

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

Relatório de Estágio

**Promoção do conforto da criança e do jovem:
utilização de estratégias não farmacológicas na gestão
da dor aguda**

Sara Sofia Rodrigues Chança

Lisboa

2019



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

Relatório de Estágio

**Promoção do conforto da criança e do jovem:
utilização de estratégias não farmacológicas na gestão
da dor aguda**

Sara Sofia Rodrigues Chança

Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão

Lisboa
2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

Mãe e Pai, sei o quanto gostariam de acompanhar o meu crescimento pessoal e profissional, contudo e na verdade faltam cá vocês! Falta o vosso sorriso e o vosso beijo e abraço. Estejam onde estiverem, espero que estejam orgulhosos de mim.

Para vós meus queridos e amados pais.

Aos meus queridos e amados avós, pelas palavras de força e pela compreensão dos meus momentos de ausência nas vossas vidas ao longo deste percurso.

Ao meu namorado, pelo constante apoio e pelas suas palavras de incentivo nos momentos de maior fragilidade onde por vezes a motivação falhou.

À minha tia Susana e à minha prima Raquel por todo o apoio, e acima de tudo por nunca deixarem de acreditar de que seria capaz.

À minha família, e em particular à “Avó” Odete e ao meu cunhado Pakika, pela paciência e constante apoio.

Aos meus amigos, pelo carinho e conforto que me proporcionaram ao longo dos momentos mais difíceis.

À minha Chefe, Enfermeira Rosa, pelo apoio incondicional.

A todos os contextos de prática que possibilitaram a realização dos estágios e em particular aos Enfermeiros Especialistas pelos saberes transmitidos.

A todas as crianças, jovens e famílias que possibilitaram o seu acompanhamento, pois sem vós não teria sido possível a concretização deste projeto.

À senhora Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão, por aceitar acompanhar-me ao longo deste caminho, pela partilha de saberes e por toda a sua disponibilidade.

A todo o corpo docente da Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, por todos os saberes que me transmitiram ao longo deste percurso.

LISTA DE SIGLAS

CDI – Centro de Desenvolvimento Infantil

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

DR – Diário da República

EDIN – *Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né*

EE – Enfermeiro Especialista

EN – Escala Numérica

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FLACC – *Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability*

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IASP – *International Association for the Study of Pain*

NIPS – *Neonatal Infant Pain Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PALOP’S – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PIPP – *Premature Infant Pain Profile*

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-Nascido

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

SNC – Sistema Nervoso Central

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIP – Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, tendo como problemática alvo de atenção a mobilização de estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor aguda na criança e no jovem, objetivando ao longo deste, a descrição e análise das atividades desenvolvidas ao longo dos diversos contextos de prática, de forma a evidenciar o desenvolvimento e aquisição de competências inerentes ao título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A dor é um fenómeno complexo, transversal a todas as faixas etárias, não sendo exceção a idade pediátrica. Considerada como umas das principais causas de sofrimento na infância, arrogando nesta, maior complexidade, devido às particularidades inerentes ao desenvolvimento infantil, torna assim a promoção do conforto e o controlo da dor, uma das áreas de intervenção do Enfermeiro Especialista. A gestão diferenciada da dor é considerada norma de boa prática e vista como um dever dos profissionais e um direito de quem dela padece.

O referencial teórico utilizado para a sustentação da problemática em estudo foi a Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba, tendo ainda sido considerados os princípios basilares do cuidar em pediatria, nomeadamente, os Cuidados não traumáticos e os Cuidados Centrados na Família.

A metodologia utilizada assentou na reflexão crítica, suportada pela evidência científica disponível, na observação participante e na colaboração no cuidar à criança e ao jovem e suas famílias assim como na partilha de conhecimentos teórico-práticos com peritos, nos diversos contextos de prática.

Das atividades realizadas no âmbito da gestão diferenciada da dor aguda da criança e do jovem, destacam-se a realização de sessão de formação em contexto de trabalho, a elaboração de um *Kit* com material lúdico e terapêutico adequado às diferentes faixas etárias com as respetivas orientações de utilização e a criação de uma proposta de norma de procedimento relativa à utilização de Sacarose a 24%. As atividades acima referidas assumem especial relevância na melhoria efetiva da qualidade dos cuidados prestados no contexto onde exerço funções.

Palavras-Chave: Criança; Conforto; Enfermagem pediátrica; Intervenções não Farmacológicas; Gestão da dor.

ABSTRACT

This internship report was developed in scope of the 9th Master's Course in Nursing, established for Infant Healthcare and Paediatrics speciality. The foremost outcome for this report is the non-pharmacological intervention utilised for children and adolescent's comfort and acute pain relief, thus aiming describing and analysing all the activities developed in a practical context bespeaking the progress and acquirement of Specialist Nurse in Infant Healthcare and Paediatrics Nursing's imperative competences.

Pain is a complex distressing phenomenon, mutual to all age ranges, paediatrics' stage not being an exception to this rule. As it is pointed one of the main causes of childhood suffering, pain has further complexity in a paediatric setting due to children's growing particularities, hence one of the interventional areas of the Specialist Nurse (SN) being comfort and pain control. It is important to state that differential pain management is a duty and good practice for healthcare professionals as it is a patient's right.

The theoretical framework used was Comfort Theory of Katharine Kolcaba and also principles of non-traumatic pediatric care and family centered care.

Reflective and critical practice was developed in this formative process, supported by the available scientific evidence, observation and collaboration in child and adolescent's nursing care as well as with their relatives enabled by sharing theoretical and practical knowledge with area experts.

The activities towards differentiated acute pain management for this population were undertaken, highlighting teaching sessions, a kit with ludic and therapeutic material prepared, suitable for different age range – with the respective utilisation guidelines – as well a standard procedure proposal for the utilisation of sucrose solution (Sucrose 24%). The mentioned activities took on special significance for improving the quality of the care provided where I undertake my role.

Keyword: Child; Comfort; Pediatric nursing; Non-pharmacological interventions; Pain management.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	13
1.1 Cuidar em Pediatria: Cuidados Centrados na Família e Cuidados não Traumáticos.....	13
1.2 Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba.....	15
1.3 Dor na Criança e no Jovem.....	18
1.4 A Dor e o Desenvolvimento Infantil.....	20
1.5 Avaliação da Dor na Criança e no Jovem	22
1.6 Fatores que Influenciam a Dor na Criança e no Jovem.....	24
1.7 Estratégias Não Farmacológicas para o Alívio da Dor na Criança e no Jovem.....	25
1.7.1 Estratégias Não Farmacológicas para o Recém-Nascido.....	26
1.7.2 Estratégias Não Farmacológicas para a Criança e Jovem.....	27
2. JUSTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO.....	32
3. PERCURSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	35
3.1 Centro de Desenvolvimento Infantil.....	35
3.2 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	39
3.3 Unidade de Cuidados de Saúde Primários.....	44
3.4 Serviço de Urgência Pediátrica.....	49
3.5 Internamento de Pediatria.....	54
4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	58
5. PROJECTOS FUTUROS.....	62

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
-------------------------------------	-----------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
---	-----------

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXOS

ANEXO I- Estrutura Taxonômica- Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma de Estágio.

APÊNDICE II - Objetivos e Atividades Propostas em Estágio.

APÊNDICE III - Respostas comportamentais da criança e jovem com dor aguda (Estádio de Desenvolvimento).

APÊNDICE IV - Procedimentos dolorosos e/ou causadores de desconforto na criança e jovem identificados em Centro de Desenvolvimento.

APÊNDICE V - Avaliação da Dor no Recém-Nascido.

APÊNDICE VI - Procedimentos dolorosos e/ou causadores de desconforto no RN.

APÊNDICE VII - Proposta de Póster para Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

APÊNDICE VIII - *Kit da Dor*: Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor aguda.

APÊNDICE IX - Sessão de Formação USF: Controle da Dor em Pediatria: Estratégias não farmacológicas no alívio da dor em procedimentos dolorosos.

APÊNDICE X - Jornal de Aprendizagem: O Aleitamento materno no alívio da dor no recém-nascido durante a realização do Teste de *Guthrie*.

APÊNDICE XI - Grelha de observação das intervenções de enfermagem em procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos no contexto de urgência pediátrica.

APÊNDICE XII - Guião de Entrevista realizada a perito.

APÊNDICE XIII - Sessão de Formação: Controle da Dor em Pediatria: Estratégias não farmacológicas no alívio da dor em procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos.

APÊNDICE XIV - Colheita de História de Dor na Criança e no Jovem.

APÊNDICE XV - Proposta de Norma de Procedimento (Administração de Sacarose a 24% por via oral).

APÊNDICE XVI - Estrutura taxonômica: Teoria de conforto de Kolcaba aplicada aos vários contextos de prática

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, integrada no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), objetivando o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à criança, jovem e suas famílias. Para tal, assumiu especial relevância a prévia realização de um projeto de estágio sobre a problemática da gestão da dor aguda na criança e jovem no âmbito da prática de cuidados, onde a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) é preponderante na mobilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e promoção do conforto da criança e do jovem.

O presente relatório de estágio intitulado **“Promoção do conforto da criança e do jovem: utilização de estratégias não farmacológicas na gestão da dor aguda”**, resultou de uma reflexão diária sobre a prática de cuidados de enfermagem no que diz respeito à gestão diferenciada da dor da criança e do jovem, aliada à pertinência desta problemática na área da pediatria.

Ao longo do meu percurso profissional, tenho verificado que a dor aguda é muitas vezes subavaliada e consequentemente subtratada, facto que também é referido por Batalha (2010). Na literatura encontra-se expresso que ao longo dos últimos anos existiu uma importante evolução no que se refere à gestão diferenciada da dor com a aquisição de conhecimentos acerca da sua fisiopatologia, aperfeiçoamento dos instrumentos de mensuração da dor (Jacob, 2014), bem como na eficácia do seu registo (Batalha, 2010). Contudo verifica-se ainda uma gestão inadequada da dor uma vez que, apesar dos conhecidos benefícios da utilização das medidas não farmacológicas para o seu alívio, estas são subvalorizadas face às medidas farmacológicas (Batalha, 2013; Jacob 2014). É ainda referido por Batalha (2013) e Jacob (2014) que as medidas não farmacológicas para o alívio da dor ainda são negligenciadas ou até mesmo utilizadas de forma incorreta pelos enfermeiros, importando assim, que ocorra uma sensibilização dos profissionais para que estas sejam implementadas nos serviços, uma vez se tratarem de intervenções autónomas de enfermagem (Batalha, 2013; Jacob 2014).

A dor pediátrica é considerada um fenómeno extremamente complexo e de carácter multidimensional, exigindo ao profissional de saúde uma compreensão ampla e adequada dos múltiplos fatores envolvidos (biológicos, afetivos, cognitivos e culturais) (Batalha, 2010 e APED, 2015). A adequação dos instrumentos de avaliação da dor tendo por base a idade e os estádios de desenvolvimento da criança e do jovem, o tipo de dor, o contexto onde ela ocorre

bem como quais as intervenções mais adequadas para o seu alívio, são fatores condicionantes da sua própria avaliação e posteriormente das intervenções a adaptar (Jacob,2014).

Em 2003 a Direção Geral de Saúde (DGS) reconhece a dor como o 5º sinal vital onde a sua avaliação e registo de forma regular passa a carácter obrigatório em todos os serviços, sendo ainda considerado a nível nacional como norma de boa prática (DGS,2010a).

A Ordem dos Enfermeiros (OE), refere que as intervenções não farmacológicas constituem um importante recurso para a prevenção e alívio da dor quando utilizadas isoladamente e/ou em conjunto com as intervenções farmacológicas (OE,2011), sendo ainda exposto que o recurso às intervenções não farmacológicas por parte dos enfermeiros contribuiu para a visibilidade da profissão, visto se tratarem de intervenções autónomas de enfermagem (OE,2011a).

Já no Regulamento das Competências Específicas do EEESIP, é referido que cabe ao enfermeiro especialista a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, otimizando as respostas” aplicando “conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança” a fim de garantir “medidas farmacológicas de combate à dor” aplicando “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (Regulamento nº422/2018, p.19193), sendo ainda da sua competência a “prestação de cuidados à criança promotores da majoração dos ganhos em saúde, e uma variedade de terapias comuns e complementares amplamente suportadas na evidência” sendo para tal fundamental o conhecimento dos diferentes tipos de terapias disponíveis a oferecer à criança (Regulamento nº422/2018, p.19193).

Importa ainda referir que existem múltiplas intervenções não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor, dependendo a sua escolha de fatores como: os recursos disponíveis, o tipo de dor, idade da criança e estágio de desenvolvimento em que se encontra e até mesmo do contexto onde esta ocorre; podendo assim estes fatores conduzir a dúvidas e incertezas para quem as implementa, cabendo ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) providenciar a gestão diferenciada da dor recorrendo a terapias comuns e complementares, tal como se encontra expresso no Programa Nacional de Controlo da Dor (DGS,2008).

O meu percurso formativo teve início a 25 de setembro de 2018 e término a 08 de fevereiro de 2019, tendo sido realizado nos seguintes contextos: Centro de Desenvolvimento Infantil (CDI), Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Unidade de Saúde Familiar (USF), Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e por fim Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria (UCIP) (Apêndice I). Estes contextos de estágio foram selecionados tendo por base

as orientações da OE, a sua pertinência para a problemática em estudo, tendo ainda sido considerado o regulamento de competências específicas do EEESIP que prevê a intervenção ao nível da promoção do “crescimento e desenvolvimento infantil” (Regulamento nº422/2018, p.19194); fazendo a “gestão diferenciada da dor e do bem estar da criança/jovem, otimizando as respostas”, providenciando “cuidados à criança/jovem promotores da majoração de ganhos em saúde (...)”(Regulamento nº422/2018, p.19193).

Assim importa referir que ao longo destas dezoito semanas de estágio, foram planeadas e desenvolvidas atividades numa lógica de crescente complexidade na gestão adequada da dor na criança e no jovem, objetivando o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de EEESIP por via de uma metodologia reflexiva e descritiva com recurso a pesquisa bibliográfica. Importa ainda referir que as atividades desenvolvidas visaram dar respostas aos objetivos gerais e específicos previamente delimitados em fase de projeto (Apêndice II) e que a seguir se elencam:

Objetivos gerais:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria em diferentes contextos de prática;
- Desenvolver competências de enfermeiro especialista na gestão diferenciada da dor aguda e do bem-estar da criança e jovem com foco na utilização de estratégias não farmacológicas.

Objetivos específicos:

- Avaliar o desenvolvimento da criança e jovem em diferentes grupos etários;
- Desenvolver a capacidade de comunicação com a criança e jovem em diferentes estádios de desenvolvimento;
- Promover a utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança e jovem.

Relativamente à organização estrutural, este Relatório de Estágio contempla o enquadramento teórico da temática, com referência à teórica de enfermagem que serviu de suporte para o desenvolvimento do mesmo, a definição de conceitos, a justificação da

problemática e objeto de estudo seguido de uma descrição do percurso de estágio com as atividades e reflexões realizadas. São referidos ainda os contributos para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de EEESIP, culminando em projetos futuros a desenvolver, seguido das considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Ao longo do presente capítulo pretendo apresentar os referenciais teóricos que sustentam não só a problemática em estudo como a própria prática de enfermagem na área particular da pediatria, tratando-se de um capítulo com especial relevância neste relatório, uma vez que neste é mobilizada evidência científica disponível pela qual o Enfermeiro Especialista (EE) deverá reger a sua prática objetivando uma prestação de cuidados de elevada qualidade.

1.1. Cuidar em Pediatria: Cuidados Centrados na Família e Cuidados Não Traumáticos

Para a criança e sua família, a hospitalização normalmente constitui uma experiência desagradável e assustadora geradora de medos e ansiedade, passando a criança e a família a poderem estar expostas a fatores de *stress* como é o exemplo da separação entre pais e criança, da perda de controlo, do medo do desconhecido, da lesão corporal e da própria dor (Hockenberry & Wilson, 2014). É também sabido que a hospitalização é uma experiência que poderá contribuir de forma positiva ou negativa para o desenvolvimento da criança (Lima, 1985).

A OE (2011, p.10), refere que o EEESIP tem como missão a “prestação de cuidados de nível avançado à criança/jovem saudável ou doente” passando a ser seu dever a adoção de estratégias que minimizem os efeitos negativos associados à hospitalização, prestando cuidados não traumáticos na tentativa de tornar esta experiência o mais positiva possível. A prática dos cuidados deverá, portanto, ser baseada na filosofia do cuidado pediátrico, assente em princípios como **os cuidados centrados na família** e **os cuidados não traumáticos**.

O cuidar em pediatria pressupõem os **cuidados centrados na família** uma vez que esta é considerada “como uma constante na vida da criança” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.11), ou seja, esta é vista como uma estrutura capaz de fornecer um ambiente seguro e protetor, onde a criança pode crescer e desenvolver-se, onde a família também é alvo dos cuidados de enfermagem, sendo o enfermeiro responsável pela prestação de apoio à criança, jovem e família por via da negociação e participação (Apolinário, 2012). Já os **cuidados não traumáticos** consistem no “fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.11-12).

Assim, é possível afirmar que os cuidados não traumáticos têm como objetivo primordial não causar dano, importando ainda referir que estes se encontram assentes em três princípios:

“Prevenir ou minimizar a separação da criança e sua família”; “Promover uma sensação de controlo” e “Prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.12).

Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que tem um contacto mais próximo e prolongado com a criança, jovem e sua família, assume, por isso, um papel preponderante no que se refere à gestão da dor, recorrendo a intervenções farmacológicas e não farmacológicas, com vista a diminuir a ansiedade provocada na maioria das vezes por procedimentos invasivos ao longo da sua hospitalização, atenuando a dor e promovendo os cuidados não traumáticos (Jorge, 2004).

Deste modo, tendo em conta a filosofia de cuidados em pediatria, é referido que o enfermeiro que presta cuidados à criança e ao jovem deverá ter presente os seguintes princípios:

- Atender à idade e estágio de desenvolvimento da criança;
- Negociar a presença dos pais e/ou pessoa significativa perto da criança;
- Fornecer de forma simples de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança informações acerca do procedimento a realizar;
- Ser honesto na informação fornecida;
- Não utilizar os procedimentos a realizar como ameaça;
- Realizar procedimentos dolorosos apenas em sala de tratamentos e não no quarto da criança, com vista a não quebrar o sentimento de local e refúgio e/ou conforto;
- Ajudar a criança e o jovem a exprimir os seus sentimentos;
- Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor;
- Ficar junto da criança após o procedimento doloroso, e se adequado dar *feedback* positivo;
- Planear os cuidados, agrupando os procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos.

(OE, 2013, p. 25-27).

1.2. Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba

O termo conforto deriva do latim *confortare* cujo significado implica a reconstrução da força física e o revigorar (Apóstolo,2009). Bueno (1964) citado por Oliveira (2013, p.5) refere que o conforto significa “consolo, ânimo, coragem e comodidade”. Já na versão 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) conforto é definido como “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (OE 2015, p.47).

É Florence Nightingale quem inicia a referência ao termo conforto, sendo ainda por si referido que este nunca deveria ser esquecido (Apóstolo,2009). O conforto era, portanto, considerado como o foco central do cuidado e visto como fundamental para os cuidados de enfermagem; contudo nas décadas de 70 e 80, devido aos avanços conseguidos pela medicina, este conceito passa a assumir menor relevância para a prática de cuidados, passando o foco a ser a cura dos doentes (Apóstolo,2009). É na segunda metade do século XX, que várias teóricas de enfermagem, entre as quais Katharine Kolcaba, contribuem não só para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina, como para a compreensão do próprio conceito de conforto (Apóstolo, 2009).

Apóstolo *et al.* (2012) refere que o conforto assume um papel preponderante na filosofia do cuidado em enfermagem, tendo mesmo sido identificado como um “elemento dos cuidados de enfermagem” (Apóstolo,2009, p.61-62), estando a sua prática ligada a esta noção desde há vários anos. Já Sousa (2014, p.18) refere-se ao conforto como “elemento do cuidado de saúde, universalmente desejável, sendo referido como um fenómeno de interesse e uma meta do cuidado para a área de enfermagem”.

Apóstolo (2009), faz ainda referência às várias perspetivas de conforto nas diferentes teorias de enfermagem, em que o conceito de conforto se encontra intimamente ligado à prática dos cuidados de enfermagem, sendo um dos exemplos a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Tomey & Alligood (2004) acrescentam que esta teorização permite a prestação de cuidados individualizados e holísticos, tendo sempre como objetivo primordial o conforto do cliente, possibilitando assim afirmar que esta teoria é humanista e holística tendo por base as reais necessidades dos clientes. Assim sendo, e por a enfermagem se tratar de uma disciplina científica, deve fundamentar as suas intervenções tendo em conta referenciais teóricos orientadores e facilitadores da construção de um pensamento reflexivo e crítico da prática de cuidados. Ao consultar a literatura disponível, é possível verificar a existência de diversas conceções, contudo todas elas se encontram relacionadas com os conceitos metaparadigmáticos da enfermagem: Enfermagem, Saúde, Ambiente e Pessoa.

Na teoria de Katharine Kolcaba os conceitos metaparadigmáticos encontram-se definidos da seguinte forma: A Enfermagem consiste na “apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto após a implementação, comparados com a anterior linha de base”. (Tomey & Alligood, 2004, p.485). Por sua vez, esta apreciação e reapreciação pode ser realizada de forma subjetiva quando por exemplo o profissional de saúde questiona o cliente se está confortável e objetiva quando esta apreciação é feita por via da observação de exames complementares de diagnóstico, da observação do processo de cicatrização de uma ferida ou até por observação de alterações comportamentais do cliente (Tomey & Alligood, 2004).

A Pessoa é considerado o indivíduo, família e/ou comunidade que necessita de cuidados de saúde (Kolcaba, 2003; Tomey & Alligood, 2004) Já no Ambiente são considerados todos os aspetos passíveis de ser manipulados com vista a otimizar o conforto do doente, família e/ou comunidade (Kolcaba, 2003; Tomey & Alligood, 2004) sendo a Saúde vista como “o funcionamento óptimo, conforme definido pelo paciente ou grupo, de um doente, família ou comunidade” (Tomey & Alligood 2004, p.486).

Assim sendo, para a sustentação dos objetivos previamente traçados em fase de projeto, bem como para o desenvolvimento das atividades propostas ao longo do meu percurso formativo, objetivando o desenvolvimento e a aquisição de competências comuns e específicas de EEESIP, com especial enfoque na gestão diferenciada da dor e na promoção do conforto da criança e do jovem por via da mobilização das estratégias não farmacológicas, foi selecionada a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

O conforto é definido por Kolcaba como a “condição experimentada pelas pessoas que recebem medidas de conforto” (Tomey & Alligood, 2004, p. 484), isto é, este consiste na satisfação das necessidades básicas relativas aos três tipos de conforto por ela considerados, enquadradas nos quatro contextos onde o conforto ocorre. Por sua vez Kolcaba (2003) esclarece os três tipos de conforto: o **alívio** quando a pessoa vê uma necessidade específica de conforto satisfeita, a **tranquilidade** vista como um estado de calma e satisfação sendo a última a **transcendência** a mais difícil de alcançar, encarada como um estado que se eleva acima da dor e do próprio problema. Já no que diz respeito aos quatro contextos onde o conforto ocorre, o **físico** encontra-se relacionado com as sensações corporais e mecanismos homeostáticos podendo ou não estar relacionados com o diagnóstico específico, o **psicoespiritual** ligado a questões da consciência envolvendo pressupostos como o autoconceito, autoestima e sexualidade; o **sociocultural** relacionado com questões das relações interpessoais, familiares e sociais; por último o **ambiental** onde ocorre o conforto relacionado com as condições e com as

influências externas (Kolcaba,2003). Assim, para a mobilização desta teoria torna-se necessária a identificação dos três tipos de conforto bem como os contextos onde a experiência ocorre, tal como se encontra expresso na definição de conforto desenvolvida por Katharine Kolcaba. Ao longo dos seus estudos esta teórica de enfermagem desenvolveu e testou uma grelha, denominada **Estrutura Taxonómica do Conforto** (Anexo I), onde estão contemplados e interligados os três tipos de conforto e os quatro contextos onde este ocorre (Tomey & Alligood, 2004), por sua vez estes formam no seu conjunto uma estrutura de doze células, onde o conforto é atingido quando todas as necessidades estão satisfeitas (Apóstolo *et al.*, 2012), possibilitando assim abordar o conforto como um todo e não apenas como a soma das partes.

O conforto é então considerado como o resultado positivo que está associado aos elevados níveis de satisfação do cliente relativamente à instituição de saúde, sendo a avaliação do conforto no caso particular da criança e sua família extremamente importante, uma vez que perante uma situação de doença, geradora de grande ansiedade, o conforto da criança e cuidadores é fundamental (Kolcaba & DiMarco,2005).

Os mesmos autores referem que a aplicação da estrutura taxonómica do Conforto de Kolcaba é acessível à pediatria, referindo na sua adaptação os seguintes pressupostos:

- As crianças e as suas famílias têm respostas holísticas a estímulos complexos;
 - O conforto, é um resultado holístico, desejável e positivo que está relacionado com a disciplina de enfermagem e com a especialidade de enfermagem pediátrica;
 - As crianças e suas famílias variam, de forma significativa, nas suas necessidades pessoais ou desejo de certos níveis de conforto.
- (Kolcaba & DiMarco, 2005, p.189).

1.3 Dor na Criança e no Jovem

A dor é um fenómeno complexo, sendo considerado o principal motivo de recurso aos cuidados de saúde. Transversal a todas as faixas etárias, não sendo exceção a idade pediátrica, assumindo maior complexidade devido às particularidades inerentes ao desenvolvimento infantil (Batalha,2010).

Ao longo do tempo, o conceito de dor tem vindo a evoluir tendo por base vários estudos realizados neste âmbito, objetivando encontrar uma definição mais ampla e abrangente para um fenómeno considerado universal, único e de carácter subjetivo (Batalha,2010). A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 2010, p.14) como uma “experiência emocional e sensorial desagradável, associada com uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão”, sendo também definida por Batalha (2010) como um fenómeno multidimensional e extremamente complexo com múltiplas componentes associadas, nomeadamente as fisiológicas, sensoriais, afetivas, cognitivas, comportamentais e sociais. Por outro lado, a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED,2015) define-a como uma experiência desagradável de carácter multidimensional, envolvendo não só a componente sensorial, mas também a componente emocional associada a lesão concreta e/ou potencial.

O cuidado em pediatria e a própria conceção da criança têm sofrido algumas transformações, nomeadamente no que se refere à atenção dada pelos enfermeiros aos aspetos emocionais da criança, jovem e sua família, colocando-se assim novos desafios à prática do cuidado (OE,2008); tem ainda sido verificada uma crescente preocupação no tratamento e gestão da dor na criança e no jovem, passando a existir diferenças significativas na sua abordagem, quando comparada com a dos adultos que também experienciam dor (Batalha,2010). No passado, julgava-se que a criança não sentia dor, tal facto baseava-se em falsas convicções e mitos aliados a falta de conhecimento existente, não só relativos aos mecanismos da dor, mas também devido ao desconhecimento do próprio desenvolvimento infantil. Esta mudança ideológica da conceção da criança, inicia-se em 1989 com a Convenção dos Direitos da Criança, realizada em assembleia pelas Nações Unidas, contudo em Portugal apenas ratificada em 1990. O Instituto de Apoio à Criança (IAC), responsável pela criação de vários documentos que visam a defesa dos direitos da criança, publica a “Carta da Criança Hospitalizada” em 1996, objetivando não só a humanização dos cuidados prestados à criança, mas também a inclusão dos fatores psicológicos, sociais e éticos inerentes à prestação de cuidados em pediatria. É de salientar o 4º e 5º artigos que assumem especial relevância na gestão diferenciada da dor, onde se encontra expresso que deve ser evitado “qualquer exame ou

tratamento que não seja indispensável” sendo ainda fundamental que “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (IAC,2004).

Apesar dos avanços científicos na área da dor pediátrica, são ainda identificadas múltiplas lacunas, principalmente quando nos referimos à transposição da teoria para a prática, facto que em muito influencia a qualidade dos cuidados prestados à criança que experiencia dor (Linhares & Doca, 2010). Estudos desenvolvidos com crianças até aos 18 anos em hospitais pediátricos realizados entre 2000 e 2010, sugerem que a prevalência da dor durante a hospitalização se mantém ainda elevada (Fernandes,2013). Já Batalha (2013) revela a partir de um estudo realizado em Portugal que a prevalência da dor reduziu de forma significativa entre 2002 e 2012, estimando-se que em 2002 apenas 37% das crianças não apresentavam dor no momento da sua avaliação, passando em 2012 para 75%. Verifica-se também que o registo da avaliação da intensidade da dor, bem como a colheita da história da dor passou a ser uma prática comum entre os profissionais, passando de 53% em 2002, para 64% em 2012. Contudo importa referir que neste estudo também se encontra mencionado que a prevalência das intervenções não farmacológicas não se alterou (43% *versus* 42%), tendo ocorrido uma baixa significativa na implementação das intervenções não farmacológicas para o alívio da dor (72% *versus* 15%). Para o autor tal facto deverá ser foco de atenção por parte dos profissionais de saúde (Batalha,2013). Este aumento no registo da avaliação da intensidade da dor, está relacionado com o facto de em 2003 a DGS reconhecer a dor como o 5º sinal vital, passando a sua avaliação e registo regular a ter carácter obrigatório por parte dos profissionais de saúde, sendo ainda a sua avaliação considerada como norma de boa prática em todas as instituições de saúde nacionais (DGS,2003). Em 2008 é implementado o “Programa Nacional de Controlo da Dor” que emana orientações gerais para o controlo da dor, contemplando: “a subjetividade da dor; a dor como o 5º sinal vital; direito ao controlo; dever de controlo da dor e tratamento diferenciado da dor” (OE,2013, p.22) e visando a implementação de programas eficientes de avaliação e tratamento, com o objetivo da melhoria da qualidade de vida de quem experiencia dor (OE,2013). A OE ao reconhecer o insuficiente controlo da dor e o importante papel que os enfermeiros podem desempenhar para a sua resolução, publica o Guia orientador de Boas Práticas: Dor (2008), tendo ainda sido publicado especificamente pela DGS o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da dor (2017) bem como várias circulares normativas e orientações técnicas sobre a avaliação da dor no caso particular das crianças.

1.4 A Dor e o Desenvolvimento Infantil

As respostas comportamentais à dor são múltiplas e variam atendendo ao estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra, pelo que o seu conhecimento e domínio constituem desafios na adequada avaliação da dor, podendo ainda ser considerados como fatores que influenciam essa avaliação (Barros,2003, Batalha, 2010, Jacob,2014). Barros (2003) refere que o conhecimento e domínio dos indicadores de dor em cada etapa do desenvolvimento, ajudará a ultrapassar eventuais dificuldades na adequada avaliação da dor.

Até há algum tempo acreditava-se que o recém-nascido (RN) não sentia dor, nem capacidade de se recordar de experiências dolorosas anteriores. Atualmente é sabido que o RN possui capacidade neurológica de perceber a dor, incluindo os recém-nascidos pré-termo (RNPT), estando as estruturas periféricas e centrais necessárias a nocicepção presentes e funcionais a partir do 1º e do 2º trimestre de gestação (Linhares & Doca,2012). Já no que se refere à capacidade de recordar experiências anteriores de dor, Batalha (2010) refere que esta capacidade já se encontra desenvolvida em lactentes a partir dos 3-6 meses.

A identificação da dor, no RN e lactente, constitui um desafio para quem a avalia, uma vez que na criança em idade pré-verbal, a identificação da dor apenas é possível com recurso à avaliação comportamental e fisiológica, conferindo assim um carácter subjetivo e pessoal a esta avaliação (Batalha,2010).

No caso particular do RN ou do lactente que experiencia dor, esta pode ser manifestada por expressões corporais, alterações comportamentais e alterações físicas. As expressões corporais são habitualmente caracterizadas por: hipertonia, arqueamento do tronco, agitação, movimentos de flexão e extensão de forma brusca, mãos fechadas com punhos cerrados (Batalha,2010; Jacob,2014). A nível comportamental, são verificadas alterações a nível alimentar e do padrão de sono e repouso, resistência física, falta de cooperação e irritabilidade (Batalha,2010; Jacob,2014). Já a nível físico, o RN com dor poderá apresentar polipneia, taquicardia, cianose, palidez cutânea e até hipertensão arterial (Batalha,2010).

Importa ainda referir que no RNPT, devido à sua imaturidade, as respostas comportamentais poderão não ser tão facilmente identificáveis, ocorrendo um choro não tão vigoroso, hipotonia, imobilidade e expressões faciais mais suaves, sendo responsabilidade do profissional estar atento aos sinais de eventual dor (Batalha,2010).

O *Toddler* (1ano aos 3 anos), ainda não possui um conceito de corpo e imagem corporal desenvolvido, especialmente no que se refere aos seus limites corporais (Batalha,2010). Tal facto contribui para que todos os procedimentos realizados nesta etapa do desenvolvimento até

os não invasivos sejam altamente ansiogênicos para a criança, podendo esta reagir tão intensamente a estes como a estímulos dolorosos (Batalha,2010).

Batalha (2010) refere como respostas comportamentais mais frequentes nesta etapa de desenvolvimento: o choro, o grito, a expressão facial de raiva, as caretas, o cerrar dos dentes e lábios, o balançar, o arregalar de olhos, a agitação, o comportamento agressivo verbal e físico (fugir, morder e/ou bater), a proteção da zona dolorosa, a posição antiálgica e até a imobilidade. Por outro lado, Barros (2003) refere que em crianças desta idade nem sempre as respostas comportamentais são facilmente identificáveis, sendo por isso fundamental que o profissional de saúde esteja desperto para situações onde possa ocorrer redução da atividade normal e espontânea da criança, recusa e evitamento da brincadeira e jogo, alterações no padrão de sono e repouso e até alterações do padrão alimentar habitual.

No período Pré-escolar (4 aos 6 anos), os conflitos psicosssexuais característicos desta etapa de desenvolvimento, tornam a criança mais vulnerável às ameaças de lesão corporal, uma vez não possuem um conceito de imagem corporal desenvolvido, sendo os seus principais medos a mutilação, de castração ou até mesmo de perder alguma parte do seu corpo (Batalha,2010). Nesta etapa de desenvolvimento, a criança já possui capacidade de verbalização, devendo ser dado espaço para que ocorra o autorrelato da sua dor (OE,2008; Batalha,2010; DGS,2010). Encontram-se também descritas como reações mais frequentes à dor nesta etapa de desenvolvimento “a expressão verbal (a dor é definida pela sua localização ou propriedades físicas desagradáveis ou com termos associados a doença); descrição da sua intensidade; as alterações comportamentais como agitação e agressão física; as alterações na sociabilidade e dependência, e as alterações nos sinais vitais” (Batalha,2010, p.25).

Na idade Escolar (6 aos 12 anos), caracterizada pelo início do desenvolvimento do pensamento concreto e operacional, a criança é detentora de competências verbais e cognitivas mais desenvolvidas. O desenvolvimento cognitivo inerente a esta etapa de desenvolvimento possibilita à criança ter noção da sua doença, dos possíveis tratamentos, consequências e do significado da morte. As manifestações comportamentais de dor como gritos e choro tendem a diminuir (Batalha,2010).

Já os adolescentes “pensam na doença como uma alteração interna e as suas ideias sobre a fisiologia normal e mecanismos da doença podem nada ter a ver com a realidade” (Batalha,2010, p.25). Habitualmente ocorre “desinteresse por atividades antes desempenhadas e o desenvolvimento de fantasias sobre a natureza das alterações responsáveis pela sua dor (Batalha,2010, p.25).

1.5. Avaliação da Dor na Criança e no Jovem

A dor é reconhecida pela DGS em 2003 como o 5º sinal vital, passando a ser obrigatória sua avaliação e registo regular por parte dos profissionais de saúde. A avaliação da dor é considerada como fundamental para o eficaz controlo da dor e vista ainda como norma de boa prática (DGS,2003).

A avaliação da dor “consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo em atenção o tipo de dor, situação clínica e idade da criança” (DGS,2010, p.2).

No caso particular da avaliação da dor pediátrica a DGS (2010) recomenda as seguintes orientações gerais:

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

(DGS,2010, p.1).

Os instrumentos para a avaliação da dor dividem-se em instrumentos de **autoavaliação**, onde a criança relata a sua própria dor, e **heteroavaliação**, onde é realizada uma observação por parte dos profissionais, pais ou outros, dos indicadores comportamentais, fisiológicos ou de ambos (Batalha,2010). O mesmo autor refere ainda que para uma adequada avaliação da dor os instrumentos utilizados devem ser válidos, fiáveis, práticos e com utilidade clínica comprovada, adequados à idade da criança, ao tipo de dor e à situação em que ocorre (Batalha,2010).

A DGS (2010), na sua orientação técnica sobre a avaliação da dor nas crianças, recomenda a utilização dos seguintes instrumentos de avaliação, tendo por base a idade e estádios de desenvolvimento da criança:

- **Recém-nascidos com idades compreendidas entre os 0 e os 28 dias:**

N-PASS (*Neonatal pain, agitation and sedation scale*)

NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*)

PIPP (*Premature Infant Pain Profile*)

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

- **Dos 28 dias até aos 4 anos:**

FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*)

- **Dos 4 aos 6 anos:**

FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*)

Escala de faces Wong Baker

- **Idade superior a 6 anos**

Escala de faces *Wong Baker*

Escala Numérica

No caso particular da criança com multideficiência (autismo, paralisia cerebral, défices de desenvolvimento psicomotor ou síndromes genéticas) independentemente da idade, recomenda-se a utilização de uma escala de heteroavaliação comportamental, sendo considerada como a mais adequada a *FLACC-Revised* (DGS,2010; Batalha e Mendes,2013). Importa ainda referir que se encontra preconizado pela DGS (2010) e pela OE (2013) que a avaliação da dor seja realizada por via de instrumentos de autoavaliação a partir dos 3 anos de idade e em situações em que a condição de saúde da criança o permita (DGS,2010), devendo ser dado espaço para o autorrelato da criança acerca da dor, sendo também fundamental que o profissional de saúde realize uma explicação breve da escala a aplicar.

A avaliação da dor deverá ocorrer com a mesma frequência dos restantes sinais (DGS,2010), estando recomendada:

pelo menos uma vez a cada oito horas e em caso de dor documentada, a cada quatro a seis horas ou de acordo com a condição clínica da criança, depois de cada intervenção dolorosa, perante a presença de sinais sugestivos de dor intensa ou alterações dos sinais vitais, e para avaliar a eficácia dos tratamentos efetuados. (Batalha,2010, p.27).

Outro aspeto a considerar nesta avaliação é a história de dor que segundo a DGS (2010, p.1) “consiste na colheita de informação que permita orientar a avaliação e o controlo da dor, utilizando todas as fontes de informação documentais disponíveis, aliada à observação e a entrevista dos pais/cuidador principal e da criança”, devendo esta ser recolhida logo que possível, idealmente no momento da admissão da criança e do jovem (OE,2008; Batalha,2010).

A realização da entrevista com vista a recolher esta informação, deverá ser dirigida aos pais e/ou cuidadores da criança em situações em que esta apresenta idade inferior a 3 anos ou

caso a sua condição de saúde não o permita fazer, devendo sempre que possível, e em idades superiores aos 3 anos, a entrevista ser dirigida à criança devendo os pais sempre que necessário ser envolvidos (OE,2008; DGS,2010). É recomendado pela OE (2008) e a DGS (2010) que na entrevista sejam considerados os seguintes dados: características da dor (localização, intensidade, frequência e duração), fatores de agravamento e/ou de alívio, recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor bem como o seu efeito, medos da criança e experiências anteriores traumatizantes, forma como a criança comunica e expressa a dor contemplando a comunicação verbal e não verbal e por fim o impacto que a dor assume na vida diária da criança a nível físico, emocional e socioeconómico (OE,2008 ; DGS,2010).

Um estudo realizado em Toronto no *Hospital for Sick Children*, publicado em 2008, acerca da prevalência da dor em crianças hospitalizadas revela que “nas 24 horas precedentes ao inquérito, apenas 27% das crianças tinham registo da avaliação da dor, apesar de 64% das crianças entrevistadas relatarem ter tido dor moderada ou intensa” (DGS,2010, p.3). Já em Portugal no ano 2000, reconhecia-se que a dor da criança e jovem era subavaliada, sendo necessária a mobilização de estratégias para o seu alívio, fossem elas de cariz farmacológico ou não, sendo também considerada fundamental a sua correta avaliação e registo, bem como a criação de normas e protocolos de atuação perante a dor (Fonseca & Santos,2006).

1.6. Fatores que Influenciam a Dor na Criança e no Jovem

Os métodos disponíveis para a avaliação da dor em pediatria não contemplam todos os aspetos que influenciam a experiência dolorosa da criança, importando assim que os profissionais de saúde sejam conhecedores destes fatores, e que os incluam, embora que de forma subjetiva, na sua avaliação (Batalha,2010).

Na dor pediátrica, é necessário conhecer os fatores que, de forma direta ou indireta, podem afetar positivamente ou negativamente a perceção e as manifestações da dor na criança (Batalha,2010). Na literatura encontram-se mencionados os seguintes fatores: fatores individuais, fatores familiares, fatores socioculturais e fatores profissionais (Barros,2003; Linhares & Doca,2010).

Os **fatores individuais** contemplam as características biológicas, cognitivas e psicológicas da criança e do jovem que experiencia dor. É referido por Linhares & Doca (2010) que a idade, nível de desenvolvimento, género, estado clínico, experiências prévias de dor devem ser tidas em conta uma vez que influenciam diretamente a resposta à dor.

Por sua vez, **os fatores familiares** relacionam-se com a sensibilidade, empatia, conhecimentos e atitudes da própria família, perceção e atribuição de significado às

experiências de dor bem como os modelos e história de dor previamente existentes na família (Linhares& Doca,2010).

Os **fatores socioculturais**, encontram-se intimamente ligados aos valores e crenças que cada criança, jovem e sua família detém, sendo as respostas à dor influenciadas pelas crenças, regras e tradições da sociedade onde esta se insere. Batalha (2010, p.19) refere-se a este tipo de fatores como “valores culturais veiculados pela sociedade, como o sofrer em silêncio (“gente grande não chora” ou “os homens não choram”), que marcam a resposta à dor”.

Já os **fatores profissionais** prendem-se com aspetos relacionados não só com os conhecimentos que os profissionais detêm acerca da gestão da dor, mas também com a sua sensibilidade, empatia, atitudes, conhecimentos, pensamentos, crenças, percepção das experiências anteriores de dor bem como da disposição para a avaliação da dor na criança e no jovem; aspetos estes que irão influenciar direta ou indiretamente as respostas da criança perante a dor (Barros,2003; Linhares& Doca,2010).

1.7. Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor na criança e no jovem

As estratégias não farmacológicas para o alívio da dor são consideradas pela OE (2013) um importante recurso para a prevenção e alívio da dor, podendo ser utilizadas de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas, contudo nunca deverão ser utilizadas em sua substituição. São consideradas como intervenções autónomas de enfermagem, que de acordo como o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) são definidas como ações “realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com contributos na investigação em enfermagem” (REPE, 2015; Artigo 9º, alínea a, p.102), sendo ainda referido que a sua utilização contribui para uma maior visibilidade da profissão de enfermagem (OE, 2016,p.98-104).

A eficácia das estratégias não farmacológicas deve-se ao facto de muitas delas alterarem o significado que a dor assume para a criança e jovem, através da uma “(...) reestruturação cognitiva, direcionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão” (OE,2013, p.17), fatores que poderão em muito condicionar a correta avaliação e posterior intervenção na dor da criança e do jovem (Doca & Linhares,2010).

Uma das teorias explicativas da eficácia das estratégias não farmacológicas para o alívio da dor é a Teoria do Portão ou *Gate Theory* (GCT) proposta por Melzack e Wall no ano de 1965, considerada até aos dias de hoje como a mais abrangente explicação do fenómeno dor (Batalha,2010). Com esta teoria a dor passa a ser compreendida como “um fenómeno neurofisiológico, baseado na transmissão de um estímulo que produz uma sensação dolorosa fazendo referência a processos de modulação sociopsicológicos” (Batalha,2010, p.7), passando a existir uma relação entre as manifestações físicas e emocionais na explicação do processo doloroso.

Importa ainda referir que, as estratégias não farmacológicas para o alívio da dor são consideradas de fácil aplicação e na sua grande maioria de baixo custo, consideradas seguras e eficazes no alívio da dor e promoção do conforto. Estas deverão ser ensinadas à criança, jovem e seus cuidadores para utilização domiciliar uma vez que os riscos e complicações associadas são mínimas, para além de conferir ao cliente e seus cuidadores sensação de controlo da situação e incentivando-o a participação e responsabilização pelo seu tratamento (Pimenta,2000).

Batalha (2010) e Jacob (2014) acrescentam ainda que a utilização destas estratégias promove a sensação de controlo por parte da criança e do jovem, ao ser dada a possibilidade de escolha de qual estratégia utilizar, conduzindo assim a uma diminuição da ansiedade.

Na literatura podem-se identificar múltiplas estratégias não farmacológicas para o controlo e alívio da dor, sendo estas classificadas em 6 tipos: **comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas, suporte emocional e ambientais** (OE,2013).

1.7.1 Estratégias Não Farmacológicas para o Recém-Nascido

O cuidado ao Recém-nascido pressupõem cuidados orientados para as suas necessidades, onde a promoção do conforto e a manutenção da sua estabilidade por via da redução do stress associado à prestação de cuidados de saúde é considerada fundamental (Bueno, 2004; Reis, 2009 e Batalha, 2010). A utilização das estratégias não farmacológicas está recomendada para o alívio da dor aguda no caso particular do recém-nascido submetido a procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos em contexto hospitalar (Doca & Linhares, 2010).

Estão identificadas como as mais eficazes neste caso particular (Doca & Linhares, 2010 e OE, 2013):

- O **controle de fatores ambientais** como a redução da incidência de luzes fortes sobre o recém-nascido, bem como a redução do ruído inerente à prestação dos cuidados (volume dos alarmes, ruído dos equipamentos e até o ruído produzido pela equipa multidisciplinar);
- Planeamento dos cuidados de forma a **concentrar as manipulações** do recém-nascido, promovendo períodos mais prolongados de sono e repouso;
- Adequado **posicionamento** e contenção do recém-nascido com recurso a contenção em “ninhos” e com rolos, de forma a promover o estabelecimento de barreiras físicas promotoras da organização comportamental do recém-nascido;
- Recurso ao **método de Canguru** com contacto pele a pele, com vista a reduzir a atividade comportamental, frequência cardíaca e até a duração do choro;
- **Sucção não nutritiva** com recurso a chucha onde os movimentos ritmados de sucção inibem a hiperatividade do recém-nascido promovendo a modulação do desconforto associado ao procedimento doloroso;
- Utilização de **sacarose a 24%**, recomendada pela Academia Americana de Pediatria para o alívio da dor aguda no recém-nascido, sendo ainda considerado um método seguro e eficaz.

1.7.2 Estratégias não farmacológicas para a criança e jovem

Relativamente às estratégias não farmacológicas para o controlo da dor na criança e no jovem, importa referir que para a sua seleção é necessário considerar a idade da criança, estágio de desenvolvimento em que esta se encontra, estratégias de *coping* que a criança já detém, tipo de dor e características da mesma, contexto onde esta ocorre, bem como as preferências e habilidades da criança (Batalha,2010).

Abaixo serão descritas as intervenções não farmacológicas referidas na literatura.

Intervenções físicas ou periféricas

Consistem em estratégias que possibilitam a redução da intensidade do estímulo doloroso através da redução da inflamação e/ou tensão (OE,2013). Segundo Batalha (2010) nestes incluem-se a aplicação de calor e de frio; a massagem, a estimulação elétrica transcutânea e o posicionamento.

A **aplicação de calor** na zona dolorosa “promove a circulação sanguínea, ajudando a eliminar os produtos da degradação metabólica que desencadeiam o processo nociceptivo” (Batalha,2010, p.70). Já a **aplicação do frio** apresenta um efeito contrário à aplicação de calor,

existindo uma diminuição da circulação periférica que conduz a redução do edema, aliviando assim a pressão exercida nas terminações nervosas, possuindo uma ação anti-inflamatória que consequentemente conduz ao alívio da dor (Batalha,2010).

O efeito da **massagem** no alívio da dor está intimamente ligado à estimulação das fibras de grande diâmetro dos aferentes primários e a eliminação dos produtos resultantes da degradação celular. Esta técnica encontra-se indicada em dores músculo-esqueléticas, cólicas do lactente e até mesmo em situações de queimadura. Contudo importa referir a existência de contra-indicações especialmente em lactentes com displasia broncopulmonar, com alterações cardíacas e em recém-nascidos pré-termo com idade gestacional inferior as 32 semanas (Batalha,2010, p.71).

A **estimulação elétrica transcutânea**, considerada eficaz em situações de dor crónica, punção venosa e em pós-operatório, consiste na utilização de dois ou mais elétrodos que transmitem estímulos elétricos ao nível da pele. A aplicação destes elétrodos é realizada sobre o local da lesão ou onde é sentida a dor. A sua ação é explicada pela estimulação das fibras grossas condutoras de sensações não dolorosas (*Gate Control Theory*) (Batalha,2010, p.70).

Já no que diz respeito ao **posicionamento**, a promoção do conforto da criança e do jovem é realizada por via da adoção de posicionamentos confortáveis e pela mudança de posição regularmente.

Intervenções cognitivas

As intervenções cognitivas recorrem a métodos mentais para o alívio da dor, como é o exemplo da informação antecipatória, a distração, o autorrelato positivo, a paragem de pensamento, a imaginação guiada e a modelação (OE,2013).

O fornecimento da **informação antecipatória** à criança e seus cuidadores relativamente a um procedimento doloroso e/ou gerador de desconforto é considerado por Batalha (2010) e pela OE (2013) um dever dos profissionais de saúde e um direito da criança. Esta técnica é bastante utilizada em contexto hospitalar, sob os mais variados métodos e encontra-se categorizada em 2 tipos: sensorial (técnica onde é oferecida à criança uma descrição das sensações que irá experienciar: odores, barulhos, calor/frio, formigueiro) (Batalha,2010 e OE,2013) e de procedimento, onde é fornecida à criança uma descrição das fases inerentes ao próprio procedimento a que irá ser submetida. Habitualmente os métodos utilizados para o fornecimento desta informação assenta sobretudo sobre o brincar, o contar uma história com recurso a manipulação prévia do material a utilizar durante o procedimento. Importa ainda

referir que a transmissão desta informação deverá ser feita de forma honesta, clara e simples, devendo sempre ser adequada ao estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra e até à compreensão do cuidador (Barros,2003).

A **distração** é uma técnica cujo objetivo se prende com o desviar da atenção do estímulo doloroso a que a criança e o jovem serão submetidos, recorrendo para isso a estratégias cognitivas, onde se incluem a brincadeira livre ou a brincadeira lúdica (Batalha,2010; OE,2013).

Importa ainda referir que, no recurso a este tipo de estratégia, é fundamental que o profissional a adeque não só à idade como ao próprio estágio de desenvolvimento da criança; assim em crianças até aos 2 anos de idade a música, o recurso a brinquedos ruidosos e coloridos, a linguagem teatral costuma ser eficaz. Já para distrair crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 5 anos deverão ser utilizados jogos simples como *puzzles* ou jogos de encaixe, a leitura, o contar histórias e até a utilização de bolas de sabão. A partir dos 6 anos poderão ser utilizados livros, jogos e até dispositivos de audiovisuais, importando sempre contemplar as preferências da criança. Em crianças mais velhas poderá ser utilizada como técnica de distração a discussão de inúmeros assuntos como falar acerca da escola, do seu filme favorito e dos seus *hobbies* (Batalha,2010 e OE,2013).

A **imaginação guiada** consiste em pedir à criança que identifique uma experiência real ou imaginária envolvendo a componente sensorial (olfato, visão, a audição e paladar) que lhe seja agradável, sendo considerada útil em crianças a partir dos 4 anos, de forma a aliviar a ansiedade experienciada em situações de dor e/ou desconforto. Neste tipo de técnica é necessário o envolvimento ativo da criança uma vez ser solicitado à mesma que vá descrevendo de forma detalhada o que vê, sente e ouve, sendo para isso fundamental uma explicação prévia, exigindo assim algum dispêndio de tempo para que seja considerada eficaz (Batalha, 2010; OE, 2013).

O **autorrelato positivo** consiste em ensinar a criança e o jovem a fazer afirmações positivas ao longo do procedimento gerador de dor e/ou desconforto. Estas afirmações irão reduzir a ansiedade que a criança e o jovem vivenciam, substituindo os pensamentos negativos associados ao procedimento doloroso. Trata-se de uma técnica simples e de fácil utilização, normalmente utilizada em associação com outras intervenções não farmacológicas como o relaxamento muscular (Batalha,2010; OE,2013).

A **paragem do pensamento** consiste essencialmente em ajudar a criança a identificar fatores positivos inerentes ao procedimento doloroso e/ou gerador de desconforto. Durante a aplicação desta técnica será, portanto, solicitado à criança que verbalize as afirmações positivas

antes e durante o procedimento (Jacob,2014). Encontra-se ainda descrito que esta estratégia será potenciada com a combinação, por exemplo, do relaxamento muscular (OE,2013).

A **modelação** é uma técnica que visa “informar a criança acerca do procedimento e sugerir comportamentos que ajudem a lidar com a dor e a ansiedade” (Batalha,2010, p.69). Esta informação poderá ser fornecida no caso de criança mais pequena com o recurso a brincadeira, por via da exemplificação do procedimento no seu boneco de referência ou até nos seus cuidadores, permitindo a prévia manipulação do material necessário ao longo dos procedimentos; já em crianças mais velhas e adolescentes poderão ser utilizados vídeos explicativos e demonstrativos do procedimento (Batalha,2010).

Intervenções comportamentais

As intervenções comportamentais pressupõem o ensino e consequentemente a aprendizagem de comportamentos promotores do alívio da dor (OE, 2013), como é o exemplo do reforço positivo, o relaxamento muscular e a distração comportamental (Batalha, 2010).

No **reforço positivo**, a criança é elogiada e/ou recompensada logo após a realização de um procedimento doloroso. Esta recompensa poderá ser realizada por via de um elogio verbal ou até pela entrega de uma recompensa à criança (brinquedo, medalha ou diploma de bom comportamento). O objetivo primordial desta técnica “consiste em transformar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, transformando-o num desafio” para a criança (Batalha, 2010, p.66).

O **relaxamento muscular** é uma técnica apontada como uma das mais eficazes no alívio da dor durante procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos (Batalha,2010), aplicável em todas as idades, assumindo especial relevância na adolescência (OE,2013). Este tipo de exercícios irá conduzir à redução do metabolismo, da frequência respiratória e cardíaca, bem como da tensão arterial, conduzindo a um estado de calma e de bem-estar na criança e no jovem. Segundo a OE (2013) este encontra-se dividido em três categorias: **exercícios de respiração diafragmática** (baseados na respiração diafragmática, com inspirações e expirações profundas, evitando em casos de ansiedade a hiperventilação), **exercícios de relaxamento progressivo** (visam o relaxamento corporal através da contração e descontração muscular) e **exercícios de relaxamento ativo** (conjunto de procedimentos simples associados a inspirações profundas que permitem aliviar a tensão corporal).

Já a **distração comportamental** consiste em promover com a criança a realização de atividades físicas que promovam o relaxamento antes da realização do procedimento doloroso.

A realização destes exercícios irá deixar a criança mais relaxada, conduzindo à redução do medo e da ansiedade inerente ao procedimento doloroso (OE, 2013).

Intervenções cognitivo-comportamentais

As intervenções cognitivo-comportamentais consistem na utilização combinada das intervenções cognitivas e das intervenções comportamentais, utilizando a cognição e o comportamento de forma a alterar a percepção de dor (OE, 2013). A sua utilização é indicada em situações de dor pouco prolongada, devendo em situações de dor intensa e/ou prolongada existir o recurso a terapêutica analgésica. Consideradas eficazes, de baixo custo, requerendo pouco dispêndio de tempo por criança, uma vez que estas são distraídas durante o procedimento não sendo necessária explicação prévia (Batalha, 2010).

Suporte emocional

Nas intervenções de suporte emocional, o conforto da criança e do jovem que experencia dor é realizado com recurso à presença dos pais e/ou pessoa significativa durante o estímulo doloroso. Importando referir que esta presença deverá ser negociada, existindo uma explicação prévia da sua intervenção durante o procedimento (Batalha, 2010; OE, 2013).

2. JUSTIFICAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

Numa fase inicial a escolha da temática para a elaboração do projeto denominado **“Promoção do conforto da criança e do jovem: utilização de estratégias não farmacológicas na gestão da dor aguda”**, resulta da necessidade de identificar e discutir práticas relativas às questões da gestão diferenciada da dor, tendo por base a evidência científica disponível, sendo ainda importante referir que esta também emerge após realização de uma análise da sua pertinência para a área específica da pediatria bem como para a enfermagem pediátrica, objetivando o aprofundamento dos conhecimentos relativos à intervenção do EEESIP.

A nível pessoal, o aprofundamento dos conhecimentos acerca da dor em pediatria suscitou-me interesse, uma vez que no contexto onde exerço funções, sou diariamente confrontada com o desconforto e a dor da criança, jovem e suas famílias, resultante do próprio processo patológico e/ou de procedimentos dolorosos infligidos pelos profissionais de saúde, tornando-se, assim, fundamental aprofundar a compreensão sobre a dor em pediatria bem como o modo de a prevenir e, em situações onde a dor já se encontra instalada, poder tratá-la adequadamente. Esta necessidade emerge também tendo em vista melhorar a qualidade de cuidados de saúde prestados à criança, jovem e suas famílias que recorrem ao serviço de urgência onde exerço funções, visando o seu conforto e bem-estar.

Outro aspeto a considerar para a escolha desta temática de estudo foi o facto de ao longo da minha experiência profissional ter verificado que existem ainda profissionais a não adotar medidas preventivas para o controlo da dor, muitas vezes baseados em estereótipos e mitos infundados, como é o exemplo da não administração de terapêutica analgésica por acreditarem que a criança naquele momento não sente dor. A OE (2013) refere que para o efetivo controlo da dor deverá ser contemplada a sua prevenção, sendo esta considerada um dever dos profissionais e um direito de todos os indivíduos, assumindo especial relevância no caso particular das crianças.

Barros (2003) e Batalha (2010) referem ainda que é fundamental que os enfermeiros que contactam com crianças e jovens estejam sensibilizados para as barreiras ao controlo da dor que conduzem a negar a sua existência nomeadamente pelo medo dos profissionais de saúde, o medo de ser submetido a mais meios complementares de diagnóstico, também eles dolorosos, e o facto de as crianças acreditarem que é suposto sentir dor, uma vez que se encontram doentes e internadas.

Assim com o referido anteriormente, é possível afirmar que apesar dos múltiplos avanços no conhecimento relativo às questões da dor e do seu controlo, verifica-se ainda que na prática existem profissionais com alguma falta de preparação no que diz respeito ao controlo efetivo da dor, sendo fundamental a atuação por via da sensibilização e formação contínua dos profissionais com vista a promover a atualização do conhecimento no âmbito da gestão diferenciada da dor, sendo ainda fundamental a desmistificação de mitos e crenças enraizados nesta área, objetivando a melhoria efetiva da qualidade dos cuidados prestados à criança, jovem e famílias que experienciam dor nos serviços de saúde.

Em reunião com a chefia do serviço onde exerço funções com vista a validar a adequação do meu projeto de estágio neste contexto de prática, foi verificado que existem já elaboradas algumas normas de procedimento e orientações técnicas sobre a dor onde estão contidos pressupostos relativos à avaliação e controlo da dor, contudo considerados insuficientes principalmente quando nos referimos à área específica de pediatria, uma vez se tratarem de documentos muito gerais e transversais a todos os departamentos existentes neste hospital. Encontra-se disponível na *intranet* um manual de “Avaliação da intensidade da dor” existindo ainda um protocolo desenvolvido por médicos e enfermeiros para a administração de terapêutica analgésica, contudo, após realizada uma leitura dos mesmos, é possível verificar que nenhum dos documentos acima citados se encontra dirigido nem adequado à pediatria, sendo ainda de realçar que em nenhum dos documentos os autores eram EEESIP.

No que se refere aos instrumentos utilizados para a avaliação da dor, neste contexto específico encontra-se disponível a *Neonatal Infant Pain Scale* (NIIPS), a *Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability* (FLACC), a escala numérica (EN) e a Escala de faces *Wong-Baker*, contudo sabe-se que os profissionais ali a exercer funções recorrem de forma sistemática a escalas de heteroavaliação em detrimento das escalas de autoavaliação. A DGS (2010) refere que para uma correta avaliação da dor na criança e no jovem deverá ser privilegiada a autoavaliação a partir dos três anos e sempre que a condição de saúde da criança o permita (OE,2008; DGS,2010). Outra lacuna identificada, foi a não realização de forma sistemática e estruturada da colheita da história de dor, o que conduz à necessidade da criação de um instrumento orientador para a sua realização, uma vez que segundo a DGS (2010) esta constitui a base para o controlo da dor, pois só por esta via os profissionais poderão tomar decisões sobre as estratégias a implementar no que se refere, não só à prevenção, como ao tratamento da dor. Batalha (2010) acrescenta ainda que a criação de um documento para a colheita da história de dor, contraria o declínio da sua implementação nos serviços. Já em 2012 a DGS refere ser necessário que os profissionais consigam identificar e superar os obstáculos para o efetivo

controlo da dor na criança, tais como: o desconhecimento das orientações emanadas a nível internacional e nacional, a falta de preparação dos profissionais, a ausência de políticas e protocolos ao nível das organizações que valorizem o controlo efetivo da dor (DSG,2012).

Importa ainda referir que esta problemática vai ao encontro da política de segurança e qualidade do hospital onde exerço funções, uma vez se tratar de uma instituição acreditada pela *Joint Comission International* (JCI), onde a avaliação da dor e o seu adequado tratamento são considerados indicadores fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados, encontrando-se mesmo expresso no seu manual que é “direito de todos os pacientes a avaliação e gerenciamento da dor de forma apropriada”(JCI,2010,p.62).

Ao longo deste processo formativo e dos estágios a realizar nos diferentes contextos de prática, considero poder adquirir e desenvolver competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, dirigindo a atenção para a temática da dor na criança e no jovem, em especial na utilização das intervenções não farmacológicas para o seu alívio.

3. PERCURSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

No presente capítulo pretendo descrever as atividades desenvolvidas em cada contexto de prática, objetivando o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de EEESIP.

Assim este capítulo encontra-se dividido em 5 subcapítulos correspondentes aos contextos de prática onde foram desenvolvidas as atividades previamente planeadas e que possibilitaram atingir os objetivos delineados (Apêndice II).

3.1. Centro de Desenvolvimento Infantil

O início do meu percurso formativo ocorreu num Centro de Desenvolvimento Infantil, com duração de 3 semanas compreendidas entre 25 de setembro e 14 de outubro de 2018. A seleção deste contexto de prática teve em consideração a aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista com especial enfoque na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil da criança e do jovem com necessidades especiais, objetivando também o desenvolvimento de competências na vertente comunicacional (Apêndice II).

De acordo com o site institucional, este centro de desenvolvimento encontra-se vocacionado para a reabilitação pós-aguda de pessoas com deficiência de predomínio físico, motor ou multideficiência congénita ou adquirida, de qualquer idade e provenientes de todo o país e PALOP's; possuindo como missão a promoção da máxima funcionalidade, valorizando e potenciando as capacidades de cada indivíduo e apoiando-o no refazer do seu projeto de vida.

Uma vez se tratar do primeiro contexto de estágio e numa perspetiva de crescente complexidade das atividades a desenvolver em cada contexto, foram planeadas atividades de consulta de normas e procedimento existentes no serviço e de observação participante do EEESIP na prestação de cuidados à criança e ao jovem nomeadamente no serviço de internamento, durante a consulta multidisciplinar e na consulta de desenvolvimento infantil (Apêndice II).

O estágio decorreu no Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento direcionado ao internamento de crianças e jovens com patologias do foro neurológico, osteoarticular e medulares entre outras, com idades até aos 18 anos, onde são prestados cuidados por uma equipa multidisciplinar, com vista a prevenir complicações resultantes da sua patologia

bem como o desenvolvimento de competências neuromotoras, visando a promoção da máxima funcionalidade, valorizando e potenciando as capacidades de cada indivíduo e das suas famílias. Importa ainda referir que este internamento se encontra articulado com o serviço de consulta externa, dedicada à área da pediatria onde as crianças e os jovens recorrem e são seguidos em regime de ambulatório, se a sua condição de saúde assim o permitir. O anteriormente referido vai ao encontro do expresso na Carta de Criança Hospitalizada (IAC,2008) onde a admissão hospitalar de uma criança apenas deverá ocorrer se os cuidados necessários à sua doença não puderem ser realizados no domicílio ou em contexto de consulta externa e/ou hospital de dia.

Colaborei na realização de consultas de desenvolvimento infantil, onde me foi possível ter o primeiro contacto com a avaliação do desenvolvimento com recurso à Escala de Avaliação do Desenvolvimento Modificada de *Mary Sheridan*.

Segundo Pinto (2009) o prévio conhecimento dos padrões normais de desenvolvimento bem com das suas etapas, torna mais fácil a identificação de desvios ou de eventuais sinais de alarme, referindo que “*Mary Sheridan* foi uma das pioneiras na noção da necessidade de vigilância e de deteção precoce dos problemas de desenvolvimento, então muito relacionados com aspetos psicomotores e linguísticos” (Pinto 2009, p.678). É também sabido que a realização de uma avaliação do desenvolvimento por via de “instrumentos de rastreio standardizados tem uma sensibilidade e especificidade entre os 70 e 90% na identificação destas situações” (PNSIJ,2013, p.57), o que permite uma intervenção o mais precoce possível, potenciando assim o aproveitamento da plasticidade cerebral da criança no sentido de evitar o acumular de dificuldades objetivando ainda a recuperação de algumas competências (Pinto,2009).

Ao longo da minha permanência e colaboração nestas consultas, foi-me possível tomar consciência de que estas assumem-se como “uma oportunidade privilegiada na atuação de triagem, avaliação, intervenção e orientação destas situações problemáticas” (DGS, Norma nº010/2013 p.2), onde os diagnósticos de risco bem como a implementação de estratégias terapêuticas e preventivas são encarados como uma prioridade (DGS,2013) para os profissionais de saúde. Numa fase inicial senti a necessidade de consultar as normas de procedimentos e protocolos existentes no contexto bem como rever o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), dando especial relevância à leitura do capítulo referente à avaliação do desenvolvimento para uma apropriação não só da escala de *Mary Sheridan* como das etapas do desenvolvimento e respetivos sinais de alarme uma vez que, segundo Pinto (2009), todos os profissionais que realizam consultas de vigilância em pediatria deverão ter conhecimento destes aspetos.

Ao longo do estágio, foi-me possível ganhar alguma autonomia na realização da avaliação do desenvolvimento infantil (sempre sob supervisão do EEESIP), o que possibilitou tornar-me mais hábil na identificação precoce dos desvios do normal desenvolvimento, permitindo realizar ensinamentos dirigidos de acordo com a necessidade da criança em causa e aos seus pais e/ou cuidadores. Contudo a aplicação isolada desta escala não é suficiente para a avaliação do desenvolvimento da criança, uma vez ser aplicada num período de tempo limitado e num ambiente estranho à mesma; torna-se assim fundamental questionar os pais e/ou cuidadores acerca das competências já adquiridas pela criança, valorizando as suas queixas e preocupações que, por vezes, são indicadoras de que existe alguma alteração (Pinto, 2009). Relativamente à abordagem realizada aos pais e à criança neste contexto de prática, tive sempre a preocupação em desenvolver uma relação próxima e individualizada, promovendo a escuta ativa e demonstrando-me sempre disponível para a prestação de apoio em todos os momentos (Pinto, 2009).

Durante este estágio, tive a oportunidade de observar e participar na realização de procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos, o que permitiu identificar algumas das respostas comportamentais da criança e do jovem que experimenta dor, atendendo ao estágio de desenvolvimento em que estes se encontram (Apêndice III), tendo ainda sido possível, através da observação participante e da auscultação do EEESIP de referência, a identificação dos principais procedimentos dolorosos e/ou causadores de desconforto realizados neste contexto à criança e ao jovem (Apêndice IV) que se assumiu como um documento orientador de carácter auto-formativo uma vez que nele também constam as estratégias não farmacológicas a mobilizar.

Um dos procedimentos dolorosos identificados neste contexto de prática foi a administração de Toxina Botulínica, por via intramuscular, em crianças e jovens com paralisia cerebral, importando referir que a sua administração ocorria numa sala destinada à realização de procedimentos médicos e de enfermagem, sendo assim garantida a promoção do conforto ambiental, tal como referido por Kolcaba & DiMarco (2005).

A minha intervenção em parceria com a EEESIP, numa fase inicial esteve intimamente ligada à colheita da história de dor, com os pais e, em situações aplicáveis, com a criança uma vez que segundo a DGS (2010) só a partir desta colheita de informação é possível aos profissionais traçar um plano eficaz para prevenção e tratamento da dor. Numa fase posterior era sempre realizada a explicação prévia do procedimento quer à criança quer aos seus cuidadores utilizando para tal uma linguagem simples e adequada a cada estágio de desenvolvimento, possibilitando, ainda, contacto com todo o material a utilizar como, por

exemplo, seringas, compressas e pensos. Outro aspeto que considero importante em termos da minha intervenção foi o constante incentivo ao uso de estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor, nomeadamente a distração e musicoterapia por via de dispositivos móveis (visualização de desenhos animados e músicas atendendo às preferências da criança), estratégias físicas como a aplicação de frio e até a imaginação guiada; a presença dos pais e o reforço positivo durante e após a realização dos procedimentos assumiram especial relevância para uma adequada gestão diferenciada da dor (OE,2013).

Neste contexto de prática decorrem de forma quinzenal reuniões realizadas pela equipa multidisciplinar, onde conjuntamente é feita uma observação física da criança e avaliadas competências desenvolvidas ao longo do internamento, sendo as crianças e as suas famílias convidadas a partilhar sentimentos e dificuldades vivenciados ao longo do processo de reabilitação; ao longo destas reuniões é ainda discutida e analisada a eficácia do plano terapêutico e quando justificado, este é revisto, articulando as intervenções de toda a equipa com vista a atingir os objetivos identificados. Foi-me possível participar nestas reuniões contudo, devido à sua especificidade, ao longo das mesmas a minha intervenção prendeu-se com a observação da articulação dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar com vista a adequar o plano terapêutico da criança e do jovem, tendo ainda ficado para mim claro que existe desde a fase inicial do internamento da criança a preparação para o momento da alta, uma vez que são discutidas estratégias e identificados e mobilizados recursos da comunidade de acordo com as necessidades atuais da criança, jovem e das suas famílias.

A prestação de cuidados à criança, jovem e família com doença crónica em contexto de internamento, constituiu um importante desafio para a minha prática de cuidados, atendendo ao facto de exercer funções num serviço de urgência, onde habitualmente as crianças apenas permanecem em fase aguda da doença, não sendo possível realizar o seu acompanhamento no processo de reabilitação, o que conduziu ao desenvolvimento de intervenções que permitiram adquirir conhecimentos e capacidades específicas no âmbito da promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, bem como na promoção do processo de adaptação à sua nova condição de saúde. Por outro lado, considero que a realização deste estágio me possibilitou o desenvolvimento de habilidades na identificação precoce de desvios do normal desenvolvimento da criança e do jovem o que me permitirá estar mais desperta para a identificação destas situações, possibilitando assim a sua referenciação o mais precocemente possível.

3.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O estágio em contexto de Neonatologia decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de um hospital do distrito de Lisboa, com a duração de quatro semanas, compreendidas entre 15 de outubro a 11 de novembro de 2018. Esta unidade presta cuidados diferenciados aos recém-nascidos (RN), até aos 28 dias de vida, provenientes na sua grande maioria do bloco de partos deste hospital, contudo também são recebidos RN do serviço de obstetrícia, serviço de urgência pediátrica e até de outras instituições hospitalares após contacto prévio e se a situação clínica assim o justificar. Relativamente à estrutura física, esta unidade encontra-se dividida em 2 salas (intensivos neonatais e especiais neonatais), ambas equipadas com todo o material necessário à prestação de cuidados diferenciados ao RN atendendo à complexidade de cuidados que a condição de saúde exige.

Assim, e de acordo com as particularidades exigidas na prestação de cuidados diferenciados ao neonato foram definidas como principais atividades a observação das intervenções de enfermagem promotoras do conforto do RN e dos seus cuidadores e participação ativa com a equipa de enfermagem na promoção do conforto do RN e seus cuidadores. A mobilização de estratégias não farmacológicas para o controlo e alívio da dor, promoveu o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista no âmbito da gestão diferenciada da dor aguda no RN. Numa fase inicial deste estágio, foi realizada uma reunião com a EEESIP de referência, de forma a apresentar a problemática em estudo, os objetivos gerais e específicos referidos anteriormente, bem como as atividades que pretendia desenvolver neste contexto de prática (Apêndice II). Apesar de considerados como pertinentes a enfermeira orientadora referiu existir um grupo de trabalho dedicado à temática da dor, estando já elaborados e implementados vários protocolos, normas de procedimento e orientações técnicas não só sobre a avaliação da dor como acerca das estratégias não farmacológicas promotoras do conforto e consideradas como eficazes no RN.

O facto de não deter qualquer experiência na área de neonatologia e por se tratar de uma área tão específica do cuidado pediátrico conduziu-me à realização de uma pesquisa bibliográfica e a leitura de obras de referência na área da neonatologia, de forma a sentir-me mais preparada.

Com vista a adequar as minhas intervenções à problemática do meu projeto de estágio, numa fase inicial identifiquei os principais procedimentos dolorosos e/ou causadores de desconforto no recém-nascido (Apêndice VI), assim como as estratégias não farmacológicas passíveis de ser aplicadas para a promoção do conforto e alívio da dor na situação referida. Num

estudo realizado por Batalha (2010) é referido que em contexto de cuidados neonatais as intervenções dolorosas mais frequentes incluem a punção do calcâneo, as punções venosas periféricas, a aspiração de secreções, a colocação de sondas, drenos e de outros dispositivos necessários à prática de cuidados. Assim a elaboração deste instrumento de trabalho de caráter auto-formativo possibilitou-me identificar quais os procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos realizados neste contexto com maior regularidade sendo que ainda me permitiu a identificação das estratégias não farmacológicas mais adequadas no caso particular do RN, assumindo-se como um instrumento orientador e facilitador da minha intervenção para a diminuição do impacto da dor durante a realização destes procedimentos.

Relativamente à dor no RN, importa referir que até há algum tempo se acreditava que este não sentia dor, nem capacidade de se recordar de experiências dolorosas anteriores, contudo, atualmente, sabe-se que o RN possui capacidade neurológica de perceção da dor, incluindo o recém-nascido pré-termo (RNPT), uma vez que as estruturas periféricas e centrais necessárias a nocicepção estão presentes e funcionais a partir do 1º e do 2º trimestre de gestação (Linhares & Doca, 2012, p.308). No caso particular do RN, segundo Batalha (2010 a) os mecanismos de modulação dos estímulos dolorosos são ainda imaturos o que condiciona de forma direta o controlo inibitório da dor. Completando esta ideia Schug *et al.* (2015) referem existir uma hipersensibilidade do RN a qualquer procedimento doloroso.

Relativamente à avaliação da dor no RN a *American Academy of Pediatrics* (AAP, 2006) sugere as seguintes escalas: PIPP (Premature Infant Pain Profile); CRIES (Crying, Requires Oxygen, Saturstion, Increased Vital Signs, Expression, Sleeplessness); NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) ; N-PASS (Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale); NFCS (Neonatal Facing Coding Sytem); PAT (Pain Assessement Tool); SUN (Scale for Use in Newborns) ;EDIN (Echelle dela Douleur Inconfort Nouveau-Ne') e a BPSN (Bernese Pain Scale for Neonates). Contudo na orientação emanada pela DGS (2010) apenas são recomendadas as seguintes escalas para avaliação da dor em neonatologia: EDIN; NIPS; PIPP e N-PASS.

Neste contexto de prática encontram-se descarregadas em sistema informático as escalas de avaliação de dor **NIPS** e **N-PASS**, sendo a avaliação realizada a cada 3 horas ou sempre que justificável, nomeadamente antes, durante e após a realização de procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos. A NIPS é uma escala de heteroavaliação aplicável a prematuros e a recém-nascidos de termo dos 0 aos 28 dias adequada para a avaliação da dor aguda (DGS, 2010), já a N-PASS trata-se também de uma escala de heteroavaliação aplicável a prematuros e a recém-nascidos de termo, mas que se encontrem sob ventilação assistida (DGS, 2010).

Durante a minha colaboração na admissão do RN nesta unidade, foi possível verificar que no momento da admissão são sempre levantados diagnósticos CIPE® nomeadamente os diagnósticos de dor presente e de conforto comprometido. Associadas a estes diagnósticos são geradas intervenções padronizadas que normalmente são adequadas pela equipa atendendo as necessidades do RN. Já no caso particular do diagnóstico conforto comprometido, apenas está prevista, em sistema informático, a reavaliação a cada 7 dias existindo, contudo, intervenções planeadas diariamente como o trocar a fralda, o posicionar e o gerir o ambiente que possibilitam a promoção do conforto do RN.

Em cuidados intensivos neonatais, pela necessidade de cuidados especializados, a maioria dos cuidados aqui prestados são potencialmente traumáticos, dolorosos e geradores de desconforto para o RN, podendo a exposição prolongada a estes estímulos conduzir a alterações cerebrais (Matsuda *et.al*,2013), afetando o seu neurodesenvolvimento bem como as suas respostas comportamentais ao estímulo da dor (Altimier & Phillips,2013). Assim o enfermeiro desempenha um papel importante na promoção do conforto e do bem-estar da criança, devendo dirigir a sua intervenção para a minimização do impacto da dor, por via da mobilização de estratégias não farmacológicas durante a realização de procedimentos dolorosos.

Durante a minha colaboração em parceria com a EEESIP de referência na prestação de cuidados ao RN foi-me possível constatar que o simples facto de existir barulho junto da incubadora, o facto de esta ter de ser destapada e aberta para a prestação de cuidados, conduzia a manifestações comportamentais e fisiológicas do RN, nomeadamente a taquicardia, o aumento da frequência respiratória e consequente aumento do consumo de oxigénio, bem como a presença de movimentos de descoordenação. Factos que são confirmados por Blackburn (2007) e Frank (2013) quando referem que apesar do RN não possuir capacidade de verbalizar a sua dor, este apresenta respostas comportamentais e fisiológicas alteradas, tais como o aumento da frequência cardíaca e frequência respiratória, aumento da tensão arterial, aumento do consumo de oxigénio e aumento da pressão intracraniana com consequente aumento do risco de hemorragia intraventricular. Por outro lado, Askin & Wilson (2014) acrescentam que o RN prematuro é altamente sensível ao toque, pelo que o mesmo deve ser realizado de forma respeitosa, com vista a que seja preservado o seu padrão de sono e bem-estar hemodinâmico. Assim, e com vista a minimizar estas alterações, durante a prestação de cuidados adotei um tom de voz mais baixo e movimentos bastante mais lentos do que estou habituada no meu contexto de prática, tendo ainda sido fundamental a consciencialização da importância do planeamento dos cuidados, para que ocorra uma manipulação mínima do RN.

Importa ainda referir que sempre em colaboração com a EEESIP me foi possível aplicar, durante a prestação de cuidados as estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e promoção do conforto mais adequadas ao RN, nomeadamente o toque, o posicionamento utilizando dispositivos adequados como os ninhos e rolos, o recurso à contenção física e sempre que aplicável a sucção não nutritiva. Hockenberry & Wilson (2014) referem que durante a realização de procedimentos dolorosos, a correta utilização de técnicas de manipulação e de posicionamento minimizam o *stress* assumindo-se ainda como promotoras do conforto. Ao verificar que as estratégias não farmacológicas para o alívio da dor assumem um impacto positivo na promoção do conforto do RN, e por se tratar de uma área particular do cuidado pediátrico, realizei uma proposta de um póster com as estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto (Apêndice VII).

Ainda durante a minha participação nos cuidados ao RN foram sempre tidos em conta os princípios basilares do cuidado em pediatria, como os cuidados não traumáticos e a parceria de cuidados, assumindo este último especial relevância, uma vez ser fundamental a promoção da participação dos pais e/ou cuidadores na prestação de cuidados ao RN objetivando a promoção positiva da vinculação uma vez ter sido interrompida por um nascimento prematuro.

McGrath (2014) refere que o nascimento de um bebé prematuro conduz a uma ambiguidade de sentimentos e à modificação da realidade expectável, existindo uma alteração das expectativas pré-existentes do bebé idealizado que conduzem a medos e a inseguranças. Indo ao encontro do referido por Vasconcellos (2007) quando menciona que as famílias experienciam momentos de *stress*, imperando sentimentos negativos como medo, culpa e angústia, Evans, Whittingham & Boyd (2012) reforçam esta ideia acrescentando ser habitual a presença de sentimentos como o medo, culpa e até o fracasso que podem condicionar negativamente o processo de vinculação; assim torna-se fundamental que o enfermeiro reconheça a família como uma extensão do recém-nascido que também é alvo de cuidados (McGrath, 2014).

Nesta situação particular a parceria entre profissional e família assume grande relevo principalmente no que se refere a ultrapassar dificuldades e proporcionar os melhores cuidados ao recém-nascido (McGrath, 2014). Hockenberry & Wilson (2014) acrescentam ainda que a voz e o toque quando utilizados de forma adequada são fundamentais para que ocorra a estimulação sensorial do RN, sendo importante ensinar e incentivar os pais a recorrer ao toque e à fala com o seu bebé, com vista a manter o processo de vinculação.

Outras das intervenções que tive oportunidade de desenvolver, considerada não só promotora da vinculação, mas também reconhecida como a mais eficaz para a promoção do

conforto e alívio da dor do RN na realização de procedimentos dolorosos, foi o recurso ao método de *Canguru* (Doca & Linhares, 2010 e OE, 2013). Este método é considerado como uma intervenção multissensorial que contempla o envolvimento dos vários órgãos dos sentidos nomeadamente o olfato, o tato e a audição (Costa & Monticelli, 2005); o RN é colocado apenas de fralda em contacto pele a pele com a sua mãe ou pai, com vista a reduzir a atividade comportamental, frequência cardíaca e até duração do choro (Doca & Linhares, 2010 e OE, 2013). Importa referir que, para a aplicação deste método, é necessário primeiro uma prévia avaliação da condição da saúde bem como da estabilidade do RN, sendo ainda fundamental a explicação, aos pais, do procedimento e dos benefícios a ele associados. Hockenberry & Wilson (2014) referem que em algumas situações, o contacto próximo com o bebé gravemente doente pode conduzir os pais a experienciarem sentimentos como a ansiedade, angústia e até medo, sendo, portanto, da responsabilidade do profissional de saúde a avaliação do custo benefício da aplicação deste método. Também é da sua responsabilidade demonstrar-se disponível e dar abertura aos pais para que possam expressar os seus medos e inseguranças, de modo a que possa ser prestado o apoio necessário a estas famílias. Transferindo o anteriormente referido para a Teoria de Conforto de Kolcaba, que serviu de suporte teórico ao longo do meu percurso de aprendizagem, considero que neste contexto de prática foi possível a promoção do conforto sociocultural por via da promoção da relação e vinculação entre pais e RN (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Na minha permanência neste contexto verifiquei existir uma grande atenção na promoção de um ambiente protetor com o objetivo de minimizar o impacto dos estímulos externos ao recém-nascido, sendo dada especial importância aos cuidados neuroprotetores, nomeadamente no que diz respeito ao controlo da luz; todas as incubadoras possuíam uma capa com vista a tornar o ambiente no seu interior o mais escuro possível simulando o ambiente intrauterino, preocupação constante na redução da luz existente na sala no período da tarde e no período noturno proporcionando momentos de sono e repouso aos recém-nascidos ali internados. Já no que diz respeito ao controlo do ruído, este tornava-se um pouco mais difícil devido aos próprios equipamentos existentes neste contexto, todos eles com alarmes ruidosos e repetitivos sendo estes identificados como uma das principais fontes de *stress* para o RN e sua família (Doca & Linhares, 2010; OE, 2013). O anteriormente referido, permite afirmar que neste contexto de prática me foi possível, em colaboração com os enfermeiros, desenvolver atividades com vista a promover o conforto ambiental que segundo Kolcaba (2003) se encontra relacionado com os fatores ambientais como a temperatura, o ruído e luminosidade passíveis de serem manipulados pelos profissionais uma vez se tratarem de influências externas.

3.3. Unidade de Cuidados de Saúde Primários

A seleção deste contexto de estágio teve em consideração os contributos para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica (EESIP), objetivando neste contexto essencialmente o desenvolvimento de competências no âmbito da vigilância de saúde e promoção do desenvolvimento infantil, a aquisição de competências comunicacionais com a criança, jovem e suas famílias por via da aplicação de estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor aguda (Apêndice II).

Assim neste contexto foi fundamental a participação ativa na prestação de cuidados à criança, jovem e sua família em contexto de consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil e do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV), tendo sido para tal fundamental a revisão do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) bem como do atual PNV.

Os cuidados de saúde primários constituem o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde por parte das populações, assumindo por isso um papel fundamental na promoção da saúde essencial para a prevenção da doença (Decreto de Lei nº28/2008). Estes encontram-se organizados em Agrupamentos de Centros de Saúde dos quais fazem parte diversas unidades funcionais como são o exemplo as Unidades de Saúde familiar (USF) que visam a prestação de cuidados de saúde gerais e individualizados objetivando a melhoria da condição de saúde das populações por si abrangidas (Pisco,2007).

O meu estágio neste contexto decorreu numa USF organizada segundo o modelo de enfermeiro de família, que se encontra definido como “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais às famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (Diário da República nº 118, 2014, p. 4070). Assim, cada enfermeiro é responsável pela gestão e prestação de cuidados de enfermagem a realizar aos seus clientes e famílias, promovendo a consulta de enfermagem, visita domiciliária programada e intervenções de enfermagem inerentes aos diferentes programas. Todos os enfermeiros participam nos vários programas de saúde da unidade (Saúde Infantil e Juvenil; Saúde Materna e planeamento familiar; Vacinação; Consulta da diabetes; Visita domiciliária; Saúde do Adulto/ Sala de Tratamentos e Consulta aberta), tendo cada programa de saúde uma responsável de enfermagem (interlocutora especialista na área de intervenção). Os programas de Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Planeamento Familiar/Rastreio Oncológico e Diabetes, são

realizados em colaboração com o médico da equipa (com horário coincidente) e complementando a consulta médica.

Relativamente à consulta de vigilância de saúde infantil, importa referir que neste contexto, esta se encontra implementada desde maio de 2015, sendo realizada de forma autónoma pelo EEESIP, segundo protocolo elaborado pelo mesmo e de acordo com as orientações do PNSIJ, objetivando a prestação de cuidados de saúde seguros e eficazes a todas as crianças e jovens até aos 18 anos, inscritos neste centro de saúde, sendo ainda integrada nesta, a realização do esquema vacinal segundo o PNV.

Assim, o agendamento das consultas de saúde infantil é realizado tendo por base não só as idades chave (1ª consulta até ao 8º dia de vida; seguida de consultas aos 4,9,15 e 18 meses; 3 e 4 anos, 6/7anos, 8 anos e aos 10 anos) como a concordância com o esquema previsto no PNV, permitindo assim a redução do número de deslocações da criança e jovem ao centro de saúde, tal como é recomendado no PNSIJ (DGS, 2013). Sendo ainda importante referir que neste contexto ainda existe o cuidado de que sempre que a criança ou jovem se desloque a uma consulta seja por que motivo for (antes, durante ou depois da idade chave), se a situação o permitir é efetuada a consulta e consequente exame global de saúde adequado à idade (exame de saúde oportunista), conferindo não só alguma flexibilidade nesta calendarização bem como contribuindo para uma vigilância de saúde mais abrangente e regular da criança e jovem (DGS,2013). Assim durante este estágio tive a oportunidade de realizar consultas de vigilância de saúde em todas as idades chave, possibilitando-me o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de EEESIP, dando especial atenção ao desenvolvimento de atividades promotoras do conforto da criança e do jovem, recorrendo para isso às estratégias não farmacológicas para o alívio da dor aguda.

A participação nas consultas de vigilância de saúde infantil permitiu a tomada de consciência que ao longo das mesmas é possível desenvolver e potenciar as competências parentais por via do envolvimento dos pais e/ou cuidadores, tratando-se do momento ideal para esclarecer dúvidas, desmistificar medos e até reduzir a ansiedade dos cuidadores. O anteriormente referido é confirmado com o descrito no Guia Orientador de Boas Práticas de Saúde Infantil e Pediátrica (OE,2010), onde é referido que o enfermeiro assume um papel preponderante no aconselhamento e educação dos pais e/ou cuidadores, devendo ser-lhes conferido espaço de forma a exprimirem sem receios os seus sentimentos e dúvidas (DGS,2013) essenciais para o desenvolvimento satisfatório do seu papel parental.

Com a realização destas consultas, foram desenvolvidas algumas competências ao nível relacional e comunicacional, uma vez que existiu sempre a preocupação em desenvolver uma

relação próxima com a criança e os seus pais e/ou cuidadores por via da utilização de uma linguagem adequada ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem, com recurso à brincadeira, tendo sido a utilização das estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor uma constante.

Neste contexto de estágio foi-me ainda possível participar na primeira consulta ao recém-nascido (também ela realizada em idade chave), constatando que nesta fase os pais apresentam muitas dúvidas e medos face aos cuidados a prestar ao seu bebé. Das dúvidas apresentadas destaco as relacionadas com as cólicas e as dúvidas acerca da amamentação tendo, portanto, estas sido foco de atenção durante a consulta. Relativamente ao aleitamento materno o trabalho desenvolvido prendeu-se essencialmente com o apresentar das vantagens do mesmo e com o esclarecimento das dúvidas apresentadas pelos pais e/ou cuidadores, nomeadamente sobre o posicionamento do RN no momento da amamentação, os sinais de boa pega da mama, duração das mamadas e intervalos entre as mesmas, tendo ainda sido realizados ensinamentos acerca da prevenção de complicações como é o exemplo da mastite e da prevenção dos mamilos gretados. Importa referir que na realização dos ensinamentos anteriormente referidos foram sempre tidos em conta os valores e crenças de cada família, onde o respeito pelas suas convicções foram uma constante, uma vez que será sempre decisão da mãe o recurso ao aleitamento materno. Na primeira consulta ao RN é ainda realizado o teste de *Guthrie* através da punção do calcanhar que segundo Batalha (2010) é um procedimento doloroso sendo a utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor fundamental. Assim e remetendo a minha intervenção para a problemática em estudo foi fundamental o desenvolvimento de atividades promotoras da aplicação de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no recém-nascido nomeadamente o recurso à sucção não nutritiva, método do *Canguru* e ao aleitamento materno no controlo da dor, facto que ainda me conduziu à realização de uma reflexão mais aprofundada acerca de uma situação particular da prática de cuidados (Apêndice X).

Outra das atividades desenvolvidas ao longo destas consultas foi a avaliação do desenvolvimento infantil utilizando a Escala de Avaliação do Desenvolvimento modificada de *Mary Sheridan*, também ela aplicada em idades específicas (1-12 meses e dos 18 meses aos 5 anos). A aplicação desta escala de avaliação de desenvolvimento infantil permite acompanhar o desenvolvimento da criança e identificar de forma precoce desvios do seu desenvolvimento, permitindo realizar, de acordo com a necessidade da criança em causa, ensinamentos dirigidos aos seus pais e/ou cuidadores. Contudo importa reforçar que a aplicação isolada desta escala não é suficiente para a avaliação do desenvolvimento da criança, uma vez que esta é aplicada num ambiente estranho à mesma e num período de tempo limitado, sendo assim fundamental

questionar os pais e/ou cuidadores acerca das competências já adquiridas pela criança. Por outro lado, o enfermeiro deverá reger os cuidados que presta, numa perspetiva de cuidados centrados na família e de parceria de cuidados estimulando os pais e/ou cuidadores a expressarem os seus medos e preocupações relativos aos seus filhos, possibilitando assim não só aceder às reais necessidades da criança como adequar e individualizar os cuidados.

Em parceria com o EEESIP de referência foi possível a realização da avaliação não só das crianças, mas também da sua família o que possibilitou a deteção precoce de desvios do normal desenvolvimento, permitindo a sua sinalização e em caso de situações de risco possibilitou o seu encaminhamento e a supervisão.

Relativamente à estrutura física da sala de enfermagem onde decorrem as consultas de saúde infantil, considero importante destacar o facto de neste contexto de prática existir especial atenção à promoção do conforto ambiental, uma vez que a sala onde estas decorrem encontra-se pintada de forma colorida e com motivos infantis, onde a temperatura do espaço é regularmente verificada pelo EEESIP, fatores que se assumem como potenciadores de um ambiente terapêutico e seguro, gerador de conforto para a criança, tal como confirmado por Kolcaba (2003) que refere que o conforto físico da criança depende do conforto ambiental do meio onde esta se encontra inserida.

Outro aspeto que considero ter constituído uma mais valia para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista neste contexto, foi a constante discussão fundamentada com o EEESIP de referência, não só sobre as questões que iam surgindo na prática de cuidados, mas também relativamente ao projeto que me encontrava a desenvolver, sendo que para a sua adequação ao contexto foi fundamental a sua colaboração, não só para a identificação dos principais procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos realizados, bem como da forma como poderia contribuir na formação em contexto de trabalho no âmbito da gestão diferenciada da dor com recurso a estratégias não farmacológicas. Apesar de serem identificados múltiplos procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos neste contexto, os mais frequentes são o Teste de Guthrie e a Vacinação.

O Programa Nacional de Vacinação (PNV) sofreu alterações no final do ano de 2016, tendo entrado em vigor logo no seguinte ano com as seguintes alterações: vacina para a tuberculose (BCG) passou a ser administrada apenas em grupos de risco em vez da totalidade da população, ocorrendo ainda a simplificação do esquema vacinal com a introdução da vacina hexavalente administrada aos 2 e aos 6 meses de vida; aos 10 anos é realizada vacinação contra o Papiloma Vírus Humano sendo nesta mesma idade administrada a 1ª dose da vacina contra o

Tétano passando esta a uma validade de 20 anos. A simplificação do esquema vacinal contribui para a redução das idas aos centros de saúde e consequentemente para uma provável maior adesão e cumprimento em idades chave (PNSIJ, 2013). No primeiro ano de vida o EEESIP assume um papel preponderante na vigilância do cumprimento do programa de vacinação uma vez que em todas as consultas por ele realizadas é verificado o seu cumprimento e, caso seja identificada alguma vacina em atraso ou caso seja altura da sua administração, esta é efetuada logo no momento da consulta.

Faria (2012) refere que a vacinação é geradora de dor, medo e até de ansiedade na criança que se poderá manifestar antes e durante o procedimento através de comportamentos como o gritar ou o chorar sendo, ainda possível a resistência física e verbal por parte das mesmas; torna-se portanto fundamental que antes da realização de qualquer procedimento doloroso e/ou potencialmente doloroso, seja sempre fornecida informação antecipatória à criança e família sobre o controlo da dor, tal como se encontra preconizado pelo IAC (2006). Por outro lado, a DGS refere que “o medo e a ansiedade das crianças e pais são fatores agravantes da dor, devendo a ansiedade antecipatória ser minimizada através de uma correta abordagem da dor desde o primeiro contacto com os serviços e saúde” (DGS, 2010, p.3). Ao longo da minha permanência neste contexto de prática foi-me possível verificar que nem todos os profissionais, ali a desempenhar funções, atuavam da mesma forma e nem sempre utilizavam estratégias com vista a minimizar o desconforto e a dor da criança e do jovem, embora existisse um póster de sensibilização para os profissionais acerca dos cuidados não traumáticos durante o processo de vacinação. Outra das lacunas identificadas no contexto foi o facto de alguns profissionais não conhecerem e, portanto, não dominarem as escalas de avaliação da dor recomendadas pela DGS e adequadas às diferentes faixas etárias, o que em muitos casos conduzia a uma não avaliação e registo da dor, de forma regular.

Assim e após discussão com o EEESIP de referencia, propus desenvolver um documento orientador baseado nas recomendações da DGS (Apêndice VIII) que abordasse as escalas para avaliação da dor atendendo a cada faixa etária, tendo ainda sido considerado relevante a realização de uma sessão de formação em contexto de trabalho que não só se centrasse nas escalas de avaliação da dor, mas também contemplasse a utilização das estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor mais adequadas a cada estágio do desenvolvimento (Apêndice IX). Foi ainda criado um *Kit* com material lúdico e terapêutico adequado às diferentes faixas etárias de forma a facilitar a utilização das estratégias não farmacológicas apresentadas em sessão de formação (Apêndice IX). Importa referir que este *Kit* ficou disponível na sala de enfermagem onde é realizada habitualmente a consulta de saúde

infantil, contudo, na impossibilidade de esta ser realizada neste espaço, o *Kit* foi pensado para ser de fácil transporte para qualquer outra localização desta USF. As atividades realizadas acima descritas, tiveram como objetivo sensibilizar as equipas não só para a importância da correta avaliação da dor e do respetivo registo, aspetos fundamentais para que ocorra uma gestão adequada da dor na criança e no jovem, bem como promover a utilização de estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor, visando a prestação de cuidados eficazes, seguros e de elevada qualidade à criança e jovem.

Importa destacar que o mais gratificante foi verificar que os profissionais demonstraram sensibilidade para a problemática por mim abordada, passando a existir de forma regular a avaliação e o registo da dor com recurso às respetivas escalas. Verificou-se ainda a utilização do *Kit* disponibilizado para a utilização das estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto da criança e do jovem durante os procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos.

3.4. Serviço de Urgência Pediátrica

O estágio em Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) teve a duração de 3 semanas, compreendidas entre 03 de dezembro de 2018 e 13 de janeiro de 2019. A seleção deste contexto de estágio teve como objetivo adquirir novas experiências num contexto semelhante àquele onde exerço funções, objetivando a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, no âmbito da gestão da dor aguda por via da mobilização de estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor na criança e jovem em contexto de urgência. A partir da observação, e da prestação de cuidados em parceria com o EEESIP de referência neste contexto de prática, foi possível refletir sobre as eventuais mudanças que poderiam ser realizados no contexto onde exerço funções, objetivando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança, jovem e suas famílias.

O SUP, encontra-se integrado no departamento de pediatria deste hospital e, segundo o *site* institucional, possui como missão a prestação de “cuidados de saúde hospitalares pediátricos à criança/família, no respeito pela dignidade da criança doente e utilizar de forma eficiente os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver a investigação em saúde”, dando assim resposta às exigências da população pediátrica com doença aguda e/ou crónica de diversa natureza, dos 0 aos 18 anos, extensível aos 21 anos quando se trata de indivíduos com doença crónica.

Segundo a DGS (2008), o principal motivo para a procura de cuidados de saúde é a dor aguda, sendo necessário, para o seu adequado controlo, que se proceda a uma correta avaliação, com recurso a instrumentos adequados a cada criança atendendo não só à sua idade, mas também ao seu estágio de desenvolvimento e devendo esta ser realizada logo no momento da admissão. O Grupo Português de Triagem de *Manchester*, referindo-se à importância da avaliação da dor acrescenta que a sua avaliação na primeira oportunidade garante o seu adequado tratamento, contudo “esta avaliação pode ser difícil” em alguns doentes, pois “especialmente as crianças, podem negar as dores para evitar tratamentos ou o internamento hospitalar” (Grupo Português de Triagem de *Manchester*, 2010, p.43). Assim sendo, torna-se fundamental que o enfermeiro triador possua uma elevada capacidade para mobilizar conhecimentos técnicos e científicos, com vista a sustentar a sua tomada de decisão, sendo que, no caso particular da avaliação da dor na criança e no jovem, é fundamental não só o conhecimento dos instrumentos de avaliação da dor recomendados, como também das manifestações comportamentais e fisiológicas demonstradas pela criança e pelo jovem atendendo ao estágio de desenvolvimento em que se encontra.

Durante este período de estágio tive a oportunidade de acompanhar o EEESIP de referência no desempenho das suas funções no posto de triagem o que me possibilitou verificar que a avaliação da dor é realizada de forma sistemática logo na admissão. A avaliação da dor no programa informático da Triagem de *Manchester* é facilitada pela existência de um campo próprio para a sua avaliação, que disponibiliza as diferentes escalas preconizadas pela DGS (2010), de acordo com a faixa etária da criança. Apesar do anteriormente referido foi-me possível constatar que neste contexto de prática existe um predomínio da heteroavaliação sobre a autoavaliação, sendo a escala mais utilizada a FLACC (escala de avaliação comportamental da criança/heteroavaliação), e pontualmente utilizada a escala de faces *Wong-Baker* e a Escala Numérica. Assim, a minha intervenção no processo de triagem prendeu-se com o incentivo ao recurso das escalas de autoavaliação da dor (*Wong-Baker* e Escala Numérica) disponíveis neste sistema informático, sendo que sempre que se adequava, questionava a criança se sentia dor, qual era a localização da sua dor e após uma breve explicação procedia à aplicação da escala mais adequada a esta faixa etária, indo assim ao encontro do preconizado pela DGS (2010) e pela OE (2013) que referem que a avaliação da dor deve ser realizada por via de instrumentos de autoavaliação a partir dos 3 anos de idade e em situações que a condição de saúde da criança o permita (DGS,2010).

Importa ainda referir que numa fase inicial deste percurso de estágio, foram apresentados os objetivos gerais e específicos para este contexto de prática (Apêndice II) à

EEESIP de referência que concordou com a pertinência dos mesmos, contudo advertiu-me para o facto de neste contexto existir um grupo de trabalho transversal a todo o departamento de pediatria denominado “Núcleo Contra a Dor” que trabalha esta temática e com o qual poderia colaborar de forma a atingir os objetivos identificados. Após consulta dos protocolos, normas de procedimento e projetos implementados, foi-me possível concluir que a temática da dor era bastante valorizada neste contexto de prática, pelas inúmeras normas já desenvolvidas sobre a avaliação da dor, como as intervenções de enfermagem promotoras do conforto por via da aplicação de estratégias não farmacológicas para o alívio e controlo da dor aguda da criança e jovem que recorrem ao serviço de urgência. Este grupo de trabalho é composto por uma equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos e técnicos de análises clínicas) com membros dinamizadores em todos os serviços do departamento de pediatria responsáveis pelo incentivo à formação contínua na área, objetivando a uniformização de boas práticas (prevenção, avaliação, reavaliação e tratamento farmacológico e não farmacológico), para o controlo da dor. Sendo a minha EEESIP de referência, membro dinamizador deste grupo no serviço de urgência foi então planeada a realização de uma entrevista a perito, de forma a identificar a dinâmica e o funcionamento deste grupo (Apêndice XII), com vista a projetar ações futuras, no contexto onde exerço funções, nomeadamente a criação de um grupo de trabalho dedicado à problemática de dor; contudo por ter ocorrido um imprevisto de saúde do EEESIP ao qual seria realizada esta entrevista, tronou-se impossível a sua realização.

Na sala de tratamentos, através da minha colaboração na realização de procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos à criança e ao jovem, foi possível tomar consciência de que nesta localização do serviço de urgência, facilmente me focava na realização dos procedimentos ficando a comunicação e a relação com a criança e a sua família um pouco negligenciada; tal facto deveu-se muito ao grande volume de trabalho e ao elevado número de procedimentos a realizar neste posto. Exemplo disso, foram alguns momentos em que constatei que apenas me dirigia à criança ou à família de forma a realizar a correta identificação da mesma para a realização do procedimento. Na literatura encontra-se expresso que na relação interpessoal entre enfermeiro, criança e família é fundamental a comunicação, onde a qualidade da mesma assume impacto nos cuidados prestados (Bezerra *et.al*, 2017).

Assim ao longo da minha colaboração com a equipa de enfermagem na realização de procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos tive sempre presente que nas crianças a dor é influenciada pela idade, nível de desenvolvimento, causa da dor e pela capacidade desta em exprimi-la (Jacob, 2014), permitindo-me assim adequar a minha intervenção ao estágio de desenvolvimento da criança e do jovem, procurando ainda fornecer informação antecipatória

de forma clara, simples, adequada à idade e ao nível de compreensão dos pais e/ou cuidadores (Barros,2003), dando ainda especial atenção para a utilização de técnicas de comunicação também elas adequadas e eficazes para cada criança, jovem e respetivas famílias, uma vez que a comunicação faz parte do processo para a promoção do conforto desta díade, sendo identificada por Katharine Kolcaba como uma necessidade de conforto sociocultural. Para que o anteriormente referido fosse possível, foi fundamental ao longo da minha intervenção recorrer a escuta ativa de forma a identificar e compreender as reais necessidades de cada família, valorizando não só a sua comunicação verbal mas também a comunicação não verbal e, sempre que justificável eram por mim dirigidas questões abertas de forma a ser dado espaço à criança e aos seus cuidadores para expressarem dúvidas e até os sentimentos vivenciados. Assim o estabelecimento de uma relação empática por via de um tom de voz e expressões faciais adequados e constante contacto visual com a criança e os seus cuidadores, permitiu que estes sentissem que me encontrava totalmente disponível. Bezerra, Nascimento, Siqueira, Silva & Nova (2017) referem que a relação empática não é estabelecida apenas por palavras de conforto, mas também pelo tom de voz e pelas expressões faciais reveladoras de emoções proporcionando um vínculo sólido entre profissional e família.

Relativamente ao recurso a estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor importa referir que estas são utilizadas neste contexto de prática, principalmente na sala de tratamentos, onde decorre a maioria dos procedimentos dolorosos. Na sala de tratamentos encontra-se disponível um *Kit* constituído por material lúdico e terapêutico atendendo aos diversos estádios de desenvolvimento, e a equipa de enfermagem possui formação para a avaliação e controlo da dor, fornecida pelos membros dinamizadores do “Núcleo Contra a Dor”, contudo, são ainda verificadas pontualmente situações onde não ocorre uma prévia explicação e/ou demonstração do procedimento a realizar (informação antecipatória), facto que vai contra o 5º princípio da Carta da Criança Hospitalizada (IAC,2008, p.9) onde é referido que “ (...) as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”. Assim sendo, a minha intervenção passou por recorrer ao material disponível no *Kit* de forma a permitir o contacto prévio da criança com o material a ser utilizado no procedimento, aproveitando ainda para realizar a explicação e a demonstração do mesmo. Já no que diz respeito à reavaliação e/ou monitorização da dor neste contexto de prática, a minha intervenção prendeu-se não só com a avaliação e reavaliação da dor antes e após a administração de fármacos analgésicos, mas também com a reavaliação da dor antes, durante e após a realização de procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos onde é utilizado o recurso a estratégias não farmacológicas para o seu alívio. Após discussão com a EEESIP de referência

e de forma a ser possível a minha colaboração com o “Núcleo Contra a Dor” foi elaborada uma grelha de observação das intervenções de enfermagem em procedimentos dolorosos (Apêndice XI) para registo, objetivando construir um documento facilitador da realização de um diagnóstico sobre as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros quanto a mobilização de estratégias não farmacológicas para o alívio e controlo da dor. A realização desta atividade em parceria com a EEESIP permitiu concluir que apesar da formação realizada neste contexto ainda existem algumas dificuldades na identificação e na mobilização das estratégias não farmacológicas mais adequadas a cada criança e jovem, facto que será alvo de intervenção futura neste contexto de prática.

Relativamente à minha intervenção na realização de procedimentos dolorosos, tive sempre especial atenção ao recurso a estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor nomeadamente a distração, utilizando dispositivos móveis, musicoterapia, utilização de objetos coloridos, rocas, fantoches (disponíveis no *Kit* presente na sala), e em casos onde era aplicável o recurso à sacarose a 24% (segundo o protocolo disponível na instituição) bem como a amamentação e a sucção não nutritiva. Importa ainda referir que em todos os casos foram sempre adequadas as intervenções ao estágio de desenvolvimento da criança, sendo a dor avaliada antes, durante e após o procedimento, existindo um incentivo da minha parte ao registo em notas de qual a estratégia não farmacológica utilizada bem como da sua eficácia, facto que vai ao encontro de orientações da DGS que referem que a “avaliação e registo da intensidade da dor (...) tem de ser feita de forma contínua e regular” (DGS, 2003, p.1) onde o enfermeiro é responsável por “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (OE,2009, p 4).

Considero que as intervenções acima referidas e a reflexão de situações concretas resultantes da prática de cuidados com a equipa de enfermagem e com a EEESIP de referência, proporcionaram momentos de aprendizagem mútua, onde a minha intervenção contribuiu não só para a minha aprendizagem como para a sensibilização dos enfermeiros na mobilização das estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, bem como para o seu adequado registo.

3.5. Internamento de Pediatria

O estágio neste último contexto foi desenvolvido na Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria integrado no serviço onde exerço funções (Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria), com duração de 4 semanas compreendidas entre 14 de janeiro e 9 de fevereiro de 2019.

Os principais objetivos neste contexto encontravam-se intimamente relacionados com a sensibilização dos enfermeiros para a importância da adequada avaliação da dor na criança e no jovem e com a promoção da utilização de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor, de forma a contribuir para a melhoria efetiva na qualidade dos cuidados prestados neste contexto (Apêndice II).

Para a criança e a sua família, a hospitalização normalmente assume-se como uma experiência assustadora e desagradável geradora de sentimentos como o medo, angústia e ansiedade. A criança encontra-se exposta a *stressors* como a perda de controlo e autonomia, o medo do desconhecido e até da lesão corporal que resulta em desconforto e dor (Hockenberry & Wilson, 2014). Diogo *et al* (2016) acrescentam ainda que o próprio ambiente do hospital, onde a criança se encontra rodeada de inúmeros equipamentos e exposta a procedimentos muitas vezes dolorosos e invasivos, assume-se como fator de elevado *stress* e ansiedade, sendo a intervenção do EEESIP preponderante para a minimização dos efeitos negativos inerentes ao processo de hospitalização, por via do controlo do impacto ambiental e da promoção do conforto da criança, jovem e suas famílias (Hockenberry & Wilson, 2014). Por outro lado, a OE refere que o EEESIP tem como missão a “prestação de cuidados de nível avançado à criança/jovem saudável ou doente” (OE, 2011, P.10), passando a ser seu dever a adoção de estratégias que minimizem os efeitos negativos associados à hospitalização, prestando cuidados o menos traumáticos possíveis, na tentativa de tornar esta experiência o mais positiva possível.

Na Carta da Criança Hospitalizada pode ler-se que “a admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, consulta externa ou em hospital de dia” (IAC, 2008); assume-se assim a hospitalização como o último recurso em caso de doença, facto que é tido em conta neste contexto de prática, uma vez que as crianças apenas são internadas se necessário, existindo ainda situações de internamento onde é dada alta para domicílio, se a condição da saúde da criança o permitir, passando esta a ser acompanhada de acordo com a sua necessidade em sessões de hospital de dia.

Durante a minha permanência neste contexto de prática foi-me possível observar e prestar cuidados às crianças, jovens e suas famílias em regime de internamento, tendo, portanto,

colaborado na realização de procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos, constatando que nem sempre era realizada uma explicação prévia à criança acerca dos procedimentos a serem realizados o que também impossibilitava a negociação dos cuidados a prestar à mesma. A ausência de preparação da criança contribui para uma sensação de falta de controlo que segundo Sanches citado por Hockenberry & Wilson (2014) contribui para o aumento da percepção de ameaça face à dor. Assim importa referir que a este nível a minha intervenção durante a prática de cuidados passou por utilizar um discurso simples e adequado a cada estágio do desenvolvimento da criança e, sempre que possível, realizei uma explicação prévia do procedimento por via do contacto com o material hospitalar (garrote, seringa, compressas) exemplificando o procedimento ou nos pais ou no seu boneco de referência. Importa ainda referir que após a explicação prévia à criança e aos seus pais realizei sempre a mobilização de estratégias não farmacológicas para a alívio da dor tais como a imaginação guiada, o recurso à sacarose a 24%, a distração com livros ou bonecos tendo ainda recorrido a musicoterapia ou até a visualização dos desenhos animados favoritos da criança através de dispositivos móveis. Foi igualmente importante durante os procedimentos dolorosos estimular a presença dos pais e/ou cuidadores da criança, promovendo e incentivando o toque e a colaboração após explicação prévia durante estes procedimentos, factos que se constituíram como estratégias também elas eficazes para a promoção do conforto e alívio da dor aguda na criança e no jovem (OE,2013). Importa ainda referir que a realização de todos os procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos nunca ocorriam na box da criança de forma a respeitar o seu espaço e evitando que outras crianças pudessem observar tais procedimentos, indo ao encontro de uma prestação de cuidados de enfermagem que respeita os direitos humanos (Regulamento nº140/2019). A criança era então encaminhada para a sala de trabalho de enfermagem que se encontra pintada e decorada com ilustrações infantis, facto que se constitui como uma medida promotora do conforto ambiental tal com é referido por Kolcaba & Dimarco (2005).

De forma a conseguir realizar um diagnóstico prévio sobre as necessidades formativas da equipa de enfermagem no âmbito do controlo e alívio da dor e das estratégias não farmacológicas, foi aplicado um questionário previamente autorizado pela chefia do serviço (Apêndice XIII), onde para a sua elaboração foi tida em conta literatura de referência disponível acerca da problemática em estudo, bem como as experiências que foram por mim adquiridas ao longo de todo o percurso formativo. Este questionário foi aplicado a 27 enfermeiros de um universo de 29 enfermeiros a exercer funções neste contexto, sendo posteriormente realizada uma análise e tratamento dos dados recolhidos (Apêndice XIII), que conduziram ao desenvolvimento de uma sessão de formação (Apêndice XIII) realizada aos enfermeiros em

contexto de trabalho. Importa ainda referir que a data para a sua realização foi planeada com a chefia do serviço e com a enfermeira orientadora de referência, também ela responsável pela formação neste contexto, tendo sido a divulgação realizada atempadamente junto da equipa e incluída no plano de formações em serviço deste hospital para o ano de 2019.

Na sessão de formação foram apresentados aos colegas os resultados obtidos nos questionários aplicados, tendo sido dado especial enfoque às estratégias não farmacológicas para o controlo da dor na criança e no jovem contemplando também a sua adequação aos estádios de desenvolvimento. Outro aspeto também abordado ao longo desta sessão de formação foram as respostas comportamentais da criança e jovem que experiencia dor; esta abordagem resultou de um pedido da chefia do serviço e da enfermeira orientadora de referência uma vez que a equipa de enfermagem se encontra em reestruturação, sendo atualmente composta por alguns elementos recém-licenciados e outros que nunca exerceram funções na área de pediatria tornando-se assim fundamental abordar estes aspetos. Foi ainda elaborado para este contexto o “Kit da Dor” (Apêndice XIII) composto por material lúdico e terapêutico organizado de acordo com a faixa etária de forma a facilitar a mobilização das estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, que ficou disponível após a sua apresentação.

No final desta sessão foram aplicados questionários de avaliação quantitativa e qualitativa (Apêndice XIII), de acordo com o modelo de avaliação implantada na instituição em causa. Posteriormente foram tratados os dados resultantes da aplicação deste questionário (Apêndice XIII), e dada a extrema relevância desta problemática para a melhoria da qualidade dos cuidados, foi assim combinado com a chefia do serviço a realização de novos momentos de formação, em data oportuna, de forma a abranger a totalidade da equipa. A nível pessoal considero que a realização desta atividade de estágio contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional no âmbito da gestão diferenciada da dor em pediatria. Outro aspeto que considero importante referir foi a possibilidade de, ao longo desta apresentação de carácter mais formal, partilhar com os colegas alguns conhecimentos que adquiri ao longo deste percurso formativo nos diferentes contextos de estágio, possibilitando assim a reflexão conjunta acerca das práticas desenvolvidas neste serviço, estabelecendo sempre a relação com as normas de boas práticas referidas quer pela OE quer pela DGS.

No levantamento das necessidades formativas, foi possível verificar que neste contexto de prática não era realizada de forma sistemática a colheita de história de dor da criança e do jovem, tendo sido apontada como principal causa para a sua não realização a falta de tempo. A DGS (2010) refere que a colheita de informação sobre a história anterior de dor na criança e no jovem é a base para o seu controlo, uma vez que é a partir desta que os profissionais poderão traçar um plano eficaz para prevenção e tratamento da dor. Assim e com vista a colmatar esta

lacuna foi elaborado um documento orientador para a realização desta colheita de informação (Apêndice XIV), com vista a uniformizar e a facilitar a colheita da história anterior de dor, indo de encontro ao referido por Batalha (2010, p.46) quanto à “tendência para o declínio da história de dor no decorrer do tempo pode ser contrariada com o uso de uma folha própria para resposta dos pais e da criança, a incluir no processo clínico”.

Relativamente à avaliação da intensidade da dor, neste contexto encontram-se disponíveis no sistema informático *Sorian*, e descarregadas informaticamente, as escalas de dor NIPS e a FLACC, (escalas de heteroavaliação) e a Escala Numérica (escala de autoavaliação, aplicável em criança com idade igual ou superior a 6 anos), não existindo disponível a escala de faces *Wong-Baker* (aplicável a criança com idade igual ou superior a 3 anos), o que possibilita levantar algumas questões relativamente à correta autoavaliação na criança em estádios de desenvolvimento em que ainda não possuem a capacidade de pensamento abstrato (contar ou ter a noção de grandeza numérica). Assim, e tendo por base a circular normativa da DGS publicada em 2010, sugeri a introdução desta escala de autoavaliação da dor, uma vez que a DGS refere que se deverá “privilegiar a autoavaliação a partir dos 3 anos” (DGS, 2010, p.1). Na impossibilidade desta escala ser descarregada rapidamente em sistema informático, e de forma a possibilitar a adequada autoavaliação da dor nesta faixa etária, onde é fundamental o recurso a materiais e linguagem adequados ao estágio de desenvolvimento da criança, foi por mim elaborado um documento com as várias escalas de avaliação da dor onde também se encontra a escala de faces *Wong-Baker*, (Apêndice XIII) de modo a que os enfermeiros possam recorrer à utilização desta escala de avaliação, privilegiando a autoavaliação da dor.

No decurso deste estágio, e com vista a dar resposta aos objetivos previamente delineados na fase de projeto, realizei ainda um levantamento e consulta de normas e procedimentos já existentes neste contexto, com vista a identificar documentos passíveis de reformulação e até de criação de novos documentos necessários para a melhoria da qualidade dos cuidados aqui prestados no que se refere a gestão diferenciada da dor. Neste sentido foi por mim verificado que neste contexto existia disponível a Sacarose a 24% para administração por via oral durante os procedimentos dolorosos, e a sua utilização era realizada de forma sistemática pelos profissionais, contudo não existia uma norma de procedimento disponível que orientasse a sua utilização. Após discussão com a chefia do serviço e enfermeira EEESIP de referência, foi proposta a elaboração de uma norma de procedimento relativa à utilização da Sacarose a 24% por via oral (Apêndice XV) que ficou disponível na intranet, para consulta e orientação dos profissionais que recorrem a esta estratégia não farmacológica.

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

No presente capítulo pretendo dar evidência ao desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de EEESIP, objetivando alcançar a melhoria efetiva dos cuidados prestados à criança, jovem e suas famílias.

Segundo a OE (2003 citada por Mendonça 2009, p.52) as competências de um enfermeiro são compreendidas como "um fenómeno multidimensional, complexo"(...) sendo a competência definida "como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional"; a mesma autora ainda acrescenta que as competências não resultam apenas do conhecimento adquirido pelo profissional, mas sim do resultado de um processo dinâmico de evolução progressiva que contempla a aplicação dos saberes teóricos previamente adquiridos às multiplicidades do quotidiano (Mendonça, 2009).

A reflexão na ação assume um papel preponderante no processo de aquisição de competências, uma vez que é através desta que é realizada a mobilização de saberes e consequentemente a reorganização do pensamento resultante das constantes interações e modificações do meio, da capacidade de adaptação, da autonomia e da responsabilidade, onde a transformação pessoal resulta do caminho percorrido ao longo do processo reflexivo (Soveral,1996; Benner,2001).

No regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista encontra-se definido que para a obtenção do título de enfermeiro especialista é fundamental o desenvolvimento e aquisição de **competências comuns** consideradas como todas aquelas que são "partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados" (Regulamento nº140/2019, p.4745), e de **competências específicas** consideradas como as que resultam "das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas" (Regulamento nº140/2019, p.4745).

Assim sendo, ao longo deste percurso formativo foi possível o desenvolvimento e aquisição de competências comuns de EE , nomeadamente no que se refere ao "**domínio da melhoria contínua da qualidade**", por via do desenvolvimento de atividades no âmbito da gestão diferenciada da dor aguda e da prestação de cuidados à criança, jovem e suas famílias que conduziram à constante partilha de saberes teórico-práticos com os enfermeiros orientadores de referência, importando ainda referir que nos diversos contextos de prática a consulta de normas e procedimentos e o facto de me ter sido possível contactar e colaborar

com um grupo de trabalho dedicado às questões da dor me possibilitou a aquisição de novos conhecimentos, o que me permite afirmar ter sido possível o desenvolvimento de “B2- práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento nº140/2019, p.4747). Importa ainda referir que no domínio da qualidade, e numa perspetiva de desenvolvimento pessoal e profissional foram mobilizados “B1.1- conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” (Regulamento nº140/2019, p.4747) por via da realização de sessões de formação em contexto de trabalho, de consulta de obras de referência na área, objetivando manter-me atualizada de forma a ser possível a melhoria efetiva da qualidade dos cuidados prestados à criança, jovem e suas famílias.

O desenvolvimento de atividades no âmbito da gestão diferenciada da dor aguda com recurso a intervenções não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor objetivando a criação de um ambiente terapêutico e seguro, por via da humanização dos cuidados atendendo aos princípios basilares do cuidar em pediatria, como os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados, possibilita-me afirmar ter desenvolvido a competência “B3- garante um ambiente terapêutico e seguro” e a unidade de competência “B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” (Regulamento nº140/2019, p.4747). Permitiu ainda o desenvolvimento de competências no “**domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**” (Regulamento nº140/2019) uma vez que para a sua realização foi fundamental desenvolver a capacidade de análise e de tomada de decisão de forma a adequar estas atividades às reais necessidades de cada criança, jovem e família assim como ao contexto de prática, tendo sido sempre considerados os valores e crenças da criança e/ou jovem e sua família, o respeito pela sua privacidade e individualidade, o que me permite afirmar ter sido possível o desenvolvimento da unidade de competência “A2.1- promove a proteção dos direitos humanos (...)” (Regulamento nº140/2019, p.4746). Por outro lado, foi-me ainda possível através das atividades desenvolvidas a tomada de consciência que a gestão adequada da dor é considerada norma de boa prática (OE, 2008) sendo ainda um dever dos profissionais (DGS, 2010a) e um direito de quem dela padece (DGS, 2003 e IAC, 2008).

No que diz respeito ao “**domínio da gestão dos cuidados**” (Regulamento nº140/2019) a realização de estágios nos diversos contextos de prática possibilitou-me o desenvolvimento deste domínio de competência de EE uma vez que ao longo dos mesmos foi necessário gerir e adequar os recursos existentes às reais necessidades da criança, jovem e suas famílias de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente ao “**domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**” (Regulamento nº140/2019) considero ter desenvolvido a competência “D2- baseia a sua prática

clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº140/2019, p.4749), uma vez que ao longo de todo o percurso formativo foram consultadas obras de referência e literatura atual sobre a problemática em estudo, objetivando a prestação de cuidados seguros e de qualidade, baseados na evidência científica. Ainda relativamente a este domínio de competências importa referir que o facto de me ter proposto realizar, em contexto de trabalho, um projeto que visou a melhoria dos cuidados prestados à criança e ao jovem que experienciam dor, possibilitou-me o desenvolvimento da unidade de competência “D2.1- responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho” (Regulamento nº140/2019, p.4749).

Já no que diz respeito às competências específicas do EEESIP considero que ao longo deste percurso formativo foi possível o desenvolvimento e a aquisição destas competências, nomeadamente a “**E1- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da saúde**” (Regulamento nº 422/2018, p 19192), uma vez que na prestação dos cuidados à criança e ao jovem esteve sempre patente a parceria dos cuidados e os cuidados centrados na família, tendo sido realizado um esforço de forma a identificar as reais necessidades com vista a adequar o cuidar. Outro aspeto considerado ao longo da prática clínica foi a necessidade de envolvimento dos pais e/ou cuidadores no processo do cuidar dotando-os de habilidades e conhecimentos por via de momentos de educação para a saúde e até da elaboração de um póster acerca das estratégias não farmacológicas mais adequadas no recém-nascido, bem como a realização de um jornal de aprendizagem acerca do aleitamento materno no alívio da dor no recém-nascido durante a realização do teste de *Guthrie*; o que me permite afirmar ter desenvolvido a unidade de competência “E1.1-Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (...)” particularmente no controlo da dor (Regulamento nº 422/2018, p 19193).

A prestação de cuidados à criança/jovem e suas famílias em contexto de UCIN e em SUP permitiram o desenvolvimento da competência “**E2-Cuida da criança/jovem e famílias nas situações de especial complexidade**” (Regulamento nº 422/2018, p 19192), uma vez que nestes dois contextos foi possível mobilizar e adquirir conhecimentos na prestação de cuidados ao RN gravemente doente e em situações de especial complexidade, o que conduziu ao desenvolvimento de habilidades na rápida identificação da situação geradora do risco, possibilitando assim o desenvolvimento das unidades de competências “ E1.2- Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem”, e “E2.1- Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (Regulamento nº 422/2018, p 19193). Para o anteriormente referido foi fundamental proceder a pesquisa e leitura de literatura atual de forma a ser realizada uma prática de cuidados baseada na evidência científica principalmente no que se refere à mobilização de

intervenções não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor o que me conduziu ao desenvolvimento da unidade de competência “E2.4-Providencia cuidados a criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (Regulamento nº 422/2018, p.19193).

As atividades desenvolvidas no âmbito da gestão diferenciada da dor aguda com recurso a intervenções não farmacológicas nos diversos contextos de prática, e a sua análise e reflexão possibilitaram o desenvolvimento da unidade de competência “E2.2- Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” por via da “E2.2.3- (...) aplicação de conhecimento e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (Regulamento nº 422/2018, p 19193), uma vez terem sido realizadas em contexto de cuidados de saúde primários e em contexto de internamento de pediatria sessões de formação para os profissionais ali a exercer funções acerca da utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e promoção do conforto da criança e do jovem, sendo que em ambos os contextos também foi criado um *Kit* de material lúdico e terapêutico de forma a facilitar o recurso a este tipo de intervenções.

No que se refere a competência “**E3-Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem**” (Regulamento nº 422/2018, p 19192) as várias atividades desenvolvidas e a prestação de cuidados visando sempre a promoção da saúde, foi fundamental a realização de uma revisão do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) bem como do atual Plano Nacional de Vacinação (PNV). As atividades promotoras do desenvolvimento infantil foram uma constante, nos diferentes contextos de estágio, nomeadamente o fornecimento às famílias de orientações antecipatórias de forma a promover o adequado desenvolvimento infantil tendo sido possível o desenvolvimento de competências ao nível comunicacional “E3.3- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento à cultura” (Regulamento nº 422/2018, p 19194). Por outro lado, em contexto de cuidados de saúde primários, o recurso a avaliação do desenvolvimento infantil através da escala de *Mary Sheridan* modificada, permitiu o desenvolvimento da unidade de competência “E3.1-Promove o crescimento e desenvolvimento infantil” (Regulamento nº 422/2018, p.19194).

Importa ainda referir que a realização de estágios nas várias áreas de intervenção do EEESIP e o contacto com contextos diferentes daquele onde exerço funções possibilitaram-me adquirir conhecimentos e habilidades fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados por mim prestados à criança jovem e sua família.

5. PROJECTOS FUTUROS

Objetivando dar continuidade ao projeto iniciado durante este percurso formativo, pretendo no futuro continuar a investir na formação contínua e na eventual participação em ações de formação e até na elaboração de novas normas de procedimento no contexto onde exerço funções, nomeadamente a elaboração de uma norma de procedimento acerca da utilização do anestésico tópico EMLA® durante a realização de procedimentos invasivos nas crianças. Este anestésico encontra-se disponível no contexto, contudo não existe qualquer tipo de documentação orientadora para a sua utilização.

Considero que a minha presença enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no contexto onde exerço funções constituiu o primeiro passo para a sensibilização dos enfermeiros para a temática da gestão diferenciada da dor por via da mobilização das estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor aguda. Importa ainda referir que esta sensibilização também foi possível através da realização de uma sessão de formação no âmbito da gestão diferenciada da dor, que pretendo continuar a realizar uma vez ter sido integrada no plano de formação em serviço para o ano de 2019. Por outro lado, a criação e disponibilização, do “kit da dor” composto por material lúdico e terapêutico adequado e organizado de acordo com os estádios do desenvolvimento assumiu um papel facilitador para a mobilização das estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor; pretendo assim criar mais kits para serem utilizados na triagem, sala de tratamentos e sala de observação do serviço onde exerço funções.

Sendo a dor reconhecida pela DGS como o 5º sinal vital e a sua avaliação e registo, de forma regular, considerados de carácter obrigatório em todos os serviços a nível nacional, assim como norma de boa prática (DGS,2010 a), o seu controlo torna-se “um dever dos profissionais de saúde, e um direito dos doentes que dela padecem” (DGS,2003 p.1), ideia que é também reforçada pela *Joint Commission International* quando refere que é “direito de todos os pacientes a avaliação e gerenciamento da dor de forma apropriada” (JCI,2010, p.62). Assim sendo, pretendo numa fase posterior apresentar uma proposta, primeiro à chefia do meu serviço e posteriormente à direção de enfermagem da instituição, para a criação e dinamização de um grupo de trabalho dedicado à temática da dor, transversal a todo o departamento de pediatria, visando a uniformização e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança, jovem e suas famílias neste âmbito.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização do presente relatório de estágio, pretendi descrever as atividades desenvolvidas ao longo dos diversos contextos de prática, objetivando ainda dar evidência do desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) com foco na promoção do conforto e alívio da dor aguda nas crianças e nos jovens, por via da mobilização das estratégias não farmacológicas para a gestão diferenciada da dor.

Assim sendo, a minha intervenção ao longo deste percurso formativo, bem como a tomada de decisão, foi sustentada na evidência científica disponível e nos pressupostos inerentes ao Cuidar em Pediatria como os Cuidados não Traumático e os Cuidados Centrados na Família.

Nos diversos contextos de prática foi-me ainda possível verificar que na sua grande maioria a gestão diferenciada da dor ainda se encontra pouco trabalhada e o recurso às estratégias não farmacológicas por parte dos enfermeiros ainda se encontra pouco valorizado apesar dos seus conhecidos benefícios para a efetiva promoção do conforto e alívio da dor na criança e jovem.

Assumindo o EEESIP um papel preponderante no acompanhamento da criança e do jovem sem situação de saúde e/ou doença, torna-se fundamental a sua intervenção na mudança de comportamentos, objetivando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Sendo as estratégias não farmacológicas consideradas pela OE (2013) como intervenções autónomas de enfermagem é fundamental que o EEESIP assuma a responsabilidade pela sensibilização dos seus pares não só relativamente à promoção do conforto, mas também na própria mobilização destas estratégias, que para além de permitirem uma gestão diferenciada da dor, possibilitam ainda uma maior visibilidade da profissão de enfermagem (OE,2016, p.98-104).

Importa ainda referir que o facto de ter selecionado o tema do conforto na criança e no jovem, considerando a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, me possibilitou orientar as minhas atividades de forma a atingir os objetivos a que me propus, uma vez ser consensual que esta teoria possibilita a prestação de cuidados holísticos, sendo que no caso particular da gestão diferenciada da dor, as intervenções de enfermagem ocorrem nos vários contextos em que os indivíduos se encontram inseridos, nomeadamente o contexto físico, sociocultural, ambiental e psicoespiritual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13 (1), 9-22. **Doi:** <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Altimier, L. (2015). Neuroprotective Core Measure 1: The healing NICU environment. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 15 (3), 91-96. **Doi:** <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.06.014>
- American Academy of Pediatrics (2006). Prevention and management of pain in the neonate: An update. *Pediatrics*, 118 (5), 2231-2243. **Doi:** 10.1542/peds.2006-2277
- Apolinário, M. I. C. G. (2012). Cuidados centrados na família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista Referência*, (7), 83-92. **Doi:** <http://dx.doi.org/10.12707/RIII11145>
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem: análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, Série II (9), 61-67. Acedido em: 02-10-2018. Disponível em : <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239956007.pdf>
- Apóstolo, J., Antunes M., Mendes, A. & Castro, I. (2012). Conforto/Desconforto em doentes internados em clínica psiquiátrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (7), 33-38. Acedido em: 02-10-2018. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n7/n7a06.pdf>
- Askin, D. F. & Wilson, D. (2014). Recém-nascido de alto risco e a família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson. (Eds.). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed. Vol I, pp. 331-411). Loures: Lusociência.
- Associação portuguesa para o estudo da dor (2015). *Sobre a Dor*. Acedido em: 27-09-2018. Disponível em: <http://www.aped-dor.com/index.php/sobre-a-dor/a-dor.html>
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica, uma perspetiva desenvolvimentista* (2.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L. (2006). A unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção de desenvolvimento. In M. Canavarro (Eds.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 297-316). Coimbra: Quarteto.
- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 295-306. Acedido em: 20-11-2018. Disponível em : <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751436005.pdf>
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 11-18. Acedido em: 15-05-2018.

- Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23966/1/2009_13_2_11-18%281%29.pdf
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. (2010b). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista Referência*, Série III (2), 73-80. Acedido em:20-11-2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a08.pdf>
- Batalha, L. M. C. (2007). Factores de risco para um controlo inadequado da dor em pediatria. *Dor*, 15, 27-35.
- Batalha, L.M.C. (2013) Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Revista Saúde & Tecnologia*. e16-e21. Acedido em: 20-11-2018. Disponível em: https://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_03_estesl_suplemento_2013.pdf
- Batalha, L. M. D. C & Mendes, V. M. P. (2013). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability: Revised (FLACC-R) 2013. *Revista Referência*, Série III (11), 7-17. **Doi:** <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12101>.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bezerra, F. S., Nascimento, A. A. O., Siqueira, L. A. S., Silva, F., Silva, K. O. G. S., & Nova, J. C. V. (2017). Importância do processo de comunicação enfermeiro-paciente: Revisão integrativa da literatura. *Revista Saúde*. 11 (1), 24. Acedido em: 09-12-2018 Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/3105/2247>
- Blackburn, S. (2007). *Maternal, fetal and neonatal physiology : A clinic perspective*. (3ª ed.). St. Louis. Saunders Elsevier
- Costa, R., & Monticelli, M. (2005). Método mãe-canguru. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (4), 427- 433. Acedido em: 14-11-2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307023803012.pdf>
- Decreto-Lei nº 28/2008 (2008). Aprova a caracterização geral e criação de centros de saúde. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (N.º 28 de 22-02-2008), 1182-1189. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/htm>
- Decreto-Lei nº 118/2014 (2014). Aprova a atividade do enfermeiro de família. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1ª Série (Nº118 de 05-08-2014), 4069-4071. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2)

- 26-47. Acedido em: 06-12-2018. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc2_26_47.pdf
- Direcção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa nº 9/DGCG: A dor como 5º sinal vital: Registo sistémico da intensidade da dor*. Acedido em:15-10-2018 Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2008). *Circular Normativa Nº 11/DSCS/DPCD: Programa nacional controlo da dor*. Acedido em:20-05-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2010). *Circular Normativa Nº 014/2010*. Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças. Acedido em: 10-10-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2012a). *Circular Normativa N.º 022/2012*. Orientações técnica sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos). Acedido em: 10-10-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2012b). *Circular Normativa N.º 024/2012*. Orientações técnica sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Acedido em:10-10-2018 .Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Acedido em: 13-06-2018 Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2017). *Plano nacional para prevenção e controlo da dor*. Acedido em: 13-06-2018. Disponível: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2017). *Programa nacional de vacinação*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 05-05-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>
- European Association for Children in Hospital (2009). *Carta da criança hospitalizada (Anotações)*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

- Evans, T., Whittingham, K., & Boyd, R. (2012). What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted?. *Infant Behavior and Development: Elsevier*, 35 (1), 1- 11. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.10.002>
- Fonseca, A. & Santos, L (2006). *A dor na criança: Atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Grupo Português de Triage. (2010). *Triage no serviço de urgência*. 2ª edição. Lisboa.
- Hockenberry, M.J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M. J. Hockenberry. & D. Wilson. (Eds.). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*, (9ª ed., Vol I, pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (Eds.) (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da criança hospitalizada*. 4ª Ed. Lisboa: Grupo Medinfar. Acedido em: 09-05-2018. Disponível em: <http://www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac/carta-da-crianca-hospitalizada>
- International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e gestão da dor na criança. In M. J. Hockenberry. & D. Wilson. (Eds.) *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*, (9ª ed., Vol I, pp. 188-235). Loures: Lusociência.
- Joint Comission International (2010). *Padrões de acreditação da joint commission international para hospitais* (A.T., Miranda, Trad.) (4ª ed). Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. (Tradução do original do ingles *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*, 4th ed, 2010, U.S.A: Joint Commission International)
- Jorge, A .M (2004). *A família e hospitalização da criança: (re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49 (2), 86-92. **Doi:** <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31 (3), 187-194. Acedido em: 15-05-2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Katharine_Kolcaba/publication/7686145_Comfort_Theory_and_its_application_to_pediatric_nursing/links/551578720cf2d70ee27039a5.pdf

- Linhares, M. B. M. & Doca, F. N. P. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 307-325. Acedido em: 17-10-2018 .Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751436006.pdf>
- Matsuda, M. R., Martins, M. R., Neto, M. A., & Matta, A. C. G. (2013). Métodos não-farmacológicos no alívio da dor no recém-nascido. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Researc.*, 5 (1), 59-63.
- McGrath, J. M. (2014). Family: Essencial partner in care. In C. Kenner, & J. W. Lott. (Eds.). *Comprehensive neonatal nursing care* (5th Ed. pp. 739-765). New York: Springer Publishing Company.
- McGrath, P. & Unruh, A. M. (2014). *History of pain in children*. In Patrick. McGrath et al Eds. Oxford textbook of paediatric pain (pp. 4-10). Oxford: University Press.
- Mendes, M.G., & Martins, M. M (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista Referência*, Série III (6), 113-121. **Doi:** <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1144>
- Mendes, R. S., Cruz, A. M., Rodrigues, D. P., Figueiredo, J. V., & Melo, A. V. (2016). Teoria do conforto como subsídio para o cuidado clínico de enfermagem. *Cienc Cuid Saúde*, 15 (2), 390-395. **Doi:** <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i2.27767>
- Mendonça, S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: a excelência do cuidar. Penafiel*: Editorial Novembro.
- Oliveira, C. (2013). Conforto e bem-estar enquanto conceitos em uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 17 (2), 2-8. Acedido em: 20-04-2018 Disponível:https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23888/1/PE172_Artigo1_2_8%281%29.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia orientador de boa prática - Dor*. Cadernos OE, Série I, (1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Volume I)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade nos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 20-04-2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadrosqualidadecuidadosespecializadosenfermagensaudecriancajovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Volume II)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Cadernos OE, Série I, (8). Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros & Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 – classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Lusodidata.
- Pimenta C. (2000). Controle da dor no domicílio. *Manual de Enfermagem* 168-184. Acedido em: 16-07-2018. Disponível em: http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/Controle_da_Dor_no_Domicilio.pdfcidReq=SEMIO2.
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25 (6). p.677-87. Acedido em: 09-10-2018. Disponível em: http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/1584/1/Rev%20Port%20Clin%20Geral%202009_25_677.pdf
- Pisco, L. (2007). A reforma dos cuidados de saúde primários. *Ordem dos Economistas*. Cadernos de Economia; 60-66. Acedido em: 20-11-2018. Disponível em: http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis_Pisco.pdf
- Regulamento nº 351/2015 (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 119 de 22-06-2015) 16660-16665. Acedido em: 12-03-2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67552235>
- Regulamento nº 367/2015 (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. *Diário da República*, II Série (N.º124 de 29-06-2015) 17384-17391. Acedido em:15-10-2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67626811>
- Regulamento nº 422/2018 (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde infantil e pediátrica. *Diário da República*, II Série (N.º

- 133 de 12-07-2018). 19192-19194. Acedido em 20-07-2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 06-02-2019). 4744-4750. Acedido em 05-05-2019. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Reis, G. (2009). Avaliação e controlo da dor em cuidados intensivos neonatais: Experiência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Dor*. 7, 18 – 22.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situação de doença e hospitalização. In M.J. Hockenberry. & D. Wilson. (Eds.). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed., Vol II, pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Schug, S., Palmer, G., Scott, D., Halliwell, R. & Trinca, J. (2015). *Acute pain management: Scientific evidence Australian and New Zealand College of Anaesthetists* (4ª ed.). Melbour, Austrália: Commonwealth of Australia. Acedido em: 20-10-2018. Disponível em: <https://fpm.anzca.edu.au/documents/fpm-apmse4-final-20160426-v1-0.pdf>
- Sousa, P. P. (2014). *O conforto da pessoa idosa: projeto de vivência e cuidado co-criado*. Lisboa: Universidade Católica.
- Soveral, M. M. (1996). *O sujeito em formação: o desenvolvimento do aluno/pessoa no contexto da relação pedagógica* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/284>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra : Modelos e Teorias de Enfermagem*, (5.ª ed.). Loures: Lusociência.
- United Nations International Children's Emergency Fund - UNICEF (1990). *A convenção sobre os direitos da criança*. Acedido em: 10-05-2018. Disponível em: <https://www.unicef.pt/actualidade/publicacoes/0-a-convencao-sobre-os-direitos-da-crianca/>
- Vasconcellos, T. (2012). Enfermagem em neonatologia - cuidados para o desenvolvimento. In Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Oriental, EPE (Ed.). *Neonatologia manual prático: Unidade de cuidados intensivos neonatais* (pp. 260-262). Lisboa: Saninter

ANEXOS

ANEXO I

Estrutura Taxonómica -Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba

Anexo I – Estrutura Taxonômica -Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba

Contexto onde é experienciado o Conforto	Tipo de Conforto		
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
	Físico		
	Psicoespiritual		
	Ambiental		
	Sociocultural		

Fonte: Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company

APÊNDICES

APÊNDICE I
Cronograma de Estágio

Apêndice I – Cronograma de Estágio

Ano Letivo	2018/2019																						
Meses	Set.	Outubro					Novembro					Dezembro			Janeiro				Fevereiro				
Dias	24 28	1 5	8 12	15 19	22 26	29 2	5 9	12 16	19 23	26 30	3 7	10 14	17 02	3 4	7 11	14 18	21 25	28 1	4 8	11 15	18 22	25 1	
A													Férias Natal										
B																							
C																							
D																							
E																							

Legenda:

- A- Centro de Desenvolvimento Infantil
- B- Unidade de cuidados Intensivos Neonatais
- C- Cuidados de Saúde Primários
- D- Serviço de Urgência Pediátrica
- E- Serviço de Internamento de Pediatria

APÊNDICE II

Objetivos e Atividades Propostas em Estágio



**ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE LISBOA**

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

Objetivos e Atividades Propostas em Estágio

Discente:

Sara Sofia Rodrigues Chança

Docente orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão

LISBOA

Julho de 2018

Tendo por base a problemática apresentada no capítulo referente a componente científica e formativa e tendo por base as competências enquanto futura Enfermeira Especialista que me proponho desenvolver; em seguida apresento os objetivos definidos.

OBJETIVOS GERAIS:

- Desenvolver competência de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica nos diferentes contextos de prática;
- Desenvolver competências de enfermeiro especialista na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e jovem com foco na utilização de estratégias não farmacológicas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Avaliar o desenvolvimento da criança e jovem em diferentes grupos etários;
- Desenvolver a capacidade de comunicação com a criança e jovem em diferentes estádios de desenvolvimento;
- Promover a utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança e jovem;

Com vista à consecução dos objetivos supracitados, foram planeadas algumas atividades e identificados recursos e critérios de avaliação bem como as competências de EEESIP a atingir que se apresentam em seguida.

OBJETIVO GERAL 1	Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica nos diferentes contextos de prática.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1.1	Avaliar o desenvolvimento da criança e jovem em diferentes grupos etários			
ATIVIDADES	RECURSOS UTILIZADOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	DATAS	LOCAL
1.Aprofundamento de pesquisa bibliográfica sobre o programa nacional de saúde Infantil e juvenil, desenvolvimento da criança e jovem e elaboração de documento síntese; 2. Visita guiada ao serviço; 3.Consulta de documentos, normas e procedimentos existentes nos serviços; 4.Entrevista ao EEESIP nos diferentes contextos de estágio sobre organização e funcionamento do serviço; 5.Reunião com enfermeiro chefe e enfermeiro especialista de referência para apresentação e discussão do projeto de estágio, 6.Discussão com EEESIP de referência sobre estratégias utilizadas na avaliação e promoção do desenvolvimento da criança e jovem. 7.Análise da organização e do funcionamento do contexto da prática, referências, modelos de intervenção que orientam a prática (CCF e CNT);	<u>Matérias</u> -Documentação de carácter científico (artigos, obras, monografias entre outros); -Manuais de referência; -Computador com acesso a internet; -Normas e procedimentos de cada serviço; -Instrumentos para a avaliação do	-Revela conhecimentos acerca do crescimento e desenvolvimento infantil; -Avalia o crescimento e desenvolvimento infantil corretamente (Recém-nascido, Lactente, Toddler, Pré-Escolar, Escolar e Adolescente); -Demonstra capacidade reflexiva sobre a sua prática, articulando com referências teóricas e com as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista.	No decurso das 18 semanas de estágio: (1-2-3-4-5-6)	Centro de Desenvolvimento Infantil (7-8-9-11-12-13) Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (7-8-11-12-13)
Competências comuns e específicas a atingir: A1.1; A2.2; D2.1; D2.2; E1.1; E1.2; E3.1.				

8. Observação participante na interação entre EEESIP e criança, jovem e família; 9. Conhecimento dos instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil utilizados nos diferentes contextos; 10. Avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem (Recém-nascido, Lactente, Toddler, Pré-Escolar, Escolar e Adolescente); 11. Prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e jovem no âmbito das consultas de vigilância de saúde e de consulta de desenvolvimento; 12. Prestação de cuidados de enfermagem à criança e jovem e sua família em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento (vacinação, procedimentos dolorosos, etc), visando a promoção do conforto, tendo como referencial o modelo de Kolcaba; 13. Síntese reflexiva sobre as atividades realizadas analisando-as à luz de referenciais teóricos e evidência científica, dando ainda ênfase ao seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista.	desenvolvimento da criança - Regulamento de competências comuns e específicas de EEESIP <u>Humanos</u> - Crianças, jovens e suas famílias; - Equipa multidisciplinar; - EEESIP orientador; - Docente orientador.			Cuidados de Saúde Primários (7-8-9-10-11-12-13) Urgência Pediátrica (7-8-11-12-13) Internamento de Pediatria HBA (7-8-9-11-12-13)
Competências comuns e específicas a atingir: A1.1; A2.2; D2.1; D2.2; E1.1; E1.2; E3.1.				

OBJETIVO GERAL 1	Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica nos diferentes contextos de prática.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1.2	Desenvolver a capacidade de comunicação com a criança e jovem em diferentes estádios de desenvolvimento			
ATIVIDADES	RECURSOS UTILIZADOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	DATAS	LOCAL
1.Aprofundamento de pesquisa bibliográfica na área da comunicação com a criança e jovem, com elaboração de síntese; 2. Visita guiada ao serviço; 3.Consulta de documentos, normas e procedimentos existentes nos serviços; 4.Reunião com enfermeiro chefe e enfermeiro especialista de referência para apresentação e discussão do projeto de estágio, 5.Análise da organização e do funcionamento do contexto da prática, referências, modelos de intervenção que a prática (CCF e CNT); 6. Observação participante nos cuidados prestados à criança, jovem e família pelo EEESIP; 7. Identificação de estratégias de comunicação utilizadas pelo EEESIP;	<u>Matérias</u> -Documentação de carácter científico (artigos, obras, monografias entre outros); -Manuais de referência; -Computador com acesso a internet; -Normas e procedimentos de cada serviço;	-Revela conhecimentos sobre técnicas de comunicação eficaz de acordo com o estágio de desenvolvimento; -Identifica e promove intervenções de enfermagem promotoras da regulação emocional;	No decurso das 18 semanas de estágio: (1-2-3-4-5)	Centro de Desenvolvimento Infantil (6-7-8-9-10) Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (6-8-10)
Competências comuns e específicas a atingir: A2.1; B3.1; D1.1, D1.2; E1.2; E2.2; E3.3.				

8. Prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família com foco na comunicação; 9. Reflexão sobre a prática de cuidados contemplando as estratégias de comunicação utilizadas e sua adequação a cada estágio de desenvolvimento e ao processo de saúde/ doença vivenciado (Jornal de aprendizagem). 10. Realização de uma reflexão final acerca das atividades realizadas analisando-as à luz de referenciais teóricos e evidência científica, contemplando ainda o seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista.	-Regulamento de competências comuns e específicas do EEESIP; <u>Humanos</u> -Crianças, jovens e suas famílias; -Equipa multidisciplinar; -EEESIP orientador; -Docente orientador.	-Demonstra capacidade reflexiva sobre a sua prática, articulando com referenciais teóricos e com as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista.		Cuidados de Saúde Primários (7-8-10) Urgência Pediátrica (7-8-9-10) Internamento de Pediatria (7-8-9-10)
Competências comuns e específicas a atingir: A2.1; B3.1; D1.1, D1.2; E1.2; E2.2; E3.3.				

OBJETIVO GERAL 2	Desenvolver competências de enfermeiro especialista na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e jovem com foco na utilização de estratégias não farmacológicas.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 2.1	Promover a utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança e jovem.			
ATIVIDADES	RECURSOS UTILIZADOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	DATAS	LOCAL
1. Aprofundamento de pesquisa bibliográfica relativa à avaliação da dor e intervenções não farmacológicas para o seu alívio, e adaptação das mesmas ao estágio de desenvolvimento e processo de saúde/doença; 2. Consulta de documentos, normas e procedimentos existentes nos serviços relativos à avaliação da dor e intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio; 3. Reunião com enfermeiro chefe e enfermeiro especialista de referência para apresentação e discussão do projeto de estágio, 4. Análise da organização e do funcionamento do contexto da prática, referências, modelos de intervenção que orientam a prática (CCF e CNT);	<u>Matérias</u> Documentação de carácter científico (artigos, obras, monografias entre outros); -Manuais de referência; -Computador com acesso a internet; -Normas e procedimentos de cada serviço; -Instrumentos para a avaliação da dor na criança/jovem;	-Revela conhecimentos relativos à prática de cuidados promotores do conforto; -Demonstra capacidade reflexiva sobre a sua prática, articulando com referências teóricas e com as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista; -Revela conhecimentos sobre as diferentes escalas de avaliação da dor de acordo com o estágio de desenvolvimento;	No decurso das 18 semanas de estágio: (1-2-3-4-5-15)	Centro de desenvolvimento Infantil (4-5-6-7-8-9-10) Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (6-7-8-9-11-12-14)
Competências comuns e específicas a atingir: A2.2; B1.2; B2.2; C1.1; D2.1; D2.2; E2.2; E2.4; E3.3.				

5. Identificação de procedimentos invasivos/dolorosos mais frequentes à criança e jovem realizados nos diferentes contextos; 6. Observação participante da interação e dos cuidados entre EEESIP com criança/jovem e família; 7. Entrevista ao EEESIP nos diferentes contextos de estágio através de um guião sobre utilização de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, quais as mais frequentes e quais as dificuldades sentidas; 8. Identificação das escalas de avaliação da dor utilizadas nos diferentes contextos; 9. Prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família com foco na gestão diferenciada da dor e promoção de conforto; 10. Promover a sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da utilização de intervenções não farmacológicas para o alívio e controlo da dor aguda; 11. Identificação junto das equipas de necessidades formativas no campo das intervenções não farmacológicas no alívio da dor aguda;	- Guia orientador de boas práticas de Enfermagem no controlo da dor na criança - Todo o material necessário para a aplicação das intervenções não farmacológicas no alívio e controlo da dor; - Regulamento de competências comuns e específicas do Enfermeiros Especialista;	- Demonstra conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem com enfoque na promoção do conforto e utilização das intervenções não farmacológicas no controlo da dor aguda.	Cuidados de Saúde Primários (5-6-7-8-9-14) Urgência de Pediatria (5-6-7-8-9-10-11-12)
Competências comuns e específicas a atingir: A2.2; B1.2; B2.2; C1.1; D2.1; D2.2; E2.2; E2.4; E3.3.			

12. Realização de sessões de formação no âmbito da gestão diferenciada da dor com recurso às intervenções não farmacológicas; 13. Elaboração de documentação de suporte educativo para os pais e/ou pessoas significativas no âmbito da gestão da dor em função das necessidades identificadas nos diferentes contextos 14.Elaboração de guia orientador sobre estratégias não farmacológicas para o alívio e controlo da dor aguda de crianças e jovens internados; 15. Realização de uma reflexão final acerca das atividades realizadas analisando-as à luz de referenciais teóricos e evidência científica contemplando o seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista.	<u>Humanos</u> -Crianças e jovens que experenciam dor e suas famílias; -Equipa multidisciplinar; EEESIP; -Docente orientador.			Internamento de Pediatria (9-10-11-12-13-14-15)
Competências comuns e específicas a atingir: A2.2; B1.2; B2.2; C1.1; D2.1; D2.2; E2.2; E2.4; E3.3.				

APÊNDICE III

Respostas comportamentais da criança e jovem com dor aguda

(Estádio de Desenvolvimento)



**ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE LISBOA**

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

**Respostas comportamentais da criança e jovem com dor aguda
(Estádio de Desenvolvimento)**

Discente:

Sara Sofia Rodrigues Chança

Docente orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão

LISBOA

Setembro de 2018

Recém-nascidos e Lactentes	• Irritabilidade; • Agitação; • Rigidez corporal; • Punhos cerrados; • Gemido; • Choro intenso; • Fácies de dor (boca aberta, olhos fechados, rugas na testa, tremor do queixo); • Perturbações no padrão de sono.
Toddlers	• Não compreende a dor; • Memória de episódios dolorosos anteriores; • “Sente” a ansiedade e nervosismo dos cuidadores; • Gritos e choro intenso; • Irritabilidade e/ou agitação; • Infantilização do comportamento; • Comportamento agressivo; • Proteger ou puxar o local onde sente dor; • Repetição de expressões como “Dói” e “Ai”; • Perturbações no padrão de sono.
Pré-escolares	• Capacidade linguística para expressão da dor; • Capacidade de quantificar a intensidade da dor experienciada e sua localização; • Interpretação da dor como “castigo”; • Gritos e choro intenso; • Verbalização de expressões como “Ai”, “Ui” e “Dói”; • Medo da lesão corporal; • Movimentos bruscos e resistência física (principalmente com movimentos com os membros superiores); • Tentativa de fuga do procedimento; • Tenta afastar o estímulo doloroso (antes de ser aplicado); • Não colaboração com o procedimento; • Impõe o término do procedimento;
	• Solicita apoio emocional à pessoa significativa (conforto físico com abraços e beijinhos); • Grande parte das manifestações ocorrem de forma antecipatória, ou seja, antes da realização do procedimento doloroso; • Perturbações no padrão de sono.

Escolares	• Capacidade de compreensão da necessidade do estímulo doloroso; • Tensão e rigidez corporal e/ou muscular (cerramento dos punhos, dentes cerrados, olhos fechados, testa enrugada) • Tenta adiar o procedimento referindo que “Ainda não está pronto” ou pedindo para “esperar mais um pouco” • Possibilidade de apresentar comportamentos característicos do período Pré-Escolar; • Grande parte das manifestações ocorrem durante o procedimento; • Perturbações no padrão de sono.
Adolescentes	• Capacidade de compreensão da necessidade do estímulo doloroso; • Tensão muscular com controlo corporal; • Menor manifestação verbal do que em estádios anteriores; • Expressões como “Estás a magoar-me” e “Dói”.
Crianças com défice cognitivo ou de comunicação	• Choro; • Gemido; • Irritabilidade; • Agitação psicomotora; • Espasticidade; • Tensão e rigidez corporal e/ou muscular (cerramento dos punhos, dentes cerrados, olhos fechados, testa enrugada); • Alteração da expressão facial; • Não colaboração; • Padrão inconsistente de brincadeira; • Perturbações no padrão de sono.

Referências Bibliográficas

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

Jacob, E. (2014). Apreciação e gestão da dor na criança. In M. J. Hockenberry. & D.Wilson. (Eds.) *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*, (9ª ed., Vol I, pp. 188-235). Loures: Lusociência.

APÊNDICE IV

**Procedimentos dolorosos e/ou causadores de desconforto na criança e jovem
identificados em Centro de Desenvolvimento**



**ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE LISBOA**

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

**Procedimentos dolorosos e/ou causadores de desconforto na
criança e jovem identificados em Centro de Desenvolvimento**

Discente:

Sara Sofia Rodrigues Chança

Docente orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão

LISBOA

Setembro de 2018

Procedimentos geradores de dor aguda e/ou desconforto	Estratégias não farmacológicas aplicadas para o alívio da dor
Posicionamentos e transferências	- Explicação prévia do procedimento (Informação preparatória); - Negociação com a criança e jovem se possível para o momento do procedimento; - Presença de pessoa significativa; - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Técnicas de relaxamento; - Recurso a distração; - Recurso a musicoterapia; - Recurso a imaginação guiada; - Reforço positivo ao longo e no final do procedimento; - Conforto (se possível questionar a criança se a posição em que se encontra é confortável).
Cuidados de higiene e conforto	-Explicação prévia do procedimento (Informação preparatória); - Negociação com a criança e jovem se possível para o momento do procedimento; - Presença de pessoa significativa; - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Técnicas de relaxamento; - Recurso a distração; - Recurso a musicoterapia; - Recurso a imaginação guiada; - Reforço positivo ao longo e no final do procedimento; -Conforto (se possível questionar a criança se está confortável).

Colocação de ortóteses	- Explicação prévia do procedimento (Informação preparatória); - Negociação com a criança e jovem se possível para o momento do procedimento; - Presença de pessoa significativa; - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Técnicas de relaxamento; - Recurso a distração; - Recurso a musicoterapia; - Recurso a imaginação guiada; - Reforço positivo ao longo e no final do procedimento; - Conforto (se possível questionar a criança se o dispositivo a está a magoar).
Posição ortostática	- Explicação prévia do procedimento (Informação preparatória); - Negociação com a criança e jovem se possível para o momento do procedimento; - Presença de pessoa significativa; - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Técnicas de relaxamento; - Recurso a distração; - Recurso a musicoterapia; - Recurso a imaginação guiada; - Reforço positivo ao longo e no final do procedimento;

Realização de pensos	-Explicação prévia do procedimento (Informação preparatória); - Negociação com a criança e jovem se possível para o momento do procedimento; - Posicionamento confortável; - Presença de pessoa significativa; - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Técnicas de relaxamento; - Recurso a distração; - Recurso a musicoterapia; - Recurso a imaginação guiada; - Reforço positivo ao longo e no final do procedimento; - Otimização do conforto.
Aspiração de secreções	-Explicação prévia do procedimento (Informação preparatória); - Presença de pessoa significativa; - Posicionamento confortável; - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Técnicas de relaxamento; - Recurso a musicoterapia; - Reforço positivo ao longo e no final do procedimento. - Otimização do conforto.
Punção venosa (colheita de sangue)	-Explicação prévia do procedimento (Informação preparatória); - Negociação com a criança e jovem se possível para o momento do procedimento; - Presença de pessoa significativa; - Posicionamento confortável;

	- Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Técnicas de relaxamento; - Recurso a musicoterapia; - Recurso a técnicas de distração; - Reforço positivo ao longo e no final do procedimento. - Otimização do conforto.
Administração de terapêutica subcutânea	-Explicação prévia do procedimento (Informação preparatória); - Negociação com a criança e jovem se possível para o momento do procedimento; - Presença de pessoa significativa; - Posicionamento confortável; - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Técnicas de relaxamento; - Recurso a musicoterapia; - Recurso a técnicas de distração; -Reforço positivo ao longo e no final do procedimento. - Otimização do conforto.
Administração de terapêutica intramuscular (toxina botulínica)	-Explicação prévia do procedimento (Informação preparatória); - Negociação com a criança e jovem se possível para o momento do procedimento; - Presença de pessoa significativa; - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Técnicas de relaxamento; - Recurso a distração; - Recurso a musicoterapia; - Recurso a imaginação guiada;

	- Reforço positivo ao longo e no final do procedimento; - Conforto (se possível questionar a criança se a posição em que se encontra é confortável).
Administração de terapêutica rectal	-Explicação prévia do procedimento (Informação preparatória); - Negociação com a criança e jovem se possível para o momento do procedimento; - Presença de pessoa significativa; - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Técnicas de relaxamento; - Recurso a distração; - Recurso a musicoterapia; - Recurso a imaginação guiada; - Reforço positivo ao longo e no final do procedimento;
Esvaziamentos vesicais	-Explicação prévia do procedimento (Informação preparatória); - Negociação com a criança e jovem se possível para o momento do procedimento; - Presença de pessoa significativa; - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Técnicas de relaxamento; - Recurso a distração; - Recurso a musicoterapia; - Recurso a imaginação guiada; - Reforço positivo ao longo e no final do procedimento; - Conforto (se possível questionar a criança se a posição em que se encontra é confortável).

Estudos Urodinâmicos	-Explicação prévia do procedimento (Informação preparatória); - Negociação com a criança e jovem se possível para o momento do procedimento; - Presença de pessoa significativa; - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Técnicas de relaxamento; - Recurso a distração; - Recurso a musicoterapia; - Recurso a imaginação guiada; - Reforço positivo ao longo e no final do procedimento; - Conforto (se possível questionar a criança se a posição em que se encontra é confortável durante e após o procedimento).
Colocação de Sonda de enteróclise	-Explicação prévia do procedimento (Informação preparatória); - Negociação com a criança e jovem se possível para o momento do procedimento; - Presença de pessoa significativa; - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Técnicas de relaxamento; - Recurso a distração; - Recurso a musicoterapia; - Recurso a imaginação guiada; - Reforço positivo ao longo e no final do procedimento; - Otimização do Conforto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Jacob, E. (2014). Apreciação e gestão da dor na criança. In M. J. Hockenberry. & D.Wilson. (Eds.) *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*, (9ª ed., Vol I, pp. 188-235). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE V

Avaliação da Dor no Recém-Nascido.



**ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE LISBOA**

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

Avaliação da Dor no Recém-Nascido

Discente:

Sara Sofia Rodrigues Chança

Docente orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão

LISBOA

Novembro de 2018

LISTA DE SIGLAS

AAP - American Academy of Pediatrics

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

BPSN -Bernese Pain Scale for Neonates

CCF – Cuidados Centrados na Família

CNT- Cuidados Não Traumáticos

CRIES- Crying, Requires Oxygen, Saturation, Increased Vital Signs, Expression, Sleeplessness;

DGS - Direção Geral de Saúde

EDIN- Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né.

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NFCS - Neonatal Facing Coding System

PAT- Pain Assessement Tool

NIPS - Neonatal Infant Pain Scale

N-PASS - Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale

OE - Ordem dos Enfermeiros

PIPP - Premature Infant Pain Profile

SUN - Scale for Use in Newborns

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica.

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

UMAD – Unidade Móvel de Apoio ao Domicílio.

1. Nota introdutória

A presente síntese reflexiva surge no âmbito do estágio que decorreu num serviço de Cuidados Intensivos Neonatais de um hospital do distrito de Lisboa que presta cuidados diferenciados ao recém-nascido com necessidade de cuidados intensivos e/ou intermédios nascidos neste hospital; contudo é ainda de referir que esta unidade recebe também recém-nascidos vindos de outras unidades hospitalares com necessidade de receber cuidados intensivos especializados.

Nesta unidade, são valorizados princípios como a parceria de cuidados, a aceitação de valores e crenças tendo em conta a individualidade de cada cliente, sendo ainda de destacar a humanização dos cuidados ali prestados, tendo como objetivo primordial a minimização do impacto da hospitalização.

Apesar de se tratar de uma unidade de cuidados intensivos, com um ambiente altamente tecnológico e até mesmo visualmente agressivo (Vasconcellos, 2007), onde as crianças e suas famílias experienciam momentos de *stress*, imperando sentimentos negativos como medo, culpa e angústia, torna-se assim fundamental que tudo seja feito com vista a minimizar esses sentimentos (Vasconcellos, 2007). Por outro lado, é sabido que o aspeto estético tem um efeito terapêutico, por isso é possível minorar tais efeitos negativos com pequenos apontamentos como pinturas, capas protetoras coloridas e com temas infantis das incubadoras permitem tornar estas unidades altamente especializadas em locais um pouco mais acolhedores e visualmente confortáveis (Vasconcellos, 2007).

Importa então referir que a presente unidade de cuidados intensivos neonatais se encontra inserida num serviço amplo constituído por vários espaços: **sala de espera e descanso** para os pais e famílias, uma **sala de reuniões** onde ocorrem por vezes momentos de partilha entre pais que experienciam situações análogas, sendo ainda neste espaço realizadas sessões de formação e *workshops* aos pais e famílias das crianças ali internadas (possibilitando o esclarecimento de eventuais dúvidas acerca da amamentação, dos cuidados pós alta, promoção da parentalidade), **uma sala de intensivos neonatais** com seis vagas em que cada unidade possui pequenas pinturas infantis, uma **sala de intermédios neonatais** (especiais neonatais), com 8 vagas (com pequenos apontamentos decorativos infantis), uma **sala de pausa** para os profissionais, utilizadas não só para descanso mas também para refeições e por fim existe um **jardim exterior** contido a unidade de utilização exclusiva dos seus profissionais e dos pais e famílias das crianças ali internadas.

Com o referido anteriormente verifica-se que neste serviço é dada especial importância ao ambiente e aos momentos de conforto não só dos recém-nascidos internados, mas também das suas famílias, com vista a potenciar o desenvolvimento do recém-nascido pré-termo ou gravemente doente, minimizando o impacto inerente à hospitalização.

Importa ainda salientar que nesta unidade de intensivos neonatais existem vários projetos em curso, nomeadamente um núcleo da dor que regularmente realiza sessões de formação aos profissionais ali a exercer funções com vista a capacitá-los para uma correta gestão da dor; um projeto referente às questões da parentalidade e preparação para o momento da alta, existindo ainda uma Unidade móvel de apoio domiciliário (UMAD) que presta apoio de enfermagem no domicílio.

Assim sendo considero que este se tratou de um contexto ideal para o desenvolvimento e aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP), tendo por base os objetivos previamente traçados na fase de projeto assentes na promoção do conforto da criança e do jovem.

2. Neonatologia e os cuidados centrados na família

O cuidar em pediatria pressupõe os **cuidados centrados na família** uma vez que esta é considerada “como uma constante na vida da criança” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.11), ou seja, esta é vista como uma estrutura capaz de fornecer um ambiente seguro e protetor, onde a criança pode crescer e desenvolver-se, sendo a família também alvo dos cuidados de enfermagem.

McGrath (2014) refere na sua obra que ser mãe de um bebé prematuro conduz a uma ambiguidade de sentimentos e à modificação da realidade expectável, existindo uma alteração das expectativas pré-existentes do bebé idealizado que conduzem a medos e a inseguranças; assim torna-se fundamental que o enfermeiro reconheça a família com uma extensão do recém-nascido que também é alvo de cuidado. Posto isto, importa referir que a parceria de cuidados entre profissional e família assume grande relevo principalmente no que se refere a ultrapassar dificuldades e proporcionar os melhores cuidados ao recém-nascido (McGrath, 2014).

O Neonatal *Integrative Developmental Care Model*, orienta a prática e a prestação de cuidados neuroprotetores assentes na filosofia dos cuidados centrados na família ao recém-nascido pré-termo e à sua família em contexto de neonatologia (Altimier & Phillips, 2013). De entre as sete medidas neuroprotetoras referenciadas neste modelo (Apêndice I), considero importante destacar neste capítulo a parceria de cuidados com as famílias para a redução do *stress* e da dor no recém-nascido. Neste modelo o recém-nascido e a sua mãe encontram-se no centro do diagrama representativo onde as medidas promotoras para um ambiente favorável se encontram a envolver a díade, de forma a criar um ambiente protetor do desenvolvimento neurológico, físico e emocional ao recém-nascido (Altimier & Phillips, 2013).

McGrath (2014) acrescenta que os cuidados centrados na família assentam em princípios basilares como a possibilidade (onde é dada possibilidade à família para desenvolver ações) e *empowering* (quando as famílias são dotadas de conhecimentos passíveis de serem utilizados no futuro), não podendo nunca ser descurados em pediatria e principalmente quando nos referimos à gestão da dor (McGrath, 2014).

É sabido que são experienciados momentos de desconforto e dor pelo recém-nascido antes, durante e após os procedimentos realizados em contexto de cuidados intensivos neonatais, sendo, portanto, referido pela *National Association of Neonatal Nurses* (2011) que a mobilização de estratégias não farmacológicas na promoção do conforto e alívio da dor são fundamentais para que o recém-nascido pré-termo possa retomar o seu estado basal, sendo

fundamental que os pais façam parte integrante não só dos cuidados diretos como no planeamento de cuidados relativos à promoção do conforto e alívio da dor.

3. Dor em Neonatologia

Apenas nos anos 80, existiram avanços científicos relativos à dor em neonatologia. Até então considerava-se que o recém-nascido prematuro não possuía a mesma sensibilidade à dor comparativamente com o adulto, sendo esta considerada superior nos adultos (Ferraz & Guimarães).

Linhares & Doca (2010) referem ser inequívoco que o recém-nascido sente dor guardando ainda memória dessa dor. As vias nervosas ascendentes necessárias à experiência de dor estão totalmente funcionais desde as 26 semanas de gestação, sendo que a imaturidade das vias nervosas descendentes conduzem a uma hipersensibilidade do recém-nascido pré-termo a qualquer procedimento doloroso (Schug *et al.*, 2015).

Por outro lado, Altimier & Philips (2013) referem existir não só sensibilidade à dor por parte do recém-nascido como ainda acrescentam que esta é maior do que nos adultos. Apesar dos recém-nascidos não verbalizarem dor, estes apresentam respostas comportamentais e fisiológicas alteradas, tais como o aumento da frequência cardíaca e frequência respiratória, aumento da tensão arterial, aumento do consumo de oxigénio, aumento da pressão intracraniana aumentando o risco de hemorragia intraventricular (Blackburn, 2007; Frank, 2013).

Na literatura também se encontra expresso que a promoção de um ambiente protetor assume grande importância no adequado desenvolvimento do recém-nascido prematuro; sabe-se que devido à sua imaturidade este não sabe reagir a determinados estímulos que o meio ambiente lhe proporciona, sendo estes causadores de desconforto, conduzindo muitas das vezes a consequências negativas a curto ou a longo prazo na sua reorganização cerebral, uma vez que estas decorrem durante o seu período de desenvolvimento (AAP, 2006; Altimier & Phillips, 2013).

Em cuidados intensivos neonatais, pela necessidade de cuidados especializados, a maioria dos cuidados aqui prestados são traumáticos, dolorosos e geradores de desconforto para o recém-nascido, afetando o seu neurodesenvolvimento bem como as suas respostas comportamentais ao estímulo da dor. Torna-se, portanto, necessária a adequada gestão da dor do recém-nascido pré-termo onde o enfermeiro desempenha um papel importante na promoção do conforto e do bem-estar da criança, devendo dirigir a sua intervenção para a minimização do impacto da dor.

Os procedimentos dolorosos e/ou causadores de *stress* no recém-nascido conduzem a curto prazo à limitação da reorganização neurológica, ao aumento dos níveis de cortisol sistêmicos, conduzindo ainda a limitações de memória, ordem motora e de aprendizagem (Altimier & Phillips, 2013).

Por outro lado, os mesmos autores referem como consequências a longo prazo o déficit de atenção, perturbações na linguagem, problemas de ordem comportamental e dificuldade na aprendizagem com consequências irreversíveis para a vida adulta destas crianças (Altimier & Phillips, 2013).

Assim sendo, importa referir que a promoção do conforto do recém-nascido pré-termo está intimamente relacionada com a promoção da neuroplasticidade (capacidade das células neurais se adaptarem num curto ou longo período de tempo a estímulos), onde o enfermeiro assume um papel preponderante no desenvolvimento de intervenções neuroprotetoras minimizadoras do desconforto e dor (Altimier & Phillips, 2013). Citando ainda Altimier & Phillips (2013) estas intervenções neuroprotetoras só são possíveis por via da individualização dos cuidados, antecipando e priorizando sempre as reais necessidades do recém-nascido, recorrendo à constante avaliação da dor e ao recurso a estratégias não farmacológicas como o posicionamento, sucção não nutritiva e contenção, mesmo em procedimentos suscetíveis de serem menos dolorosos e/ou invasivos.

Assim considere importante ao longo do decurso do estágio neste contexto identificar os procedimentos potencialmente dolorosos e/ou causadores de desconforto no recém-nascido pré-termo ou gravemente doente (Apêndice V), bem como quais as estratégias não farmacológicas aplicadas e mais adequadas tendo em conta o contexto.

Askin & Wilson (2014) referem na sua obra, que o recém-nascido prematuro é altamente sensível ao toque, pelo que deve ser realizado de forma respeitosa, com vista a que seja preservado o seu padrão de sono e bem-estar hemodinâmico, sendo para tal fundamental programar os procedimentos e agrupá-los, devendo ainda existir cuidados no correto posicionamento e contenção do bebé.

Assim o enfermeiro assume um papel preponderante na minimização do impacto negativo, que a estimulação pode assumir para o recém-nascido pré-termo, devendo para tal adaptar estratégias promotoras do padrão de sono, minimização da dor, proteção da pele, correto posicionamento, promoção do aleitamento materno e promoção do papel parental (Altimier & Phillips, 2013).

Na unidade de cuidados Intensivos Neonatais onde decorreu este segundo estágio, verifiquei existir uma grande atenção na promoção de um ambiente protetor com o objetivo de

minimizar o impacto dos estímulos externos ao recém-nascido. Todos os cuidados neste contexto tinham sempre por base os princípios neuroprotetores, nomeadamente no que diz respeito ao controlo da luz, todas as incubadoras possuíam uma capa com vista a tornar o ambiente no seu interior o mais escuro possível simulando o ambiente intrauterino, existindo ainda uma preocupação constante na redução da luz existente na sala no período da tarde e no período noturno tendo em vista proporcionar momentos de sono e repouso aos recém-nascidos ali internados. Já no que diz respeito ao controlo do ruído, este tornava-se um pouco mais difícil devido aos próprios equipamentos existentes neste contexto de cuidado, todos eles com alarmes ruidosos e repetitivos, contudo considero importante referir o extremo cuidado que a totalidade dos profissionais possuía em controlar o tom de voz com que conversavam, nunca existindo ninguém a gritar para chamar por alguém ou para pedir algo.

Outro aspeto que considero importante enaltecer neste contexto, foi o planeamento antecipado dos procedimentos realizados ao recém-nascido, ponderando sempre o que fazer? como fazer? e quando fazer?. Este planeamento prévio possibilita concentrar os procedimentos necessários como a avaliação de sinais vitais, a mudança da fralda, o posicionamento e até a realização de procedimentos dolorosos e invasivos. É ainda importante reforçar que a parceria dos cuidados é constantemente incentivada desde o momento da admissão do recém-nascido, convidando os pais a estar presentes e a participar nos cuidados ao seu bebé.

No que diz respeito à nutrição, esta unidade encontra-se integrada num hospital amigo dos bebés onde a otimização da nutrição é feita por via da promoção do aleitamento materno, existindo ainda *Workshops* dirigidos aos pais com esclarecimentos de dúvidas, existindo abertura para que os pais expressem as suas dificuldades, como as conseguiram ultrapassar e quais as suas vitórias, constituindo este um importante momento e partilha de experiências entre os pais.

4. Escalas de avaliação da dor em Neonatologia

A DGS em 2003 instituiu a dor como o 5º sinal vital, determinando que na existência de dor, esta seja constantemente valorizada, diagnosticada, avaliada e registada, constituindo-se assim, como uma boa prática, sendo a sua quantificação considerada “cientificamente correta quando feita através de escalas validadas para o efeito” (Batalha,2010, p.26).

A adaptação dos vários instrumentos para avaliar a dor, assim como a idade e etapa do desenvolvimento infantil ou o contexto no qual a dor ocorre, são condicionantes que comprometem uma correta avaliação.

Assim sendo as escalas de avaliação da dor em neonatologia, pela incapacidade de expressão verbal do RN, são escalas comportamentais e de heteroavaliação sensíveis a alterações comportamentais do neonato exposto a qualquer tipo de dor, seja ela aguda e/ou prolongada (AAP,2006).

A *American Academy of Pediatrics* (AAP,2006) sugere as seguintes escalas de avaliação da dor adequadas à neonatologia: **PIPP** (Premature Infant Pain Profile); **CRIES** (Crying, Requires Oxygen, Saturation, Increased Vital Signs, Expression, Sleeplessness); **NIPS** (Neonatal Infant Pain Scale) ; **N-PASS** (Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale); **NFCS** (Neonatal Facing Coding System); **PAT** (Pain Assessment Tool); **SUN** (Scale for Use in Newborns) ;**EDIN** (Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né) e a **BPSN** (Bernese Pain Scale_for Neonates) (Anexo II).

Contudo na orientação emanada pela DGS (2010) apenas são recomendadas as seguintes escalas para avaliação da dor em neonatologia: **EDIN; NIPS; PIPP e N-PASS**.

Nesta unidade de cuidados intensivos neonatais, encontram-se implementadas as escalas de avaliação da dor **NIPS e N-PASS**, sendo a mais utilizada a **N-PASS** por a maioria dos recém-nascidos ali internados estarem ventilados. Considero ainda importante referir que ao longo deste estágio foi possível observar que a equipa se encontra sensibilizada, motivada e dotada de sólidos alicerces teóricos e práticos não só para proceder à correta e adequada avaliação da dor como na mobilização de estratégias que visam a promoção do conforto e alívio da dor.

5. Competências em desenvolvimento no contexto de Cuidados Intensivos Neonatais

O estágio em contexto de cuidados intensivos neonatais teve uma duração de quatro semanas, onde o objetivo primordial se prendeu com o desenvolvimento de saberes teóricos e práticos neste contexto, uma vez não possuir qualquer experiência nesta realidade. As atividades propostas a desenvolver neste contexto de prática, foram previamente traçadas na fase de projeto, tendo por base a consecução dos objetivos gerais e específicos delimitados (Apêndice II).

No decurso deste estágio foi-me possível realizar uma observação participante dos cuidados ao recém-nascido pré-termo e/ou gravemente doente, sempre sob supervisão clínica da EEESIP de referência. Ao longo do tempo foi-me conferida maior autonomia na prestação de cuidados existindo sempre momentos de reflexão e de partilha de conhecimentos teóricos e práticos entre mim e a minha orientadora. Foi-me possível participar no planeamento e tomada de decisão relativa aos cuidados ao recém-nascido que em muito contribuiu para o desenvolvimento de uma prática de cuidados, baseada em princípios éticos, neste contexto. Assim penso ser possível afirmar que o acima referido, me possibilitou o desenvolvimento da competência comum de enfermeiro especialista relativa ao “Domínio da responsabilidade profissional ética e legal” mais precisamente na unidade de competências “A1- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” (O.E,2011)

A unidade de cuidados intensivos neonatais como anteriormente já foi referido possui seis vagas em regime de *open space*, sendo este um tipo de serviço que levanta algumas questões no que se refere à privacidade e ao respeito pelo segredo profissional, uma vez que a passagem de turno decorre no interior da unidade. Assim e com vista a garantir o segredo profissional e a privacidade dos recém-nascidos ali internados é sempre solicitado aos pais presentes na sala que se ausentem durante a passagem de turno. Outro dos cuidados, ali existente, prende-se com a prestação de cuidados que não coloquem em risco a segurança dos recém-nascidos internados, nomeadamente com práticas de controlo de infeção como é o exemplo do cumprimento das medidas de isolamento e de higienização das mãos não só dos profissionais, mas também dos pais das crianças. Estes cuidados permitiram o desenvolvimento de competências no âmbito da promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e a responsabilidade profissional (competência comum de enfermeiro especialista A2) mais concretamente nas unidades de competência “A2.1- Promove a proteção dos direitos humanos” e na “A2.2 – Gere

na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente” (Regulamento nº140/2019, p.4746).

Já no que diz respeito ao “Domínio da melhoria da qualidade” penso que a autorreflexão realizada de forma individualizada bem como os momentos de reflexão conjunta com o EEESIP de referência possibilitou-me a tomada de consciência que, por exemplo, o adequado posicionamento do recém-nascido constitui um importante recurso para a promoção do seu conforto e alívio da dor, passando a ser uma preocupação minha não só neste contexto, mas também no meu próprio contexto de prática de cuidados. Estas alterações na minha prática diária conduziram a importantes momentos de reflexão conjunta no meu contexto, tendo sido, para mim, importante verificar que de alguma forma contribuí para o estímulo à reflexão e até para a mudança, possibilitando a melhoria da qualidade de cuidados por nós prestados; assim posso afirmar que este facto me possibilitou o desenvolvimento de competências no desempenho de um “papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Regulamento nº140/2019, p.4745).

Os conhecimentos que fui adquirindo ao longo deste contexto da prática por via da consulta de normas e procedimentos disponíveis no serviço, da consulta de documentação de referência na área e até da própria observação participante, possibilitou-me o desenvolvimento de competências na criação e manutenção de “um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº140/2019, p.4747) nomeadamente com a prática de cuidados baseados em princípios neuroprotetores ao recém-nascido bem como a envolvimento dos pais e/ou cuidadores na prestação de cuidados, possibilitando assim o aumento da sua confiança e diminuindo sentimentos negativos como o medo, ansiedade e até o *stress* inerentes à hospitalização. Por outro lado, esta pesquisa e revisão da literatura, possibilitou-me ainda o desenvolvimento da competência “D2- baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”, nomeadamente no desenvolvimento da unidade de competência “D2.2 - Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” (Regulamento nº140/2019, p.4749). Importa ainda referir que o constante convite a reflexão realizado ao longo de todo o percurso académico, possibilitou-me realizar um autodiagnóstico das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista a serem desenvolvidas, bem como quais as principais dificuldades e como as poderia desenvolver. Assim importa referir que no caso particular dos Cuidados Intensivos Neonatais, identifiquei algumas lacunas do conhecimento, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados ao recém-nascido prematuro e/ou gravemente doente. Por outro lado, no próprio decurso do estágio foi-me possível tomar a consciência que, muito devido ao contexto onde exerço funções (Serviço de Urgência

Pediátrica), detenho um tom de voz elevado e movimentos demasiado bruscos e rápidos para este contexto o que me conduziu a uma mudança de comportamento não só no contexto de estágio como também na minha prática diária, permitindo-me assim afirmar que desenvolvi competências relativas ao “D1- auto - conhecimento e a assertividade (Regulamento nº140/2019, p.4749).

Ao longo deste percurso de estágio foi-me possível desenvolver competências comuns e específicas de enfermeiro especialista com foco nas questões do desenvolvimento infantil, promoção do conforto e gestão diferenciada da dor, exemplo disso foi a possibilidade que tive neste contexto em prestar cuidados ao recém-nascido pré-termo e/ou gravemente doente, bem como às suas famílias, tendo para isso sido necessário o aperfeiçoamento da escuta ativa e outras técnicas de comunicação, de forma a estabelecer uma relação empática e de confiança entre profissional e família, conferindo ainda abertura para que estes expressassem as suas emoções, medos, inseguranças e até conquistas diárias. Todo este trabalho, desenvolvido em torno da comunicação e apoio familiar por via da relação, permitiu “assistir a criança/jovem com a sua família, na maximização da sua saúde” (Regulamento nº422/2018, p.19192).

Durante este percurso foi-me ainda possível tomar consciência do quanto é importante criar condições ambientais de forma a proporcionar o melhor ambiente possível para o adequado desenvolvimento do recém-nascido pré-termo, onde o enfermeiro assume um papel preponderante nomeadamente na aplicação das medidas não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor durante os procedimentos potencialmente dolorosos, como é o exemplo da contenção manual, sucção não nutritiva e da sacarose, possibilitando-se assim o desenvolvimento de competências no cuidado à criança e família nas situações de especial complexidade (Regulamento nº422/2018, p.19192).

Com o referido anteriormente, posso então afirmar que a realização deste estágio em contexto de Cuidados Intensivos Neonatais constituiu um grande momento de aprendizagem, conduzindo-me a uma constante reflexão sobre as minhas práticas e de como poderia melhorá-las de forma a aumentar a qualidade dos cuidados por mim prestados. Por outro lado, considero que neste contexto foi-me possível vivenciar situações únicas que em muito contribuíram para o desenvolver competências de Enfermeiros Especialista (E.E) e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP).

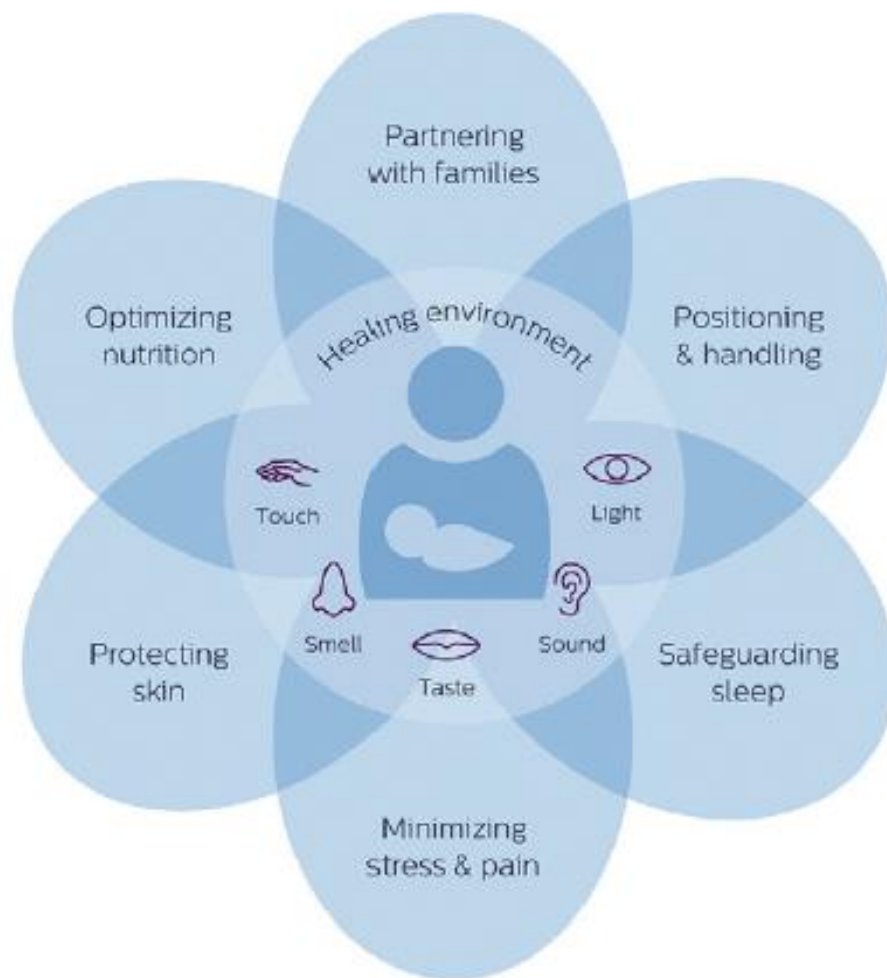
6. Referências bibliográficas

- Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13 (1), 9-22. **Doi:** <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- American Academy of Pediatrics (2006). Prevention and management of pain in the neonate: An update. *Pediatrics*, 118 (5), 2231-2243. **Doi:** 10.1542/peds.2006-2277
- Askin, D. F. & Wilson, D. (2014). Recém-nascido de alto risco e a família. In M. J. Hockenberry & D. Wilson. (Eds.). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed. Vol I, pp. 331-411). Loures: Lusociência.
- Blackburn, S. (2007). *Maternal, fetal and neonatal physiology : A clinic perspective*. (3ª ed.). St. Louis. Saunders Elsevier
- Direcção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa nº 9/DGCG: A dor como 5º sinal vital: Registo sistémico da intensidade da dor*. Acedido em: 15-10-2018 Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2010). *Circular Normativa Nº 014/2010*. Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças. Acedido em: 10-10-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- Direcção Geral de Saúde (2012). *Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ferraz, A.; & Guimarães, H. (s. d.). *A História da neonatologia no mundo*. Acedido em: 18-10-2018. Disponível em: http://www.lusoneonatologia.com/admin/ficheiros_projectos/201107201653-historia_da_neonatologia_no_mundo.pdf
- Hockenberry, M.J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M. J. Hockenberry. & D. Wilson. (Eds.). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*, (9ª ed., Vol I, pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Linhares, M. B. M. & Doca, F. N. P. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 307-325. Acedido em: 17-10-2018 .Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751436006.pdf>

- McGrath, J. M. (2014). Family: Essencial partner in care. In C. Kenner, & J. W. Lott. (Eds.). *Comprehensive neonatal nursing care* (5th Ed. pp. 739-765). New York: Springer Publishing Company.
- Regulamento nº 422/2018 (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde infantil e pediátrica. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-07-2018). 19192-19194. Acedido em 20-07-2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 06-02-2019). 4744-4750. Acedido em 05-05-2019. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Schug, S., Palmer, G., Scott, D., Halliwell, R. & Trinca, J. (2015). *Acute pain management: Scientific evidence Australian and New Zealand College of Anaesthetists* (4ª ed.). Melbourne, Austrália: Commonwealth of Australia. Acedido em: 20-10-2018. Disponível em: <https://fpm.anzca.edu.au/documents/fpm-apmse4-final-20160426-v1-0.pdf>
- Vasconcellos, T. (2012). Enfermagem em neonatologia - cuidados para o desenvolvimento. In Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar Lisboa Oriental, EPE (Ed.). *Neonatologia manual prático: Unidade de cuidados intensivos neonatais* (pp. 260-262). Lisboa: Saninter

Anexo I
Modelo Integrativo de Cuidado Neonatal do Desenvolvimento

Anexo I Modelo Integrativo de Cuidado Neonatal do Desenvolvimento



© Koninklijke Philips N.V., 2016. All rights reserved.

Fonte: Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13 (1), 9-22. **Doi:** <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>

Anexo II
Escala de avaliação da dor em Neonatologia

Anexo II - Escalas de avaliação da dor em Neonatologia

Assessment Tool	Physiologic Indicators	Behavioral Indicators	Gestational Age Tested	Assesses Sedation	Scoring Adjusts for Gestational Age	Nature of Pain Assessed
PIPP: Premature Infant Pain Profile	Heart rate, oxygen saturation	Brow bulge, eyes squeezed shut, nasolabial furrow	28–40 wk	No	Yes	Procedural and postoperative pain
CRIS: Crying, Requires Oxygen Saturation, Increased Vital Signs, Expression, Sleeplessness	Heart rate, oxygen saturation	Crying, facial expression, sleeplessness	32–36 wk	No	No	Postoperative pain
NIPS: Neonatal Infant Pain Scale	Respiratory patterns	Facial expression, cry, movements of arms and legs, state arousal	28–38 wk	No	No	Procedural pain
N-PASS: Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale	Heart rate, respiratory rate, blood pressure, oxygen saturation	Crying, irritability, behavior state, extremities tone	0–100 d of age and adjusts score on the basis of gestational age	Yes	Yes	Ongoing and acute pain and sedation
NFCS: Neonatal Facing Coding System	None	Facial muscle group movement	Preterm and term neonates, infants at 4 mo of age	No	No	Procedural pain
PAT: Pain Assessment Tool	Respirations, heart rate, oxygen saturation, blood pressure	Posture, tone, sleep pattern, expression, color, cry	Neonates	No	No	Acute pain
SUN: Scale for Use in Newborns	Central nervous system state, breathing, heart rate, mean blood pressure	Movement, tone, face	Neonates	No	No	Acute pain
EDIN: Echelle de la Douleur Inconfort Nouveau-Ne' (Neonatal Pain and Discomfort Scale)	None	Facial activity, body movements, quality of sleep, quality of contact with nurses, consolability	25–36 wk (preterm infants)	No	No	Prolonged pain
BPSN: Bemese Pain Scale for Neonates	Heart rate, respiratory rate, blood pressure, oxygen saturation	Facial expression, body posture, movements, vigilance	Term and preterm neonates	No	No	Acute pain

Fonte: American Academy of Pediatrics (2006). Prevention and management of pain in the neonate: An update. *Pediatrics*, 118 (5), 2231-2243. Doi: 10.1542/peds.2006-2277

Apêndice VI

Procedimentos dolorosos e/ou causadores de desconforto no RN.

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

**Procedimentos dolorosos e/ou causadores de desconforto no
Recém-nascido**

Discente:

Sara Sofia Rodrigues Chança

Docente orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão

LISBOA

Outubro de 2018

Procedimentos geradores de dor aguda e/ou desconforto	Estratégias não farmacológicas aplicadas para o alívio da dor
Manipulação do prematuro (muda de fralda, cuidados de higiene e conforto, posicionamentos)	-Explicação prévia do procedimento aos pais e ou pessoa significativa; - Presença de pessoa significativa; - Ponderar momento da manipulação (concentração das manipulações); - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Recurso a musicoterapia; - Sucção não nutritiva (recurso a chucha); - Administração de sacarose antes, durante e após a manipulação/procedimento; - Promoção do Conforto (Canguru se lactente hemodinamicamente estável para tal).
Punção de acesso venoso periférico e colocação cateter central (cateter venoso central/ cateter umbilical/ cateter percutâneo)	- Explicação prévia do procedimento aos pais e ou pessoa significativa; - Ponderar momento da manipulação (concentração das manipulações); - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Recurso a musicoterapia; - Posicionamento confortável e seguro para a realização do procedimento; - Sucção não nutritiva (recurso a chucha); - Administração de sacarose após o procedimento; -Promoção do Conforto (posicionamento confortável para o lactente).

Colheita de Sangue	- Explicação prévia do procedimento aos pais e ou pessoa significativa; - Presença de pessoa significativa; - Posicionamento confortável; - Ponderar momento da manipulação (concentração das manipulações); - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Recurso a musicoterapia; - Sucção não nutritiva (recurso a chucha); - Administração de sacarose antes, durante e após o procedimento); - Recurso a amamentação se procedimento coincidir com horário da amamentação e se estado hemodinâmico o permitir; - Promoção do Conforto (Colo dos pais e/ou posicionamento).
Aspiração de secreções	- Explicação prévia do procedimento aos pais e ou pessoa significativa; - Presença de pessoa significativa; - Ponderar momento da manipulação (concentração das manipulações); - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Recurso a musicoterapia; - Sucção não nutritiva (recurso a chucha); - Administração de sacarose no final do procedimento; -Promoção do Conforto (<i>Canguru</i> se lactente hemodinamicamente estável para tal e/ou posicionamento).

Realização de pensos (cateter e feridas operatórias)	- Explicação prévia do procedimento aos pais e ou pessoa significativa; - Presença de pessoa significativa; - Posicionamento confortável e seguro para a realização do procedimento; - Ponderar momento da manipulação (concentração das manipulações); - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Recurso a musicoterapia; - Sucção não nutritiva (recurso a chucha); - Administração de sacarose antes, durante e após o procedimento; - Recurso a amamentação se procedimento coincidir com horário da amamentação e se estado hemodinâmico o permitir; - Promoção do Conforto (Colo dos pais e/ou posicionamento).
Punção do calcâneo	- Explicação prévia do procedimento aos pais e ou pessoa significativa; - Presença de pessoa significativa; - Posicionamento confortável e seguro para a realização do procedimento; - Ponderar momento da manipulação (concentração das manipulações); - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Recurso a musicoterapia; - Sucção não nutritiva (recurso a chucha); - Administração de sacarose antes, durante e após o procedimento;

	- Recurso a amamentação se procedimento coincidir com horário da amamentação e se estado hemodinâmico o permitir; - Promoção do Conforto (Canguru se lactente hemodinamicamente estável para tal e/ou posicionamento)
Colocação de sonda nasogástrica e orogástrica	- Explicação prévia do procedimento aos pais e ou pessoa significativa; - Presença de pessoa significativa; - Posicionamento confortável e seguro para a realização do procedimento; - Ponderar momento da manipulação (concentração das manipulações); - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Recurso a musicoterapia; - Sucção não nutritiva (recurso a chucha se entubação nasogástrica); - Sacarose apenas no final do procedimento -Promoção do Conforto (Canguru se lactente hemodinamicamente estável para tal e/ou posicionamento).
Algáliação	- Explicação prévia do procedimento aos pais e ou pessoa significativa; - Presença de pessoa significativa; - Posicionamento confortável e seguro para a realização do procedimento; - Ponderar momento da manipulação (concentração das manipulações); - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Recurso a musicoterapia;

	- Sucção não nutritiva (recurso a chucha); - Administração de Sacarose antes, durante e no final do procedimento; - Recurso a amamentação se procedimento coincidir com horário da amamentação e se estado hemodinâmico o permitir; - Promoção do Conforto (Canguru se lactente hemodinamicamente estável para tal e/ou posicionamento).
Avaliação de glicemia capilar	- Explicação prévia do procedimento aos pais e ou pessoa significativa; - Presença de pessoa significativa; - Posicionamento confortável e seguro para a realização do procedimento; - Ponderar momento da manipulação (concentração das manipulações); - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Recurso a musicoterapia; - Sucção não nutritiva (recurso a chucha); - Administração de Sacarose antes, durante e após o final do procedimento; - Recurso a amamentação se procedimento coincidir com horário da amamentação e se estado hemodinâmico o permitir; - Promoção do Conforto (Canguru se lactente hemodinamicamente estável para tal e/ou posicionamento).

Avaliação de tensão arterial	- Explicação prévia do procedimento aos pais e ou pessoa significativa; - Presença de pessoa significativa; - Ponderar momento da manipulação (concentração das manipulações); - Toque e manipulações suaves; - Ambiente tranquilo; - Recurso a musicoterapia; - Sucção não nutritiva (administração de sacarose antes, durante e apos a manipulação); - Posicionamento ao colo da mãe ou pai se possível - Recurso a amamentação se procedimento coincidir com horário da amamentação e se estado hemodinâmico o permitir; - Promoção do Conforto (Canguru se lactente hemodinamicamente estável para tal.
--	--

Referências Bibliográficas

- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria. Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e gestão da dor na criança. In M. J. Hockenberry. & D.Wilson. (Eds.) *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*, (9ª ed., Vol I, pp. 188-235). Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE VII

Proposta de Póster para Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

**Proposta de Póster para Unidade de Cuidados Intensivos
Neonatais**

Discente:

Sara Sofia Rodrigues Chança

Docente orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão

LISBOA

Novembro de 2018

Promoção de um ambiente protetor



A recreação de um ambiente similar ao intrauterino torna-se importante uma vez que quando um bebé nasce prematuro é colocado numa incubadora, passando a estar sujeito a barulho, luzes, alterações de temperatura e até mesmo a procedimentos dolorosos. Importa assim controlar estes fatores uma vez não se tratar de um ambiente favorável para o crescimento e desenvolvimento adequados do recém-nascido.

Posicionamento



Técnica que permite a reorganização do recém-nascido após os procedimentos dolorosos.

- **Swaddling** – Consiste em envolver o recém-nascido num lençol com tronco alinhado e mãos na linha média.
- **Posicionamento em "Ninho"** – Consiste em colocar o recém-nascido num "ninho" em tecido com as pernas fletidas, tronco alinhado e mãos na linha média.

Amamentação



A amamentação irá combinar não só a sucção como o contacto materno, a redução da dor deve-se à libertação de opióides endógenos. Assim o recém-nascido deve ser colocado a mamar antes, durante e após o procedimento doloroso.

Método canguru



Consiste em posicionar o bebé de forma vertical sobre a pele "nua" do peito da mãe ou do pai. Método sem custo, de fácil utilização e extremamente eficaz no controlo da dor em procedimento doloroso ao recém-nascido. Deve ser iniciado antes do procedimento doloroso e deverá ser mantido após o mesmo.

Contenção manual



A mãe ou o pai seguram na cabeça e nos braços mantendo o tronco alinhado, com os membros fletidos junto à linha média. Promove a autorregulação e evita a desorganização motora do recém-nascido.

Sucção não nutritiva



A sucção em chucha ou em dedo irá inibir a hiperatividade, o que irá promover o conforto do bebé. Contudo, o efeito na redução da dor apenas é eficaz quando o bebé apresenta movimentos rítmicos na sucção.

Sacarose



O recurso à sacarose é eficaz no 1º ano de vida, estando a redução da dor relacionada com a estimulação oro-gustativa ocorrendo a libertação de opióides endógenos.

Referências bibliográficas no verso.



Os pais assumem um papel muito importante na promoção do conforto e alívio da dor do recém-nascido, colaborando com os enfermeiros na aplicação das estratégias não farmacológicas para o seu alívio!

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA A PROMOÇÃO DO CONFORTO E ALÍVIO DA DOR



Promoção do Conforto do Recém-Nascido

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR ENVOLVENDO OS PAIS

Realizado por Sara Chaga
(Estudante do curso de Pós-graduação e Mestrado na Área de Saúde Infantil e Pediatria)

APÊNDICE VIII
Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor aguda: *Kit* da dor

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

**Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor aguda:
*Kit da dor***

Discente:

Sara Sofia Rodrigues Chança

Docente orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão

LISBOA

Novembro de 2018

NOTA INTRODUTÓRIA

A dor é um fenómeno complexo, mas nas crianças esta complexidade assume um maior relevo devido às especificidades do seu desenvolvimento. O conceito de dor tem vindo a ser modificado ao longo dos últimos anos em resultado dos múltiplos estudos e investigações realizadas na área. A dor é definida pela Associação Internacional para o estudo da dor (IASP, 2010, p.14) como “uma experiência emocional e sensorial desagradável associada com uma lesão tecidual real ou potencial”.

Por sua vez, a dor pediátrica é considerada um fenómeno extremamente complexo e de carácter multidimensional, exigindo ao profissional de saúde uma compreensão ampla e adequada dos múltiplos fatores envolvidos (biológicos, afetivos, cognitivos e culturais) (Batalha,2010 e APED,2015).

É exigido ao enfermeiro o conhecimento e a adequação dos instrumentos utilizados para a avaliação da dor tendo sempre por base não só a idade da criança bem como o estágio do seu desenvolvimento, o motivo gerador da dor e quais as intervenções mais adequadas para o seu alívio (Jacob,2014).

Cabendo ao EEESIP a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, otimizando as respostas” aplicando “conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança” a fim de garantir “medidas farmacológicas de combate à dor” aplicando “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (OE,2010b). Ainda citando a OE (2018) é da competência do EEESIP a “prestação de cuidados à criança promotores da majoração dos ganhos em saúde, e uma variedade de terapias comuns e complementares amplamente suportadas na evidência” sendo para tal fundamental o conhecimento dos diferentes tipos de terapias disponíveis a oferecer à criança. Assim penso ser fundamental a sua abordagem em contexto de Cuidados de Saúde Primários, mais especificamente em sala de tratamentos e vacinação, onde são prestados cuidados à criança e ao jovem, muitas vezes invasivos e geradores de dor aguda.

A elaboração do presente *Kit* da dor surge atendendo a uma necessidade identificada pela equipa de enfermagem, tendo como objetivo primordial a melhoria dos cuidados prestados neste contexto, importando ainda referir que a sua elaboração também permitiu o desenvolvimento e aquisição de competências que considero essenciais neste âmbito.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O interesse pela dor e sua gestão tem crescido junto da comunidade científica nomeadamente no que se refere à aquisição de novos conhecimentos referentes à sua fisiopatologia, criação e aperfeiçoamento de instrumentos de mensuração, constituindo uma mais valia não só para o conhecimento da dor, mas também para o seu correto e adequado registo (Jacob,2014).

Também o cuidado em pediatria e a própria conceção da criança tem sofrido algumas transformações nomeadamente no que se refere à atenção dada pelos enfermeiros aos aspetos emocionais da criança, jovem e sua família, colocando-se assim novos desafios à prática do cuidado (OE,2008).

A dor como sintoma, associada a procedimentos dolorosos ou potencialmente dolorosos, é uma das causas de sofrimento da criança, interferindo não só com o seu bem-estar, mas também com o seu desenvolvimento (OE,2008).

Apesar dos avanços científicos na área da dor pediátrica, são ainda identificadas múltiplas lacunas principalmente quando nos referimos à transposição da teoria para a prática, facto que em muito influencia a qualidade dos cuidados prestados à criança que experiencia dor (Linhares & Doca, 2010).

Não indiferente a esta situação a DGS reconhece a dor como o 5º sinal vital, passando o registo da sua avaliação a carácter obrigatório por parte dos profissionais de saúde (DGS,2003), sendo pela mesma entidade em 2008 implementado o programa Nacional de Controlo da Dor que emana orientações gerais para o controlo da mesma.

A DGS (2012) refere que o controlo da dor nas crianças em procedimentos invasivos e consequentemente dolorosos devem obedecer a algumas orientações, nomeadamente: avaliar a dor, antes, durante e após os procedimentos dolorosos; preparar e informar de forma antecipatória a criança sobre o procedimento a realizar adequando a linguagem e as estratégias de comunicação ao seu estágio de desenvolvimento cognitivo; instruir os pais acerca da forma como podem apoiar a criança; planear e agrupar os procedimentos invasivos; seleccionar as intervenções não-farmacológicas mais apropriadas ao estádios de desenvolvimento da criança, devendo ainda ser considerado no lactente o recurso à amamentação, sucção não nutritiva, sacarose e contenção manual.

As estratégias não farmacológicas constituem um importante recurso para o alívio e controlo da dor, podendo estas ser utilizadas isoladamente ou em conjugação com as intervenções farmacológicas. Na literatura podem-se identificar múltiplas intervenções não

farmacológicas para o controlo e alívio da dor, sendo estas classificadas como **comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas, suporte emocional e ambientais** (OE,2013), estando a sua escolha dependente de múltiplas variáveis como o tipo e características da dor, estágio de desenvolvimento da criança, contexto onde esta ocorre e dos recursos disponíveis em cada contexto (OE,2013).

Importa ainda referir que o “direito aos melhores cuidados é um direito fundamental, particularmente para as crianças” onde “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (IAC,2008), conduzindo-nos assim para o princípio basilar do cuidado em pediatria: os **cuidados não traumáticos** que consistem no “fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.11-12).

Com o referido anteriormente, importa então garantir os direitos da criança principalmente no que se refere à gestão diferenciada e controlo da dor tais como: negociar a presença da pessoa significativa, possibilitar que os cuidados sejam prestados pelo profissional de referência da criança, jovem e família; fornecer informação antecipatória à criança/jovem de forma simples e adequada ao estágio de desenvolvimento da mesma; ser honesto com a criança; não dar falsas expectativas à criança relativamente ao procedimento; proporcionar que a criança expresse os seus medos e ansiedades; potenciar a participação da criança no controlo da sua dor; fornecer à criança algum controlo sobre a situação (negociação), permanecer junto da criança após um procedimento doloroso; dar reforço positivo no final do procedimento; não utilizar expressões que possam humilhar a criança e ponderar a realização dos procedimentos dolorosos negociando com a criança e família o melhor momento e se necessário recorrer a estratégias farmacológicas como o recurso a analgésicos (OE, 2013).

A elaboração do *Kit* da dor, foi baseada nas múltiplas intervenções não farmacológicas para o controlo e alívio da dor na criança descritas na literatura, com vista a diminuir o medo e a ansiedade inerentes aos processos dolorosos a que a criança e jovem são sujeitos neste contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação portuguesa para o estudo da dor (2015). *Sobre a Dor*. Acedido em: 27-09-2018.
Disponível em: <http://www.aped-dor.com/index.php/sobre-a-dor/a-dor.html>
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria. Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Direcção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa nº 9/DGCG: A dor como 5º sinal vital: Registo sistémico da intensidade da dor*. Acedido em: 15-10-2018 Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2010). *Circular Normativa Nº 014/2010. Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças*. Acedido em: 10-10-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- Hockenberry, M.J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M. J. Hockenberry. & D. Wilson. (Eds.). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*, (9ª ed., Vol I, pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (Eds.) (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da criança hospitalizada*. 4ª Ed. Lisboa: Grupo Medinfar. Acedido em: 09-05-2018. Disponível em: <http://www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac/carta-da-crianca-hospitalizada>
- Jacob, E. (2014). Apreciação e gestão da dor na criança. In M. J. Hockenberry. & D. Wilson. (Eds.) *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*, (9ª ed., Vol I, pp. 188-235). Loures: Lusociência.
- Linhares, M. B. M. & Doca, F. N. P. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 307-325. Acedido em: 17-10-2018 .Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751436006.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Volume II)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento nº 422/2018 (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde infantil e pediátrica. *Diário da República*, II Série (N.º

133 de 12-07-2018). 19192-19194. Acedido em 20-07-2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 06-02-2019). 4744-4750. Acedido em 05-05-2019. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situação de doença e hospitalização. In M.J. Hockenberry. & D. Wilson. (Eds.). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed. , Vol II, pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.

APÊNDICE I

Documento orientador do *Kit* da dor

Escalas de Avaliação da dor

NIPS: *Neonatal Infant Pain Scale*

Tipo de dor: dor aguda.

População alvo: 0 aos 28 dias.

Observações ou Limitações: Escala de Heteroavaliação (avaliação comportamental).

Considera-se necessidade de intervenção quando o nível de dor é superior a dois.

Expressão Facial	0- Relaxada 1 - Tensa
Choro	0 -Ausente 1 -Frac 2- Vigoroso
Respiração	0- Relaxada 1- Diferente do basal
Braços	0 -Relaxados, algum movimento ocasional 1- Fletidos/ Estendidos
Pernas	0 -Relaxados, algum movimento ocasional 1 -Fletidos/ Estendidos
Estado de Alerta	0-Dormindo/ Calmo 1-Intensivo

Lawrence J, Alcock D, Mcgrath P, Kay J, Macmurray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Network 1993; 12: 59-66.

Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediat Port 2005; 36(4): 201-7.

Instruções:

- Avaliação do comportamento da criança, atribuindo um valor compreendido entre 0-1, à exceção do choro que é avaliado entre 0-2.

- Soma da pontuação atribuída, num total máximo de 7 valores.

FLACC: *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*

Tipo de dor: todos os tipos de dor

População alvo: crianças dos 4 aos 6 anos

Observações ou Limitações: Escala de Heteroavaliação (avaliação comportamental); de fácil aplicação.

Categoria	Pontuação		
	0	1	3
Face	Nenhuma expressão particular ou sorriso	Caretas ou sobranceiras franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas.
Pernas	Posição normal ou relaxada	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticado
Atividade	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos
Choro	Ausência de choro (acordado ou adormecido)	Gemidos ou choramingos, queixas ocasionais	Choros persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes
Consolabilidade	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais, pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar

© The Regents of the University of Michigan

Merkel SI, Yopel-Lewis T, Shayevitz J, Malvi S. The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nurs.*1997; 23(3): 293-7.

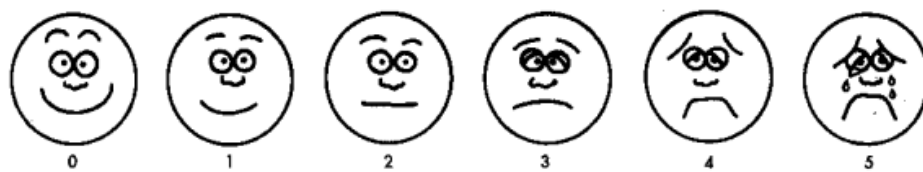
Batalha LMC, Reis GMR, Costa LPS, Carvalho MDR, Miguens APM. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Referência* 2009;10:7-14.

FACES: *Wong Baker*

Tipo de dor indicada para o uso desta escala: Todos os tipos

População alvo: Igual ou superior a 3 anos de idade.

Observações ou limitações: Escala de autoavaliação da dor; esta escala pode conduzir a uma avaliação mais emocional do que sensorial da dor.



www.wongbakerFACES.org

©1983 Wong-Baker Faces® Foundation

Instruções: explicar previamente à criança o significado atribuído a cada face. No final de explicação pedir à criança que escolha entre as faces a que melhor descreve a dor por si sentida.

Face 0 está feliz porque não sente nenhuma dor

Face 1 sente apenas um pouco de dor

Face 2 com m pouco mais de dor

Face 3 sente ainda mais dor

Face 4 já sente muita dor

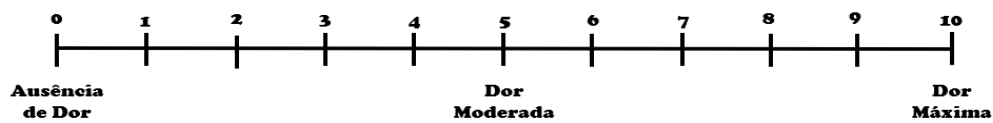
Face 5 sente uma dor máxima (explicar à criança que nem sempre provoca choro)

NUMÉRICA: Escala de avaliação de dor numérica

Tipo de dor indicada para o uso desta escala: Todos os tipos

População alvo: + de 6 anos

Observações ou limitações: Escala de autoavaliação, implica o recurso ao pensamento abstrato (saber contar, ter noção de grandeza numérica).



Instruções:

- Deverá ser explicado à criança que num extremo da linha está o 0, que significa que não sente dor nenhuma (0 sem dor). No outro extremo está o 10, que significa que está a sentir a pior dor que já imaginou. Assim sendo os números de 1 a 9 são desde dor muito pequena até dor muito grande.

Após esta breve explicação perguntar à criança qual o número que melhor descreve a dor que está a sentir.

Respostas comportamentais à dor tendo por base os estádios de desenvolvimento:

Recém-nascidos e Lactentes:

- Irritabilidade;
- Agitação;
- Rigidez corporal;
- Punhos cerrados;
- Gemido;
- Choro intenso;
- Fácies de dor (boca aberta, olhos fechados, rugas na testa, tremor do queixo);
- Perturbação no padrão de sono.

Toddlers:

- Não compreende a dor;
- Memória de episódios dolorosos anteriores;
- “Sente” a ansiedade e nervosismo dos cuidadores;
- Gritos e choro intenso;
- Irritabilidade e/ou agitação;
- Infantilização do comportamento;
- Comportamento agressivo;
- Proteger ou puxar o local onde sente dor;
- Repetição de expressões como “Dói” e “Ai”;
- Perturbação no padrão de sono.

Pré-escolares:

- Capacidade linguística para expressão da dor;
- Capacidade de quantificar a intensidade da dor experienciada e sua localização;
- Interpretação da dor como “castigo”;
- Gritos e choro intenso;
- Verbalização de expressões como “Ai”, “Ui” e “Dói”;
- Medo da lesão corporal;
- Movimentos bruscos e resistência física (principalmente com movimentos com os membros superiores);
- Tentativa de fuga do procedimento;
- Tenta afastar o estímulo doloroso (antes de ser aplicado);
- Não colaboração com o procedimento;
- Impõe o término do procedimento;
- Solicita apoio à pessoa significativa (conforto físico com abraços e beijos)
- Grande parte das manifestações ocorrem de forma antecipatória (antes do procedimento);
- Perturbação no padrão de sono.

Escolares:

- Capacidade de compreensão da necessidade do estímulo doloroso;
- Tensão e rigidez corporal e/ou muscular (cerramento dos punhos, dentes cerrados, olhos fechados, testa enrugada)
- Tenta adiar o procedimento referindo que “Ainda não esta pronto” ou pedindo para “esperar mais um pouco”
- Possibilidade de apresentar comportamentos característicos do período Pré-Escolar;
- Grande parte das manifestações ocorrem durante o procedimento;
- Perturbação no padrão de sono.

Adolescentes:

- Capacidade de compreensão da necessidade do estímulo doloroso;
- Tensão muscular com controlo corporal;
- Menor manifestação verbal do que em estádios anteriores;
- Expressões como “Estás a magoar-me e “Dói”

Crianças com défice cognitivo ou de comunicação:

- Choro;
- Gemido;
- Irritabilidade;
- Agitação psicomotora;
- Espasticidade;
- Tensão e rigidez corporal e/ou muscular (cerramento dos punhos, dentes cerrados, olhos fechados, testa enrugada);
- Alteração da expressão facial;
- Não colaboração;
- Padrão inconsistente de brincadeira;
- Perturbação no padrão de sono.

Composição do Kit da Dor

Idade	Estratégia não farmacológica	Brinquedo terapêutico e lúdico
0-12 Meses	-Exploração de objetos que proporcionem sensações de movimento, auditivas, visuais ou táteis; -Contar histórias que permitam a identificação da criança com as situações vividas ou a experimentar; -Simulação dos procedimentos dolorosos com recurso à colocação de pensos, compressas, ligaduras, máscara, barreta na pessoa significativa para o bebé; - Proporcionar que o bebé manipule os materiais acima referidos.	- Brinquedos macios, coloridos que produzam sons (rocas, apitos, caixa de música); - Bola com espelhos, macia e que faça som; - Livros com música, texturas e relevo; - Música para bebés (recurso a dispositivo móvel dos pais); - Chucha (Sucção não nutritiva) - Sacarose; - Material hospitalar (Máscara, luvas, barrete etc.
1-3 Anos	-Simulação de procedimentos efetuados pela criança através da imitação sobre o que vai acontecer e experimentar (“faz de conta”); -Distração através da perceção visual, auditiva, tátil e olfativa; -Distração proporcionada pela concentração em jogos de construção; -Contar histórias que permitam a identificação da criança com as situações vividas ou a experimentar; - Recurso ao desenho e pintura (Arte terapia).	-Material hospitalar para demonstração e manipulação; -Boneco para demonstrar procedimento à criança; -Lápis de cera e papel para desenhar; -Livros coloridos com histórias e canções; -Jogos de encaixe; -Fantoches de dedo; -Livro (O Ruca está doente); -Instrumentos musicais e apitos; -Lápis de cores e papel para desenho; -Bolas de sabão.
4-6 Anos	-Dramatização das situações já vividas ou que irá experimentar; representando situações a partir de informações dadas sobre as rotinas hospitalares e procedimentos a ser realizados; -Distração através da perceção visual, auditiva e tátil; -Distração proporcionada pela concentração em jogos de construção; -Recurso ao desenho e pintura (Arte terapia) -Promoção de exercícios de relaxamento (exercícios respiratórios) e contração e descontração muscular. -Valorização das atitudes de cooperação e controlo da situação (reforço positivo)	-Material hospitalar para demonstração e manipulação; -Boneco para demonstrar procedimento a criança; -Bolas de Sabão; - Pensos com motivos infantis; - Fantoches; -Jogo <i>Puzzle</i>; -Bolas coloridas; -Livros de colorir; -Lápis de cera e papel para desenhar - Livro (A Martine está doente); -Diplomas e autocolantes de bom comportamento.
7-11 Anos	-Explicação preparatória com recurso a demonstração dos procedimentos; -Proporcionar e incentivar a criança a manipular o material disponível; -Recurso a estratégias de distração (jogos e leitura); -Promover a visualização de partes do corpo envolvidas nos procedimentos; -Promoção de exercícios de relaxamento (exercícios respiratórios) e contração e descontração muscular.	-Material hospitalar para demonstração e manipulação (compressas, pensos, adesivo, seringas, etc); -Bolas de sabão: -Bola anti-stress colorida; -Jogo <i>Puzzle</i>; -Livros (Hoje é dia de consulta); -Livro (O corpo Humano).
12-18 Anos	-Explicação preparatória com recurso a demonstração dos procedimentos; -Utilização do Humor; -Recurso a distração; -Recurso a leitura; -Promoção de exercícios de relaxamento (exercícios respiratórios) e contração e descontração muscular	-Material hospitalar para demonstração e manipulação; -Bola anti-stress colorida; -Livro (jogos mentais para chicos-espertos) -Baralho de cartas; -Jogo “UNO” - Fones para dispositivos móveis.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE II

Kit facilitador das Estratégias não Farmacológicas para o alívio da dor



APÊNDICE IX

**Sessão de Formação USF: Controlo da Dor em Pediatria: Estratégias não
Farmacológicas no alívio da dor em procedimentos dolorosos**

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

**Sessão de Formação USF: Controlo da Dor em Pediatria:
Estratégias não Farmacológicas no alívio da dor em
procedimentos dolorosos**

Discente:

Sara Sofia Rodrigues Chança

Docente orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão

LISBOA

Novembro de 2018

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Sessão de formação: Controlo da Dor em Pediatria: Estratégias não Farmacológicas no alívio da dor em procedimentos dolorosos

Local: Sala de Reuniões

Data: 29-11-2018

Duração: 30 Minutos

Destinatários: Equipa de Enfermagem

Objetivos da sessão	Conteúdos da sessão	Metodologia utilizada	Atividades realizadas	Material didático	Avaliação
Sensibilizar os enfermeiros para a importância da adequada avaliação da dor em Pediatria Sensibilizar os enfermeiros para a importância da utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda	Definição de dor Dor em Pediatria Respostas comportamentais da criança e do jovem à dor Gestão da dor em Pediatria Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor na criança Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor tendo por base o estágio de desenvolvimento	Recurso a metodologia expositiva Recurso a metodologia participativa/ativa Recurso a metodologia expositiva	Exposição oral dos conteúdos programáticos previsto para a sessão Esclarecimento de dúvidas	Recurso a computador e retroprojektor	Aplicação de um questionário de avaliação acerca da sessão de formação apresentada.

Controlo da dor em Pediatria: Estratégias não Farmacológicas no alívio da dor em procedimentos dolorosos

Realizado por Sara Chaves (Estudante do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria)
sob orientação de Professora Teresa Magalhães

Novembro de 2018

Objetivo Geral

- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da adequada avaliação da dor em Pediatria
- Sensibilizar os enfermeiros para a importância da utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda

Sumário

- Definição de dor
- Dor em Pediatria
- Respostas comportamentais da criança e do jovem à dor
- Gestão da dor em Pediatria
- Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor na criança
- Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor tendo por base o estágio de desenvolvimento

Conceito de dor

- "É uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão" (APED, 2015)



- Considerada o 5º sinal vital (DGS, 2008)

Dor em Pediatria

Subjetividade da dor

Criança tem dificuldade em expressar a sua dor

Escassa utilização de escalas de avaliação da dor

Dificuldade na sua avaliação

Aplicação de medidas insuficientes para o alívio da dor

(Batalha, 2010)

Respostas comportamentais da criança e jovem com dor aguda (Estádios do desenvolvimento)

▪ Recém-nascidos e lactentes

Irritabilidade
Agitação
Rigidez corporal
Punhos cerrados
Gemido
Choro intenso
Fácies de dor (boca aberta, olhos fechados, rugas na testa, tremor do queixo)
Perturbações no padrão de sono

▪ Toddlers (1 aos 3 anos)

Não compreende a dor
Memória de episódios dolorosos anteriores
"Sente" a ansiedade e nervosismo dos cuidadores
Gritos e choro intenso
Irritabilidade e/ou agitação
Infantilização do comportamento
Comportamento agressivo
Proteger ou puxar a o local onde sente dor
Repetição de expressões como "Dói" e "Ai"
Perturbações no padrão de sono

(Hockenberry, 2014, p.189)

Respostas comportamentais da criança e jovem com dor aguda (Estádios do desenvolvimento)

■ Pré-escolares

- Capacidade linguística para expressão da dor
- Capacidade de quantificar a intensidade da dor experienciada e sua localização
- Interpretação da dor como "castigo"
- Gritos e choro intenso
- Verbalização de expressões como "Ai", "Ui" e "Dói"
- Medo da lesão corporal
- Movimentos bruscos e resistência física (principalmente com movimentos com os membros superiores)
- Tentativa de fuga do procedimento
- Tenta afastar o estímulo doloroso (antes de ser aplicado)
- Não colaboração com o procedimento
- Impõe o término do procedimento

(Hockenberry, 2014, p. 189)

Respostas comportamentais da criança e jovem com dor aguda (Estádios do desenvolvimento)

■ Escolares

- Não compreende a dor
- Memória de episódios dolorosos anteriores
- "Sente" a ansiedade e nervosismo dos cuidadores
- Gritos e choro intenso
- Irritabilidade e/ou agitação
- Infantilização do comportamento
- Comportamento agressivo
- Proteger ou puxar a o local onde sente dor
- Repetição de expressões como "Dói" e "Ai"
- Perturbações no padrão de sono

(Hockenberry, 2014, p. 189)

Respostas comportamentais da criança e jovem com dor aguda (Estádios do desenvolvimento)

■ Adolescentes

- Capacidade de compreensão da necessidade do estímulo doloroso
- Tensão muscular com controle corporal
- Menor manifestação verbal do que em estádios anteriores
- Expressões com "Está a magoar-me" e "Dói"

(Hockenberry, 2014, p. 189)

Orientações para a gestão da dor em Pediatria

- Acreditar na criança
- Privilegiar a autoavaliação
- Tempo para expressar a dor
- Comportamento habitual da criança
- Dialogar, observar e avaliar
- História de dor
- Manter o mesmo instrumento de avaliação
- Instrumento rigoroso
- Na dor intensa dar prioridade ao tratamento

(DGS, 2010, p. 1)

Orientações para a gestão da dor em Pediatria

■ "(...) Direito aos melhores cuidados é um direito fundamental, particularmente para as crianças"

■ "(...) As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo"

Carta da Criança Hospitalizada



(Carta da Criança Hospitalizada, 1988, p. 3, 9)



Escalas de avaliação da dor em Pediatria

■ Recém-nascidos (0 aos 28 dias)

- N-PASS (Neonatal pain, agitation and sedation scale)
- NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)
- PIPP (Premature Infant Pain Profile)
- EDIN (Échelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né)

■ 4 aos 6 anos

- FLACC
- Escala de faces Wong Baker

■ Até aos 4 anos

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

■ Idade superior a 6 anos

- Escala de faces Wong Baker
- Escala Numérica

(DGS, 2010)

Estratégias não farmacológicas no alívio da dor



(O.E.,2013)

Intervenções Cognitivas

Recurso a métodos mentais para o alívio da dor

- Informação preparatória
- Mudança de memória
- Autorrelato positivo e paragem do pensamento
- Hipnose



(O.E.,2013)

Intervenções Comportamentais

Estratégias que pressupõem o ensino de comportamentos promotores do alívio da dor

- Dessensibilização
- Reforço positivo
- Distração comportamental
- Relaxamento



(O.E.,2013)

Intervenções Cognitivo - Comportamentais

Associação das anteriores estratégias referidas, utilizando como foco a cognição e o comportamento com vista a modificar a percepção de dor.

- Distração
- Modelagem
- Imagem guiada



(O.E.,2013)

Intervenções Físicas ou periféricas

Possibilitam a redução da intensidade do estímulo doloroso, através da redução da inflamação e/ou tensão

- Toque
- Massagem
- Posicionamento
- Contenção
- Método *canguru*



(O.E.,2013)

Intervenções de Suporte Emocional

Presença de pessoa significativa que promova conforto a quem experiência dor

- Presença de pessoa significativa
- Toque/ conforto
- Sucção não nutritiva
- Amamentação
- Presença do brinquedo de referência



(O.E.,2013)

Intervenções Ambientais

Estratégias que visam a melhoria das condições ambientais onde é experienciada a dor

- Promoção de ambiente calmo e acolhedor
- Diminuição da intensidade da luz e ruído
- Temperatura confortável
- Promoção de um ambiente promotor da distração



(O, E, 2013)

Estratégias não farmacológicas no alívio da dor em procedimentos dolorosos

▪ Recém-nascido

- Controlo ambiental
- Sucção não nutritiva
- Sacarose
- Presença parental
- Amamentação
- Contenção manual
- Controlo ambiental



Estratégias não farmacológicas no alívio da dor em procedimentos dolorosos

▪ Lactente

- Amamentação
- Sucção não nutritiva
- Sacarose
- Contenção manual
- Distração (música, rocas, etc.)
- Presença parental
- Embalar
- Massagem



Estratégias não farmacológicas no alívio da dor em procedimentos dolorosos

▪ Pré-escolar

- Explicação prévia
- Distração (brinquedos coloridos, canções, livros, balões)
- Brinquedo de referência
- Modelação (simulação da situação)
- Aplicação de calor e frio
- Massagem (relaxamento muscular)
- Musicoterapia
- Reforço positivo



Estratégias não farmacológicas no alívio da dor em procedimentos dolorosos

▪ Escolar

- Explicação prévia
- Distração comportamental (jogos, vídeos, canções)
- Brinquedo de referência
- Massagem (relaxamento muscular)
- Aplicação de calor/frio
- Musicoterapia
- Controlo ambiental
- Reforço positivo



Estratégias não farmacológicas no alívio da dor em procedimentos dolorosos

▪ Adolescência

- Controlo ambiental (promoção da privacidade)
- Explicação prévia
- Relaxamento
- Imaginação guiada
- Aplicação de calor ou frio
- Distração à sua escolha



- [illegible]



APÊNDICE X
Jornal de Aprendizagem
O aleitamento materno no alívio da dor no recém-nascido durante a realização do
Teste de *Guthrie*.

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

Jornal de Aprendizagem

**O aleitamento materno no alívio da dor no recém-nascido
durante a realização do Teste de *Guthrie*.**

Discente:

Sara Sofia Rodrigues Chança

Docente orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão

LISBOA

Novembro de 2018

Descrição da Situação

A situação alvo de reflexão ocorreu logo nos primeiros dias de estágio em Cuidados de Saúde Primários.

Decorreu no contexto de consulta de saúde infantil, em concreto aquando da realização da 1ª consulta ao recém-nascido (RN). Tratou-se da minha primeira experiencia em consulta de vigilância de saúde neste estágio de desenvolvimento, sendo este também o momento em que iria realizar pela primeira vez o teste de *Guthrie*.

Numa fase inicial e após tomar conhecimento de que tratava de uma primeira consulta ao RN, senti a necessidade de discutir com a enfermeira responsável pela mesma alguns pressupostos não só acerca da correta realização do teste de *Guthrie* (local de punção, preenchimento adequado do talão de colheita), bem como quais os eventuais ensinamentos a realizar aos cuidadores da criança.

No momento do acolhimento do RN e dos seus pais a minha intervenção passou por mostrar-me desde logo disponível, adaptando uma postura e um tom de voz calmo, à porta da sala de enfermagem, cumprimentando-os e onde me apresento. Ai apercebi-me que se tratava de um familiar originária do Paquistão, em que a mãe não dominava de toda a língua Portuguesa, tendo nesta situação particular o pai assumido o papel de interlocutor/tradutor de forma a possibilitar a comunicação.

No decurso da consulta e ao longo da observação do RN, fomos sempre explicando com uma linguagem simples e acessível aos pais o que estávamos a fazer e o porque de o fazermos, tendo ainda sido dado espaço para que os mesmos se sentissem à vontade para colocar eventuais dúvidas, a fim de as podermos esclarecer. Foi então que o pai verbaliza que o RN tem apresentado bastantes períodos de choro intenso que segundo ele, a mãe atribuía a cólicas. De igual modo, foi referido pelos pais alguma dificuldade nos momentos da amamentação, nomeadamente: intervalos entre as mamadas e a sua duração. Assim e atendendo ao anteriormente referido, foram realizados ensinamentos acerca da massagem abdominal e dos cuidados que a mãe poderá ter ao nível da alimentação, passíveis de minimizar este facto; por outro lado foram ainda realizados ensinamentos sobre o posicionamento do bebé no momento da mamada, sinais de boa pega à mama, duração e intervalos entre as mesmas. Importa ainda referir que ao abordar a temática da amamentação foram ainda realizados ensinamentos preventivos relativos as complicações associadas, como a prevenção da mastite e até dos mamilos gretados.

Ainda durante a consulta, e após realização e validação dos ensinamentos acima referidos, foi então explicado aos pais que seria necessária a realização do teste de *Guthrie*, que consiste na

colheita de uma amostra de sangue por via de uma punção ao nível do calcâneo do RN a fim de realizar o rastreio de doenças metabólicas, facto que gerou alguma ansiedade nos pais por se tratar de um procedimento doloroso. No momento da punção do calcâneo, o RN encontrava-se ainda na marquesa de observação, tendo a enfermeira responsável pela consulta sugerido que, por se tratar de um procedimento doloroso, a mãe deveria pegar no seu bebé ao colo e se possível deveria ser ainda colocada a chucha com vista a utilizar a sucção não nutritiva como estratégia não farmacológica para o alívio da dor; contudo segundo os pais o RN não tinha chucha. Neste momento a minha intervenção passou por ajudar a mãe a posicionar o RN no seu colo, sugerindo o contacto pele a pele (método canguru) entre mãe e RN e o recurso a amamentação durante o procedimento de forma a promover o seu conforto uma vez que ambas as intervenções são consideradas estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no RN. As sugestões por mim apresentadas foram bem-recebidas pelos pais, após uma breve explicação dos benefícios das mesmas, facto que penso ter reduzido alguma ansiedade vivenciada pelos pais.

No momento da punção o RN acaba por apenas manifestar desconforto com um curto período de choro, o que possibilitou verificar na comunicação, não verbal, dos pais, satisfação face ao cuidado com o seu RN.

Sentimentos

Numa fase inicial perante a situação acima descrita confesso que senti algum receio em não conseguir uma comunicação eficaz com os cuidadores do RN por se tratar de uma família originária do Paquistão, pois a barreira linguística poderia conduzir a défices de entendimento entre os pais e os profissionais, impossibilitando assim o estabelecimento de uma relação próxima e terapêutica. Outro aspeto que considero importante relatar foi o desconforto que senti ao verificar que nesta situação particular de cuidados apenas se recorria ao conforto físico e a sucção não nutritiva com estratégia não farmacológica para o alívio da dor no RN, quando na literatura se encontram disponíveis outras estratégias também consideradas eficazes no controlo da dor.

Avaliação

Considero que a vivência desta situação particular da prática de cuidados constituiu um importante momento de aprendizagem, uma vez que foi possível verificar que neste contexto os profissionais valorizam o conforto físico da criança, uma vez que no momento da punção a enfermeira responsável pela realização do procedimento sugeriu a mãe que este pegasse no RN ao colo. O aspeto que considero menos positivo foi o facto de apenas ter sido sugerido à mãe a colocação da chucha no RN com vista a utilizar a sucção não nutritiva como estratégia não farmacológica para o alívio da dor; perante a inexistência de chucha a enfermeira responsável não mobilizou outras estratégias, também elas descritas na literatura e consideradas como eficazes durante os procedimentos dolorosos ao RN.

Análise

A dor é considerada um fenómeno transversal a todas as faixas etárias, não sendo exceção a idade pediátrica, assumindo nesta maior complexidade devido as particularidades inerentes ao desenvolvimento infantil (Batalha,2010). Até há algum tempo acreditava-se que o recém-nascido (RN) não sentia dor, nem capacidade de se recordar de experiências dolorosas anteriores. Atualmente é sabido que o RN possui capacidade neurológica de perceber a dor, onde as estruturas periféricas e centrais necessárias a nocicepção estão presentes e funcionais a partir do 1º e do 2º trimestres de gestação (Linhares & Doca,2012, p.308).

Margotto & Rodrigues (2004) referem que a dor no RN é uma realidade durante a prática de cuidados, acrescentando que esta se encontra presente em procedimentos como o teste de *Guthrie* (rastreo de doenças metabólicas) realizado a partir do 3º dia de vida do RN, por via da realização da punção do calcâneo de forma a ser colhida uma gotícula de sangue (DGS,2018). Por sua vez Batalha (2010) refere que a punção do calcâneo se trata de um procedimento doloroso onde a utilização de estratégias não farmacológicas para a alívio da dor são fundamentais.

Por outro lado, a utilização das estratégias não farmacológicas está recomendada para o alívio da dor aguda no caso particular do recém-nascido submetido a procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos (Doca & Linhares,2010) encontrando-se identificados como os mais eficazes neste caso particular (Doca & Linhares,2010 e OE,2013) o controlo de fatores ambientais, o adequado posicionamento, o método canguru, a amamentação, a sucção não nutritiva e o recurso a sacarose a 24%.

Assim e remetendo esta análise para a situação descrita, importa destacar que a minha intervenção se prendeu com a mobilização das estratégias não farmacológicas (método canguru e o recurso a amamentação) para a promoção do conforto e alívio da dor do RN.

O método Canguru consiste em posicionar o bebé de forma vertical sobre a pele nua do peito da sua mãe ou pai, onde o contacto pele a pele, reduz a atividade comportamental, frequência cardíaca e até da duração do choro (Doca & Linhares, 2010 e OE, 2013). Importa ainda referir que o contacto pele a pele, assume grande importância no desenvolvimento do vínculo afetivo mãe-filho, proporcionando uma maior confiança dos pais no cuidado ao seu filho, facto que contribui positivamente para o desenvolvimento das competências parentais (Feliciano, 2007).

Relativamente a amamentação importa referir que esta consiste numa estratégia que irá combinar não só a sucção como o próprio contacto com a mãe, onde a redução da dor se encontra intimamente ligada à libertação de opióides endógenos (DGS, 2012). Ainda relativamente ao recurso à amamentação como estratégia não farmacológica para o alívio da dor, Castral & Scochi (2006) desenvolveram um estudo durante a realização de procedimentos dolorosos ao recém-nascido, nomeadamente na punção venosa periférica e na realização do Teste de *Guthrie*, onde foi verificado que esta se trata de uma intervenção eficaz uma vez que nos resultados obtidos se denota a redução das respostas comportamentais e fisiológicas à dor durante todas as fases dos procedimentos. Assim sendo e atendendo ao anteriormente referido, é possível afirmar que o recurso à amamentação se assume como uma estratégia não farmacológica eficaz na promoção do conforto e controlo da dor do RN quando sujeito a procedimentos dolorosos, importando ainda referir que se trata de uma estratégia sem custos adicionais e passível de ser utilizadas em diversos contextos da prática de cuidados.

Outra das estratégias passíveis de ser utilizada neste procedimento e objetivando a promoção do conforto e o alívio da dor no RN seria o recurso a sacarose a 24%, recomendada pela Academia Americana de Pediatria para o alívio da dor aguda no recém-nascido, contudo esta não se encontrava disponível no contexto. Neste caso a minha intervenção passou por sensibilizar os profissionais para a sua existência e apresentando dados acerca de sua eficácia, uma vez ser considerado um método seguro, eficaz e até de baixo custo no controlo da dor do RN (Doca & Linhares, 2010 e OE, 2013).

Importa ainda referir que a DGS em 2008 refere que a gestão diferenciada da dor é um dever dos profissionais e um direito de quem a experiência, constituindo o seu controlo e alívio indicadores da qualidade dos cuidados de saúde prestados (DGS, 2005). No caso particular da pediatria o EEESIP assume um papel preponderante nesta gestão uma vez ser da sua

competência “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas, por via da aplicação de “(...) conhecimento e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (Regulamento nº 422/2018, p 19193).

Conclusão

Perante o facto de se tratar de uma família que não domina a língua Portuguesa o EESIP deverá encontrar soluções eficazes a nível relacional e comunicacional devendo ainda ter patente na sua intervenção o respeito pela individualidade e pelos valores e crenças de forma a potenciar o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissionais e cuidadores, uma vez que a barreira linguística poderá originar nos mesmos sentimentos como o medo, a ansiedade e até algum sentimento de desconfiança. Por outro lado, a consciencialização de que a experiência de dor é influenciada por múltiplos fatores como os individuais, familiares, socioculturais e os profissionais, exige ao profissional que presta cuidados uma intervenção ampla e capaz de contemplar todos os fatores acima referidos de forma a ser possível a prestação de cuidados seguros e eficazes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics (2006). Prevention and management of pain in the neonate: An update. *Pediatrics*, 118 (5), 2231-2243. **Doi:** 10.1542/peds.2006-2277
- Batalha, L. (2010b). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista Referência*, Série III (2), 73-80. Acedido em:20-11-2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a08.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa nº 9/DGCG*: A dor como 5º sinal vital: Registo sistémico da intensidade da dor. Acedido em:15-10-2018 Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2008). *Circular Normativa Nº 11/DSCS/DPCD*: Programa nacional controlo da dor. Acedido em:20-05-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2010). *Circular Normativa Nº 014/2010*. Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças. Acedido em: 10-10-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2012a). *Circular Normativa N.º 022/2012*. Orientações técnica sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos). Acedido em: 10-10-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2012b). *Circular Normativa N.º 024/2012*. Orientações técnica sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Acedido em:10-10-2018 .Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Acedido em: 13-06-2018 Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

- Feliciano, Fátima (2007). *Método canguru, o prosseguir da vinculação pais- bebe prematuro*. 1ª Edição. Coimbra: Almedina.
- Gasparido, C. M., Linhares, M. B. & Martinez, F. E. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria*, 81 (6),435-442. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v81n6/v81n6a05.pdf>
- Linhares, M. B. M. & Doca, F. N. P. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 307-325. Acedido em: 17-10-2018 .Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751436006.pdf>
- Margotto, P., & Rodrigues, D. (2004). Dor Neonatal: Analgesia/Sedação. In *Assistência ao Recém-Nascido de Risco*, editado por Paulo R. Margotto, (2ª ed.). Acedido em <http://www.Paulomargotto.com.br/documentos/35.doc>. novembro de 2018.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Volume I)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade nos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 20-04-2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadroesqualidadecuidadosespecializadosenfermagensaudecriancajovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Cadernos OE, Série I, (8). Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Regulamento nº 422/2018 (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde infantil e pediátrica. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-07-2018). 19192-19194. Acedido em 20-07-2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
- Stevens B; Yamada J, & Ohlsson A. *Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures*. In: *The Cochrane Library*,Oxford. **Doi:** <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001069.pub5>

APÊNDICE XI

Grelha de observação das intervenções de enfermagem em procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos no contexto de urgência pediátrica

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

**Grelha de observação das intervenções de enfermagem em
procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos no
contexto de urgência pediátrica**

Discente:

Sara Sofia Rodrigues Chança

Docente orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão

LISBOA

Dezembro de 2018

Grelha de observação das intervenções de enfermagem em procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos no contexto de urgência pediátrica

Idade de criança e/ou jovem:

Género:

Duração do procedimento:

Indicadores a ser observados	Tipo de procedimento	Intervenções de enfermagem utilizadas	Aspetos observados	Comentários
1.Avaliação da dor 1.1 Momento de avaliação: - Triagem (1º contacto com a criança e jovem) - Antes, durante e após os procedimentos dolorosos - Avaliação sistemática (a cada contacto) - Avaliação apenas 1 x turno 1.2 Outros aspetos relacionados com a avaliação: Observação e avaliação das respostas comportamentais e fisiológicas da criança e do jovem ao procedimento doloroso Colheita da História de dor na criança e jovem (observação da criança, entrevista aos pais e/ou à criança)				

1.3 Instrumentos de avaliação da dor utilizados: Recém-nascidos NIPS (<i>Neonatal Infant Pain Scale</i>); EDIN (<i>Échelle de Douleur et d`Inconfort du Nouveau</i>); PIPP (<i>Premature Infant Pain Profile</i>); Crianças até aos 4 anos ou criança sem capacidade de verbalização FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability); Crianças dos 4 aos 6 anos Escala de faces de <i>Wong-Bake</i> Criança com idades superiores aos 6 anos Eva (Escala Visual Analógica); EN (Escala Numérica);				
---	--	--	--	--

2.Procedimentos doloroso e/ou potencialmente dolorosos identificados: - Avaliação da glicemia capilar - Punção venosa (colheita de sangue) - Punção de CVP - Gasimetria capilar -Administração de terapêutica endovenosa -Administração de terapêutica intramuscular - Lavagem nasal e aspiração de secreções - Colheita de urina por algaliação - Colheita de exsudado faríngeo - Redução de fraturas - Realização de pensos - Outro: _____				
3.Informação antecipatória fornecida à criança, jovem e a sua família sobre o procedimento a realizar 3.1 Tipo 3.2 Técnicas de comunicação utilizadas: -Demonstração; - Recurso a história;				

- Jogo; - Distração; - Dessensibilização; - Relaxamento; - Reforço positivo.- Outro: _____ 3.Estratégias farmacológicas e não farmacológicas: - Medidas farmacológicas utilizadas: - Aplicação de EMLA - Aplicação de cloreto de Etílio - Recurso a protóxido de azoto - Recurso a fármacos analgésicos e sedativos - Medidas não farmacológicas utilizadas: Físicas e periféricas: - Posicionamento, - Massagem, - Aplicação de frio e calor Suporte emocional: - Presença da pessoa significativa; -Conforto (sucção não nutritiva; sacarose; amamentação) -Toque (embalar e acarinhar).				
---	--	--	--	--

Ambientais: - Privacidade; - Luz; - Ruído; - Decoração do espaço				
4.Suporte educacional realizado antes, durante e após o procedimento: - Criança; - Cuidador.				
5.Diagnósticos de enfermagem (CIPE) e resultados esperados - Diagnósticos formulados tendo em conta a individualidade da criança e jovem - Relativamente ao foco dor quais os diagnósticos mais frequentemente levantados - Estabelecidos previamente os resultados esperados mensuráveis - Planeamento das ações e intervenções a realizar				

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

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

Batalha, L. (2010b). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista Referência*, Série III (2), 73-80.

Acedido em:20-11-2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn2/serIIIn2a08.pdf>

Batalha, L. M. C. (2007). Factores de risco para um controlo inadequado da dor em pediatria. *Dor*, 15, 27-35.

Batalha, L. M. D. C & Mendes, V. M. P. (2013). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability:

Revised (FLACC-R) 2013. *Revista Referência*, Série III (11), 7-17. **Doi:** <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12101>.

Batalha, L.M.C. (2013) Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Revista Saúde & Tecnologia*. e16-e21. Acedido em: 20-11-2018.

Disponível em: https://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_03_estesl_suplemento_2013.pdf

Direcção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa nº 9/DGCG*: A dor como 5º sinal vital: Registo sistémico da intensidade da dor. Acedido em:15-

10-2018 Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Direcção-Geral da Saúde (2008). *Circular Normativa Nº 11/DSCS/DPCD*: Programa nacional controlo da dor. Acedido em:20-05-2018. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor-pdf.aspx>

Direcção-Geral da Saúde (2010). *Circular Normativa Nº 014/2010*. Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças. Acedido em: 10-10-2018.

Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>

Direcção-Geral da Saúde (2012a). *Circular Normativa N.º 022/2012*. Orientações técnica sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças

(1mês a 18 anos). Acedido em: 10-10-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>

Hockenberry, M.J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M. J. Hockenberry. & D. Wilson. (Eds.). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*, (9ª ed., Vol I, pp. 1-20). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia orientador de boa prática - Dor*. Cadernos OE, Série I, (1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Volume I)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade nos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*.

Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 20-04-2018. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadreesqualidadecuidadosespecializadosenfermagemsaudercriancajovem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Volume II)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Powell, R.A. et al (2010). Antecedentes de dor e avaliação da dor. In: Kopf, A.; Patel, N. B. (2010). *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos* (pp. 65 -77) Seattle: International Association for the Study of Pain

APÊNDICE XII

Guião de Entrevista realizada a perito

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

Guião de Entrevista realizada a perito

Discente:

Sara Sofia Rodrigues Chança

Docente orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão

LISBOA

Janeiro de 2019

GUIÃO DE ENTREVISTA

Enquadramento do Projeto:

A realização da presente entrevista surge integrada no 9º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A motivação para a escolha da temática **“Promoção do Conforto da Criança e do Jovem: Utilização de Estratégias Não Farmacológicas na Gestão da Dor Aguda”**, emerge na sequência da análise da sua pertinência para a área de Pediatria e particularmente no contexto onde exerço funções (Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria), onde muitas das vezes é dado ênfase às medidas farmacológicas em detrimento das medidas não farmacológicas para o alívio da dor, conduzindo a dificuldades não só de apreciação como também de intervenção.

A OE (2011) refere que as estratégias não farmacológicas constituem um importante recurso para a prevenção e alívio da dor, podendo ser utilizadas de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas, sendo ainda referido que a utilização deste tipo de intervenções contribui para uma maior visibilidade da profissão de enfermagem (OE, 2011).

Existindo neste contexto de prática um grupo de trabalho denominado de **“Núcleo Contra a Dor”**, formado por elementos da equipa multidisciplinar de todos os serviços de pediatria, incluindo o Serviço de Urgência Pediátrica, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais/Pediátricos e Serviço de Internamento de Pediatria, atuando de forma a uniformizar práticas no controlo da dor, promovendo a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo e alívio da dor, incentivando ainda à formação e à reflexão sobre as práticas de cuidados relativos à dor.

Assim sendo, torna-se particularmente pertinente a realização de uma entrevista exploratória, uma vez que a compreensão da experiência de profissionais com elevada formação relativa às questões da dor, poderá constituir um valioso contributo para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista.

Entrevista: Entrevista exploratória semi-dirigida.

Material necessário: Material de escrita e sistema de gravação áudio.

Objetivo de Entrevista:

- Compreender de que modo o “*Núcleo Contra a Dor*” e os seus membros dinamizadores intervêm para a promoção do conforto e alívio da dor da criança, jovem e suas famílias no contexto hospital.

- Compreender a intervenção do Enfermeiro Especialista na gestão diferenciada da dor no Serviço de Urgência Pediátrica.

Plano de Entrevista

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Mestre em Saúde Infantil e Pediatria, membro dinamizador do “*Núcleo Contra a Dor*” no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital X.

Objetivos da Entrevista

- Identificar a composição, organização e funcionamento do “*Núcleo Contra a Dor*”, assim como as suas principais atividades.

- Identificar atividades de dinamização das equipas, em especial de Enfermagem.

- Identificar as atividades de dinamização do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria no contexto de urgência pediátrica.

- Conhecer as principais intervenções na avaliação e controlo da dor aguda em contexto de Urgência.

Questões:

- 1º - Qual a composição, organização e como funciona o “*Núcleo Contra a Dor*”?
- 2º - Como são identificados os dinamizadores deste núcleo, e quais são os critérios para a sua seleção?
- 3º - Quais as principais atividades de dinamização, em particular as de Enfermagem?
- 4º - Tendo por consideração a sua experiência na gestão diferenciada da dor em contexto de Urgência Pediátrica, gostaria que me falasse um pouco sobre os principais procedimentos dolorosos identificados?
- 5º - Quais os instrumentos de avaliação da dor mobilizados em contexto de Urgência Pediátrica?
- 6º - Quais as principais intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros na promoção do conforto e alívio da dor aguda durante os procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos?
- 7º - Quais as principais intervenções não farmacológicas para o alívio da dor utilizadas neste contexto?
- 8º - Quais as principais dificuldades sentidas na utilização das intervenções não farmacológicas?
- 9º - Como e onde são feitos os registos relativos ao plano de cuidados e sua execução referentes ao foco dor?
- 10º - Qual a sua experiência no envolvimento dos pais e/ou pessoa significativa para a criança e jovem durante procedimentos dolorosos ou potencialmente dolorosos?
- 11º - Na elaboração de uma norma ou protocolo relativa ao envolvimento dos pais e/ou pessoa significativa na promoção do conforto da criança e jovem submetido a procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos, que aspetos consideraria essenciais incluir?

APÊNDICE XIII

Sessão de Formação: Controlo da Dor em Pediatria: Estratégias não farmacológicas no alívio da dor em procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

**Sessão de Formação: Controlo da Dor em Pediatria:
Estratégias não farmacológicas no alívio da dor em
procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos**

Discente:

Sara Sofia Rodrigues Chança

Docente orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão

LISBOA

Fevereiro de 2019

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Sessão de formação: Controlo da Dor em Pediatria: Estratégias não farmacológicas no alívio da dor em procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos.

Local: Sala de Enfermagem

Data: 08/02/2019

Duração: 30 Minutos

Destinatários: Equipa de Enfermagem

Objetivos da sessão	Conteúdos da sessão	Metodologia utilizada	Atividades realizadas	Material didático	Avaliação
Sensibilizar os enfermeiros para a importância da adequada avaliação da dor na criança e no jovem.	Resultados dos questionários aplicados	Recurso a metodologia expositiva	Exposição oral dos conteúdos programáticos previsto para a sessão	Recurso a computador e retroprojektor	Aplicação de um questionário de avaliação acerca da sessão de formação apresentada
Sensibilizar os enfermeiros para a importância da utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda.	Definição de dor				
Conhecer as estratégias não farmacológicas para o controlo da dor	Dor em pediatria	Recurso a metodologia participativa/ativa	Esclarecimento de duvidas		
	Respostas comportamentais da criança e jovem que experiência dor				
Promover a utilização de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor na criança e no jovem	Gestão da dor em pediatria	Recurso a metodologia expositiva	Apresentação da composição e organização do “Kit da Dor”.		
	História de dor				
	Avaliação da dor em pediatria				
	Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor				
	Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor tendo por base o estágio de desenvolvimento				

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

2º ANO 1º SEMESTRE
Unidade Curricular: Estágio com relatório

Controlo da Dor em Pediatria: Estratégias não farmacológicas no alívio da dor em procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos

Realizado por: Sara Chança
Docente orientador: Prof.ª Doutora M.ª Teresa Magão

Loures, 08 de Fevereiro de 2019

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Sumário

- Resultados dos questionários aplicados
- Definição de dor
- Dor em pediatria
- Respostas comportamentais da criança e jovem que experiencia dor
- Gestão da dor em pediatria
- História de dor
- Avaliação da dor em pediatria
- Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor
- Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor tendo por base o estágio de desenvolvimento.

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Objetivos

- Objetivos gerais:**
 - Sensibilizar os enfermeiros para a importância da adequada avaliação da dor na criança e no jovem.
 - Sensibilizar os enfermeiros para a importância da utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda.
- Objetivos específicos:**
 - Conhecer as estratégias não farmacológicas para o controlo da dor.
 - Promover a utilização de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor na criança e no jovem.

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Resultados dos Questionários

Na sua prática diária habitualmente recolhe informação sobre a história anterior de dor?

Se respondeu "nunca" ou "por vezes" indique assinalando a resposta que lhe parece mais adequada.

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Resultados dos Questionários

Escalas de avaliação da dor identificadas pelos profissionais

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Resultados dos Questionários

Na sua prática diária recorre a intervenções não farmacológicas para o alívio e controlo da dor na criança e jovem?

Se respondeu "nunca" ou "por vezes" indique assinalando a resposta que lhe parece mais adequada.



ESEL Escola Superior de Enfermagem do Centro

Conceito de Dor

- “É uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (APED,2015)
- Por definição é uma experiência subjetiva, que pertence à criança e ela exprime-a como consegue (IASP,1979)
- Considerada o 5º Sinal vital (DGS,2008)

ESEL Escola Superior de Enfermagem do Centro

Dor em Pediatria

Respostas comportamentais:

- Recém-nascidos e lactentes**
 - Irritabilidade
 - Agitação
 - Rigidez corporal
 - Punhos cerrados
 - Gemido
 - Choro intenso
 - Fácies sugestivo de dor (boca aberta, olhos fechados, rugas na testa, tremor do queixo)
 - Perturbações no padrão do sono
- Toddlers (1 aos 3 anos)**
 - Memória de episódios dolorosos anteriores
 - Não compreende a dor
 - “Sente” a ansiedade e nervosismo dos seus cuidadores
 - Choro intenso gritado
 - Irritabilidade e/ou agitação
 - Comportamento infantilizado
 - Comportamento agressivo
 - Proteger ou puxar o local onde sente dor
 - Repetição de expressões com “Dói” e “Ai”
 - Perturbações no padrão do sono

(Hockenberry,2014, p.189)

ESEL Escola Superior de Enfermagem do Centro

Dor em Pediatria

Respostas comportamentais:

- Pré Escolares**
 - Capacidade linguística para expressão da dor
 - Capacidade de quantificar a intensidade da dor experienciada e sua localização
 - Interpretação da dor como “castigo”
 - Gritos e choro intenso
 - Verbalização de expressões como “Ai”, “Ui” e “Dói”
 - Medo da lesão corporal
 - Movimentos bruscos e resistência física (principalmente com movimentos dos membros superiores)
 - Tentativa de fuga do procedimento
 - Tenta afastar o estímulo doloroso (antes de ser aplicado)
 - Não colaboração com o procedimento
 - Impõe o término do procedimento

(Hockenberry,2014,p.189)

ESEL Escola Superior de Enfermagem do Centro

Dor em Pediatria

Respostas comportamentais:

- Escolares**
 - Memória de episódios dolorosos anteriores
 - “Sente” a ansiedade e nervosismo dos cuidadores
 - Gritos e choro intenso
 - Irritabilidade e/ou agitação
 - Infantilização do comportamento
 - Proteger ou puxar o local onde sente dor
 - Repetição de expressões como “Dói” e “Ai”
 - Perturbações no padrão de sono
 - Não compreende a dor
- Adolescentes**
 - Capacidade de compreensão da necessidade do estímulo doloroso
 - Tensão muscular com controlo corporal
 - Menor manifestação verbal do que em estádios anteriores
 - Expressões com “Estás a magoar-me” e “Dói”

(Hockenberry,2014,p.189)



ESEL
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Gestão da Dor em Pediatria

Orientações:

"(...) Direito aos melhores cuidados é um direito fundamental, particularmente para as crianças";

Carta da Criança Hospitalizada

" (...) As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo";

(Carta da Criança Hospitalizada, 1988, p.3,9)

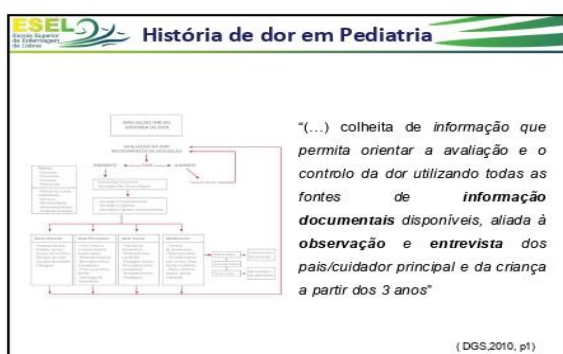
ESEL
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Gestão da Dor em Pediatria

Orientações:

- Acreditar na criança;
- Privilegiar a autoavaliação;
- Tempo para expressar a dor;
- Comportamento habitual da criança;
- Dialogar, observar e avaliar;
- História de dor;
- Manter o mesmo instrumento de avaliação;
- Instrumento rigoroso;
- Na dor intensa dar prioridade ao tratamento.

(DGS,2010,p.1)



ESEL
Escola Superior de Enfermagem do Porto

História de dor em Pediatria

Cuidadores e/ou pessoa significativa

- Como descreve as experiências anteriores de dor do seu filho?
- Como sabe que o seu filho tem dor?
- Quando o seu filho sente dor ele costuma contar-lhe a si e aos outros?
- Existe alguma(s) palavra(s) que o seu filho utilize quando sente dor?
- Quando o seu filho sente dor, o que normalmente realiza para o seu alívio?
- Quais as medidas que considera mais eficazes para a promoção do conforto e alívio da dor do seu filho?
- Relativamente à relação do seu filho com a dor, existe algum aspeto em particular que considera importante partilhar?

Criança e Jovem

- Algum dia sentiste dor? Se sim, quando e porquê?
- Qual a pior dor que algum dia já sentiste?
- O que costumavas fazer quando sentes dor? E como reages?
- Quando sentes dor costumavas contar a alguém? Se sim, a quem?
- Existe alguém ou algo que prefiras ter a teu lado quando sentes dor?
- O que esperas que os teus pais ou cuidadores façam quando sentes dor?
- O que esperas da parte dos profissionais de saúde quando sentes dor?
- Existe alguma coisa especial que me queiras contar sobre quando sentes dor?



- Esta permite quantificar a sensação dolorosa por via de instrumentos seguros e previamente validados considerando:
 - Tipo de dor
 - Estádio de desenvolvimento da criança (Idade)
 - Contexto como ocorre a dor
- Existem 2 tipos de avaliação
 - Heteroavaliação
 - Autoavaliação

O diagrama apresenta três etapas de avaliação da dor, cada uma em um retângulo colorido com uma imagem circular no topo:

- OBSERVAR** (retângulo verde): Imagem de uma criança segurando uma flor. Abaixo, o texto indica: "Comportamentos" e "Respostas fisiológicas".
- OUVIR** (retângulo amarelo): Imagem de uma criança sorrindo. Abaixo, o texto indica: "Criança", "Jovem" e "Família".
- AVALIAR** (retângulo laranja): Imagem de um gráfico de linha com setas e um botão. Abaixo, o texto indica: "Instrumentos validados para o efeito".

Uma seta cinza horizontal no fundo conecta os três retângulos, com o texto "Avaliação da dor na criança e no jovem" no centro.

- **Recém-nascidos (0 aos 28 dias)**
 - N-PASS (Neonatal pain, agitation and sedation scale)
 - NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)
 - PIPP (Premature Infant Pain Profile)
 - EDIN (Échelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né)
 - **Até aos 4 anos**
 - FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)
 - **4 aos 6 anos**
 - FALCC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)
 - Escala da faces Wong Baker
 - **Idade superior a 6 anos**
 - Escala de faces Wong Baker
 - Escala Numérica
- 



NIPS: Neonatal Infant Pain Scale

- Escala válida em recém-nascidos até aos 28 dias de vida (IG >24 semanas)

NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)	
	Observador
Temperatura	
1 - Normal	Para cada hora, registre a temperatura
2 - Anormal	Indique a hora, o local, a duração, a causa e o tratamento da alteração da temperatura
Pulso	
1 - Normal	Correlate com a temperatura
2 - Anormal	Indique a hora, o local, a duração, a causa e o tratamento da alteração
Respiração	
1 - Normal	Correlate com a temperatura e o pulso
2 - Anormal	Indique a hora, o local, a duração, a causa e o tratamento da alteração
Estado geral	
1 - Normal	Correlate com a temperatura, o pulso e a respiração
2 - Anormal	Indique a hora, o local, a duração, a causa e o tratamento da alteração
Tratamento	
1 - Analgésico utilizado	Indique a dose, o tempo de administração, o tempo de duração e o efeito
2 - Analgésico não utilizado	Indique a hora, o local, a duração, a causa e o tratamento da alteração
Outros	
1 - Nenhum tratamento	Indique a hora, o local, a duração, a causa e o tratamento da alteração
2 - Tratamento	Indique a hora, o local, a duração, a causa e o tratamento da alteração

(DSG, 2010)

FLACC: Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

- Escala válida em crianças com idade < 4 anos ou sem capacidade de verbalização.

FACE, LOSS, ACTIVITY, CRF, COMORBIDITY (PLACE)									
IDENTIFICAÇÃO					DATA				
					MÊS				
DATA	Nascimento (completo) por extenso ou por ext.		Código de identificação completo ou por extenso, nome, sobrenome, número de série		Número de identificação completo				
PROFISSIONAL	Função (completa) por extenso		Assinatura, legível ou não						
ACTIVIDADES	Atividade (completa) por extenso, código ou por ext.		Atividade (completa) por extenso, código ou por ext.		Atividade (completa) por extenso, código ou por ext.				
CRONO	Atividade (completa) por extenso, código ou por ext.		Atividade (completa) por extenso, código ou por ext.		Atividade (completa) por extenso, código ou por ext.				
COMORBIDIDADE	Síndrome, síndrome		Síndrome, síndrome		Síndrome, síndrome				

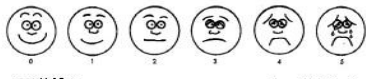
(DSG, 2010)

ESEL Escola Superior de Enfermagem do Porto

Avaliação da dor na criança

Escala de faces Wong Baker

- Escala válida em crianças com idade > 3 anos



Instruções:

- Face 0 está feliz porque não sente nenhuma dor
- Face 1 sente apenas um pouco de dor
- Face 2 com um pouco mais de dor
- Face 3 sente ainda mais dor
- Face 4 já sente muita dor
- Face 5 sente uma dor máxima (explicar à criança que nem sempre provoca choro)

(DSG, 2010)

ESEL Escola Superior de Enfermagem do Porto

Avaliação da dor na criança

Escala Numérica

- Escala válida em crianças com idade > 3 anos



Instruções:

- Deverá ser explicado a criança que num extremo da linha está o 0, que significa que não sente dor nenhuma (0 sem dor).
- No outro extremo está o 10, que significa que a está a sentir a pior dor que já imaginou.
- Assim sendo, os números de 1 a 9 são, desde dor muito pequena até dor muito grande.

(DSG, 2010)

ESEL Escola Superior de Enfermagem do Porto

Perante a Dor

O Enfermeiro é responsável

- Avaliação da dor (recurso a instrumentos validados para o efeito)
- Registo da dor
- Utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio e controlo da dor
- Reavaliação da dor
- Adequação dos métodos utilizados



ESEL Escola Superior de Enfermagem do Porto

Estratégias não farmacológicas

- São o recurso primordial no controlo da dor na criança e no jovem
- Permitem diminuir ou eliminar fatores que podem influenciar a resposta ao desconforto como o **medo** e a **ansiedade**
- Ajudam a criança a sentir que mantém o controlo da situação
- Podem e devem ser associadas a medidas farmacológicas para o alívio da dor
- Eficazes no alívio da dor



ESEL Escola Superior de Enfermagem do Porto

Estratégias não farmacológicas

- Nunca devem ser utilizadas como substituto das medidas farmacológicas
- Devem ser utilizadas **antes, durante e após** os procedimentos dolorosos
- Devem ser selecionadas e utilizadas de acordo com a idade/desenvolvimento da criança tendo em conta os seus interesses e fatores culturais



ESEL Escola Superior de Enfermagem do Porto

Estratégias não farmacológicas

Estratégias não farmacológicas

- Cognitivas
- Comportamentais
- Cognitivo - comportamentais
- Físicas ou periféricas
- Suporte emocional
- Ambientais

ESEL - Estratégias não farmacológicas

Intervenções Cognitivas

- Estratégia que recorre a métodos mentais para o alívio da dor
 - Informação preparatória
 - Mudança de memória
 - Autorrelato positivo e paragem do pensamento
 - Hipnose



(O.E.2013)

ESEL - Estratégias não farmacológicas

Intervenções Comportamentais

- Estratégia que pressupõem o ensino de comportamentos promotores do alívio da dor
 - Dessensibilização
 - Reforço positivo
 - Distração comportamental
 - Relaxamento



(O.E.2013)

ESEL - Estratégias não farmacológicas

Intervenções Cognitivo- Comportamentais

- Associação das anteriores estratégias referidas, utilizando a cognição e o comportamento de forma a modificar a percepção de dor.
 - Distração
 - Modelagem
 - Imaginação guiada



(O.E.2013)

ESEL - Estratégias não farmacológicas

Intervenções Físicas ou Periféricas

- Estratégia que possibilita a redução da intensidade do estímulo doloroso através da redução da inflamação e/ou tensão.
 - Toque
 - Massagem
 - Posicionamento
 - Contenção
 - Método *canguru*



(O.E.2013)

ESEL - Estratégias não farmacológicas

Intervenções de Suporte Emocional

- Estratégia que visa a presença de pessoa significativa que promova conforto a quem experiencia dor.
 - Presença de pessoa significativa;
 - Toque/ conforto;
 - Sucção não nutritiva;
 - Amamentação;
 - Presença do brinquedo de referência



(O.E.2013)

ESEL - Estratégias não farmacológicas

Intervenções Ambientais

- Estratégias que visam a melhoria das condições ambientais onde a dor é experienciada.
 - Promoção de ambiente calmo e acolhedor
 - Diminuição da intensidade da luz e ruído
 - Temperatura confortável
 - Promoção de um ambiente promotor da distração



(O.E.2013)

ESEL Estratégias não farmacológicas

A escolha da estratégia não farmacológica para o alívio da dor

- Tipo de dor
- Características da dor
- Contexto onde ocorre a dor
- Estádio de desenvolvimento

(Linhares & Doca, 2010)

ESEL Estratégias não farmacológicas

Recém-nascido

- Controlo ambiental
- Posicionamento
- Contenção manual
- Presença dos pais ou pessoa significativa
- Sucção não nutritiva
- Sacarose
- Amamentação



ESEL Estratégias não farmacológicas

Lactente

- Controlo ambiental
- Posicionamento
- Contenção manual
- Presença dos pais ou pessoa significativa
- Sucção não nutritiva
- Sacarose
- Amamentação
- Embalar
- Massagem
- Distração (recurso a música, roca)



ESEL Estratégias não farmacológicas

Pré-escolar e Escolar

- Informação antecipatória
- Modelação (simulação do procedimento)
- Presença dos pais ou pessoa significativa
- Presença do brinquedo de referência
- Imaginação guiada
- Distração (recurso a brinquedos coloridos, livros, balões)
- Massagem (potenciando o relaxamento muscular)
- Musicoterapia
- Aplicação de calor e frio
- Relaxamento muscular (massagem e exercícios respiratórios)
- Reforço positivo



ESEL Estratégias não farmacológicas

Adolescência

- Informação antecipatória
- Controlo ambiental
- Relaxamento muscular (massagem e a exercícios respiratórios)
- Imaginação guiada
- Musicoterapia
- Aplicação de calor e frio
- Distração a seu gosto



ESEL O que devemos sempre evitar...

- Criar uma falsa confiança e tranquilidade na criança
- Frases e/ou expressões que possam ridicularizar a criança
- Gerar elevadas expectativas de força e coragem
- Falar excessivamente sobre os sentimentos
- Focalizar muito a dor e/ou potenciá-la



(Linhares & Doca, 2010 ; Gil, 2012)

APÊNDICE I

Questionário de levantamento de necessidades formativas

Exmo.(a) Colega.

Sou a enfermeira Sara Sofia Rodrigues Chança, aluna do 9ºCurso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem da Lisboa, encontro-me a desenvolver um projeto denominado “**Promoção do Conforto da Criança e do Jovem: Utilização de Estratégias não Farmacológicas na Gestão da Dor Aguda**”, objetivando a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança e jovem que experiencia dor em contexto de Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria.

Assim, e no sentido de realizar um levantamento das necessidades formativas sobre esta temática neste contexto, agradecia a sua colaboração para o preenchimento do presente questionário.

Peço que leia atentamente o questionário e que responda à totalidade das questões.

O meu muito obrigada pela disponibilidade e colaboração.

Questionário:

Para o preenchimento do presente questionário, no caso das questões de resposta fechada coloque um “X” na resposta que pretende selecionar e responda às questões abertas nos espaços em branco.

Parte I - Avaliação da dor na criança e no jovem

1. Na sua prática diária habitualmente recolhe informação sobre a história anterior de dor da criança e do jovem?

Nunca ☐ Por vezes ☐ Sempre ☐

1.1 Se respondeu “nunca” ou “por vezes” indique assinalando a resposta que lhe parece mais adequada.

Falta de tempo ☐
Desconhecimento do que trata a história de dor ☐
Dúvidas acerca da sua utilidade ☐
Outra ☐ Qual? _____

2. Realiza regularmente a avaliação da dor na criança e no jovem?

Nunca ☐ Por vezes ☐ Sempre ☐

3. Das seguintes escalas de avaliação da dor na criança e no jovem abaixo apresentadas selecione as que conhece.

PIPP (*Premature Infant Pain Profile*) ☐
NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) ☐
FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*) ☐
Escala de faces de *Wong-Baker* ☐
EVA (*Escala Visual Analógica*) ☐
EN (*Escala Numérica*) ☐

4. Recorre a alguma das escalas acima indicadas para a avaliação da dor na criança e no jovem?

Sim ☐ Não ☐

Parte II – Intervenções Não Farmacológicas para o alívio e controlo da dor

1. Na sua prática diária recorre a intervenções não farmacológicas para o alívio e controlo da dor na criança e jovem?

Nunca ☐

Por vezes ☐

Sempre ☐

1.1 Se respondeu “nunca” ou “por vezes” indique assinalando a resposta que lhe parece mais adequada.

Falta de tempo ☐

Dúvidas acerca da sua eficácia ☐

Desconhecimento das estratégias não farmacológicas existentes ☐

Dificuldade na seleção de qual a estratégia mais adequada ☐

Outra ☐ Qual? _____

2. Da lista abaixo apresentada, assinale as intervenções não farmacológicas para o alívio da dor na criança e no jovem que conhece?

Posicionamento ☐

Informação antecipatória (explicação prévia do procedimento a realizar) ☐

Simulação (ex. exemplificação em “boneco” do procedimento a realizar) ☐

Aplicação do frio/calor ☐

Sucção não nutritiva ☐

Recurso a Sacarose ☐

Imaginação guiada (ex. pensar num lugar que a criança goste) ☐

Distração (ex. recurso a dispositivos móveis, música e brincadeira) ☐

Relaxamento muscular (ex. exercícios respiratórios) ☐

Reforço positivo (ex. entrega à criança de diploma ou autocolante) ☐

3. Das estratégias não farmacológicas para o alívio da dor na criança e no jovem refira as que mais utiliza na sua prática diária.

4. Na sua prática diária sente dificuldade na seleção das intervenções não farmacológicas mais adequadas a cada criança? (atendendo não só à sua idade como ao estágio de desenvolvimento)

Nunca ☐

Por vezes ☐

Sempre ☐

APÊNDICE II

Análise dos resultados obtidos através de questionário para identificação das necessidades formativas relativas ao controlo da dor na criança e no jovem

Com o objetivo de identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria do Hospital Beatriz Ângelo, relativamente ao controlo da dor na criança e no jovem, foi aplicado um questionário. Importa referir que foram respondidos 27 questionários de um universo de 29 enfermeiros a exercer funções neste contexto. Seguidamente serão apresentados os dados obtidos em percentagem.

No que diz respeito à colheita de informação acerca da **História anterior de dor da criança e do jovem** (quadro I), apenas 11% dos enfermeiros referem nunca recolher este tipo de informação. Dos restantes 89% enfermeiros que recolhem informação acerca da história de dor, apenas 22% o realizam de forma sistemática (sempre), sendo que os restantes 67% referem recolher este tipo de informação pontualmente (por vezes).

Os enfermeiros que responderam “nunca” ou “por vezes” apontam como justificação para a não colheita desta informação o seguinte:

- 26% referem “Falta de tempo”
- 30% referem “Desconhecimento do que trata a história de dor”
- 7 % referem “Dúvidas acerca da sua utilidade”
- Sendo que 15% apresentaram “Outra” como resposta, tendo sido apontada por estes as seguintes justificações:
 - a. Dificuldade na sua aplicação;
 - b. Colhida apenas na doença crónica;
 - c. Pouca valorização da noção de dor por parte da criança.

Os dados acima apresentados permitem concluir que ainda existe algum desconhecimento, não só no que se refere à avaliação da dor, mas também no que se refere à colheita de informação acerca da história anterior de dor da criança e do jovem.

A DGS (2010) refere que a colheita de informação sobre a história anterior de dor na criança e no jovem é a base para o seu controlo, uma vez que é a partir desta que os profissionais poderão traçar um plano eficaz para prevenção e tratamento da dor.

Quadro I – Resultados obtidos por questionários acerca da colheita da história de dor

Parte I - Avaliação da dor na criança e no jovem				
Na sua prática diária habitualmente recolhe informação sobre a história anterior de dor?		Nunca	Por vezes	Sempre
		11%	67%	22%
Se respondeu “nunca” ou por vezes indique assinalando a resposta que lhe parecer mais adequada	Falta de tempo	Desconhecimento do que trata a história de dor	Dúvidas acerca da sua utilidade	Outra: - Dificuldade na sua aplicação - Colhida apenas na doença crónica - Pouca valorização da noção de dor que a criança tem sobre a história de dor
	26%	30%	7%	15%

No que diz respeito à avaliação da dor, todos os profissionais inquiridos referem que a avaliam de forma sistemática, recorrendo para tal à utilização de escalas para a avaliação da sua intensidade (quadro II).

Neste mesmo quadro ainda se encontram os resultados relativos às escalas de avaliação da dor que são reconhecidas pelos enfermeiros constituintes desta equipa, sendo de salientar que as escalas **NIPPS**, **FLACC**, **Escala de Faces Wong-Baker** e **Escala Numérica** já se encontram implementadas neste serviço, de forma informática, possibilitando o seu registo.

Com os dados recolhidos (quadro II) pode-se afirmar que:

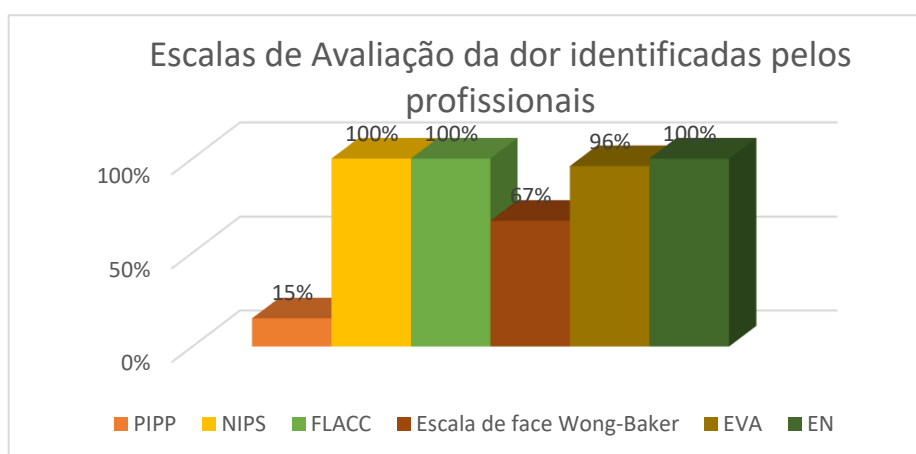
- 15% dos enfermeiros conhecem a escala **PIPP** (não aplicada neste contexto);
- 100% dos enfermeiros conhecem a **NIIPS** (implementada neste contexto, disponível para registo informático, mas sem campo disponível para o seu registo em sinais vitais);
- 100% dos enfermeiros conhecem a **FLACC** (implementada neste contexto, disponível para registo informático, mas sem campo disponível para o seu registo em sinais vitais);
- 67% dos enfermeiros conhecem a **Escala de Faces de Wong-Baker** (implementada neste contexto, disponível para registo informático, sendo esta apresentada em conjunto com a escala numérica, que também não apresenta campo disponível para registo em sinais vitais);
- 96% dos enfermeiros conhecem a **Escala Numérica** (implementada neste contexto e com campo disponível para a sua avaliação em sinais vitais. Informaticamente apresenta-se em conjunto com a escala Visual Analógica).

Quadro II – Resultados obtidos por questionários acerca da avaliação da dor na criança e jovem.

Parte I - Avaliação da dor na criança e no jovem		
Realiza regularmente a avaliação da dor na criança e no jovem?	Sempre	100%
	Nunca	0%
	Por vezes	0%
Das seguintes escalas de avaliação da dor na criança e no jovem abaixo indicadas apresentadas selecione as que conhece.	PIPP (<i>Premature Infant Pain Profile</i>)	15%
	NIPS (<i>Neonatal Infant Pain Scale</i>)	100%
	FLACC (<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability</i>)	100%
	Escala de faces <i>Wong-Baker</i>	67%
	EVA (Escala Visual Analógica)	96%
	EN (Escala Numérica)	100%
Recorre a alguma das escalas acima indicadas para a avaliação da dor na criança e no jovem?	Sim	100%
	Não	0%

Analisando o **gráfico I** abaixo representado, permite-nos afirmar que as escalas mais reconhecidas pelos profissionais de saúde inquiridos são a **NIPS** e a **FLACC** (escalas de heteroavaliação), seguida da **Escala Numérica** (escala de autoavaliação), o que possibilita levantar algumas questões relativamente à correta autoavaliação na criança em estádios de desenvolvimento em que ainda não possuem a capacidade de pensamento abstrato (contar ou ter a noção de grandeza numérica). Tal facto poderá estar relacionado com o desconhecimento que os profissionais possuem sobre a adequada avaliação da dor tendo por base as diferentes faixas etárias e estádios de desenvolvimento em que a criança se encontra.

Gráfico I- Instrumentos de avaliação da intensidade da dor da criança e do jovem



No que diz respeito ao recurso às intervenções não farmacológicas para o controlo e alívio da dor, de todos os enfermeiros inquiridos, 56% referem utilizá-las de forma sistemática (tendo respondido que as utilizam sempre), sendo que 44% referem utilizá-las “por vezes” apontando como justificação para a sua não utilização:

- 15% Enfermeiros referem “Falta de tempo”;
- 11% Enfermeiros referem “Dúvidas acerca da sua eficácia”;
- 15% Enfermeiros referem “Dificuldade na seleção de qual a estratégia mais adequada”;
- 4% Enfermeiros selecionam a opção “outra” apontando como justificação para a sua não utilização a “falta de conhecimento”.

Importa ainda referir que, a esta questão, nenhum dos enfermeiros respondeu que “nunca” utiliza na sua prática diária as intervenções não farmacológicas.

Quadro III – Resultados obtidos por questionários acerca da utilização das intervenções não farmacológicas.

Parte II – Intervenções não farmacológicas para o alívio e controlo da dor		
Da lista abaixo apresentada, assinale as intervenções não farmacológicas para o alívio da dor na criança e no jovem que conhece?	Posicionamento	88%
	Informação antecipatória (explicação prévia do procedimento a realizar)	100%
	Simulação (ex. exemplificação em “boneco” do procedimento a realizar)	74%
	Aplicação de frio/calor	78%
	Sucção não nutritiva	81%
	Recurso à Sacarose	100%
	Imaginação guiada (ex. pensar em lugar que a criança goste)	78%
	Distração (ex. recurso a dispositivos móveis, música e brincadeira)	92%
	Relaxamento muscular (ex. exercícios respiratórios)	67%
	Reforço positivo (ex. entrega à criança de diploma ou autocolante)	100%

Relativamente às intervenções não farmacológicas para o controlo e alívio da dor, pode-se afirmar que, dos enfermeiros inquiridos, nem todos são conhecedores da totalidade das intervenções apresentadas no quadro IV, o que poderá indicar que existe ainda algum desconhecimento nesta área. A análise do quadro abaixo representado revela que, das

intervenções apresentadas, as mais conhecidas são o **reforço positivo** e o **recurso à sacarose** (em ambos os casos referidas por 100% dos enfermeiros inquiridos); sendo apresentadas como as menos conhecidas o **Relaxamento muscular** (67%) seguida da **Simulação** (74%).

Quadro VI– Resultados obtidos por questionário acerca das intervenções não farmacológicas.

Parte II – Intervenções não farmacológicas para o alívio e controlo da dor		
Da lista abaixo apresentada, assinale as intervenções não farmacológicas para o alívio da dor na criança e no jovem que conhece?	Posicionamento	88%
	Informação antecipatória (explicação prévia do procedimento a realizar)	100%
	Simulação (ex. exemplificação em “boneco” do procedimento a realizar)	74%
	Aplicação de frio/calor	78%
	Sucção não nutritiva	81%
	Recurso à Sacarose	100%
	Imaginação guiada (ex. pensar em lugar que a criança goste)	78%
	Distração (ex. recurso a dispositivos móveis, música e brincadeira)	92%
	Relaxamento muscular (ex. exercícios respiratórios)	67%
	Reforço positivo (ex. entrega à criança de diploma ou autocolante)	100%

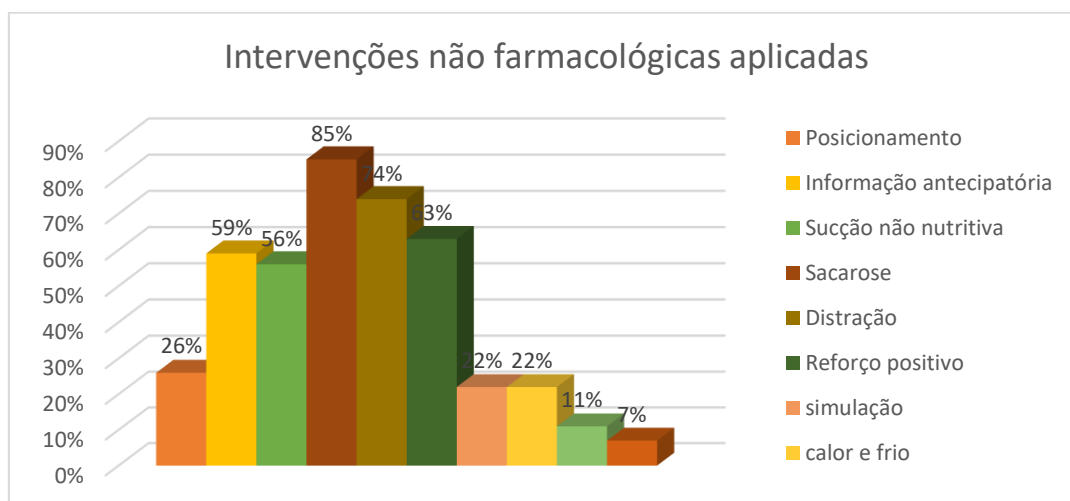
Analisando o quadro V, verifica-se que as intervenções que os enfermeiros aplicam com maior frequência são: o **recurso à sacarose** (85%), seguida da **distração** (74%), **reforço positivo** (62%) e a **informação antecipatória** (59%) Por outro lado, pode ainda ser verificado que as intervenções que os enfermeiros menos referem utilizar, são o **relaxamento muscular** (7%) e a **imaginação guiada** (11%), podendo estes resultados ser explicados novamente pela falta de conhecimento que os enfermeiros ainda detêm nesta área.

Quadro V – Resultados obtidos por questionários acerca das intervenções não farmacológicas.

Parte II – Intervenções não farmacológicas para o alívio e controlo da dor		
Das estratégias não farmacológicas para o alívio da dor na criança e no jovem refira as que mais utiliza na sua prática diária.	Posicionamento	25%
	Informação antecipatória (explicação prévia do procedimento a realizar)	59%
	Simulação (ex. exemplificação em “boneco” do procedimento a realizar)	22%
	Aplicação de frio/calor	22%
	Sucção não nutritiva	56%
	Recurso à Sacarose	85%
	Imaginação guiada (ex. pensar em lugar que a criança goste)	11%

	Distração (ex. recurso a dispositivos móveis, música e brincadeira)	74%
	Relaxamento muscular (ex. exercícios respiratórios)	7%
	Reforço positivo (ex. entrega à criança de diploma ou autocolante)	62%

Gráfico II- Intervenções não farmacológicas aplicadas



No que diz respeito às dificuldades sentidas por estes profissionais na seleção das intervenções não farmacológicas mais adequadas a cada criança, atendendo não só à sua idade, como o próprio estágio de desenvolvimento, 22% dos enfermeiros inquiridos refere que “nunca” sentem dificuldade na sua seleção, 74% referem que por vezes sentem dificuldade e 4% afirma ter sempre dificuldade na adequada escolha deste tipo de intervenções (quadro VI).

Quadro VI– Resultados obtidos por questionários acerca das dificuldades sentidas na seleção da intervenção não farmacológica mais adequada.

Parte II – Intervenções não farmacológicas para o alívio e controlo da dor		
Na sua prática diária sente dificuldades na seleção das intervenções não farmacológicas mais adequadas a cada criança? (atendendo não só à idade, como ao estágio de desenvolvimento)		
Nunca	Por vezes	Sempre
22%	74%	4%

APÊNDICE III

Apresentação da composição e organização do *Kit* da dor

- Material de apoio ao *kit* da dor
(composto por cartões laváveis)
 - Guia orientador para a utilização do *Kit*
 - Instrumentos para avaliação da dor em pediatria.



- Material lúdico e terapêutico para a faixa etária
0-12 Meses:
 - Brinquedos macios, coloridos que produzam sons (rocas, apitos, caixa de musica);
 - Bola com espelhos, macia e que faça som;
 - Livros com musica, texturas e relevo;
 - Musica para bebes (recurso a dispositivo móvel dos pais);
 - Chucha (Sucção nutritiva)
 - Sacarose:
 - Material hospitalar (Mascara, luvas, barrete etc)



■ Material lúdico e terapêutico para a faixa etária **1-3 Anos**:

- Material hospitalar para demonstração e manipulação;
- Boneco para demonstrar procedimento a criança;
- Lápis de cera e papel para desenhar;
- Livros coloridos com histórias e conações;
- Jogos de encaixe;
- Fantoques de dedo;
- Livro (O Ruca está doente);
- Instrumentos musicais e apitos;
- Lápis de cores e papel para desenho;
- Bolas de sabão.



■ Material lúdico e terapêutico para a faixa etária **4-6 Anos**

- Material hospitalar para demonstração e manipulação;
- Boneco para demonstrar procedimento a criança;
- Bolas de Sabão;
- Pensos com motivos infantis;
- Fantoques;
- Jogo *Puzzle*;
- Bolas coloridas;
- Livros de colorir;
- Lápis de cera e papel para desenhar
- Livro (A Martine está doente);
- Diplomas e autocolantes de bom comportamento



- Material lúdico e terapêutico para a faixa etária **7-11 Anos**
 - Material hospitalar para demonstração e manipulação (compressas, pensos, adesivos, seringas, etc.)
 - Bolas de Sabão
 - Bola anti-stress colorida
 - Jogo *Puzzle*
 - Livro (Hoje é dia de Consulta)
 - Livro (O Corpo Humano)



- Material lúdico e terapêutico para a faixa etária **12-18 Anos**:
 - Material hospitalar para demonstração e manipulação
 - Bola anti-stress colorida;
 - Livro (jogos mentais para chicos-espertos)
 - Baralho de cartas;
 - Jogo “UNO”
 - Fones para dispositivos moveis



APÊNDICE IV
Material de apoio ao Kit da dor em material lavável
(Guia orientador para utilização do Kit
Instrumentos para a avaliação da dor em pediatria)

GUIA ORIENTADOR PARA UTILIZAÇÃO DO “KIT DA DOR”

Idade	Estratégia não farmacológica	Brinquedo terapêutico e lúdico
0-12 Meses	-Exploração de objetos que proporcionem sensações de movimento, auditivas, visuais ou táteis; -Contar histórias que permitam a identificação da criança com as situações vividas ou a experimentar; -Simulação dos procedimentos dolorosos com recurso à colocação de pensos, compressas, ligaduras, máscara, barreta na pessoa significativa para o bebé; - Proporcionar que o bebé manipule os materiais acima referidos.	- Brinquedos macios, coloridos que produzam sons (rocas, apitos, caixa de música); - Bola com espelhos, macia e que faça som; - Livros com música, texturas e relevo; - Música para bebés (recurso a dispositivo móvel dos pais); - Chucha (Sucção nutritiva) - Sacarose; - Material hospitalar (Máscara, luvas, barrete etc.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série I, nº6.

Idade	Estratégia não farmacológica	Brinquedo terapêutico e lúdico
1-3 Anos	-Simulação de procedimentos efetuados pela criança através da imitação sobre o que vai acontecer e experimentar (“faz de conta”); -Distração através da perceção visual, auditiva e tátil e olfativa; -Distração proporcionada pela concentração em jogos de construção; -Contar histórias que permitam a identificação da criança com as situações vividas ou a experimentar; - Recurso ao desenho e pintura (Arte terapia).	-Material hospitalar para demonstração e manipulação; -Boneco para demonstrar procedimento a criança; -Lápis de cera e papel para desenhar; -Livros coloridos com histórias e conações; -Jogos de encaixe; -Fantoches de dedo; -Livro (O Ruca está doente); -Instrumentos musicais e apitos; -Lápis de cores e papel para desenho; -Bolas de sabão.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série I, nº6.

Idade	Estratégia não farmacológica	Brinquedo terapêutico e lúdico
4-6 Anos	-Dramatização das situações já vividas ou que irá experimentar; representando situações partir de informações dadas sobre as rotinas hospitalares e procedimentos a ser realizados; -Distração através da percepção visual, auditiva e tátil; -Distração proporcionada pela concentração em jogos de construção; -Recurso ao desenho e pintura (Arte terapia) -Promoção de exercícios de relaxamento (exercícios respiratórios) e contração e descontração muscular. -Valorização das atitudes de cooperação e controlo da situação (reforço positivo).	-Material hospitalar para demonstração e manipulação; -Boneco para demonstrar procedimento a criança; -Bolas de Sabão; - Pensos com motivos infantis; - Fantoques; -Jogo <i>Puzzle</i>; -Bolas coloridas; -Livros de colorir; -Lápis de cera e papel para desenhar - Livro (A Martine está doente); -Diplomas e autocolantes de bom comportamento.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série I, nº6.

Idade	Estratégia não farmacológica	Brinquedo terapêutico e lúdico
7-11 Anos	-Explicação preparatório com recurso a demonstração dos procedimentos; -Proporcionar e incentivar a criança a manipular o material disponível; -Recurso a estratégias de distração (jogos leitura); -Promover a visualização de partes do corpo envolvidas nos procedimentos; -Promoção de exercícios de relaxamento (exercícios respiratórios) e contração e descontração muscular.	-Material hospitalar para demonstração e manipulação (compressas, pensos, adesivo, seringas, etc); -Bolas de sabão; -Bola anti-stress colorida; -Jogo <i>Puzzle</i>; -Livros (Hoje é dia de consulta); -Livro(O corpo Humano).

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série I, nº6.

Idade	Estratégia não farmacológica	Brinquedo terapêutico e lúdico
12-18 Anos	-Explicação preparatório com recurso a demonstração dos procedimentos; -Utilização do Humor; - Recurso a distração; -Recuso a leitura; -Promoção de exercícios de relaxamento (exercícios respiratórios) e contração e descontração muscular	-Material hospitalar para demonstração e manipulação -Bola anti-stress colorida; -Livro (jogos mentais para chicos-espertos) -Baralho de cartas; -Jogo “UNO” - Fones para dispositivos moveis.

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série I, nº6.

Instrumentos para Avaliação da Dor em Pediatria



Realizado por : Sara Sofia Rodrigues Chança

Enfermeiro Orientador : Enfermeira Rosa Pereira e Enfermeira Susana Rodrigues

Docente Orientador: Profª. Doutora Mª Teresa Magão

Escalas de Heteroavaliação:

- **NIPS** (*Neonatal Infant Pain Scale*)
- **FLACC** (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*)

NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*)

- Escala válida em Recém-nascidos até aos 28 dias de vida (IG >24 semanas)

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

Legenda:

- Avaliação do comportamento da criança, atribuindo um valor compreendido entre 0-1, à exceção do choro que é avaliado entre 0-2.
- Soma da pontuação atribuída, num total máximo de 7 valores.

FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*)

- Escala válida em crianças com idade < 4 anos ou sem capacidade de verbalização.

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

Legenda:

Score 1-3: Dor ligeira

Score 4-6: Dor moderada

Score 7-10: Dor grave

© The Regents of the University of Michigan

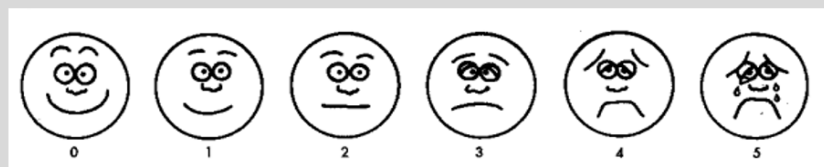
Fonte: (DGS,2010)

Escalas de Autoavaliação

- Escala de faces *Wong Baker*
- Escala Numérica

Escala de faces *Wong Baker*

- Escala válida a partir dos 3 anos



Instruções:

Face 0 está feliz porque não sente nenhuma dor

Face 1 sente apenas um pouco de dor

Face 2 com um pouco mais de dor

Face 3 sente ainda mais dor

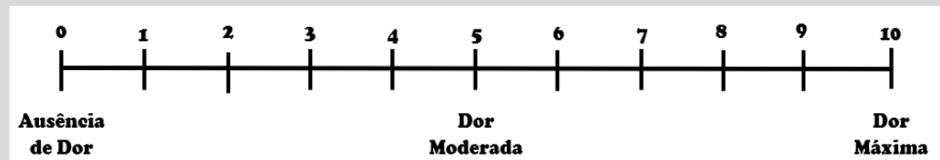
Face 4 já sente muita dor

Face 5 sente uma dor máxima (explicar a criança que nem sempre provoca choro)

Fonte: (DGS,2010)

Escala Numérica

- Escala válida a partir dos 6 anos



Instruções:

- Deverá ser explicado a criança que num extremo da linha está o 0, que significa que não sente dor nenhuma (0 sem dor).
- No outro extremo está o 10, que significa que a está a sentir a pior dor que já imaginou.
- Assim sendo os números de 1 a 9 são desde dor muito pequena até dor muito grande.

Fonte: (DGS,2010)

Bibliografia

- Direção Geral da Saúde (2010). Orientação técnica sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação nº14/2010. Lisboa. DGS

APÊNDICE V

Avaliação da ação de formação

Designação da ação de formação: Controlo da Dor em Pediatria: Estratégias não farmacológicas no alívio da dor em procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos.

Data:

Horário: **Formação em contexto de trabalho** ☒

Local:

Grupo profissional do formando:

Função ou cargo do formando:

A sua opinião sobre esta ação de formação é muito importante pois permite-nos aferir em que medida satisfizemos as suas expectativas e como podemos melhorar o nosso desempenho em futuras ações de formação.

Por favor, assinale com X a resposta que considera mais adequada de acordo com a seguinte escala:

Escala de avaliação

Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado	Não aplicável
1	2	3	4	5	N/A

Considerando sempre o seu grupo profissional, função ou cargo, como avalia:

1. Ação de formação em geral

- a. Importância e utilidade do tema da ação na realização das suas atividades
- b. Adequação da duração da ação
- c. Efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas
- d. Qualidade da ação relativamente às melhores ações já frequentadas

1	2	3	4	5	N/A

4. Formadores

1	2	3	4	5	N/A

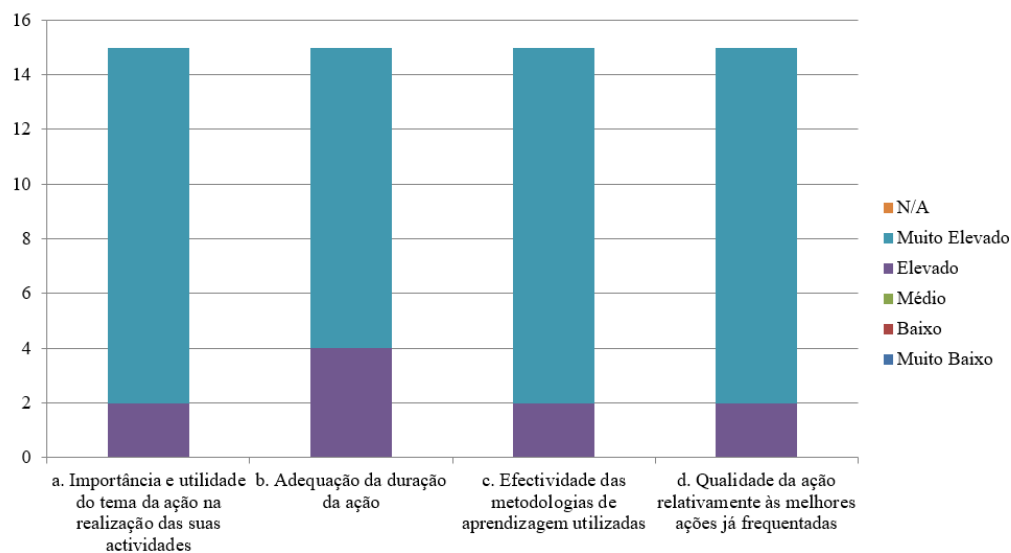
1	2	3	4	5	N/A

[illegible]

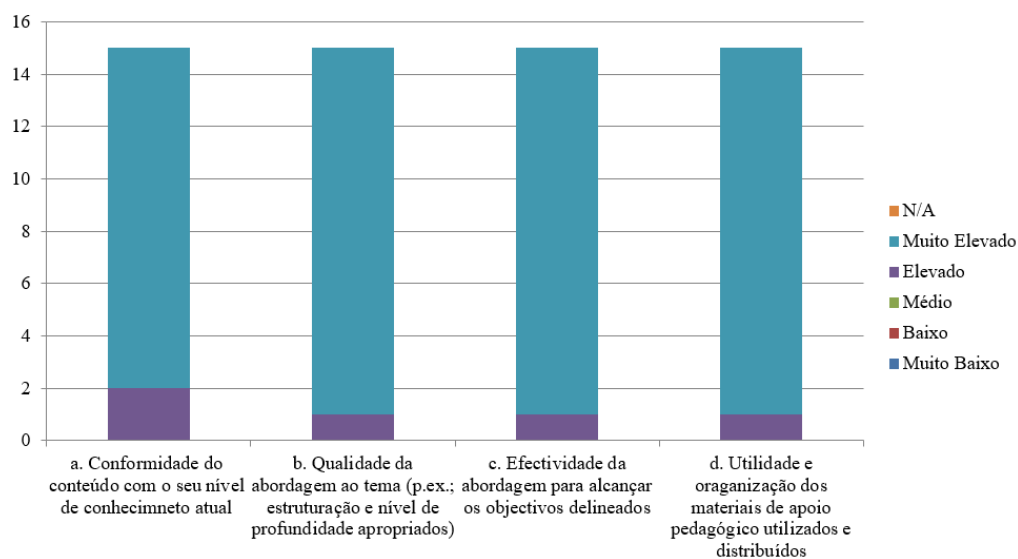
APÊNDICE VI

Tratamento de dados da Avaliação da formação em contexto de Internamento de pediatria: Controlo da Dor em Pediatria: Estratégias não farmacológicas no alívio da dor em procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos

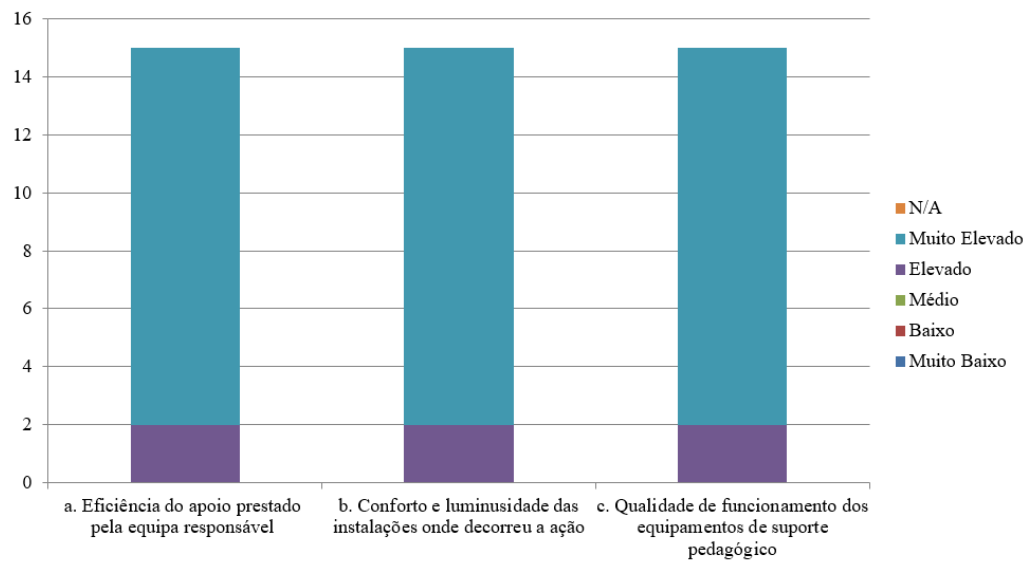
1. Ação de formação em geral



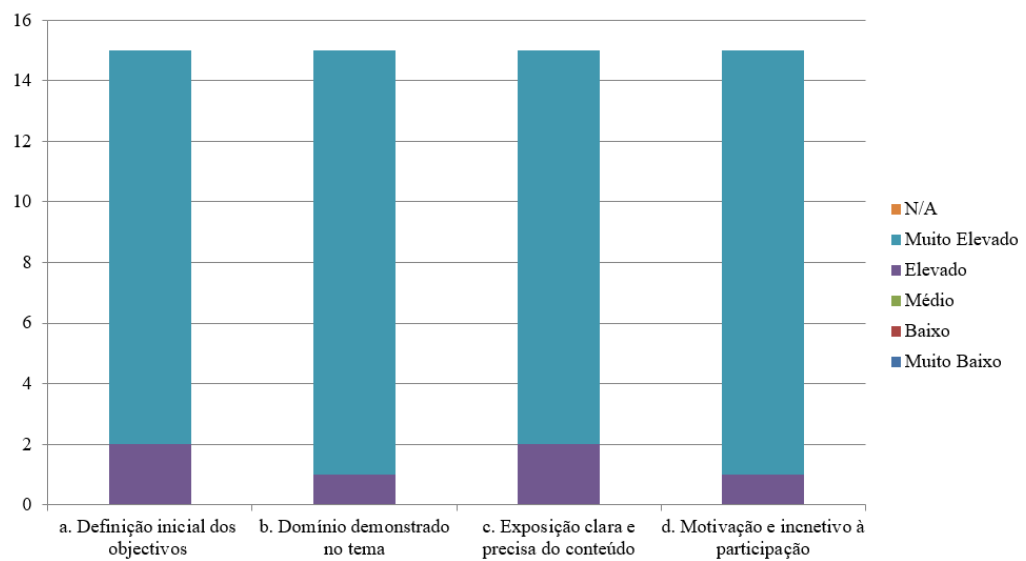
2. Conteúdo da ação de formação



3. Organização e logística



4. Formadores



APÊNDICE XIV
Colheita de História de Dor

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

Colheita de História de Dor

Discente:

Sara Sofia Rodrigues Chança

Docente orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão

LISBOA

Janeiro de 2019

A **Ordem dos Enfermeiros** e a **Direção Geral da Saúde** recomendam que a realização da colheita da história da dor seja realizada na avaliação inicial da criança e do jovem, uma vez que esta permite orientar não só a avaliação como o próprio controlo da dor na criança e no jovem.

A DGS (2010) refere ainda que esta colheita de informação deverá ser realizada recorrendo a todas as fontes de **informação documentais disponíveis, observação e entrevista** à criança e/ou pessoa significativa.

Importando assim referir:

- **Idade inferior a 3 anos** ou **caso não seja possível reunir informação com a criança**, esta deverá ser realizada com os cuidadores e/ou pessoa significativa.

- **Idade igual ou superior a 3 anos**, a informação deverá ser colhida com a criança contemplando os cuidadores se existir necessidade.

Cuidadores e/ou Pessoa Significativa

- Como descreve as experiências anteriores de dor do seu filho?
- Como sabe que o seu filho sente dor?
- Quando o seu filho sente dor ele costuma contar-lhe a si e aos outros?
- Existe alguma(s) palavra(s) que o seu filho utilize quando sente dor?
- Quando o seu filho sente dor o que normalmente realiza para o seu alívio?
- Quais as medidas que considera mais eficazes para a promoção do conforto e alívio da dor do seu filho?
- Relativamente à relação do seu filho com a dor, existe algum aspeto em particular que considera importante partilhar?

Criança e Jovem

- Algum dia sentiste dor? Se sim quando e porque?
- Qual a pior dor que algum dia já sentiste?
- O que costumavas fazer quando sentes dor? E como reages?
- Quando sentes dor costumavas contar a alguém? Se sim a quem?
- Existe alguém ou algo que prefiras ter a teu lado quando sentes dor?
- O que esperas que os teus pais ou cuidadores façam quando sentes dor?
- O que esperas da parte dos profissionais de saúde quando sentes dor?
- Existe alguma coisa especial que me queiras contar sobre quando sentes dor?

Referências Bibliográficas:

Direção-Geral da Saúde (2010). *Circular Normativa Nº 014/2010*. Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças. Acedido em: 10-10-2018.

Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia orientador de boa prática - Dor*. Cadernos OE, Série I, (1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Volume II)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE XV

**Proposta de Norma de Procedimento (Administração de Sacarose a 24% por via
oral)**

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

**Proposta de Norma de Procedimento (Administração de
Sacarose a 24% por via oral**

Discente:

Sara Sofia Rodrigues Chança

Docente orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão

LISBOA

Janeiro de 2019

Nome:

Administração de Sacarose a 24% por via oral

Objetivo:

Uniformizar as intervenções de Enfermagem no controlo da dor aguda em Recém-nascidos e Crianças submetidas a procedimentos dolorosos.

Destinatários:

Enfermeiros e Médicos do Serviço de Urgência de Pediatria, Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos e Consulta Externa de Pediatria.

Sacarose:

A sacarose a 24% é um dissacarídeo constituído por frutose e glicose, descrito como mais “doce” do que a lactose e a glicose.

O recurso à sua administração oral durante procedimentos terapêuticos e/ou de diagnósticos em recém-nascidos e em crianças até a ano de vida é considerada uma intervenção não farmacológica para o alívio da dor cientificamente comprovada e considerada como eficaz e segura.

A sua utilização reduz as respostas físicas e comportamentais à dor infligidas durante os procedimentos que geram dor de intensidade ligeira ou moderada, sendo ainda considerada como adjuvante no tratamento da dor intensa.

O efeito analgésico deste produto é mediado pelas papilas gustativas presentes na língua, onde a sensação de sabor doce irá estimular a libertação de endorfinas (opioides endógenos) que “ocupam” os recetores específicos (nociceptores) bloqueando assim a resposta à dor.

A utilização da sacarose combinada com a sucção não nutritiva (com recurso a chucha e/ou dedo com luva promovendo movimentos de sucção ritmados), o adequado posicionamento da criança, o contacto pele a pele e a presença da pessoa significativa potenciam o seu efeito analgésico.

Formulação:

Sacarose (24%) em água bidestilada (2ml)



Figura 1. Unidose de Sacarose para administração oral (2ml)

Indicações:

Indicado na grande maioria dos procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos identificados neste contexto:

- Punção venosa (colheita de sangue ou colocação de acesso venoso periférico)
- Punção arterial
- Punção do calcanhar (realização de gasimetrias capilares)
- Punção para avaliação de glicemia capilar
- Administração de terapêutica subcutânea e intramuscular
- Punção lombar
- Punção supra púbica
- Algaliação
- Entubação nasogástrica
- Realização de penso
- Remoção de todo o material de pensos e elétrodo
- Outros

Contra- Indicações:

- Hiperglicemia
- Intolerância à frutose ou à glicose
- Criança sob sedação
- Se criança em pausa alimentar não realizar mais de 2ml de sacarose.

Efeitos Adversos

- Risco de aspiração
- Hiperglicémica
- Risco de flatulência

Procedimento:

- Verificar se na situação particular da criança é possível o recurso à sacarose (certificação da não existência de contraindicações);
- Realizar o cálculo prévio da dose indicada tendo por base a idade e peso do recém-nascido e/ou criança;
- Fornecer informação antecipatória aos pais e/ou pessoa significativa acerca do procedimento a realizar, bem como sobre o recurso à administração oral da sacarose;
- Dar possibilidade de escolha aos pais ou pessoa significativa para a sua participação durante o procedimento;
- Preparar o recém-nascido e/ou criança para o início do procedimento com o correto posicionamento, ponderando sempre a utilização de outras medidas não farmacológicas para o alívio e controlo da dor como a contenção e o contacto pele a pele;
- Iniciar a administração da sacarose oral 2-5 minutos antes do início do procedimento doloroso e/ou potencialmente doloroso (pico de ação aos 2 minutos);
- Proceder a administração de 1 a 2 gotas na região anterior da língua (localização dos recetores responsáveis pela identificação do sabor doce), podendo nesta fase recorrer a utilização da chucha para promoção da sucção não nutritiva;
- Durante o mesmo procedimento poderá ser necessário repetir a administração da sacarose, contudo é fundamental que não seja excedida a dose máxima recomendada;
- Realizar registo de dose administrada, motivo de administração e a hora de administração;
- Realizar o registo da eficácia da sacarose no alívio da dor.

Dose:

Dose Máxima de Utilização	Dose em Mililitro
Recém-nascido de 27-31 Semanas	0,5ml
Recém-nascido de 32-36 Semanas	1ml
Recém-nascido de Termo	2ml
Em procedimentos superiores a 60 segundos fracionar em intervalos de 30 a 60 segundos	

Nota: No recém-nascido prematuro apenas realizar até 4 tomas, sendo que no recém-nascido de termo poderá ser administrada até 6 tomas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Direcção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa nº 9/DGCG: A dor como 5º sinal vital: Registo sistémico da intensidade da dor*. Acedido em:15-10-2018 Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2008). *Circular Normativa Nº 11/DSCS/DPCD: Programa nacional controlo da dor*. Acedido em:20-05-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2010). *Circular Normativa Nº 014/2010*. Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças. Acedido em: 10-10-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2012a). *Circular Normativa N.º 022/2012*. Orientações técnica sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos). Acedido em: 10-10-2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- Gaspardo, C. M., Linhares, M. B. e Martinez, F. E. (2005). A eficácia da sacarose no alívio da dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria*, 81 (6),435-442. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v81n6/v81n6a05.pdf>
- Harrison, D. (2008). *Oral sucrose for pain management in infants:Myths and misconceptions*. *Journal of Neonatal Nursing*, 14,39-40. **Doi:** <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2007.12.002>
- Hockenberry, M.J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M. J. Hockenberry. & D. Wilson. (Eds.). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*, (9ª ed., Vol I, pp. 1-20). Loures: Lusociência.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e gestão da dor na criança. In M. J. Hockenberry. & D.Wilson. (Eds.) *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*, (9ª ed., Vol I, pp. 188-235). Loures: Lusociência.

Marcatto, J;Tavares,E; Silva,Y (2011).Benefícios e limitações da utilização da glicose no tratamento da dor em neonatos: revisão de lieteratura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 23 (2),228-237.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia orientador de boa prática - Dor*. Cadernos OE, Série I, (1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Volume I)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade nos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 20-04-2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadrosqualidadecuidadosespecializadosenfermagemsaudecriancajovem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Stevens B; Yamada J & Ohlsson A. *Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures*. In: The Cochrane Library,Oxford. **Doi:** <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001069.pub5>

APÊNDICE XVI
Estrutura Taxonómica -Teoria de Conforto de Kolcaba aplicada aos
vários contextos de prática.

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular: Estágio com relatório

**Estrutura Taxonómica -Teoria de Conforto de Kolcaba
aplicada aos vários contextos de prática**

Discente:

Sara Sofia Rodrigues Chança

Docente orientador:

Professora Doutora Maria Teresa Gouvêa Magão

LISBOA

2019

Prática de Cuidados em Centro de Desenvolvimento Infantil

Tipo de Conforto

Contexto onde é experienciado o Conforto

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	Recurso a um tom de voz calmo e adequado a situação Identificação dos procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos Mobilização de estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor	Durante os procedimentos dolorosos recuso a técnicas de distração, imaginação guiada, musicoterapia	
Psicoespiritual	Recurso a um tom de voz calmo e adequado a situação		
Ambiental	Promoção de um ambiente calmo e acolhedor para a criança e seus cuidadores	Prestação de cuidados regidos por princípios de respeito pela individualidade e privacidade da criança	
Sociocultural			Otimização das potencialidades de desenvolvimento e adaptação da criança, jovem e da sua família

Prática de Cuidados em Cuidados Intensivos Neonatais

Tipo de Conforto

Contexto onde é experienciado o Conforto

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	- Aplicação de técnicas de posicionamento -Aplicação de contenção -Mobilização de estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor	-Recurso e incentivo ao toque terapêutico -Recurso a massagem em situações clínicas que o permitam	
Psicoespiritual		Incentivo ao recurso do método de <i>Canguru</i> Incentivo ao aleitamento materno	
Ambiental		- Planeamento regular dos cuidados de forma a concentrar as manipulações do Recém-nascido. - Controlo regular da temperatura e luminosidade da sala e das incubadoras - Controlo do ruído na sala de enfermagem	
Sociocultural			- Promoção da vinculação por via da capacitação e envolvimento dos pais e/ou cuidadores na prestação de cuidados ao Recém-nascido

Prática de Cuidados em Cuidados de Saúde Primários

Tipo de Conforto

Contexto onde é experienciado o Conforto

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	- Mobilização de estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor.		
Psicoespiritual		- Promoção de cuidados baseados na escuta ativa - Proporcionar aos pais espaço para que possam expor os seus sentimentos, medos e dúvidas	
Ambiental	- Promoção de um ambiente terapêutico e seguro de prestação de cuidados à criança (sala colorida, com motivos infantis, temperatura adequada)	- Promoção de um ambiente terapêutico - Promoção de momentos de educação para a saúde sobre por exemplo. Aleitamento materno, vacinação e prevenção de acidente	
Sociocultural		- Promoção de uma relação próxima e terapêutica na prestação de cuidados	- Promoção da vinculação por via da capacitação e envolvimento dos pais e/ou cuidadores na prestação de cuidados ao Recém-nascido - Otimização das potencialidades de desenvolvimento da criança, jovem e da sua família

Prática de Cuidados em Serviço de Urgência Pediátrica

Tipo de Conforto

Contexto onde é experienciado o Conforto

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	Recurso a um tom de voz calmo e adequado a situação Identificação dos procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos Mobilização de estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor	Durante os procedimentos dolorosos recuso a técnicas de distração, imaginação guiada, musicoterapia	
Psicoespiritual			Encaminhamento e fornecimento da apoio aos pais e cuidadores da criança
Ambiental	- Promoção de um ambiente terapêutico e seguro de prestação de cuidados à criança (sala colorida, com motivos infantis, temperatura adequada)		
Sociocultural		Promoção de cuidados baseados na escuta ativa Estabelecimento de uma relação de proximidade entre cuidadores e profissionais de saúde Valorização dos medos e preocupações dos pais e/ou cuidadores da criança/jovem	

Prática de Cuidados em Serviço de Internamento de Pediatria

Tipo de Conforto

Contexto onde é experienciado o
Conforto

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	Recurso a um tom de voz calmo e adequado a situação Identificação dos procedimentos dolorosos e/ou potencialmente dolorosos Mobilização de estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto e alívio da dor		
Psicoespiritual		- Promoção de cuidados baseados na escuta ativa - Proporcionar aos pais espaço para que possam expor os seus sentimentos, medos e dúvidas	
Ambiental	Promoção de um ambiente terapêutico e seguro de prestação de cuidados à criança (espaço colorido, com motivos infantis, temperatura adequada)		
Sociocultural			