

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**O Processo de cuidados de enfermagem na dor da criança:
Indicadores de qualidade**

Ângela Sofia de Oliveira e Silva Baptista

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**O Processo de cuidados de enfermagem na dor da criança:
Indicadores de qualidade**

Ângela Sofia de Oliveira e Silva Baptista

Professora Maria Teresa Oliveira Marçal Gonçalves Novo

2014



LISTA DE SIGLAS

ADPM – Atraso do Desenvolvimento Psico Motor

CHKS - *Caspe Healthcare Knowledge Systems*

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DESS – Douleur Enfant San Salvador

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESCJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

EAN – Escala de Avaliação Numérica

FLACC – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability.

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

FPS-R – *Faces Pain Scale - Revised*

GOBP - Guia Orientador de Boa Prática

GOBP ESIP - Guia Orientador de Boa Prática Saúde Infantil e Pediátrica

GOBP ENFCDC - Guia Orientador de Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor da Criança

HDE – Hospital Dona Estefânia

HFF – Hospital Fernando Fonseca

MCEESIP – Mesa do colégio da especialidade de enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NIPS – Neonatal Infant Pain Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPS – Objective Pain Scale

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNCD – Programa Nacional de Controlo da Dor

PENPCDor – Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PQCE – Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem

RCEEESCJ – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

RMDE – Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

RPQCEESCJ - Regulamento de Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

SIE – Sistema de Informação de Enfermagem

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

ABREVIATURAS

Enf^a - Enfermeira

Et al - outros

RESUMO

No percurso formativo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, ambicionando responder a necessidades evolutivas da profissão e apelando a uma realidade vivenciada profissionalmente, propus-me desenvolver um projeto sobre a problemática do controlo da dor na criança. Assim, no estágio curricular, desenvolvi atividades com o objetivo de contribuir para a qualidade do exercício profissional de enfermagem na resposta à dor da criança.

Tendo sido convidada a participar no Projeto de Melhoria Continua do Departamento de Pediatria, que pretende a produção de evidência sobre as práticas de controlo da dor, desde cedo houve confluência entre os meus objetivos de aprendizagem e os institucionais, no sentido da melhoria da qualidade de vida da criança e do exercício profissional. Assim, as atividades realizadas foram compreendidas neste grande esforço comum.

É perentório, clarificar o papel do enfermeiro no controlo da dor da criança, explicitando a essência dos cuidados de enfermagem, pelo que, num primeiro passo, foram esclarecidos os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem, contribuindo para um quadro de referência estruturado do serviço de pediatria, caracterizador da filosofia e missão protelada pelo serviço.

Analisou-se o estado da arte relativo à dor no serviço de pediatria e, face às condições e lacunas encontradas elaborou-se uma proposta de atuação em resposta a este foco, assente numa dinâmica de processo de cuidados. A clarificação das etapas do processo de cuidados para o controlo da dor, foi a base para uma estrutura mínima de dados que refletisse os cuidados prestados pelos enfermeiros. Por fim, foi elaborada uma proposta de indicadores de qualidade orientados para a singularidade dos cuidados relativos ao foco da dor da criança, passo indispensável para a visibilidade dos ganhos decorrentes dos cuidados de enfermagem.

No âmbito das competências do enfermeiro especialista, deu-se ainda especial enfoque nas áreas do desenvolvimento infantil e da educação alimentar.

A visão sistémica da Teoria de Betty Neuman marcou o percurso realizado contribuindo para uma perspetiva mais abrangente e profunda das problemáticas abordadas.

Palavras-Chave: Criança; Dor; Indicadores de Qualidade; Processo de Enfermagem; Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem.

ABSTRACT

Within the scope of the Masters Course in Nursing Specialization in Children's Health and Paediatrics, aiming to meet the changing needs of the profession and appealing to a reality experienced professionally, it was my objective to develop a project on the issue of pain control in children. Therefore, in the curricular internship, I have developed activities with the objective of contributing to the quality of the professional practice of nursing in response to pain in children.

Having been invited to participate in the Project of Continuous Improvement in the Paediatric Department, that aims the production of evidence on the pain control practice, since early there was a confluence between my learning objectives and the institutional objectives, towards the improvement of the children's quality of life and of the professional practice. Accordingly, the activities performed were included in this great common effort.

It is imperative to clarify the nurse's role in the pain control of the child, specifying the essence of the nursing care so that, in a first step, the metaparadigmatic concepts of nursing are clarified, contributing to a structured framework of the paediatrics department, which characterizes the philosophy and mission of the department.

The state of the art was analysed in relation to pain in the paediatrics department and, in face of the conditions and gaps found, an action proposal in response to this focus was designed, based on a dynamic process of care . The clarification of the stages of the care process for the pain control, was the basis of a minimal structure of data that reflected the care provided by the nurses. Finally, a proposal of the quality indicators was developed focused on the uniqueness of care related to the focus of the pain in the children, indispensable step towards the visibility of the benefits that arise from the nursing care.

Within the competencies of the specialist nurse it was also given special focus in the areas of child development and feed education.

The systemic view of Betty Neuman's Theory had an impact on the work performed, contributing to a more broad and deeper perspective of the addressed issues.

Keywords: Child; Pain; Quality Indicators; Nursing Process; Minimum Resume of Nursing Data.

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS

INTRODUÇÃO	11
1.CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA RESPOSTA À DOR DA CRIANÇA: PROPOSTA DE INDICADORES DE QUALIDADE	16
1.1. Proposta de um Quadro de Referência de Enfermagem para o serviço de pediatria	16
1.1.1 Análise do Quadro de Referência em Uso: Perspetiva Nacional e Local.....	17
1.1.2 Uma proposta de filosofia de cuidados e dos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem da criança e do jovem.....	21
1.2. Participação no projeto de melhoria contínua do departamento de pediatria: percurso no âmbito do foco dor.	24
1.2.1. Análise do estado da arte: Diagnóstico, Intervenções de enfermagem e sua documentação.....	26
1.2.2. Uma proposta de mudança nas práticas de controlo da dor.....	33
1.2.3. Proposta de indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito do controlo da dor.....	42
2. OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS NO ÂMBITO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA	45
2. 1. Avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem numa perspetiva sistémica	46

2.2. A promoção de saúde no contexto escolar: a questão da obesidade.....	51
3. CONCLUSÃO.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I – Guião de Observação e Registo à Luz da Teoria Sistémica

APÊNDICE II - Questionário de colaboração dos enfermeiros do serviço de pediatria para o seu quadro de referência

APÊNDICE III - Proposta dos Conceitos Metaparadigmáticos de Enfermagem da Criança e do Jovem e de Filosofia de Cuidados

APÊNDICE IV - Análise do Estado da Arte: Lacunas dos procedimentos analisados

APÊNDICE V - Proposta de Alteração ao Procedimento Institucional sobre Avaliação da Dor

APÊNDICE VI - Instrumento de apoio para os enfermeiros durante a avaliação da dor

APÊNDICE VII - Proposta de Reformulação ao SIE relativamente ao Diagnóstico de Dor

APÊNDICE VIII - Proposta de Indicadores de Qualidade para o Departamento de Pediatria

APÊNDICE IX - Formações Realizadas

APÊNDICE X - Formação Planeada

ANEXOS I – Publicação original da escala *Wong Baker* (1983)

INTRODUÇÃO

O presente relatório, pretende refletir o resultado das experiências e aprendizagens desenvolvidas no estágio curricular, inerente ao Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria.

Numa lógica integradora dos saberes decorrentes do presente percurso formativo, bem como do exercício profissional em contexto clínico, foi previamente proposto o desenvolvimento de um projeto de estágio. Este assentou na necessidade de resolução de uma problemática real e pertinente para as necessidades evolutivas do contexto de trabalho e da profissão de enfermagem, e suportou o planeamento da experiência de estágio. No meu caso particular, a problemática prende-se com o controlo da dor na criança. A sua identificação, resultou de uma reflexão inicial sobre os problemas com os quais me tenho deparado ao longo do meu percurso profissional, destacando-se, pela sua frequência e intensidade, as manifestações sugestivas de desconforto da criança como, o choro, o olhar de desespero, os movimentos corporais de defesa e de agitação, isto é, comportamentos caracterizadores da dor, em consonância com o referido pela CIPE, Versão 2 (2010, p.50).

Outro motivo que conduziu à seleção desta problemática, foi a vontade de contribuir para a evolução da profissão, contribuir para um cuidado de enfermagem mais competente. Da revisão bibliográfica prévia à experiência de estágio, pude comprovar uma manifesta necessidade de sensibilização e formação dos profissionais de saúde para um efetivo controlo da dor pediátrica. Os autores referem que apesar de existir o reconhecimento dos direitos das crianças perante a evidência de dor, ainda não tiveram lugar mudanças significativas e generalizadas ao nível da prática de cuidados. Clarificar o papel do enfermeiro no controlo da dor da criança, explicitando e definindo a natureza e função dos cuidados de enfermagem é fundamental para implementar a sua melhoria, fazendo por contrariar a realidade presente em que se continua a assistir ao sofrimento e às repercussões da dor na saúde das crianças, muito associado à ainda escassa investigação de

campo e conseqüente falta de sensibilização e formação dos profissionais, tal como nos é referido por Batalha (2010, p.105).

Acredito no desenvolvimento da profissão, e considero a colaboração na produção de estruturas de idoneidade nos contextos de prática clínica uma responsabilidade. Assim, desempenho a função de dinamizadora da qualidade no serviço de pediatria, e em conjunto com os órgãos competentes, faço por assegurar que o serviço assuma um papel ativo na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Neste contexto, houve uma solicitação da direção de enfermagem para a necessidade de definir novos indicadores de qualidade para o serviço de pediatria, associado à implementação de um projeto de melhoria contínua, em consonância com as necessidades expressas pela OE e, a nível internacional, pela OMS e pelo CIE, justificando a produção de indicadores que revelem um exercício profissional de qualidade. . Atualmente os indicadores de qualidade definidos são: Mortalidade, Demora média, Ocorrências (acidentes e incidentes, apenas os relacionados com úlceras de pressão e quedas) e Reclamações realizadas. Estes mostram-se insuficientes, na medida em que existem problemas e focos de atenção de enfermagem, entre os quais os relativos à dor, que exigem indicadores adequados aos cuidados de enfermagem no contexto particular do serviço de pediatria. Em consonância com o que refere Pereira (2007), ainda que os atuais indicadores de saúde sejam essenciais, há necessidade de valorizar novos ganhos em saúde, orientados para a singularidade dos cuidados de enfermagem.

Parti assim, para o estágio com a ambição de colaborar na implementação de um sistema de melhoria contínua da qualidade, consciente que para tal seria necessário proporcionar a apropriação de conhecimentos em relação ao foco de dor, bem como a implementação de uma estrutura de padrões de cuidados idónea na resposta à dor na criança. Essas experiências serão objeto de atenção no primeiro capítulo deste relatório que por sua vez está organizado em dois subcapítulos.

A OE definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, que se fundam no enquadramento conceptual, pela clarificação dos conceitos metaparadigmáticos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, e

esclareceu os enunciados descritivos de qualidade. Sendo o meu objetivo precisar o papel do enfermeiro no processo de cuidados em resposta à dor na criança, tornou-se perentória a clarificação destes conceitos na unidade de cuidados. Surgiu então como primeiro objetivo do estágio: Consolidar os conceitos metaparadigmáticos de Saúde; Criança; Ambiente e Cuidados de Enfermagem, no serviço de pediatria. Previu-se, que numa fase inicial fosse realizada uma clarificação dos diferentes conceitos em uso, ao nível do serviço e ao nível nacional, com o preconizado nos documentos normativos da OE, PQCE (2001) e RPQCEESCJ (2011). O intuito foi compreender as suas características, especificidades e interdependências, o que apresentarei num primeiro momento do 1º subcapítulo do presente relatório.

A prestação de cuidados especializados, exige um nível avançado de intervenções que permitam dar resposta às exigências de saúde do cliente, o binómio criança/família, envolvida num sistema socio cultural. Ser capaz de explorar o processo de enfermagem, analisando todas as suas etapas, percebendo como o enfermeiro contribui imprescindivelmente para responder ao problema apresentado, exige um pensamento sistémico e holístico. Considerei portanto que o recurso à visão sistémica da Teoria de Betty Neuman contribuiria para uma perspetiva abrangente e profunda da problemática da dor. A prática especializada exige ainda, uma visão e, respeita uma missão, que se congrega numa filosofia dos cuidados de enfermagem pediátricos, assumindo máximas como: os cuidados centrados na família, a parceria de cuidados, a capacitação, a negociação, e os cuidados não traumáticos. Sendo estas axiomáticas, orientações para as especificidades do cuidado de enfermagem à criança e sua família, serviram de base, não só para a compreensão da problemática em estudo, mas também para a elaboração de uma proposta de quadro de referência que refletisse o enquadramento conceptual para os cuidados de enfermagem, que contemplasse as referidas axiomáticas e a perspetiva sistémica de Betty Neuman. O percurso realizado e a proposta sugerida são apresentados no segundo momento deste primeiro subcapítulo.

Clarificados os conceitos metaparadigmáticos foi meu objetivo: definir indicadores de qualidade relativos à dor da criança enquanto foco dos cuidados de

enfermagem. Contudo, a obtenção desses indicadores, exige a implementação de uma estrutura de mínima de dados no que se relaciona com a resposta à dor na criança, que permita refletir os cuidados prestados pelos enfermeiros. A produção de indicadores de qualidade singulares, reveladores da prática clínica de qualidade neste domínio, foi o passo final deste caminho. Antes foi necessário clarificar as etapas do processo de enfermagem para o controlo da dor, Assim, e de acordo com o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) (2007), sendo os indicadores a leitura do conjunto de dados que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, e considerando que o RMDE, de acordo com o mesmo documento, se estrutura no conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, então há que existir uma prévia clarificação dessa estrutura de tomada de decisão clínica no que se relaciona com a dor, só depois disso, haverá condições para a definição de indicadores de saúde.

Assim, a minha experiência de estágio, pautou-se inicialmente pela aquisição de conhecimentos junto de peritos nesta área. Com o grupo de padrões de qualidade de um hospital de Lisboa, pude retirar contributos acerca da implementação de um projeto neste âmbito. Nas consultas externas de um outro hospital central, pude compreender como se operacionaliza uma estrutura mínima de dados, uma vez que tem implementado o sistema de melhoria contínua da qualidade com controlo assíduo de indicadores de qualidade. Por fim, no mesmo hospital, com o grupo de controlo da dor, atualizei e adquiri conhecimentos, essencialmente relacionados com os instrumentos de avaliação da dor; a importância da sua correta implementação, o recurso às medidas não farmacológicas no controlo da dor e a necessidade de formação especializada nesta área.

No estágio realizado no meu contexto de trabalho, reuni informações sobre o modo como a equipa de enfermagem responde à dor da criança, processo este que denominei, estado de *arte*, atendendo à sua definição enquanto aplicação de saber, técnica especial, para obtenção de resultados práticos (Infopédia,2003). Assim, em subcapítulo próprio, inicialmente pretendo dar visibilidade às práticas em uso no

diagnóstico de dor na criança: práticas de avaliação e intervenções e posteriormente apresentar a proposta de mudança.

Como já referido anteriormente, recebi o convite para participar na construção do Projeto de Melhoria Contínua do Departamento de Pediatria. O objetivo de produzir novos indicadores de qualidade, reveladores de cuidados de enfermagem competentes no efetivo controlo da dor, foi portanto um objetivo comum ao estágio e ao projeto de melhoria contínua do departamento. A participação nesse projeto, bem como a proposta de indicadores de qualidade são por isso mobilizados no último momento deste capítulo do presente relatório.

A perspetiva sistémica da teoria de Betty Neuman intersectou todo o meu percurso, pelo que, nesta lógica, houve um desenvolver de competências do enfermeiro especialista com esta influência.

No âmbito dos cuidados de saúde primários, ao nível das consultas de vigilância de saúde infantil da USF houve um maior enfoque na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem. Esta especificidade relaciona-se com a minha prestação ao nível de um jardim-de-infância, onde se destaca que o enfermeiro especialista proporciona *educação para a saúde, maximiza o crescimento e desenvolvimento infantil*. A realização de estágio numa UCC, permitiu conhecer os projetos desenvolvidos nos contextos escolares, e participar em sessões de educação para a saúde. Neste âmbito, houve um maior enfoque na problemática da obesidade infantil, uma vez que coincidiu com as atividades a serem desenvolvidas pela UCC e por mim ao nível do infantário, verificando-se assim uma coincidência de interesses. Os conhecimentos desenvolvidos e as atividades que daí resultaram são apresentados no segundo capítulo.

Por fim, é realizado um balanço das aprendizagens realizadas, o contributo que tiveram para as boas práticas, bem como uma tentativa de compreensão desta problemática numa perspetiva futura tentando perspetivar quais os novos desafios que se impõem.

1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA RESPOSTA À DOR DA CRIANÇA: PROPOSTA DE INDICADORES DE QUALIDADE

O capítulo que se inicia reúne as aprendizagens e atividades desenvolvidas em torno do grande propósito do meu estágio: contribuir para o efetivo controlo da dor na criança e jovem, questão primordial nos cuidados de enfermagem dado que, uma intervenção esclarecida e competente, proporciona o controlo da dor na criança. Importa assim garantir intervenções de enfermagem que culminem em resultados de qualidade. As atividades de estágio foram conduzidas nesse sentido; numa primeira fase, houve um esforço para conhecer, e posteriormente desenvolver, o enquadramento conceptual da equipa de enfermagem do serviço de pediatria. O intuito maior, foi a consolidação de uma proposta e a posterior apropriação de um quadro de referência caracterizador do cuidado de enfermagem prestado.

Seguem-se as atividades tendentes à proposta de indicadores de qualidade singulares, entendidos como "...um guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte" (Bittar, 2001, p.22). Eles serão reveladores de uma prática clínica de qualidade e, sendo o passo final deste caminho, são reflexo do processo previamente realizado.

1.1. Proposta de um Quadro de Referência de Enfermagem para o serviço de pediatria

Em 2001, a OE, quando estabeleceu os PQCE, definiu quais devem ser as melhores respostas em cuidados de enfermagem, a fim de garantir a excelência do serviço. Em, 2011, no domínio dos cuidados especializados, o RPQCEESCJ, constituiu o referencial para a prática especializada nos cuidados de saúde infantil e pediátrica. Esclarecer as conceções sobre os conceitos metaparadigmáticos, permite explicitar a natureza e função dos cuidados de enfermagem. Por sua vez, esclarecer o papel do enfermeiro conduz à confluência de objetivos para toda a equipa de enfermagem. Como referido pelos PQCE é fundamental ainda, precisar o

papel do enfermeiro perante: clientes, outros profissionais, políticos e população no geral.

Para a elaboração do quadro de referência proposto, para além do contributo dos documentos reguladores da prática clínica, recebi a influência da teoria de Betty Neuman. O pensamento sistémico que está na sua base, permite uma visão global dos elementos caracterizadores dos conceitos de metaparadigma da enfermagem, concede a compreensão, numa dinâmica entre esses conceitos, respeitando as suas particularidades, mas conduzindo a um ponto de interesse unificador.

1.1.1. Análise do Quadro de Referência em Uso: Perspetiva Nacional e Local

Como referido em nota introdutória, a existência de um quadro de referência estruturado, coerente, e específico é essencial quando o objetivo é que as instituições prestadoras de cuidado, sejam um reflexo do rigor e qualidade nos cuidados de enfermagem. Exige-se que esse quadro de referência seja integrador dos instrumentos reguladores da profissão. Assim, apresento o que está preconizado para o quadro de referência da enfermagem a nível nacional, e mais especificamente para a prática de enfermagem especializada da saúde da criança e do jovem. Apresento ainda contributos acerca do conhecimento e compreensão do quadro de referência utilizado no serviço de pediatria, comum ao adotado pela instituição.

De acordo com os PQCE (OE,2001), é esperado que as instituições de saúde reúnam condições favorecedoras ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Entre outras, o recurso a um quadro de referência coeso, da apropriação da equipa de enfermagem, é uma das medidas para o caminho do rigor dos cuidados. A OE, clarificou então o seu entendimento sobre os quatro conceitos metaparadigmáticos, pilares da disciplina de enfermagem. O RPQCEESCJ (OE,2011), reitera a adoção desse enquadramento conceptual, assumindo no entanto, a necessidade de fundamentação inerente às especificidades relativas ao alvo e âmbito da especialidade.

Os PQCE (OE,2001) apresentam uma definição de **saúde** abrangente, que inclui a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. O RPQCEESCJ (OE,2011) engloba, no conceito de saúde da criança/família, o conjunto de particularidades que permitem a satisfação das necessidades do cliente, culminando na maximização da sua saúde, isto é, na otimização do seu bem-estar global e na potencialização do seu desenvolvimento, tornando-o capaz de se adaptar às transições impostas, sempre em associação à família. O quadro de referência institucional, apoia-se na conceção de saúde da OMS (1946), referindo-a como um completo bem-estar físico, mental e social, que não pressupõem somente a ausência de doença e incapacidade. Refere a saúde como um estado positivo, que diz respeito ao indivíduo no seu todo e ainda à capacidade do indivíduo, em associação com a sua família, lidar com os seus problemas de vida, identificando estratégias para a sua resolução. A saúde é associada a um estado de equilíbrio, a um “jogo de forças” entre o indivíduo e o ambiente. As três fontes mobilizadas, incluem a noção de subjetividade, de variabilidade e continuidade no tempo, sendo aqui atribuído um carácter dinâmico ao conceito.

A conceção de **pessoa**, cliente dos cuidados de enfermagem, é apresentada pelo (PQCE:OE,2001), na sua dimensão de unicidade e indivisibilidade, caracterizada com um quadro de valores e crenças próprio, que o influenciam. À semelhança da definição vindicada pela instituição, pessoa, traduz-se num conceito subjetivo, em que o cliente desenvolve processos intencionais relativamente à sua saúde, sendo decisor do seu projeto de saúde. Os processos não intencionais, relativos às funções fisiológicas, surgem em oposição aos anteriores. Esta caracterização de pessoa, pelas suas capacidades e intencionalidades, é demarcada na definição apresentada pela instituição, sendo reforçada a ideia de maximização da autonomia do cliente. Cliente que, na conceção da área da especialidade de enfermagem de saúde infantil e pediatria, representa o binómio criança/família, como descrito pelo RPQCEESCJ (OE,2011). Assim, criança é todo o ser com idade inferior a 18 anos, ou no caso de doença crónica ou incapacidade, até aos 21 anos, ou até que a

transição para a idade adulta esteja conseguida com sucesso (RPQCEESCJ:OE,2011).

A família constitui-se como contexto da criança, parte integrante do seu sistema, assumindo a maioria das responsabilidades relativamente ao seu processo de saúde, ainda que, à criança seja reconhecido respeito e atenção pela sua vontade. Nos três documentos é demarcada a ideia de “inter-relação” entre a pessoa e o ambiente; de reciprocidade e interação contínua com o ambiente. No (RPQCEESCJ:OE,2011), a criança é referida como “centro de processos inter-relacionais”. Em todos é vinculada a ideia de pessoa enquanto ser com necessidades variadas, muitas vezes impostas pelo ciclo de vida (documento institucional) necessárias de serem suprimidas, a fim de garantir o crescimento e desenvolvimento saudável (RPQCEESCJ, 2011).

Comuns à definição apresentada pelos três documentos analisados para o conceito de **ambiente**, (documento institucional, PQCE, 2001; RPQCEESCJ, 2011) surgem elementos que o caracterizam e, por sua vez, funcionam como um conjunto de estímulos exercidos no cliente (humanos, físicos, políticos, económicos, organizacionais). O documento institucional faz referência à vivência de crises próprias do ambiente. Na mesma linha de pensamento, o RPQCEESCJ (OE,2011) refere que é necessário considerar os fatores protetores e stressores a que o cliente está sujeito pelo ambiente. Assim, o enfermeiro deverá ter como foco de atenção, a perceção da relação complexa de interdependência existente entre o ambiente e o cliente. Reforçando esta ideia o, RPQCEESCJ (OE,2011) refere, que o ambiente deve ser potenciador da saúde da criança, no sentido da sua independência e desenvolvimento.

A primeira conceção que surge associada ao conceito de **Cuidados de Enfermagem**, nos documentos estudados, é referente à interação pressuposta entre enfermeiro/cliente, relação com intencionalidade terapêutica, que exige ao enfermeiro conhecimento das componentes (quadro de valores, crenças, necessidades, ambiente envolvente) caracterizadoras do cliente, por forma de ir ao encontro das suas idiossincrasias. Fortemente demarcada pelo RPQCEESCJ (OE,2011), surge a perspetiva colaborativa dos cuidados de enfermagem, no sentido

que envolve a família e o cliente no processo de cuidados, sempre no respeito pelo seu projeto de saúde. Esta visão é alargada aos três documentos analisados, sendo assim possível aferir que o enfermeiro no respeito e valorização do contributo do cliente e família, gere a sua participação e proporciona conhecimentos, no sentido da capacitação para a tomada de decisões relacionadas com o processo de saúde. O RPQCEESCJ (OE,2011) assume como principal premissa que a família, com destaque para os pais, são os melhores cuidadores da criança, sendo o trabalho de parceria dos cuidados uma estratégia fundamental, valorizando e fortalecendo as forças da família. Também os PQCE (OE,2001) e o documento institucional, nomeiam a família como parceiro de cuidados.

Associado aos cuidados de enfermagem, está o conceito de intervenções de enfermagem que, estando o enfermeiro inserido numa equipa multidisciplinar, podem-se designar por autónomas ou interdependentes (PQCE:OE,2001). As intervenções de enfermagem, pressupõem uma tomada de decisão, que por sua vez se obtém pelo pensamento que o enfermeiro realiza acerca das problemáticas com que se depara, numa abordagem sistémica e sistemática, decorrente de uma exigente formação, afim da eficaz mobilização de recursos cognitivamente aprendidos, humanísticos e científicos garantindo a condição saudável do cliente (documento institucional). Este documento, sobreleva a noção do compromisso de fazer respeitar nos cuidados de enfermagem, o código deontológico, bem como, a reflexão de valores universais como seja: igualdade, liberdade responsável, dignidade, verdade, justiça, altruísmo e solidariedade, que se harmonizam com o preconizado na regulação profissional.

No PQCE, bem como RPQCEESCJ, constam, para além do enquadramento conceptual, os seis enunciados descritivos que permitem explicitar o papel dos enfermeiros perante a criança/família. Focando no RPQCEESCJ, através dos enunciados descritivos, é detalhada a natureza dos cuidados especializados à criança e jovem. Esses enunciados descritivos contemplam: A satisfação da criança e jovem; A promoção da saúde; A prevenção de complicações; O bem-estar e o autocuidado; A adaptação às condições de saúde e a Organização dos cuidados de enfermagem.

Da análise realizada é interessante perceber as correlações existentes entre as axiomáticas do serviço (cuidados centrados na família, parceria de cuidados, capacitação e negociação, cuidados não traumáticos) e os elementos que caracterizam os enunciados descritos da prática especializada. Abordarei especialmente o enunciado “O bem-estar e o autocuidado”, por estar associado à foco da dor. Caracteriza-se por elementos que permitem ao enfermeiro garantir e maximizar o bem-estar da criança, relacionando-se assim com a filosofia dos cuidados não traumáticos. É esperado, que o enfermeiro implemente intervenções no sentido de aumentar o bem-estar da criança, que faça uma eficaz gestão da dor, aplicando inclusivamente conhecimentos relativamente às terapias não farmacológicas para o alívio da mesma. Define ainda, o implementar intervenções promotoras de competências parentais, o que se correlaciona com a máxima da capacitação e negociação relativamente à família da criança.

1.1.2 Uma proposta de filosofia de cuidados e dos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem da criança e do jovem

Após a análise realizada no ponto anterior, a proposta do quadro de referência para o serviço foi feita tendo por base: os documentos reguladores emitidos pela OE, o padrão documental da instituição, a filosofia dos cuidados pediátrico vigente no serviço, o pronunciamento dos enfermeiros do serviço e a experiência de construção e utilização de um guião de apreciação de enfermagem baseado em Betty Neuman.

Como já referido, o recurso à teoria de Betty Neuman permitiu-me uma perspetiva mais abrangente na abordagem dos problemas identificados, mais ainda em relação à dor. Incitou a uma abordagem mais completa, que leva a compreender como o todo (o sistema: criança, família) é afetado pelas suas partes (variáveis internas e externas; stressores) e quais os recursos (externo e internos) e, em que momento, (primário, secundário ou terciário) podem ser mobilizados, afim da reconstituição de um qualquer equilíbrio perturbado. Certa de que esta visão, seria um suporte na resolução de problemas, dada a sua perspetiva multidimensional,

realizei um guião de observação com os contributos da teoria de Neuman, que objetivava servir de suporte na identificação e análise de problemas (ver apêndice I). O guião foi utilizado durante todo o estágio, sendo aplicado em domínios distintos: crescimento e desenvolvimento; educação alimentar; preparação para a cirurgia e maioritariamente no domínio das experiências de dor. Na sua primeira coluna surgem os elementos essenciais para a apreciação e diagnóstico de enfermagem: os stressores intra, inter e extrapessoais; seguem-se as colunas para registo dos comportamentos da criança e da pessoa significativa. Na 4ª coluna reúnem-se os elementos para as intervenções de enfermagem (nos seus três níveis; primária, secundária e terciária). Numa última coluna encontram-se, as bases bibliográficas que permitiram a identificação dos elementos constituintes do guião, bem como o registo de observações relativas ao contexto da experiência observada.

O guião, permitiu a compreensão do modo como os elementos do sistema criança se afetam, aquando da vivência de um stressor, contribuindo para edificar o processo de enfermagem através do pensamento sistémico. Aliás, Neuman apresenta o formato do processo de cuidados de enfermagem aplicado à sua teoria: o primeiro passo é a formulação do diagnóstico de enfermagem, através da compreensão das variações de saúde, ou seja, do nível de reação aos stressores, atual e/ou potencial, a que o cliente está sujeito. O segundo passo, refere-se às metas de enfermagem, através da negociação com o cliente, são definidas estratégias que conservem a energia do sistema ou que mobilizem essa energia como força positiva no restabelecimento do equilíbrio. Por último, os resultados de enfermagem, que incluem as intervenções de enfermagem nos seus diferentes níveis de intervenção, garantindo os resultados efetivos no momento ou na sua continuidade.

Após análise do padrão documental utilizado pelo serviço de pediatria, tornou-se mais evidente a confluência dos elementos do metaparadigma de enfermagem entre a instituição e o serviço de pediatria. Todavia o serviço reitera uma missão e filosofia particular, vinculada às especificidades dos cuidados de enfermagem pediátrica onde se assume que os cuidados se baseiam nos conceitos de: cuidados

centrados na família; parceria de cuidados; no reconhecimento de que os pais são os melhores cuidadores; na minimização dos efeitos do impacto da hospitalização e por sua vez na maximização do impacto positivo da hospitalização. Assim as propostas que se apresentam, tencionam refletir estas mesmas máximas. Para esta proposta existiu ainda outro contributo importante, realizado durante o período de estágio. Coloquei o desafio aos enfermeiros prestadores de cuidados, de se pronunciarem sobre os conceitos já referidos. (ver apêndice II) O objetivo da colaboração dos enfermeiros, foi não só, que o quadro conceptual a propor fosse também reflexo da sua experiência e conhecimento, aliado ao conhecimento científico e às orientações reguladoras do exercício profissional, mas também envolve-los neste processo.

Da análise realizada aos seus contributos, foi possível perceber o relevo que conceitos como: a boa disposição, o bem-estar, a brincadeira e vulnerabilidade assumem nas respostas associadas aos conceitos de criança e saúde da criança. À semelhança com o referido pelos documentos do quadro regulador da especialidade, a família surge nas respostas dadas, associada à criança, sendo reconhecida como a sua “base de suporte”. No que se relaciona com os cuidados de enfermagem, os colegas correlacionam-nos com a relação de ajuda, bem como com o rigor no cumprimento dos valores e da deontologia profissional. Reconhecem o ambiente como “força” influente nos processos vivenciais da criança, identificando-se a este nível consonâncias com a teoria sistémica de Betty Neuman. Destaca-se a valorização da parceria de cuidados e cuidados centrados na família quando os enfermeiros se pronunciam em relação à filosofia de cuidados pediátricos.

Reunindo os contributos dos de cariz regulatório, do regulamento institucional, da teoria sistémica de Betty Neuman e dos enfermeiros do serviço, apraz consolidá-los na enunciação de um quadro concetual relativo aos quatro conceitos metaparadigmáticos de enfermagem da criança e do jovem que se espera mais completo e abrangente e que apresento no Apêndice III.

Importa mencionar que o conceito de família, não sendo descrito como elemento metaparadigmático, assume uma inter-relação com todos os restantes

elementos, sendo verificável que a sua alusão surge efetivamente nos conceitos centrais. No que se relaciona com a criança, a família insere-se no seu sistema, contexto/mesossistema, como referido no (RPQCEESCJ:OE,2011) através de uma complexa interdependência, representando assim, uma forte influência no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudável da criança. A família, constitui-se assim um verdadeiro parceiro nos cuidados. Atendendo a que a criança se encontra fortemente dependente das deliberações familiares, ainda que tenha sempre que ser reconhecido o seu superior interesse, a família é um agente influenciador da mesma, constitui-se como fonte de estímulos (caraterística de um ambiente): potencia sentimentos, proporciona aprendizagens, expõe a situações/acontecimentos.

As propostas realizadas (Apêndice III) foram apresentadas em reunião à equipa de enfermagem e por ela aceites. Era de conhecimento dos enfermeiros, prévio à realização do questionário, o objetivo da sua colaboração, estando empenhados no esforço de juntos desenvolvermos um quadro de referência para a prática. As bases que fundamentam a construção desse quadro, incluindo a visão da teoria sistémica de Betty Neuman foi também previamente discutida com a equipa que a aceitou como uma mais-valia. Prevê-se posterior validação do modo como a equipa de enfermagem está a viver a aplicação do quadro de referência e o seu estado de apropriação. Para tal foram já agendadas reuniões no último trimestre do ano.

1.2. Participação no projeto de melhoria contínua do departamento de pediatria: percurso no âmbito do foco dor.

Parti para estágio, apoiando-me na premissa de que os cuidados de enfermagem devem visar a redução da experiência de dor na criança. Os contributos da revisão bibliográfica realizada, aquando do projeto de estágio, necessitaram de aprofundamento posterior. Os conhecimentos no âmbito da dor são essenciais para o reconhecimento da necessidade de intervenção. Como corroborado por, Austin, Olmstead e Scott (2010), historicamente as experiências de dor nas crianças passaram despercebidas, muito associado à escassa informação

na literatura pediátrica. Sendo a dor um foco de intervenção dos cuidados de enfermagem, ao longo do estágio no serviço de pediatria, foi meu objetivo sensibilizar a equipa para a sua responsabilidade no controlo da dor na criança, ambicionando que esse passe a ser um seu compromisso. Numa primeira etapa, concentrei-me em analisar o estado da arte relativo à dor: como se processava o seu diagnóstico pelos enfermeiros, quais as intervenções de enfermagem adotadas e como estas eram documentadas. Numa fase posterior, face às características e lacunas encontradas, foi tempo de apresentar uma proposta de atuação. Essa proposta, prende-se com as alterações necessárias para o enfermeiro conseguir edificar o processo de enfermagem e só assim garantir uma válida gestão da dor. Implica: i) garantir as condições para se realizar um eficaz diagnóstico ii) realizar a revisão da documentação do serviço que fundamenta a intervenção do enfermeiro e, muito importante, iii) rever o SIE existente, compreendendo o tipo de dados que permite obter e propor a sua reestruturação.

Como defende Pereira (2007), a definição de uma estrutura de dados é essencial, já que esta permite descrever padrões de cuidados de enfermagem. O trabalho desenvolvido nessa fase inicial, permitiu assinalar as áreas de formação prioritárias e as mudanças estruturais necessárias, sendo evidenciada a possibilidade de melhoria. Perante a proposta de um projeto de melhoria contínua no departamento, tornou-se óbvia a confluência de objetivos e assim o aliar do meu projeto de estágio ao projeto da instituição. Detetadas as necessidades de mudança, havia que avançar para as reformulações necessárias, reunindo as condições para a definição de indicadores de saúde específicos, que são em si a possibilidade de visibilidade das alterações para a melhoria a realizar. Este tema é apresentado no 3º momento deste sub-capítulo.

1.2.1. Análise do estado da arte: Diagnóstico, Intervenções de enfermagem e sua Documentação.

Através da leitura das “Linhas de orientação para elaboração de catálogos CIPE” (OE, 2009), a noção de que é necessária a padronização dos cuidados de enfermagem salientou-se. Tornou-se, igualmente explícito, que é necessária uma linguagem unificada para os enfermeiros, documentando a sua prática profissional nos elementos do processo de enfermagem: diagnóstico, intervenções e registo de resultados. Considerei pertinente apropriar-me desta lógica de pensamento e aplicá-la na análise e também, no momento posterior, de sugestão de mudança do estado da arte relativo à dor.

A DGS instituiu a dor como 5º sinal vital (DGS, 2003), determinando como boa prática a sua abordagem sistemática através da sua valorização, avaliação, do seu correto diagnóstico, do consecutivo tratamento, e por fim do registo de todo esse processo. De realçar, que idealmente a dor deve ser desde logo prevenida. É indubitável o processo que tem de ser realizado pelo enfermeiro para reconhecer presença da dor, assegurar a sua avaliação e assim controlá-la. Atentando na primeira fase deste processo, a **avaliação**, reconhece-se a pertinência da existência de suportes, que a orientem. No serviço existe um conjunto de documentos que pretendem fundamentar e orientar a atuação dos enfermeiros perante o foco de dor, são denominados *procedimentos*, entendidos como os documentos institucionais que indicam as atividades e regras necessárias à concretização do objetivo nele apresentado, bem como as funções dos profissionais neles envolvidos. O primeiro procedimento analisado (P1), “*Avaliação da dor na criança/adolescente*” (PR.0234/E.PED, 2011), reúne algumas das escalas de dor em uso no serviço, bem como uma orientação para a sua aplicação. O segundo procedimento (P2), “*Controlo da dor em pediatria*” (PR.0582/D.DPED, 2011), pretende uniformizar a abordagem à dor da criança, contemplando uma breve fundamentação, uma definição de dor, os objetivos do seu controlo e, mais uma vez, as escalas de avaliação de dor, bem como as medidas terapêuticas preconizadas. Este procedimento é dirigido a todo o departamento, enquanto o anterior se aplica somente no serviço de internamento. Foram realizados por autores diferentes, não tendo existido articulação entre ambos.

Ainda que os seus objetivos sejam diferentes, dirigidos à avaliação e ao controlo da dor, seria importante a sua concordância evitando, por exemplo, que as mesmas escalas tenham indicações de aplicação diferentes. Esta é desde logo a primeira lacuna reconhecida. Da análise dos procedimentos, detetei ainda outras lacunas: i) instruções de aplicação das escalas, incompleta ou ausente; ii) referência inadequada à idade e população alvo a que as escalas são dirigidas; iii) ausência de apresentação de exemplo de escala; iv) apresentação de escala em não conformidade com o preconizado pela DGS; v) não inclusão de outras escalas disponíveis e adequadas à idade pediátrica. As lacunas referidas anteriormente estão sintetizadas no quadro que se coloca em apêndice IV.

Verifiquei que a escala de DESS, contemplada em (P1), raramente é utilizada pelos enfermeiros. Este instrumento possibilita a avaliação da dor em crianças com limitações verbais, cognitivas e comportamentais e compreende duas componentes: um *dossier* de base, composto por dez questões que caracterizam o comportamento habitual daquela criança, e uma grelha de pontuação da dor, que constitui a escala de avaliação propriamente dita. (Fernandes e Garcia, 2007). Apesar desta escala se aplicar a uma população alvo específica, a sua não utilização foi justificada pelos enfermeiros, pela necessidade de dispor de tempo para a realização do *dossier* de base, bem como, pela necessidade de disponibilização de informação pela família, que nem sempre está presente.

Constatei que no serviço são utilizadas as escalas Qualitativa e OPS, que não estão preconizadas em nenhum dos procedimentos. Porque fazem parte das práticas em uso, passo à sua apresentação. A escala qualitativa é de autoavaliação e descreve por palavras, variações qualitativas da dor, evoluindo desde o “sem dor” até a uma “dor máxima”. Não exige a presença de um instrumento físico no momento de avaliação da dor, o que pode representar uma desvantagem pela subjetividade que imprime. Da experiência adquirida, constatei que é apreciada pelos adolescentes e, neste grupo etário, é bastante utilizada pelos enfermeiros.

A escala de OPS é de avaliação heterogênea, desenvolvida no *Children’s Medical Center* (Washington), validada e com reprodutibilidade para a população

portuguesa (Batalha, 2003). É de reconhecida simplicidade de aplicação, sendo ainda discutível a idade de aplicação. Batalha (2003) no estudo realizado para adaptação da escala em Portugal, excluiu crianças com idade inferior a um mês e superior a quatro anos, bem como crianças com deficiência cerebral grave e motora, perturbação da consciência, ou sob efeito de curarizante. Todavia o GOBP (OE, 2008) estipula como população alvo, clientes com idade inferior ou igual aos dezoito anos. É constituída por cinco indicadores: choro, movimento, agitação, expressão verbal ou corporal e variação da tensão arterial sistólica. Batalha (2003), no estudo de adaptação da escala à realidade portuguesa, refere dados precisos sobre os aspetos a considerar para cada indicador da escala avaliado. De referir que o parâmetro TA deve ser o último a ser avaliado, a fim de reduzir possibilidade de interferência. Esta escala é referida como sendo de fácil e rápida aplicação, contudo constatei que a sua utilização pelos enfermeiros do serviço de pediatria só é realizada quando da necessidade de avaliação da TA. Batalha (2003) refere que a exigência desta componente, surge muitas vezes como desvantagem, pela inexistência de um valor prévio ao internamento da TA da criança, que permita ser utilizado como referência, bem como ao facto da avaliação da TA poder incutir uma alteração comportamental momentânea.

Observei que as práticas de aplicação das escalas, revelaram o uso preferencial para as de avaliação heterogénea, o que não está em consonância com a necessidade de envolvimento do cliente no controlo da sua dor, inerente à filosofia dos cuidados centrados na criança e na família, aliás preconizada pelo serviço. (GOBP: OE,2008). Sendo a dor, por definição, um conceito subjetivo, a sua avaliação na criança acresce dificuldade, uma vez que, consoante o estadio etário muitas vezes ela não dispõe dos mecanismos necessários para se expressar relativamente às suas sensações, imperando e interferindo muitas vezes, o medo e ansiedade. (GOBP-ENFCDC:OE,2013) o enfermeiro, numa lógica de parceria com a criança e família, deve atender à sua individualidade e só assim continuar o processo de cuidados, planeando intervenções diferenciadas. Esta abordagem holística é proporcionada pela *história de dor* da criança: "(...) colheita de informação que permita orientar a avaliação e o controlo da dor utilizando todas as fontes de

informação documentais disponíveis, aliada à observação e entrevista dos pais/cuidador principal e da criança a partir dos 3 anos.” (DGS, OT 014/2010, p.1). No serviço de pediatria, a *história de dor* não está implementada como recurso necessário para a avaliação da dor, pelo que, foi uma alteração que percebi ser necessária. Assim, em síntese, pode-se considerar que atualmente ocorre no serviço de pediatria uma avaliação episódica da dor da criança.

Há ainda necessidade de evidenciar outras fragilidades encontradas, particularmente em relação ao procedimento (P2). Este segue as indicações da OMS (1986) que agrupa os fármacos analgésicos em três degraus distintos, de acordo com o seu modo de ação e capacidade analgésica. Em 2012, a mesma organização sugere a possibilidade de uma abordagem em duas fases, surgindo logo num segundo degrau, os opióides fortes em baixas dosagens, uma vez que os seus benefícios superam os benefícios dos opióides de potência intermédia nas crianças. No procedimento do departamento, **P2**, preconiza-se a seguinte abordagem terapêutica da dor na criança: 1º degrau - Paracetamol e Anti Inflamatórios Não Esteróides; 2º Degrau - Opióides fracos (ex:tramadol) e outros AINS's; 3º Degrau - Opióides fortes (ex; Morfina). Constatei não existir conhecimento da equipa de enfermagem relativamente às novas indicações terapêuticas, e que, também a nível de departamento, não está a decorrer qualquer alteração no sentido de adequar o procedimento atual. Sendo desejável uma abordagem multimodal da dor, o que implica analgesia individualizada, adaptada ao tipo de dor vivida, depreendo como necessária a revisão deste assunto.

Após a análise das práticas de avaliação da dor passarei à das **intervenções** para o seu controlo. Comportando os cuidados de enfermagem, intervenções autónomas e interdependentes, assume-se uma necessária complementaridade entre os profissionais da equipa multidisciplinar, nomeadamente no que se relaciona com a necessidade de prescrição. É prática comum, os analgésicos como o paracetamol e o ibuprofeno, estarem prescritos como terapêutica S.O.S., podendo o enfermeiro recorrer aos mesmos quando determina. Existe um terceiro procedimento para o uso do paracetamol na falta de prescrição médica, possibilitando a administração deste fármaco pelo enfermeiro.

Há que lembrar, que para o controlo da dor, estão preconizadas medidas de tratamento, mas também medidas de prevenção, sendo de esperar que enfermeiro através da sua avaliação, preveja a possibilidade de ocorrência de dor e assim evite a sua manifestação. Da observação realizada, percebi que o enfermeiro intervém farmacologicamente somente perante manifestação de presença de dor. Isto é, quando após avaliação apurou um nível de dor superior ou igual a 3 (dor ligeira). Considero que esta prática poderá estar relacionada com a ausência de realização de história de dor que, ao limitar os conhecimentos que o enfermeiro possui sobre a dor da criança, diminui a sua perceção e logo possibilidade de a evitar. A literatura alerta para que a prescrição para a dor tenha um intervalo regular, respeitando o comportamento de cada fármaco no organismo (farmacocinética e farmacodinâmica), em articulação com a avaliação do enfermeiro. Batalha (2010) refere que uma medicação de “resgate” é útil para evitar o aparecimento da dor, reforçando que o seu tratamento deve ser por excesso e não por defeito. Há assim, necessidade de aprofundamento da temática do controlo farmacológico e da reformulação do procedimento P2 com perspectiva de inclusão deste assunto. É um tema a rever numa perspectiva multidisciplinar, de articulação e consonância entre quem prescreve e quem administra, de planeamento de atuações precisas e atualizadas no que concerne ao controlo analgésico. Esta necessidade constatada, pela multiplicidade de componentes que envolve, associado às limitações temporais do estágio, será um aspeto a rever no departamento.

Ainda neste âmbito, as medidas não farmacológicas, consideradas intervenções autónomas, são também preconizadas pelo GOBP (OE,2008). Durante o estágio, após observação e partilha da prática clínica, é perceptível a sensibilização dos enfermeiros para a utilização dessas medidas: são algumas vezes nomeadas em registos de enfermagem e são efetivamente colocadas em ação por alguns profissionais. Todavia, denota-se pouco variabilidade nas técnicas utilizadas bem como, pouco aprofundamento de conhecimentos em relação às mesmas. Este aspeto é corroborado por Batalha: “ (...) o reduzido leque de estratégias não farmacológicas normalmente usadas é revelador da falta de formação escolar (...) e em serviço (...)” (2010, p.109). O recurso às medidas não farmacológicas, em

situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento dos analgésicos pressupõe uma base sólida de conhecimentos científicos. Sendo uma intervenção disciplinarmente complexa, necessita de formação específica. Evidência desta complexidade é a existência do GOBP - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor em 2013, elaborado pela MCEESIP, que pretende ser um verdadeiro compêndio de recurso no controlo holístico da dor.

Após análise relativa às intervenções em uso, procede-se à análise do atual sistema de **registos** dos cuidados para o controlo da dor. Retomando noções já anteriormente estabelecidas no projeto de estágio, atentemos na definição de RMDE. Este conceito deriva do termo “Uniform Minimum Health Data Set” (UMHDS) definido pelo Health Information Policy Council (HIPC), nos EUA em 1983. Werley et al (1991, p.421) acrescentaram à definição do (HIPC), a referência à dimensão de enfermagem, propondo a seguinte definição para RMDE: “... um conjunto mínimo de itens de informação com definições e categorias uniformes, categorias relativas à dimensão específica da enfermagem que atende às necessidades específicas dos vários usuários de dados no sistema de saúde”. A dimensão específica de enfermagem é neste caso, o foco de dor. De acordo com Pereira (2007), a determinação de um RMDE, exige ainda requisitos que se incluem nas seguintes categorias: Utilização de uma linguagem comum classificada de enfermagem; SIE consistentes integrados nos sistemas de informação da saúde (ANA, 1995). Contribuindo com mais conhecimento para a construção de um RMDE, Werley et al (1991) propuseram um modelo no qual definem os principais elementos a constar, distinguindo três categorias principais: *Elementos de Enfermagem* (Diagnósticos, Intervenções, Resultados de enfermagem e Intensidade da carga de trabalho de enfermagem); *Elementos Socio-demográficos* (N.º de identificação, data de nascimento, Sexo e Residência) e *Elementos do Serviço* (Data de início do episódio internamento / contactos; Data de termo do episódio / contactos; Identificação do serviço).

O SIE do serviço não permite o registo de todos os elementos referidos, como seja: as intervenções não farmacológicas e os respetivos resultados de

enfermagem, bem como a “Intensidade da carga de trabalho de enfermagem”. São raros os contextos que a monitorizam, uma vez que ainda não dispõe de métodos de avaliação consensuais, como reforça Pereira (2007). O SIE atual permite o registo do nível de dor no campo “Sinais Vitais”, no qual é permitido selecionar um nível de dor consoante a escala utilizada. Existe ainda um campo, “Vigiar a Ação da Criança” que possibilita o registo do comportamento apresentado pela criança (calmo, irrequieto, reativo, prostrado, entre outros). Todavia, não permite associar o comportamento selecionado, por exemplo a agitação da criança à presença de dor, a não ser no campo de observações. Não há assim uma possibilidade de associação entre o comportamento da criança e a dor vivenciada.

Relativamente às intervenções farmacológicas, o sistema assegura o registo da prescrição de medicação pelo médico e o da administração de terapêutica pelo enfermeiro, no entanto não contempla nenhum “campo” que permita associar esse registo a um episódio de dor, a não ser que o enfermeiro o faça em observações. Quanto ao registo das intervenções não farmacológicas, ficou decidido pela Enf^aChefe, que o enfermeiro as registaria no espaço das “notas de turno”. Todavia, perante a inexistência de um campo específico, o enfermeiro ou não regista, ou regista em campos não apropriados. Assim, ocorre um registo das intervenções não farmacológicas não formalizado, com os riscos que daí advêm, como a impossibilidade de garantir uma informação uniforme e com garantia de chegada a todos. Esta realidade refletiu-se nos resultados das auditorias da qualidade, como se verificará posteriormente. O registo das intervenções relacionadas com ensinamentos sobre a dor, ocorrem no campo “Vigiar Papel Parental”. Este é o campo destinado ao registo sobre o acompanhamento da criança e às necessidades de aprendizagem evidenciadas pelos familiares. Pelas descrições aqui apresentadas, constata-se a não existência de um SIE que permita o registo rigoroso do processo de enfermagem para o foco da dor. A corroborar a necessidade de mudança estão os dados das auditorias referidas nas quais os critérios “evidência de utilização de escalas de dor adequadas à faixa etária” e “evidência de utilização de medidas não farmacológicas em caso de dor”, em 2010-2012, se encontraram “abaixo qualidade adequada ou desejável”.

As experiências de estágio contribuíram para a compreensão do “estado da arte” do controlo da dor noutros contextos, pelo que considero pertinente referir os principais contributos auferidos a este nível. Em contexto de consulta num hospital central, pude compreender junto das enfermeiras peritas o modo como ocorre a mobilização de conhecimentos acerca da dor na criança, proporcionados pela realização da história de dor. Pude perceber que está preconizado pelo projeto institucional que os enfermeiros para avaliação da dor, para além de proporcionarem à criança a visualização da escala, recorrem à apresentação de uma imagem representativa de uma criança num momento doloroso. Na criança em idade pré-escolar, atendendo às características do seu desenvolvimento, a “transposição” para um momento de vivência de dor fica facilitada e assim a avaliação da dor mais objetiva. De referir, que esta imagem insere-se na tese de mestrado de uma das enfermeiras peritas da qual recebi orientação, e que tendo sido estudada, contempla elementos diferenciadores (as cores utilizadas, o tamanho da imagem, a presença de uma figura de suporte) que permitem melhorar a avaliação da dor numa criança entre os 3 e os 7 anos.

1.2.2. Uma proposta de mudança nas práticas de controlo da dor.

Após o processo de análise, há lugar para a proposta de reestruturação das práticas dos enfermeiros. Para fundamentar essa proposta destaca-se o recurso aos regulamentos orientadores nacionais como seja: as circulares normativas e orientações técnicas (OT) da DGS, o Guia Orientador de Boa Prática da Dor (GOBP) (2008) e o GOBP - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança (GOBP-ENFCDC, 2013), assim como ao estudo da bibliografia de referência.

Uma vez que como referi, os *Procedimentos* da instituição pretendem uniformizar a prática de cuidados, interessa iniciar este capítulo com as propostas para a sua alteração. Considerando as lacunas identificadas e assinaladas (no Apêndice IV), evidencia-se uma necessidade de reformulação de ambos os procedimentos. Todavia, relativamente ao procedimento 2. “*Controlo da dor em pediatria*” (PR.0582/D.DPED, 2011), pela multiplicidade de elementos envolvidos na

sua elaboração e pelo número de serviços que abrange, a sua reformulação não foi possível durante o estágio. É um procedimento de maior complexidade, que pressupõe a inclusão de todas as etapas do processo de gestão da dor (avaliação, intervenção e registo). Prevê-se que seja objeto de reformulação, numa dinâmica de trabalho multidisciplinar entre as equipas médicas e de enfermagem dos diferentes serviços departamentais.

Debrucei-me assim, sob a reformulação do procedimento instituído no serviço de pediatria, “*Avaliação da dor na criança/adolescente*” (PR.0234/E.PED,2011), para o qual propus as alterações que considerei exequíveis e indispensáveis a realizar num curto espaço de tempo e que se apresentam no apêndice V.

Na proposta de procedimento destaco nos seus **objetivos**, a avaliação sistemática da dor a todas as crianças internadas através de instrumentos válidos, e a importância dessa avaliação e do seu registo para o efetivo controlo da dor. Demarco ainda a necessidade de envolvimento da criança e família, nomeadamente na realização da história da dor. Para contextualização são apresentadas as **definições** de dor e de história de dor. No que concerne à descrição dos elementos do procedimento, quanto às **orientações gerais**, em consonância com o normativo nacional, são assumidas as constantes na OT n.º14/2010. Com base no estudo realizado e das fontes bibliográficas e normativas consultadas, apresentam-se **orientações específicas** de que saliento a necessidade de adequar o instrumento de avaliação de dor às características de cada cliente, bem como garantir a sua compreensão. Muito importante é também, garantir o registo rigoroso das avaliações realizadas, sendo determinante para a continuidade dos cuidados.

Como referi, a realização da história de dor não está implementada no serviço de pediatria, constituindo outra alteração incluída no procedimento, sendo apresentadas **orientações para a realização da história da dor da criança**, que deverá acontecer na avaliação inicial de enfermagem. (GOBP-ENFCDC:OE,2013). Através deste recurso, o enfermeiro obtém dados específicos que influenciarão todo o processo de gestão da dor, como sejam: Comportamento habitual da criança e ambiente familiar; Características familiares (modelos e história de dor na família);

Conhecimento e percepção da doença; Implicações da dor nas atividades de vida e o seu impacto emocional, socioeconómico e espiritual; Formas de comunicar a dor; Características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência); Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas; Fatores de alívio e de agravamento e estratégias de *coping*. É ainda referido no procedimento a importância do autoconhecimento do enfermeiro relativamente à dor (sensibilidade, conhecimentos, disposição para a ação de avaliação), ainda que não conste de registo, é essencial para melhoria da sua prestação de cuidados.

A família assume um papel central na transferência de informação acerca das vivências de dor da criança. Esta transferência de informação assenta numa lógica de parceria, maximizando a autonomia dos cuidadores e da própria criança, mas é ao enfermeiro que cabe a efetiva gestão da dor, sendo sua competência o controlo da mesma. Através da realização da história de dor, o enfermeiro obtém um conhecimento qualitativo da dor da criança, uma mais-valia, uma vez que grande maioria das escalas de avaliação oferece somente dados quantitativos. Esta disponibilidade de informação possibilita contrariar a dificuldade dos enfermeiros, em reconhecer as diversas dimensões da dor; no seu reconhecimento, avaliação e tolerância, como apontado por Batalha (2003).

Saber quantificar a dor é um dos primeiros passos para conseguir eliminá-la ou até preveni-la, exigindo a seleção de instrumentos de avaliação que tornem esta etapa mais objetiva possível. As escalas de avaliação têm este efeito, mas exigem rigor no cumprimento das suas indicações. Neste sentido, as *escalas de avaliação da dor* a serem utilizadas, são apresentadas de acordo com o seu tipo de aplicação, de auto e de heteroavaliação, definindo a população alvo e enunciando as indicações de aplicação. Uma alargada possibilidade de escolha de instrumentos de avaliação, permite ao enfermeiro uma seleção mais adequada, mais individualizada, como se preconiza. Neste sentido, na proposta de alteração ao procedimento apresentaram-se as escalas já contempladas anteriormente, com o acréscimo da inclusão das seguintes: FPS-R e Qualitativa, no âmbito da auto avaliação da dor e FLACC-R e OPS, no que concerne à heteroavaliação. Assim, em seguida é dada

primazia ao esclarecimento das novas escalas incluídas no procedimento. Importa ainda referir, que para a avaliação da dor, o enfermeiro deve privilegiar a autoavaliação à heteroavaliação, remetendo-nos para a norma de boa prática (DGS, OT nº 014, 2010) que explicita que se deve sempre acreditar na dor que a criança refere.

Atentando em P1, inicialmente apresentam-se as **escalas de auto-avaliação**. A escala de *Wong Baker* apresenta faces com lágrimas e sorrisos, sendo este aspeto referido pela literatura, como podendo predispor a criança para uma associação ao seu estado emocional e não ao sensorial. O mesmo se poderá aplicar aquando explicação da escala à criança, pela utilização dos termos “feliz” e “triste”. Este aspeto é previsto pelo GOBP, bem como referido pelas enfermeiras peritas durante o estágio e pelos colegas na prática de cuidados. Ainda em relação às suas características, é referido que a existência de um “continuum” de faces, em que a primeira é a face sorridente e a intermédia é neutra, pode confundir a criança, levando-a atribuir “sem dor” à face neutra. Perante estas questões, consultei a publicação original da escala *Wong Baker* (1983) (ver anexo I) que curiosamente, nas suas indicações de aplicação, não faz referência ao uso dos termos “feliz” ou “triste”. Todavia, a versão posterior (1987), referência bibliográfica nos documentos reguladores, já contempla o recurso aos mesmos termos. Até à data não foi possível obter uma justificação para esta alteração, pretendendo num estudo posterior aprofundar este facto. Considero ainda útil analisar posteriormente a aplicação de ambas as escalas de faces, apurando possíveis conclusões acerca da sua efetividade na avaliação da dor e/ou emoção.

Perante as “limitações” apontadas à escala de faces *Wong-Baker*, aprez propor a introdução de uma alternativa, surgindo assim a proposta de introdução da escala de FPS-R. Recomendada pela IASP, é constituída por seis faces à semelhança da escala de *Wong-Baker*. Com classificação de 0 a 10, e a particularidade de ausência de sorrisos e lágrimas, não apelando à emoção. O recurso às faces é uma característica benéfica para a aplicação pediátrica, uma vez que o reconhecimento das expressões faciais está presente desde os três meses,

revelando-se estímulos visuais concretos e familiares, existindo facilidade acrescida na utilização destes dois instrumentos. (Batalha, 2010). Segue-se a escala numérica (EAN), já contemplada no anterior procedimento, e de seguida a escala Qualitativa. Esta é sugerida pela DGS (2003), na circular normativa que contempla a dor como 5º sinal vital, no entanto pela subjetividade da sua aplicação, em especial para a população pediátrica, não é recomendada por alguns autores, como Luís Batalha, não constando inclusivamente na OT (2010) da DGS relativa à avaliação da dor nas crianças. O GOBP (OE, 2008) sugere a sua aplicação a partir dos 4 anos de idade. Assim, apesar de contemplada no procedimento, as suas limitações terão de ser discutidas com os enfermeiros, a fim de garantir uma criteriosa decisão sobre a sua aplicação.

No âmbito da **hetero avaliação** da dor, mantêm-se as escalas anteriormente contempladas; a NIPS, constituída por seis indicadores específicos para avaliação da dor da população de recém-nascidos não entubados, e em seguida a escala de FLACC. Esta foi desenvolvida com a intencionalidade de ser uma escala de rápida aplicação, proporcionando a avaliação através de indicadores comportamentais objetivos que quantificam a dor da criança. (Batalha, et al, 2009). Como nova introdução surge a escala de FLACC-R, destinada a avaliação da dor nas crianças com comprometimento cognitivo e multideficiência. Para além dos indicadores “pré definidos”, inclui descritores adicionais específicos que permitem caracterizar comportamentos individuais da criança, identificados com a colaboração da família. Mais uma vez, esta é uma escala que surge como alternativa a uma outra já existente, a escala de DESS, referida pela literatura como um instrumento muito completo na avaliação de crianças com multideficiência profunda, devendo por isso ser mantida. Todavia, como já referido, nem sempre o enfermeiro dispõe da informação necessária, a ser contemplada no dossier de base, pelo que a FLACC-R acrescenta a vantagem do seu curto tempo de aplicação. (Batalha e Mendes, 2013) (Malviya, et al, 2003). Segue-se a escala de OPS, que à semelhança da qualitativa, já estava em uso no serviço de internamento, mas necessitando de ser incluída no procedimento. A sua descrição foi contemplada no capítulo anterior pelo que se remete a sua consulta para o apêndice V.

Para finalizar o procedimento são apresentadas as referências de suporte à sua elaboração, e de interesse para consulta dos profissionais que o utilizem.

Sendo a minha perspetiva, que esta proposta represente ganhos para a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros, envolvendo um esforço global, importa que ela seja apresentada e discutida com os enfermeiros da equipa do serviço de pediatria. Este é um aspeto ainda pendente, por não ter sido possível completá-lo ao longo do estágio, ainda que fosse de conhecimento geral que a proposta estava a ser elaborada.

Continuando nas propostas relacionadas com a etapa de avaliação da dor e atendendo a que ela deve ser o mais objetiva possível, com recurso aos instrumentos existentes para o efeito, considereei necessária a existência de um instrumento de apoio para os enfermeiros durante a avaliação da dor. Isto é, um suporte de papel que contempla as escalas de autoavaliação mais utilizadas, que de acordo com a observação realizada corresponde à de faces e numérica. Neste instrumento, são contempladas as indicações orientadoras a seguir pelo enfermeiro aquando da aplicação, e também a imagem facilitadora da construção da história de dor, a apresentar à criança (ver apêndice VI). As restantes escalas estão igualmente disponíveis no serviço para utilização pelo enfermeiro, ainda que não em formato de “bolso”.

Do estudo realizado, foi possível compreender que há um percurso formativo a estabelecer e a ser percorrido pelos enfermeiros da prática de cuidados. Twycross (2010) assume que a dor não está ainda a ser devidamente controlada pelos enfermeiros referindo que, a formação e a existência de serviços/grupos especializados no controlo da dor, poderão ser uma resposta na gestão da mesma. Atentando à necessidade de aquisição de conhecimentos neste domínio, considereei pertinente a realização de formação aos enfermeiros do serviço. A informação mais detalhada sobre o seu conteúdo apresenta-se no apêndice IX. A primeira sessão intitulou-se: *“Conhecer a dor para melhor a controlar (avaliar)”*. A segunda *“Projeto de Melhoria Continua do Departamento de Pediatria: Controlo da dor na Criança”*, surgiu no âmbito das formações preconizadas pela OE sobre os PQCE. Estão

inscritas nos programas de melhoria da qualidade, no qual se enquadra o presente projeto. A minha intervenção surge em seguida à dos PQCE, numa lógica de apresentação do projeto a ser realizado. Abrange os enfermeiros do departamento, sendo que até à data, ainda se encontram formações por realizar.

Tal como a avaliação da dor, as intervenções para o seu tratamento e prevenção, revelam-se um processo complexo e específico. Neto et al. (2009) bem como Batalha (2010) referem que, ainda que se assista a evoluções, o tratamento da dor na criança, continua a ser desvalorizado e muitas vezes desadequado. O GOBP (OE, 2008) preconiza a existência de um plano terapêutico individualizado, e que reflita as avaliações/re-avaliações realizadas em relação ao estado da dor. Considero que as formações realizadas e a implementação da história de dor, contribuirão para o enfermeiro poder proceder à administração de analgesia, logo no início da instalação da dor.

Em relação ao tratamento farmacológico, é fundamental que o enfermeiro possua conhecimentos relacionados com as características e efeitos colaterais da terapêutica analgésica preconizada: fármacos não opióides, opióides, adjuvantes e anestésicos locais. Neste aspeto, a reformulação a realizar futuramente ao procedimento “Controlo da dor em pediatria” irá contribuir para melhorar a intervenção do enfermeiro. Destaco desta reformulação uma abordagem terapêutica em duas fases, de acordo com as atuais orientações da OMS. Numa primeira etapa, para crianças com dor ligeira, preconiza-se a administração de paracetamol e ibuprofeno. Na segunda etapa, na dor moderada a grave, a morfina em baixas dosagens constitui o fármaco de eleição, embora devam ser considerados outros opióides, como seja o Fentanil. A necessidade de reformulação relativa ao uso de opióides, já foi reconhecida pelos órgãos competentes, constando do PENPCDor (OE,2013). As *Guidelines* da OMS (2012) referem no entanto, que comprovada a eficácia analgésica do tramadol, que atua como intermediário alternativo, poderá haver necessidade de ponderar na situação específica o recurso à estratégia de duas ou de três etapas. Esta questão será objeto de análise posterior, exigindo uma ação conjunta com a equipa médica.

Quanto às medidas não farmacológicas, é sabido, que através da sua utilização se consegue modificar o significado que a criança atribui à dor pois, são criadas condições para uma reestruturação cognitiva, direcionada às expectativas, cognições, avaliações e construções relacionadas com a vivência da dor. (Linhares e Doca, 2010). Há uma complexidade de fatores envolvidos no recurso às estratégias não-farmacológicas, o que implica formação específica na área, com treino das diferentes técnicas e o envolvimento da estrutura hospitalar e de toda a equipa, uma vez que são exigidos recursos diversos. Faz-se aqui valer o descritivo “O rigor técnico/científico na implementação de intervenções de Enfermagem, que visem a aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”. (RPQCEESCJ:OE 2011, p.9).

Decorrente das constatações acima referidas, foi proposta uma formação à equipa de enfermagem específica para a temática: “Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor em Pediatria” (Apêndice X). Considerei pertinente sugerir, em reunião do projeto de melhoria contínua, que esta formação abrangesse a equipa de enfermagem do departamento. As chefias dos serviços do departamento, acordaram na sua mais-valia para o desempenho dos profissionais e para os objetivos de melhoria dos cuidados de enfermagem. Ficou decidido que essa formação será realizada durante a fase de implementação do projeto. Esta necessidade de formação dos enfermeiros, é reconhecida pelos investigadores, como refere Ang et al (2010) os métodos não farmacológicos têm demonstrado eficácia no alívio da dor, existindo no entanto impedimentos ao seu desenvolvimento e aplicação.

Como já referido, importa proceder à documentação de todos os passos relativos ao controlo da dor na criança, parte das lacunas detetadas relacionam-se com a existência de um SIE limitativo, que não permite documentar os cuidados. Considerando a importância de um SIE e de um RMDE, a elaboração de um RMDE que permita a disponibilização de informação relativa às etapas do processo de cuidados perante o diagnóstico de dor é perentória. Existe assim a necessidade de instituir alterações que permitam o rigoroso registo das intervenções de enfermagem. Neste sentido e na consolidação de envolvimento no projeto, foi

realizada uma reunião com a Enfª Chefe do serviço, a fim de dar a conhecer as lacunas encontradas, fundamentando a alteração ao SIE já num contexto do projeto de melhoria contínua da instituição, foi apresentada uma proposta às diferentes chefias do departamento de pediatria e à Enfª Supervisora. Nela considerei a edificação do processo de enfermagem, ou seja, todas as etapas subjacentes à tomada de decisão do enfermeiro em relação à dor. A elucidação fornecida pelo GOBP-ENFCDC (OE,2013), que propõe critérios específicos para o enfermeiro responder ao padrão da qualidade relativo à “gestão da dor e à implementação de intervenções não farmacológicas de Enfermagem para o seu alívio”, foi indispensável uma vez que retrata todos os “passos” a seguir pelo enfermeiro para o controlo da dor, que têm de se refletir num SIE. Esses passos são: o enfermeiro recolhe informação sobre a história da dor; ensina sobre a utilização de escalas de avaliação; avalia sinais fisiológicos e comportamentais de dor; monitoriza a intensidade da dor com recurso a escalas adequadas; diagnostica a dor; planeia intervenções; informa a criança e família sobre estratégias a utilizar, envolvendo-os no controlo da dor; implementa estratégias não farmacológicas e farmacológicas; reporta as alterações do diagnóstico de dor e documenta os resultados, e por fim delinea estratégias para prevenir novo episódio de dor. Tornar estes passos disponíveis e mensuráveis ao nível do SIE é imprescindível para avançarmos na visibilidade dos cuidados de enfermagem.

O desafio era grande, a proposta para o novo RMDE teria que reunir todos os aspetos acima referidos, no entanto, também teria que considerar o SIE já existente e os constrangimentos que isso poderia representar. O GOBP-ENFCDC (OE,2013) propõe, de acordo com linguagem CIPE, ações de enfermagem relacionadas com as intervenções para o diagnóstico de dor. São elas: “vigiar”, “monitorizar”, “gerir”, “ensinar”, “instruir”, “treinar” e “executar”. Como referi o SIE vigente no serviço de pediatria utiliza linguagem codificada, mas não é em si o sistema CIPE, pelo que existem diferenças na sua utilização. Ainda assim, considerei estas ações para organizar a proposta de alteração ao SIE que apresento no Apêndice VII.

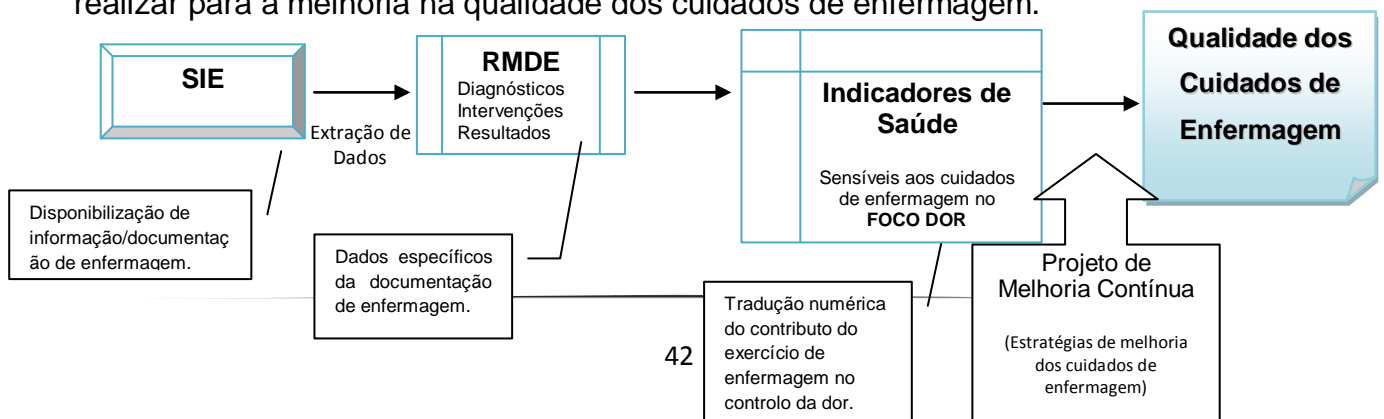
Como referido no capítulo anterior, atualmente os enfermeiros do serviço de pediatria não realizam a história de dor da criança. Comunicada à enfermeira chefe

a necessidade de incluir esta componente nos registos de enfermagem, essencial no processo de avaliação da dor, ficou decidido que passaria a integrar a avaliação inicial de enfermagem, devendo o enfermeiro seguir as indicações que constam da proposta de alteração ao procedimento da avaliação da dor Apêndice V.

1.2.3. Proposta de indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito do controlo da dor

A OE, através dos conselhos de enfermagem regionais, ao iniciar o programa dos Padrões de Qualidade em Maio de 2013 na instituição onde presto cuidados, pretendeu fomentar a realização de projetos de melhoria contínua, pretendendo-se indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados prestados. Estes projetos, como referido no relatório de avaliação de Junho de 2007, visam contribuir para a implementação e desenvolvimento de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e consequentemente da qualidade da atividade de enfermagem. Neste âmbito, foi entregue às instituições, uma proposta de guião para organização dos seus próprios projetos, sendo proposta a utilização do ciclo de Pedro Salvada, constituído por oito fases (1- Identificar e descrever o problema; 2- Perceber o problema e dimensioná-lo; 3- Formular objetivos iniciais; 4- Perceber as causas; 5- Planear e executar as tarefas/atividades; 6- Verificar resultados; 7- Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa e por fim 8- Reconhecer e partilhar o sucesso.). Atentando nestas oito fases, compreende-se o trajeto que será percorrido na realização do projeto de melhoria contínua do departamento. As indicações da OE defendiam um esforço de objetividade, Sendo o foco da dor muito abrangente, optou-se pela hipótese de, nesta fase, se incidir sobre a temática: estratégias não farmacológicas e o controlo da dor.

Com o esquema que elaborei, abaixo indicado, pretendo traduzir o “processo” a realizar para a melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem.



Aquando da realização do projeto de estágio, após revisão da literatura específica, compreendi a necessidade de produção de novos indicadores de qualidade, para demonstrar os cuidados no âmbito do controlo da dor. De acordo com o RMDE, 2007, eles são a leitura do conjunto de dados que caracterizam o exercício dos enfermeiros, conseguindo mesmo representar os ganhos em saúde, direcionando a atenção para os resultados dentro de uma organização de saúde (BITTAR e Nogueira, 2001). Importa lembrar que os indicadores de qualidade definidos para a pediatria mostram-se inespecíficos. Com este projeto de melhoria contínua sobre a dor, problema e foco de atenção de enfermagem, requerem-se indicadores reveladores dos cuidados de enfermagem, com a capacidade de produzir evidência sobre esse foco, permitindo o estabelecimento de políticas e prioridades mais consentâneas com as necessidades de saúde de uma população particular. (OPAS, 2001). Na minha experiência de estágio em dois hospitais distintos, sendo que um se encontra numa fase inicial de implementação do seu próprio projeto, e o outro já com projeto implementado, pude ter acesso aos indicadores de qualidade produzidos por ambas as instituições e este foi um dos maiores contributos do estágio. De acordo com OPAS (2001) a seleção de indicadores está diretamente relacionado com os sistemas de informação, as fontes de dados, os recursos, as prioridades e até mesmo as necessidades específicas do contexto. Compreendi assim, que a produção de indicadores específicos pode atender às necessidades dos diferentes contextos sendo a qualidade e a comparabilidade dos indicadores de saúde assegurada pelos procedimentos padronizados de medição e cálculo. (OPAS, 2001) Importa considerar que a produção de indicadores de saúde exige um SIE que permita extrair dados de qualidade, sendo urgente a realização das alterações do SIE atrás assinaladas. Para a proposta de indicadores que se apresenta no apêndice VIII, tive em consideração os atributos a que estes devem responder: validade, fiabilidade, representatividade, simplicidade, custo e preceitos éticos (essencialmente relacionados com não maleficência, beneficência e justiça. Pereira, 2007). A OE propõe um conjunto de indicadores baseados na proposta de Donabedian (2003): indicadores de estrutura, processo, resultado, e epidemiológicos, apresentando para

cada um, a sua designação, definição e fórmula. Importa compreender o que cada tipo de indicador pretende representar para este projeto. Os indicadores de estrutura relacionam-se com a parte física da instituição, a existência de recursos como instrumentos e equipamentos essenciais no controlo da dor. Os de processo representam os cuidados realizados com vista aos resultados que se pretende obter – controlo da dor. Os de resultado, revelam o efeito, as modificações da combinação de fatores do ambiente, de estrutura e também de processos que incidem no cliente. Por fim os indicadores epidemiológicos, transmitem a distribuição de determinado aspeto de saúde numa população específica.

Todos os aspetos acima referidos foram considerados. Contemplei ainda os parâmetros que devem incluir a “montagem de indicadores” sugerido por Bittar (2001). Por forma a melhor sistematizar a proposta, apresento-a em forma de quadro no Apêndice VII. Sugiro como indicador de **estrutura**: *Nº de serviços do departamento com procedimento relativo à avaliação da dor na criança*; de **processo**: *Percentagem de clientes para os quais foram utilizadas estratégias não farmacológicas para alívio da dor no serviço de pediatria e Percentagem de clientes do serviço de pediatria a quem foi realizada história de dor*; de **resultado**: *Percentagem de clientes com dor controlada no serviço de pediatria; Percentagem de clientes com redução de dor pela aplicação de pelo menos uma estratégia não farmacológica, sem recurso a terapêutica e Percentagem de clientes com redução de dor pela aplicação de pelo menos uma intervenção farmacológica, sem recurso a outra terapêutica*; por fim os **epidemiológicos**: *taxa de prevalência de dor no serviço de pediatria no período de um mês*.

2. OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS NO ÂMBITO DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Assiste-se a um esforço nacional para garantir programas no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil, que respondam às necessidades: económicas, políticas, sociais ou culturais da população alvo e que integrado num plano de saúde nacional, permita a igualdade de oportunidades, independentemente dos contextos socioeconómicos. No sentido da sua melhoria, houve uma recente atualização do anterior PNSIJ, destacando-se como principais alterações: “Alteração na cronologia das consultas referentes a idades-chave da vigilância; Adoção das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS); Novo enfoque nas questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, as perturbações emocionais e do comportamento e os maus tratos.” (PNSIJ:DGS,2013,p.1).

É uma competência do EEESCJ, a prestação de cuidados especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. (RCEEECJ, 2011) Aliando as capacidades inerentes ao cuidado especializado à privilegiada posição de proximidade do enfermeiro ao cliente, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, assume-se como atividade basilar da profissão. Durante o estágio em CSP objetivei compreender a aplicação do PNSIJ nas consultas de saúde infantil, com especial enfoque no desenvolvimento infantil e na área da educação alimentar, entendendo as intervenções neste domínio, como refere o GOBPESIP (OE, 2010), essenciais para estimular um trajeto de crescimento traçado diariamente pela criança e sua família, e proporcionar autonomia, bem-estar e dignidade crescentes.

Considerando os seis enunciados descritivos do RPQCEESCJ, os relativos à “A promoção da saúde” e “O bem-estar e o autocuidado”, destacam-se nos cuidados especializados prestados ao nível dos CSP, nomeadamente na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem. Ser co-participante do desenvolvimento infantil saudável, implica proporcionar orientações

antecipatórias para as diferentes etapas, para as crises de transição e os stressores que se vão impor, implica proporcionar recursos para a maximização do potencial de suporte da família e de desenvolvimento da criança. A abordagem especializada a este nível, envolve uma multiplicidade de saberes inerentes a um organismo em desenvolvimento, remetendo-nos para áreas de saberes bio- fisiológicos, psicológicos e sociais, que houve necessidade de aprofundar. É exigida uma abordagem multifatorial, tendo para isso recorrido igualmente à teoria de Betty Neuman que influenciou a visão dos cuidados a este nível.

Como referido, a minha prática profissional caracteriza-se também pela prestação de cuidados ao nível escolar, pelo que tinha particular interesse nos conhecimentos relacionados com a área do desenvolvimento infantil e da alimentação e nutrição, áreas de outros projetos que estou a desenvolver, tendo por isso planeado um estágio numa UCC com intervenção ao nível escolar.

2. 1. Avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem numa perspetiva sistémica.

O crescimento e o desenvolvimento infantil, pela sua condição de intrínseco à pessoa, assumem uma posição primordial nos cuidados de enfermagem. Compete ao enfermeiro contribuir para o seu sucesso, independentemente do contexto de cuidados em que se encontra. O desenvolvimento infantil, enquanto processo de transformações internas, permite a cada pessoa especialização, diferenciação e competências, que a tornam mais apta às exigências do ambiente interno e externo. É assim um processo exigente, que pressupõe compreensão e domínio de conhecimento pelo enfermeiro. Do aprofundamento desta matéria, destaco apenas alguns dos elementos importantes dessa revisão.

Se há alguns séculos se comparava a criança a “um adulto em miniatura”, atualmente a conceção de criança caracteriza-se pela sua especificidade, resultado da interação de fatores bio-psico-socio culturais. Considerando os livros de texto referenciais para a enfermagem pediátrica, dos quais saliento Hockenberry e Wilson (2014), é essencial contemplar os contributos dos autores que se destacaram com

conhecimentos capitais para a compreensão da matriz do desenvolvimento humano. Destaco: Piaget, (perspectiva cognitiva); Freud (perspectiva psicosssexual) Erickson (perspectiva psicossocial), e Kolberg (perspectiva moral).

Outros autores também ofereceram o seu contributo nesta matéria. Brazelton desenvolveu um modelo de intervenção ao qual deu o nome de *Touchpoints*, pontos de referência universais, nos quais se prevê um surto específico do desenvolvimento da criança, bem como das conseqüentes questões que daí possam advir. (Brazelton, 2007). Foi desenvolvido o *Brazelton touchpoints center (2000)*, plataforma através da qual é possível aceder a informação relacionada com este modelo, pretendendo ser um recurso para o cuidador, nas aprendizagens que proporciona e parcerias que estabelece. Nesta plataforma são evidenciados os *touchpoints*, momentos chave do desenvolvimento, que passo a apresentar: gravidez, período neonatal, as primeiras semanas após o nascimento (1^a,3^a,6^a e 8^a semana), os quatro, sete e nove meses, um ano, os quinze e dezoito meses, e os dois e três anos. Posteriormente já foram identificados os *touchpoints* dos 3 e 6 anos. (Brazelton e Sparrow, 2002). Este modelo assenta num paradigma relacional e do desenvolvimento, através da orientação pelos cuidados antecipatórios e pela construção de relações de aliança entre os pais e os profissionais.

Considerarei imprescindível imprimir estes contributos nos cuidados prestados, fazer por imperar a parceria de cuidados, e a valorização da *mestria parental*, tendo-se como pressuposto que os pais querem e conseguem fazer o melhor pelos seus filhos, ainda que vivam momentos de ambivalência. Estes momentos chave do desenvolvimento, são frequentemente precedidos de regressões, levantando grandes dúvidas aos cuidadores (Brazelton e Sparrow, 2006). Todavia, se os “touchpoints” forem de conhecimento dos mesmos, encarados como algo natural e previsível, poderão tornar-se oportunidades de união familiar e inclusivamente permitir o reconhecimento de mérito nas capacidades da criança. Neste ponto, destaco o papel atribuído à “paixão”, ferramenta essencial nas estratégias do enfermeiro e dos familiares. Imprimir sentimento e dedicação na interação com a criança, aumenta o entendimento da mesma, a confiança da relação, refletindo-se

no fortalecimento do seu potencial máximo do desenvolvimento (Brazelton, 2007). Uma relação baseada em carinho, amor e afeto influencia o desenvolvimento intelectual, emocional e moral (Brazelton e Greenspan, 2006).

Destaco ainda o modelo bioecológico de Bronfenbrenner & Morris (1998) que defendem que todas as experiências individuais acontecem como que numa interdependência estrutural, em que uma experiência influencia a outra, assemelhando-se aos conjuntos de bonecas russas. O modelo de Bronfenbrenner é constituído por quatro elementos: contexto, processo, pessoa e o tempo. O contexto caracteriza-se por quatro níveis ambientais: micro, meso, exo e macrosistema. O elemento processo, define-se pelas interações estabelecidas entre a pessoa e os constituintes do seu ambiente mais próximo. O elemento, pessoa, caracteriza-se pelas determinantes biopsicológicas, experiências construídas e a interação com o ambiente. O quarto elemento, o tempo, corresponde às alterações que ocorrem ao longo do ciclo de vida. Considerei interessante a compreensão deste modelo, dadas as suas sinergias com a teoria de sistemas de Neuman: considerar que os processos vivenciais de uma pessoa estão sob influência de um conjunto de fatores, que se refletem num todo como um sistema.

Com uma visão integrada, sustentado num sólido conhecimento teórico, já referido, o enfermeiro especialista procede à avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, seguindo um programa estruturado, que orienta a observação e avaliação na prática clínica. O GOBPESIP (OE, 2010) preconiza a utilização de metodologias científicas que orientem a tomada de decisão clínica do enfermeiro, devendo a monitorização do desenvolvimento infantil seguir um processo de intervenção sequencial. A periodicidade das consultas é definida pelo PNSIJ (DGS,2013), em idades chave do desenvolvimento, à semelhança do preconizado pelo modelo de *touchpoints* de Brazelton. Para cada consulta são propostos cuidados antecipatórios, considerando os desafios da etapa de desenvolvimento vivenciada.

O GOBP preconiza a monitorização do desenvolvimento em dois tempos. Numa fase inicial, é fundamental conhecer o padrão de desenvolvimento da criança,

a dinâmica familiar, identificando as suas características (variáveis internas e externas) e a rede de suporte sociofamiliar. O ambiente de consulta deve limitar as tensões negativas oferecidas, devendo ser adequado ao cliente, utilizando-se recursos como a música, ou a garantia da privacidade, ainda mais importante quando o cliente é um adolescente. Tornar o ambiente da consulta um espaço de partilha e aprendizagens, pressupõe estimular a presença e participação do cuidador e/ou da criança, conforme o estágio etário, elucidando-o para os objetivos da consulta, fazendo por conhecer as suas preocupações, recorrendo a técnicas de comunicação adequadas. Para realização do diagnóstico de perfil de desenvolvimento da criança deverão utilizar-se instrumentos de rastreio standardizados, pois permitem maior rigor na deteção de alterações ao desenvolvimento “normal”. Mais do que pretender ser um “padrão de referência da normalidade” (PNSIJ,2013:58), devem constituir um meio de promoção do desenvolvimento e da saúde de cada criança, um instrumento interativo entre o enfermeiro e família/criança. A escala de avaliação de desenvolvimento de *Mary Sheridan* é atualmente o teste utilizado nos CSP.

Numa fase posterior do percurso de avaliação, o enfermeiro deve garantir: a capacitação parental, ou da criança, no desempenho de comportamentos de maximização do desenvolvimento e a articulação de cuidados entre os serviços existentes na comunidade, no sentido de oferecerem suporte quando é necessário outro nível de intervenção. No final de cada consulta, o enfermeiro deverá garantir que a sua intervenção ocorreu no sentido da maximização do desenvolvimento da criança, e do equilíbrio entre as variáveis do cliente e os stressores a que este é sujeito.

As intervenções de enfermagem utilizadas, de acordo com Neuman, em três níveis de intervenção, vão no sentido de fazer reconhecer pelo cuidador, os momentos chave do desenvolvimento, antecipando a sua capacidade de resposta aos mesmos, por exemplo através do enaltecimento do enamoramento familiar (intervenção primária). Já na vivência da crise de desenvolvimento, o enfermeiro oferece respostas a fim de contornar os stressores existentes, por exemplo, ensinar

a massagem infantil específica para a cólica. (prevenção secundária). É pretendido que o desenvolvimento da criança se perpetue num percurso harmonioso, sendo a intervenção do enfermeiro promotora do mesmo, passando isso pela sugestão de atividades que fortaleçam as capacidades e competências da criança e da família, bem como pelos registos de enfermagem, completos e adequados ao nível do boletim de saúde, garantindo a continuidade dos cuidados (prevenção terciária). As intervenções refletem-se aos três níveis, acontecendo como que num processo circular com o objetivo comum do restabelecimento do sistema.

Influenciada por esta visão, depreende-se um necessário pensamento e agir sistémicos. Uma visão holística do binómio criança/família, como um sistema único, uma prestação de cuidados com uma perspetiva multidimensional, conhecendo e mobilizando as suas forças e competências, e numa perspetiva colaborativa, envolvendo-as no processo de cuidados no respeito pelo seu projeto de saúde. Durante a experiência de estágio, recorri ao guião de observação já anteriormente utilizado aquando compreensão da vivência de outros stressores, e mencionado no presente relatório. Foi possível verificar que por exemplo na introdução da primeira sopa (stressor identificado), o maior número de comportamentos manifestados é referente à família/pessoa significativa, contrariamente ao que acontece perante a avaliação corporal, em que é a criança que mais os manifesta. Deduz-se assim que o stressor presente influencia o sistema e o subsistema distintamente, visível nos comportamentos apresentados. Comprova-se a necessidade de uma abordagem holística do enfermeiro perante uma situação de cuidados, que garanta a identificação individualizada dos stressores dos diferentes intervenientes. Destaco, neste âmbito, como principais stressores para a criança, a avaliação de parâmetros do peso corporal, comprimento e perímetro cefálico, o que poderá estar associado à contenção da liberdade de movimentos. É de salientar, a necessidade de uma intervenção diferenciada que contemple o recurso a estratégias que minimizem o impacto negativo destas intervenções, bem como uma gestão equilibrada das mesmas, evitando a hiperestimulação da criança. Curiosamente, é referido no PNSIJ que a fase da pré-consulta é a que melhor permite retirar ilações acerca do desenvolvimento da criança, pois é “enquanto não é o alvo das atenções e,

consequentemente, se sente mais à vontade (...)” (PNSIJ,DGS 2013:57). Implicitamente, reconhece-se assim que o momento de avaliação da criança pode constituir um stressor, para a criança e a família, sendo pertinente o enfermeiro consciencializar-se para esta possibilidade bem como compreender como pode atenuar a tensão vivida. Foi ainda perceptível detetar um stressor vivenciado somente pela família, um exemplo que registei no guião foi o momento de ensino relacionado com a diversificação alimentar.

2.2. A promoção de saúde no contexto escolar: a questão da obesidade.

Como já referido, convergi ainda o estágio no sentido da aquisição de conhecimentos ao nível da educação alimentar, dados os contributos para a minha experiência profissional ao nível da saúde escolar. O PNSIJ (DGS,2013) refere que as estruturas da comunidade, como as escolas, sendo entidades com competência na área da infância, têm responsabilidade enquanto contexto na promoção da saúde, aspeto bem presente nas competências do enfermeiro especialista. Neste sentido, realizei estágio ao nível de uma UCC com projetos na saúde escolar, delineados com base nas diretrizes dos Ministérios da Saúde e da Educação e Ciência. Acompanhei uma enfermeira perita, em duas atividades em escolas do ensino básico no âmbito do combate à obesidade, iniciadas em 2012, com o objetivo de reduzir a obesidade infantil através da identificação precoce de novos casos, com posterior referenciação para a consulta ao nível hospitalar.

Procedi a uma atualização de conhecimentos focalizando-me na compreensão de obesidade, tal como definida pela OMS, como uma doença derivada da acumulação excessiva de massa gorda, levando à afeção negativa da saúde (OMS,2014). A obesidade infantil é uma problemática da saúde atual, constatando-se o aumento da sua prevalência nos últimos anos; 20% da população é obesa, sendo as crianças e a população socio economicamente mais desfavorecidas, as que registam tendências mais elevadas (PCO-plataforma contra a obesidade). É referido que Portugal é um dos países europeus com maior prevalência de obesidade infantil, com 30% das crianças com sobrepeso e 10% com

obesidade, sendo que em idades entre os 3 e os 5 anos, mais de 2 em cada 10 crianças tem excesso de peso, aumentando para 3 em 10, nas crianças entre os 7 e os 9 anos. Pode-se considerar que em Portugal se vive um ambiente “obesogénico”, com mudança dos hábitos alimentares, caracterizados pela fraca ingestão de alimentos saudáveis (hortícolas, frutos) em substituição de alimentos altamente calóricos e pobres nutricionalmente. A atividade física realizada é reduzida o que favorece a expressão fenotípica predisponente. (Rego, et al 2004).

Se o controlo da obesidade se revela urgente, do ponto de vista da saúde individual da criança, torna-se também um problema de saúde pública, sendo que, ao nível dos países ocidentais se despende cerca de 8% de gastos em saúde com este problema. (Breda, DGS, sd). A PCO, implementada em 2007, visando a redução da prevalência de obesos em Portugal, assim como melhoria nos hábitos de saúde da população, oferece uma área exclusiva para a abordagem da obesidade infantil, tendo como objetivo conhecer a sua prevalência, os comportamentos alimentares e a prevenção ao nível do ambiente escolar. (Ribeiro, 2008) A OMS, após aprovação da Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade, lançou uma iniciativa em conjunto com os Estados Membros da Europa constituindo o primeiro Sistema Europeu de Vigilância Nutricional Infantil, *WHO- European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)*, denominado por “COSI- Portugal”, no nosso país em 2008. Os objetivos do *COSI* são: a implementação de uma rede de informação, com avaliação de 2 em 2 anos, acerca das características do estado nutricional infantil (entre os 6-8anos); auferir as características sócio demográficas e familiares do ambiente da criança; descrever o ambiente escolar, no que se relaciona com a alimentação, a prática de exercício físico e a atividades promotoras de estilos de vida saudáveis. As escolas selecionadas correspondem ao 1º ciclo do ensino básico e constituem a “Rede de Escolas Sentinelas”. Relacionando com o projeto implementado na UCC, seria interessante seguir as diretrizes do *COSI*, sendo um projeto mestre como modelo, todavia tal ainda não acontece. É inclusivamente referida pelo *COSI* a dificuldade em estabelecer comparações e retirar conclusões dos estudos realizados, pois existe pouca padronização e harmonização dos sistemas de vigilância. Na fase inicial do projeto da UCC, a

enfermeira em articulação com a nutricionista, realizou atividades de educação para a saúde às crianças e pais do 1º ano, com especial enfoque no ensino da roda dos alimentos e alimentação saudável. Nessa fase, todas as crianças foram avaliadas ao nível do seu peso e altura, à semelhança dos dados antropométricos avaliados ao nível do COSI (2008). Por fim, foi realizado o cálculo do valor de IMC. Neste 2º ano, foram somente avaliadas as crianças identificadas no ano anterior com excesso de peso e obesidade.

Da análise que pude realizar, confrontando com os conhecimentos científicos, e com a perspectiva de Neuman, destaco os seguintes stressores vivenciados por estas crianças e família: Carências económicas, que por sua vez apontam para o incumprimento das consultas hospitalares pelos gastos que acarreta; Alimentação desequilibrada ou mesmo carências alimentares; Défice de conhecimentos ao nível da alimentação equilibrada. É consensual na literatura que a etiologia da obesidade é multifatorial, estando envolvidos fatores genéticos, orgânicos, comportamentais e sociais. (Ribeiro, 2008). Dos fatores genéticos destaca-se a maior tendência para a obesidade aquando sua presença na história familiar. A influência do meio é associada a: Grau de pobreza e nível educacional (em exponencial direta); Hábitos e estilos de vida sedentários; Diminuição do aleitamento materno e consumo precoce de fórmulas mais açucaradas; Padrões alimentares desadequados; Estilo de vida dos pais, incluindo as suas conceções e preocupações relativamente à alimentação. (Ribeiro,2008). Padez (2004) num estudo a crianças entre os 7 e os 9 anos, apurou como principais fatores de risco: Obesidade dos progenitores; Peso ao nascimento; Horas de sono por dia; Tamanho da família; Horas a ver TV e Grau de instrução dos pais. Desenvolvi um esforço no sentido de confrontar os dados da investigação com os stressores apurados, constatando-se sinergias, como sendo o stressor, carências económicas, que está associado ao nível de instrução dos pais. Relativamente ao desequilíbrio alimentar que se constata, é também reforçado por vários estudos uma associação entre uma dieta desequilibrada e o aumento do peso corporal. (Ribeiro,2008).

Tentei perceber quais as intervenções implementadas desde o início do projeto da UCC, concluindo que: i) Houve uma reunião com os encarregados de educação para os alertar para os riscos de excesso de peso, bem como para a importância de uma alimentação equilibrada; ii) Houve referenciação das crianças com obesidade para a consulta de obesidade infantil hospitalar; iii) A enfermeira da UCC mantém articulação com as escolas, sendo a diretora da escola e o professor de educação física, os principais elos promovendo, na escola, um maior acompanhamento ao nível das atividades físicas desenvolvidas e do seu regime alimentar na escola. iv) A alimentação é disponibilizada por uma empresa alimentar certificada.

Da análise realizada, pude perceber que existem crianças que apresentaram melhoria ao nível dos parâmetros avaliados, deixando de estar em excesso de peso. Existem outras crianças que mantiveram o risco, ou até o agravaram, passando para o estado de obesidade. Muitos destes casos, são relativos às crianças que faltam às consultas de obesidade ao nível hospitalar e que não cumprem um plano alimentar adequado. Recordo um menino que após a enfermeira o ter questionado sobre o que tinha sido o seu jantar no dia anterior, respondeu: “nada, a minha mãe estava a dormir!”. A enfermeira voltou a questionar o que ele tinha comido, na certeza de que teria ficado com fome. A criança respondeu: “Oh, fui à despensa e comi bolachas!”.

Relativamente à minha função de enfermeira num jardim-de-infância, beneficiei com esta experiência, pela coincidência com os projetos que estou a desenvolver. Da avaliação do desenvolvimento que realizo anualmente às crianças do infantário, apurei uma reduzida taxa de excesso de peso, havendo somente um caso de obesidade.

Inerente ao objetivo de inculcar hábitos de alimentação saudável nas crianças, procedi recentemente à aplicação de um questionário aos encarregados de educação, que permitia conhecer a composição alimentar das refeições em casa, sendo que da sua análise consegui elaborar uma roda dos alimentos referente à população estudada. Procedi à comparação entre a roda apurada e a roda padrão, tendo concluído que: i) existe consumo excessivo do grupo “carne, pescado e ovos”,

ii) déficit no consumo das “leguminosas” e iii) um consumo próximo do preconizado relativamente aos, “cereais, derivados e tubérculos”, “fruta” e “hortícolas”. As conclusões foram discutidas com pais, em reunião, numa perspetiva de educação para a saúde e sensibilização para comportamentos a alterar.

Considerando os fatores pré disponentes para a obesidade infantil, apontados pela literatura, esta população alvo, familiares e crianças, caracteriza-se por ter um nível de escolaridade superior, com grande homogeneidade de etnia e culturas, predominando a raça caucasiana e um nível elevado de empregabilidade dos pais. Surgem assim diferenças relativamente à população abrangida pela UCC, parecendo comprovar-se os fatores que pré dispõem para a obesidade. Como corrobora, Ribeiro (2008) a maior prevalência de obesidade ocorre em populações com maior grau de pobreza e menor nível educacional, associado há maior disponibilidade de alimentos de baixo custo, mas ricos em açúcar e gorduras.

Quanto ao projeto da UCC, sobressai a necessidade de estratégias que respondam às necessidades encontradas. Seria útil um maior aprofundamento no diagnóstico dos hábitos alimentares de cada família, detetando erros cometidos, atuando posteriormente na educação e promoção de hábitos saudáveis. O contexto familiar, as crenças e atitudes dos pais face à alimentação são um fator predominante do padrão alimentar da criança. Spínola e Castro (2014) reforçam a importância da intervenção junto da família e apontam ainda como estratégias de combate à obesidade infantil: a inclusão da alimentação saudável, atividade física e imagem corporal ao nível do currículo escolar; melhoria nutricional dos alimentos nas escolas; suporte educacional aos profissionais das escolas. De acordo com a DGS (2004), a prevenção e o controlo da pré-obesidade e da obesidade adquire-se com três estratégias fundamentais: programa alimentar saudável; promoção da atividade física e programa educativo, escolar e institucional e multisectorial. Destaco a pertinência de um programa assistencial e multifatorial ao nível do projeto realizado na UCC. Por fim é premente a referenciação das crianças que estão em incumprimento da vigilância nas consultas de obesidade e que agravam o seu estado de saúde às entidades competentes, a fim de gerar estratégias resolutivas.

3. CONCLUSÕES

Iniciei este percurso motivada pela vontade de contribuir para o controlo da dor nas crianças. De um desígnio inicialmente natural e legítimo, impôs-se um sucessivo de processos complexos, necessários para alcançar o desejável controlo da dor. Estes processos pretenderam ser incitantes das boas práticas. Assim, necessitei investir na aquisição e mobilização de conhecimentos relacionados com áreas que pouco dominava. Concordante com o processo de *benchmarking*, fiz por conhecer as melhores práticas já implementadas, processos e metodologias de trabalho, objetivando um modelo de melhoria.

Posteriormente, propus-me criar no meu contexto de cuidados, um clima produtor de qualidade e um percurso para a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Impôs-se assim, a necessidade de traduzir o conceito de sensibilidade dos cuidados de enfermagem no processo de tomada de decisão dos enfermeiros, retratando-a na avaliação, diagnóstico, prescrição e implementação de intervenções. (Pereira, 2007). Esta foi outra etapa exigente, considerar um SIE que viabilizasse a recolha de dados, constituído por um RMDE centrado nos padrões de resposta à dor. O período de tempo de estágio permitiu conceber esta proposta, todavia apenas se iniciou o período de preparação da sua implementação. A proposta de alteração ao SIE perspectiva a mudança, impondo-se quando se pretende dados indicadores da boa prática dos enfermeiros a este nível.

Implementar o projeto de melhoria continua, foi um passo importante para a missão a que me propus, de contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Pereira (2007) reconhece a utilidade dos projetos de melhoria contínua, referindo que os contextos que têm em curso projetos de melhoria, apresentam melhores resultados de ganhos em saúde nos focos de atenção inerentes aos projetos. Sendo membro ativo do projeto de melhoria, continuarei a mobilizar esforços para incorporação de todas as propostas presentes neste relatório e para a produção de dados de enfermagem sensíveis ao foco de dor.

Deparei-me com enfermeiros que reconhecem a presença de dor e a necessidade de intervenção, todavia, ainda se assiste a intervenções pouco

diferenciadas. Para além disso, existe ainda um hiato entre as intervenções de enfermagem efetivas e os dados produzidos, muitas vezes resultante da ausência de registos das mesmas. Há desconhecimento dos enfermeiros, e mesmo algum alienamento, para a sensibilidade dos cuidados de enfermagem. Assiste-se a uma reivindicação da notoriedade do exercício da profissão, no entanto não se percebe a consciencialização dos esforços que são necessários para o conseguir. Hesbeen (2000) afirma a necessidade de progresso e promoção da profissão, reconhecendo todavia, uma postura pouco crítica. Johnson et al (2000), clarificam a definição de “resultados sensíveis”, ficando evidente que se relacionam com um determinado “estado” induzido pelas intervenções de enfermagem, aliás, é a própria resolução do diagnóstico realizado e, muito importante, a sua evidência. Há necessidade de transformação de culturas organizacionais, de discursos e de ações, a fim de, para além de se assistir a uma prática de cuidados que efetivamente acrescente qualidade ao cliente (dor controlada), que esses resultados de qualidade sejam demonstrados. Para tal, é necessário a implementação de mudanças, como seja ao nível de recursos informacionais (RMDE;SIE) mas também do próprio enfermeiro que utiliza e imprime nestes recursos, os cuidados prestados.

Considero que o projeto a que dei início contribuirá para esta “transformação”. Pereira (2007) constata o défice de informação relativa aos cuidados de enfermagem nas decisões em saúde do país, reafirmando a necessidade de projetos que permitam a padronização de parâmetros a utilizar no desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, neste caso, no âmbito da dor. Há necessidade de demonstrar ganhos em saúde com as intervenções de enfermagem para o controlo da dor, ou seja de melhorar os indicadores de saúde a este nível. (DGS,2003). Os indicadores propostos no âmbito do projeto de melhoria continua, permitirão identificar: a utilização dos recursos necessários, como seja a história de dor e, com maior especificidade, a sua relação com a aplicação de estratégias não farmacológicas; o impacto da utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor, entre outros.

Ao longo deste percurso, *refletir*, foi um dos processos que mais desenvolvi. Analisar, comparar, questionar revelou-se uma prática inevitável, aliás necessária à complexidade que se impõem aos cuidados especializados.

Da aplicação do “guião de observação” pude compreender os fortes contributos que a visão sistémica de Betty Neuman propicia, revelando-se um recurso numa abordagem sistémica dos cuidados de enfermagem.

Deparei-me com pouca confluência dos conteúdos abordados nos documentos orientadores da DGS para a dor. Por exemplo ao nível da indicação da população alvo para as várias escalas de dor sugeridas. Considero existir a necessidade de revisão das diferentes orientações já produzidas, com vista à produção de orientações atualizadas e convergentes.

Numa perspetiva futura de incrementação de qualidade progressiva existem aspetos, que pela escassez de tempo ficaram pendentes, mas que necessitam de ser revistos. Destaco dois aspetos essenciais. A revisão da abordagem farmacológica à dor, em dois degraus, incluída na reestruturação do procedimento relativo ao controlo da dor; compreender se as diferenças constatadas ao nível das duas escalas de faces propostas para utilização (Wong-Baker e FPS-R), por exemplo o que referi quanto à presença de fúrias com lágrimas e sorrisos, serão condicionantes da homogeneidade na avaliação da dor.

A experiência do estágio ao nível dos CSP, para além de permitir perceber como se concretiza o programa integrado de vigilância e promoção do desenvolvimento infantil, permitiu compreender melhor as necessidades no “terreno”. Assiste-se a uma necessária intervenção com maior proximidade da população, com resposta individualizada aos problemas existentes, dos quais destaco a questão da obesidade infantil. Todavia, percecionei escassez de recursos para tal, sendo os esforços dos enfermeiros extremos para conseguir responder às necessidades detetadas.

Não posso deixar de fazer referência ao desafio que é, passar a constituir o corpo de profissionais especializados no cuidado da saúde da criança e do jovem. Revela-se um desafio promissor, desde logo pelo panorama da sociedade atual, em que se assiste ao aumento da taxa de morbilidade e doença crónica, face à

diminuição da taxa de natalidade (RCEEECJ,OE,2011). Avocar a posição de enfermeiro especialista é assumir o compromisso de estar atenta às necessidades e tendências da saúde da criança e do jovem, respondendo com nível avançado de cuidados, visando a promoção da saúde e prevenção de complicações. Considerando os cinco níveis de competência na prática clínica de enfermagem, enunciados por Benner (2001), alcançar o nível de perita pressupõem-se um objetivo a atingir, no sentido que esta representa uma atitude científica, acrescida de competência preceptiva.

Finalizada esta etapa do processo formativo domina a noção de responsabilidade acrescida no defender e promover a saúde da criança. Mais ainda, no que se relaciona com o controlo da dor da criança. Constituir um elemento diferenciador, válido para a qualidade de vida da família e criança é uma premissa. Liderar dinâmicas nos contextos da prática clínica para um cuidado competente, suportado pela evidência científica, assume-se como uma legação, bem como contribuir com conhecimento para o desenvolvimento da profissão. Assumindo por base os padrões de qualidade reiterados pela OE, impõe-se o desenvolvimento de intervenções autónomas que respondam aos desafios impostos pelas transições inerentes ao processo de crescimento e desenvolvimento da criança. A minha maior determinação é contribuir para a *excelência no exercício profissional*, dar visibilidade aos cuidados de enfermagem, tornando visíveis os resultados e os ganhos desses cuidados, sempre no respeito pelo superior interesse da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ang, E. Chan, M. He, G. Jahja, R. Julkunen, K. Lee, T. Sinnappan, R. Nurses' use of non-pharmacological methods in children's postoperative pain management: educational intervention study. **Journal of Advanced Nursing**. 66 (11). 2398–2409.

Anderson, A. Branco, A. Downie, W. Leatham, V. Rhind, M. Wright, V. (1978) Studies with pain rating scales. **Annals of the Rheumatic Diseases**. (s.l). 37.378-381 Acedido em 27/5/2014. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com>

Armstrong, R. Brown, T. Burford, B. Campbell, J. Gao, Y. Karen, J..., Waters, E. (2014) Interventions for preventing obesity in children. **Sao Paulo Med.** (s.l). J.2.128-9

Austin, W. Olmstead, D. Scott, S (2010). Unresolved pain in children: A relational ethics perspective. **Nursing Ethics**. 17(6). 695–704.

A. M. Tomey & M. R. Alligood (2004) - **Teóricas de enfermagem e a sua obra. Modelos e teorias de enfermagem**. (5ª). Loures: Lusociência.

Baker, C. Wong, D. (1988). Pain in Children: Comparison of Assessment Scales. **Pediatric Nursing**. (s.l). 14. (Jan/Fev.1988) 9-17.

Barbosa, S. - **Dor em Pediatria**. In: ALVES NETO, O. et al. **Dor, princípios e prática**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009: p. 778-784.

Barros, L. (2003) - **Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista**. (2ªed). Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-081-2

Batalha, L. Guimarães, H. Santos, L. (2003). Avaliação da dor na criança pré-verbal. **Saúde Infantil**. (s.l). 25. (3). 35-44.

Batalha, L. (2010). **Dor em Pediatria: compreender para mudar**. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-593-0

Batalha, L. Carvalho, M. Costa, L. Miguens, A. Reis, G. (2009) Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. **Referência**.nº10.(Jul.2009).7-14

Benner, P. (2001). **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X

Bittar, V. Nogueira, J. (2001). Indicadores de Qualidade e Quantidade em Saúde. **Revista Administração em Saúde**.3.21-28

Bonnie,W.Cecilia,R.Devine,R.Elizabeth,C...Westra,L.Werley. (1991). The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data. **American Journal of Public Health**. 81. 421-426.

Brazelton, T. Berry (1992) – **Touchpoints birth to 3:your child’s emotional and behavioral development**. [S.l.]. Perseus. ISBN 0-201-62690-X

Brazelton, T. Berry. Sparrow, D. Joshua (2002) – **Touchpoints tree to six** . [S.l.].Da Capo Press. ISBN: 0-7382-0678-4

Brazelton, T. Berry (2007). **O grande livro da criança. O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. 10ª ed. Lisboa: Editorial Presença.

Breda, J. Nunes, E.(s.a) – **Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Casey, G. (2011). Pain – the fifth vital sign. **Of continuing professional development for nurses**.17. 24-29.

Circular Normativa n.º9/DGCG/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: DGS. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas, 2003.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2010). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE® - «**Guidelines for ICNP® Catalogue Development**». Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Direcção Geral de Saúde (2004). **Princípios-chave de prevenção e controlo da obesidade. Obesidade: uma doença crónica ainda desconhecida.**

Direcção Geral de Saúde (2008) – **Plano Nacional de Luta contra a Dor.** Lisboa: Ministério da Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2013) – **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.** Nº010/2013.

Direcção Geral de Saúde (2013) – **Plano Estratégico Nacional e Controlo da Dor (PENPCDOR).**

DiMarco, M.; Kolcaba, K. (2005, May/Jun). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. **Pediatric Nursing**, New York, 31 (4), 187-194. Acedido em 20/5/2014. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/>

Espanca, R. Gato, A. Gomes, S. Miranda, C. (2010) Obesidade em idade pré-escolar Cedo Demais Para Pesar Demais! **Acta Médica Portuguesa.** [s.l]. 23(3).371-378.

Fernandes, A. Ferraz, L. Garcia, M. Rodrigues, J. Santiago, L. (2008). Avaliação da Dor nas Crianças com Deficiência e Limitações da Comunicação

Verbal: Estudo da praticabilidade da escala Douleur Enfant San Salvador (DESS). **Referência.**(s.l).nº6. (Junho,2008). 19-26

Fernandes, A. Garcia, M. (2007). Avaliação da Dor nas Crianças com Deficiência Profunda: a escala DESS. **Referência.**(s.l).nº5.(Dez.2007).18-22.

Fonseca, H. Fontoura, Guerra, A.M. Rego, C...Silva, D. (2004). Obesidade pediátrica: a doença que ainda não teve direito a ser reconhecida. A propósito do 1º Simpósio Português sobre Obesidade Pediátrica. **Acta Pediátrica Portuguesa.** 1-5

George, Julia. (2000) - **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** 4ªed.Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-7307-587-2

Hesbeen, Walter. (2000) – **Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.** Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-11

Hockenberry, Marilyn, j. Wilson, D. (2014). **Wong Fundamentos de Enfermagem da criança e do adolescente.** (9ª ed.). Loures: Lusociência. ISBN:978-989-748-004-1

<http://www.brazeltontouchpoints.org/> acedido em: 2/5/2014

<http://www.iasp-pain.org/> Acedido em: 15/6/2014

<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/arte;jsessionid=a3QXJ+PsYTpRTPBiqlvzuA>. Acedido em 14/6/2014

http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_institucional.a Acedido em: 15/5/2014

<http://www.wongbakerfaces.org/> Acedido em: 14/6/2014

Kolcaba, K.; Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. **Journal of Advanced Nursing**, 16, 1301-1310. Acedido em 20/5/2014. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/>

Kolcaba, K. (1991) - A Taxonomic Structure for the Concept of Comfort. **Journal of Nursing Scholarship**, 23 (4), 238-240. Acedido em 20/5/2014. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/>

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. **Journal of Advanced Nursing**, 19, 1178. Acedido em 20/5/2014. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/>

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mid Range Theory of Comfort of Outcomes Research. **Nursing Outlook** 49 (2), 86-92. Acedido em 20/5/2014. Disponível em: <http://www.thecomfortline.com/>

McCaffery, M., Beebe, A., et al. (1989). Pain: Clinical manual for nursing practice, Mosby St. Louis, MO.

Acedido em: 18/5/2014. Disponível em: www.rehabmeasures.org

Neuman, Betty (1995) - **The Neuman systems model**. 3ª ed. Norwalk: Aplenton and Lange. ISBN 0-8385-6701-0.

Neuman, Betty. Fawcett, Jacqueline. (2011) - **The Neuman systems model**. 5ª Ed. Boston: Pearson. ISBN 978-0-13-514277-6

Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2013) - Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. ISBN: 978-989-8444-23-3

Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem - Guia Orientador de Boa Prática - DOR. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Série1, (1). 2008.

Ordem dos Enfermeiros - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 2001

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Outubro.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento de Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Acedido em: 23/04/2014 Disponibilizado em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaodaOE.aspx>

Orientação n.º14/2010. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS, 2010.

Orientação n.º22/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da Dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa: DGS, 2012

Orientação n.º23/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da Dor nas crianças com doença oncológica. Lisboa: DGS, 2012

Orientação n.º24/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da Dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Lisboa: DGS, 2012

Organização Pan-Americana da Saúde (2001). Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico**.22.1-5.

Padez, C. Fernandes, T. Mourão, I. Moreira, P. Rosado, V. (2004) Prevalence of overweight and obesity in 7-9-y old Portuguese children. Trends in body mass index from 1972 to 2002. **American Journal of Human Biology**,16: 670-678.

Pereira, F. (2007) *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de*

enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Doutoramento. Ciências de Enfermagem. Porto.

Ribeiro, Susana (2008). *Tese de Mestrado em Medicina – Obesidade Infantil*. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

Rito, Ana. (2010) - **Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2008**. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa. ISBN: 978-972-8643-60-7

Tomey, A., & Alligood, M. (2004). **Teóricas de Enfermagem e a sua obra- Modelos e Teorias de Enfermagem (5ª ed.)**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6

Twycross, A. (2010). Managing pain in children: where to from here? **Journal of Clinical Nursing**.19. 2090–2099

Wong, D. (1999). **Wong & Whealy Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à prática efectiva**. (5ª ed.) São Paulo: Guanabara Koogan.

World Health Organization (2012) - Guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses, WHO.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I - *Guião de Observação e Registo à Luz da Teoria Sistémica*

Observações relativas à Experiência de Dor

Stressor	Comportamentos da Criança	Comportamentos das Pessoas Significativas	Intervenções de Enfermagem	Fundamentação Contexto
<p>A) Intrapessoais <i>(sentido pelo cliente, vivência como variável interna)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Experiências Passadas de Dor Crenças acerca da dor Sintomatologia da Doença (DOR) <p>B) Interpessoais <i>(sentido pelo cliente e advém da relação com o enfermeiro ou com um elemento externo)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Vacinação Punção Venosa Aspiração de Secreções Algaliação Posicionamento Aerossoloterapia Avaliações de Parâmetros Vitais (Temp. Timpânica; Tensão Arterial Monitorização) Acidentes <ol style="list-style-type: none"> Queda Queimadura Procedimentos por alterações na pele Condições Ambientais <p>C) Extrapessoais <i>(fora dos limites do cliente maior distância relativamente aos interpessoais)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Stress por Separação Parental Impacto da Hospitalização 	<ol style="list-style-type: none"> Choro/Grita Gemido Agitação/Irrequieto Tensão Facial (caretas, surpresa, desconfiança) Tentativa de Fuga Passa com a mão por uma área do corpo Náusea Alteração Parâmetros Vitais Alteração da coloração da pele Sons/Fala Calmô Brincar Outros 	<ol style="list-style-type: none"> Brincar Comunicação Verbal Comunicação Não Verbal Sução Não Nutritiva Sução Nutritiva (amamentação...) Contacto Pele a Pele Contenção 	<p>A. Avaliar a Dor</p> <ol style="list-style-type: none"> Utilização de Instrumentos de Avaliação de Dor. IS/IT Realização de História de Dor. IS/IT Registos IT <p>B. Controlar a Dor</p> <ol style="list-style-type: none"> Intervenções Farmacológicas <ol style="list-style-type: none"> EMLA – IP Terapêutica Analgésica -IS Intervenções Não Farmacológicas <ol style="list-style-type: none"> Cognitivo/Comportamentais (Relaxamento com Imaginação, Distração...) IP;IS;IT Físicas (aplicação de Frio/Calor; Imobilização; Massagem, Proporcionar o contato com a mãe) IS;IT Suporte Emocional IP;IS;IT Administração de Sacrose- IS Registos IT <p>C. Ensino à Pessoa/Cuidador Principal/Família</p>	<p>- Barros (2003)</p> <p>- Comfort Behaviors Checklist (Kolcaba & DiMarco 2005:189/190, citando Kolcaba, 1997).</p> <p>- Comfort Scale (Bear e Smith, 2006: 428, citando Ambuel, Hamlett e Marx (1990), Hamlett e Marx, 1990).</p> <p>- Brazelton, 2007;</p> <p>- Whaley e Wong, 1999</p> <p>- Tamez e Silva (2002)</p> <p>- GOBP-DOR (OE, 2008)</p> <p>- GOBP-ENFCDC (OE, 2013)</p>

Legenda: IP – Intervenção Primária IS – Intervenção Secundária IT – Intervenção Terciária
 - Novas introduções à posteriori da experiência de estágio

REGISTO

Observação	I	B) 1.	1; 10; 3; 8.	1;2;3	<p>2. a) (brincar com a roca)</p> <p>- Enfª recomenda que os pais retirem o bebé da bancada, logo a seguir ao procedimento na qual foi administrada a vacina, justificando que assim cessará mais rapidamente a associação ao momento doloroso.</p>	<p>Criança de 6M</p> <p>Contexto de consulta, USF.</p>
	II	<p>A) 3.</p> <p>B) 2.</p>	1;2;3;4;5	2.	<p>A.3;</p> <p>B.1 b) (Paracetamol,Ibuprofeno, Livopam)</p> <p style="color: red;">Sem registos nível de dor.</p> <p>B2.a) e b) (relaxamento através da respiração)</p>	<p>Criança de 12 A na sala de tratamento do SUP</p> <p>Criança com ADPM, Drepanocitose, contexto social de abandono à nascença estando institucionalizada.</p> <p>Acompanhada por uma professora da instituição.</p>

III	B) 8	10;11	<p>3.Pai presente.</p> <p>Enquanto observávamos a criança o pai manteve-se ao lado da criança, não havendo contato físico entre ambos.</p> <p>2.A certa altura o pai diz: “vais ver a bela figura em que ficaste!”</p>	<p>A.1 – Escala numérica nível 9</p> <p>A.3</p> <p>B1.b) Paracetamol</p> <p>B 3.</p>	<p>Triagem SUP (maca)</p> <p>Criança de 12A após queda na escola, com traumatismo frontal, esfoliação e hematoma.</p> <p>Veio transportado pelos bombeiros e acompanhado pelo pai.</p>
IV	B) 8	10;4;6	2.	<p>A.1 – Escala numérica nível 5</p> <p>A.3</p> <p>B1.b) Paracetamol</p>	<p>Triagem SUP</p> <p>Criança de 15 A, apresenta queixa de cervicalgia à esquerda após queda na aula de dança.</p>
V	A) 3	11.	2.	<p>A.1 – Registo de dor nível 2 (escala FLACC)</p> <p>A.3</p>	<p>Triagem SUP</p> <p>Criança 5A com odinofagia e torocalgia desde há 3 dias</p>

VI	A) 3	11;6	2.	A.3 (registo de dor nível 5. Enfª refere ter a noção que nível de dor influencia a prioridade da triagem)	Triagem SUP Criança 5 anos com queixas de odinafagias. Observa-se adenopatias cervicais bilaterais.
VII	B.2	1;3;5;6	2;7	B.2.a) música e recompensa com livro.	Sala de tratamentos SUP
VIII	B.3	2;4;9	2;7;5	A.1;A.2;A.3 B.1.b) B.2.b) contenção em ninho C. (enfermeira recomenda à mãe que coloca as suas mãos por cima do bebé, realizando ligeira pressão, referindo as vantagens associadas.)	Neonatalogia

IX	B.9	1;10;11;12	1;2	<p>A.1;A.3</p> <p>B.1 a); B.2.a) lia livro fornecido pela enfª; B.2.c) (presença de ambos os pais). B.3 (enfª reforça imp.dos pais irem contando histórias.)</p>	<p>Sala de Pensos</p> <p>Consulta Externa Hospital Central</p> <p>Criança de 5anos</p>
-----------	-----	------------	-----	--	--

Observações relativas à avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem.

Stressor	Comportamentos da Criança	Comportamentos das Pessoas Significativas	Intervenções de Enfermagem	Fundamentação Contexto
<p>A) Intrapessoais</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiências Passadas 2. Mau estar Fisiológico à priori <p>B) Interpessoais</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Imobilização 2. Contacto com Objecto Estranho <p>C) Extrapessoais (fora dos limites do cliente mas longe)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stress por Separação Parental 2. Impacto Do Ambiente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Choro/Grita 2. Comunicação Verbal(Sons/Fala) 3. Agitação/Irrequieto 4. Tensão Facial (caretas,surpresa,desconfiança) 5. Tentativa de Fuga 6. Alteração da coloração da pele 7. Calmo 8. Sorri 9. Outros 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicação Verbal 2. Afetos 	<p>A. Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicação da Escala de rastreio de <i>Mary Sheridan</i> modificada; 2. Aplicação das Curvas de Crescimento (antigas). <p>B. Intervenções para Promover Conforto</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distração IP;IS 2. Brincar IP;IS 3. Comunicação verbal 	<ul style="list-style-type: none"> • DGS (2005), Saúde Infantil e Juvenil – Programa Tipo de Actuação • PNSIJ (DGS, 2013)

REGISTO

Observação	I	<p>A) 2 (calor e fome, a criança inicialmente estava mais agitada pelo calor, acalmado quando se despiu. No final começou a ficar com fome)</p> <p>B) 2 (mais evidente quando contato com instrumentos de avaliação)</p>	2;7;8	<p>1. 2.</p> <p>(Mãe fala e acaricia a sua filha.)</p>	<p>A.1 A.2 B.3 (enfª fala com a criança utilizando tom de voz mais agudo: "Olá!estás tão crescida...que linda!")</p>	<p>Criança de 6M</p> <p>Avaliação estado ponderal</p>
	II	B) 1. (chorou quando foi imobilizada para avaliação do comprimento)	1.;3.;5	<p>1. 2.</p> <p>(Mãe apela muito ao sorriso, faz caretas tentando divertir a bebé)</p>	<p>A.1 A.2 B.2 (Utiliza o brinquedo como objeto de distração bem como forma de avaliação, por exemplo no seguir com o olhar.)</p>	<p>Criança 4M</p> <p>Consulta de Enfermagem, Avaliação do Desenvolvimento.</p>

Observações relativas a atividades do âmbito da educação alimentar da criança e do jovem.

Stressores	Comportamentos da Criança	Comportamentos das Pessoas Significativas	Intervenções de Enfermagem	Fundamentação Contexto
<p>A) Intrapessoais</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiências Anteriores 2. Gostos/Interesses/Hábitos Culturais 3. Condições Socioeconómicas <p>B) Interpessoais</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Postura da enfermeira na relação terapêutica <p>C) Extrapessoais</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Situação profissional da família 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atenção/Interesse 2. Comunica 3. Ansiedade 4. Distração 5. Apatia 6. Indiferença (a brincar) 7. Choro 8. Sorri 9. Outros 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansiedade 2. Distração 3. Indiferença 4. Interesse/Colocação de Dúvidas 5. Inquietação 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientações antecipatórias relativas à introdução de novos alimentos IP 2. Orientações acerca de correção de hábitos/erros alimentares IS 3. Articulação com a família/comunidade educativa. IT 	<p>- Esquema Alimentar: suporte escrito realizado pela equipa de Saúde Infantil com base nas recomendações da DGS;</p> <p>- Consulta Saúde Infantil USF</p>

REGISTO

Observação	I	<p>A) 2.</p> <p>Mãe refere: “Ah enfª eu não vou colocar batata(...)fã-la engordar!”</p> <p>(...) Ah tenho receio em adicionar tantos legumes!”</p>	<p>6. (antes da avaliação)</p> <p>7. (durante a avaliação corporal)</p>	<p>1. (Expressa medos, principalmente relacionados com a obesidade)</p> <p>4. (Coloca Dúvidas)</p> <p>5.</p>	<p>1. Relativamente aos medos apresentados pela mãe, a enfª desmistifica referindo a importância de começar a sopa com uma base simples de batata e abóbora. Refere que, começar pela sopa evitando as papas, já é uma forma de prevenir a obesidade. Relativamente a ir adicionando legumes, a mãe parece ter receio pelos produtos serem demasiado “processados” e “químicos”. Enfª aconselhou a lavar bem e se puder utilizar produtos biológicos!</p>	<p>Consulta de Saúde Infantil</p> <p>Criança de 5M</p>
Observação	II	<p>A.1</p>	<p>1.2.8.</p>	<p>Família ausente (contexto escolar)</p> <p>3. Demonstrada pelo comentário da criança: “a minha mãe não faz jantar porque vai dormir!”</p>	<p>2.3.</p> <p>(Enfermeira pediu reunião com a encarregada de educação em conjunto com professor)</p>	<p>Avaliação peso e comprimento criança de 4 anos já referenciada para consulta de obesidade</p>

Observações relativas a atividades do âmbito da consulta de preparação para a cirurgia pediátrica

Stressores	Comportamentos da Criança	Comportamentos das Pessoas Significativas	Intervenções de Enfermagem	Fundamentação Contexto
<p>A) Intrapessoais</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiências Cirúrgicas Passadas 2. Crenças acerca da dor 3. Limitações Físicas/Condicionantes (ex: fixador externo) 4. Stress por abandono de pais/terra Natal. 5. Expetativas relativamente à Cirurgia <p>B) Interpessoais</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Postura assumida pela enfermeira na relação terapêutica 2. Ambiente envolvente <p>C) Extrapessoais</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stress por Separação Parental 2. Impacto da Hospitalização 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atenção 2. Calma 3. Conversa 4. Sorri 5. Brinca 6. Ansiedade 7. Distração 8. Apatia 9. Indiferença 10. Irritabilidades 11. Choro 12. Apreensão <p>Outros</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocação de Dúvidas 2. Choro/Grita 3. Apreensão/Angústia 4. Náusea 5. Silêncio 6. Outros 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esclarecimento de dúvidas relativamente ao pré e pós-operatório. 2. Facilitar a expressão de sentimentos. 3. Minimizar o impacto de experiências futuras desagradáveis. 4. Validar expectativas relativamente ao internamento e intervenção cirúrgica. 5. Iniciar relação de confiança com equipa de saúde e minimizar o impacto da cirurgia através do brincar. 6. Conhecer a Hist. Dor da Criança. 7. Identificação de Hábitos da Criança 	<p>- Suporte escrito de apoio à consulta elaborado pela equipa de enfermagem;</p>

Observação	REGISTO				
I	<p>A.5; C.1(pai)</p>	<p>4;5;12 (Apreensivo quando vê a mãe chorar)</p>	<p>1. “Será que ele vai conseguir andar? Poderá tomar banho? Como o devo vestir?”</p> <p>2.</p> <p>3. Após silêncio, a progenitora respira fundo e refere: “será que vamos aguentar? Como ele irá reagir?”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfª apresenta indicações relativamente à alimentação (jejum e reinício de alimentação.). Explica como poderá tomar banho, como fará para deambular) 2. “(...) pode chorar à vontade não tem problema!”(...)”pronto está nervosa, tenha calma vamos ajudar”. 3. Enfª apresenta o fixador à mãe, imagens de crianças com o fixador. 	<p>- Criança de 3A vinda na companhia da sua mãe de São Tomé afim de ser submetida a cirurgia ortopédica, para colocação de fixador externo.</p> <p>- Haviam chegado há 1 dia a Portugal.</p>

APÊNDICE II - *Questionário de colaboração dos enfermeiros do serviço de pediatria para o seu quadro de referência*

Bom Tarde Colega

Inerente à frequência do Mestrado de Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria, na ESEL, estou a desenvolver o meu projeto: *O Processo de Cuidados de Enfermagem na Dor da Criança: Indicadores de Qualidade*.

Pela sua natureza este projeto deverá assentar num quadro de referência para a prática, que reflita, não só o conhecimento científico disponível e as orientações reguladoras do exercício profissional, como ainda a visão dos enfermeiros da nossa unidade.

Neste sentido a sua colaboração é essencial para a clarificação do quadro de referência dos cuidados de enfermagem que desejamos para o **serviço de pediatria**.

Peço-lhe assim que, considerando as experiências e interesses do seu exercício profissional, as partilhe em torno das questões abaixo formuladas. Os contributos serão tratados com o devido sigilo e permitirão desenhar uma proposta a ser-vos presente para apreciação.

1. Refira 3 ou mais palavras ou frases que associa ao conceito de **Saúde da criança**

2. Refira 3 ou mais palavras ou frases que associa ao conceito de **Criança**

3. Refira 3 ou mais palavras ou frases que associa ao conceito de **Família**

4. Refira 3 ou mais palavras ou frases que associa ao conceito de **Cuidados de Enfermagem**

5. Refere 3 ou mais palavras ou frases que associas ao conceito de **Ambiente**

6. A expressão Filosofia de Cuidados de Enfermagem Pediátricos faz-me lembrar...

7. Outras reflexões ou comentários que considere pertinentes

Obrigada pela disponibilidade

Enf^a Ângela Baptista

*APÊNDICE III - Proposta dos Conceitos Metaparadigmáticos de
Enfermagem da Criança e do Jovem e de Filosofia de Cuidados*

Considerando os contributos oferecidos por: os documentos reguladores emitidos pela OE, o padrão documental da instituição, a filosofia dos cuidados pediátricos vigente no serviço, pelo pronunciamento dos enfermeiros do serviço e pela teoria sistémica de Betty Neuman (utilização do guião de apreciação) apresentam-se as seguintes proposta para os conceitos de:

Criança é um ser uno, indivisível, um sistema caracterizado por um conjunto de variáveis internas (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais), necessidades e competências. A família é um contexto da criança, constitui-se como uma extensão da própria, assumindo grande responsabilidade nos cuidados a ela providenciados. A criança é a vivência de um processo de desenvolvimento, influenciado pelo exercício dos seus direitos e pelos processos inter-relacionais que estabelece, nomeadamente com a família, numa tentativa constante de manutenção de equilíbrio enquanto sistema, tendo em vista o seu projeto de saúde.

Saúde da criança, estado dinâmico, variável, contínuo, resultante da interação entre as suas variáveis internas (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais), as forças externas a que está sujeita e, ainda, dos recursos disponibilizados (acesso aos cuidados de saúde, apoio familiar). Representa um estado de reconstituição, quando à criança são impostos stressores, internos ou externos, imprimindo uma necessidade de adaptação. Saúde da criança é ainda, a sua capacidades de responder às transições impostas, essencial ao sucesso do seu desenvolvimento. Saúde representa um estado de bem-estar, quando prevalece o equilíbrio do sistema da criança, em resposta aos stressores a que está sujeita no seu processo de desenvolvimento. Ao bem-estar da criança, está associada a boa disposição, boa vitalidade, alegria e sorrisos. Saúde da criança, a sua estabilidade enquanto sistema é a potencialização e maximização do seu crescimento e desenvolvimento.

Ambiente: conjunto de elementos, externos e internos, que interagem entre si e com o sistema criança influenciando-o e sendo passíveis de o afetar positiva ou negativamente. Os seus elementos caracterizadores humanos, físicos, económicos, sociais, culturais e organizacionais (casa, escola, hospital, experiências, aprendizagens) devem ser conhecidos pelo enfermeiro afim de proporcionar o reforço dos elementos protetores, gerando uma influência positiva do ambiente, um efeito potenciador da saúde e desenvolvimento da criança, com rumo à sua independência.

Os **Cuidados de Enfermagem** assentam na relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e o cliente, tendo esta relação de ajuda em vista a resposta às necessidades específicas de cada cliente, influenciadas pelo sistema em que este se insere. As intervenções de enfermagem, no respeito pela dignidade da pessoa e dos seus direitos, visam o equilíbrio do sistema cliente, o seu bem-estar, numa dinâmica de promoção da sua saúde e prevenção da doença. Os cuidados de enfermagem visam a capacitação do cliente e no proporcionar-lhe o acesso aos recursos necessários para a satisfação das suas necessidades. Intervenções de enfermagem de qualidade, aos três níveis de prevenção, implicam um conjunto de competências científicas, humanas e técnicas que favoreçam o respeito pelos valores universais.

Filosofia de Cuidados Centrados na Família, cuidados baseados em processos relacionais, marcados por uma dinâmica de parceria e de negociação de cuidados, capacitando e envolvendo a criança e família na tomada de decisão sobre a resposta às suas necessidades. As intervenções de enfermagem centram-se na consideração da criança como um sistema aberto, sujeito a pressões e influências várias, no qual a família surge como o principal recurso da criança, a sua base protetora. O enfermeiro faz por fortalecer as competências da criança e família, promovendo o seu desenvolvimento e potenciando a sua saúde. A permanente interação da criança com o ambiente e a influência deste no equilíbrio do sistema e no seu modo de reagir aos stressores da doença e hospitalização, fundamentam a necessidade de um ambiente pediátrico de segurança, de alegria e de esperança que apoie a criança e família, facilitando o seu desenvolvimento e reduzindo ao máximo o impacto da hospitalização.

APÊNDICE IV - *Análise do Estado da Arte: Lacunas dos procedimentos analisados*

Lacunas detetadas na análise relativamente às escalas de dor preconizadas nos procedimentos P1 e P2

Tipo de escala		Autoavaliação				Heteroavaliação				
Designação da escala Procedimento		Faces Wong Baker		EAN	EAN/Colorimétrica	NIPS		FLACC		DESS
P1 - Procedimento "Avaliação da dor na criança/adolescente"		P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1	P2	P1
P2 - Procedimento "Controlo da dor em pediatria"										
Lacunas	Instruções de aplicação	x		x		x		x		
	Idade de aplicação/ População Alvo		x	x	x		x		x	x
	Falta de apresentação da escala									x
	Apresentação de escala em não conformidade com preconizado pela DGS				x	x				
Outras anotações		Em P2 a escala tem uma classificação em 6 níveis de dor (0-5). No entanto, apresenta uma referência para fazer correspondência destes níveis, para níveis de 0 a 10, afim de uniformizar a pontuação relativamente a outras escalas.			Não consta das escalas sugeridas pela DGS para a avaliação de dor na criança. (O014/2010,DGS)			Refere necessidade de intervenção somente quando dor ≥ 4		Rara utilização

LEGENDA: X – Presença da Lacuna; P1- "Avaliação da dor na criança/adolescente" (PR.0234/E.PED, 2011); P2 - "Controlo da dor em pediatria" (PR.0582/D.DPED, 2011)

*APÊNDICE V - Proposta de Alteração ao Procedimento Institucional sobre
Avaliação da Dor*

	Tipo de Documento: Política – PO <input type="checkbox"/> Procedimento – PR <input type="checkbox"/> Protocolo – PT <input type="checkbox"/> Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/>	Aplicação: Transversal <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Específico <input type="checkbox"/>	Referência do Documento (Tipo de Documento, N.º, Aplicação, Código Emissor)		
	Título: Avaliação da dor na criança		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Serviço de Pediatria				

1.1. Objetivos Gerais:

- Maximizar o bem-estar da criança internada
- Racionalizar recursos e custos relacionados com as despesas inerentes à dor instalada.
- Compreender a avaliação da dor como o passo inicial para o seu controlo efetivo.
- Promover a participação da criança e família no processo de avaliação e controlo da dor.

1.2. Objetivos específico:

- Avaliar a dor enquanto 5º Sinal Vital, de forma regular e sistemática (1 vez por turno, ou mais se necessário) a todas as crianças internadas.
- Realizar a História de Dor da criança.
- Quantificar a experiência de dor através de instrumentos objetivos, válidos e clinicamente sensíveis.
- Assegurar a continuidade dos cuidados através do registo rigoroso da avaliação realizada (escala selecionada, nível de dor, história de dor).

2. Âmbito

Serviço de Pediatria; Enfermeiros

3. Siglas e Definições

Escalas de avaliação de dor:

DESS - *Douleur Enfant San Salvador*

EAN – Escala de Avaliação Numérica

FLACC - *Face Legs, Activity, Cry and Consolability*

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

FPS-R – *Faces Pain Scale - Revised*

NIPS - *Neonatal Infant Pain Scale*

OPS – *Objective Pain Scale*

Elaborado <input type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/>		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	mm/aaaa	1 de 19
	Assinatura		Assinatura		

Outros:

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

IASP - *International Association for the Study of Pain*

SIE – Sistema de Informação de Enfermagem

Definição de Dor

- A IASP apresenta a dor como “experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão”¹. Destaca-se desta definição o caráter individual e subjetivo da dor pela associação à sua dimensão emocional. Demarca que esta pode ser real, implícita ou até virtual.

- “Percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”.
CIPE² (2010, p.50)

Definição de História de Dor

- “ (...) colheita de informação que permita orientar a avaliação e o controlo da dor utilizando todas as fontes de informação documentais disponíveis, aliada à observação e entrevista dos pais/cuidador principal e da criança a partir dos 3 anos.”(DGS, 2010) (7)

4. Descrição

Instituída a dor como o 5.º sinal vital, constitui-se como obrigação do enfermeiro, o seu controlo, sendo esta uma determinante das suas boas práticas. Avaliar a dor, implica compreender a experiência dolorosa da criança, explorando todos os fatores que possam estar envolvidos. A dor é uma experiência subjetiva por definição, pelo que exige uma avaliação individualizada, recorrendo a instrumentos de avaliação que a tornam mais mensurável.

De acordo com Batalha (2010) (2) considera-se quatro intensidades de dor: ligeira, moderada, intensa e muito intensa. Na maioria das escalas de avaliação da dor, a dor ligeira corresponde a uma dor superior

¹ “An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.”

² Versão 2

ou igual a três, estando a partir daí preconizada a intervenção farmacológica. As escalas que seguem indicações diferentes terão essa referência aquando da sua descrição, nas instruções de aplicação, no ponto 4.4.

4.1. Orientações gerais para a boa prática na avaliação da dor:

Devem seguir-se as orientações da DGS (2010) que a seguir se transcrevem:

- a) “Acreditar sempre na criança que refere dor;
- b) Privilegiar a auto-avaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível;
- c) Dar tempo à criança para expressar a sua dor;
- d) Ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade;
- e) Dialogar com a criança (a partir dos 3 anos) / pais / cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor;
- f) Realizar a história de dor na admissão da criança ao hospital e na primeira consulta;
- g) Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, excepto se a situação clínica justificar a mudança;
- h) Utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento;
- i) Em situação de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação.”⁽⁵⁾

4.2 Orientações específicas para a boa prática na avaliação da dor:

- a) Selecionar o instrumento de avaliação de dor de acordo com as características do cliente pediátrico (idade, desenvolvimento cognitivo, situação clínica)
- b) Assegurar a compreensão das escalas de autoavaliação pela criança e/ou família através do ensino;
- c) Avaliar a presença de dor em cada turno de trabalho (8 horas), ou no intervalo menor se assim a situação exigir e cumprindo os intervalos de re-avaliação de dor conforme as intervenções instituídas.
- d) Proceder à realização de intervenções de enfermagem farmacológicas e não farmacológicas sempre que o nível de dor seja igual ou superior a três, salvo exceções devidamente indicadas nas escalas correspondentes. (não farmacológicas quando dor de nível até 3, ou em complementaridade com intervenções farmacológicas)
- e) Garantir a continuidade dos cuidados, através do registo da avaliação realizada no SIE.

4.3 Orientações para realização da História de dor da criança

Realizar a **história de dor** no momento de acolhimento através de entrevista aos cuidadores de referência e à criança, sendo que deve ser dada primazia aos dados oferecidos pela criança aquando idade superior a 4 anos. (2)

O registo dos dados relativos à história de dor é realizado ao nível do SIE no campo da Avaliação Inicial de Enfermagem. É importante que o enfermeiro conheça as suas características relativamente à dor (sensibilidade, conhecimentos, atitudes, percepção e atribuição de significado às experiências de dor, disposição para a avaliação e tomada de decisão no controlo da dor) .(9)

Deve contemplar (8,9):

1. Comportamento habitual da criança e ambiente familiar;
2. Características familiares (modelos e história de dor na família);
3. Conhecimento da criança e família acerca da doença (percepção que têm da dor, expectativas);
4. Implicações da dor nas atividades de vida (de que forma a presença de dor altera a vida da criança e da família);
5. Impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor (perceber o modo como a dor influencia o estado de humor da criança/família, se afeta o estado das relações sociais, perceber a influência dos papéis desenvolvidos, qual a influência das crenças religiosas, existe medo ou associação à morte?);
6. Formas de comunicar a dor/expressões de dor (habitualmente comunica que tem dor a quem? refere dor? chora? fácies altera-se? utiliza termos verbais específicos?);
7. Descrição das características da dor (localização, qualidade, intensidade, duração, frequência);
8. Sintomas associados à dor (que outros sintomas acompanham a dor? fadiga? insónia? diminuição do apetite?);
9. Descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas (história do consumo de analgésicos e seu efeito, quais as medidas não farmacológicas a que recorre);
10. Fatores de alívio e de agravamento da dor(calor, posicionamento...); estratégias de *coping*(estratégias habitualmente utilizadas aquando da dor);

4.4. Escalas de Avaliação da Dor

A fim de caracterizar a experiência da dor, têm sido desenvolvidos instrumentos de auto-avaliação (avaliação pelo cliente - a criança relata a própria dor) e instrumentos de heteroavaliação (avaliação da dor efetuada por um observador através de indicadores comportamentais e fisiológicos, atribui um nível de dor). As escalas de autoavaliação devem ser utilizadas preferencialmente e sempre que possível. De acordo com McGrath, não existe um método de avaliação da dor adequado para todas as

crianças. A selecção de uma escala de avaliação deve ser feita de acordo com as condições da criança, em relação à idade, sexo, nível cognitivo.

O registo relativo à avaliação da dor é realizado no SIE no campo Sinais Vitais.

De seguida apresentam-se os instrumentos de avaliação – escalas de dor. Procede-se à sua apresentação bem como às condições em que deve ser aplicada – instruções de aplicação.

4.4.1. Escalas de Autoavaliação

Instruções de Aplicação Gerais a seguir para todas as escalas de auto-avaliação:

- i. Garantir que a criança consegue visualizar a escala
 - ii. Estabelecer uma conversa introdutória com a criança (e família) através da qual o enfermeiro transmite à mesma, o seu interesse em controlar a sua dor, e em quantificá-la. Ex: “Vou-te mostrar esta régua, é como se fosse um termómetro que mede a febre, mas aqui mede-se a tua dor”; “Estou interessada em saber como te sentes”
 - iii. Se possível introduzir uma experiência de dor passada afim de comparação com a experiência atual, ou utilizar conhecimentos adquiridos com a história de dor.
- **FACES Wong Baker**

A escala de faces é uma adaptação da técnica de projeção de imagem, em que seis faces são mostradas à criança. As imagens mostram diferentes graus de tristeza; a primeira face corresponde a uma face muito feliz e a última, a uma muito triste, chorosa. No final a criança deve assinalar a escala que melhor caracteriza o seu momento de dor.

Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale



©1983 Wong-Baker FACES® Foundation. Visit us at www.WongBakerFACES.org. Used with permission.

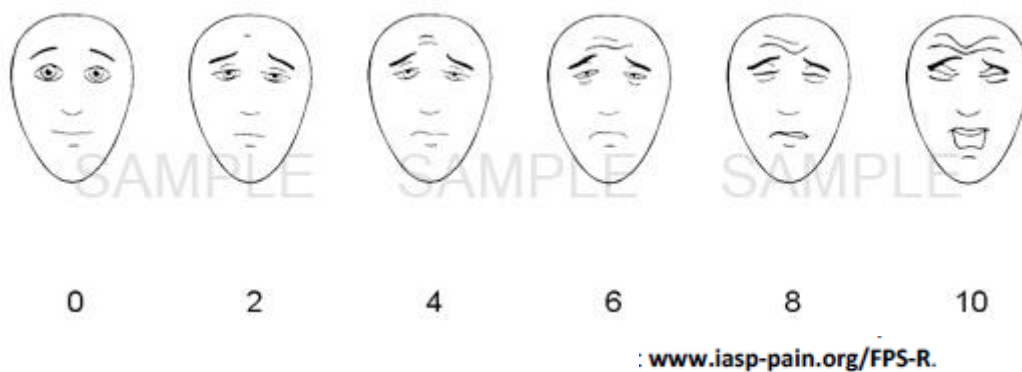
População Alvo : ≥ 3 anos de idade

Instruções de Aplicação:

- a. Seguir as instruções de aplicação gerais das escalas de auto-avaliação.
- b. Explicar à criança que cada face representa uma pessoa que está feliz porque não tem dor, ou triste por ter um pouco ou muita dor. Caso o termo face, seja de difícil compreensão para a criança o enfermeiro poderá recorrer ao termo “cara.”
- c. Iniciar a avaliação de dor, apontando desde a face mais à esquerda (sorridente) e ir avançando até à última (chorosa) dizendo: “Estas a ver esta face? Está feliz porque **não tem nenhum dor**, a seguinte **dói um pouco**, depois **dói um pouco mais**, a seguir dói **ainda mais**, dói **muito mais**, e no final **dói mais do que possas imaginar**, no entanto não tens que chorar quando sentes assim”.
- d. Após explicação pergunta à criança qual é a face que melhor descreve como ela se sente no momento.

• **FPS-R**

A FPS-R é uma escala desenvolvida particularmente para aplicação em crianças. Tem a particularidade de ausência de sorrisos e lágrimas, não apelando à emoção. É constituída por seis faces classificadas de 0 a 10.



População Alvo : ≥ 4 anos de idade

Instruções de Aplicação:

- a. Seguir as instruções de aplicação gerais das escalas de auto-avaliação.
- b. Utilizar as expressões “magoar” ou “doer” conforme o mais adequado a cada criança
- c. Iniciar a avaliação de dor, apontando desde a face mais à esquerda, referindo: “Estas caras mostram o quanto algo pode fazer magoar, a cara (mais à esquerda) não

mostra dor. As caras vão mostrando cada vez mais e mais dor (apontando para cada face) até a esta (face mais à direita) que mostra muita dor. "

- d. Após explicação pedir à criança para apontar para a cara que mostra o quanto dói agora, neste momento.
- e. Proceder à intervenção farmacológica quando o nível de dor for \geq a 4.

- **EAN**

A Escala Numérica apresenta-se sob a forma de régua, com onze divisões em partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 até 10. Pode ter uma apresentação vertical ou horizontal.

Escala Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Fonte: Downie.W, 1978

População Alvo : \geq 6 anos de idade (saber contar, noção da grandeza numérica)

Instruções de Aplicação:

- a. Seguir as instruções de aplicação gerais das escalas de auto-avaliação.
- b. Iniciar a avaliação de dor, apontando desde a extremidade mais à esquerda, e referir: " O é sem dor", ir avançando pelos números até alcançar o 10, referindo: "10 corresponde à dor máxima".
- c. No final pedir à criança que indique qual o número que corresponde à dor que sente no momento.

- **Escala Qualitativa**

A Escala qualitativa descreve por palavras variações qualitativas da dor, evoluindo de "sem dor" até uma dor "Máxima". Não exige a presença de um instrumento físico no momento de avaliação da dor.

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Fonte : DGS 2003

População Alvo: ≥ 4 anos de idade

Instruções de Aplicação:

- a. Seguir as instruções de aplicação gerais das escalas de auto-avaliação.
- b. Iniciar a avaliação de dor pedindo à criança que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os adjetivos: “Sem Dor” ; “Dor Ligeira” ; “Dor Moderada” ; “Dor Intensa” ou “Dor Máxima” .

4.4.2 Escalas de Hetero Avaliação

- **NIPS**

Escala constituída por seis indicadores: expressão facial, choro, respiração, braços, pernas e estado de vigília. Considera-se necessidade de intervenção quando nível de dor superior a

NIPS
(Neonatal Infant Pain Scale)

	DESCRIÇÃO
Expressão facial	
0 – Relaxada	Face serena, expressão neutra
1 – Careta	Músculos faciais tensos, sobranceiras, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa – nariz, boca e sobranceiras).
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

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.

População Alvo : Recém-nascidos com ≥ 24 semanas, não entubados.

Instruções de Aplicação:

- a. Avaliar cada comportamento na criança, atribuindo um valor de 0-1, à exceção do choro que é avaliado de 0 a 2.
- b. Somar o total de pontuação obtida, num total máximo de 7 valores.

- **FLACC**

Escala que permite a avaliação através de cinco categorias de comportamentos de dor: a expressão facial, o movimento das pernas, atividade, choro, e consolabilidade. A observação da criança deverá realizar-se durante 1 a 5 minutos, se possível reposicionando-a, percebendo se ocorre alteração do comportamento.

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																				

© 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.

- **Instruções de Aplicação:**

- a. Explicar à família a necessidade de avaliação da dor, apresentando a tabela no sentido de obter a sua colaboração para melhor caracterizar os comportamentos da criança.
- b. Avaliar cada comportamento na criança, atribuindo um valor de 0-2.
- c. Somar o total de pontuação obtida, num total máximo de 10 valores.

- **FLACC-R**

Compreende a avaliação através das cinco categorias de comportamentos de dor da escala de FLACC e o comportamento individualizado da criança em relação a cada categoria, por exemplo: morder a mão quando tem dor. Esta informação é conhecida através da parceria com a família, imprescindível neste processo de avaliação em que a manifestação da dor está condicionada pelas limitações cognitivas e motoras, condicionando a interpretação. A imobilidade poder ser, por exemplo, uma estratégia de defesa da dor. (8)

Esta escala oferece vantagem em relação á DESS na facilidade e maior rapidez de aplicação.

**FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY Revised
(FLACC-R)**

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

© The Regents of the University of Michigan
 Malviya S, Yopel-lewis T, Burke C, Merkel S, Tait A. The revised FLACC observational pain tool: Improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Pediatric Anesthesia* 2006;16(3):258-265.

- **População Alvo** : crianças dos 4- 18 anos (3) com comprometimento cognitivo e multideficiência.
- **Instruções de Aplicação:**
 - a. Explicar à família a necessidade de avaliação da dor, apresentando a tabela no sentido de obter a sua colaboração para melhor caracterizar os comportamentos da criança.
 - b. Avaliar cada comportamento na criança, atribuindo um valor de 0, 1 ou 2, caso apresenta os comportamentos descritos.

- c. Caso a criança apresente um comportamento individualizado deve-se descrever o mesmo e em conjunto com a família decidir entre uma pontuação mínima de 0 e máxima de 2.
- d. Somar o total de pontuação obtida, num total máximo de 10 valores., sendo considerado dor ligeira para uma pontuação de 1 a 3, dor moderada, de 4 a 6 e dor grave de 7 a 10. (3)

- **DESS**

Possibilita a monitorização da dor em crianças com limitações verbais, cognitivas e comportamentais, sendo a primeira escala validada para a criança com deficiência profunda. Constitui-se por dois elementos fundamentais o Dossier de Base e a Grelha de Pontuação. O Dossier de Base pretende ser um reflexo dos comportamentos habituais da criança. É constituído por 10 questões, que se integram em três grupos de sinais de dor: os sinais de apelo de dor, os sinais motores e os sinais de regressão psíquica. O preenchimento do dossier de base é realizado com a colaboração da família, e profissionais envolvidos nos cuidados à criança, cujas respostas são fundamentais para o preenchimento da grelha de pontuação. O dossier de base deverá acompanhar a criança em qualquer situação de hospitalização, fazendo parte do seu processo individual. A Grelha de Pontuação da Dor é composta por 10 categorias. A pontuação de cada categoria efetua-se em 5 níveis (0-4), sendo o total máximo de 40 pontos. Considera-se que a partir de 6 a dor está presente pelo que deverão ser realizadas intervenções.

Escala “Douleur Enfant San Salvador” – Dossier de base

Nome _____	Data _____
Esta ficha deve ser preenchida para cada doente, fora de qualquer fenómeno doloroso	
1 A criança chora habitualmente? _____ Se sim, em que circunstâncias? _____ Chora às vezes? _____ Se sim, por que razões? _____	
2 Habitualmente existem reacções motoras quando se lhe toca ou manipula? _____ Se sim, quais (<i>sobressalto, acesso tónico, tremores, agitação, esquiva</i>)? _____	
3 A criança é habitualmente sorridente? _____ A sua face é expressiva? _____	
4 Ela é capaz de se proteger com as mãos? _____ Se sim, ela tem tendência a fazê-lo quando se lhe toca? _____	
5 Ela exprime-se por gemidos? _____ Se sim, em que circunstâncias? _____	
6 Ela interessa-se pelo ambiente que a rodeia? _____ Se sim, fá-lo espontaneamente ou tem que ser solicitada? _____	
7 As suas manifestações de rigidez são incomodativas na vida quotidiana? _____ Se sim, em que circunstâncias? (<i>dar exemplos</i>) _____	
8 Ela comunica com o adulto? _____ Se sim, ela procura o contacto ou é necessário solicitá-la? _____	
9 Ela tem uma motricidade espontânea? _____ Se sim, trata-se de movimentos voluntários, movimentos descoordenados, de um síndrome coreo-atetósico ou de movimentos reflexos? _____ Se sim, trata-se de movimentos ocasionais ou de uma agitação incessante? _____	
10 Qual é a sua posição de conforto habitual? _____ Ela tolera bem a postura sentada? _____	

ITEM 1	Choro e/ou gritos (barulhos de choro com ou sem acesso de lágrimas)	– Manifesta-se como habitualmente	0	0	0
		– Parece manifestar-se mais do que habitualmente	1	1	1
		– Choro e/ou gritos aquando de manipulações ou gestos potencialmente dolorosos	2	2	2
		– Choro e/ou gritos espontâneos e claramente não habituais	3	3	3
		– Mesmo sinal que 1, 2 ou 3 acompanhado de manifestações neurovegetativas (taquicardia, bradicardia, suores, rash cutâneo ou acesso de palidez)	4	4	4
ITEM 2	Reacção de defesa, coordenada ou não, ao examinar uma zona presumivelmente dolorosa (o toque, a palpação ou a mobilização desencadeiam na reacção motora, coordenada ou não, que se pode interpretar como uma reacção de defesa)	– Reacção habitual	0	0	0
		– Parece reagir de forma não habitual	1	1	1
		– Movimento de retracção indiscutível e não habitual	2	2	2
		– Mesmo sinal que 1 ou 2 com contorções e/ou gemidos	3	3	3
		– Mesmo sinal que 1 ou 2 com agitação, gritos e choro	4	4	4
ITEM 3	Mímica dolorosa (expressão da face traduzindo dor; um rir paradoxal pode corresponder a uma expressão dolorosa)	– Manifesta-se como habitualmente	0	0	0
		– Fácies inquieto não habitual	1	1	1
		– Mímica dolorosa aquando de manipulações ou gestos potencialmente dolorosos	2	2	2
		– Mímica dolorosa espontânea	3	3	3
		– Mesmo sinal que 1, 2 ou 3 acompanhado de manifestações neurovegetativas (taquicardia, bradicardia, suores, rash cutâneo ou acesso de palidez)	4	4	4
ITEM 4	Protecção das zonas dolorosas (protege com a sua mão a zona presumivelmente dolorosa para evitar qualquer contacto)	– Reacção habitual	0	0	0
		– Parece temer o contacto com uma zona particular	1	1	1
		– Protege uma região sensível do seu corpo	2	2	2
		– Mesmo sinal que 1 ou 2 com contorções e/ou gemidos	3	3	3
		– Mesmo sinal que 1 ou 2 com agitação, gritos e choro	4	4	4
<i>Este item não é pertinente quando não existe qualquer controlo dos membros superiores</i>					
ITEM 5	Gemidos ou choro silenciosos (geme no momento das manipulações ou espontaneamente de forma intermitente ou permanente)	– Manifesta-se como habitualmente	0	0	0
		– Parece mais queixoso do que habitualmente	1	1	1
		– Queixa-se de forma não habitual	2	2	2
		– Gemidos com mímica dolorosa	3	3	3
		– Gemidos entrecortados com gritos e choro	4	4	4
ITEM 6	Interesse pelo ambiente circundante (interessa-se espontaneamente pela animação ou pelos objectos que o rodeiam)	– Manifesta-se como habitualmente	0	0	0
		– Parece menos interessado do que habitualmente	1	1	1
		– Pouco interesse, tem que ser solicitado	2	2	2
		– Desinteresse total, não reage às solicitações	3	3	3
		– Estado de prostracção claramente não habitual	4	4	4
<i>Este item não é pertinente quando não existe qualquer interesse pelo ambiente circundante</i>					
ITEM 7	Acentuação dos distúrbios do tónus (aumento da rigidez, tremores, espasmos em hiperextensão ...)	– Manifestações habituais	0	0	0
		– Parece mais rígido do que habitualmente	1	1	1
		– Acentuação da rigidez aquando de manipulações ou de gestos potencialmente dolorosos	2	2	2
		– Mesmo sinal que 1 ou 2 com mímica dolorosa	3	3	3
		– Mesmo sinal que 1, 2 ou 3 com gritos e choro	4	4	4
ITEM 8	Capacidade de interagir com o adulto (Comunica através do olhar, de mímica ou de sons, por sua iniciativa ou quando é solicitado)	– Manifesta-se como habitualmente	0	0	0
		– Parece menos envolvido na relação	1	1	1
		– Dificuldades não habituais para estabelecer um contacto	2	2	2
		– Recusa não habitual de qualquer contacto	3	3	3
		– Retracção não habitual evidenciando uma total indiferença	4	4	4
<i>Este item não é pertinente quando não existe qualquer possibilidade de comunicação</i>					
ITEM 9	Acentuação dos movimentos espontâneos (motricidade voluntária ou não, coordenada ou não, movimentos coreicos, atéticos, ao nível dos membros ou da cabeça ...)	– Manifestações habituais	0	0	0
		– Possível recrudescência dos movimentos espontâneos	1	1	1
		– Estado de agitação não habitual	2	2	2
		– Mesmo sinal que 1 ou 2 com mímica dolorosa	3	3	3
		– Mesmo sinal que 1, 2 ou 3 com gritos e choro	4	4	4
ITEM 10	Atitude antiálgica espontânea (procura activa de uma postura não habitual que parece aliviar) ou definida pelo cuidador	– Posição de conforto habitual	0	0	0
		– Parece menos à vontade nesta postura	1	1	1
		– Certas posturas deixam de ser toleradas	2	2	2
		– Aliviado por uma postura não habitual	3	3	3
		– Nenhuma postura parece aliviar	4	4	4
A pontuação total é determinada em relação a um máximo de 40.		PONTUAÇÃO TOTAL			

- **População Alvo** : crianças com limitações verbais, cognitivas e comportamentais.
- **Instruções de Aplicação:**
 - a. Explicar à família a necessidade de avaliação da dor, apresentando a tabela no sentido de obter a sua colaboração para melhor caracterizar os comportamentos da criança.
 - b. No primeiro contacto com a criança proceder ao preenchimento do Dossier de Base
 - c. Para cada avaliação, considerar as 8 horas precedentes.

- d. Avaliar cada um dos 10 *itens*, tendo por base as informações do Dossier de Base, atribuindo um valor de 0 a 4.
- e. Em caso de variações nos comportamentos observados, deve-se considerar o de maior intensidade.
- f. Caso exista um comportamento que parece não ter aplicação para a criança em causa, deverá considerar-se pontuação de zero.
- g. No final somar todos os itens, total máximo de 40.
- h. Quando pontuação superior a 6 pontos, considera-se dor presente pelo que deverão ser realizadas intervenções.
- i.

- **OPS**

Escala multidimensional constituída por cinco categorias: choro, movimento, agitação, expressão verbal ou corporal e variação da tensão arterial sistólica. Cada uma é pontuada de 0 a 2, perfazendo uma avaliação total máxima de 10 pontos. Tem a particularidade de não poder ser utilizada em crianças entubadas ou com limitações cognitivas ou motoras e do valor da TA dever ser o último parâmetro a avaliar.

Indicador	Comportamento apresentado:
Choro	0 – Ausente 1 – Presente, mas consolável 2 – Presente e inconsolável.
Movimento Corporal (deslocamento espacial do corpo)	0 – Ausente: criança calma ou adormecida 1 – Inquieto: sem repouso, mudanças frequentes, mudanças frequentes de posição, balançando, movimentos da cabeça e membros. 2 – Intenso: movimentos desordenados, contínuos, espernear, com risco de lesão.
Agitação (sinónimo de excitação)	0 – Adormecido ou Calmo: a dormir, calma, sem excitação e ou irritabilidade. 1 – Leve: com leve a moderada excitação, contraído, ligeira hipertonia, sobressaltado, ligeira irritabilidade. 2 – Histérico: agitação intensa e permanente, tremores, hipertonia marcada, agressividade.
Expressão corporal ou verbal (descrição verbal/comportamentos observados/manifestações corporais)	0 – Adormecido ou sem manifestar dor: criança calma, adormecida, relaxada sem adotar posição antiálgica. 1 – Dor leve (não consegue localizar): desconforto global, não localiza a dor, mimica de dor pouco marcada, flexão dos membros. 2 – Dor moderada (localiza a dor): aponta/protege a zona

	dolorosa, mimica de dor marcada, posição antálgica ou imobilidade.
Varição da Tensão Arterial Sistólica	0 – Aumento de < 10% 1 – Aumento de 10% a 20% 2 – Aumento superior a 20%

Fonte: Adaptada de BROADMAN LM, HANNALLAH RS. **Testing the Validity of an objective pain scale for infants and children.** *Anesthesiology.* 1988, 69. A 777.

Batalha, L. (et al). Avaliação da dor na criança pré-verbal. *Saúde Infantil.*25 (3). 35-44.

- **População Alvo** : ≤ 18 anos
- **Instruções de Aplicação:**
 - a. Explicar à família a necessidade de avaliação da dor, apresentando a tabela no sentido de obter a sua colaboração para melhor caracterizar os comportamentos da criança.
 - b. Avaliar cada indicador na criança, atribuindo um valor de 0-2.
 - c. Para a avaliação de cada indicador deve-se ter em consideração a descrição do seu significado apresentado na escala.
 - d. Somar o total de pontuação obtida, num total máximo de 10 valores.
 - e. Quando pontuação superior ou igual a 3 pontos, considera-se dor presente pelo que deverão ser realizadas intervenções.

5. Documentos Relacionados

- IAC (Instituto de Apoio à Criança) - **Carta da Criança Hospitalizada: Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança.** *European Association for Children in Hospital (EACH)*, Leiden, 1988
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Plano Nacional de Luta Contra a Dor.** Lisboa: DGS, 2001
- Procedimento do Departamento: “*Controlo da dor em pediatria*” (PR.0582/D.DPED (2011))

6. Referências de Suporte

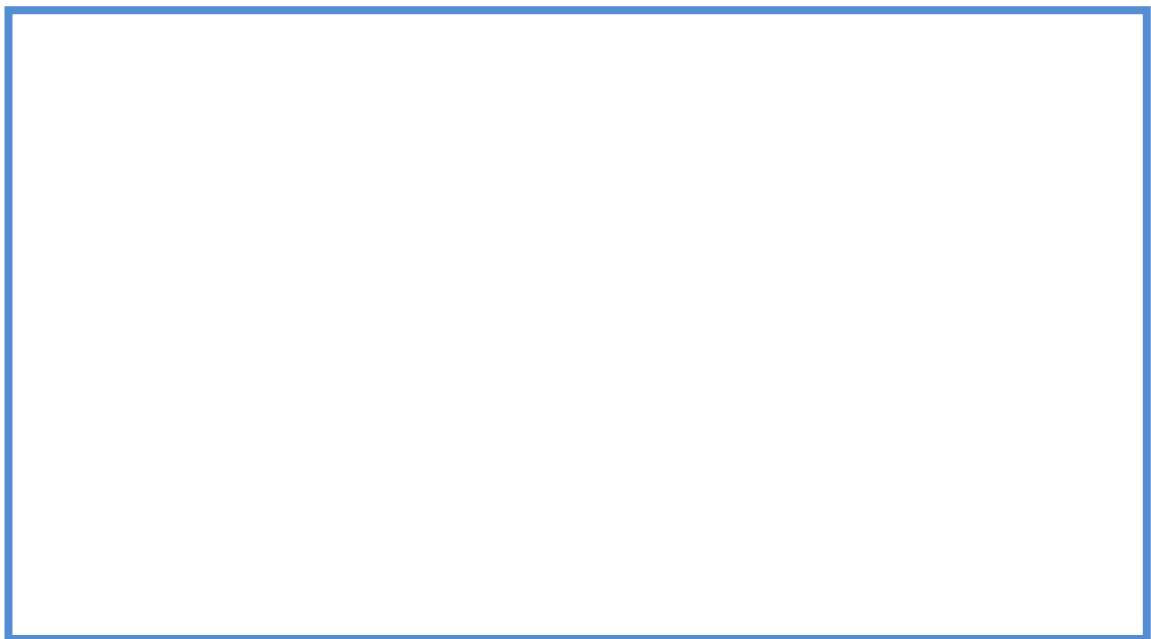
1. Batalha, L. (et al).(2003) Avaliação da dor na criança pré-verbal. *Saúde Infantil.*25 (3). 35-44
2. Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar.* Lisboa: Lidel.

3. Batalha, L. Mendes, V. (2013) Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC-R). *Revista de Enfermagem Referência*. serIII (11). 7-17
4. CIPE (2010). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
5. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas- **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor**. Lisboa: DGS, 2003, (Circular Normativa n.º9/DGCG/2003).
6. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças**. Lisboa: DGS, 2010, (Orientação n.º14/2010).
7. Fernandes, A. Garcia, M. (2007) – Avaliação da Dor nas Crianças com Deficiência Profunda: a escala DESS. *Revista Referência*. II série. (5).17-22
8. Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem (2008). Guia Orientador de Boa Prática - Dor. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Série1, (1).
9. Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos Ordem dos Enfermeiros. Série 1 (6).

Endereços eletrónicos:

1. <http://www.iasp-pain.org>
2. www.wongbakerfaces.org.

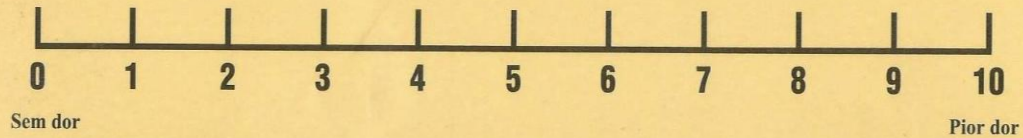
APÊNDICE VI - *Instrumento de apoio para os enfermeiros durante a
avaliação da dor*



0 2 4 6 8 10
(fold along dotted line)

Projeto institucional, HFF, Departamento Pediatria, 2014.

Escala numérica



Unidade de Dor

Fonte: WONG, Donna L. (1998). Pediatric Quick References. Reprinted by permission.

Projeto institucional, HFF, Departamento Pediatria, 2014.



Soubrouillard, N. • **Dicionário por imagens do corpo humano**. Ed. Fleures. Lisboa. 1997 in Dor - 5º Sinal Vital: Projeto Institucional. HDE. 2003.

Questões orientadoras para elaborar a história de dor com o auxílio do desenho:

- O enfermeiro inicia o diálogo: "Vou-te mostrar este desenho e tu vais-me contar uma história através do que vês nele...Pode ser? (O enfº pode orientar, por ex: É o "João" e a sua mãe, que o está ajudar. O que achas que aconteceu? Queres contar-me esta história?)
- Comparar com experiências reais: "E tu quando caíste como foi? E quando vais às vacinas dói? Mais ou menos? E quando a mãe dá um beijinho, dói? O que gostas que te façam/não façam quando sentes dor?"

Orientações para avaliação da dor na criança:

- Referir que se vai mostrar uma régua para ajudar a perceber como a criança se está a sentir (comparar com função do termómetro).
- Colocar-se lado a lado com a criança, assegurando que a escala fica visível para a criança. Passar à explicação das escalas, selecionando-a de acordo com estado etário.
- Se possível comparar com uma experiência passada de dor da criança. Lembraste quando caíste? Dói mais agora ou dessa vez?
- Na **escala de FACES**, fazer referência: "Estas faces mostram o quanto algo pode fazer magoar, a face (mais à esquerda) não mostra dor. As faces vão mostrando cada vez mais e mais dor (apontando para cada face) até a esta (face mais à direita) que mostra muita dor." Terminar dizendo: "Qual achas que é a face que corresponde à dor que sentes neste momento?"
- Na **escala NUM** referir: "o é sem dor, vai aumentando pouco a pouco, até atingir a pior dor de todas, o 10".

APÊNDICE VII - *Proposta de Reformulação ao SIE relativamente ao*
Diagnóstico de Dor

Ações de Enfermagem para o Diagnóstico da Dor segundo a CIPE	Campos já contemplados no SIE atual	Reformulação - Sugestão de campo a introduzir	Observações
Gerir	A gestão da dor ocorre desde o momento em que o enfermeiro inicia o processo de avaliação da dor e organiza o seu processo de cuidados. Ao gerir a dor, o enfermeiro planeia as suas intervenções, pelo que as ações se distribuem nos campos seguintes abaixo indicados...		
Vigiar a dor e Monitorizar	<p>Não existe</p> <p>Campo "Sinais Vitais" no qual se procede ao registo da intensidade só da intensidade? e as outras características? da dor.</p>	<p>Diagnóstico Suspeita de Dor Dor relacionada com:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervenção de enfermagem; - Doença de base; - Outro <p>Características da dor atual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Localização - Sintomas associados - Qualidade da dor (formigueiro, queimadura...) 	Existem situações de eminência de dor (ex:pós operatório) em que o enfermeiro segue os mesmos "passos" do diagnóstico de dor presente. Procede à "avaliação" da dor, mesmo estando esta "ausente". Neste contexto desenvolve ações de prevenção da dor e manutenção da vigilância. (ex:ensinar sobre vigilância da dor)

<p><i>Ensinar</i></p> <p><i>Instruir</i></p> <p><i>Treinar</i></p>	<p>Não existe</p>	<p>Ensinar sobre auto – vigilância: dor</p> <p>Ensinar sobre auto controle: dor</p> <p>Ensinar e treinar sobre escalas de dor</p> <p>Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para alívio da Dor</p> <p>Ensinar sobre gestão dos analgésicos</p> <p>Ensinar sobre resposta aos analgésicos</p> <p>Instruir sobre o uso de estratégias não farmacológicas para alívio da Dor</p> <p>Instruir sobre auto – vigilância: dor</p> <p>Instruir sobre escalas de dor</p> <p>Instruir sobre estratégias não farmacológicas para alívio da Dor</p> <p>Treinar a auto vigilância da dor</p> <p>Treinar para o uso de estratégias não farmacológicas para alívio da dor</p>	
---	-------------------	--	--

<p>Executar</p>	<p>Campo “Registo da Medicação” no qual se procede ao registo das intervenções farmacológicas realizadas.</p>	<p>Intervenções Não Farmacológicas Realizadas:</p> <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fornecimento de Informações Antecipatórias; - Reforço positivo - Modelação - Outras <p>Comportamentais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relaxamento Muscular <p>Cognitivo Comportamentais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Imaginação guiada - Distração <p>Físicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Massagem; - Aplicação de calor/frio - Posicionamentos <p>Suporte Emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sucção não nutritiva - Embalo - Colo - Canções de Embalar - Outros 	<p>“Executar” corresponde ao “desempenhar uma tarefa técnica” (CIPE,2010).Neste caso o enfermeiro realiza uma intervenção para o controlo da dor.</p>
------------------------	---	---	---

		Ambientais (adequação de): <ul style="list-style-type: none">- Luz- Ruido- Temperatura Outros: <ul style="list-style-type: none">- Sacarose 24%- Leite Materno	
--	--	---	--

APÊNDICE VIII - *Proposta de Indicadores de Qualidade para o*
Departamento de Pediatria

Nome do indicador	Tipo	Fórmula	Fonte de informação	Método	Amostra	Responsável	Frequência	Objetivo	Observações
Nº de serviços do departamento com procedimento relativo à avaliação da dor na criança.	Estrutura	$\frac{\Sigma \text{ dos serviços do departamento com procedimento}}{\text{Nº total de serviços de departamento}} \times 100$	Consulta local da documentação existente	Retrospectivo	Documentos dos serviços do departamento no âmbito da dor.		A definir	Garantir que todos os serviços têm um suporte regulamentador da avaliação da dor.	
Percentagem de clientes para os quais foram utilizadas estratégias não farmacológicas para alívio da dor no serviço de pediatria.	Processo	$\frac{\Sigma \text{ dos clientes para os quais foram utilizadas estratégias não farmacológicas nas 24H}}{\Sigma \text{ dos clientes internados em 24H}} \times 100$		Retrospectivo	Clientes internados no serviço de pediatria nos dias auditados.	Membros dinamizadores da qualidade		Perceber a adesão dos enfermeiros à utilização das estratégias não farmacológicas no alívio da dor.	Compreender se as estratégias não farmacológicas estão a ser efetivamente aplicadas pelos enfermeiros, como recomendado pelos órgãos regulamentadores.

<p>Percentagem de clientes do serviço de pediatria a quem foi realizada história de dor.</p>	<p>Processo</p>	<p>Σ dos clientes para os quais foi realizada história de dor nas 24H</p> <hr/> <p>Σ dos clientes internados em 24H</p> <p>(X100)</p>	<p>Dados existentes no SIE do serviço</p>					<p>Perceber a adesão a este instrumento de avaliação pela equipa de enfermagem.</p>	<p>Sendo um instrumento essencial no processo de avaliação da dor é essencial conhecer as % de utilização afim de planear estratégias necessárias para a sua utilização ser positiva.</p>
<p>Percentagem de clientes com dor controlada no serviço de pediatria.</p>	<p>Resultado</p>	<p>Σ de clientes com nível de intensidade de dor ≤ 3 nas 24H</p> <hr/> <p>Σ dos clientes internados com avaliação de dor nas 24H</p> <p>(X100)</p>						<p>Concluir se a dor está a ser controlada ao nível do departamento de pediatria.</p>	

<p>Percentagem de clientes com redução de dor pela aplicação de pelo menos uma estratégia não farmacológica, sem recurso a terapêutica.</p>	<p>Resultado</p>	<p>Σ de clientes com redução do nível de dor, com a utilização mínima de uma estratégias não farmacológica sem administração de terapêutica farmacológica nas24H</p> <hr/> <p>Σ dos clientes internados com avaliação da intensidade de dor ≥ 3 nas 24H</p> <p>(X100)</p>	<p>Dados existentes no SIE do serviço.</p>	<p>Retrospectivo</p>	<p>Clientes internados no serviço de pediatria nos dias auditados</p>			<p>Compreender a eficácia da aplicação das estratégias não farmacológicas</p>	<p>Carece realização de duas avaliações, afim de numa segunda avaliação perceber se houve redução do nível de dor.</p>
--	------------------	---	--	----------------------	---	--	--	---	--

<p>Percentagem de clientes com redução de dor pela aplicação de pelo menos uma intervenção farmacológica, sem recurso a outra terapêutica.</p>	<p>Resultado</p>	<p>Σ de clientes com redução do nível de dor, com a utilização mínima de uma intervenção farmacológica nas 24H</p> <hr/> <p>Σ dos clientes internados com avaliação da intensidade de dor ≥ 3 nas 24H</p> <p>(X100)</p>		<p>Retrospectivo</p>				<p>Compreender a eficácia das intervenções farmacológicas</p>	<p>Carece realização de duas avaliações.</p> <p>Para o Σ de clientes com redução do nível de dor, deve-se considerar todos os clientes que apresentavam uma intensidade de dor ≥ 3, e que na 2ª avaliação, após a intervenção de enfermagem, apresentaram redução do nível de dor.</p>
<p>Taxa de Prevalência de dor no serviço de pediatria no período de um mês</p>	<p>Epidemiológico</p>	<p>Σ de clientes com intensidade de dor $>$ ou $=$ a 1 no período de 1 mês</p> <hr/>						<p>Compreender a presença da dor e o seu comportamento (reduzido ou aumentado).</p>	<p>- Exige uma avaliação regular, comparando os dados obtidos entre cada</p>

		<p>Σ de clientes internados com avaliação de dor no período de um mês</p> <p>(X100)</p>							<p>avaliação.</p> <p>- A taxa de prevalência permite retirar informações sobre a o número total de crianças com dor num determinado período de tempo.</p>
--	--	---	--	--	--	--	--	--	---

APÊNDICE IX - *Formações Realizadas*

Formação 1	<i>“Conhecer a dor para melhor a controlar (avaliar)”</i>
Temas 1ª Parte	Experiências de dor e seu impacto na vida da criança
2ª Parte	<ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos neurofisiológicos da dor: • Avaliação da dor – instrumentos de avaliação e sua aplicação
Objetivos 1ª Parte:	<ul style="list-style-type: none"> – Sensibilizar os enfermeiros para as vivências de dor das crianças; – Proporcionar a reflexão para o modo como a dor pode influenciar negativamente a vida das crianças; – Impulsionar a mensagem de que a dor é passível de ser controlada.
2ª Parte:	<ul style="list-style-type: none"> – Compreender a teoria do portão de Melzack e Wall; – Simular a avaliação da dor através da aplicação dos instrumentos de avaliação: escala de faces e escala numérica.
Conteúdos	<ul style="list-style-type: none"> • Relembrar a necessidade do efetivo controlo da dor na influência da qualidade de vida da criança – momento de reflexão; • Normativos disponíveis para o controlo da dor; • Alto grau de especialização fisiológica dos mecanismos da dor – Teoria do Portão de Melzack e Wall; • Garantir a correta aplicação dos instrumentos de avaliação de dor: <ul style="list-style-type: none"> - Garantir a visualização da escala pela criança - Estabelecer uma conversa introdutória com a criança/família <p>(apresentação da escala, obtenção de conhecimento acerca da experiência dolorosa comparando com conhecimentos adquiridos aquando realização da história de dor.)</p>
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva • Demonstrativa • Ativa

Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Documentário narrado com testemunhos de experiências de dor. (http://www.youtube.com/watch?v=0JkhHY_so_A) • Slides Power Point
População Alvo	Todos Enfermeiros do serviço de pediatria
Data de Realização/Duração	03/03/2014; 1 hora

Formação 2	<i>“Projeto de Melhoria Contínua do Departamento de Pediatria: Controlo da dor na Criança”</i>
Tema	Apresentação do projeto de melhoria contínua do departamento de pediatria e sua fundamentação.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> – Envolver/Dinamizar a participação dos enfermeiros no projeto de melhoria contínua do departamento; – Sensibilizar os enfermeiros para a necessidade de melhoria da prática de cuidados relativamente ao foco de dor; – Sensibilizar os enfermeiros para a necessidade de registo das suas intervenções relativamente ao foco de dor e ao modo como esse registo influencia a produção de dados relativos aos cuidados de enfermagem.
Conteúdos	<ul style="list-style-type: none"> • Pertinência de um projeto de melhoria continua para o desenvolvimento da profissão; • Pertinência do projeto de melhoria continua do departamento no controlo e gestão da dor; • Alterações necessárias SIE e ao Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem a fim de refletirem as intervenções realizadas

	<p>pelos enfermeiros no controlo da dor;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos, fases e elementos do projeto
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva • Ativa
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Slides Power Point
População Alvo	Enfermeiros do departamento de pediatria (grupos de 20)
Data de Realização/Duração	Vários dias (iniciado a 12/2013); 45 minutos.

APÊNDICE X - *Formação Planeada*

Formação	“Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor em Pediatria”
Tema	<ul style="list-style-type: none"> • Controlo da dor e as estratégias não farmacológicas de enfermagem.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> – Sensibilizar os enfermeiros para o recurso às estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança; – Melhorar os conhecimentos dos enfermeiros acerca das estratégias não farmacológicas existentes e os critérios existentes para a sua seleção; – Treinar as técnicas de aplicação das estratégias não farmacológicas.
Conteúdos	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do GOBP ENFCDC da OE,2013 • Do diagnóstico de dor presente à implementação das estratégias não farmacológicas no alívio da dor; • Apresentação dos princípios gerais para o efetivo controlo da dor: <ul style="list-style-type: none"> - Considerar idade da criança e o seu desenvolvimento cognitivo; - Negociar a presença da pessoa significativa, ponderando situações em que a mesma pode ser prejudicial pela ansiedade parental sentida e transmitida; - Dar primazia à execução de procedimentos pelo enfermeiro com quem a criança/família tem maior relação de confiança - Dar informação à criança e família de forma simples e exata sobre os diferentes sucedidos (procedimentos,estratégias) promovendo a participação e controlo da criança no controlo na sua dor. - Incentivar à criança “falar consigo próprio” no sentido de redução da sua ansiedade; - Encorajar os comportamentos cooperantes da criança e família através de <i>feedback</i> positivo; - Realizar o planeamento dos cuidados no sentido da menor manipulação possível; - Agrupar a realização dos procedimentos dolorosos e que sucedam sob

	<p>analgesia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condições para a seleção e aplicação do tipo de estratégia não farmacológica, adequando ao estadio etário. <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fornecimento de Informações Antecipatórias; - Reforço positivo - Modelação - Outras <p>Comportamentais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relaxamento Muscular <p>Cognitivo Comportamentais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Imaginação guiada - Distração <p>Físicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Massagem; - Aplicação de calor/frio - Posicionamento <p>Suporte Emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sucção não nutritiva - Embalo - Colo - Canções de Embalar - Outros <p>Ambientais (adequação de):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luz - Ruído - Temperatura <p>Outros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sacarose 24% - Leite Materno
Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • Expositiva • Demonstrativa • Ativa
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Slides Power Point • Treino das estratégias não farmacológicas com enfermeiras peritas, em sub-grupos a partir de exemplos da prática clínica.

	<ul style="list-style-type: none">• Material para desenvolvimento das estratégias: histórias infantis; músicas de embalar e outras; bolas de sabão; cornetas; jogos;
População Alvo	Enfermeiros do departamento de pediatria (12 por sessão)
Data e Duração	XX/XX/2014; 1h:30min

ANEXOS I – *Publicação original da escala Wong Baker (1983)*

Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale



©1983 Wong-Baker FACES® Foundation. Visit us at www.WongBakerFACES.org. Used with permission.

Instructions for Usage

Explain to the person that each face is for a person who has no pain (hurt) or some, or a lot of pain.

Face 0 doesn't hurt at all. Face 2 hurts just a little bit. Face 4 hurts a little bit more. Face 6 hurts even more. Face 8 hurts a whole lot. Face 10 hurts as much as you can imagine, although you don't have to be crying to have this worst pain.

Ask the person to choose the face that best depicts the pain they are experiencing.