

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Avaliação e Controlo da Dor no Recém-Nascido como medida de Promoção do Conforto:

Implementação de um Projecto de Intervenção em Enfermagem

Kathy de Jesus Sebastião e Silva

Lisboa

2013



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Avaliação e Controlo da Dor no Recém-Nascido como medida de Promoção do Conforto:

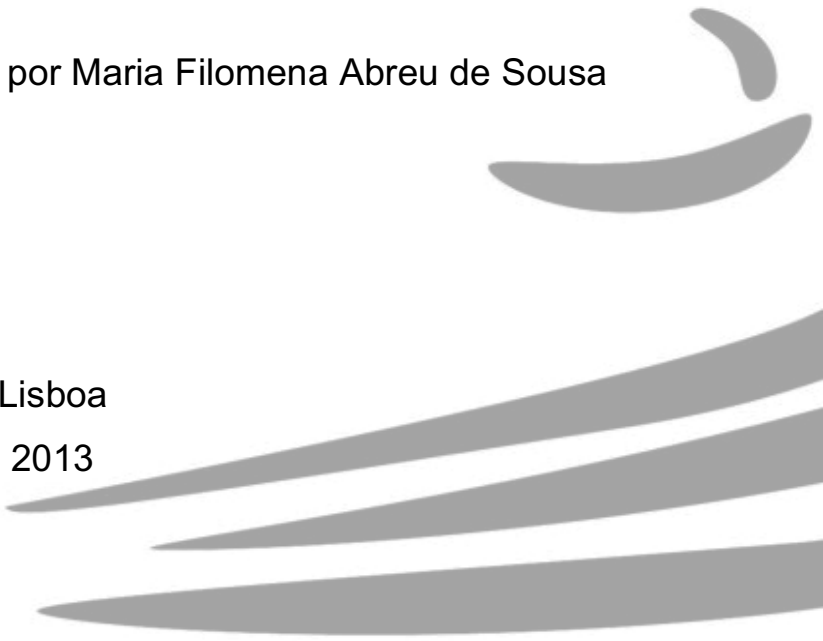
Implementação de um Projecto de Intervenção em Enfermagem

Kathy de Jesus Sebastião e Silva

Relatório de estágio orientado por Maria Filomena Abreu de Sousa

Lisboa

2013



Sentimos a dor mas não a sua ausência.

ARTHUR SCHUPENHAUER

DEDICATÓRIA

À Professora Maria Filomena Abreu de Sousa, pela paciência, compreensão, orientação e apoio.

A todos os meus colegas que acompanharam este percurso e ajudaram na concretização deste projecto. Obrigada pela colaboração e paciência.

Às enfermeiras de referência nos locais dos estágios, pela orientação e transmissão de conhecimentos que enriqueceram a minha aprendizagem. O meu percurso académico foi mais gratificante por fazerem parte dele. Muito obrigada.

Às enfermeiras chefes e restantes elementos das equipas de enfermagem, pela disponibilidade e amabilidade.

Aos meus colegas de trabalho, pela amizade dispensada em momentos difíceis. Obrigada pela dedicação com que colaboraram na concretização deste projecto.

Aos meus amigos, pois embora tenha tido menos tempo para aproveitar e desfrutar da vossa companhia, sei que estão sempre por perto. Fazem parte da minha vida mesmo nos momentos de muito trabalho.

À Maria Luísa, por me ter substituído sempre que a minha ausência era necessária. Obrigada por estar sempre presente.

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo apoio incondicional e ajuda. São os vossos sorrisos que me dão ânimo nos dias mais difíceis.

Ao meu marido, pela dedicação, compreensão, ajuda e apoio incondicional. És a pessoa com quem partilho tudo da minha vida e fazes parte do meu ser. És o meu marido, amigo, confidente e um pai extraordinário. Contigo construí o que de mais precioso eu possuo – a

minha obra prima – a minha família. Serás para sempre muito especial. Obrigada por estares sempre ao meu lado. Amo-te há 13 anos e cada dia mais.

Ao meu filho, pelo tempo que não estive com ele, pelas brincadeiras que perdi, pelas vezes que não o consegui deitar à noite. És o brilho da minha vida. Digo-te o que tu próprio me dizes vezes sem conta, “eu adoro a ti”.

Para o meu bebé que ainda não nasceu mas já enche a minha vida de alegria e sorrisos. Acompanhaste-me na fase final deste trabalho e quando estava mais triste, deste-me ânimo, pois sabia que não estava só nesses momentos. Em breve estarás nos meus braços e posso encher-te de mimos. Amo-te muito meu pequenino.

RESUMO

A realização deste trabalho pretendeu não só desmistificar a existência da dor no recém-nascido, mas também sensibilizar os enfermeiros para que se sintam responsáveis pela aplicação de métodos adequados de avaliação da dor e por praticarem as medidas de alívio mais eficazes, promovendo assim um cuidado apropriado e com qualidade, nomeadamente no que respeita ao conforto do recém-nascido. Para um alívio e controlo eficaz da dor, não é apenas necessário uma correcta avaliação e aplicação das medidas, é igualmente fundamental um registo objectivo da avaliação da dor e a eficácia das medidas de alívio, de modo a que os cuidados sejam os mais individualizados possíveis e que vão ao encontro das reais características do recém-nascido. Apenas desta forma é possível prestar cuidados personalizados e humanizados.

Enquanto profissionais de saúde, é importante salientar que a qualidade da nossa prestação de cuidados, ou a falta dela, irá ter repercussões não apenas no momento em que a realizamos, mas também futuramente, no qual se inclui o alívio da dor. Vários estudos comprovam que os recém-nascidos, sujeitos a repetidos procedimentos dolorosos sem um controlo correcto e eficaz, a longo prazo, poderão ter alterações no processamento da dor e no seu desenvolvimento.

Este relatório retrata o percurso formativo tendo como objectivo a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao título de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, através do desenvolvimento e implementação de um projecto de intervenção em Enfermagem, subordinado à temática da dor no recém-nascido. A metodologia utilizada envolveu a realização de diversas actividades no âmbito de estágio, que se desenvolveu em diferentes contextos, previamente planeados com a finalidade de desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem.

PALAVRAS-CHAVE: Dor, Conforto, Recém-Nascido, Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

ABSTRACT

This report is not only intended to demystify the existence of pain in the newborn, but also raises awareness amongst nurses, so that they feel responsible for enforcing appropriate methods of pain assessment and practice the most effective relief measures, thus promoting quality care for the newborn. For an effective relief and control of pain, a proper evaluation and the implementation of comfort measures is not enough. It is also important to register the evaluation and effectiveness of pain relief measures, to individualize, as much as possible, the patient care and meet the newborn's characteristics. This will lead to more personalized and humanized care.

As health professionals, it is important to note that the quality of our care, or lack thereof, will have repercussions not just at the present time, but also in the future. Several studies show that newborns subject to repeated painful procedures without proper treatment, may in the long run, process pain in a different manner, as well as experience developmental alterations.

This report also portrays my formative path with the objective of acquiring and developing skills inherent to the degree of clinical nurse specialist in pediatrics and child health. This path involves the development and implementation of a nursing intervention project allusive to the theme - pain in the newborn and also, the realization of several activities within clinical teachings.

KEYWORDS: Pain, Comfort, Newborn, Clinical Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health.

ABREVIATURAS

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EACH – European Association for Children in Hospital

FC – Frequência cardíaca

FR – Frequência respiratória

NIPS – Neonatal Infant Pain Scale

N-PASS – Escala Neonatal de Dor, Agitação e Sedação

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

TA – Tensão arterial

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	10
1. PROBLEMÁTICA.....	12
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1. Dor no Recém-Nascido.....	19
2.2. Filosofia do Cuidado em Enfermagem Pediátrica – Cuidados Não Traumáticos	27
2.3. Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.....	30
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO	34
3.1. Urgência Pediátrica.....	35
3.2. Serviço de Pediatria	38
3.3. Unidades de Cuidados Intensivos/Especiais Neonatais.....	39
3.4. Unidade de Saúde Familiar	42
3.5. Urgência de Ginecologia/Obstetrícia.....	45
4. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS AO LONGO DOS ESTÁGIOS	50
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS.....	61
APÊNDICES.....	68

0. INTRODUÇÃO

O presente trabalho surgiu no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem da Criança e do Jovem, tendo como finalidade o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à criança, ao jovem e à família, numa perspectiva holística. Para tal, foi necessário perspectivar o percurso formativo através da elaboração de um projecto de estágio, sendo ele, um projecto de intervenção em enfermagem e consequente implementação na área clínica. Só desta forma é possível que se adquira uma lógica integradora de saberes, e a fundamentação do exercício do enfermeiro especialista.

Com o objectivo de conseguir atingir a finalidade da unidade curricular, pretendo apresentar o meu relatório de estágio sobre uma temática/problemática da prática de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria, cujo título é “Avaliação e Controlo da Dor no Recém-Nascido como medida de Promoção do Conforto: Implementação de um Projecto de Intervenção em Enfermagem.” Apesar da temática ser bastante estudada, documentada e valorizada em algumas unidades de saúde, pretendo abordá-la, pois sei que vai configurar ganhos em saúde para os recém-nascidos que nascem no serviço onde exerço funções. Consigo ainda, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos recém-nascidos e isso, só por si, já constitui um marco importante para a evolução dos cuidados de enfermagem e para a excelência do exercício. “O enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (DECRETO-LEI n.º 111/2009, p. 6548).

A temática foi escolhida após o reconhecimento desta falha, em primeira instância por mim, e concomitantemente com a opinião recolhida dos elementos de enfermagem, aquando a auscultação realizada no serviço onde exerço funções. Como tal, posso dizer que foi fruto de uma reflexão. A reflexão é a construção de uma aprendizagem que, no meu entender, enriquece profundamente o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

“A pessoa que faz reflexão procura a evidência para apoiar o novo modo de pensar e apela à racionalidade para o fazer, aumentando a capacidade de aprender a partir das práticas, o que permite que o conhecimento e a experiência sejam fundamentados e sustentados por essa mesma prática.”

(SANTOS e FERNANDES, 2004, p. 60)

Após esta análise, constatei que este abarcar de conhecimentos é uma aprendizagem que vai ser transferida para o cuidar cada vez mais firmado numa prática baseada na evidência, enquanto o enfoque é colocado na liderança, pois é o próprio mestrandando que delinea o percurso a seguir para atingir a finalidade pretendida. Como tal, a realização do estágio teve como finalidade: desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, através da implementação da avaliação e controlo da dor no recém-nascido num serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia.

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho irei contextualizar a problemática, fundamentar o tema com o enquadramento teórico e ainda apresentar o meu percurso formativo que permitiu a aquisição de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. A contextualização da problemática é realizada através da caracterização do problema e da exposição da pertinência do tema. A fundamentação do tema irá abarcar conteúdos tais como, a dor no recém-nascido, a filosofia dos cuidados não traumáticos, e ainda, fazer a ligação ao referencial teórico da Katharine Kolcaba, utilizando a sua Teoria do Conforto para apoiar o trabalho efectuado em redor da temática. No capítulo três, com a descrição e análise do percurso formativo realizado, consigo enumerar as actividades planeadas e efectivadas ao longo do estágio que se desenvolveu em diferentes contextos, por forma a fundamentar o abarcar das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, e ainda as competências comuns do enfermeiro especialista.

Por fim, nas considerações finais, irei expor sugestões para os futuros desafios, nunca esquecendo a reflexão sobre o percurso efectuado e a mudança ocorrida.

1. PROBLEMÁTICA

Neste capítulo vou fazer a caracterização e descrição do problema, de forma a justificar a sua pertinência enquanto objecto de estudo. Em primeira instância faço uma abordagem ao problema base para a elaboração e concretização do projecto e de seguida é realizada uma justificação teórica da temática do projecto e por fim, é efectuada a referência aos conceitos chaves do projecto, enquanto se torna evidente a pertinência e o interesse pelo tema em estudo.

Lidar com a dor faz parte do meu quotidiano. Durante o trabalho de parto, várias são as intervenções de enfermagem que controlam e minimizam a dor na grávida. Contudo, após o nascimento do recém-nascido a dor já não constitui uma preocupação tão elevada para a equipa de enfermagem, e como resultado desta atitude, há uma lacuna nos cuidados prestados ao recém-nascido.

A escolha do tema incidiu na problemática da dor no recém-nascido, pois no serviço onde exerço funções, a Urgência de Ginecologia/Obstetrícia, verifiquei uma carência na implementação de cuidados de enfermagem que englobasse a avaliação e controlo da dor no recém-nascido. No entanto, vivencio no meu quotidiano, situações com potencial gerador de dor/desconforto no recém-nascido, nomeadamente os traumatismos de parto. Os traumatismos de parto

“incluem qualquer lesão física cometida a um recém-nascido, durante o trabalho de parto e o nascimento. (...) Os factores que podem predispor o bebé a traumatismos de parto incluem trabalho de parto prolongado ou precipitado, trabalho de parto pré-termo, macrossomia fetal, incompatibilidade feto-pélvica, apresentação anormal e anomalias congénitas. As lesões podem ser provocadas por técnicas obstétricas de parto, tais como fórceps ou ventosa, manobras de rotação e extracção de parto por cesariana.”

(LOWDERMILD e PERRY, 2006, p. 612)

Dado que estas conjunturas são uma realidade constante num bloco de partos, enumero alguns exemplos que resultam destas situações e poderão provocar dor no recém-nascido - os partos distócicos e/ou traumáticos, a distócia de ombros, a ocorrência de cefalo-hematomas, ferimentos e lesões várias, incluindo fracturas da clavícula, entre outras. Para WONG (1999, p. 196)

“podem ocorrer vários tipos de traumas de tecidos moles durante o processo do nascimento, especialmente na forma de equimoses e/ou escoriações secundariamente à distócia. (...) O uso de fórceps para facilitar uma difícil apresentação de vértice pode

produzir descoramento ou escoriação semelhante ao formato do fórceps sobre ambos os lados da face do recém-nascido.”

Segundo LOWDERMILD e PERRY (2006, p. 612 – 613),

“o cefalo-hematoma é o tipo mais comum de traumatismo craniano nos recém-nascidos e pode estar associado a uma fratura craniana subjacente e oculta. (...) As lacerações acidentais podem ser provocadas por um bisturi, durante o parto por cesariana. (...) A fratura da clavícula é a lesão de parto mais comum, está frequentemente associada a macrosomia fetal. (...) As fraturas do úmero e do fêmur podem ocorrer durante um parto difícil. (...) O crânio flexível e imaturo do bebê suporta um elevado grau de moldagem antes de acontecerem fraturas. Estas podem ocorrer durante partos difíceis, devido à pressão exercida pela cabeça sobre a pélvis ossuda, ou devido à aplicação imprudente de fórceps.”

Para além dos traumatismos especificados anteriormente, a realização de procedimentos dolorosos ou potencialmente dolorosos tais como, punção venosa para colheita de sangue, punção do calcâneo para a avaliação da glicemia capilar, cateterismo de vasos umbilicais, colocação de cateter venoso periférico, administração de terapêutica via intramuscular, aspiração de secreções, lavagem gástrica, entubação e ainda, limpeza de pele sensível, também constitui momentos em que o recém-nascido poderá estar exposto à dor/desconforto enquanto permanece no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia.

Em consequência destas situações, tanto relacionadas com o parto, como com os diversos possíveis procedimentos realizados após o nascimento, muitos recém-nascidos apresentam choro vigoroso e persistente, gemido contínuo ou intermitente, agitação psico-motora, dificuldade na amamentação e um sono agitado. Este sofrimento do recém-nascido, poderá afectar a relação que estabelece com a mãe e a sua harmoniosa adaptação ao mundo extra-uterino, pelo facto de estar com dor. METZGER et al. (2002, p. 132) também reforçam esta observação quando dizem que “a dor não abate apenas o corpo, abate a pessoa, quebra a evidência da sua relação com o mundo, altera o curso da vida diária e altera a relação com os outros.” Apesar dos esforços da equipa de enfermagem para proporcionar conforto e bem-estar, quando o recém-nascido apresenta manifestações de dor/desconforto, por vezes, o recém-nascido não consegue ser consolado. Quando estou perante este cenário, vejo que os pais dos recém-nascidos estão mais ansiosos, e demonstram sentimentos de insegurança e incapacitação perante os cuidados a prestar ao seu filho. Verbalizam frequentemente estes sentimentos e depositam nos profissionais de saúde a responsabilidade de solucionar estas questões.

A dor no recém-nascido poderá, em certas situações, nem ser diagnosticada, e se a enfermeira não reconhece as manifestações de dor de um recém-nascido, é incapaz de tomar medidas para a atenuar. Como refere Metzger et al. (2002) a enfermeira é um elo essencial no controlo da dor. No serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia, a enfermeira necessita de estar atenta ao 5º sinal vital do recém-nascido, desde o nascimento até ao momento em que o recém-nascido é transferido para o serviço de internamento de Obstetrícia.

Este deficit nos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido, relacionados com a dor, é sentido de igual forma pela restante equipa de enfermagem. Ao questionar os quinze enfermeiros, em Maio de 2011, sendo estes os principais prestadores de cuidados aos recém-nascidos, a maior parte deles referem concordar que a dor é descuidada no serviço onde exercemos funções. Por forma a auscultar as opiniões dos enfermeiros, coloquei três questões a cada um deles (Apêndice I) e retirei as seguintes conclusões após a análise das suas respostas.

Na primeira resposta, 14 dos 15 enfermeiros referiram que é importante a avaliação da dor no recém-nascido porque “a dor é o 5º sinal vital” (6 enfermeiros), porque efectivamente sabem que o “recém-nascido tem dor” (4 enfermeiros), porque “ocorrem partos traumáticos que leva a que os recém-nascidos fiquem mais agitados, irritados e queixosos” (1 enfermeiro), “para promover o conforto” (1 enfermeiro), “para adequar intervenções” (1 enfermeiro), “para administrar analgésicos” (1 enfermeiro), e ainda, “porque muitas vezes os recém-nascidos não mamam e só choram” (1 enfermeiro). Um enfermeiro referiu que não é importante a avaliação da dor no recém-nascido porque raramente sentem dor. Na sequência desse mesmo questionário, 11 enfermeiros referiram que não avaliam a dor no recém-nascido porque “não conhecem as escalas de avaliação da dor” (8 enfermeiros), “não têm conhecimento suficiente em relação a esta temática” (2 enfermeiros) e porque “nunca houve formação” sobre a avaliação e controlo da dor no recém-nascido (1 enfermeiro). Houve ainda 4 enfermeiros que responderam que fazem uma avaliação da dor, de forma empírica, sem utilizarem qualquer escala de avaliação e simplesmente registam as manifestações que observam no comportamento do recém-nascido. Sobre a necessidade da avaliação da dor no recém-nascido, 14 dos 15 enfermeiros referiram que é necessário implementar a avaliação e controlo da dor no recém-nascido, dando assim, consistência ao desenvolvimento e continuidade deste projecto, pois é uma necessidade sentida por toda a equipa.

A equipa está consciente e preparada para investir na avaliação e controlo da dor no recém-nascido. Pereira, Caldeira e Vieira (2011), também referem que é necessário a consciencialização de toda a equipa de enfermagem, para que, em conjunto com os outros membros da equipa multidisciplinar, estejam comprometidos a trabalhar com o objectivo comum de alcançar sucesso no controlo da dor. A Ordem dos Enfermeiros (OE) diz-nos que

“um compromisso de equipa na abordagem da dor é fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento (...). Estratégias de educação, formação e ensino de todos os intervenientes são essenciais para o desenvolvimento de boas práticas nos diversos contextos de intervenção profissional.”

(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008, p. 11)

Várias estratégias de formação e ensino à equipa de enfermagem foram planeadas na sequência do desenvolvimento do projecto de intervenção, realizado na Unidade Curricular Opção II. Este foi o ponto de partida para o início do percurso arquitectado com o intuito de desenvolver e adquirir competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da criança e do jovem.

“É chegado o momento de mudar as atitudes que permanecem demasiado rígidas face à dor (...). A introdução de uma cultura anti-dor nas práticas e nos exercícios profissionais exige mudança de comportamentos (...). Isto passará inevitavelmente, incontornavelmente e obrigatoriamente pela competência, pelo papel e pelo lugar que ocupa um dos elos essenciais ao controlo da dor – a enfermeira.”

(METZGER et al., 2002, p. 2)

Com o enfoque no enfermeiro e nas intervenções autónomas de enfermagem, podemos salientar que “a prestação de cuidados de Enfermagem (...) às pessoas com sofrimento, como é o caso particular das pessoas com dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando dos resultados” (OE, 2008 p. 7).

Para a execução do que foi dito anteriormente e com o desenvolvimento do referido projecto, foi fundamental a definição de conceitos-chaves para uma compreensão integral dos mesmos. Para tal, vou definir os conceitos-chaves, sendo eles os seguintes: **dor, avaliação, controlo da dor, promover e conforto.**

Dor é definida como sendo uma

“percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus 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.”

(CIPE®, versão 2, 2010)

A dor necessita de ser avaliada. A **avaliação** pressupõe a acção de “avaliar: estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa” (CIPE®, versão 2, 2010, p. 95). Após a avaliação da dor, advém a etapa do **controlo da dor** onde se “compreende as intervenções destinadas à sua *prevenção e tratamento*” (OE, 2008, p. 17). **Prevenir** é definido como a acção de “atender: parar ou impedir o acontecimento de alguma coisa” (CIPE®, versão 2, 2010, p. 99) e **tratamento**, sendo a acção **tratar**, é definido como “atender: cuidar aliviando, terminando, removendo ou restaurando alguma coisa” (CIPE®, versão 2, 2010, p. 100). Após uma adequada avaliação e controlo da dor, como meta final, é pretendido a promoção do conforto do recém-nascido. **Promover** é a acção de “assistir: ajudar alguém a começar ou a progredir nalguma coisa” (CIPE®, versão 2, 2010, p. 99), e o **conforto** é a “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (CIPE®, versão 2, 2010, p. 45). Para KOLCABA e DIMARCO (2005, p. 188), **conforto** é o “estado imediato de estar fortalecido ao ter as necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência dirigidas em quatro contextos de experiência (físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental).” No capítulo seguinte, irá ser abordado a Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba que nos permitiu uma melhor compreensão da intervenção de enfermagem em situação de dor como medida de conforto. Com a definição dos conceitos chave da problemática, é evidenciado o que está em estudo, tendo como propósito o controlo da dor no recém-nascido.

Com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados no serviço onde exerço funções, através da avaliação e controlo da dor no recém-nascido, considero importante trabalhar esta temática, pois ao fazê-lo, estarei a prestar uma maior atenção ao recém-nascido e sua família, e a favorecer cuidados personalizados e humanizados.

“O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.”

(DECRETO-LEI n.º 111/2009, p. 6549)

Desta forma, posso melhorar o meu desempenho como enfermeira, adquirindo competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. A Ordem dos

Enfermeiros (OE) antevê que “no âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado” (OE, 2001, p. 11).

Os aspectos éticos e morais não devem ser excluídos da elaboração e da execução de um projecto de cuidados. Desta forma, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, artigo nº 8, sustentou este aspecto pois remete-nos para o aspecto ético que rodeia a problemática em estudo e diz-nos “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (DECRETO-LEI n.º 161/96, p. 2961). A Ordem dos Enfermeiros também se pronunciou no aspecto ético e denunciou que “a negação ou a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional. (...) a dor pode e deve ser avaliada, atenuada, mitigada” (OE, 2008, p. 7). Ao ler a Carta dos Direitos do Doente Internado, vem explícito que “todo o doente internado tem direito ao tratamento da dor. Os conhecimentos científicos permitem, hoje, dar uma resposta, quase na totalidade, às dores crónicas ou agudas, quer sejam sentidas por crianças, adultos ou idosos” (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2005, p. 5). Na Carta da Criança Hospitalizada (1988) é mais uma vez feita a referência à necessidade da redução da dor. Perante estas afirmações posso concluir que ao estudar esta temática, estou a caminhar ao encontro do que é desejado, tornando o projecto desenvolvido de grande pertinência para a prestação de cuidados mais humanizados.

A pertinência desta temática está também descrita em vários documentos específicos em relação à dor, emanados pela Direcção-Geral da Saúde (DGS). Em 2003, a DGS pronunciou-se sobre a dor, dizendo:

“o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito do utente e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde. (...) O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor (...). A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a optimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente. A Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas e depois de ouvida a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, institui, através da presente Circular, a “Dor como o 5º sinal

vital”. Nestes termos, considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde: o registo sistemático da intensidade da Dor.”

(DGS, Circular Normativa nº 9, 2003, p. 1)

Com a dor a constituir o 5º sinal vital, em 2008, a DGS elaborou o Programa Nacional de Controlo da Dor onde referia que “todos os profissionais de saúde devem adoptar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde” (DGS, Circular Normativa nº 11, 2008, p. 8). Posteriormente em 2010 a DGS apresentou a Orientação nº 14, intitulada “Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças”, e com este documento é possível avistar intervenções mais específicas para a criança, nomeadamente “a avaliação da intensidade da dor (...) deve ser feita de forma regular e sistemática a todas as crianças, desde o primeiro contacto: no caso da criança internada, a avaliação deve ser feita, pelo menos, uma vez em cada turno de trabalho (8 horas)” (DGS, 2010, p. 2).

No seguimento das orientações apresentadas pelos vários documentos indagados e face à problemática exposta, foi notório que era emergente iniciar a avaliação e controlo da dor aos recém-nascidos no serviço onde exerço funções. Tracei, desta forma, como objectivo geral: Promover o conforto do recém-nascido no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia, através da avaliação e controlo da dor. Apresentado o objectivo do projecto “Avaliação e Controlo da Dor no Recém-Nascido como medida de Promoção do Conforto: Implementação de um Projecto de Intervenção em Enfermagem”, emergiu a necessidade de realizar uma pesquisa bibliográfica em torno das seguintes temáticas: a dor no recém-nascido, os cuidados não traumáticos e a Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba. Estes temas foram explorados no capítulo seguinte.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No enquadramento teórico irei abordar a temática da dor no recém-nascido, tendo por base uma prática orientada pela filosofia do Cuidado em Enfermagem Pediátrica – Cuidados não traumáticos e analisada à luz do Modelo Teórico de Enfermagem de Katharine Kolcaba – Teoria do Conforto.

2.1. Dor no Recém-Nascido

“A dor na criança, sobretudo na criança muito pequena, foi durante muito tempo menosprezada ou até negada” (METZGER et al., 2002, p. 225). Isto porque, segundo FERNANDES (2000, p. 24 – 25)

“a complexidade dos fenómenos envolvidos no processamento da dor suscitou, durante muito tempo, dúvidas quanto à sensibilidade dolorosa do recém-nascido. Até ao início da década passada eram praticadas intervenções cirúrgicas sobre recém-nascidos sem qualquer anestesia, na convicção de que estes não sentiam dor.”

Dado que o recém-nascido era encarado como tendo o sistema de percepção à dor, subdesenvolvido, não havia um compromisso por parte da equipa de saúde em mitigar essa dor.

Contudo, mais recentemente, a dor no recém-nascido tem vindo a ser compreendida através de inúmeros estudos de neurofisiologia realizados maioritariamente deste a metade da década de 80. A preocupação com a dor no recém-nascido é sinal de que os profissionais de saúde reconhecem que o recém-nascido sente dor. TAMEZ e SILVA (2002, p. 45) dizem-nos que “em 1981, Volpe constatou que o processo de mielinização das raízes sensoriais já se inicia intra-utero, propiciando que o feto tenha habilidade de sentir dor. E ao nascer o recém-nascido já possui o sistema nervoso com a habilidade de perceber e sentir a dor.” Mesmo antes do nascimento, o feto é capaz de perceber e processar estímulos. As terminações nervosas surgem na região perioral na 7ª semana de gestação, seguindo para a face, palma das mãos e planta dos pés. Da 11ª à 15ª semana de gestação, surgem no tronco e extremidades proximais. Entre a 12ª e 30ª semana de gestação surge a conexão entre os neurónios, sensorial (periféricos) e o dorsal espinhal (central). Por volta da 20ª e 24ª semana, as sinapses nervosas estão

formadas para a percepção da dor (Tamez & Silva, 2006). FERNANDES (2000, p. 25) refere que

“actualmente está demonstrado que o recém-nascido tem pelo menos o mesmo número de terminações nervosas por milímetro quadrado de pele que o adulto, e que as ligações entre as estruturas cerebrais, essenciais para a percepção da dor, estão estabelecidas às 24 semanas de gestação.”

Também a DGS confirma que

“a investigação na área da Neurobiologia demonstra que as vias nervosas ascendentes necessárias à experiência de dor estão presentes na vida fetal a partir das 20 semanas de gestação e totalmente desenvolvidas por volta das 28 semanas de gestação. Em contrapartida, as vias de controlo descendente são ainda imaturas, daí resultando, nos recém-nascidos pretermo, uma hipersensibilidade aos estímulos dolorosos.”

(DGS, 2010, p. 3)

Desta forma, podemos afirmar que o recém-nascido “possui as capacidades neurofisiológicas necessárias à condução dos influxos nociceptivos da periferia para o sistema nervoso central” (METZGER et al., 2002, p. 166) e consegue sentir dor.

Antes de continuar e visto que é conhecido a capacidade do recém-nascido para sentir dor, Anand et al. (2001), apresentam os princípios gerais para a prevenção e controlo da dor:

1. Frequentemente a dor no recém-nascido não é reconhecida, nem tratada. Os recém-nascidos sentem dor e sempre que indicada, a analgesia deve ser prescrita durante o seu internamento.
2. Se um procedimento é considerado doloroso num adulto, deverá ser, igualmente, considerado doloroso num recém-nascido, mesmo que prematuro.
3. Quando comparados com crianças mais velhas, os recém-nascidos apresentam uma maior sensibilidade aos estímulos dolorosos e são mais susceptíveis aos seus efeitos a longo prazo.
4. O tratamento adequado da dor está associado a uma diminuição das complicações clínicas e da mortalidade.
5. Em muitas situações clínicas, a implementação de intervenções ambientais, comportamentais ou farmacológicas adequadas podem prevenir, reduzir ou eliminar a dor no recém-nascido.
6. A sedação não alivia a dor e pode encobrir a resposta do recém-nascido perante um procedimento doloroso.

7. Os profissionais de saúde são responsáveis pelo despiste, prevenção e controlo da dor no recém-nascido.
8. Todos os serviços que prestam cuidados a recém-nascido devem desenvolver linhas orientadoras e protocolos para o controlo da dor neonatal.

Tendo em conta estes princípios e sabendo que a dor constitui uma experiência desagradável para o recém-nascido, é imperioso uma actuação de enfermagem perante a dor no recém-nascido.

A Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2004, p. 46) refere que “os efeitos da dor são sempre nefastos para o recém-nascido do ponto de vista do comportamento, metabolismo e fisiologia.” A dor não tratada tem consequências a longo prazo e as crianças que têm dor, guardam memória da dor (DGS, 2010). “As experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal parecem exercer influência sobre as experiências posteriores de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer no que respeita à forma de lidar com o stress” (DGS, 2010, p. 3). Segundo Tamez e Silva (2002), intervenções dolorosas afectam também o desenvolvimento neurológico da criança. Desta forma, o reconhecimento precoce da dor no recém-nascido, e/ou a antecipação da dor é um aspecto fulcral para uma intervenção eficaz por parte da equipa de enfermagem.

Guinsburg (1999), no que diz respeito à prevenção da dor, fala na importância da minimização das agressões sofridas pelo recém-nascido, ou seja, menciona medidas ambientais e comportamentais. Como tal, deve-se tornar o ambiente o mais acolhedor possível através do controlo da incidência de luzes fortes sobre a criança, tentar diminuir o ruído à sua volta, ter sempre presente o princípio da manipulação mínima, preservar períodos livres para o sono, adoptar o método da concentração de cuidados, ou seja, as colheitas de sangue devem ser agrupada a fim de evitar múltiplas punções arteriais, venosas ou capilares, usar o mínimo de adesivos possível, estimular o contacto com os pais e o colo, explicar todos os procedimentos aos pais, tocar no bebé com movimentos suaves e ser/estar calmo no contacto com o recém-nascido.

Contudo, nem sempre as medidas de prevenção da dor evitam que o recém-nascido sinta dor, e como tal, é importante reconhecer manifestações de dor no recém-nascido. Este reconhecimento, dado que o recém-nascido não comunica verbalmente a sua dor, é realizado através da observação das manifestações que o recém-nascido patenteia. Metzger et al. (2002), referem que estas manifestações são de dois tipos: as alterações neuro-vegetativas e as comportamentais. As alterações neuro-vegetativas

incluem: taquicardia, frequência respiratória alterada, hipertensão arterial, dessaturação de oxigénio na hemoglobina, aumento da frequência respiratória, aumento das necessidades de oxigénio e cianose generalizada. As alterações comportamentais são: agitação, crispação, alteração da tonicidade, movimentos de defesa, dificuldade em ser consolado e sucção perturbada. Wong (1999) diz-nos que os recém-nascidos manifestam a sua dor através de respostas fisiológicas e comportamentais. As respostas fisiológicas são: taquicardia, hipertensão arterial, respirações rápidas e profundas, diminuição da saturação do oxigénio transcutâneo e arterial, palidez ou rubor da pele, sudorese palmar, aumento do tônus muscular, pupilas dilatadas, diminuição do tônus nervoso vagal, aumento da pressão intracraniana e evidências laboratoriais de alterações metabólicas ou endócrinas (hiperglicemia, diminuição do pH e cortisteróides aumentados). As respostas comportamentais incluem o choro (choramingo ou grito), expressão facial da angústia onde é notório sobrancelhas abaixadas e aproximadas, fonte abaulada entre as sobrancelhas, olhos firmemente fechados, bochechas elevadas, nariz alargado e abaulado e ainda, boca aberta e um pouco quadrada, afastamento dos membros, batimento dos braços, resposta corporal generalizada de rigidez ou agitação, punho cerrado, alteração nos ciclos de vigília/sono, alteração no comportamento frente à alimentação, alterações no nível de actividade, irritabilidade e desinteresse. Estas manifestações vão ser indicadores importantes para a avaliação da dor no recém-nascido.

A avaliação da dor no recém-nascido é o primeiro passo para o alívio dessa mesma dor, mas a avaliação da dor sofre limitação pelo carácter subjectivo que possui. Perante uma avaliação subjectiva, as intervenções de enfermagem realizadas seriam pouco fundamentadas e pouco uniformizadas. Como tal,

“para lograr objetividade, foram criadas as escalas de dor, métodos multidimensionais de avaliação que buscam obter o máximo de informações a respeito das respostas individuais à dor, através das interações com o ambiente. Isto tem sido alcançado e fazem das escalas de dor os instrumentos mais utilizados e recomendados para pacientes hospitalizados, no reconhecimento, quantificação e tratamento da dor, inclusive, com escalas específicas para crianças. Estes instrumentos facilitam a interação e comunicação entre os membros da equipe de saúde, que passam a atentar e perceber a evolução da dor em cada paciente e a verificar a resposta frente à terapia. Preferencialmente, uma única escala de avaliação da dor deve ser utilizada em cada serviço para lograr acurácia.”

(VIANA, DUPAS e PEDREIRA, 2006, p. 253)

A escolha da escala a aplicar tornou-se pertinente, pois perante as inúmeras opções, é difícil decidir pela mais adequada, visto existir várias escalas viáveis para aplicar ao recém-nascido. A escala utilizada para a avaliação da dor deve ter em conta a idade da criança, e seguindo a indicação das “Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças”, Orientação nº 14 de 2010 da DGS, a escala mais apropriada para implementar no serviço onde exerço funções, seria a escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) (Anexo I), pois é a mais adequada para prematuros e recém-nascidos de termo. Guinsburg (1999) também refere que das várias escalas de dor descritas, a NIPS é uma das mais estudadas e das mais adequadas para aplicar à avaliação da dor no recém-nascido. A escala NIPS é uma escala de hetero-avaliação usada em recém-nascidos a partir das 24 semanas de gestação até às 6 semanas de vida. Hetero-avaliação pressupõe a “observação de indicadores comportamentais, fisiológicos ou ambos, efectuada por outra pessoa que não a que experiencia a dor” (OE, 2008, p. 25).

A escala NIPS é composta por cinco indicadores comportamentais (expressão facial, choro, movimento dos membros superiores, movimento dos membros inferiores e o estado de vigília) e um fisiológico (padrão respiratório) (Silva e Silva, 2010). A cada indicador deve ser atribuído uma pontuação de 0 ou 1, de acordo com a descrição da manifestação que o recém-nascido apresenta. O indicador “choro” é o único cuja pontuação varia entre 0 e 2. O resultado final é um valor que poderá variar entre zero e sete, sendo que quanto maior o valor atribuído, maior é a dor sentida pela criança. Um valor de três ou superior é considerado dor. “Trata-se de uma escala válida, pois baseia-se nas alterações comportamentais frente à dor descritas na literatura. A NIPS tem-se mostrado útil para a avaliação de dor em neonatos a termo e prematuros, conseguindo diferenciar os estímulos dolorosos dos não dolorosos” (GUINSBURG, 1999, p. 150).

Gallo (2003) criou um algoritmo (Anexo II), de avaliação e intervenção na dor do recém-nascido que poderá servir como instrumento orientador para a actuação do enfermeiro após a avaliação da dor no recém-nascido utilizando a escala NIPS. Este algoritmo esquematiza os tempos de avaliação e os procedimentos a efectuar perante cada avaliação.

Após a avaliação da dor, realizada com base na existência ou ausência de manifestações, é importante o tratamento da dor no recém-nascido pois proporciona conforto ao recém-nascido e propicia a satisfação e o alívio dos pais. Podem ser adoptadas medidas farmacológicas ou não farmacológicas para o tratamento da dor no recém-nascido. As medidas farmacológicas estão dependentes da prescrição médica e é

o dever do enfermeiro recorrer à equipa médica caso não consiga controlar a dor no recém-nascido através de intervenções autónomas ou seja, de medidas não farmacológicas para o alívio da dor.

Intervenções autónomas de enfermagem, tal como estão descritas no artigo n.º 9 do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) são

“acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.”

(DECRETO-LEI, 1996, p. 2961)

As medidas não farmacológicas de alívio da dor constituem intervenções autónomas, sendo medidas seguras e não invasivas. Devem ser adaptadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança e visam ajudar a reduzir a percepção da dor, tornando-a mais tolerável. Estudos realizados por diferentes autores (Crescêncio, Zanelato, Leventhal, Huang et al., Carbajal et al., Thompson, Gaspardo, Linhares e Martinez, Taddio, Gray et al., Chermont et al., Uga et al., Lago et al.) falam das medidas não farmacológicas para o alívio da dor, muitas delas específicas para o recém-nascido.

Crescêncio, Zanelato e Leventhal (2009) referem que os métodos não farmacológicos devem ser utilizados a fim de promover uma assistência humanizada ao cuidado neonatal, pois constituem medidas que minimizam a dor, agitação e ansiedade dos recém-nascidos. No seu estudo, estão descritas as seguintes medidas não farmacológicas: mudança de decúbito, massagem local, sucção não nutritiva, banho de imersão, oferecer conforto, oferecer colo (próprio ou materno), calor local, musicoterapia, método canguru para a promoção do contacto pele-a-pele, toque terapêutico, diminuição da luminosidade local e conversar de forma suave com o recém-nascido.

No seu estudo, Huang et al. (2004) defendem a utilização da contenção do bebé como medida eficaz no controlo da dor. Estes autores referem que a colocação do recém-nascido em posição fetal, com os membros superiores flectidos junto do tórax e os membros inferiores também flectidos, e depois enrolado, ajuda o recém-nascido a sentir-se mais seguro e confortável. Estes autores referem que muitas vezes as enfermeiras, de forma empírica, utilizam esta posição na sua prática, pois conseguem acalmar o recém-nascido mais rapidamente.

Carbajal et al. (1999) efectuaram o seu estudo em 150 recém-nascidos de termo submetidos a venopunções e concluíram que, a sucção não nutritiva com a utilização da

chupeta durante a realização deste procedimento, era mais eficaz do que a utilização da sacarose (dissacarídeo constituído por frutose e glucose) administrada dois minutos previamente ao procedimento. No entanto, a utilização da sacarose 24% também estava descrita como sendo uma medida eficaz no alívio da dor no recém-nascido. Em 2005, Thompson refere que uma das medidas não farmacológicas mais estudadas e eficazes é a utilização da sacarose, pois leva à libertação de endomorfina que reduzem a resposta à dor e ao stress. Também GASPARD, LINHARES e MARTINEZ (2005, p. 441), após uma revisão sistemática da literatura, concluíram que

“a solução de sacarose apresenta eficácia no alívio da dor para procedimento doloroso de punção, capilar ou venosa, em neonatos saudáveis a termo ou pré-termo. Há um consenso entre os achados dos estudos de que a solução seja administrada oralmente, 2 minutos antes do procedimento doloroso, na parte anterior da língua do neonato.”

Houve, no entanto, um estudo que reportou que a utilização da sacarose 24%, não deve ser administrada em recém-nascidos de mães diabéticas para não enviesar o resultado da avaliação da glicemia capilar (Taddio, 2008).

O contacto pele-a-pele pode ser utilizada como medida não farmacológica de forma isolada. Gray et al. (2001), estudaram o contacto pele-a-pele durante dez a quinze minutos antes do procedimento doloroso e descreve resultados positivos. A utilização da sacarose em concomitância com o contacto pele-a-pele durante dois minutos prévio ao procedimento doloroso foi posteriormente estudado por Chermont et al. (2009) que descrevem esta associação de medidas não farmacológicas como sendo bastante propícias no alívio da dor no recém-nascido.

Outra medida não farmacológica estudada nos últimos anos é a amamentação. Cabajal et al. (2003) estudaram 180 recém-nascidos de termo enquanto eram sujeitos a venopunções e os resultados da investigação provam que a amamentação durante o procedimento doloroso tem-se mostrado eficaz na redução ou eliminação da dor no recém-nascido. Foi descrito nas suas conclusões que a amamentação é uma medida tão eficaz quanto a utilização da Glucose a 30% em simultâneo com a chupeta. Até à data do estudo, a medida não farmacológica mais eficaz descrita em estudos efectuados era o uso de uma solução adocicada em concomitância com a chupeta. Estes autores referem ainda que medidas não farmacológicas são as mais indicadas para o tratamento da dor durante procedimentos de curta duração ou repetidos, como é o caso da punção do calcanhar. Uga et al. (2008), no seu estudo com 200 recém-nascidos submetidos à punção do calcanhar, reforçam o efeito analgésico já conhecido da amamentação,

iniciada dois minutos prévio ao procedimento, e refere que esse efeito pode ser explorado para pequenos procedimentos angustiantes em recém-nascidos de termo saudáveis.

A amamentação proporciona efeito analgésico pois combina vários elementos que confere bem-estar ao recém-nascido, entre eles, a presença da mãe, o contacto pele-a-pele, a sucção, o sabor doce do leite e ainda o cheiro familiar da mãe. A escolha deste método simples e eficaz, é útil na redução de todas as interferências externas com o início do aleitamento materno, enquanto outros sistemas de analgésicos, como a utilização de chupetas ou sacarose pode afectar um bom começo na amamentação. Além disso, salientando os efeitos positivos do leite humano, pode ser um impulso de confiança importante para as mães prosseguirem com a amamentação.

“O alívio eficaz da dor exige uma atenção extrema ao doente e cuidados personalizados” (METZGER et al., 2002, p. 139), pois uma medida não farmacológica aplicada a um recém-nascido poderá não ter o mesmo efeito noutra bebé, devido à individualidade de cada ser humano.

Lago et al. (2009), resumindo aspectos importantes que foram expostos, enunciam orientações gerais e formas de actuação a ter em conta para a prevenção e controlo da dor no recém-nascido. Estas são:

1. Em cada procedimento dever-se-ão aplicar medidas de conforto ambientais, comportamentais e não farmacológicas (por exemplo, uso da sucção não nutritiva combinado com a sacarose).
2. O uso de medidas farmacológicas em combinação com as medidas antes referidas, poderão ter um efeito sinérgico no alívio e prevenção da dor e stress.
3. Nos procedimentos planeados, dever-se-á obter previamente, um estágio de alerta do recém-nascido.
4. Se possível, não se deve interromper o sono do recém-nascido.
5. Deve-se afastar os procedimentos dolorosos das horas das mamadas e de outros procedimentos invasivos de modo a promover a recuperação para um estágio equilibrado.
6. O procedimento dever-se-á realizar num ambiente calmo, reduzindo-se a luz e o ruído o máximo possível.
7. Durante o procedimento, deve-se envolver o recém-nascido em flanelas/lençóis aquecidas e promover a presença de um dos pais durante e após o procedimento.

8. Monitorizar a dor e o stress ao longo de medidas invasivas com a aplicação de escalas específicas para a avaliação da dor no recém-nascido.
9. Não realizar outros procedimentos invasivos pelo menos nas duas horas seguintes.

Seguindo estas linhas orientadoras, o recém-nascido fica mais protegido do impacto que a dor lhe suscita. Em cada procedimento dever-se-ão aplicar medidas de conforto ambientais, comportamentais e não farmacológicas. Estas intervenções, entre outras, poderão estar inseridas na filosofia dos cuidados não traumáticos, que se torna um alicerce precioso para o cuidar do recém-nascido com dor.

2.2. Filosofia do Cuidado em Enfermagem Pediátrica – Cuidados Não Traumáticos

A referência à filosofia dos cuidados não traumáticos fez-me sentido, pois ao actuar sobre a dor no recém-nascido, é importante ter especial atenção aos princípios inerentes a esta filosofia para minimizar o impacto que a dor pode provocar no recém-nascido e sua família. Para WONG (1999, p. 9 – 10)

“com o conhecimento dos agentes estressores impostos às crianças doentes e suas famílias e de posse de intervenções que se mostram seguras e eficazes na eliminação ou redução dos estressores, os profissionais de saúde devem dirigir sua atenção para a prestação dos cuidados mais atraumáticos possíveis. Cuidado atraumático é a provisão de cuidados terapêuticos nos serviços, pelo pessoal, e dirige-se ao uso de intervenções que eliminam ou minimizam o desconforto psicológico e físico experimentado pelas crianças e seus familiares.”

As intervenções que podem minimizar o desconforto do recém-nascido já foram abordadas anteriormente mas é também importante salientar que os cuidados não traumáticos assentam em três princípios. Wong (1999), identifica os seguintes princípios dos cuidados não traumáticos:

1. prevenir ou minimizar a separação da criança e sua família;
2. promover o senso de controlo;
3. prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor.

Estes princípios estão subjacentes nos artigos apresentados na Carta da Criança Hospitalizada (1988) e posteriormente nas Anotações da Carta da Criança Hospitalizada (2009).

Em relação ao primeiro princípio, a European Association for Children in Hospital (EACH) (2009, p. 13), nas Anotações da Carta da Criança Hospitalizada, o artigo 2º, diz-nos que

“uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado. (...) O direito da criança a ter os pais permanentemente consigo, inclui todas as situações em que ela necessita ou possa necessitar dos pais, como por exemplo: durante a noite, quer a criança possa acordar ou não; durante os tratamentos e/ou exames com ou sem anestesia local, com ou sem sedação; durante a indução de anestesia e no recobro; durante períodos de coma ou de semiconsciência e durante a reanimação.”

Também no artigo 3º é feita nova referência à permanência dos pais junto do seu filho. EACH (2009, p. 14), diz-nos que

“os membros da equipa devem aconselhar, encorajar e apoiar os pais na decisão de permanecerem no hospital com a criança, baseando-se na apreciação dos pais e da sua situação familiar. Os hospitais devem oferecer espaço suficiente e adequado, bem como infra-estruturas que permitam que os pais sejam admitidos conjuntamente com a criança.”

O segundo princípio relatado por Wong (1999), fala da promoção do senso de controlo. Nos artigos 3º e 5º das Anotações da Carta da Criança Hospitalizada, é visível as medidas que promovem o controlo da criança e dos pais nos aspectos relacionados com a sua situação de saúde. O artigo 3º refere que

“a sua participação deve ser encorajada. A equipa deve facilitar a participação activa dos pais nos cuidados ao seu filho: dando informação aos pais relativa aos cuidados à criança e à rotina da enfermaria; combinando com os pais os tratamentos pelos quais eles se queiram responsabilizar; apoiando os pais nesta tarefa; aceitando as suas decisões; discutindo com eles as alterações necessárias, se os cuidados ministrados não forem suficientes para a recuperação da criança.”

(EACH 2009, p. 15)

Ainda no artigo 5º é referido que

“as crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde. (...) O direito de participar nos cuidados de saúde à criança requer da equipa: uma adequada informação à criança e aos pais sobre a situação actual da criança, os tratamentos propostos, os riscos, as vantagens e os objectivos do tratamento ou terapia e as medidas a serem tomadas; informação

adequada sobre formas alternativas de tratamento; aconselhamento e apoio aos pais que lhes permita avaliar os procedimentos propostos; aproveitar os conhecimentos da criança e dos pais, experiências, descrições e observações sobre a situação da saúde (...). Um conhecimento prévio de todas as medidas que precisam de ser tomadas é uma pré-condição para o envolvimento activo de crianças e pais nas tomadas de decisão.”

(EACH, 2009, p. 20 – 21)

Assim sendo, é necessário dar ênfase ao papel dos pais durante as intervenções subjacentes à resolução das questões relacionadas com a problemática em questão, mesmo que seja nas primeiras horas de vida do bebé. Apesar dos pais ainda não conhecerem as características específicas dos seus filhos, conhecem-no melhor do que qualquer profissional de saúde.

Com o avanço da tecnologia, inúmeros são os casos de recém-nascidos que sobrevivem com patologias que em outrora seriam fatais. Contudo, estão sujeitos a múltiplos procedimentos que podem causar dor e é de primordial importância a filosofia dos cuidados não traumáticos, pois “a minimização do trauma das intervenções médicas não tem caminhado juntamente com os avanços tecnológicos” (WONG, 1999, p. 9). Esta tendência necessita de ser quebrada para melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao recém-nascido com dor, promovendo o conforto e bem-estar.

O terceiro princípio que Wong (1999) nos apresenta é prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor. Também para este princípio, a EACH (2009, p. 18 – 19) com o seu artigo 4º nos diz que

“as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo. Para reduzir a dor e as agressões físicas e emocionais da criança devem ser tomadas medidas preventivas: adaptadas às necessidades individuais da criança; (...) fornecendo informação prévia aos procedimentos planeados; encorajando o contacto contínuo com os pais, irmãos e amigos; disponibilizar jogos e actividades recreativas adequados ao estado e ao desenvolvimento da criança; assegurando tratamento efectivo e atempado, através de protocolos, para evitar ou reduzir a dor provocada pelos tratamentos, exames, intervenções ou períodos pré e pós operatórios; garantindo períodos de descanso suficientes entre os tratamentos; apoiando os pais cujos filhos estão a receber cuidados paliativos; prevenindo sentimentos de isolamento e de abandono; disponibilizando salas calmas, devidamente equipadas, dando à criança e aos pais a oportunidade para conviverem recatadamente.”

Os cuidados não traumáticos é de notória importância no que diz respeito à avaliação e controlo da dor no recém-nascido, pois fornece orientação para a resolução

de muitos aspectos relacionados com a problemática em questão. A redução da dor no recém-nascido é muitas vezes coadjuvada com a presença dos pais e a inclusão dos mesmos nos planos terapêuticos perspectivados. Com isto, haverá um controlo por parte dos pais nos aspectos relacionados com o conforto e bem-estar do seu bebé.

2.3. Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

O alívio da dor é precursor para a promoção do conforto. Como tal, para sustentar a minha temática ao nível de um referencial teórico de enfermagem, escolhi a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Utilizando a Teoria do Conforto para identificar as necessidades de conforto do recém-nascido, conseguirei delinear intervenções de enfermagem diferenciadas que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem pode implementar, precursoras para o bem-estar do recém-nascido.

Katharine Kolcaba desenvolveu uma teoria de Enfermagem de médio alcance após vários anos de trabalho em redor do conceito do conforto. Iniciou o percurso com uma “extensa revisão crítica da literatura sobre o conforto nas disciplinas de enfermagem, medicina, psicologia, psiquiatria, ergonomia e inglês (particularmente, a utilização que Shakespeare fez de conforto e o dicionário de Inglês da Oxford, que atribuiu as origens das palavras)” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p. 482). Mas foi com influências de Orlando, Henderson e ainda Paterson e Zderad que ela criou a sua própria definição de conforto. Orlando fala de alívio, Henderson de tranquilidade e Paterson e Zderad definem transcendência (Tomey e Alligood, 2004).

O conforto, para Kolcaba é o “estado imediato de estar fortalecido ao ter as necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência dirigidas em quatro contextos de experiência (físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental)” (KOLCABA, 2003, p. 251). Para entender e clarificar melhor esta definição, é imprescindível apresentar as explicações que Katharine Kolcaba utiliza para cada conceito.

Kolcaba (1994) definiu três tipos de necessidades associadas ao conforto, e quatro contextos nos quais o conforto é experienciado. Os três tipos de necessidades associadas ao conforto são:

- **Alívio** – a experiência do doente quando o desconforto é aliviado ou mitigado, quando uma necessidade específica é satisfeita;

- **Tranquilidade** – associa-se à ausência de desconforto, correspondendo a um estado de calma;
- **Transcendência** – refere-se à habilidade do indivíduo para suplantar o seu desconforto ou sofrimento, quando estes não podem ser evitados ou erradicados.

Os contextos de experiências, ou seja, os contextos nos quais o conforto é experimentado, foram definidos como:

- **Físico** – pertence às sensações do corpo e mecanismos de homeostasia;
- **Psico-espiritual** – pertence à consciência interna de si próprio, incluindo a auto-estima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida; pode também abranger a relação com uma ordem ou um ser mais elevado;
- **Social** – pertence às relações interpessoais, familiares e culturais. Inclui tradições, linguagem, costumes, questões de ordem financeira, de educação e de informação;
- **Ambiental** – pertence ao meio, às condições e influências externas; engloba luz, ruído, ambiente, temperatura, e os elementos naturais versus sintéticos. Kolcaba (2001) reforça esta ideia quando diz que as enfermeiras podem e devem manipular o meio envolvente do doente, como por exemplo, o nível de ruído, o mobiliário e o ambiente, por forma a aumentar o conforto do doente.

Ao mobilizar a teoria de Conforto de Kolcaba, é necessário identificar estes três tipos de conforto e os contextos de experiências, referidos na definição de conforto originada por Kolcaba. Nos seus estudos, Kolcaba desenvolveu e testou uma grelha, que denominou de estrutura taxonómica, onde interligou os três tipos de necessidades de conforto com os quatro contextos de experiências, possibilitando assim uma abordagem do conforto como um todo e não como a soma das suas partes. Kolcaba (2003) refere ainda que ao dar ênfase aos aspectos relacionados com o conforto nos contextos físicos, psico-espirituais, sociais e ambientais, contribui para uma abordagem mais proactiva e multifacetada do cuidar.

Para compreender melhor a teoria de Conforto, e dada a pertinência para a problemática em estudo, é necessário fazer referência aos conceitos de **necessidades de cuidados de saúde e medidas de conforto**. Kolcaba define

“**necessidades de cuidados de saúde** como necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão, que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais. Estas necessidades incluem necessidades físicas,

psico-espirituais, sociais e ambientais tornadas aparentes através da monitorização e relatos verbais ou não-verbais, necessidades relacionadas com parâmetros patofisiológicos, necessidades de educação e apoio, e necessidades de aconselhamento financeiro e de intervenção.”

(TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p. 484)

As **medidas de conforto** são definidas como intervenções de enfermagem concebidas para aumentar o conforto do doente. Para Kolcaba (2003), estão categorizadas em três tipos: medidas técnicas, de instrução e “alimento de conforto para a alma”. Medidas técnicas são intervenções designadas para manter a homeostasia e para controlar a dor, por exemplo, monitorização de sinais vitais e a administração de medidas farmacológicas para o alívio da dor. Medidas de instrução são intervenções destinadas ao alívio da ansiedade, ao fornecimento de informação e esperança, medidas que ajudam na planificação da recuperação, da integração ou da morte. A escuta, o toque e o reforço positivo são ferramentas utilizadas para estas intervenções. “Alimento de conforto para a alma” são intervenções que não são esperadas nem técnicas, mas que fortalecem os doentes de uma forma intangível e/ou pessoal.

Os conceitos metaparadigmáticos também foram definidos por Kolcaba em 1997.

Enfermagem, Doente, Ambiente e Saúde são definidos por Kolcaba da seguinte forma.

Enfermagem é

“a apreciação intencional das necessidades de conforto, a concepção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação, comparados com a anterior linha de base. A apreciação e a reapreciação podem ser intuitivas e/ou subjectivas, tal como quando uma enfermeira pergunta se o doente está confortável, ou objectiva, como nas observações da cicatrização das feridas, alterações dos valores das análises laboratoriais ou mudanças de comportamento.”

(TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p. 485)

O Doente é um indivíduo, família, ou comunidade que necessita de cuidados de saúde (Kolcaba, 2003). O Ambiente é qualquer aspecto do doente, família ou comunidade que pode ser manipulado para melhorar o conforto (Kolcaba, 2003). Saúde é o “funcionamento óptimo de um doente, família, comunidade ou país, ajudado por maior conforto” (KOLCABA, 2003, p. 255).

Com o intuito de compreender a aplicação da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba no contexto da pediatria, recorrei a exemplos para ilustrar os conceitos chaves da teoria. No âmbito da enfermagem pediátrica, a enfermeira deve prevenir o aparecimento de desconforto a vários níveis, avaliando adequadamente a predisposição para tal.

Actuando para a maximização do conforto nos contextos descritos por Kolcaba, podemos salientar que o recém-nascido no contexto físico poderá ter dor, frio, entre outros alterações fisiológicas em que a aplicação de medidas técnicas servem para dar resposta à necessidade de alívio e tranquilidade. No contexto psico-espiritual, os pais do recém-nascido poderão ter necessidade de conforto para conseguirem ajudar o seu bebé durante uma intervenção dolorosa. São necessidades de confiança e de motivação. Para dar uma resposta adequado, aplicamos medidas de “alimento para a alma”, onde está inserido o reforço positivo, as palavras de encorajamento, apoio e esperança. O colo, o embalo, o toque suave e a massagem ao bebé também são medidas de “alimento para a alma” para o recém-nascido. Estas medidas actuam e vão de encontro com as necessidades de transcendência, pois ajudam o recém-nascido e seus pais a ultrapassarem a experiência de desconforto ou sofrimento, quando estas não podem ser evitados ou erradicados. No contexto sociocultural, as medidas de instrução muitas vezes dão uma resposta adequada. Os pais com um recém-nascido com cólicas podem ter dúvidas em relação às medidas não farmacológicas que podem adoptar para ajudar o seu bebé. Estão pouco informados em relação a esta temática e vão necessitar de medidas de instrução no que diz respeito à informação, vão necessitar acompanhamento pela equipa de enfermagem de forma a garantir uma resolução satisfatória do problema. As medidas de instrução também englobam aspectos relacionados com a preparação da alta, ajuda com aspectos financeiros, visitas, a preservação de aspectos culturais e cuidados culturalmente competentes. Por fim, no contexto ambiental o recém-nascido não beneficia com um ambiente barulhento, com muita luz, pouco personalizado e pouco adequado às necessidades de lazer/conforto. No serviço onde exerço funções é feito um esforço para minimizar a luz e o barulho no ambiente. A utilização das cortinas também tornam o ambiente mais privado e os pais podem trazer um brinquedo ou boneco de casa para o recém-nascido, tornando o meio envolvente do recém-nascido mais acolhedor.

Um recém-nascido com dor tem necessidades de cuidados de saúde e precisa de uma ou mais medidas de conforto para conseguir atingir o bem-estar, mas este não pode ser indissociável da família e como tal, os pais também experienciam necessidades de cuidados de saúde que carecem de medidas de conforto.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO

A finalidade do estágio foi: desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, que contribuam para a melhoria da prestação de cuidados especializados, de grande complexidade e com elevado grau de qualidade aos vários níveis - científico, humano e técnico aos recém-nascidos com dor no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia, sustentado na filosofia dos cuidados não traumáticos, tendo como referência teórica de enfermagem o modelo de Katharine Kolcaba - Teoria do Conforto, de modo a promover o conforto do recém-nascido.

De forma a conseguir atingir esta finalidade, uma vez definidos os objectivos, foram seleccionados os locais de prestação de cuidados que melhor permitissem o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. A selecção e distribuição do tempo a estagiar em cada local está espelhada no cronograma (Apêndice II). Para cada local de estágio foram definidos objectivos de modo a permitir o treino ou desenvolvimento da competência ou competências que pretendia desenvolver, com o intuito de proporcionar experiências de aprendizagem. Este capítulo tem como objectivo, enumerar e fundamentar um conjunto de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, adquiridas ou desenvolvidas com a realização do estágio em diferentes contextos clínicos. O desenvolvimento de competências em enfermagem visam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tendo como objectivo último a sua tradução em resultados que quantificam a melhoria da qualidade de vida dos utentes, assegurando a defesa dos interesses das pessoas de quem se cuida.

O presente capítulo apresenta em primeiro lugar um relato global dos passos dados nos estágios, sendo uma análise crítica do que fiz, onde consta os objectivos traçados, as actividades e estratégias desenvolvidas e os recursos mobilizados para a concessão dos objectivos propostos. Em segundo lugar, é fornecida informação necessária à tomada de decisão e ao saber em enfermagem, explicando os fundamentos e as premissas partindo dos referenciais teóricos para analisar e interpretar os dados referentes às actividades desenvolvidas para alcançar as competências comuns de

enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. É ainda meu desejo, conseguir identificar constrangimentos e factores facilitadores da aprendizagem, dar visibilidade aos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediatria, bem como enunciar, quando pertinente, o que de positivo resultou para a equipa de enfermagem nos locais onde desenvolvi os estágios.

Para a conceptualização deste capítulo, a consulta das minhas anotações e apontamentos, construídos ao longo de dezoito semanas de estágio, veio revelar-se um auxílio precioso.

3.1. Urgência Pediátrica

Ao longo do estágio realizado no serviço de Urgência Pediátrica, foram várias as minhas oportunidades para prestar cuidados às crianças/famílias que recorreram a este serviço. As várias valências incluem a sala de triagem, a sala de tratamentos, o SO (sala de observação) e ainda a sala de reanimação. Não participei em nenhuma situação de reanimação durante o estágio.

Na sala de triagem, o enfermeiro está numa situação particular, pois é o primeiro contacto que a criança/família tem com o serviço de saúde. Através da triagem, o enfermeiro inicia a sua avaliação da criança e é estabelecido uma prioridade de atendimento. Acolhe-se a criança e os pais, realiza-se uma colheita de dados que engloba os antecedentes pessoais e os relativos à situação actual de saúde, registam-se dados, identificam-se problemas, inicia-se intervenções terapêuticas e/ou diagnósticas, com recurso a protocolos de actuação, determina-se prioridades de atendimento, informam-se as crianças e os pais, e supervisiona-se periodicamente as crianças que estão na sala de espera. Todas estas intervenções resultam em crianças/pais mais tranquilos porque a sua situação já foi avaliada por um profissional devidamente habilitado.

As situações de saúde mais comuns, das crianças que recorreram à urgência durante o período do meu estágio foram, traumatismos dos membros superiores e inferiores, queixas urinárias, quedas que resultavam em pequenos ferimentos, febre, dificuldade respiratória, tosse, alterações gastro-intestinais e dor abdominal. Situações menos comuns incluíam alergias, dermatites atópicas, queimaduras e ansiedade dos pais no que se refere a cuidados específicos com recém-nascidos. Durante a minha

permanência no serviço de Urgência Pediátrica, tive oportunidade de cuidar de crianças com diferentes situações de saúde. Isto permitiu desenvolver capacidades para dar resposta a um vasto leque de exigências, devido à diversidade de patologias e em todas as faixas etárias, dentro da idade infantil, assim como à variedade de situações vividas nomeadamente na gestão de emoções e relações interpessoais.

Dentro do vasto leque de cuidados de enfermagem que foram prestados na sala de triagem, é ainda de salientar a avaliação da dor na sala de triagem, pois constitui uma actividade de primordial importância para a equipa de enfermagem, assim como o seu controlo. Referindo-se à importância da avaliação da dor durante a triagem, o Grupo Português de Triagem (2010, p. 43) refere que “a avaliação garante que a dor é tratada na primeira oportunidade. (...) Esta avaliação pode ser difícil uma vez que (...) alguns doentes, especialmente as crianças, podem negar as dores para evitar tratamentos ou o internamento no hospital.” Sendo assim, é necessário uma atenção redobrada na avaliação da dor na criança pois uma avaliação inferior poderá conduzir à atribuição de uma prioridade inferior, por exemplo na Triagem de Manchester. A identificação de manifestações fisiológicas e comportamentais da dor neste serviço, constituiu-se como uma mais valia para mim, na medida em que tive oportunidade de treinar a aplicação dos instrumentos de avaliação da dor na criança e de medidas de tratamento. Este treino permitiu responder aos meus objectivos específicos, e ainda, contribuiu para aprofundar conhecimentos no âmbito da temática do conforto e da dor na criança. Iriam posteriormente revelar-se ferramentas de grande utilidade para a implementação da avaliação e controlo da dor no recém-nascido, no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia.

Na sala de tratamentos, consegui constatar que a avaliação e controlo da dor não era realizada com tanta frequência devido à sobrecarga de trabalho. No entanto, existe no serviço um “Kit sem dor” constituído por vários artigos destinados ao alívio da dor, ansiedade e medo, nomeadamente material didáctico e lúdico, adequado a várias idades e que possibilitam estratégias não farmacológicas correspondentes às necessidades e preferências das crianças e adolescentes. O material didáctico inclui compressas, seringas, ligaduras, adesivo, barretes e livros. O material lúdico é material susceptível de dar resposta às necessidades de entretenimento, e inclui material para desenhar e pintar, alguns brinquedos de porte pequeno (rocas, fantoches, bolas, bonecos, etc.) e ainda um rádio e CD’s musicais. Estes recursos eram pouco utilizados pelos profissionais aquando a realização de intervenções junto das crianças. De igual modo, a sacarose era pouco

utilizada como medida não farmacológica para o alívio da dor na criança, embora, podendo este ser um recurso precioso, como refere a literatura. Contudo, a observação e partilha evidenciaram que apesar da grande quantidade de punções venosas efectuadas na sala de tratamentos, procurava-se que este procedimento fosse efectuado só e apenas quando estritamente necessário, em resultado da atitude preocupada dos profissionais de enfermagem. Refiro-me especificamente ao cuidado por parte da equipa de enfermagem em fazer coincidir a colocação de cateter venoso periférico com as colheitas de sangue para análise e não em dois momentos distintos.

Perante o facto da dor ser pouco valorizada na sala de tratamentos, questionei (Apêndice III) a enfermeira chefe, assim como a enfermeira de referência do estágio, na qualidade de elementos do grupo de trabalho que implementou a avaliação e controlo da dor na criança no serviço de Urgência Pediátrica. O objectivo era aperceber-me da razão porque na sala de tratamentos a avaliação e controlo da dor eram tão pouco valorizadas. Outro objectivo foi prevenir, através de estratégias bem delineadas, possíveis erros na implementação do projecto a que me propus realizar no meu serviço. Deste nosso diálogo pude concluir que:

1. Formação de toda a equipa é indispensável para uma aderência por parte da mesma na implementação da avaliação e controlo da dor na criança;
2. A elaboração de protocolos/procedimentos alusivos à temática são necessários para servirem como alicerces e documentos orientadores à boa prática;
3. A maior dificuldade sentida pelo grupo de trabalho não ocorreu na fase de implementação, mas sim, na fase de manutenção e continuidade da avaliação e controlo da dor na criança. A avaliação e controlo da dor na criança é valorizada pela equipa de enfermagem, mas ainda não é contemplada como o 5º sinal vital. Existe uma acomodação por parte de alguns elementos da equipa em relação à não avaliação da dor;
4. A maior estratégia para combater as dificuldades sentidas é o reforço, no momento das passagens de ocorrências entre turnos, acerca da avaliação e controlo da dor na criança, assim como a repetição da formação realizada na fase de implementação;
5. São necessárias auditorias aos registos de enfermagem numa fase posterior para certificar que, para além da avaliação da dor, são também registadas as intervenções de enfermagem realizadas e os resultados obtidos após a sua execução. Só assim poderá haver uma adequada avaliação do projecto.

Estas conclusões foram úteis para a implementação do meu projecto, na medida em que planifiquei algumas estratégias e actividades a serem desenvolvidas, que irei abordar no sub-capítulo 3.5.

3.2. Serviço de Pediatria

No serviço de Pediatria, a experiência foi enriquecedora na medida em que contactei com vários adolescentes e centrei a minha aprendizagem no desenvolvimento de competências para prestar cuidados aos jovens nesta faixa etária. A Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 13) diz-nos que

“a adolescência é um período crucial no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde no futuro. A presença dos adolescentes nos serviços de saúde constitui uma oportunidade ímpar para potenciar as aprendizagens referidas (...). Nas intervenções de Enfermagem, no âmbito do atendimento ao adolescente, a promoção de comportamentos saudáveis, tanto para melhorar o seu nível de saúde, como para prevenir a doença, assume lugar de destaque.”

Como tal, foi importante informar o adolescente acerca de atitudes que potenciam a sua saúde e ainda, acompanhá-lo e apoiá-lo na tomada de decisão nos aspectos relacionados com a sua saúde e bem-estar. ARAÚJO et al. (2011, p. 274) dizem-nos que “a compreensão da doença pelo adolescente possibilita maior envolvimento no autocuidado e no acompanhamento do tratamento.” A OE (2010, p. 14) também refere que

“nas fases mais precoces da adolescência, os pais controlam de forma mais próxima a situação de saúde do adolescente, mas à medida que a sua autonomia vai crescendo é fundamental que comece a exercer maior responsabilidade neste âmbito. As suas competências desenvolvimentais permitem-lhe agora compreender melhor o mundo que o rodeia, podendo assumir outras responsabilidades, outro nível de participação em tudo o que lhe diz respeito.”

É ainda importante salientar que, para uma participação eficaz por parte do adolescente, os profissionais de saúde que o atendem necessitam de trabalhar de forma coesa, mantendo uma comunicação eficiente entre eles para que não ocorra incoerência nas informações transmitidas, de forma a estabelecer um vínculo de confiança entre o adolescente e os profissionais de saúde. As passagens de turno constituíram momentos privilegiados para a aferição das informações transmitidas ao adolescente e sua família.

Foi possível contactar com adolescentes de várias idades, mas um ponto em comum se destacou, respeito pela sua privacidade. Na abordagem ao adolescente, a privacidade é fulcral. A OE (2010, p. 19) também reconhece que “os princípios éticos no atendimento ao adolescente referem-se especialmente ao respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo.” Visto que o internamento constitui uma situação de crise para o adolescente, é necessário um cuidado redobrado para que os princípios éticos sejam cumpridos, de forma a minimizar o impacto negativo que o internamento e a doença poderão ter no desenvolvimento do adolescente. WONG (1999, p. 546) refere que é frequente os adolescente reagirem à dependência com “rejeição, falta de cooperação ou isolamento.” Para minimizar este tipo de resposta, houve um cuidado adicional aquando a necessidade de proceder a técnicas potencialmente dolorosas, de manter o adolescente informado, de ouvir e valorizar as suas queixas, assim como preparar o meio envolvente de forma a promover a privacidade. Desta forma foi possível para o adolescente reagir com um maior auto-controlo. Experimentei que, quando o adolescente é ouvido, torna-se mais fácil esclarecer dúvidas e implementar um cuidado adaptado e personalizado.

O adolescente não é indissociável da sua família, e todos os princípios que foram mencionados no enquadramento teórico quando foi abordado a filosofia dos cuidados não traumáticos, foram alvo da minha preocupação ao cuidar de utentes nesta faixa etária.

3.3. Unidades de Cuidados Intensivos/Especiais Neonatais

A realização do estágio no âmbito da Neonatologia foi dividido em dois contextos distintos, pois cada um, com a sua especificidade, traria mais valias e ganhos para o meu crescimento como futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

No estágio realizado na Unidade de Neonatologia pude observar e colaborar na prestação de cuidados a recém-nascidos. Esta unidade encontra-se dividida em duas grandes áreas relacionada com a complexidade da situação de saúde dos recém-nascidos, os cuidados intensivos e os cuidados intermédios. Nos cuidados intensivos deparei-me com situações de bebés grandes prematuros e de malformações diversas, como imperfuração anal e deficiente implantação dos dedos de ambas as mãos. Os cuidados de enfermagem a estes recém-nascidos foram para mim muito importantes

porque permitiram o desenvolvimento de competências técnicas, tais como, cuidar de bebés ventilados, e ainda, colaborar em técnicas e procedimentos de grande complexidade. A fragilidade destas crianças implica um elevado conhecimento técnico assim como a aplicação aprimorada desse mesmo conhecimento técnico. Procedimentos técnicos como a punção venosa, a colheita de espécimes, a intubação nasogástrica, a aspiração de secreções, entre outras, carecem de adaptação de acordo com as semanas de gestação dos recém-nascidos e revelam-se como procedimentos complexos, o que tornou a minha experiência neste estágio bastante enriquecedora. Luís Batalha (2010, p. 76), no seu estudo, menciona que as intervenções dolorosas mais frequentes numa unidade de neonatologia, incluem a “presença de drenos, sondas, tubos, máscaras ou outros objectos necessários aos cuidados (...), as aspirações secreções (...), as punções capilares (...), as punções venosas e arteriais (...) e a inserção e retirada de sondas.” Foi importante ter esta noção pois estes procedimentos são habituais nesta Unidade de Neonatologia e tendo esta consciência, foi mais fácil minimizar a dor e o impacto destes procedimentos.

Contudo, apesar da grande vertente técnica, a componente humana e relacional não pode ser descurada. Os pais dos recém-nascidos encontram-se num ambiente extremamente adverso para desempenhar o seu papel parental. Cabe ao enfermeiro de neonatologia desmistificar, apoiar, promover e ensinar, para que os pais consigam exercer de modo adequado a sua parentalidade, tendo em conta a realidade com que se vêm confrontados. Foi importante, para a minha aprendizagem, observar a forma como os enfermeiros promovem a vinculação e ajudam os pais no seu percurso de aquisição de competências para desempenharem a sua parentalidade. Este percurso, iniciado nos cuidados intensivos, tem a sua continuidade nos cuidados intermédios até os pais atingirem um estado de autonomia plena do seu papel.

Na unidade de cuidados intermédios, foi possível prestar cuidados a recém-nascidos e, sempre acompanhada pela enfermeira de referência, experimentar algumas das técnicas acima referidas. Um aspecto importante que destaco foi a realização de ensinamentos aos pais que me permitiram observar a sua aquisição gradual de autonomia no que respeita aos cuidados ao seu filho. É importante ainda salientar que, em alguns casos, já tinha tido a oportunidade de conhecer estes pais, aquando da sua passagem pelo serviço onde exerço funções, a Urgência de Ginecologia/Obstetrícia deste mesmo hospital, no dia em que o seu filho tinha nascido.

Foi também gratificante a experiência de ter realizado o estágio noutra Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Durante este estágio tentei dar resposta a alguns objectivos específicos do meu projecto, nomeadamente:

- aprofundar conhecimentos no âmbito da temática do conforto e da dor no recém-nascido;
- identificar as manifestações fisiológicas e comportamentais da dor mais frequentes no recém-nascido;
- identificar as medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor e promoção do conforto do recém-nascido mais eficazes.

Para aprofundar conhecimentos no âmbito da dor no recém-nascido, procurei conhecer a escala da dor aplicada às crianças internadas nesta Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, a escala N-PASS (Escala Neonatal de Dor, Agitação e Sedação) (Anexo III). Esta, tem uma utilização pouco frequente devido à sua complexidade. A escala N-PASS foi traduzida e adaptada, após a autorização dos autores originais, pelo grupo de trabalho do Projecto ***Prevenção, Avaliação e Controlo do stress e da dor no recém-nascido pré-termo, termo e lactente nos serviços de internamento e ambulatório***, em 2010. O objectivo era de aplicar a todos as crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Esta escala pode ser aplicada até aos 100 dias de vida e em bebés com idade gestacional igual ou superior a 23 semanas. Ao longo do estágio foi possível aplicar a escala N-PASS e compreender a sua funcionalidade, pois esta escala é o único instrumento para a avaliação da sedação em bebés ventilados e/ou no pós-operatório imediato. Para mim, foi um desafio aplicar esta escala devido à sua especificidade, no entanto, foi um grande momento de aprendizagem pois a escala requer uma observação detalhada e minuciosa de manifestações fisiológicas e comportamentais da dor na criança.

A identificação das manifestações fisiológicas e comportamentais da dor no recém-nascido constitui um objectivo do meu projecto pois é com base na leitura destas manifestações que é realizada uma avaliação fidedigna. Utilizei os parâmetros da escala N-PASS para treinar a identificação das manifestações fisiológicas e comportamentais da dor no recém-nascido. Os parâmetros da escala N-PASS são: choro e irritabilidade, estádio comportamental, expressão facial, extremidades e tónus e sinais vitais (FC, FR, TA e níveis de saturação de O₂).

Perante a observação dos cuidados de enfermagem, recurso precioso para uma análise relativamente ao conforto, nomeadamente através da aplicação de medidas não

farmacológicas para o alívio da dor, foi possível a identificação das mais eficazes. Para orientar esta actividade, foi construído uma grelha de observação (Apêndice IV) com todas as medidas não farmacológicas para o alívio da dor, referenciadas por diversos autores e apresentadas no sub-capítulo 2.1 deste trabalho. Esta grelha foi preenchida com quinze observações. Apesar de ser uma amostra muito pequena, é de referir que estas medidas foram aplicadas após uma avaliação positiva para a dor. As medidas mais utilizadas e eficazes foram: a sucção não nutritiva, a utilização da sacarose, o posicionamento do bebé utilizando dispositivos adequados tais como rolos, ninhos e almofadas de gel e a diminuição da luminosidade. Estas conclusões serviram posteriormente como exemplos reais de medidas eficazes a adoptar na minha prática profissional.

3.4. Unidade de Saúde Familiar

Durante o período de permanência na Unidade de Saúde Familiar várias actividades contribuíram para o meu desenvolvimento profissional. Para que este desenvolvimento fosse enriquecido, participei nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil e ainda na vacinação.

Como ponto de partida, tomei em consideração a missão pela qual a equipa de saúde se rege no seu desempenho, sendo a seguinte: Prestar cuidados de saúde personalizados, globais, equitativos e de qualidade, promovendo a participação e autonomia dos cidadãos e o desenvolvimento profissional e pessoal dos profissionais, para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida de todos. Contudo, para que esta missão seja profícua para todos, é necessário tomar em consideração um dos valores subjacentes à mesma, sendo este o seguinte: a aprendizagem permanente e a partilha de informação, do conhecimento e da experiência são fundamentais para o desenvolvimento.

Na qualidade de estudante integrando a equipa de enfermagem desta unidade, não esquecendo a missão mencionada anteriormente, assim como aspectos fundamentais, tais como a temática do meu projecto de estágio e o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, procurei desempenhar uma prática orientada, fundamentada e sistematizada. O foco de atenção

foi sempre a criança e sua família, considerando o tipo de dor experienciada no contexto de cuidados.

Foi visível, numa fase inicial do estágio, que a avaliação da dor e o seu respectivo controlo, não fazia parte dos cuidados prestados à criança aquando a realização de procedimentos específicos em cuidados de saúde primários, como são a vacinação e a realização do diagnóstico precoce no recém-nascido. Este diagnóstico de situação permitiu-me uma reflexão sobre as necessidades da criança/família, bem como, das necessidades sentidas pelos profissionais de enfermagem na prestação de cuidados à criança/família. Permitiu-me ainda, uma análise de factores condicionantes no acolhimento e atendimento das crianças face a procedimentos dolorosos. As necessidades da criança/família eram visíveis, pois estes procedimentos constituíam um momento desagradável. Para os profissionais de enfermagem era reconhecida, entre a equipa, a necessária mudança de atitudes, nomeadamente através da reflexão, discussão sobre a dor na criança, os seus riscos e consequências. Perante esta panóplia de necessidades, e dado que existiam factores condicionantes, tais como a inexistência de algumas medidas não farmacológicas para o alívio da dor, como por exemplo, a sucrose, assim como a pouca formação da equipa de enfermagem acerca desta temática, foi um desafio conseguir melhorar a prestação de cuidados nesta área.

Com base nesta análise e diagnóstico, concluí que, seria necessário introduzir estratégias de prevenção e controlo da dor na criança durante procedimentos dolorosos, tentando aumentar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem nesta área, de forma a incrementar a sua disponibilidade e competência para a prevenção e controlo da dor na criança. Desta forma, perante uma situação em que seria necessário a realização de uma técnica que provocaria dor a uma criança, como por exemplo, aquando a vacinação, consegui utilizar algumas medidas não farmacológicas para o alívio da dor, descritas por Crescêncio, Zanelato e Leventhal (2009), tais como, a sucção não nutritiva, oferecer conforto e colo (em todos os casos foi o da mãe/pai), diminuição da luminosidade local e conversar de forma suave com a criança. Verifiquei que foi possível a diminuição da agitação e ansiedade nas crianças, e tanto os pais como os restantes profissionais de enfermagem também reconheceram uma mais valia em adoptarem estas medidas. Nos recém-nascidos, foi ainda possível utilizar a contenção do bebé, tal como descrita por Huang et al. (2004) e a amamentação, que Cabajal et al. (2003) e Uga et al. (2008) estudaram, visto serem indicadas para o tratamento da dor durante procedimentos de

curta duração. A amamentação confere bem-estar e conforto ao recém-nascido. A sucção, o sabor doce do leite e ainda o cheiro familiar da mãe são fontes de prazer para o bebé.

Os pais mostraram-se também muito receptivos quando abordados para utilizarem as medidas não farmacológicas referidas anteriormente, por isso aproveitei as medidas de instrução que Kolcaba (2003) refere, pois estas são intervenções destinadas ao alívio da ansiedade e ao fornecimento de informação e esperança. Quando os pais estão informados acerca dos procedimentos e como podem colaborar, ficam menos ansiosos, e isso só por si, é um elemento chave no sucesso da nossa intervenção.

Foi possível ainda, com tudo isto, respeitar os princípios inerentes aos cuidados não traumáticos (Wong, 1999), começando por minimizar a separação da criança e sua família; promovendo o senso de controlo por parte da criança/família, enquanto era minimizada a dor em si.

Ao longo do estágio com as actividades descritas foi possível alcançar contributos para atingir os meus objectivos específicos, nomeadamente no aprofundamento de conhecimentos no âmbito da temática do conforto e da dor na criança, assim como do Modelo teórico de Enfermagem de Katharine Kolcaba – Teoria do Conforto. Foi possível ainda, identificar manifestações comportamentais da dor na criança, mobilizar a equipa para a avaliação e controlo da dor através da utilização de medidas não farmacológicas para o alívio da dor e promoção do conforto.

Outra actividade desenvolvida ao longo do estágio que prosseguiu para a prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade à criança/família ocorreu durante as consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil, onde procurei aprofundar e mobilizar conhecimentos provenientes do curso de enfermagem, da experiência profissional e da formação detida ao longo do curso de especialidade. A OE (2010, p. 77) diz-nos que

“a prática clínica direccionada para o acompanhamento do desenvolvimento infantil faz parte de um processo muito vasto de gestão e promoção da saúde da criança, o qual está implícito num programa estruturado de implementação de vigilância da criança em vários momentos do seu desenvolvimento, onde consta a observação e avaliação devida para poder agir. Este programa deverá incluir uma avaliação de desenvolvimento psicomotor (...), actuando ao nível da prevenção de potenciais problemas.”

Contudo, sob o desenvolvimento das competências específicas na prestação de cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediatria ao longo do estágio, uma das particularidades a destacar foi a necessidade que senti em ajustar os cuidados prestados

ao estágio de desenvolvimento da criança e à dinâmica familiar. Isto porque é necessário adequar a nossa linguagem, assim como a educação para a saúde realizada aquando a consulta de enfermagem. A OE (2010, p. 77) refere ainda que “neste contexto, é crucial a existência de conhecimentos especializados e a capacidade dos profissionais para comunicar com os pais/prestadores de cuidados, estabelecendo estratégias de parceria no que se refere a comportamentos de promoção do desenvolvimento infantil.”

Utilizei o **Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança dos 0 aos 5 anos**, Série I, número 3, volume 1, da Ordem dos Enfermeiros (2010), para coadjuvar os cuidados prestados, considerando as actividades promotoras do desenvolvimento apresentadas neste guia, de acordo com a faixa etária da criança, assim como, os aspectos prejudiciais e as estratégias fortalecedoras do desenvolvimento psico-afectivo da criança, e ainda, os sinais de alerta, também estes, de acordo com a faixa etária da criança. Esta actividade perfaz a orientação da OE (2010, p. 1) pois

“são áreas de actuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida.”

3.5. Urgência de Ginecologia/Obstetrícia

O estágio decorrido na Urgência de Ginecologia/Obstetrícia foi um dos mais emocionantes pois foi possível implementar o projecto de intervenção em enfermagem planificado. Através de muita dedicação, esforço, empenho e trabalho, e ainda, utilizando os contributos auferidos com a experiência ao longo dos anteriores estágios, foi possível iniciar um percurso empolgante. Este percurso não foi isento de dificuldades e contrariedades, tal como era esperado, mas as estratégias utilizadas contornaram este aspecto e aprimoraram o resultado final.

Relembro que o objectivo geral pretendido com a implementação do projecto foi: Promover o conforto do recém-nascido no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia, através da avaliação e controlo da dor. Para o conseguir atingir, delinee os seguintes objectivos específicos:

1. Aprofundar conhecimentos no âmbito da temática do conforto e da dor no recém-nascido;
2. Aprofundar conhecimentos do Modelo teórico de Enfermagem de Katharine Kolcaba – Teoria do Conforto;
3. Identificar manifestações fisiológicas e comportamentais da dor no recém-nascido;
4. Identificar medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor e promoção do conforto do recém-nascido;
5. Mobilizar a equipa para a avaliação e controlo da dor no recém-nascido;
6. Actuar ao nível de algumas políticas organizacionais para a efectividade da avaliação e controlo da dor no recém-nascido;
7. Implementar a avaliação da dor no recém-nascido, num serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia, através da aplicação da escala NIPS.

Destes objectivos, alguns foram atingidos ao longo dos estágios realizados, tal como descritos anteriormente, e, permitiram recolher mais-valias preciosas para conseguir implementar a avaliação e controlo da dor no recém-nascido no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia. Outros foram planeados especificamente para serem cumpridos neste estágio, como por exemplo, os objectivos número cinco, seis e sete.

Começando pelo objectivo número cinco, foi praticável mobilizar a equipa para a avaliação e controlo da dor após a sensibilização da mesma para a temática e através da realização de formação a toda a equipa. VIANA, DUPAS e PEDREIRA (2006, p. 259) referem que “a sensibilização do profissional na avaliação da dor parece aumentar a constatação.” Com a equipa desperta para a temática após terem conhecimento do projecto de estágio, foram planeadas estratégias de intervenção directa na equipa de enfermagem.

A apresentação do projecto à equipa de enfermagem foi efectivada através da realização de uma sessão de formação (Apêndice V) no âmbito da dor no recém-nascido. Só desta forma conseguiria um envolvimento por parte da equipa de enfermagem em iniciar este percurso. Decorreram durante os meses de Janeiro/Fevereiro de 2012, seis sessões de formação, uma em cada equipa de enfermagem e ainda uma suplementar para quem não conseguiu comparecer à formação realizada na sua equipa. Desta forma garanti que todas os enfermeiros assistiram à sessão de formação planificada. Durante a sessão de formação, foi facultado uma cópia de escala NIPS (Anexo I) e ainda uma cópia do algoritmo de avaliação e intervenção na dor do recém-nascido saudável (Anexo II).

A motivação de uma equipa para aderir a um projecto é extremamente difícil, isto porque “a motivação tem sua origem no interior do indivíduo” (MARQUIS e HUSTON, 1999, p. 303). Durante as sessões de formação foram apresentadas fortes razões para se iniciar este projecto no nosso local de trabalho e tentei que fossem os próprios elementos de enfermagem a motivarem-se para esta implementação, tendo em conta as justificações exibidas ao longo da sessão de formação. Na opinião de METZGER et al. (2002, p. 160) “o projecto de despiste da dor constitui um importante desafio para uma equipa de cuidados.”

Como a sessão de formação foi realizada num momento específico e a informação transmitida nunca é toda apreendida, a construção de um dossier temático de fácil acesso tornou-se pertinente. Este dossier documental, instrumento de consulta para facilitar o desempenho no local de trabalho, contemplou o procedimento adoptado pelo serviço, elaborado por mim, intitulado **Avaliação e Controlo da Dor no Recém-Nascido no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia** (Apêndice VI), inúmeros artigos de pesquisa bibliográfica com evidência científica actualizada e ainda documentos nacionais de autoridades de saúde (Apêndice VII), que serviram como prolongamento da partilha efectuada aquando da sessão de formação. Todos estes documentos fazem parte da bibliografia deste trabalho.

O objectivo específico número seis, remete à actuação ao nível de algumas políticas organizacionais para a efectividade da avaliação e controlo da dor no recém-nascido. Como referido anteriormente, foi elaborado um procedimento de actuação intitulado **Avaliação e Controlo da Dor no Recém-Nascido no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia** (Apêndice VI), que veio complementar todo o trabalho realizado até então. METZGER et al. (2002, p. 2) dizem-nos que se “as recomendações, os protocolos, os *guide-lines* não existem, a estratégia terapêutica é deficiente (...). A elaboração e a execução de protocolos de cuidados constituem uma das respostas que os estabelecimentos de saúde devem produzir.” A DGS (2001, p. 32) refere que “devem estar prontamente disponíveis orientações (fundamentação de práticas) e procedimentos que frisem os aspectos de boa prática (...). As orientações e os procedimentos também servem como referências instrutivas e informativas.” Ao longo da elaboração do procedimento, ocorreram reuniões com a enfermeira chefe e a enfermeira de referência do estágio, pois estes momentos constituíram marcos importantes para a divulgação da evolução do procedimento, elaborado no âmbito deste projecto e que colmatou numa aprovação por parte dos superiores hierárquicos.

O sétimo objectivo, sendo este o de implementar a avaliação da dor no recém-nascido, no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia, através da aplicação da escala NIPS, a atitude fundamental foi mostrar disponibilidade para acompanhar, esclarecer dúvidas e ajudar nesta fase. MARQUIS e HUSTON (1999, p. 40) referem que “a eficácia da liderança (...) requer a habilidade (...) de manter a eficiência e a eficácia do grupo; comunicar-se bem; demonstrar justiça, competência, segurança e criatividade.” Apesar de tudo isto, METZGER et al. (2002, p. 160) também reconhecem que

“numa primeira fase surgem os inconvenientes da utilização dos instrumentos: carga suplementar de trabalho; (...) necessidade de modificar a organização dos cuidados, de ser persistente, rigoroso e metódico com a utilização dos instrumentos; (...) necessidade de, na prática diária, fazer uma observação pertinente (...); dificuldade em empenhar-se na procura de respostas eficazes em termos de despiste, de prevenção e de controlo da dor; necessidade de definir objectivos exequíveis, de procurar melhoria, ainda que mínima, da qualidade e da eficácia do cuidar o doente com dor; necessidade de aceitar as decisões tomadas pela equipa.”

Em forma a prevenir alguma dificuldade, reflecti sobre a maior dificuldade sentida pelo grupo de trabalho que implementou a avaliação e controlo da dor na criança na Urgência Pediátrica e ainda na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Esta dificuldade estava relacionada com a acomodação por parte de alguns elementos da equipa em relação à avaliação deste parâmetro. Pretendia evitar que o mesmo pudesse ocorrer na implementação deste projecto e foi necessário a seguinte estratégia. Foram necessárias medidas conjuntas, que envolveram esforços de mais elementos da organização, pois sozinha, não conseguiria alterar o processo electrónico do recém-nascido, por forma a incluir mais um campo de avaliação – a dor. A inclusão de mais um campo de avaliação no processo electrónico do recém-nascido, implicou a colaboração do departamento de informática. Foi necessário uma reunião com os técnicos de informática, para a transmissão do conteúdo pertinente a incorporar no campo da avaliação da dor, no processo clínico do recém-nascido. Foi colocado uma cópia da escala NIPS ao lado do campo da dor a preencher, com o intuito de eliminar dúvidas em relação aos parâmetros a serem avaliados. O campo referente à avaliação da dor poderia ser de preenchimento facultativo ou obrigatório. Optei por colocá-lo de preenchimento obrigatório e assim eliminar a possibilidade do não preenchimento deste parâmetro. Também METZGER et al. (2002, p. 3) referem que “os actos praticados pelo/a enfermeiro/a no controlo da dor devem ser registados e transmitidos por escrito.” É ainda importante lembrar que

“o uso de registos, como rotina, encoraja quem cuida dos doentes a reavaliar continuamente o tratamento e a corrigir, em tempo, as terapias inadequadas. A avaliação, o planeamento e a documentação diários, ajudam a compreender a importância de uma organização na gestão estruturada da terapêutica.”

(DGS, 2001, p. 32)

Cerca de oito meses após a implementação da avaliação e controlo da dor no recém-nascido no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia, foi necessário repetir a formação inicial pois tinham ingressado na equipa de enfermagem novos elementos e também foi necessário para reforçar/relembrar a utilização de algumas medidas não farmacológicas para o alívio da dor no recém-nascido. Nesta altura, a equipa de enfermagem experienciava e verbalizou exactamente o que METZGER et al. (2002, p. 160) descrevem como aspectos positivos que se revelam numa segunda fase, sendo estes

“o cumprimento das medidas de prevenção e de alívio da dor; satisfação pelo papel específico da enfermagem (...) e pela autonomia e criatividade de que dispomos; satisfação por se poder partilhar com outras equipas a riqueza de experiência; satisfação por se estar em sintonia com os objectivos fixados e por acabar com procedimentos rotineiros (“estereotipados”).”

Por fim, num futuro próximo, e tal como recomendado pelo grupo de trabalho da Urgência Pediátrica, é necessário planificar auditorias aos registos de enfermagem para certificar que, para além da avaliação da dor, são também correctamente documentadas nos registos de enfermagem as intervenções realizadas perante um diagnóstico de dor no recém-nascido, assim como os resultados obtidos após a realização das mesmas. Só assim poderá haver uma adequada avaliação do projecto.

4. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS AO LONGO DOS ESTÁGIOS

A aquisição ou desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, que contribuam para a melhoria da prestação de cuidados especializados, de grande complexidade e com elevado grau de qualidade aos vários níveis - científico, humano e técnico, foi o objectivo primordial deste mestrado. Para tal, foi necessário realizar as várias actividades que descrevi nos sub-capítulos 3.1 a 3.5.

Na Urgência pediátrica, as actividades realizadas ao longo do estágio permitiram-me treinar habilidades e competências. As competências comuns do enfermeiro especialista mais desenvolvidas ao longo deste estágio foram as competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pois esta competência assenta num corpo de conhecimento das melhores práticas, dos direitos humanos e nas preferências do utente que foram sempre respeitadas. A competência no domínio da melhoria da qualidade foi suportada através da colaboração em oportunidades de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente na gestão da dor. A criação de um ambiente terapêutico e seguro também foi importante pois envolveu a família da criança com a missão desta assegurar a satisfação de algumas necessidades específicas da mesma. Por fim, a competência no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais teve como pilar, uma praxis clínica especializada baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

A competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem foi desenvolvida no que respeita aos cuidados relativos à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, nomeadamente no reconhecimento de situações de instabilidade para responder prontamente e de forma antecipatória, e na gestão da dor. Na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, destaco a comunicação com a criança/família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura como sendo a competência em destaque.

No Serviço de Pediatria, no âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista destaco a competência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, ao demonstrar uma tomada de decisão ética em várias situações da prática especializada, pois esta tomada de decisão era realizada sempre em parceria com o jovem/família. Esta competência promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos. Na competência do domínio da melhoria da qualidade, saliento a criação de um ambiente terapêutico e seguro, pois a gestão do ambiente centrado no utente é uma condição imprescindível para a efectividade terapêutica. O domínio desta competência permite prestar cuidados num ambiente seguro e protegido à criança/família. A competência no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi desenvolvida com uma prática baseada na evidência.

A assistência à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, e ainda, a prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, foram as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem mais trabalhadas ao longo deste estágio. Na primeira competência mencionada, através do diagnóstico de situações que possam afectar de forma negativa a vida ou qualidade de vida da criança/família, e no segundo, através da promoção da auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde, não descurando a competência de comunicar com a criança/família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento.

As unidades de Neonatologia conferiram-me a oportunidade de desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista. São maioritariamente relacionadas com a competência no domínio da melhoria da qualidade, pois acedi à evidência científica para a avaliação da qualidade dos cuidados. Na competência do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais destaco a prática suportada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

No que diz respeito às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. A competência de cuidar da criança/família nas situações de especial complexidade, nomeadamente no reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e da forma como se apresenta uma resposta apropriada às situações raras, foi extremamente importante. Foi ainda possível trabalhar e aperfeiçoar questões relacionada com a gestão da dor na criança. A competência de prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de

desenvolvimento da criança foi desenvolvido com a promoção da vinculação dos recém-nascidos prematuros ou com necessidades especiais e seus pais. A promoção do contacto físico pais/recém-nascido, a promoção da amamentação e o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido, constituem actividades importantes para um desenvolvimento saudável da parentalidade.

No estágio efectuado na unidade de Saúde Familiar, no que diz respeito às competências comuns do enfermeiro especialista, consigo destacar a competência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Promovi práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais e desenvolvi uma prática ética no campo de intervenção ao longo deste estágio. As estratégias de resolução de questões relacionadas com a saúde da criança/família foi desenvolvida em parceria com os próprios. A competência no domínio da melhoria da qualidade destaca-se pois tentei ser dinamizadora na promoção e utilização de conhecimentos para a melhoria da qualidade na prática. A promoção da adesão à saúde fomentou a criação de um ambiente terapêutico e seguro. A competência no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi cumprida pois baseava a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

O resultado final deste estágio foi uma aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, nomeadamente no âmbito da assistência à criança/jovem e sua família, na maximização da sua saúde, nomeadamente na promoção de uma parentalidade optimizada. E ainda, na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento e crescimento. Foi também possível, cuidar da criança em situações onde a gestão da dor foi optimizada através de respostas reais e eficazes.

Por fim, no estágio realizado na Urgência Ginecologia/Obstetrícia, as competências comuns do enfermeiro especialista atingidas com as actividades descritas foram as competências no domínio da melhoria da qualidade, competências no domínio da gestão dos cuidados e competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A competência no domínio da melhoria da qualidade foi atingida através do desempenho de um papel dinamizador na concepção e concretização deste projecto, incorporando directivas e conhecimentos adquiridos para uma melhoria da qualidade na prática. Foi ainda liderado a implementação do projecto utilizando uma análise e revisão das práticas com o objectivo de garantir uma melhoria continua. No âmbito desta

competência, consigo destacar a vertente de manter um ambiente terapêutico e seguro para o utente através do desenvolvimento de medidas para a segurança dos dados e registos, sendo estes um elemento essencial para a boa prática. A competência no domínio da gestão dos cuidados, foi atingida através da optimização das respostas da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional. E ainda, através da adaptação da liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados. Por fim, a competência no domínio das aprendizagens profissionais, teve como base o desenvolvimento do meu próprio auto-conhecimento e da assertividade ao longo deste percurso, enquanto baseava a minha prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento e na investigação. Contudo, não poderia esquecer de mencionar que actuar como um formador oportuno em contexto de trabalho, favorecendo a aprendizagem e a destreza nas intervenções, assim como avaliar o impacto da formação realizada, foram actividades onde senti que tomei responsabilidade por ser um facilitador da aprendizagem. Demonstrei também liderança na formulação e implementação de um procedimento para a prática especializada no meu ambiente de trabalho, servindo este como guia orientador para uma prática sustentada na evidência científica.

Com as actividades realizadas durante o estágio foi possível adquirir competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, no que respeita os cuidados da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias, nomeadamente na gestão da dor e do bem-estar do recém-nascido, e ainda, através da utilização de técnicas de enfermagem comuns e complementares, suportadas na evidência.

Em suma, consigo compreender que todas as actividades realizadas ao longo dos estágios foram primordiais para conseguir chegar às conclusões relatadas neste capítulo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro pertence à classe profissional que mais tempo permanece junto do utente e que, na maioria das vezes, melhor conhece e detecta as suas necessidades, assim como, as suas preocupações e inquietudes. Para que esta afirmação seja real, é necessário um empenho e dedicação por parte do enfermeiro. Este empenho frequentemente leva à melhoria dos cuidados de saúde, mas também é verdade que

“a melhoria dos cuidados passa obrigatoriamente pela tomada de consciência de que é necessário continuar a questionar e a aprofundar o como e o porquê dos cuidados de enfermagem e de clarificar o que é o cuidar. A reflexão sobre a nossa forma de estar e ser na profissão é o ponto de partida e de continuidade para se encontrar as soluções apropriadas à evolução desejada. É lógico que para esta reflexão produzir frutos é fundamental que nós enfermeiros, acreditemos na nossa capacidade de mudar coisas.”

(PALMA, 1995, p. 8)

A reflexão da minha prática foi a essência para uma aprendizagem importante. A subvalorização que frequentemente encontramos na prestação de cuidados, muitas vezes devido à falta de tempo e ao excesso de trabalho, é claramente um entrave para uma avaliação e controlo da dor eficaz no recém-nascido. PAULO et al. (2010, p. 72), citando Watson e Foster (2003), também nos alerta “para os problemas que comprometem a qualidade dos cuidados”, referindo que estamos perante “um sistema de saúde onde os cuidados são cada vez mais do tipo *take-away*, orientados por uma tendência tecnológica, de diagnóstico e de tratamento”, mas para que este projecto tenha sucesso, é necessário olhar para o recém-nascido e sua família como um todo holístico.

Iniciei este percurso apresentando a problemática em estudo enquanto justificava a pertinência do tema utilizando documentos emanados por instituições idóneas e altamente reconhecidas, com o intuito de fundamentar de forma sustentada a minha escolha. O enquadramento teórico incidiu sobre a dor no recém-nascido, a filosofia dos cuidados não traumáticos e a aplicabilidade do modelo teórico de enfermagem de Katharine Kolcaba na temática em questão. Serviu como um alicerce preponderante para uma preparação adequada para enfrentar os desafios dos estágios. Foi feita referência aos objectivos, actividades e competências e desenvolver, assim como o cronograma dos estágios. Os estágios conferiram-me a possibilidade de desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria. Serviram ainda, para a aquisição de vivências e recursos importantes para

implementar o projecto de intervenção em enfermagem a que me propus inicialmente – a avaliação e controlo da dor no recém-nascido como medida de promoção do conforto.

Com o desígnio de desenvolver um projecto que colmate em cuidados de saúde de qualidade, pretendo dar continuidade ao aprimoramento de vários aspectos deste projecto. A DGS reforça esta minha preocupação quando refere que “é de toda a conveniência que, periodicamente, (...) promovam sessões de “controlo de qualidade” para revisão de protocolos, sua eficácia e segurança e, eventualmente, produção de recomendações no sentido de melhorar a eficiência dos cuidados, das técnicas e dos fármacos” (DGS, 2001, p. 32).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANAND, K.J.S and the Internacional Evidence-Based Group for Neonatal Pain (2001) – Consensus Statement for the Prevention and Management of Pain in the Newborn. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**. Vol. 155, nº 2 (Fevereiro 2001). 173 – 180.

ARAÚJO, Yana Balduino et al. (2011) – Saberes e Experiências de Adolescentes Hospitalizados com Doença Crônica. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro. Vol. 19, nº 2 (Abril/Junho 2011). 274 – 279.

AZEVEDO, Mário (2009) – **Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares: Sugestões para Estruturação da Escrita**. 7ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora. 200 p. ISBN 978-972-54-0247-4.

BATALHA, Luís Manuel Cunha (2010) – Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. Série III, nº 2 (Dezembro 2010). 73 – 80.

CARBAJAL, Ricardo et al. (1999) – Randomised trial of analgesic effects of sucrose, glucose, and pacifiers in term neonates. **British Medical Journal**. Londres. Vol. 319 (Novembro 1999). 1393 – 1397.

CARBAJAL, Ricardo et al. (2003) – Analgesic effect of breast feeding in term neonates: Randomised controlled trial. **British Medical Journal**. Londres. Vol. 326 (Janeiro 2003). 1 – 5.

Carta da Criança Hospitalizada (1988). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

CHERMONT, Aurimery Gomes et al. (2009) – Skin-to-Skin Contact and/or Oral 25% Dextrose for Procedural Pain Relief for Term Newborn Infants. **Pediatrics**. Illinois: American Academy of Pediatrics. Vol. 124, nº 6 (Dezembro 2009). 1101 – 1107.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2010). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-92-95094-35-2.

CRESCÊNCIO, Erica da Paixão; ZANELATO, Suzana; LEVENTHAL, Lucila Coca (2009) – Assessment and pain relief in newborns [Portuguese]. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, Goiás, Brasil. Vol. 11, nº 1 (2009). 64 – 69.

DECRETO-LEI n.º 111/2009. **Diário da República, 1ª Série**. Nº 180 (16-09-09). Estatutos da Ordem dos Enfermeiros. Capítulo VI – Da Deontologia Profissional. 6547 – 6549.

DECRETO-LEI n.º 161/96. **Diário da República – I Série-A**. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. 205 (04/09/1996). 2959-2962, alterado pelo DECRETO-LEI n.º 104/98. **Diário da República – I Série-A**. 93 (21/04/1998). 1739 – 1757.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR CHILDREN IN HOSPITAL (2009) – **Anotações Carta da Criança Hospitalizada**. 2ª Edição. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Janeiro 2009.

FERNANDES, Ananda (2000) – **Crianças com Dor: O quotidiano do trabalho de dor no hospital**. Coimbra: Quarteto Editora. 271 p. ISBN 972-8535-49-X.

GALLO, Ana Maria (2003) – The Fifth Vital Sign: Implementation of the Neonatal Infant Pain Scale. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**. Filadélfia. ISSN: 1552-6909. Vol. 32, nº 2 (Março – Abril 2003). 199 – 206.

GASPARDO, Cláudia M.; LINHARES, Maria Beatriz M.; MARTINEZ, Francisco E. (2005) – A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre. Vol. 81, nº 6 (2005). 435 – 441.

GUINSBURG, Ruth (1999) – Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre. Vol. 75, nº 3 (1999). 149 – 160.

GRAY, Larry; WATT, Lisa; ELLIOT, M. (2000) – Skin-to-Skin Contact is Analgesic in Healthy Newborns. **Pediatrics**. Illinois: American Academy of Pediatrics. Vol. 105, nº 1 (Janeiro 2000). 1 – 6.

GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM (2010) – **Triagem no Serviço de Urgência – Manual do Formando**. 2ª Edição. Lisboa: DPI Cromotipo. ISBN 978-989-96652-0-0.

HUANG, Chin-Mei et al. (2004) – Comparison of Pain Responses of Premature Infants to the Heelstick between Containment and Swaddling. **Journal of Nursing Research**. Taiwan. Vol. 12, nº 1 (Janeiro 2004). 31 – 39.

KOLCABA, Katharine; KOLCABA, Raymond. (1991) – An Analysis of the Concept of Comfort. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford, Reino Unido. ISSN 0309-2402. Vol. 16, nº 11 (Novembro 1991). 1301 – 1310.

KOLCABA, Katharine (1994) – A Theory of Holistic Comfort for Nursing. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford, Reino Unido. ISSN 0309-2402. Vol. 19, nº 6 (Junho 1994). 1178 – 1184.

KOLCABA, Katharine (1997) – The primary holisms in nursing. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford, Reino Unido. ISSN 0309-2402. Vol. 25, nº 2 (Fevereiro 1997). 290 – 296.

KOLCABA, Katharine (2001) – Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. **Nursing Outlook**. Washington, Distrito de Colúmbia: American Academy of Nursing. ISSN 0029-6554. Vol. 49, nº 2 (Março 2001). 86 – 92.

KOLCABA, Katharine (2003) – **Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research**. Nova York: Springer Publishinhg Company. ISBN 0-8261-1663-7.

KOLCABA, Katharine; DIMARCO, Marguerite A. (2005) – Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. **Pediatric Nursing**. Pitman, Nova Jersey. ISSN 0882-5963. Vol. 31, nº 3 (Maio/Junho 2005). 187 – 194.

LAGO, Paola et al. (2009) – Guidelines for procedural pain in the newborn. **Acta Paediatrica**. Estocolmo. ISSN 0803-5253. Vol. 98, nº 6 (Junho 2009). 932 – 939.

LOWDERMILD, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E. (2006) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-16-1.

MARQUIS, Bessie L.; HUSTON, Carol J. (1999) – **Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e Aplicação**. 2ª Edição. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda. ISBN 85-7307-496-5.

METZGER, Christiane et al. (2002) – **Cuidados de Enfermagem e Dor**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-32-0.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. In: **Divulgar**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (Dezembro de 2001).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. In: **Divulgar**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (Outubro de 2003).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) – **Dor – Guia Orientador de Boa Prática**. Cadernos OE, Série I, nº I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-972-99646-9-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. In: Cadernos Temáticos – **Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (Dezembro de 2009).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (5 de Maio de 2010). 1 – 10.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (20 de Outubro de 2010). 1 – 5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Entrevista ao Adolescente / Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança**. Cadernos OE, Série I, nº 3. Vol. 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-00-4.

PALMA, Ana Paula Zarcos et al. (1995) – O Cuidar Profissional. **Servir**. Lisboa. Vol. 43, nº 1 (Jan/Fev 1995). 4 – 8.

PAULO, M. et al. (2010) – O Lugar do Afecto na Prática de Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. Vol. 14, nº 2 (2º Semestre de 2010). 70 – 81.

PEREIRA, Clara; CALDEIRA, Cristina; VIEIRA, Fátima (2011) – O Enfermeiro e os Procedimentos Invasivos na Unidade de Dor. **Dor®**. Lisboa: Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. ISSN 0872-4814. Vol. 19, nº 4 (2011). 27 – 30.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2001) – **Plano Nacional de Luta contra a Dor**. Lisboa: DGS. 60 p. ISBN 972-9425-95-7.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2003) – **A Dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da intensidade da Dor**. Lisboa: DGS. Circular Normativa nº 9 / DGCG. 14/06/2003. 1 – 4.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2005) – **Carta dos Direitos do Doente Internado**. Lisboa. 15/02/2005. 1 – 12.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2008) – **Programa Nacional de Controlo da Dor**. Lisboa. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD. 18/06/2008. 1 – 16.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2010) – **Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças**. Lisboa. Orientação nº 014 / 2010. 14/12/2010. 1 – 4.

RIVERO, Digna; ERDMANN, Alacoque (2007) – The power of loving humane care in Nursing. **Rev Latino-am Enfermagem**. Brasil. Vol. 15, nº 4 (Julho – Agosto 2007). 618 – 625.

SANTOS, Elvira; FERNANDES, Ananda (2004) – Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. Nº 11 (Março 2004). 59 – 62.

SECÇÃO DE NEONATOLOGIA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (2004) – **Consensos Nacionais em Neonatologia**. Coimbra. 2004.

SILVA, Tiago Pereira; SILVA, Lincoln Justo (2010) – Escalas da Avaliação da dor Utilizadas no Recém-Nascido: Revisão Sistemática. **Acta Médica Portuguesa**. Lisboa. Vol. 23, nº 3 (Abril 2010). 437 – 454.

TADDIO, Anna et al. (2008) – Effectiveness of sucrose analgesia in newborns undergoing painful medical procedures. **Canadian Medical Association Journal**. Ottawa, Canada. Vol. 179, nº 1 (Julho 2008). 37 – 43.

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja (2002) – **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 85-277-0730-6.

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja (2006) – **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém Nascido de Alto Risco**. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

THOMPSON, Debbie G. (2005) – Utilizing an oral sucrose solution to minimize neonatal pain. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**. Denver, Colorado. Vol. 10, nº 1 (January – March 2005). 3 – 10.

TOMEY, Ann M; ALLIGOOD, Martha R. (2004) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra**. 5ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.

UGA, Elena et al. (2008) – Heel lance in newborn during breastfeeding: an evaluation of analgesic effect of this procedure. **Italian Journal of Pediatrics**. Londres. Vol. 34, nº 3 (Novembro 2008). 1 – 5.

VIANA, Dirce Laplaca; DUPAS, Giselle; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves (2006) – A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. **Pediatria**. São Paulo. Vol. 28, nº 4 (Outubro 2006). 251 – 261.

WONG, Donna L. (1999) – **Whaley & Wong. Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1118 p. ISBN 85-277-0506-0.

ANEXOS

ANEXO I

Escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

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

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.

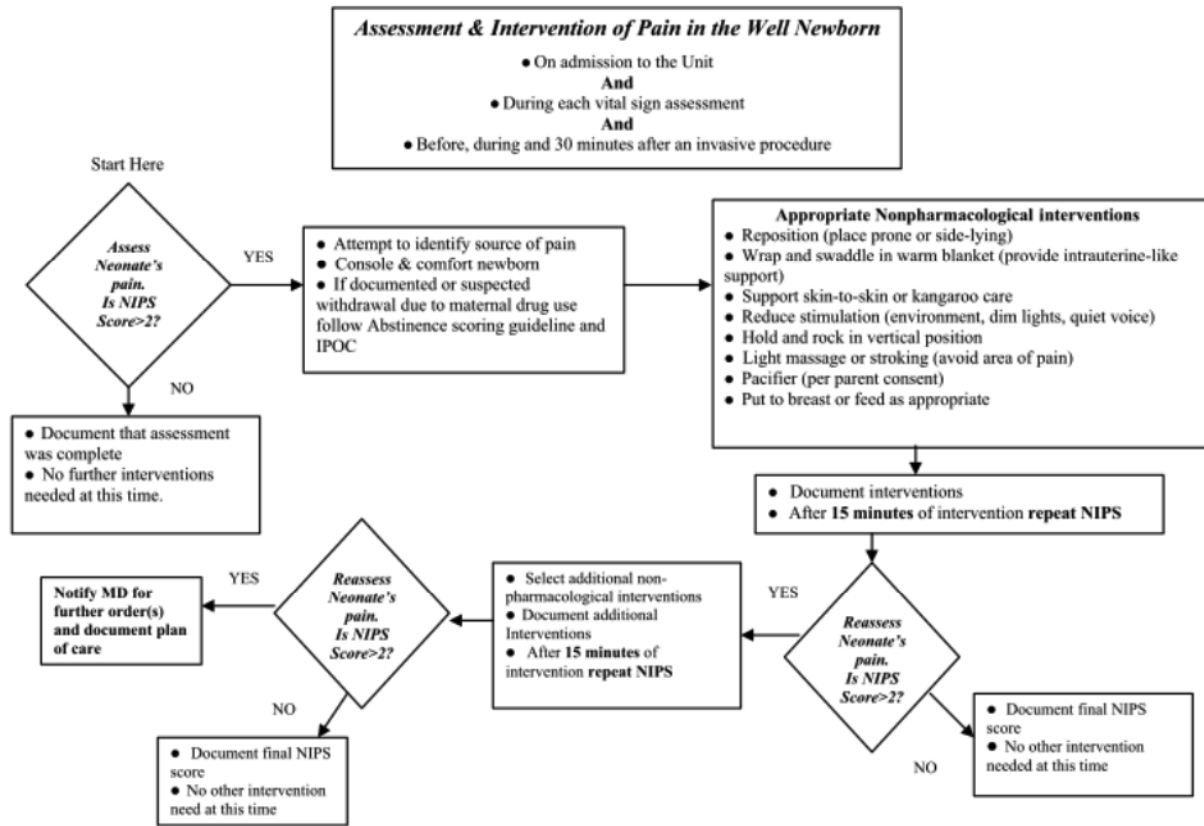
Escala retirada do documento:

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2010) – **Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças**. Lisboa. Orientação nº 014 / 2010. 14/12/2010.

ANEXO II

Algoritmo de avaliação e intervenção na dor do recém-nascido saudável

THE FIFTH VITAL SIGN
The Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)



GALLO, Ana Maria (2003) – The Fifth Vital Sign: Implementation of the Neonatal Infant Pain Scale. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**. Filadélfia. ISSN: 1552-6909. Vol. 32, nº 2 (Março – Abril 2003). 199 – 206.

ANEXO III

Escala N-PASS – Escala Neonatal de Dor, Agitação e Sedação

N-PASS:

ESCALA NEONATAL DE DOR, AGITAÇÃO E SEDACÇÃO

Autoras: Pat Hummel MA, RNC, NNP, PNP, APN/CNP & Mary Puchalski MS, RNC, APN/CNS

Critérios de avaliação	SEDACÇÃO		SEDACÇÃO/DOR	DOR /AGITAÇÃO	
	-2	-1		1	2
Choro/irritabilidade	Não chora com estímulos dolorosos	Geme ou chora um pouco aos estímulos dolorosos	S/ sinais de sedação S/ sinais de dor	Choro ou irritação episódicos Consolável	Choro agudo ou silencioso e contínuo; Inconsolável
Estádio	Não desperta com qualquer estímulo	Desperta minimamente quando estimulado	S/ sinais de sedação S/ sinais de dor	Inquieto, irrequieto, acorda frequentemente e/ou facilmente	Hiperextensão do tronco, pontapés Constantemente desperto ou
Comportamental	Sem movimentos espontâneos	Alguns movimentos espontâneos			Pouco desperto/Imóvel (não estando sedado/curarizado)
Expressão facial	Boca descaída, mandíbula hipotónica Fácies Inexpressivo	Esboço minimamente expressões faciais quando estimulado	S/ sinais de sedação S/ sinais de dor	Expressão facial de dor episódica	Expressão contínua de dor
Tónus/Extremidades	Sem reflexo de preensão Flacidez	Reflexo de preensão fraco Hipotonia	S/ sinais de sedação S/ sinais de dor	Punhos cerrados e/ou flexão ou extensão, episódicos, dos dedos das mãos ou pés Corpo não está tenso	Punhos cerrados ou extensão ou flexão, contínuas dos dedos das mãos ou pés Corpo está tenso
Sinais Vitais FC, FR, TA, Sat. O ₂	Sem variabilidade aos estímulos Hipoventilação ou apneia* (Se não estiver ligado ao ventilador)	< 10 % variabilidade relativamente à linha média, quando estimulado	S/ sinais de sedação S/ sinais de dor	10-20 % de variabilidade relativamente à linha média Sat. O ₂ 76-85% aos estímulos - com recuperação rápida	> 20% variabilidade relativamente à linha média Sat. O ₂ =< 75% aos estímulos - com recuperação lenta Desadaptado do ventilador

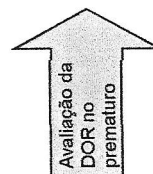
Loyola University Health System, Loyola University Chicago 2009

(Revisão 10/2/2009) Pat Hummel, MA, APN, NNP, PNP

Direitos reservados

Reprodução autorizada pelos autores

Tradução e adaptação do original pelo grupo de trabalho do Projeto *Prevenção, Avaliação e Controlo do stress e da dor no recém nascido prétermo*, termo e lactante nos serviços de internamento e ambulatório da MAC, 2010



+ 1 ponto se < 30 semanas IG / idade corrigida

APÊNDICES

APÊNDICE I

Questões colocadas para auscultação dos enfermeiros do serviço de Urgência de
Ginecologia/Obstetrícia

Questões colocadas para auscultação dos enfermeiros do serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia em Maio 2011

1. É importante a avaliação da dor no recém-nascido? Porquê?
2. Avalia a dor no recém-nascido? Porquê?
3. É necessário implementar a avaliação e controlo da dor no recém-nascido como um cuidado de enfermagem no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia?

APÊNDICE II

Cronograma dos Estágios

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
CRONOGRAMA DOS ESTÁGIOS – 3º Semestre

ANOS		2011												2012												
MESES		OUTUBRO					NOVEMBRO				DEZEMBRO				JANEIRO					FEVEREIRO				MAR		
Locais Estágio	DIAS	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	5		
		7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	2	9		
Urgência Pediátrica												Férias Natal										Elaboração e Apresentação do Relatório				
Serviço de Pediatria																										
Unidade de Cuidados Intensivos / Especiais Neonatais																										
Unidade de Saúde Familiar																										
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais																										
Urgência Ginecologia / Obstetrícia																										

APÊNDICE III

Questões colocadas à Enfermeira Chefe e à Enfermeira de Referência do Estágio no
serviço de Urgência Pediátrica

Questões colocadas à Enfermeira Chefe e à Enfermeira de Referência do Estágio no serviço de Urgência Pediátrica

1. Como implementou a avaliação e controlo da dor no serviço de Urgência Pediátrica?
2. Quais as principais dificuldades sentidas neste processo?
3. Quais foram as estratégias utilizadas para superar as dificuldades sentidas?
4. Sente que a avaliação e controlo da dor na criança traduz ganhos para o utente? Em que medida?
5. Quais as escalas que utiliza na avaliação da dor?
6. Com que periodicidade avalia a dor na criança?
7. Quais as medidas de controlo da dor utilizadas no serviço de Urgência Pediátrica?
8. A dor é valorizada pela equipa de enfermagem como 5º sinal vital? Se não, porquê?

APÊNDICE IV

Grelha de Observação de medidas não-farmacológicas para o alívio da dor no recém-nascido

Grelha de Observação de medidas não-farmacológicas para o alívio da dor no recém-nascido

Medida não-farmacológica	Frequência de utilização
Mudança de decúbito	
Massagem de conforto e/ou local	
Sucção não nutritiva	
Banho de imersão	
Oferecer conforto	
Oferecer colo (próprio ou materno/paterno)	
Calor local	
Musicoterapia	
Método Canguru – contacto pele-a-pele	
Toque terapêutico	
Diminuição da luminosidade local	
Conversar de forma suave	
Contenção	
Posicionamento fetal - membros superiores flectidos junto do tórax e os membros inferiores também flectidos e depois enrolado	
Utilização de sacarose/glucose	
Amamentação	

APÊNDICE V

Sessão de formação realizada à equipa de enfermagem do serviço de Urgência de
Ginecologia/Obstetrícia

Avaliação e controlo da dor no recém-nascido **como medida de promoção do conforto**

Implementação de um Projecto de Intervenção de Enfermagem

Kathy de Jesus Sebastião e Silva

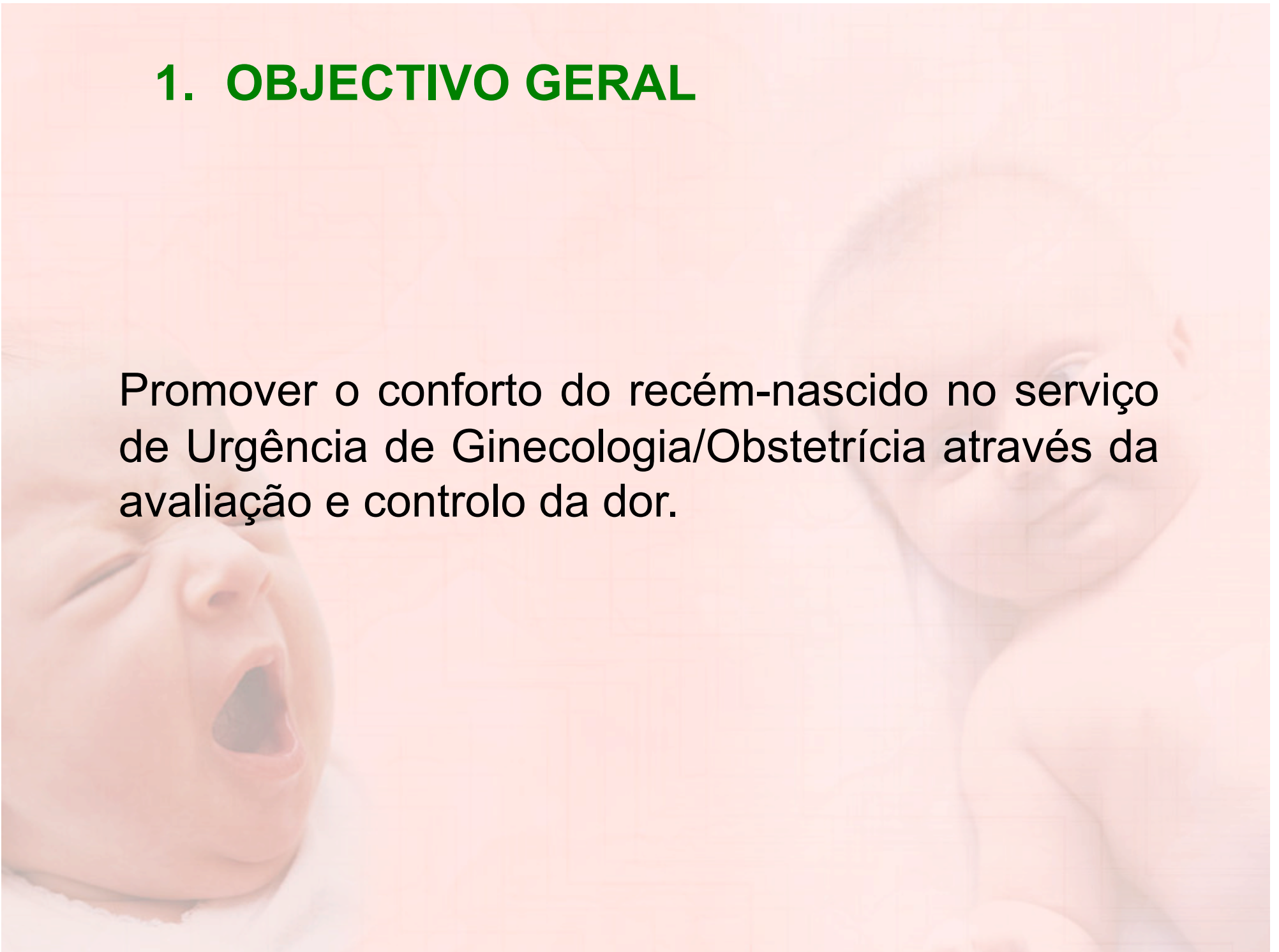
Lisboa
2012

SUMÁRIO

1. Objectivo Geral
2. Objectivos Específicos
3. Caracterização do problema
4. Auscultação da opinião dos enfermeiros generalistas do serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia
5. Contextualização e Fundamentação do tema
6. Manifestações Comportamentais e Fisiológicas da dor no recém-nascido
7. Escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)
8. Medidas de prevenção da dor no recém-nascido
9. Medidas não farmacológicas para o alívio da dor
10. Orientações gerais para a prevenção e controlo da dor no recém-nascido
11. Referências Bibliográficas

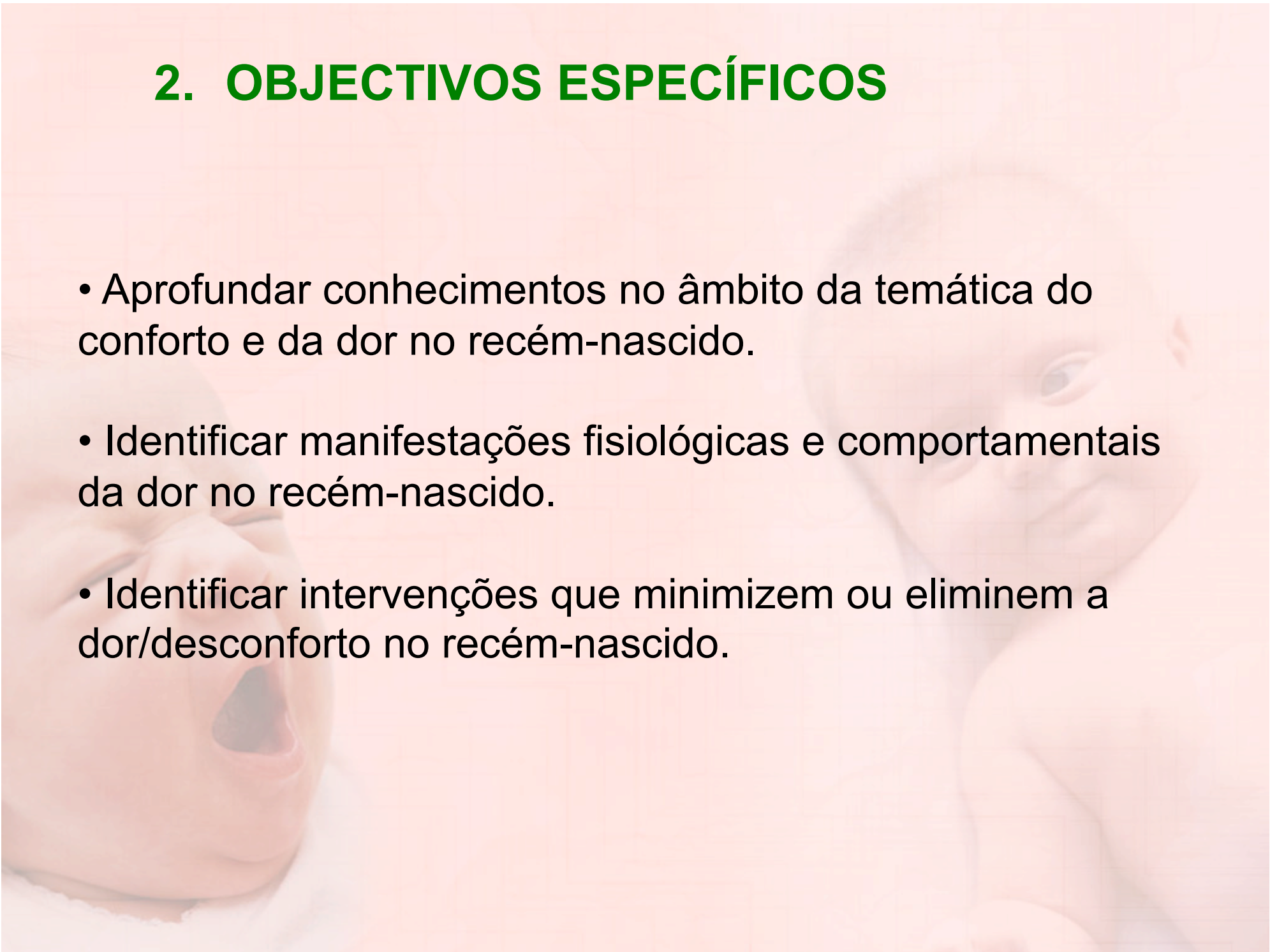
1. OBJECTIVO GERAL

Promover o conforto do recém-nascido no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia através da avaliação e controlo da dor.



2. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Aprofundar conhecimentos no âmbito da temática do conforto e da dor no recém-nascido.
- Identificar manifestações fisiológicas e comportamentais da dor no recém-nascido.
- Identificar intervenções que minimizem ou eliminem a dor/desconforto no recém-nascido.



2. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Mobilizar a equipa para a avaliação e controlo da dor no recém-nascido.
- Actuar ao nível de algumas políticas organizacionais para a efectividade do controlo da dor.
- Implementar a avaliação da dor no recém-nascido, através da aplicação da escala NIPS, no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia.

3. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

Partos distócicos e/ou traumáticos

Distócia de ombros, bossas e cefalohematomas

**SITUAÇÕES COM
POTENCIAL DE DOR/
DESCONFORTO**

Ferimentos e lesões, incluindo fractura da clavícula

Procedimentos dolorosos
- colheita de sangue, avaliação de glicemia capilar, administração terapêutica intramuscular, etc

3. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

- Wong (1999, p. 196) também nos diz que “podem ocorrer vários tipos de traumas de tecidos moles durante o processo do nascimento na forma de equimoses e/ou escoriações secundariamente à distócia.”



- Carência de uma política de cuidados de enfermagem que engloba a avaliação da dor para a promoção do conforto do recém-nascido no serviço de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia

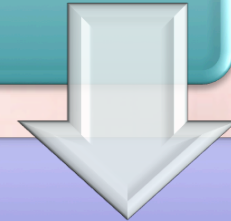
3. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

“um compromisso de equipa na abordagem da dor é fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento (...). Estratégias de educação, formação e ensino de todos os intervenientes são essenciais para o desenvolvimento de boas práticas nos diversos contextos de intervenção profissional.”

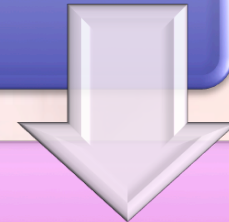
(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008, p. 11)

3. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

Situações onde o recém-nascido não consegue ser consolado



Choro contínuo do recém-nascido



Pais mais ansiosos e com sentimentos de insegurança e incapacitação perante os cuidados a prestar ao recém-nascido

4. AUSCULTAÇÃO AOS ENFERMEIROS GENERALISTAS

Data

- Maio de 2011

Amostra

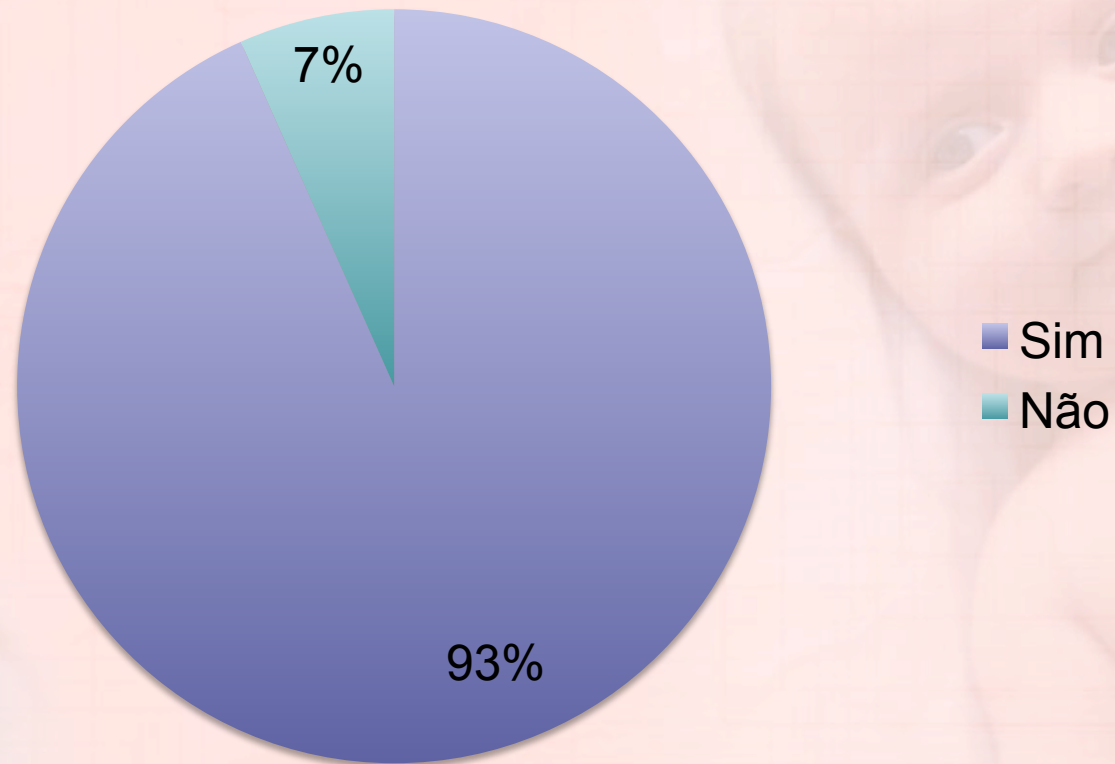
- Todos os enfermeiros generalistas do serviço
- 15 elementos no total

Questões

- É importante a avaliação da dor no recém-nascido? Porquê?
- Avalia a dor no recém-nascido? Porquê?
- É necessário implementar a avaliação e controlo da dor no recém-nascido como cuidado de enfermagem no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia?

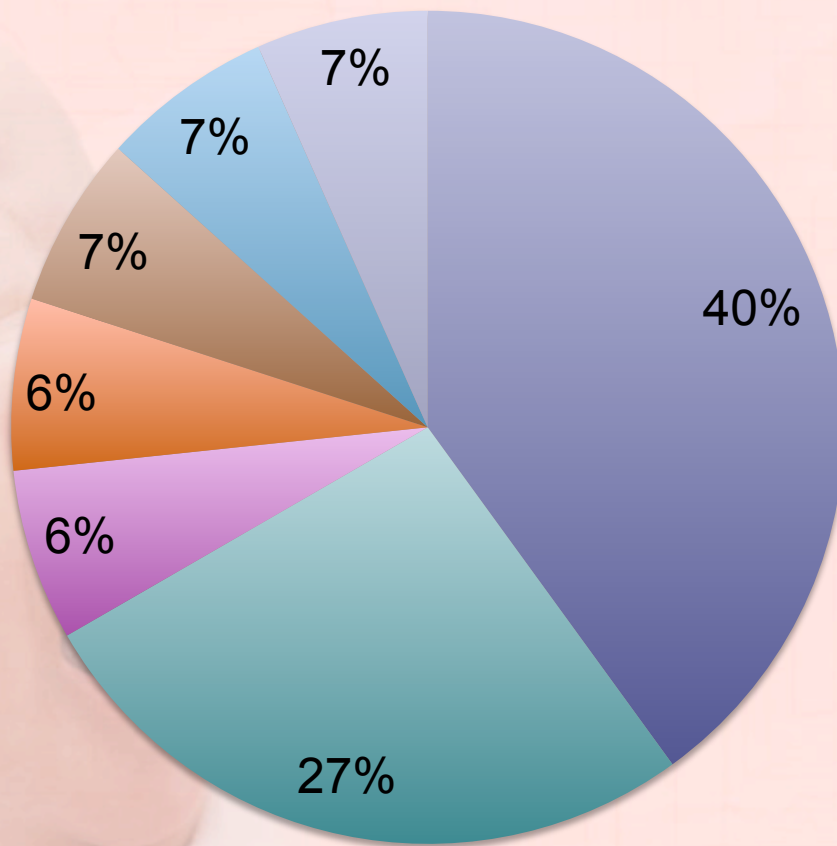
4. AUSCULTAÇÃO AOS ENFERMEIROS GENERALISTAS

É importante a avaliação da dor no recém-nascido?



4. AUSCULTAÇÃO AOS ENFERMEIROS GENERALISTAS

Porquê?



■ A dor é o 5º sinal vital

■ O recém-nascido sente dor

■ Ocorrem partos traumáticos que leva a que os recém-nascidos fiquem mais agitados, irritados e queixosos

■ Para promover o conforto do recém-nascido

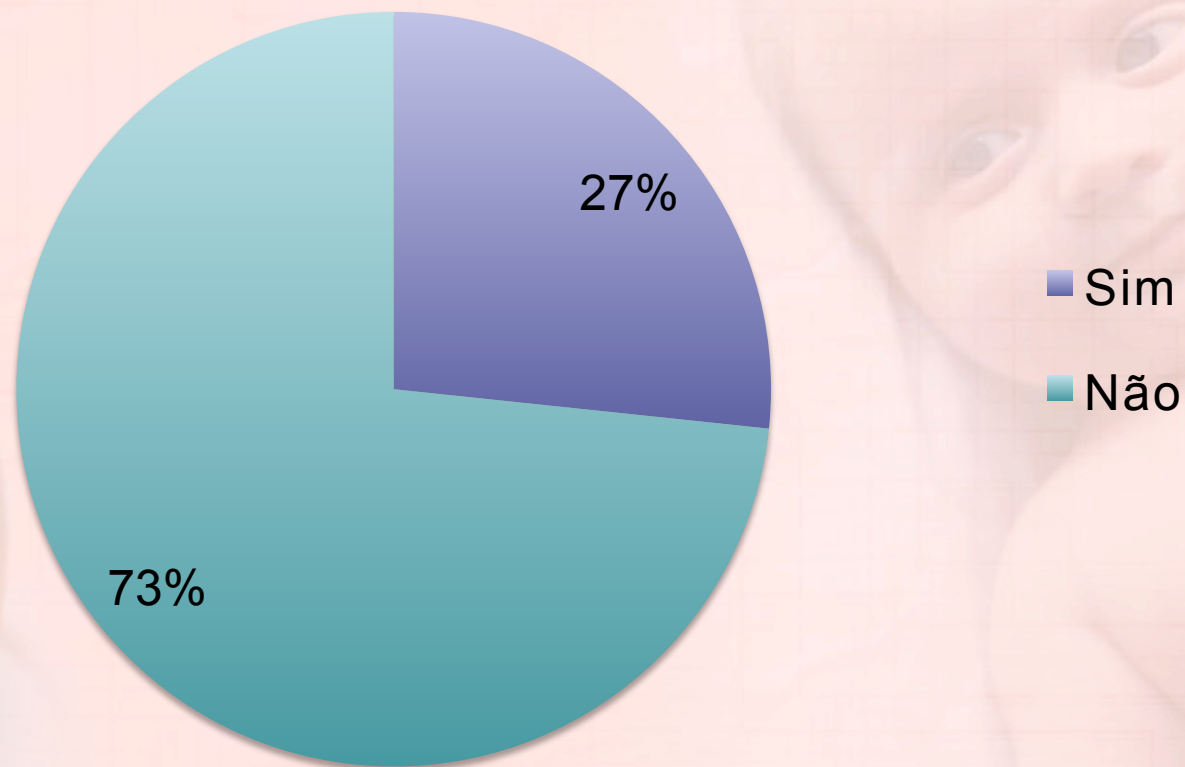
■ Para adequar intervenções

■ Para administrar analgésicos

■ Porque muitas vezes os recém-nascidos não mamam e só choram

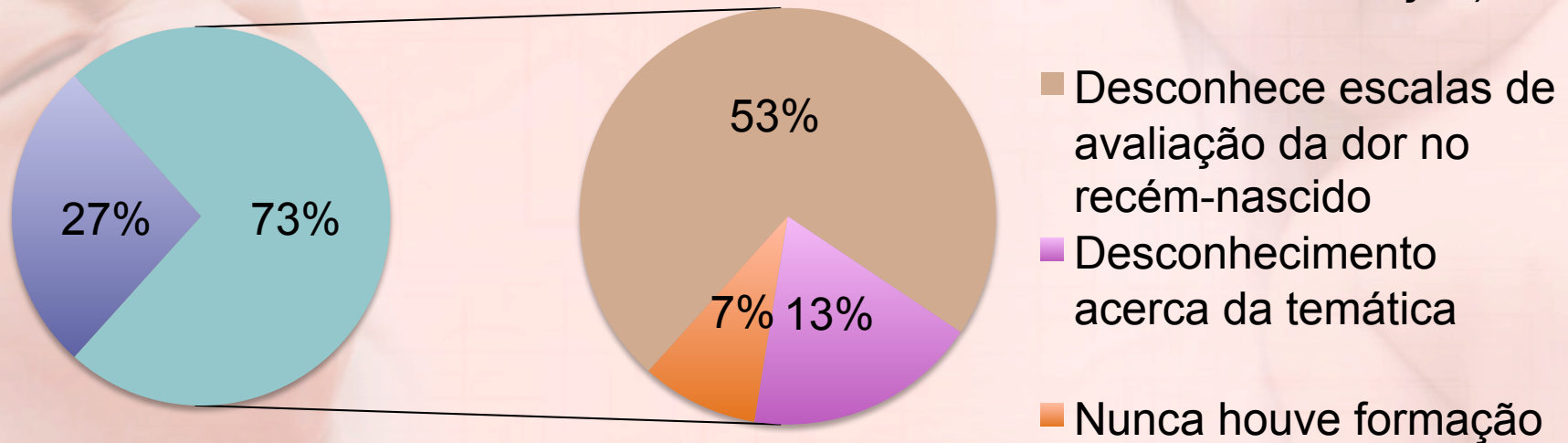
4. AUSCULTAÇÃO AOS ENFERMEIROS GENERALISTAS

Avalia a dor no recém-nascido?



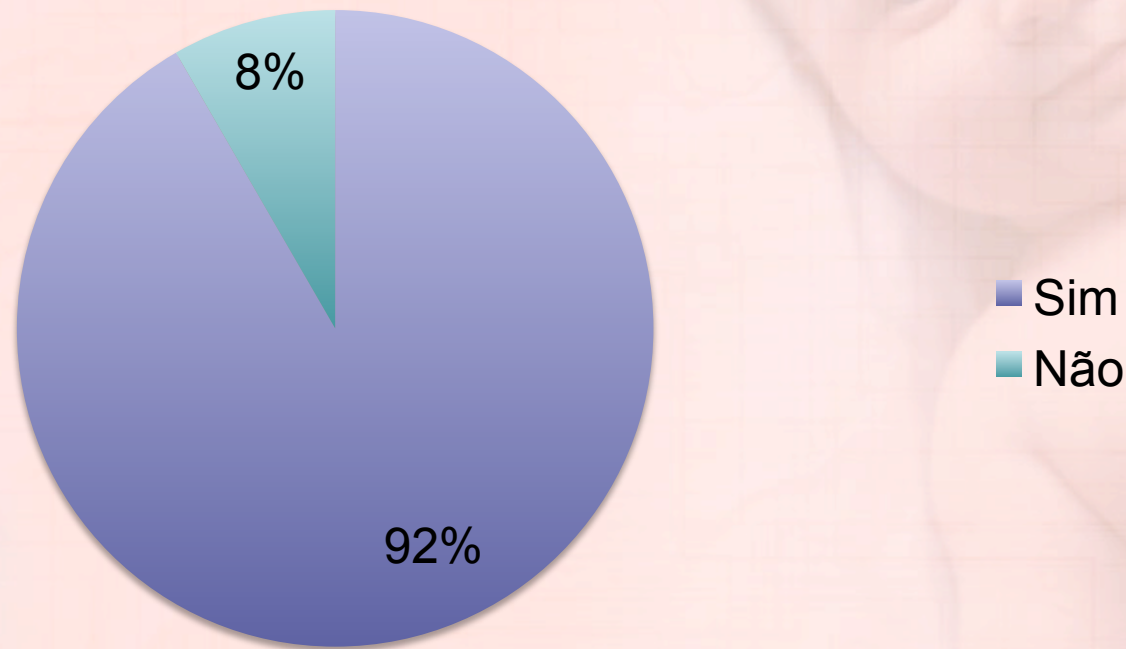
4. AUSCULTAÇÃO AOS ENFERMEIROS GENERALISTAS

**Avalia a dor no recém-nascido?
Se não, porquê?**



4. AUSCULTAÇÃO AOS ENFERMEIROS GENERALISTAS

É necessário implementar a avaliação e controle da dor no recém-nascido como cuidado de enfermagem no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia?

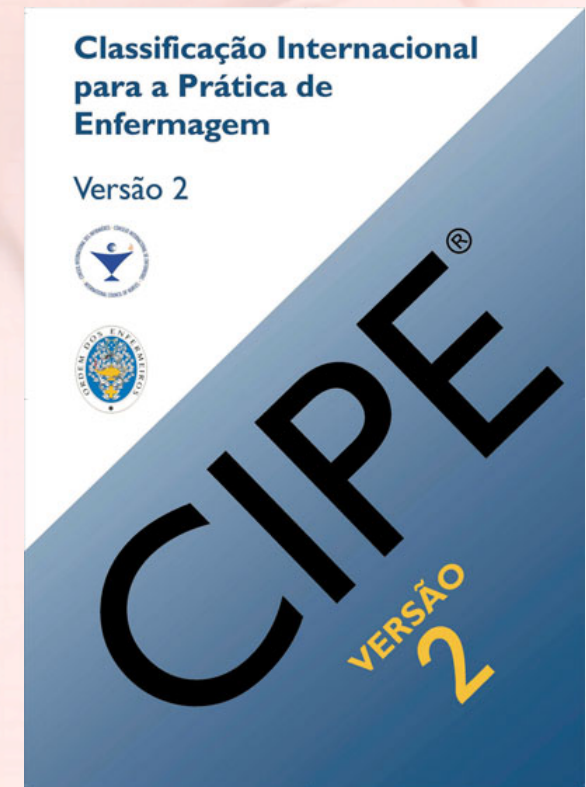


5. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA

DOR:

“Percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite.”

(CIPE®, versão 2, 2010)



5. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA

Sendo a dor o 5º sinal vital, necessita de uma avaliação sistemática. “O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito do utente e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde”

(DGS, Circular Normativa nº 9, 2003, p.1)

Nem sempre valorizada no passado, “o controlo da dor deve, ser encarado, como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde.”

(DGS, Circular Normativa nº 11, 2008, p. 2)



5. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA

CARTA DOS DIREITOS DO DOENTE INTERNADO

“todo o doente internado tem direito ao tratamento da dor. Os conhecimentos científicos permitem, hoje, dar uma resposta, quase na totalidade, às dores crónicas ou agudas, quer sejam sentidas por crianças, adultos ou idosos”

(DGS, 2005, p.5)



5. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA

DGS em 2010 (Orientação nº 14) → Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças

- ✓ Avaliação deve ser feita de forma sistemática, pelo menos, uma vez por turno
- ✓ A escala mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo é a escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

5. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA

“No âmbito das suas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o auto-cuidado.”

(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p.11)

“A negação ou a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional. (...) a dor pode e deve ser avaliada, atenuada, mitigado.”

(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008, p. 7)



5. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA

CUIDADO ATRAUMÁTICO - Filosofia:

“Cuidado atraumático é a provisão de cuidados terapêuticos nos serviços, pelo pessoal, e dirige-se ao uso de intervenções que eliminam ou minimizam o desconforto psicológico e físico experimentado pelas crianças e seus familiares.”

(WONG, 1999, p.10)

5. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA

Intervenções dolorosas afectam também o desenvolvimento neurológico da criança.

(Tamez e Silva, 2002)

“os efeitos da dor são sempre nefastos para o recém-nascido do ponto de vista do comportamento, metabolismo e fisiologia.”

(Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004, p. 46)

5. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO TEMA

A dor não tratada tem consequências a longo prazo e as crianças que têm dor, guardam memória da dor.

(DGS, 2010)

“As experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal parecem exercer influência sobre as experiências posteriores de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer no que respeita à forma de lidar com o stress.”

(DGS, 2010, p. 3)

6. MANIFESTAÇÕES FISIOLÓGICAS E COMPORTAMENTAIS DA DOR

■ RESPOSTAS FISIOLÓGICAS

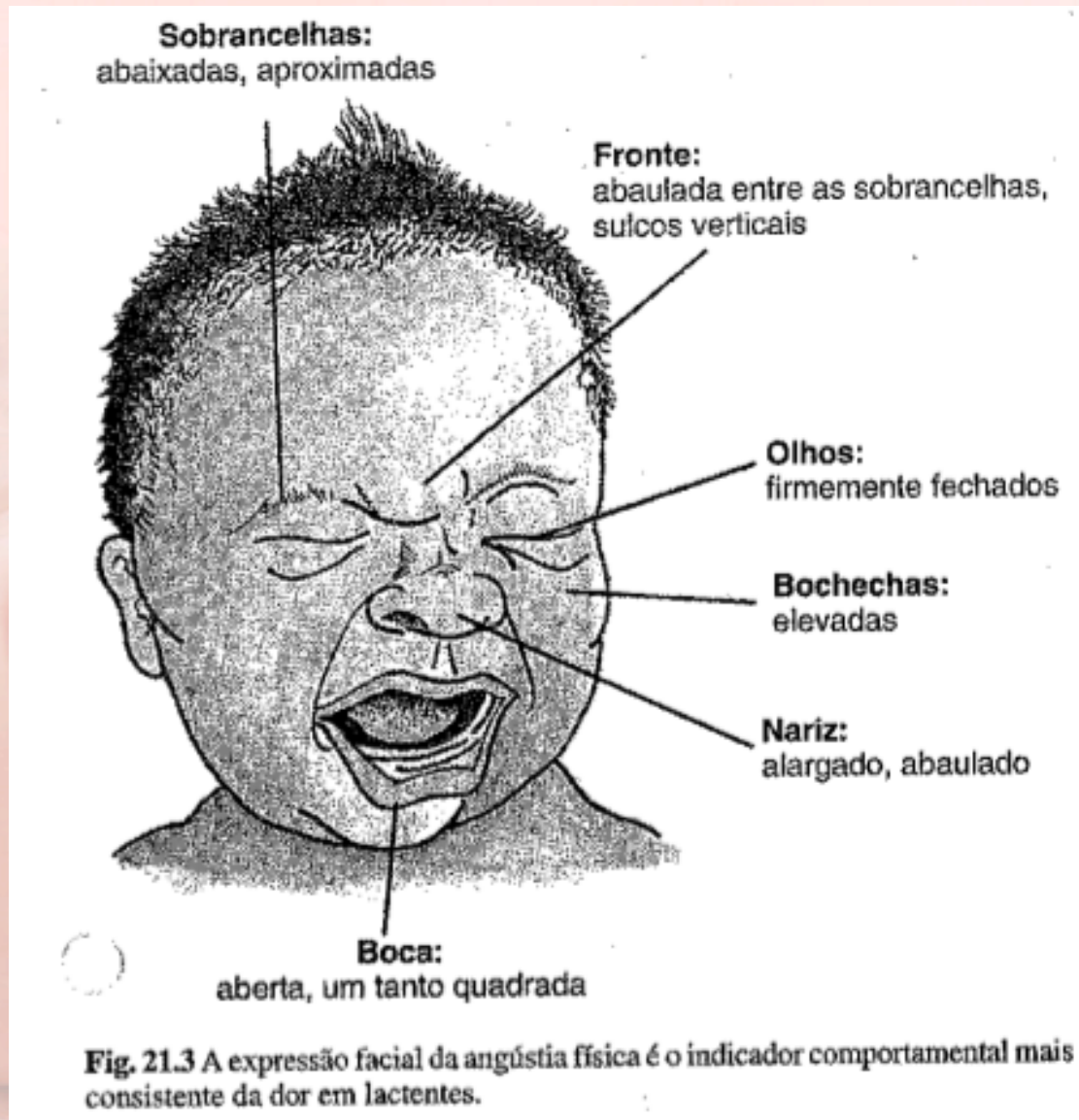
- Taquicardia
- Hipertensão arterial
- Respirações rápidas e profundas
- Diminuição da saturação
- Palidez ou rubor da pele
- Sudorese palmar
- Aumento do tônus muscular
- Pupilas dilatadas
- Diminuição do tônus vagal
- Aumento da pressão intracraniana
- Evidências laboratoriais de alterações metabólicas ou endócrinas

■ RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS

- Choro
- Expressão facial de angústia
- Afastamento dos membros
- Batimento dos braços
- Resposta generalizada de rigidez ou agitação
- Punho cerrado
- Alteração nos ciclos de vigília/sono
- Alteração no comportamento frente à alimentação
- Alterações no nível de actividade
- Irritabilidade
- Desinteresse

(Wong, 1999)

6. MANIFESTAÇÕES FISIOLÓGICAS E COMPORTAMENTAIS DA DOR



(Wong, 1999, p. 548)

7. NEONATAL INFANT PAIN SCALE – ESCALA NIPS

NIPS
(Neonatal Infant Pain Scale)

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

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.

Escala retirada do documento:

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2010) – **Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças**. Lisboa. Orientação nº 014/2010. 14/12/2010.

7. NEONATAL INFANT PAIN SCALE – ESCALA NIPS

Indicada para:

- Recém-nascidos prematuros a partir das 24 semanas de gestação
- Recém-nascidos e lactentes até às 6 semanas de vida

Quando?

- Na admissão do recém-nascido no recobro e seguindo-se avaliações mínimas uma vez por turno
- Antes, durante e após intervenções potencialmente causadoras de dor
- Aquando a avaliação de sinais vitais a um recém-nascido

(Gallo, 2003)

Interpretação do Score:

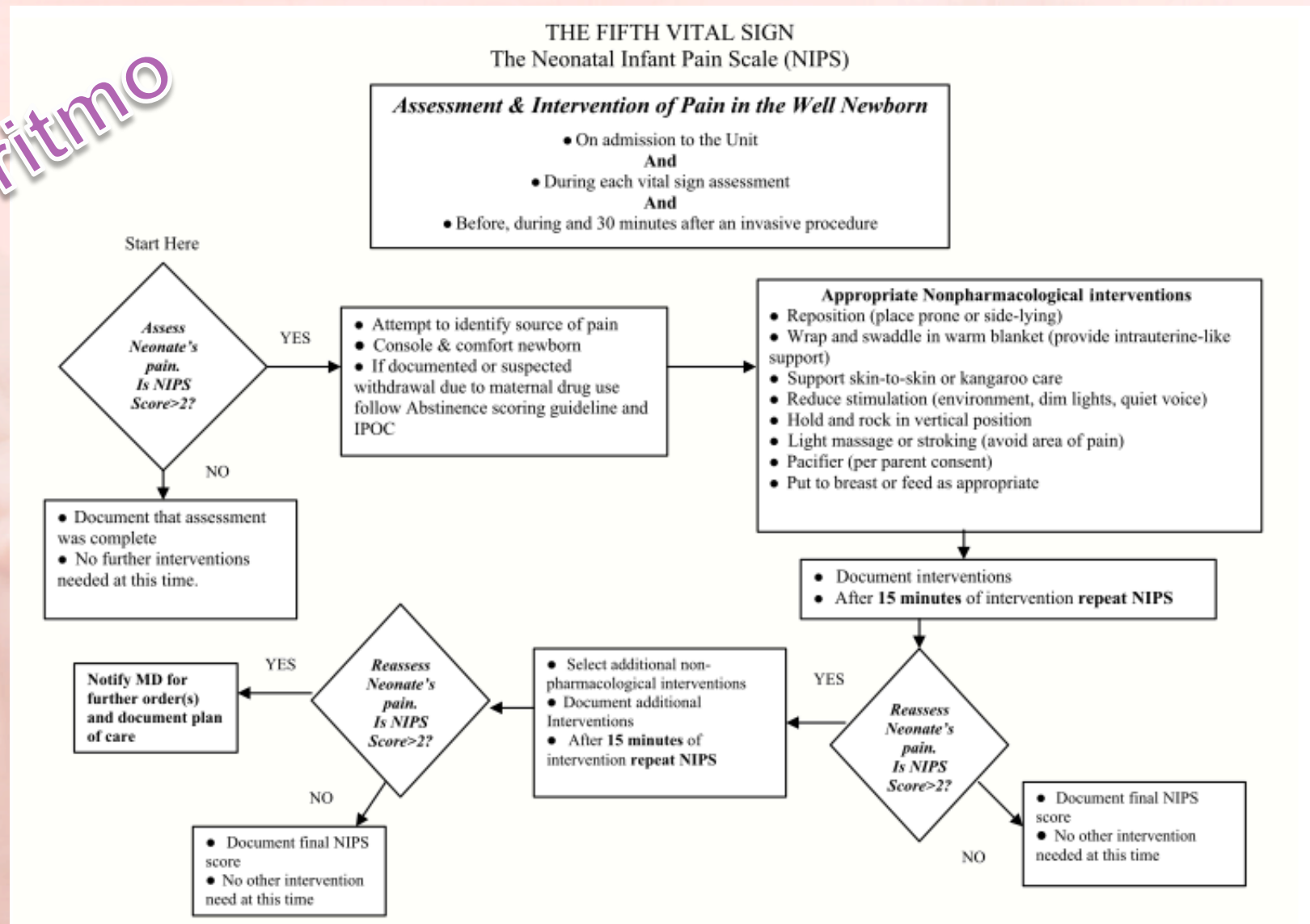
- Dor quando score obtido é igual ou superior a 3

Onde registar? O que registar?

- Espaço próprio criado para o efeito.
Soarian → Processo do recém-nascido → Vigilância do recém-nascido
- Registrar intervenção efectuada e efeito da mesma

7. NEONATAL INFANT PAIN SCALE – ESCALA NIPS

Algoritmo



GALLO, Ana Maria (2003) – The Fifth Vital Sign: Implementation of the Neonatal Infant Pain Scale. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**. Filadélfia. ISSN: 1552-6909. Vol. 32, nº 2 (Março – Abril 2003). 199 – 206.

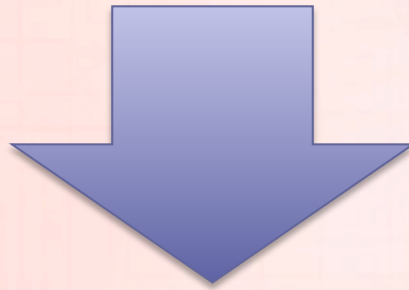
8. MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO



(Guinsburg, 1999)

9. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO

Medidas não farmacológicas e de conforto são importantes cuidados de enfermagem que não devem ser descurados e por vezes são suficientes para o bem-estar do recém-nascido



CUIDADOS HUMANIZADOS

9. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO

Carbajal et al (1999)

- Chupeta durante a realização de procedimentos

Gray et al (2001)

- Resultados positivos promovendo contacto pele-a-pele durante 10 a 15 minutos antes do procedimento doloroso

Carbajal et al (2003)

- A amamentação durante o procedimento doloroso tem-se mostrado eficaz na redução ou eliminação da dor no recém-nascido
- Medidas não farmacológicas são as mais indicadas para o tratamento da dor durante procedimentos de curta duração ou repetidos (ex. Punção do calcanhar)

9. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO

Huang et al
(2004)

- Contenção (colocação do bebé em posição fetal, com os membros superiores flectidos junto do tórax e os membros inferiores também flectidos e depois enrolado)

Thompson
(2005)

- Sacarose – libertação de endomorfina

Gaspardo,
Linhares e
Martinez
(2005)

- Eficácia da Sacarose na punção, capilar ou venosa
- Administrada 2 minutos antes do procedimento e na zona anterior da língua

9. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO

Taddio
(2008)

- Não administrar sacarose a RN's filhos de mães diabéticas (avaliação da glicemia capilar alterada)

Uga et al
(2008)

- Reforça o efeito analgésico da amamentação, iniciada 2 minutos prévio ao procedimento

9. MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO

Chermont et al
(2009)

- Sacarose em concomitância com o contacto pele-a-pele durante 2 minutos prévio ao procedimento doloroso

Crescênio,
Zanelato e
Leventhal (2009)

- Mudança de decúbito, massagem local, sucção não nutritiva, banho de imersão, oferecer conforto, oferecer colo (próprio ou materno), calor local, musicoterapia, método canguru para a promoção de contacto pele-a-pele, toque terapêutico, diminuição da luminosidade local e conversar de forma suave com o recém-nascido

10. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO

Lago et al (2009)

- Aplicar medidas de conforto ambientais, comportamentais e não farmacológicas
- Medidas farmacológicas em combinação com as medidas antes referidas, poderão ter um efeito sinérgico no alívio e prevenção da dor
- O estágio de alerta do recém-nascido é recomendado nos procedimentos
- Se possível, não se deve interromper o sono do recém-nascido
- Afastar os procedimentos dolorosos das horas das mamadas e de outros procedimentos invasivos para promover a recuperação para um estágio equilibrado
- Realizar os procedimentos num ambiente calmo, reduzindo a luz e o ruído
- Envolver o recém-nascido em flanelas/lençóis aquecidas e promover a presença de um dos pais durante e após o procedimento
- Monitorizar a dor e o stress ao longo de medidas invasivas com a aplicação de escalas específicas para a avaliação da dor no recém-nascido
- Não realizar outros procedimentos invasivos pelo menos nas duas horas seguintes

11.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARBAJAL, Ricardo et al (1999) – Randomised trial of analgesic effects of sucrose, glucose, and pacifiers in term neonates. **British Medical Journal**. Londres. Vol. 319 (Novembro 1999). 1393 – 1397.

CARBAJAL, Ricardo et al (2003) – Analgesic effect of breast feeding in term neonates: Randomised controlled trial. **British Medical Journal**. Londres. Vol. 326 (Janeiro 2003). 1 – 5.

CHERMONT, Aurimery Gomes et al (2009) – Skin-to-Skin Contact and/or Oral 25% Dextrose for Procedural Pain Relief for Term Newborn Infants. **Pediatrics**. Illinois: American Academy of Pediatrics. Vol. 124, nº 6 (Dezembro 2009). 1101 – 1107.

CRESCÊNIO, Erica da Paixão; ZANELATO, Suzana; LEVENTHAL, Lucíla Coca (2009) – Assessment and pain relief in newborns (Portuguese). **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, Goiás, Brasil. Vol. 11, nº 1 (2009). 64 – 69.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2010) – **Classificação Internacional para a Prática de enfermagem**. Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

GALLO, Ana Maria (2003) – The Fifth Vital Sign: Implementation of the Neonatal Infant Pain Scale. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**. Filadélfia. ISSN: 1552-6909. Vol. 32, nº 2 (Março – Abril 2003). 199 – 206.

GASPARDO, Cláudia M.; LINHARES, Maria Beatriz M.; MARTINEZ, Francisco E. (2005) – A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre. Vol. 81, nº 6 (2005). 435 – 441.

11.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GRAY, Larry; WATT, Lisa; ELLIOT, M. (2000) – Skin-to-Skin Contact is Analgesic in Healthy Newborns. **Pediatrics**. Illinois: American Academy of Pediatrics. Vol. 105, nº 1 (Janeiro 2000). 1 – 6.

GUINSBURG, Ruth (1999) – Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre. Vol. 75, nº 3 (1999). 149 – 160.

LAGO, Paola et al (2009) – Guidelines for procedural pain in the newborn. **Acta Paediatrica**. Estocolmo. ISSN 0803-5253. Vol. 98, nº 6 (Junho 2009). 932 – 939.

HUANG, Chin-Mei; TUNG, Wan-Shu; KUO, Li-Lin; CHANG, Ying-Ju (2004) – Comparison of Pain Responses of Premature Infants to the Heelstick between Containment and Swaddling. **Journal of Nursing Research**. Taiwan. Vol. 12, nº 1 (Janeiro 2004). 31 – 39.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. In: **Divulgar**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (Dezembro de 2001).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) – **Dor – Guia Orientador de Boa Prática**. Cadernos OE, Série I, nº I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-972-99646-9-5.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2003) – **A Dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da intensidade da Dor**. Lisboa. Circular Normativa nº 9 /DGCG. 14/06/2003. 1 – 4.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2005) – **Carta dos Direitos do Doente Internado**. Lisboa. 15/02/2005. 1 – 12.

11.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2008) – **Programa Nacional de Controlo da Dor**. Lisboa. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD. 18/06/2008. 1 – 16.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2010) – **Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças**. Lisboa. Orientação nº 014 / 2010. 14/12/2010. 1 – 4.

SECÇÃO DE NEONATOLOGIA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (2004) – **Consensos Nacionais em Neonatologia**. Coimbra. 2004.

TADDIO, Anna et al (2008) – Effectiveness of sucrose analgesia in newborns undergoing painful medical procedures. **Canadian Medical Association Journal**. Ottawa, Canada. Vol. 179, nº 1 (Julho 2008). 37 – 43.

TAMEZ, Raque. Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja (2002) – **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 85-277-0730-6.

THOMPSON, Debbie G. (2005) - Utilizing an oral sucrose solution to minimize neonatal pain. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**. Denver, Colorado. Vol. 10, nº 1 (January – March 2005). 3 – 10.

UGA, Elena et al (2008) – Heel lance in newborn during breastfeeding: an evaluation of analgesic effect of this procedure. **Italian Journal of Pediatrics**. Londres. Vol. 34, nº 3 (Novembro 2008). 1 – 5.

WONG, Donna L. (1999) – **Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 85-277-0505-0.

APÊNDICE VI

Procedimento – “Avaliação e Controle da Dor no Recém-Nascido no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia”

	Tipo de Documento: Política – PO ☐ Procedimento – PR ☒ Protocolo – PT ☐ Instrução de Trabalho – IT ☐	☐ ☒ ☐ ☐	Aplicação: Transversal ☐ Departamental ☒ Específico ☐	☐ ☒ ☐	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Avaliação e Controlo da Dor no Recém-Nascido no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia				Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Departamento da Mulher e da Criança				ABCDE	0000	00

1. Objectivo

- Uniformizar a actuação dos enfermeiros relativos à avaliação e controlo da dor no recém-nascido internado no Serviço de Urgência Ginecologia/Obstetrícia.
- Promover o conforto do recém-nascido.

2. Âmbito

- Enfermeiros do Departamento da Mulher e da Criança.

3. Definições e Siglas

Siglas

RN – Recém-nascido

NIPS – Neonatal Infant Pain Scale

SNN – Sucção não nutritiva

4. Descrição

4.1. Pontos Importantes

- 4.1.1.** A avaliação da dor deve ser realizada no momento da admissão do recém-nascido ao recobro e sempre antes, durante e depois da realização de um procedimento doloroso.
- 4.1.2.** A NIPS baseia-se nas alterações comportamentais, e é utilizada para avaliar a dor em recém-nascidos até aos 28 dias de vida. Esta escala dever ser utilizada antes, durante e após qualquer procedimento doloroso.
- 4.1.3.** A pontuação obtida em cada avaliação é um número positivo entre zero e sete.

Elaborado ☒ Revisto ☐		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
17/01/2012	Kathy Silva/Enfermeira	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	01/2015	1 de 1

	Tipo de Documento: Política – PO ☐ Procedimento – PR ☒ Protocolo – PT ☐ Instrução de Trabalho – IT ☐	☐ ☒ ☐ ☐	Aplicação: Transversal ☐ Departamental ☒ Específico ☐	☐ ☒ ☐	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Avaliação e Controlo da Dor no Recém-Nascido no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia				Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Departamento da Mulher e da Criança				ABCDE	0000	00

4.1.4. *Os cuidados de enfermagem devem ser planeados tendo como objectivo uma pontuação inferior a três. Prevêem-se intervenções farmacológicas quando as medidas não farmacológicas são insuficientes para manter uma pontuação inferior a três.*

4.1.5. *Nos registos de enfermagem devem estar presentes as medidas de alívio para a dor utilizadas e a sua eficácia para a sua futura aplicação.*

4.1.6. *Em cada procedimento dever-se-ão aplicar medidas de conforto ambientais, comportamentais e não farmacológicas (p. ex.: uso da chucha combinado com a sacarose oral, a amamentação, a contenção).*

4.1.7. *Nos procedimentos planeados, dever-se-á obter previamente, um estágio de vigília.*

4.1.8. *Se possível, não se deve interromper o sono do RN.*

4.1.9. *O procedimento dever-se-á realizar num ambiente calmo, reduzindo-se a luz e o ruído o máximo possível;*

4.1.10. *Durante o procedimento, deve-se envolver o RN em flanelas aquecidas e promover a presença de um dos pais durante a após o procedimento;*

4.1.11. *Não realizar outros procedimentos invasivos pelo menos nas 2 horas seguintes;*

4.1.12. *Existe uma grande variedade de medidas de alívio e prevenção da dor que têm demonstrado grande eficácia, enumeram-se algumas (AAP & CPS, 2006):*

- *Sacarose oral;*
- *Amamentação;*
- *Sucção não-nutritiva (SNN);*
- *Método canguru, promovendo o contacto pele-a-pele;*
- *Embalar e colo;*

Elaborado ☒ Revisto ☐		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
17/01/2012	Kathy Silva/Enfermeira	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	01/2015	2 de 2

	Tipo de Documento: Política – PO ☐ Procedimento – PR ☒ Protocolo – PT ☐ Instrução de Trabalho – IT ☐	☐ ☒ ☐ ☐	Aplicação: Transversal ☐ Departamental ☒ Específico ☐	☐ ☒ ☐	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Avaliação e Controlo da Dor no Recém-Nascido no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia				Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Departamento da Mulher e da Criança				ABCDE	0000	00

- *Odores familiares;*
- *Medidas ambientais: presença dos pais, redução do ruído, protecção da luz intensa, promoção de ciclos dia/noite;*
- *Medidas comportamentais: monitorização não invasiva, posição confortável (flectida e utilizando um ninho), suporte postural, manipulação mínima e movimentos suaves, aglutinação de cuidados, minimização de colheitas de sangue e de procedimentos invasivos, aspiração endotraqueal apenas se necessário, uso de analgesia adequada antes de procedimentos invasivos.*

4.1.13. *Existe ainda as seguintes medidas não-farmacológicas para o alívio da dor que também podem ser eficazes e descritas por diversos autores:*

- *Mudança de decúbito;*
- *Massagem de conforto e/ou local;*
- *Banho de imersão;*
- *Calor local;*
- *Musicoterapia;*
- *Toque terapêutico;*
- *Conversar de forma suave;*
- *Contenção.*

4.2. Sequência Lógica dos Procedimentos

4.2.1. *A avaliação da dor deve ser realizada no momento da admissão do recém-nascido no recobro e seguindo-se avaliações mínimas uma vez por turno.*

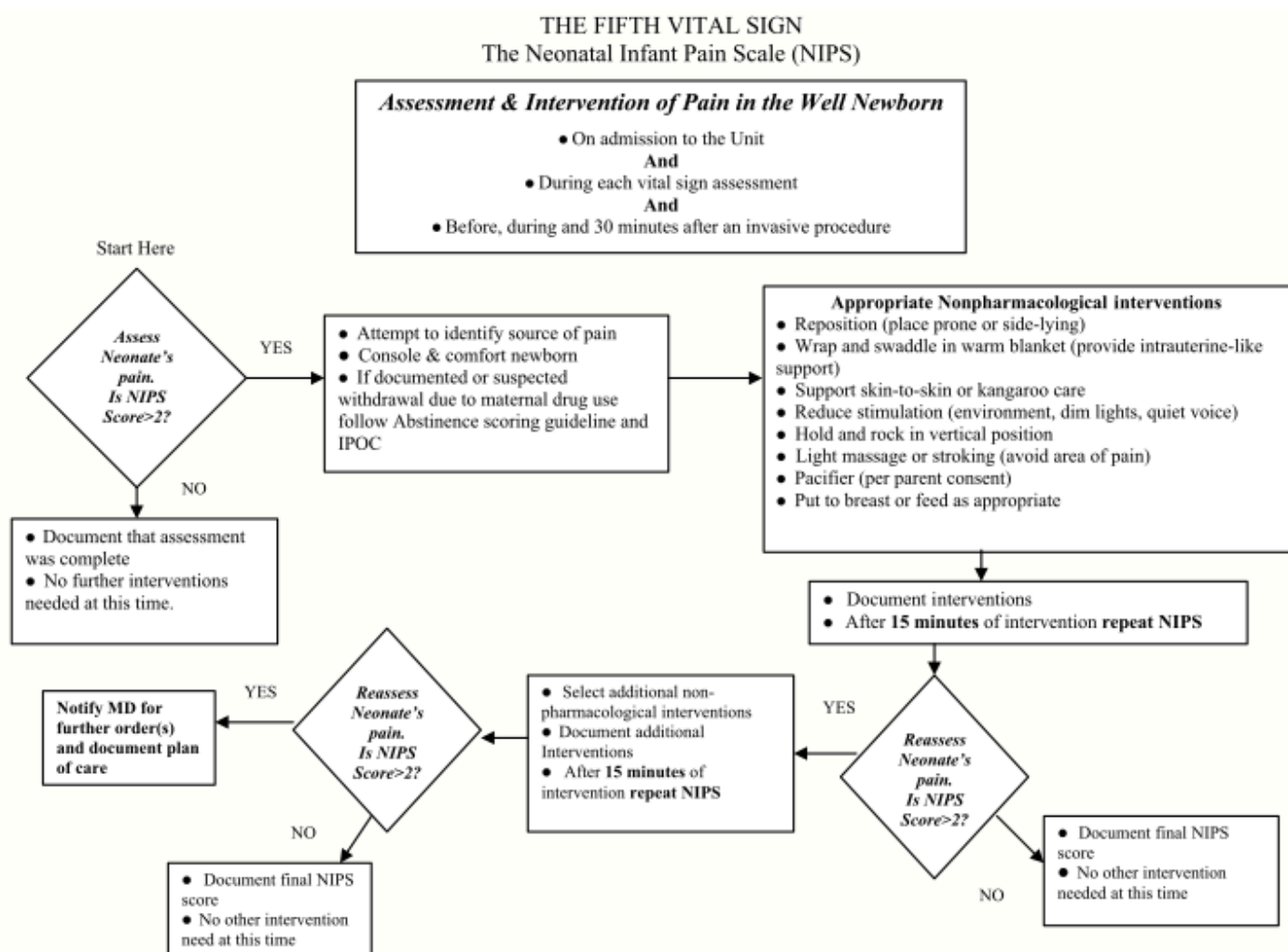
4.2.2. *A avaliação da dor deve ser realizada sempre imediatamente antes, durante e após a realização de um procedimento doloroso.*

Elaborado ☒ Revisto ☐		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
17/01/2012	Kathy Silva/Enfermeira	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	01/2015	3 de 3

	Tipo de Documento: Política – PO ☐ Procedimento – PR ☒ Protocolo – PT ☐ Instrução de Trabalho – IT ☐	Aplicação: Transversal ☐ Departamental ☒ Específico ☐	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Avaliação e Controle da Dor no Recém-Nascido no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Departamento da Mulher e da Criança		ABCDE	0000	00

4.2.3. A avaliação da dor deve ser realizada aquando a avaliação de sinais vitais a um RN.

4.2.4. Após a avaliação da dor, deverá ser seguido o algoritmo abaixo apresentado.



GALLO, Ana Maria (2003) – The Fifth Vital Sign: Implementation of the Neonatal Infant Pain Scale. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**. Filadélfia. ISSN: 1552-6909. Vol. 32, nº 2 (Março – Abril 2003). 199 – 206.

Elaborado ☒ Revisto ☐		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
17/01/2012	Kathy Silva/Enfermeira	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	01/2015	4 de 4

	Tipo de Documento: Política – PO ☐ Procedimento – PR ☒ Protocolo – PT ☐ Instrução de Trabalho – IT ☐	☐ ☒ ☐ ☐	Aplicação: Transversal ☐ Departamental ☒ Específico ☐	☐ ☒ ☐	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Avaliação e Controlo da Dor no Recém-Nascido no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetria				Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Departamento da Mulher e da Criança				ABCDE	0000	00

4.2.5. Deverá ser registado em espaço próprio no processo electrónico do recém-nascido (Soarian → Processo do recém-nascido → Vigilância do recém-nascido) a avaliação da dor realizada ao recém-nascido, assim como a intervenção/medida efectuada e o efeito da mesma.

4.2.6. É necessário manter os registos actualizados, caso o recém-nascido apresente uma avaliação superior a três na escala de NIPS, segundo os tempos recomendados no algoritmo apresentado no ponto 4.2.4, pois é importante compreender a evolução da dor no recém-nascido para a sua adequada resolução.

4.2.7. Utilizar a tabela seguinte como orientação para alguns procedimentos mais frequentes ao recém-nascido no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetria.

Procedimento Doloroso	Recomendações Gerais	Medidas Não-Farmacológicas	Medidas Farmacológicas
Punção do calcâneo	– Se possível preferir a venipunção à punção do calcâneo, pois é menos dolorosa; – Não é útil aquecer o calcâneo antes da punção para aumentar o fluxo de sangue na região; – Envolver os pais no procedimento sempre que possível; – Preferir uma lanceta automática ao invés de uma manual; – Não espremer o calcâneo do RN, visto que esta é a maior causa	– Usar técnicas de distração como a mãe/enfermeiro falar e massajar o bebé; – Utilizar a sacarose oral, a SNN ou leite materno; – O uso de sacarose oral como método único, está provado como ineficaz; – Utilizar doses múltiplas de sacarose: 2 minutos antes da técnica, imediatamente antes e 2 minutos após a punção; – Em alternativa, utilizar solução de glucose a 30%; – Promover o contacto	– O uso de EMLA e de Paracetamol não estão recomendados.

Elaborado ☒ Revisto ☐		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
17/01/2012	Kathy Silva/Enfermeira	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	01/2015	5 de 5

	Tipo de Documento: Política – PO ☐ Procedimento – PR ☒ Protocolo – PT ☐ Instrução de Trabalho – IT ☐	Aplicação: Transversal ☐ Departamental ☒ Específico ☐	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Avaliação e Controle da Dor no Recém-Nascido no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia		Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Departamento da Mulher e da Criança		ABCDE	0000	00

	de dor neste procedimento.	pele-a-pele com os pais – método Canguru; – Envolver o RN numa flanela.	
Venipunção, punção arterial e colocação de cateteres epicutâneos	– Escolher o cateter de menor diâmetro; – Envolver os pais no procedimento sempre que possível.	– Utilizar sacarose oral ou leite materna aliados à SNN; – Todas as medidas referidas para a punção do calcâneo; – As anteriores parecem ser mais eficazes que o EMLA.	
Injecção intramuscular e subcutânea	– Escolher o cateter de menor diâmetro; – Envolver os pais no procedimento sempre que possível.	– Todas as medidas referidas para a punção do calcâneo.	
Entubação endotraqueal	A realização de entubação endotraqueal sem o recurso a analgesia ou sedação deve ser prática em situações de reanimação na sala de partos, ou de urgência em risco de vida, ou se não há acesso venoso.		
Colocação de sonda gástrica	– Lubrificar a sonda; – Técnica suave.	– Conter o RN em flanela quente; – Utilizar a SNN.	

(Lago et al., 2009; Rocha et al., 2004; Anand, 2001)

Elaborado ☒ Revisto ☐		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
17/01/2012	Kathy Silva/Enfermeira	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	01/2015	6 de 6

	Tipo de Documento: Política – PO ☐ Procedimento – PR ☒ Protocolo – PT ☐ Instrução de Trabalho – IT ☐	☐ ☒ ☐ ☐	Aplicação: Transversal ☐ Departamental ☒ Específico ☐	☐ ☒ ☐	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Avaliação e Controle da Dor no Recém-Nascido no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia				Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Departamento da Mulher e da Criança				ABCDE	0000	00

5. Referências de Suporte

- American Academy of Pediatrics (AAP) & Canadian Paediatric Society (CPS) (2006). *Prevention and management of pain in the neonate: an update. Pediatrics*. Illinois. Vol. 118, nº 5 (2006). 2231-2241.
- ANAND, K.J.S and the Internacional Evidence-Based Group for Neonatal Pain (2001) – Consensus Statement for the Prevention and Management of Pain in the Newborn. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**. Vol. 155, nº 2 (Fevereiro 2001). 173 – 180.
- CARBAJAL, Ricardo et al (1999) – Randomised trial of analgesic effects of sucrose, glucose, and pacifiers in term neonates. **British Medical Journal**. Londres. Vol. 319 (Novembro 1999). 1393 – 1397.
- CARBAJAL, Ricardo et al (2003) – Analgesic effect of breast feeding in term neonates: Randomised controlled trial. **British Medical Journal**. Londres. Vol. 326 (Janeiro 2003). 1 – 5.
- CHERMONT, Aurimery Gomes et al (2009) – Skin-to-Skin Contact and/or Oral 25% Dextrose for Procedural Pain Relief for Term Newborn Infants. **Pediatrics**. Illinois: American Academy of Pediatrics. Vol. 124, nº 6 (Dezembro 2009). 1101 – 1107.
- CRESCÊNCIO, Erica da Paixão; ZANELATO, Suzana; LEVENTHAL, Lucila Coca (2009) – Assessment and pain relief in newborns (Portuguese). **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, Goiás, Brasil. Vol. 11, nº 1 (2009). 64 – 69.
- GALLO, Ana Maria (2003) – The Fifth Vital Sign: Implementation of the Neonatal Infant Pain Scale. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**. Filadélfia. ISSN: 1552-6909. Vol. 32, nº 2 (Março – Abril 2003). 199 – 206.
- GASPARDO, Cláudia M.; LINHARES, Maria Beatriz M.; MARTINEZ, Francisco E. (2005) – A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre. Vol. 81, nº 6 (2005). 435 – 441.
- GRAY, Larry; WATT, Lisa; ELLIOT, M. (2000) – Skin-to-Skin Contact is Analgesic in Healthy Newborns. **Pediatrics**. Illinois: American Academy of Pediatrics. Vol. 105, nº 1 (Janeiro 2000). 1 – 6.
- GUINSBURG, Ruth (1999) – Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre. Vol. 75, nº 3 (1999). 149 – 160.
- HUANG, Chin-Mei et al. (2004) – Comparison of Pain Responses of Premature Infants to the Heelstick between Containment and Swaddling. **Journal of Nursing Research**. Taiwan. Vol. 12, nº 1 (Janeiro 2004). 31 – 39.

Elaborado ☒ Revisto ☐		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
17/01/2012	Kathy Silva/Enfermeira	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	01/2015	7 de 7

	Tipo de Documento: Política – PO ☐ Procedimento – PR ☒ Protocolo – PT ☐ Instrução de Trabalho – IT ☐	☐ ☒ ☐ ☐	Aplicação: Transversal ☐ Departamental ☒ Específico ☐	☐ ☒ ☐	Referência do Documento (Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor)		
	Título: Avaliação e Controlo da Dor no Recém-Nascido no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia				Código Emissor	N.º	Versão
	Emissor: Departamento da Mulher e da Criança				ABCDE	0000	00

- LAGO, Paola et al. (2009) – Guidelines for procedural pain in the newborn. **Acta Paediatrica**. Estocolmo. ISSN 0803-5253. Vol. 98, nº 6 (Junho 2009). 932 – 939.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) – **Dor – Guia Orientador de Boa Prática**. Cadernos OE, Série I, nº I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-972-99646-9-5.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2003) – **A Dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da intensidade da Dor**. Lisboa. Circular Normativa nº 9 /DGCG. 14/06/2003. 1 – 4.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2005) – **Carta dos Direitos do Doente Internado**. Lisboa. 15/02/2005. 1 – 12.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2008) – **Programa Nacional de Controlo da Dor**. Lisboa. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD. 18/06/2008. 1 – 16.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2010) – **Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças**. Lisboa. Orientação nº 014 / 2010. 14/12/2010. 1 – 4.
- Rocha et al. (2004). SECÇÃO DE NEONATOLOGIA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA. **Consensos Nacionais em Neonatologia**. Analgesia e Sedação. Coimbra. 2004. 45-51.
- TADDIO, Anna et al (2008) – Effectiveness of sucrose analgesia in newborns undergoing painful medical procedures. **Canadian Medical Association Journal**. Ottawa, Canada. Vol. 179, nº 1 (Julho 2008). 37 – 43.
- THOMPSON, Debbie G. (2005) - Utilizing an oral sucrose solution to minimize neonatal pain. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**. Denver, Colorado. Vol. 10, nº 1 (January – March 2005). 3 – 10.
- UGA, Elena et al (2008) – Heel lance in newborn during breastfeeding: an evaluation of analgesic effect of this procedure. **Italian Journal of Pediatrics**. Londres. Vol. 34, nº 3 (Novembro 2008). 1 – 5.
- WONG, Donna L. (1999) – **Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efectiva**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 85-277-0505-0.

Elaborado ☒ Revisto ☐		Aprovado		Próxima Revisão	Pág.
17/01/2012	Kathy Silva/Enfermeira	dd/mm/aaaa	Nome/Cargo	01/2015	8 de 8

APÊNDICE VII

Composição do dossier documental elaborado para o serviço de Urgência de
Ginecologia/Obstetrícia

Documentos que compõem o dossier documental elaborado para o serviço de
Urgência de Ginecologia/Obstetrícia

Procedimento – “Avaliação e Controlo da Dor no Recém-Nascido no serviço de Urgência de Ginecologia/Obstetrícia”

ANAND, K.J.S and the Internacional Evidence-Based Group for Neonatal Pain (2001) – Consensus Statement for the Prevention and Management of Pain in the Newborn. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**. Vol. 155, nº 2 (Fevereiro 2001). 173 – 180.

CARBAJAL, Ricardo et al. (1999) – Randomised trial of analgesic effects of sucrose, glucose, and pacifiers in term neonates. **British Medical Journal**. Londres. Vol. 319 (Novembro 1999). 1393 – 1397.

CARBAJAL, Ricardo et al. (2003) – Analgesic effect of breast feeding in term neonates: Randomised controlled trial. **British Medical Journal**. Londres. Vol. 326 (Janeiro 2003). 1 – 5.

CHERMONT, Aurimery Gomes et al. (2009) – Skin-to-Skin Contact and/or Oral 25% Dextrose for Procedural Pain Relief for Term Newborn Infants. **Pediatrics**. Illinois: American Academy of Pediatrics. Vol. 124, nº 6 (Dezembro 2009). 1101 – 1107.

CRESCÊNCIO, Erica da Paixão; ZANELATO, Suzana; LEVENTHAL, Lucila Coca (2009) – Assessment and pain relief in newborns [Portuguese]. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, Goiás, Brasil. Vol. 11, nº 1 (2009). 64 – 69.

GALLO, Ana Maria (2003) – The Fifth Vital Sign: Implementation of the Neonatal Infant Pain Scale. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**. Filadélfia. ISSN: 1552-6909. Vol. 32, nº 2 (Março – Abril 2003). 199 – 206.

GASPARDO, Cláudia M.; LINHARES, Maria Beatriz M.; MARTINEZ, Francisco E. (2005) – A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre. Vol. 81, nº 6 (2005). 435 – 441.

GUINSBURG, Ruth (1999) – Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre. Vol. 75, nº 3 (1999). 149 – 160.

GRAY, Larry; WATT, Lisa; ELLIOT, M. (2000) – Skin-to-Skin Contact is Analgesic in Healthy Newborns. **Pediatrics**. Illinois: American Academy of Pediatrics. Vol. 105, nº 1 (Janeiro 2000). 1 – 6.

HUANG, Chin-Mei et al. (2004) – Comparison of Pain Responses of Premature Infants to the Heelstick between Containment and Swaddling. **Journal of Nursing Research**. Taiwan. Vol. 12, nº 1 (Janeiro 2004). 31 – 39.

LAGO, Paola et al. (2009) – Guidelines for procedural pain in the newborn. **Acta Paediatrica**. Estocolmo. ISSN 0803-5253. Vol. 98, nº 6 (Junho 2009). 932 – 939.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) – **Dor – Guia Orientador de Boa Prática**. Cadernos OE, Série I, nº I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-972-99646-9-5.

PEREIRA, Clara; CALDEIRA, Cristina; VIEIRA, Fátima (2011) – O Enfermeiro e os Procedimentos Invasivos na Unidade de Dor. **Dor®**. Lisboa: Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. ISSN 0872-4814. Vol. 19, nº 4 (2011). 27 – 30.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2001) – **Plano Nacional de Luta contra a Dor**. Lisboa: DGS. 60 p. ISBN 972-9425-95-7.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2003) – **A Dor como 5º sinal vital. Registo Sistemático da intensidade da Dor**. Lisboa: DGS. Circular Normativa nº 9 / DGCG. 14/06/2003. 1 – 4.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2005) – **Carta dos Direitos do Doente Internado**. Lisboa. 15/02/2005. 1 – 12.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2008) – **Programa Nacional de Controlo da Dor**. Lisboa. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD. 18/06/2008. 1 – 16.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2010) – **Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças**. Lisboa. Orientação nº 014 / 2010. 14/12/2010. 1 – 4.

SILVA, Tiago Pereira; SILVA, Lincoln Justo (2010) – Escalas da Avaliação da dor Utilizadas no Recém-Nascido: Revisão Sistemática. **Acta Médica Portuguesa**. Lisboa. Vol. 23, nº 3 (Abril 2010). 437 – 454.

TADDIO, Anna et al. (2008) – Effectiveness of sucrose analgesia in newborns undergoing painful medical procedures. **Canadian Medical Association Journal**. Ottawa, Canada. Vol. 179, nº 1 (Julho 2008). 37 – 43.

THOMPSON, Debbie G. (2005) – Utilizing an oral sucrose solution to minimize neonatal pain. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**. Denver, Colorado. Vol. 10, nº 1 (January – March 2005). 3 – 10.

UGA, Elena et al. (2008) – Heel lance in newborn during breastfeeding: an evaluation of analgesic effect of this procedure. **Italian Journal of Pediatrics**. Londres. Vol. 34, nº 3 (Novembro 2008). 1 – 5.

VIANA, Dirce Laplaca; DUPAS, Giselle; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves (2006) – A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. **Pediatrics**. São Paulo. Vol. 28, nº 4 (Outubro 2006). 251 – 261.