área seria eficaz (assinale com uma cruz):

Observação de um enfermeiro na preparação de crianças/adolescentes para procedimentos	111111
Reflexão e análise sobre situações vivenciadas	11111111
Análise e reflexão de artigos	1111
Suporte teórico	11111
Sessões de formação	1111111111

DADOS:

Idade – 27, 30, 33, 29, 28, 25, 25, 25, 32, 38,

Tempo de Profissão – 6, 6, 11, 6, 6, 3, 18m, 2, 13, 15,

Tempo de trabalho em Pediatria – 2, 6, 11, 6, 6, 3, 1, 2, 13, 15,

- ANÁLISE DOS RESULTADOS -

Foram analisados 10 questionários. 8 enfermeiros responderam o questionário na sua totalidade e 2 enfermeiros responderam apenas às questões de resposta rápida, não responderam portanto às questões nº 5, nº 6 e nº 7.1.

A idade dos enfermeiros inquiridos situa-se entre os 25 e os 38 anos.

Quanto ao tempo de exercício de enfermagem, os enfermeiros inquiridos têm entre 18 meses e 15 anos de experiência profissional e quanto ao tempo de exercício na área pediátrica, o valor é entre 1 e 15 anos.

QUESTÃO 1:

Nesta primeira questão são apresentadas 13 afirmações e é perguntado aos enfermeiros se concordam, discordam ou não concordam nem discordam com as afirmações. Todos os enfermeiros responderam à totalidade das afirmações.

A totalidade dos enfermeiros respondeu corretamente a 5 afirmações (b, d, g, h, i), e referem concordar com as seguintes afirmações:

- As reações dos pais à dor da criança influenciam a percepção e reação da criança à dor.
- A idade da criança influencia a sua percepção da dor.
- É da responsabilidade do enfermeiro conhecer estratégias de preparação para procedimentos dolorosos e integrá-los nos cuidados.
- As medidas farmacológicas e as não-farmacológicas complementam-se nas situações em que a criança é submetida a procedimentos dolorosos.
- A relação enfermeiro/criança/família é um elemento relevante na preparação das crianças e adolescentes para procedimentos dolorosos.

Relativamente à questão a. A dor pode ser sentida com maior intensidade por crianças de algumas culturas/religiões, 7 enfermeiros respondem corretamente, concordando com a afirmação e 3 enfermeiros respondem incorretamente, discordando com a afirmação.

Na questão c. Devido à imaturidade do sistema neurológico, crianças com idade inferior a 1 ano não possuem memória de dor, um enfermeiro não concorda nem discorda, os outros 9 responderam corretamente, concordando com a afirmação.

Na questão e. A modelagem pode ser utilizada em crianças dos 4 aos 6 anos, 1 enfermeiro não responde, 4 enfermeiros responde corretamente concordando com a afirmação, e 5 enfermeiros não concordam nem discordam.

Na questão f. Na preparação das crianças e adolescentes para procedimentos dolorosos os pais assumem um papel preponderante, apenas 1 enfermeiro discorda com a afirmação, os restantes 9 concordam.

Na questão j. O enfermeiro pode utilizar o brincar de forma intencional quando prepara uma criança para um procedimento, apenas 1 enfermeiro discordou, os outros restantes concordaram com a afirmação.

Na questão k. A preparação de crianças com idade entre os 4 e os 6 anos para um procedimento doloroso pode aumentar a sua ansiedade, 2 enfermeiros concordam, 6 enfermeiros discordam e 2 enfermeiros não concordam nem discordam com a afirmação.

Na questão l. O conhecimento da história de dor da criança deve guiar a intervenção do enfermeiro quando este vai preparar uma criança para um procedimento doloroso, apenas 1 enfermeiro discorda, enquanto que os outros concordam com a afirmação.

Na questão m. Quando os pais estão muito ansiosos é preferível que não estejam presentes quando o filho está a ser submetido a um procedimento doloroso, 3 enfermeiros concordam, 6 discordam e 1 não concorda nem discorda com a afirmação.

NOTA: As questões onde se verificou maior discrepância nas respostas foram as questões **a** (a dor pode ser sentida com maior intensidade por crianças de algumas culturas/religiões), **e** (a modelagem pode ser utilizada em crianças dos 4 aos 6 anos), **k** (a preparação de crianças com idade entre os 4 e os 6 anos para um procedimento doloroso pode aumentar a sua ansiedade) e **m** (quando os pais estão muito ansiosos é preferível que não estejam presentes quando o filho está a ser submetido a um procedimento doloroso).

A questão e. refere-se à modelagem, e pude verificar na questão 2 que alguns dos enfermeiros não conhece esta estratégia.

QUESTÃO 2:

Nesta 2ª questão são apresentadas algumas estratégias de preparação de crianças para procedimentos dolorosos (Relaxamento, Dessensibilização, Reforço positivo, Informação preparatória, Distração, Modelagem, Imaginação orientada, Brincar), e é perguntado aos enfermeiros se conhece a estratégia, se a sabe utilizar e se a utiliza na sua prática. Os 10 enfermeiros inquiridos responderam a esta questão.

Todos os enfermeiros referem conhecer 5 das estratégias apresentadas: relaxamento, reforço positivo, informação preparatória, distração e brincar. Destas 5 estratégias, todos os enfermeiros refere saber utilizar 4 delas, e apenas 8 refere saber utilizar o relaxamento. O reforço positivo e o brincar é utilizado por todos os enfermeiros. Apesar de todos referirem conhecer e saber utilizar a informação preparatória e a distração, apenas 9 dos 10 enfermeiros a utiliza.

Quanto à dessensibilização apenas 3 enfermeiros refere conhecer a estratégia, mas nenhum a sabe utilizar.

Quanto à modelagem, 6 enfermeiros refere conhecer, mas apenas 3 a sabe utilizar e utiliza na prática.

Quanto à imaginação orientada, 9 dos 10 enfermeiros refere conhecer, mas apenas 7 a sabe utilizar e utiliza na prática.

NOTA: As estratégias que os enfermeiros referem utilizar com mais frequência são o reforço positivo, a informação preparatória, a distração, a imaginação orientada e o brincar. As estratégias menos utilizadas são a dessensibilização e a modelagem.

QUESTÃO 3:

Esta questão diz respeito ao tempo de preparação para um procedimento doloroso e está subdividida em 3 questões. Cada uma tem uma situação diferente (idade da criança e tipo de procedimento) e é questionado quando se deve preparar a criança, e o enfermeiro tem 3 ou 4 opções de escolha. Todos os enfermeiros responderam a esta questão.

Na questão 3.1. a situação é uma criança de 4 anos que vai ser submetida a um procedimento doloroso (não é especificado), e é perguntado ao enfermeiro quando deve preparar a criança para o procedimento. Nenhum enfermeiro escolheu a 1ª opção (não devo realizar preparação pois pode aumentar a sua ansiedade), 6 enfermeiros

escolheram a opção correta (5 minutos antes), 3 enfermeiros escolheram a opção 30 minutos antes e 1 enfermeiro escolheu a opção No dia anterior.

Na questão 3.2. a situação apresentada é uma criança de 7 anos que vai realizar um exame de diagnóstico para o qual necessita de um acesso venoso, e é perguntado quando se deve explicar a situação. Nenhum enfermeiro escolheu a 1ª opção (Não devo explicar), 2 enfermeiros optaram por explicar 5 minutos antes, 6 enfermeiros optaram por explicar 30 minutos antes (opção correta) e 2 enfermeiros no dia anterior.

Na questão 3.2 a situação apresentada é um adolescente que tem uma cirurgia marcada, e é perguntado quando se deve explicar a situação. Nenhum enfermeiro escolheu a 1ª opção (No próprio dia), 2 enfermeiros optaram por explicar no dia anterior e oito enfermeiros escolheram a opção mais correta (1 semana antes).

Assim, 6 dos 10 enfermeiros escolheram a opção correta nas questões 3.1 e 3.2 e 8 dos 10 enfermeiros escolheram a opção correta na questão 3.3.

NOTA: 3 dos enfermeiros escolheram preparar a criança de 4 anos 30 minutos antes, e esses mesmos 3 enfermeiros escolheram preparar a criança de 7 anos 30 minutos antes.

QUESTÃO 4:

Nesta questão são apresentadas 11 estratégias e é pedido aos enfermeiros que, para cada uma delas, diga as que se adequam às situações da questão anterior (criança de 4 anos submetida a procedimento doloroso, criança de 7 anos que vai realizar exame de diagnóstico e necessita de acesso venoso e adolescente que vai ser submetido a cirurgia). Todos os enfermeiros responderam a esta questão.

A questão que levantou mais dúvidas foi a distinção entre fazer demonstração num boneco ou no boneco preferido; 8 enfermeiros escolheram a opção demonstração no boneco preferido para a criança de 4 anos e apenas 3 para a criança de 7 anos.

5 enfermeiros escolheram a música para preparar o adolescente para a cirurgia; fico na dúvida se se referiam apenas a uma estratégia que se pode utilizar com o adolescente (sem ser neste caso específico da preparação para a cirurgia), ou se o adolescente poderia utilizar esta estratégia no pós-operatório?

QUESTÃO 5:

Nesta pergunta é pedido aos enfermeiros para referir o que têm em conta quando vão preparar uma criança/adolescente para um procedimento doloroso, justificando. Apenas 8 dos 10 enfermeiros responderam a esta questão.

Os enfermeiros referiram:

- idade da criança (5)
- estadio de desenvolvimento (1)
- internamentos anteriores (1)
- criança (nível de stress) (2)
- reações da criança (1)
- reações dos pais (1)
- pais (se estão ansiosos) (2)
- pais (se vão auxiliar) (1)
- tipo de procedimento (3)
- explicar procedimento (6)
- medidas farmacológicas (3)
 - EMLA (1)
- medidas não farmacológicas (4)
 - medidas de conforto (2)
 - sacarose (1)
- distração (1)
- estratégias que podem ser utilizadas para diminuir dor/ansiedade (1)
- preparar ambiente (3)
- adequar linguagem (3)
- avaliar dor (1)
- dinâmica familiar (2)
- materiais disponíveis (2)
- disponibilidade de outro colega (para ajudar na medidas de conforto, distração) (1)
- cultura (2)
- utilização do humor (1)
- crenças (1)
- valores (1)
- religião (1)

NOTA: Nesta questão os enfermeiros referiram aspetos relacionados com a **criança** (idade, desenvolvimento), com os **pais** (reações dos pais ao sofrimento da criança, nível de stress, se estão preparados para colaborar), sobre o **procedimento** (tipo de procedimento), sobre **características da família** (dinâmica familiar, cultura, crenças, valores, religião), **história de dor**/internamentos anteriores (reações da criança, estratégias que foram eficazes para diminuir a ansiedade da criança), e sobre **medidas farmacológicas e não farmacológicas** de controlo da dor. Alguns especificaram algumas **estratégias** que podem utilizar (distração), medidas farmacológicas (EMLA) e não farmacológicas (medidas de conforto, medidas ambientais). 3 enfermeiros referiram a comunicação (adequando-a ao nível de compreensão da criança e pais) e 2 enfermeiros referiram também o material disponível.

Nenhum enfermeiro referiu o temperamento da criança nem a relação criança/pais/enfermeiro como fator a ter em conta na preparação da criança para o procedimento.

Apesar de poucos enfermeiros referirem nesta questão a história de dor, fazem-no na questão nº 6.

QUESTÃO 6:

Nesta pergunta é pedido aos enfermeiros para referirem as questões que deve perguntar aos pais/criança antes de um procedimento doloroso. Apenas 8 dos 10 enfermeiros responderam a esta questão.

Os enfermeiros referem:

- se a criança já realizou o procedimento (5)
- como reage a criança à dor (5)
- como reagem os pais ao sofrimento da criança (1)
- se os pais querem estar presentes (1)
- dúvidas acerca do procedimento (3)
- medidas de conforto utilizadas pela criança/o que ajuda a criança a diminuir a dor/ansiedade (5)
- hábitos de vida (1)
- preferências da criança (1)
- se os pais estão preparados para colaborar/apoiar (1)
- qual o método mais eficaz para explicar o procedimento à criança (1)

NOTA: Nesta questão a maioria dos enfermeiros refere questões relacionadas com a **história de dor** e internamentos anteriores (reações da criança à dor/procedimento e estratégias e medidas utilizadas para diminuir a dor e ansiedade) e com os **pais** (se querem estar presentes, como reagem, se estão preparados para colaborar, dúvidas acerca do procedimento).

QUESTÃO 7:

Quando questionados acerca dos factores que consideram serem obstáculos à utilização de estratégias para a preparação das crianças e adolescentes para procedimentos dolorosos, os factores mais assinalados foram o **tempo** (7 respostas), a **experiência** (5 respostas) e os **recursos materiais** (5 respostas). Apenas 1 enfermeiro assinalou a factores relacionados com a equipa de enfermagem. Os factores conhecimento, dinâmica de trabalho, factores relacionados com os pais e factores relacionados com a criança foram referidos por 4 enfermeiros.

Nem todos os enfermeiros justificaram as suas escolhas, na questão 7.1.

Relativamente ao **tempo**: quatro enfermeiros referem o rácio enfº/criança; um enfº refere as situações de urgência, os procedimentos devem ser realizados de forma rápida; um enfº que referiu todos os factores como possíveis obstáculos, refere o tempo, mas muito pontualmente.

Relativamente à **experiência** nenhum inquirido justifica esta escolha, apenas um refere que a falta de experiência pode dificultar a atuação do enfermeiro.

Quanto aos **recursos materiais**, um enfermeiro refere que não existem os materiais adequados a todas as idades, e outro refere que não existe material adequado para a preparação das crianças para procedimentos.

QUESTÃO 8:

Nesta questão é perguntado “Como considera que a sua formação nesta área seria eficaz?”.

As respostas mais assinaladas foram **Observação de um enfermeiro na preparação de crianças/adolescentes para procedimentos** (6 enfermeiros), **Reflexão e análise sobre situações vivenciadas** (8 enfermeiros) e **Sessões de formação** (9 enfermeiros).

NOTA: Apesar de apenas 4 enfermeiros terem apontado como obstáculo à utilização de estratégias para a preparação das crianças e adolescentes para procedimentos dolorosos o conhecimento (na questão nº 7), nesta questão 9 enfermeiros solicitam sessões de formação sobre o tema e observação de um enfermeiro. Interpreto este facto pois possivelmente os enfermeiros consideram que possuem conhecimentos, mas necessitam de mais informação (nas sessões de formação) para consolidar e aprofundar os conhecimentos e necessitam de mais segurança para utilizar as estratégias (observação de um enfermeiro).

Anexo 15:

Planeamento da Formação

Plano de Formação

Acção de Formação	O brincar e a preparação para Procedimentos na UCIEP
Serviço Organizador	UCIENP
Objectivos	• Implementar, em colaboração com a equipa, o brincar enquanto estratégia que permite a expressão e gestão das emoções de todos os intervenientes no processo de cuidados. • Implementar estratégias de preparação de crianças para procedimentos dolorosos
Conteúdo programático	• Reacções e indicadores de sofrimento da criança e família face à doença grave e hospitalização, de acordo com o seu estagio de desenvolvimento. • Stressores da doença e hospitalização na UCIEP para pais e crianças. • Mecanismos e estratégias de coping de pais e crianças. • Estratégias e intervenções de enfermagem que facilitem o coping e fomentem as forças e recursos das famílias. • O brincar enquanto estratégia na gestão das emoções para os três intervenientes do processo de cuidados. • Os procedimentos dolorosos enquanto fonte de dor, stress e sofrimento para a criança • Estratégias de preparação de crianças para procedimentos dolorosos • Apresentação e demonstração de material utilizado na preparação de crianças para procedimentos • Análise e reflexão de situações
Destinatários	Equipa Multidisciplinar da UCIENP
Equipa Pedagógica	Enf. ^a Mónica Sousa e Enf. ^a Catarina Melancia
Coordenação	Enf. ^a Ribeiro da Silva / Enf. ^a Paula Costa / Enf. ^a Carina Ribeiro
Métodos/meios Pedagógicos	Método Activo – expositivo e interrogativo
Horário	19 de Novembro de 2012, 15-17h
Local	Sala de Reuniões da UCIENP

Anexo 16:

Apresentação da Sessão de Formação em Serviço

Preparação de Crianças para Procedimentos Dolorosos

1



UCIEP

28-11-2012

Preparação de Crianças para Procedimentos Dolorosos

2

Diminuição da dor, ansiedade e stress de crianças em idade pré-escolar e escolar submetidas a procedimentos dolorosos no contexto de Cuidados Intensivos



Realizado por:
Ana Catarina Melancia

UCIEP

28-11-2012

Índice

3

- 1 - Apresentação do Projecto
 - Objectivos
 - Contextualização
 - Fundamentação
- 2 - Os procedimentos dolorosos como fonte de dor, stress e sofrimento para a criança e pais
- 3 – Estratégias de preparação para procedimentos dolorosos
 - Idade pré-escolar
 - Idade escolar
- 4- Medidas não-farmacológicas de controlo da dor
- 5 - A “Caixa”
- 6 - Situações práticas
- 7 – Referências bibliográficas



1. Apresentação do Projecto - objectivos

4

OBJECTIVOS GERAIS

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à criança em idade pré-escolar e escolar, submetida a procedimentos dolorosos, no contexto de cuidados intensivos pediátricos
- Desenvolver competências da equipa de enfermagem da UCIEP na prestação de cuidados à criança submetida a procedimentos dolorosos

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver compreensão do impacto dos procedimentos dolorosos na criança de diferentes idades
- Desenvolver capacidades de comunicação com as crianças, de acordo com as suas características e etapa do desenvolvimento
- Conhecer as melhores práticas de preparação das crianças para procedimentos dolorosos
- Desenvolver um plano de formação sobre estratégias de preparação das crianças para procedimentos dolorosos, no contexto do local de trabalho

Apresentação do Projecto - Contextualização

5



- 0-18 anos
- Situação crítica
- Diferentes causas
- Períodos de internamento
 - Programado ou não
- 5 vagas intensivos, 6 vagas intermédios
 - 447 internamentos (2009)
- Diferentes estratos sócio-económicos
- Diferentes culturas, etnias, religiões

U
C
I
P

Apresentação do Projecto - Contextualização

6

EQUIPA DE ENFERMAGEM

- 17 enfermeiros, 5 equipas
- 2 enfermeiros especialistas
- Equipa jovem, integrações baseadas na componente técnica
 - Peritos nos cuidados técnicos
- Utilização de medidas de avaliação da dor (escalas)
 - Equipa de trabalho da Dor (enf^o, médico)
- Utilização de medidas farmacológicas de controlo da dor
- Não utilização de técnicas de preparação das crianças para procedimentos

U
C
I
P

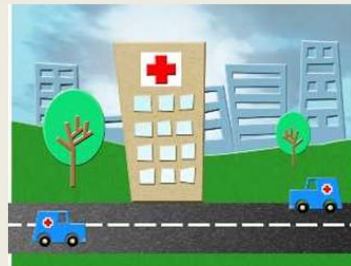
Fundamentação do Projeto: Internamento Pediátrico

7

Interrupção das rotinas quotidianas e do ambiente familiar, presença de equipamento estranho e ameaçador, necessidade de administrar tratamentos ou meios de diagnóstico assustadores e dolorosos, necessidade de contactar com estranhos e a impossibilidade de manter o controlo sobre os acontecimentos.



FACTORES DE STRESS PARA A CRIANÇA (BARROS, 1998)



Fundamentação do Projeto: Internamento Pediátrico

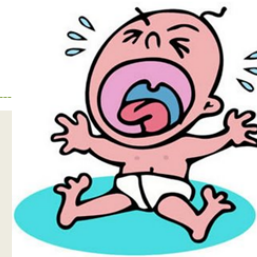
8

CONSEQUÊNCIAS DO INTERNAMENTO:

- Ansiedade, stress, depressão, raiva
- Alterações no comportamento (birras, choro, apatia, agressividade...)
- Alterações no desenvolvimento (atraso, regressão)
- Distúrbios no sono e na alimentação
- Recusa em participar nas actividades diárias e nos cuidados
- Perturbações escolares e da aprendizagem.



No entanto, já não é hoje possível afirmar que uma experiência única e pontual possa ter, de forma linear, tantas e tão dramáticas consequências no desenvolvimento e na saúde mental (BARROS, 1998).



Fundamentação do Projeto: Internamento Pediátrico

9



EXPERIÊNCIA POSITIVA POIS:

- Ocasão de aprendizagem e desenvolvimento
- A criança pode aprender um conjunto de estratégias de confronto do medo, ansiedade e dor
- A criança pode aumentar a sua percepção de si como ser competente e eficaz
- Preparação para experiências futuras

FACTORES DETERMINANTES

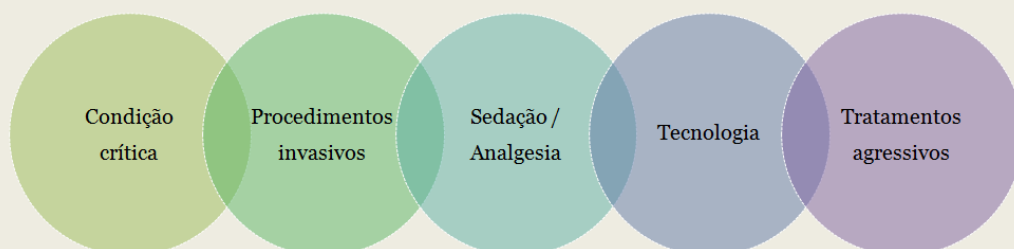


- Características da criança
- Duração do internamento
- Situação clínica / características da doença
- Presença dos pais
- Participação dos pais / atitude dos pais
- Relação equipa de saúde / família
- Estratégias de confronto utilizadas
- Experiências anteriores

Fundamentação do projecto: Internamento em Cuidados Intensivos

10

Crianças internadas numa UCIP têm maior risco de sofrer problemas psicológicos e comportamentais (JONES, FISER e LIVINGSTON, 1992, citados por BOARD, 2005).



A admissão de um filho numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos pode ser um dos acontecimentos mais stressantes para os pais (ALDRIDGE, 2005)

Os procedimentos dolorosos como fonte de dor, stress e sofrimento para a criança e pais

11

A dor aguda é um dos estímulos adversos mais frequentemente experimentados pelas crianças, e pode resultar de ferimentos, doença ou tratamentos necessários. (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001).

... é muitas vezes avaliada e tratada inadequadamente (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001).

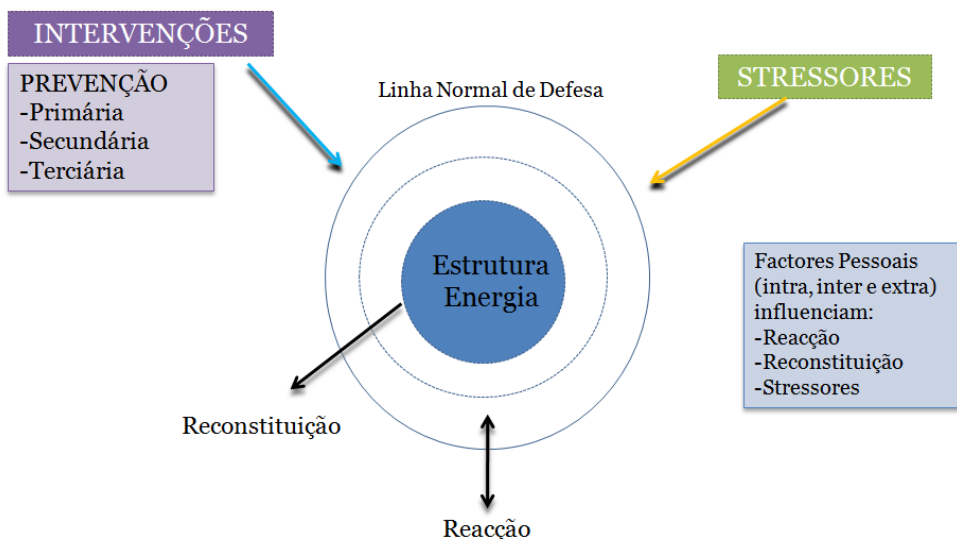
A combinação entre intervenções farmacológicas e não-farmacológicas pode garantir um elevado padrão de cuidados na gestão da dor nas crianças (BAULCH, 2010).

Possível utilizar o brincar durante procedimentos dolorosos ou desconfortáveis, para preparação da criança para cirurgias ou procedimentos invasivos e no quotidiano das actividades de vida diárias da criança (HALAT, BAR-MOR E SHOCHAT, 2003)

UCIEP

28-11-2012

Quadro de Referência - O Modelo Sistémico de Betty Neuman -



(Adaptado de Neuman e Fawcett, 2011)

UCIEP

12

28-11-2012

3. Estratégias de preparação para procedimentos dolorosos



13

Comportamentais

- Envolvem o ensino de comportamentos concretos para o alívio da dor
- Exemplos: dessensibilização, reforço positivo, relaxamento

Cognitivas

- Usam métodos mentais para lidar com a dor
- Exemplos: informação preparatória, hipnose, mudança de memória

Cognitivo-comportamentais

- Estratégias que têm por alvo o comportamento e a cognição
- Exemplos: distração, modelagem e ensaio, imagem guiada

Requisitos



14

O enfermeiro deve possuir conhecimentos acerca de...

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

(características que influenciam a experiência da criança face ao internamento, dor, procedimentos dolorosos...)

DOR

- Dimensões da dor (fisiológica, sensorial, afectiva, cognitiva, comportamental, sociocultural)
- Factores que influenciam a experiência de dor da criança (biológicos, cognitivos, psicológicos e socioculturais)
- Indicadores de dor
- Métodos e instrumentos de avaliação
- História da dor
- Medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor

ESTRATÉGIAS

- Experiência da criança face ao procedimento
- Intervenções de enfermagem para minimizar a ansiedade, stress e dor da criança antes, durante e após o procedimento
- Tipos de estratégias que se podem utilizar para preparar as crianças para procedimentos
- Como se utilizam as diferentes estratégias
- Escolha da estratégia de acordo com a idade, desenvolvimento e características da criança
- Negociação, envolvimento e ensino aos pais das estratégias.

Fundamental ter em conta...

15



1. Desenvolvimento da criança

2. Fatores Individuais:
- temperamento da criança
- história de dor da criança

3. Relação enfermeiro/pais /criança

4. Papel dos pais

Estratégias de preparação para procedimentos dolorosos

16

informação preparatória

distracção

modelagem

imagem guiada

OBJECTIVOS

- diminuir o stress, dor e ansiedade relacionados com o procedimento
- promover o sentido de controlo
- desmistificar medos
- dar sentido à experiência
- ensinar estratégias que a criança possa utilizar em situações futuras

Estratégias comportamentais

17

Envolvem o ensino de comportamentos concretos para o alívio da dor



RELAXAMENTO

Exercícios respiratórios, contar números, massagens, música, soprar cornetas, balões.

REFORÇO POSITIVO

O propósito desta técnica consiste em transformar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, transformando-o num desafio. A criança é elogiada ou recompensada com um relato positivo (verbal), um brinquedo ou outro tipo de prémio (material – diplomas, medalhas de bom comportamento, etc), reforçando os comportamentos adequados.



Estratégias cognitivas

18

Usam métodos mentais para lidar com a dor



INFORMAÇÃO PREPARATÓRIA

- Explicação dos acontecimentos futuros (o que vai acontecer, como, quando, o que pode sentir, o que pode fazer)
- Utilização de panfletos, fotografias, imagens, material, desenhos.
- Por exemplo na preparação para cirurgias, exames ou procedimentos, preparação para um internamento
- DOR: explicar as escalas, como pode aliviar a dor, estratégias que pode utilizar

Estratégias cognitivo-comportamentais

19

Estratégias que têm por alvo o comportamento e a cognição



MODELAGEM

Conjunto de estratégias que visam informar a criança acerca do procedimento e sugerir comportamentos que ajudem a lidar com a dor e ansiedade. Envolve a demonstração do uso de estratégias de coping por um adulto ou criança (demonstração num boneco, filmes, demonstração feita pelos pais ou profissional)

Estratégias cognitivo-comportamentais

20



DISTRAÇÃO

Objetivo é desviar a atenção da criança da dor ou experiência desagradável para coisas agradáveis.



Estratégias cognitivo-comportamentais

21



IMAGINAÇÃO GUIADA

- Encorajar a criança a imaginar objetos e experiências agradáveis (música, um lugar agradável, atividade favorita, pensamentos positivos, histórias de super-heróis, etc.)
- Visa focar a atenção da criança, usando os seus mecanismos de coping.
- Requer o envolvimento ativo da criança.



Idade pré-escolar

22



- ✓ Usar linguagem simples, neutra centrada nas suas sensações e adequada à sua compreensão.
- ✓ Explicar à criança o que ela vai sentir e o que pode fazer para ajudar de forma simples (não explicar com exemplos de outras crianças)
- ✓ Duração da preparação curta (máximo 5 minutos); reforçar que vai ser rápido de forma compreensível para a criança (por exemplo contar com a criança até 10).
- ✓ Tentar evitar que o pensamento mágico e o animismo potenciem a ansiedade – não mostrar agulhas, mostrar e deixar manusear material simples e pequeno.
- ✓ Explicar a parte do corpo envolvida, por exemplo com figuras, desenhos ou demonstração num boneco – possuem compreensão limitada dos limites do corpo, poucos conhecimentos de anatomia, mas preocupam-se com a integridade corporal.

Idade pré-escolar

23



- ✓ Averiguar experiências anteriores de internamentos ou procedimentos – grande preocupação com a dor, podem deturpar ou exagerar com experiências anteriores.
- ✓ As estratégias e objectos/brinquedos a utilizar na preparação da criança devem ser escolhidas por ela e de acordo com os seus gostos:
 - distração (televisão, assuntos de interesse para a criança e com brinquedos que goste)
 - técnicas de relaxamento, ensino de técnicas de autocontrolo (contar, respirar fundo)
 - desenhos, contar uma história
 - demonstração num boneco (NOTA: em crianças de 4 anos não fazer a demonstração no boneco preferido pois este constitui um prolongamento de si).
- ✓ As estratégias podem ser utilizadas após o procedimento – desenhar ou brincar acerca do que aconteceu ajuda a criança a compreender a experiência, a exprimir sentimentos e fornece sentimento de controlo.

Idade escolar

24

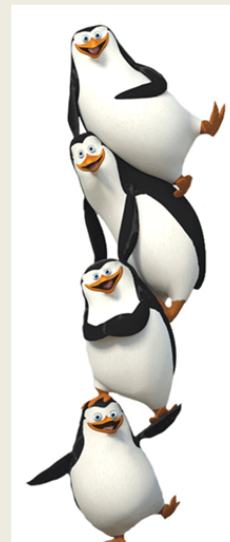


- ✓ Explicação honesta e simples do procedimento – pode necessitar auxílio de um desenho por exemplo.
- ✓ Explicar as estratégias disponíveis e dar a escolher.
- ✓ Podem querer ver o procedimento e o manipular o material.
- ✓ Dar tempo à criança para interiorizar sobre o que vai acontecer e negociar a hora do procedimento (atenção, a criança pode tentar adiar o procedimento)
- ✓ Assegurar presença dos pais (continua a ser fonte de stress).
- ✓ Explicar quais os comportamentos esperados (dá sensação de controlo à criança e sentimento de satisfação por colaborar).
- ✓ Valorizar os comportamentos adequados (elogiar, aumenta a sua auto-estima que por sua vez reforça positivamente os comportamentos adequados).
- ✓ Permitir escolhas (estratégia, posição, brinquedos...).

4. Medidas não-farmacológicas de controlo da dor

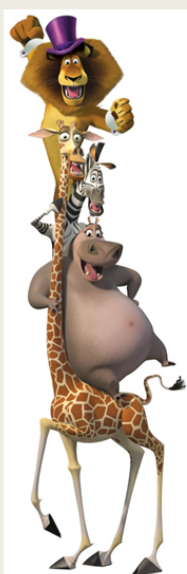
25

- 1 - Identificar as experiências anteriores da dor e métodos usados no seu alívio;
- 2 - Negociar a presença dos pais / pessoa significativa junto da criança
- 3 - Informar de forma simples, exacta e de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança
- 4 - Ensinar os pais e criança a enfrentarem os procedimentos dolorosos
- 5 - Ser honesto
- 6 - Dar feedback positivo
- 7 - Nunca usar procedimentos médicos ou de enfermagem como ameaça



4. Medidas não-farmacológicas de controlo da dor

26



- 8 - Garantir o conforto da criança
- 9 - Não efectuar ou permitir que se efectuem actos dolorosos na cama (local de refúgio e conforto)
- 10 - Permitir a expressão de sentimentos e emoções
- 11 - Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor
- 12 - Permanecer junto da criança após um acto doloroso
- 13 - Planear os cuidados de forma a manipular / incomodar o menor número de vezes possível.
(BATALHA, 2010)

5. A "Caixa"

27



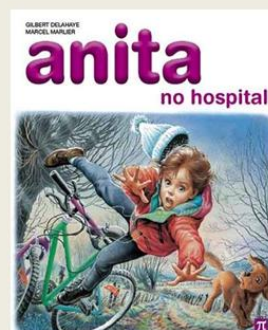
OBJETIVOS

- Reunir material
- Incentivar utilização de estratégias
- Reunir literatura

5. A "Caixa" - material

28

- ❖ Livros
- ❖ Línguas da sogra
- ❖ Bolas de sabão
- ❖ Fantoches de dedo
- ❖ Caleidoscópio
- ❖ Pensos rápidos com bonecos
- ❖ Autocolantes de bom comportamento
- ❖ Boneco "Fernando"
- ❖ Material hospitalar (seringas, máscaras, pensos, ...)
- ❖ Material de desenho



Dossier – bibliografia disponibilizada

29

- BARROS, Luísa (1998) – As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controlo. **Análise Psicológica**. Vol. XVI, Nº 1 (1998). 11-28.
- BARROS, Luísa (2010) - A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. **Temas em Psicologia**. Vol. 18, Nº 2 (2010). 295-306. ISSN 1413-389X.
- BATALHA, Luís (2010) - **Dor em Pediatria – compreender para mudar**. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-593-0.
- GILBOY, Siobhan; HOLLYWOOD, Eleanor (2009) – Helping to alleviate pain for children having venepuncture. **Pediatric Nursing**. Vol 21, Nº 8 (Outubro 2008). 14-19.
- STINSON, Jennifer; [et al] (2008) – Review of systematic reviews on acute procedural pain in children in the hospital setting. **Pain Res Manage**. Vol. 13, Nº 1 (Jan/Fev 2008). 51-7.
- UMAN, Lindsay S.; [et al] (2008) – A Systematic Review of Randomized Controlled Trials Examining Psychological Interventions for Needle-related Procedural Pain and Distress in Children and Adolescents: An Abbreviated Cochrane Review. **Journal of Pediatric Psychology**. Vol. 33, Nº 8 (Abril 2008). 842-54.
- VESSEY, Judith A.; CARLSON, Karen L.; MCGILL, Joan (1994) – Use of Distraction With Children During Acute Pain Experience. **NURSING RESEARCH**. Vol. 43, No 6 (Nov/Dez 1994). 369372.

UCIEP

28-11-2012

6. Situações práticas... dividam-se em grupos

30

Possíveis reações aos procedimentos
Mecanismos de coping utilizados
Que estratégias podemos utilizar
Como podem os pais participar

Matilde, 4 anos
1º internamento
Reimplantação ureteral
Realização penso cirúrgico



Tiago, 8 anos, raça negra.
Drepanocítico, vários
internamentos – CVO.
Colheitas de sangue.

Joana, 6 anos
Internada por pneumonia
Colocação de via periférica

Manuel, 3 anos
3 internamentos anteriores
Internado por crise asmática
Recusa tratamentos, participar nas AVD e brincar



UCIEP

28-11-2012

Bibliografia

31



- ALDRIDGE, Michael D. (2005) – Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit. **Critical Care Nurse**. Vol. 25, Nº 6 (Dezembro 2005). 40-50.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2001) – The assessment and management of acute pain in infants, children and adolescents. **Pediatrics**. Vol. 108, Nº 3 (Setembro 2001). 793-7. ISSN: 0031 4005.
- BARROS, Luísa (1998) – As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controlo. **Análise Psicológica**. 1 (XVI). 11-28.
- BARROS, Luísa (2003) – **Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista**. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-081-2.
- BARROS, Luísa (2010) - A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. **Temas em Psicologia**. Vol. 18, Nº 2 (2010). 295-306. ISSN 1413-389X.
- BATALHA, Luís (2010) - **Dor em Pediatria – compreender para mudar**. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-593-0.
- BAULCH, I. (2010) – Assessment and management of pain in the paediatric patient. **Nursing Standard**. Vol. 25, Nº 10 (Novembro 2010). 35-40.
- BILBACE, Roger; WALSH; Mary E. (1977) – **The Development of Children's Concepts of health and illness**
- BOARD, Rhonda (2005) – School-Age Children's Perception of Their PICU Hospitalization. **Pediatric Nursing**. Vol. 31, Nº 3 (Maio-Junho 2005). 166-175.
- BRAZELTON, T. Berry; SPARROW, Joshua D. (2003) – **A Criança dos 3 aos 6 anos: o desenvolvimento emocional e do comportamento**. 3ª Edição. Barcarena: Editorial Presença. ISBN: 972-23-3018-7.

UCIEP

28-11-2012

Bibliografia

32



- GREEN, E. (1983) – Normalization: Meeting Growth and Development Needs of Children in a Pediatric Intensive Care Unit. **CHC**. Vol. 12, Nº 1 (Summer 1983). 43-44.
- HAIAT, Hana; BAR-MOR, Galit; SHOCHAT, Maskit (2003) – The World of the Child: A World of Play Even in the Hospital. **Journal of Pediatric Nursing**. Vol. 18, Nº 3 (Junho 2003). 209-214.
- NEUMAN, Betty; FAWCETT, Jacqueline (2011) – **The Neuman Systems Model**. 5ª Edição. EUA: Pearson education, Inc.
- PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos (1998) – **O Mundo da Criança: da infância à adolescência**. 2ª Edição. São Paulo: Markon Books. ISBN: 85-346-0543-2.
- PIAGET, Jean; INHELDER, Bärbel (1979) – **A Psicologia da Criança – do nascimento à adolescência**. Lisboa: Moraes Editores.
- PINTO, Mónica (2009) – Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. **Rev Port Clín Geral**. Vol. 25. 677-87.
- WONG, Donna L. (1999) – **Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva**. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

UCIEP

28-11-2012

Obrigada pela vossa atenção...

33



Anexo 17:

Indicadores de Avaliação do Projeto

INDICADORES DE AVALIAÇÃO DO PROJETO

Com a implementação deste projeto pretendo que a equipa de enfermagem da UCIEP:

- * consiga identificar as principais fontes de stress das crianças em idade pré-escolar e escolar quando submetida a um procedimento doloroso
- * consiga compreender as reações e comportamentos da criança quando submetida a um procedimento doloroso
- * consiga identificar os principais mecanismos de coping utilizados pelas crianças e pais perante uma situação stressante (procedimento)
- * conheça e aplique estratégias de preparação das crianças para procedimentos dolorosos, adequando-as à sua idade, desenvolvimento e características pessoais (gostos, temperamento, história anterior, etc.)
- * reconheça os pais como fonte de conforto e segurança para a criança durante os procedimentos
- * fomente a participação dos pais quando aplica as estratégias, guiando-os na adoção de estratégias de coping eficazes e ajudando o filho durante o episódio
- * inclua nos registos de enfermagem a reação da criança e pais perante o procedimento, as estratégias utilizadas e seus resultados