



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Cuidados não traumáticos em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar**

**Telma Filipa Raposo Campaniço**

Orientação: Professor António Casa Nova

Coorientação: Professora Doutora Maria Antónia Chora

**Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

IPBeja  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

# **Cuidados não traumáticos em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar**

**Telma Filipa Raposo Campaniço**

Orientação: Professor António Casa Nova

Coorientação: Professora Doutora Maria Antónia Chora

**Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

*“Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante.”*

*Charles Chaplin*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao fim de mais um objetivo concluído na minha vida agradeço, principalmente, aos meus pais por me terem apoiado ao longo desta árdua etapa.

Às minhas queridas filhas Matilde e Melissa e ao meu companheiro Alexandre, pelo seu amor e paciência para ultrapassarmos juntos esta jornada.

Ao orientador, Professor António Casa Nova, pela orientação e acompanhamento, pelo conhecimento, amabilidade e disponibilidade demonstrada ao longo do decorrer dos Estágios I, Estágio Final e elaboração do Relatório de Estágio.

À Professora, Doutora Maria Antónia Chora, pela coorientação deste Relatório de Estágio.

À Professora, Doutora Ana Lúcia Ramos pela sua disponibilidade, conhecimento e ajuda demonstrada ao longo do Mestrado em Enfermagem .

Aos Enfermeiros Especialistas Orientadores de Estágio, que me fizeram crescer como enfermeira e abraçar ainda com mais determinação a área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Às minhas colegas do Mestrado que proporcionaram um crescimento conjunto e momentos de discussão, reflexão e partilha de conhecimento.

## RESUMO

Os cuidados não traumáticos em pediatria baseiam-se num conjunto de intervenções farmacológicas e não farmacológicas que eliminam ou reduzem o desconforto emocional e físico da criança e sua família associado a procedimentos dolorosos.

Os procedimentos com agulha são a causa de dor mais comum em crianças doentes e saudáveis quando recorrem às unidades de saúde. Na idade pré-escolar é desenvolvido o medo de agulhas pelo que, futuramente, poderá originar uma diminuição do comportamento de adesão e procura de saúde.

No decorrer dos estágios foi utilizada a metodologia de trabalho de projeto com o objetivo de promover os cuidados não traumáticos em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar.

O presente relatório pretende descrever a implementação do Projeto de Intervenção durante os estágios e a análise reflexiva do desenvolvimento das competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre no decorrer do percurso formativo.

**Palavras-chave:** Cuidados não traumáticos; procedimentos com agulha; criança pré-escolar.

## **ABSTRACT**

Non-traumatic pediatric care is based on a set of pharmacological and non-pharmacological interventions that eliminate or reduce the emotional and physical discomfort of the child and his family associated with painful procedures.

Needle procedures are the most common cause of pain in sick and healthy children when they go to health institutions. At the pre-school age the fear of needles is developed and, in the future, may lead to a decrease in compliance behavior and health demand.

During the internships, the project work methodology was used to promote non-traumatic care in needle procedures in pre-school children.

This report intends to describe the implementation of the Intervention Project during the internships and the reflexive analysis of the development of the common and specific competences of the Child Health and Pediatric Specialist Nurse and Master during the training course.

**Keywords:** Non-traumatic care; needle procedures; pre-school child.

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Metodologia de Trabalho de Projeto	32
Figura 2 – Técnica de Análise SWOT	44
Figura 3 – Gráfico das ENFAD conhecidas pelos enfermeiros da UCSP	48
Figura 4 - Gráfico das ENFAD utilizadas em crianças de idade pré-escolar na UCSP	49
Figura 5 – Gráfico das intervenções farmacológicas conhecidas pelos enfermeiros da UCSP	50
Figura 6 - Gráfico das intervenções farmacológicas utilizadas em crianças de idade pré-escolar na UCSP	51
Figura 7 - Gráfico da avaliação da sessão de formação na UIP	64
Figura 8 - Gráfico da avaliação da sessão de formação na UCSP	65
Figura 9 - Gráfico das ENFAD e Intervenções farmacológicas observadas em crianças de idade pré-escolar na UCSP	66
Figura 10 - Gráfico da correlação entre as ENFAD e o Score de Dor nas crianças em idade pré-escolar submetidas à 1ª Vacina	67

## LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AINE – Anti-inflamatório não esteróide

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral da Saúde

ENFAD – Estratégias não farmacológicas no alívio da dor

EEESIP – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

IASP – *International Association for the Study of Pain*

ICN – *International Council of Nurses*

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UIP – Unidade de Internamento Pediátrico

ULS – Unidade Local de Saúde

UUP – Unidade de Urgência Pediátrica

SNS – Sistema Nacional de Saúde

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>1. A DOR EM PEDIATRIA: ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA</b>	<b>14</b>
1.1. Os cuidados não traumáticos e a Teoria de Conforto	17
1.2. A dor em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar	20
1.3. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor	23
1.4. Intervenções farmacológicas no alívio da dor	28
<b>2. PROJETO DE INTERVENÇÃO: CUIDADOS NÃO TRAUMÁTICOS EM PROCEDIMENTOS COM AGULHA EM CRIANÇAS DE IDADE PRÉ-ESCOLAR</b>	<b>32</b>
2.1. Caracterização das unidades de saúde	34
2.1.1. Unidade de Internamento de Pediatria	35
2.1.2. Unidade de Urgência Pediátrica	37
2.1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos	38
2.1.4. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	39
2.2. Diagnóstico de situação	43
2.3. Definição de objetivos	52
2.4. Planeamento	53
2.5. Execução do projeto	57
2.6. Avaliação e discussão dos resultados	62
<b>3. PERCURSO FORMATIVO DO ESTÁGIO I AO ESTÁGIO FINAL</b>	<b>70</b>
3.1. Análise reflexiva das competências comuns de Enfermeiro Especialista	71
3.2. Análise reflexiva das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	76
3.3. Análise reflexiva das competências de Mestre	84
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>90</b>

<b>APÊNDICES</b>	<b>99</b>
Apêndice 1 – Análise SWOT	100
Apêndice 2 – Questionário aplicado aos enfermeiros da UCSP	102
Apêndice 3 – Projeto de Estágio I e Estágio Final	106
Apêndice 4 – Resumo do Artigo “Estratégias para alívio da dor na criança durante a vacinação”	117
Apêndice 5 - Grelha de observação dos cuidados não traumáticos na UCSP	120
Apêndice 6 - Cronograma do Projeto de Intervenção	123
Apêndice 7 - Folheto informativo sobre Inaloterapia	125
Apêndice 8 - Planos das sessões de formação e apresentações	127
Apêndice 9 - Questionário de Avaliação da Sessão de Formação	155
Apêndice 10 - Poster ENFAD por faixa etária	157
Apêndice 11 - Poster Intervenções Farmacológicas no alívio da dor	159
Apêndice 12 - Índice da Norma de Procedimento “Aplicação tópica de anestésico local no utente pediátrico”	161
Apêndice 13 – Resumo do artigo “ <i>Bullying</i> na criança com doença crónica em idade escolar	163
Apêndice 14 - Resumo do artigo “Segurança do Doente no contexto hospitalar e nos cuidados de saúde primários - Uma perspetiva da Enfermagem”	166
<b>ANEXOS</b>	<b>168</b>
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da ULS	169
Anexo II – Certificado de participação das Jornadas de Saúde Materna	171
Anexo III – Certificado do Curso Europeu de Suporte Avançado de Vida Pediátrico	173

## **INTRODUÇÃO**

Os cuidados não traumáticos baseiam-se na aplicação de cuidados terapêuticos com recurso a intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pelas crianças e suas famílias, em qualquer local, do sistema de cuidados de saúde. Os objetivos dos cuidados não traumáticos são a prevenção/minimização da separação da criança da sua família, a promoção da sensação de controlo e a prevenção/minimização da lesão corporal e da dor (Hockenberry & Wilson, 2014).

A dor é um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e sociocultural e que é percebida como presente de acordo com as múltiplas experiências de dor vivenciadas. A dor aguda na criança está relacionada com traumatismos dos tecidos causados por cirurgia, queimaduras, fraturas e, maioritariamente, por procedimentos diagnósticos ou terapêuticos nas unidades de saúde (Batalha, 2010; DGS, 2012).

A punção venosa periférica é o procedimento invasivo mais utilizado a nível hospitalar, sendo que 80% dos utentes admitidos em serviços são puncionados com um cateter periférico, com uma média de dois cateteres por pessoa/por internamento (Webster, 2015). A nível dos cuidados de saúde primários a vacinação é a maior causa de dor iatrogénica na infância (Taddio, 2009).

As estratégias não farmacológicas constituem um conjunto de estratégias utilizadas para reduzir a perceção da dor, a tornar mais tolerável, proporcionar uma sensação de controlo, aumentar o conforto e diminuir a ansiedade associada ao medo e à dor (Hockenberry & Wilson, 2014). As intervenções farmacológicas são ações interdependentes iniciadas pelo médico da criança que é responsável pela prescrição do fármaco e cabe ao enfermeiro assumir a responsabilidade da sua implementação (OE, 2013). Na literatura científica existem diversos documentos com orientações para o seu uso, nomeadamente a Ordem dos Enfermeiros (OE), a Direção Geral da Saúde (DGS) e entidades internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a investigadora Anna Taddio.

A falta de conhecimentos dos profissionais de saúde acerca da dor tem sido uma das maiores causas para a perpetuação de mitos, crenças e preconceitos que impedem uma avaliação, prevenção e tratamento eficazes (Batalha, 2010). Nalguns estudos é demonstrado que os profissionais de saúde não aplicam corretamente as estratégias de alívio da dor, ou por défice de conhecimento e falta de formação ou por estarem ainda pouco sensibilizados para a aplicação dos cuidados não traumáticos em procedimentos dolorosos nas crianças (Chan et al, 2013; Harrison et al 2013; Hockenberry & Wilson, 2014).

O presente Relatório de Estágio constitui o instrumento de avaliação da Unidade Curricular de Relatório referente ao ano letivo 2018/2019, 1º Semestre, no âmbito do 2º ano do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica lecionado no Instituto Politécnico de Setúbal, na Escola Superior de Saúde.

Os Estágio I e Final decorreram ao longo de 22 semanas em quatro contextos diferentes, sendo que o Projeto de Intervenção planeado e implementado teve por base a metodologia de trabalho de projeto que se centra na resolução de problemas e aquisição de capacidades e competências através da concretização de projetos sobre situações reais (Ruivo et al, 2010).

A presente temática encontra-se inserida na linha de investigação “ Necessidades em Cuidados de Enfermagem em populações específicas” e tem como objetivo geral a promoção dos cuidados não traumáticos em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar, com especial destaque nas estratégias não farmacológicas e intervenções farmacológicas de alívio da dor.

A idade pré-escolar é uma faixa etária pouco representada nos estudos científicos sobre os cuidados não traumáticos, pelo que consideramos uma boa oportunidade para desenvolvermos conhecimentos neste âmbito.

O Projeto de Intervenção teve como objetivos específicos sensibilizar as equipas de enfermagem para o uso das estratégias não farmacológicas de alívio da dor (ENFAD) e as intervenções farmacológicas, observar e analisar as ENFAD e as intervenções farmacológicas utilizadas em crianças de idade pré-escolar em procedimentos com agulha e validar os benefícios dos cuidados não traumáticos através da utilização das escalas de avaliação da dor recomendadas para a idade pré-escolar.

Aliado ao Projeto de Intervenção delineámos atividades para o Projeto de Estágio que, em simultaneidade, permitirão a aquisição de conhecimentos e competências na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Em concordância com o solicitado para a Unidade Curricular de Relatório os objetivos deste documento são os seguintes:

- Fundamentar as escolhas com base na teorização e na evidência científica;
- Descrever e avaliar o desenho e a implementação do Projeto de Intervenção;
- Evidenciar capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica;
- Apresentar um relatório para provas públicas.

Este Relatório encontra-se organizado em quatro partes: no primeiro capítulo é realizado o enquadramento da temática que suportou o desenvolvimento do tema dos cuidados não traumáticos, suportado pela Teoria de Conforto de *Kolcaba*; no segundo capítulo é delineado o Projeto de Intervenção com uma breve caracterização sobre os contextos de estágio e todas as etapas correspondentes à metodologia de trabalho de projeto; no terceiro capítulo é explicitado o enquadramento das experiências e atividades desenvolvidas com a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e as competências de Mestre; e por último serão apresentadas as considerações finais decorrentes de todo o percurso de aprendizagem académica e profissional.

Importa referir que a elaboração do presente Relatório visou o cumprimento das normas gramaticais do acordo ortográfico legalmente em vigor no território nacional, bem como as regras de referência bibliográfica de autores da *American Psychological Association* 6ª edição.

## 1. A DOR EM PEDIATRIA: ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA

Na frequência do Mestrado em Enfermagem realizado em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, um dos objetivos principais foi a realização de um projeto de estágio com temática transversal a todos os contextos de estágio, tendo por meta a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem. De acordo com as duas linhas de investigação disponíveis optámos por escolher “Necessidades em cuidados de Enfermagem em populações específicas”, tendo por base os cuidados não traumáticos em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar.

A escolha da temática para este projeto de estágio decorreu da experiência profissional na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e da pesquisa bibliográfica sobre o tema. Acreditamos que os procedimentos dolorosos para além dos seus resultados nefastos a nível psicológico e físicos, têm uma gestão e controlo da dor aquém do adequado na população pediátrica. Particularmente, os procedimentos com agulha em crianças são realizados com muita frequência nas unidades de saúde, sendo este fator associado também ao possível défice de conhecimentos que torne difícil a gestão e controlo da dor. Sendo assim, partindo deste pressuposto, desenvolvemos um projeto cujo destaque são os cuidados não traumáticos em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar, com ênfase nas estratégias não farmacológicas e intervenções farmacológicas.

A dor é uma sensação experienciada ao longo da vida, sendo definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP, 1994) como “*an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage*”.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> “Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em função dessa lesão”

A dor para além da sensação também é um fenómeno complexo que envolve as emoções e outros fatores associados, devendo ser encarada como um modelo psicossocial e de carácter individual (IASP, 1994).

De acordo com o *Internacional Council of Nurses (ICN)*, a dor é uma “percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contato social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (ICN, 2016, p.54).

A dor pode ser classificada em aguda ou crónica, sendo que a dor aguda é aquela de “início recente e de provável duração limitada havendo, normalmente, uma relação temporal e /ou causal bem definida” (DGS, 2016). A dor aguda pode estar relacionada com procedimentos clínicos e cirúrgicos, lesão, infeção ou agravamento de doença latente (Hockenberry & Wilson, 2014, p.189). Por sua vez, a dor pode ser crónica quando, “de forma contínua ou recorrente, existe há 3 meses ou mais, ou quando persiste para além do curso normal de uma doença aguda ou da cura da lesão que lhe deu origem” (DGS, 2016).

Existem diversos fatores que influenciam a dor, como a idade, o género, a personalidade, o suporte parental, as experiências prévias, a cultura, a educação, a religião, o meio social, o estímulo doloroso, a presença dos pais, o estado emocional, a preparação, informação e atitude dos pais (Fernandes, 2000; Mota & Gonzalez, 2006).

A literatura baseada na evidência sobre a avaliação e gestão da dor tem crescido exponencialmente durante os últimos 20 anos e, embora, já exista partilha eletrónica desses documentos, muitas crianças e adolescentes continuam a ter um tratamento inadequado da dor (Hockenberry & Wilson, 2014).

Em 2003, a Direção Geral da Saúde publicou uma circular normativa onde é instituída a dor como o 5º sinal vital. Esta circular teve como objetivo principal emanar as regras de aplicação das escalas para avaliação da dor e ressaltar que o “controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais

de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde.” Todavia esta circular normativa cingiu-se a utentes com idade superior a 3 anos (DGS,2003).

A preocupação com a dor e o seu controlo tem vindo a tornar-se uma realidade nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, especialmente nos utentes em idade pediátrica. A avaliação e a gestão do controlo da dor constituem hoje um pilar fundamental de ordem moral e ética, sendo também um dos principais indicadores de qualidade dos cuidados de saúde (Batalha, 2006).

A Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada foi um documento promovido em 1988 por diversas associações europeias, onde estão consagrados dez princípios definindo claramente um conjunto de direitos perante uma hospitalização da criança. A gestão da dor está mencionada diretamente no princípio nº 5 “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo e deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável” e indiretamente no princípio nº 8 “a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família” (Levy, 1996).

A inquietação com a dor na idade pediátrica resulta da verificação que as crianças têm dor, guardam memórias da dor e que quando esta não é tratada convenientemente tem consequências a longo prazo, como por exemplo: “Reação de stress do organismo com aumento da tensão arterial e da frequência cardíaca, dificuldades respiratórias, hiperglicémia; interferência na relação da criança com os outros, nomeadamente os pais; desinteresse pelo meio que a rodeia; medo, ansiedade e depressão, que por sua vez potenciam a dor; alteração da alimentação e do sono; atraso na recuperação física”(Fonseca & Santos, 2006, p. 23).

A avaliação da dor nas crianças reveste-se de particularidades que impõe considerá-la separadamente de outros grupos etários, uma vez que “a experiência de dor em crianças é influenciada pela idade desta, pelo seu nível de desenvolvimento, pela causa da dor, pela natureza da dor e pela capacidade da criança para expressar, de forma significativa, a sua dor”(DGS, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014, p. 189).

Em 2010, a Direção Geral da Saúde emite uma orientação técnica sobre a avaliação da dor nas crianças, onde foram explicitadas orientações gerais e específicas, nomeadamente sobre a história da dor e a avaliação da intensidade da dor. Neste documento são apresentadas diversas escalas de avaliação da dor, de acordo com o estado de desenvolvimento da criança, para que a avaliação da dor na criança nas unidades de saúde seja um procedimento mais uniformizado (DGS,2010).

Cuidar da criança com dor exige, para além de um vasto conhecimento dos fármacos analgésicos existentes no mercado e dos seus critérios de administração, uma consciência perfeita e profunda de terapias não farmacológicas no alívio da dor. Só com este conhecimento alternativo se pode responder eficazmente ao fenómeno «dor» na sua componente fisiológica, na forma como afeta os valores e as crenças das crianças e dos adolescentes que se cuidam, na forma como estes a pensam e a vivenciam.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica "Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade" (OE,2010), sendo esta uma das suas competências específicas, e dentro desta surge a unidade de competência que determina que o especialista "Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas" (OE, 2010), estando este encarregue de fazer uma gestão correta da dor na criança, aplicando os seus conhecimentos e habilidades sobre estratégias quer farmacológicas, quer não farmacológicas para o alívio da dor. Posto isto, considerámos esta temática pertinente de ser abordada e desenvolvida.

### **1.1. Os cuidados não traumáticos e a Teoria de Conforto**

Apesar de se promover uma prestação de cuidados de enfermagem ao binómio criança/família o menos traumático possível, muitas vezes existem alguns procedimentos prestados que são dolorosos, desagradáveis e traumáticos pelo que os enfermeiros devem dirigir a sua atenção para as intervenções que possam atenuar a dor corporal, reduzir o stress psicológico e aumentar o bem-estar da criança.

Os cuidados não traumáticos são definidos como “cuidados terapêuticos fornecidos por profissionais através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, do sistema de cuidados de saúde.” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.11).

Os cuidados não traumáticos são intervenções, com bastante utilidade, sendo uma área essencial da enfermagem, visto que permite um cuidar eficaz, sem efeitos secundários e que apresenta grande benefício para a criança e a sua família. Posto isto, é importante investir na formação dos profissionais de saúde nesta área e promovendo a prestação de cuidados de excelência. O objetivo principal destes cuidados é não causar dano, sendo que para atingir esse objetivo existem 3 princípios essenciais: “Prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família; promover uma sensação de controlo; prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.12).

A minimização da dor e ansiedade influenciam futuros medos relativamente aos cuidados de saúde. Através de medidas farmacológicas e não farmacológicas adequadas, a dor da criança é aliviada e promovido o seu conforto.

O termo conforto, de acordo com a CIPE®, pode ser definido como “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (ICN, 2016, p. 47) sendo que a ação de confortar pode ser definido como “consolar alguém nos momentos de necessidade” (ICN, 2016, p. 114).

Na prestação de cuidados de enfermagem visa-se a satisfação das necessidades humanas básicas, sendo que o conforto é um dos resultados esperados desses cuidados. Esse conforto pode variar de pessoa para pessoa, consoante as suas vivências e tem de ser avaliado holisticamente (Ponte & Silva, 2015).

Katherine Kocalba é uma das teóricas contemporâneas com mais destaque nesta área, sendo responsável pela Teoria do Conforto. O conforto é idealizado como “uma experiência imediata, fortalecida pela sensação de alívio, tranquilidade e transcendência, considerando os contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental” (Ponte & Silva, 2015, p. 2604).

O alívio é o estado, no qual o utente tem uma necessidade específica satisfeita. Para a satisfação dessa necessidade é necessário existir controle dos fatores que produzem desconforto, para que se promova um estado de calma e contentamento de maneira imediata. O alívio pode ser considerado um resultado holístico imediato do conforto, mas que está sujeito a alterações consoante a modificação das condições (Lima et al, 2016).

Por outro lado, a tranquilidade é um estado de calma e satisfação e bem-estar, cujo está relacionado diretamente com a satisfação de necessidades específicas que podem provocar ou desestabilizar o conforto. O conforto como tranquilidade é um estado mais prolongado, contínuo e de contentamento (Lima et al, 2016).

Por último, a transcendência como conforto é um estado em que o indivíduo está acima dos seus problemas e dor própria, é independente e refere-se às medidas de conforto que fortalecem e enaltecem uma pessoa a partir da satisfação de necessidades de educação e motivação necessárias a adoção de comportamentos saudáveis, de forma a permitir a realização das suas atividades o mais independente possível (Lima et al, 2016).

O conforto é um resultado positivo que tem sido associado empiricamente ao envolvimento bem-sucedido de comportamentos de procura de saúde e, por sua vez, a resultados institucionais positivos com maior satisfação para o utente. A par desta afirmação, as crianças e suas famílias querem ser consoladas em situações stressantes derivantes de cuidados de saúde, sendo o conforto a palavra-chave para o atendimento em pediatria (Kolcaba & DiMarco, 2005).

A Teoria de Kolcaba menciona três tipos de intervenções de conforto: o padrão conforto, intervenções para manutenção da homeostasia e controlo da dor; o *coaching*, para aliviar a ansiedade, fornecer informações e esperança, ouvir e planear a recuperação; medidas extras de conforto, o reforço do cuidar como a massagem e a imaginação guiada (Kolcaba & DiMarco, 2005). Esta teoria enquadra-se na temática dos cuidados não traumáticos em procedimentos dolorosos, tendo também subjacente as estratégias não farmacológicas e intervenções farmacológicas de alívio e controlo da dor.

Perante um procedimento doloroso, a Teoria de Kolcaba determina que a conduta do enfermeiro para confortar as crianças e suas famílias deve-se basear nas seguintes intervenções: prestar informação preparatória à criança e pais evitando a palavra “dor” nas explicações (contexto social), solicitar a presença e colaboração dos pais durante o procedimento (contexto psicoespiritual), utilizar uma sala diferenciada para procedimentos em vez do quarto hospitalar da criança e manter uma atmosfera calma e positiva (conforto ambiental) e posicionar a criança de forma reconfortante (conforto físico) (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Posto isto, é fundamental envolver sempre a família da criança, tendo esta um papel de destaque durante o processo de gestão de dor, pois é dela que a criança espera o conforto, colo, carinho e sentimento de segurança. Com uma boa parceria de cuidados estabelecida com o binómio criança/família os procedimentos dolorosos deixam de ser tão traumáticos para todos os envolvidos, beneficiando em especial a criança, quer na experiência que vivencia, quer no seu comportamento em experiências futuras.

## **1.2. A dor em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar**

Segundo a DGS (2012), “(...)a elevada frequência da realização de procedimentos invasivos nos serviços de saúde, a possibilidade de tratar a dor com segurança e as consequências nefastas da dor não tratada conduzem ao imperativo ético e clínico de reduzir o hiato existente entre a prática e as evidências científicas disponíveis para tratar a dor das crianças.”

A dor derivante de um procedimento com agulha é caracterizada como uma dor aguda, pois tem início súbito e tem uma causa bem definida. Para Santos & Escobar (2015), “(...)a intensidade da dor varia através da homeostasia e do estado psicoemocional de cada indivíduo, oscilando entre fraca, mediana e forte”.

As crianças sujeitas a procedimentos dolorosos evidenciam uma resposta global de stress, com um aumento de libertação de hormonas que levam à mobilização de substratos e ao catabolismo (Batalha, 2010).

Segundo Santos & Escobar (2015), durante a hospitalização, 46% das crianças recebem pelo menos uma injeção para o tratamento, além de que a maioria dessas crianças é submetida a coleiha de sangue para exames laboratoriais. No entanto, em crianças saudáveis, grande parte dos procedimentos com agulha estão relacionados diretamente com o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV).

Corroborando com esta ideia, Batalha (2010), defende que as crianças consideram as picadas de agulhas como a pior fonte de dor e medo dos hospitais. Na idade pré-escolar, por volta dos 5 anos é desenvolvido o medo de agulhas e, posteriormente, no futuro estará relacionado com a diminuição do comportamento de procura de saúde, nomeadamente, perante a idade recomendada de vacinação aos 10 anos (Baxter et al, 2017).

Uma criança até aos 10 anos de idade cumprindo o PNV de 2017, será submetida entre 12 a 14 injeções intramusculares, tornando-se esta uma das principais causas de dor numa criança saudável, sendo que no primeiro ano de vida são administradas a maioria dessas vacinas.

Independentemente dos seus benefícios, a vacinação é encarada pelas crianças e pelos seus cuidadores como um procedimento doloroso causador de stress e ansiedade. As sucessivas experiências negativas com a dor na vacinação podem desencadear um medo de agulhas permanente ao longo da vida, estando também associado a uma má adesão do comportamento de procura de saúde, incluindo o incumprimento do programa de vacinação na fase adulta (Chan et al, 2013; Taddio et al, 2013).

A dor na criança “(...) É vivida globalmente, sem distinção clara, por exemplo, entre o medo, a angústia, o isolamento, a tristeza e a sensação física dolorosa propriamente dita. Este conjunto é sentido como um todo de desconforto e mal-estar ao qual a criança reagirá também por inteiro, no seu todo bio-psico-social” (Fonseca & Santos, 2006, p.23).

A denominada idade pré-escolar, engloba crianças desde os 3 aos 5 anos e é uma fase estável do crescimento físico, mas uma fase crítica para o desenvolvimento emocional e psicológico (Hockenberry & Wilson, 2014).

Durante esta fase são desenvolvidas diferentes habilidades cognitivas, tais como: “percepção, raciocínio, memória, capacidade de autorregulação e auto monitoramento, habilidades linguísticas, competências matemáticas, formação de conceitos, construção e generalização de estratégias” (Mecca et al, 2012).

As crianças de idade pré-escolar avaliam a intensidade da dor usando para isso conceitos emocionais, sendo que a partir dos 5 aos 6 anos já poderão conseguir classificar a intensidade da sua dor e desenvolver mecanismos de *coping* (Turkmen et al, 2018).

Outra das características das crianças desta fase é o egocentrismo e uma comunicação verbal autorreferenciada baseada no conceito que toda a gente pensa como elas e que não é necessário explicar demasiado para serem entendidas. O pensamento da criança pré-escolar é, usualmente, descrito como pensamento mágico, uma vez que as crianças acreditam que os seus pensamentos podem se tornar realidade, podendo se sentir culpadas pela ocorrência de algum acontecimento desejado (Hockenberry & Wilson, 2014).

O medo real e imaginário está presente nesta fase pré-escolar e resulta da ansiedade das crianças serem magoadas e mutiladas. As crianças pré-escolares, ao manterem os conceitos de integridade corporal pouco desenvolvidos, sem noção dos limites do corpo, entendem os procedimentos dolorosos como uma ameaça de lesão corporal, não compreendendo a incapacidade dos pais para terminar o sofrimento, sendo que a sua separação potencializa a intensidade da experiência dolorosa (Batalha, 2010). Basta uma criança ver outra a levar uma injeção para ficar tão perturbada como se tivesse sido ela a recebê-la (Hockenberry & Wilson, 2014).

Aquando de um procedimento doloroso a criança desta idade pode manifestar choro forte e gritos; movimentos com os membros superiores e inferiores; tentativa de afastar o estímulo nocivo antes que seja aplicado; falta de colaboração, podendo ser necessária contenção física; pode ficar agitado e irritado; exige o fim do procedimento; agarra-se aos pais solicitando apoio e conforto (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os instrumentos de avaliação da dor pediátricos podem ser comportamentais, fisiológicos ou de autorrelato. Sendo que até aos 4 anos de idade, deverão ser utilizados os instrumentos baseados no comportamento, uma vez que a criança ainda pode não ter a capacidade para descrever a intensidade da sua dor com precisão. Após os 4 anos podem ser utilizados os instrumentos de autoavaliação, se a criança apresentar o correto desenvolvimento cognitivo, pois já é capaz de verbalizar a sua dor, descrevê-la em termos de intensidade e localização (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na Orientação Técnica nº 014/2010, a DGS (2010) recomendou, de acordo com a idade, a utilização de vários instrumentos de avaliação da dor, sendo que os indicados para a idade pré-escolar são:

- Menores de 4 anos ou crianças sem capacidade para verbalizar - FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*).
- Entre 4 e 6 anos - FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*), válida a partir dos 4 anos; Escala de faces de Wong-Baker, válida a partir dos 3 anos.
- A partir de 6 anos - EVA (Escala Visual Analógica); EN (Escala Numérica); FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*); Escala de faces de Wong-Baker.

A avaliação da dor na criança deverá ser efetuada “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).

### **1.3. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor**

As intervenções não farmacológicas constituem um conjunto de estratégias utilizadas para reduzir a perceção da dor, a tornar mais tolerável, proporcionar uma sensação de controlo, aumentar o conforto e diminuir a ansiedade associada ao medo e à dor. Estas estratégias são seguras, de

baixo custo, não invasivas e são intervenções autônomas de enfermagem (Hockenberry & Wilson, 2014).

*“As intervenções não farmacológicas promovem o direito da criança de ser envolvida no processo, dando-lhe a liberdade de pensar, experimentar e explorar. Centram-se nas suas capacidades e não nas causas de dor, fazendo-a sentir-se orgulhosa pela sua participação ativa.”* (Santos et al, 2018)

As intervenções não farmacológicas devem ser utilizadas de acordo com o desenvolvimento cognitivo da criança, assim como a parceria de cuidados estabelecida com os pais ou familiar de referência, pois estes possuem um papel fundamental no seu desenvolvimento e apoio emocional.

O cuidar em pediatria assenta na filosofia dos Cuidados Centrados na Família, cujos baseiam-se no pressuposto de que a família é também alvo dos cuidados, procurando-se manter e fortalecer os papéis e vínculos da família com a criança e auxiliar a manter a normalidade das rotinas familiares (Cardoso, 2010).

O papel fundamental da família na vida da criança deve ser reconhecido e, para isso o enfermeiro deve fornecer o apoio à criança e sua família através da sua participação e parceria, fundamentando a sua atuação pela capacitação das famílias e pela negociação dos cuidados. As forças e capacidades da família são reconhecidas e elogiadas na planificação da prestação de cuidados, passando de meros expectadores na situação clínica do seu filho a coadjuvantes e parte incluída no tratamento, recebendo orientações e sendo preparada para participar nele (Pedro, 2009).

Segundo a OE (2013), as estratégias não farmacológicas são classificadas em seis categorias: cognitivas (utilização de métodos mentais para lidar com a dor); comportamentais (ensino de comportamentos de alívio da dor); cognitivo-comportamentais (combinação de uma intervenção cognitiva e outra comportamental); físicas (permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, a ação inflamatória e a tensão muscular); suporte emocional (presença da pessoa significativa para transmitir conforto); ambientais (melhoria das condições ambientais).

Uma vez que a população alvo deste estudo são crianças em idade pré-escolar, serão aprofundadas as estratégias não farmacológicas indicadas para esta faixa etária e suscetíveis de serem aplicadas aquando da realização de procedimentos com agulha.

Na chamada *informação preparatória*, a comunicação é o foco desta intervenção cognitiva e consiste em informar a criança e os pais acerca do procedimento a efetuar, o que permite à criança “(...)desenvolver expectativas realistas acerca do que poderá acontecer(...)”, contribuindo assim para a redução da ansiedade e aumento do seu sentimento de controlo (Batalha, 2010, p.68).

A primeira ação a que o enfermeiro deve ter em conta é a sua apresentação à criança/pais, mencionando o seu nome próprio. Deve saudar com um sorriso desde que o contexto assim o permita. Seguidamente, deverão ser fornecidas informações simples à criança sobre o que o procedimento que irá decorrer e a forma como irá ser tratada. Na comunicação com a criança, o enfermeiro deve tratá-la pelo nome, usar palavras simples e frases curtas, falar claramente e ser direto. Pode usar imagens, bonecos ou outros objetos para ajudar a explicar todos os procedimentos ou as doenças. Ajudar a criança e seus familiares a colocarem questões, a expressarem os seus sentimentos, medos e preocupações, permite que o enfermeiro lhes dê a tranquilidade, a confiança e a segurança para que possam implementar atividades que reduzam a sua ansiedade, promovendo o seu bem-estar emocional e a sua autonomia. As pessoas, e as crianças em particular, sentem necessidade de falar, de se expressarem e essencialmente de se fazerem ouvir. Sempre que houver oportunidade, a criança deve ser elogiada para promover autoestima (Goleman, 2010).

É essencial a realização prévia de entrevista aos pais/cuidadores sobre a história da dor, se a criança tiver idade inferior a 6 anos, aquando da admissão num serviço de internamento. Esta entrevista sobre a história de dor consiste na colheita de informação que permite orientar a avaliação e o controlo da dor, utilizando todas as fontes de informação documentais (ou não) disponíveis (OE, 2013).

No processo de gestão da dor a *presença dos pais* assume um papel de destaque, uma vez que os cuidados centrados na família têm por objetivo reconhecer a família como processo integrante nos cuidados prestados à criança. A separação dos pais pode originar uma situação de stress e potenciar a perceção da intensidade da dor (OE,2013). Aos pais deve ser permitida a participação

no procedimento na medida que estes desejarem, sendo também dada a oportunidade de não o fazerem se for da preferência dos mesmos (Gilboy & Hollywood, 2009).

Na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada está consagrada a presença dos pais junto da criança internada (Levy, 1996). A sua presença pode transmitir o conforto e segurança necessária à criança para a ajudar a ultrapassar situações de stress e ansiedade resultantes da hospitalização e influência na sua rotina diária.

As verbalizações de promoção de stress pelos pais são fortes preditores de preocupação e ansiedade em crianças antes dos procedimentos dolorosos. Impreterivelmente, a forma como os pais agem previamente a um procedimento doloroso pode influenciar negativamente ou positivamente a criança (Racine et al, 2016).

O enfermeiro deve proceder à capacitação e *empowerment* da família da criança para ajudar a lidar com o procedimento doloroso, através de ensinamentos sobre técnicas de alívio da dor, de forma a que sejam também promotores na orientação/aplicação das estratégias não farmacológicas no controlo da dor.

As combinações das estratégias não farmacológicas juntamente com os pais da criança apresentam um maior benefício no alívio da dor (Taddio et al, 2010).

A *distração* é uma técnica cognitivo-comportamental muito eficaz que permite desviar a atenção do procedimento doloroso para coisas agradáveis e é muito eficaz em dor de curta duração, como por exemplo: soprar bolas de sabão, cantar, contar histórias, ver vídeos de desenhos animados, envolver a criança em jogos, entre outras. O facto de se direccionar a atenção para algo que não o estímulo nocivo ajuda a que a percepção da dor seja menos intensa (Paixão, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014)

A *imaginação guiada* é uma técnica cognitiva em que se procura obter uma sensação de bem-estar e relaxamento através da indução de um estado de concentração, focando o pensamento numa ideia ou imagem particular (imaginação de estar num local agradável, atividade favo-

rita, histórias com super-heróis, entre outras). Atua como distração e alívio da ansiedade em crianças com mais de quatro anos. Esta técnica requer o envolvimento ativo da criança e exige algum tempo para que a explicação do método seja eficaz (Batalha, 2010; OE, 2013).

O *reforço positivo* é uma intervenção comportamental e consiste no elogio da criança ou recompensa a seguir ao procedimento doloroso após utilização de estratégias positivas para o alívio dor. Tem como objetivo modificar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, transformando-o num desafio (Batalha, 2010).

A *modelagem* é uma estratégia cognitivo-comportamental que visa informar e demonstrar previamente à criança o procedimento. A demonstração pode ser efetuada com recurso a teatro com bonecos ou visualização de vídeos (OE, 2013; DGS, 2012; Batalha, 2010).

O brincar é indispensável ao processo de desenvolvimento de uma criança e o recurso ao brinquedo terapêutico é uma ferramenta promotora de aprendizagem pelo que na idade pré-escolar é uma forma de preparar a criança, exemplificando um procedimento doloroso. Para além da informação preparatória evidenciada, o brinquedo instrucional também promove a modelagem, onde a própria criança pode experienciar a situação antes de a vivenciar. Possibilita à criança realizar procedimentos, usando instrumentos médicos reais ou de brincar, à medida que treina estratégias de confronto da dor como, por exemplo, o teatro, com antecipação da situação real (OE, 2013; Pontes et al, 2015).

Num estudo de Pontes et al (2015), está descrito que as crianças do grupo instrucional demonstraram mais colaboração e tranquilidade durante a vacinação, reforçando a importância de se explicar previamente o procedimento doloroso a que vão ser submetidas. Ao participarem da sessão do brinquedo terapêutico instrucional, as crianças do grupo experimental tiveram oportunidade de lidar com a experiência dolorosa antes de a vivenciarem na realidade, aliviando o *stress* e o medo, muitas vezes desencadeado pelo pensamento mágico característico da fase pré-escolar.

As intervenções não farmacológicas para o alívio da dor assentam na metodologia da brincadeira lúdica e terapêutica. O brincar é uma forma de comunicação da criança, através do qual expressa os seus medos, desejos, emoções, tensões e frustrações, permitindo assumir o controlo de situações que a assustam (OE, 2013).

As estratégias não farmacológicas podem ser desenvolvidas em conjunto, utilizando tanto técnicas comportamentais como cognitivas, uma vez que o uso simultâneo dessas técnicas é eficaz na redução da ansiedade da criança embora requeira mais tempo para a sua prática (Batalha, 2010).

As estratégias não farmacológicas podem ser utilizadas isoladamente ou como complemento das intervenções farmacológicas, sendo desta forma potenciado o seu efeito no alívio da dor na criança associado a procedimentos dolorosos.

#### **1.4. Intervenções farmacológicas no alívio da dor**

O recurso às estratégias farmacológicas são intervenções interdependentes iniciadas pelo médico da criança que é responsável pela prescrição do fármaco e cabe ao enfermeiro assumir a responsabilidade da sua implementação (OE, 2013).

A analgesia com ou sem sedação durante procedimentos dolorosos tem como objetivo controlar a dor, reduzir o medo e a ansiedade e a controlar os movimentos da criança, uma vez que "a dor não tratada (...) pode ativar processos físicos, bioquímicos e celulares que modificam a resposta futura à dor, fenómeno conhecido como sensibilização. As suas consequências estão evidenciadas também na relação entre a ausência de tratamento da dor e os sintomas de stress pós-traumático (...)" (DGS, 2012).

O médico, consoante o diagnóstico da situação da criança, decide qual fármaco ideal para a sua dor, prescrevendo a dosagem, frequência, via de administração e duração do tratamento. O enfermeiro deve preparar e administrar a terapêutica prescrita, decidir quando administrar se estiver prescrita com frequência em SOS, avaliar, comunicar e registar a sua eficácia, vigiar os efeitos secundários, cumprir um papel educativo junto das crianças e pais e colaborar na revisão terapêutica, mediante a avaliação contínua da dor (Batalha, 2010).

Os fármacos utilizados no controlo da dor aguda pediátrica podem ser: opióides, não opióides, adjuvantes e anestésicos locais. Os fármacos analgésicos podem ser classificados em três

degraus: grau I (não opióides – ácido acetilsalicílico, paracetamol e anti-inflamatórios não esteroides); grau II (opióides fracos – codeína, tramadol, oxicodona, nalbufina, buprenorfina e dextropropoxifeno); grau III (opióides fortes – morfina, fentanil, meperidina, hidromorfona). A escolha do tratamento farmacológico da dor varia consoante a intensidade da dor sentida pela criança, sendo que na dor ligeira estão adequados os analgésicos grau I, para dor moderada grau I e II, para dor intensa grau II e III e dor muito intensa grau III (Batalha, 2010).

A via de administração preferível é a oral pois apresenta a vantagem de ser indolor e de fácil administração, contudo nas crianças hospitalizadas é comum estas terem um acesso venoso periférico estabelecido, sendo também a via intravenosa das mais utilizadas e eficazes. As vias intramusculares e subcutâneas são consideradas para último recurso pois a administração é dolorosa, não garantem a absorção fiável e apresentam como efeitos secundários possíveis hematomas e abscessos (Batalha, 2010).

Dentro dos fármacos não opióides podemos dar o exemplo do paracetamol, que é um dos fármacos mais utilizados e prescrito em pediatria não apresenta efeitos gastrointestinais ou anti-coagulantes e é um analgésico para a dor ligeira e moderada (Batalha, 2010). No entanto, a pesquisa científica alerta para a imunogenicidade reduzida de algumas vacinas pelo uso de paracetamol de forma profilática (OMS, 2015). Segundo a DGS (2012), o recurso ao paracetamol na vacinação deve ser efetuado em SOS 4 a 6 horas após o ato vacinal.

Porém, a norma nº 007/2016 da DGS (2016b) menciona que à exceção da Vacina anti-Meningite B, “até aos 24 meses de idade, recomenda-se a administração de paracetamol na dose recomendada para a idade, prévia à administração (...) com o objetivo de prevenir ou diminuir a febre possivelmente associada a esta vacina.”

Seguidamente, o ibuprofeno é o anti-inflamatório não esteroide (AINE) mais utilizado em pediatria, apresenta uma boa margem de segurança não causando depressão respiratória, mas de efeitos colaterais a nível gastrointestinal pode ocorrer úlcera, hemorragias e nefrotoxicidade. Outro AINE usualmente usado na dor pós-operatória é o cetorolac. O ácido acetilsalicílico deixou de ser recomendado em pediatria por estar associado à síndrome de Reye (Batalha, 2010).

Nos casos em que é necessário a realização de procedimentos mais invasivos nas crianças, está recomendado o recurso à analgesia combinada com a sedação, da mesma forma que na realização de meios complementares de diagnóstico como, a tomografia computadorizada, a ecografia ou a ressonância magnética nuclear é essencial manter a criança imobilizada, está indicado também o recurso à sedação (DGS, 2012).

Para estes casos, está indicado o uso das benzodiazepinas ou o hidrato de coral. A benzodiazepina mais utilizada em pediatria é o midazolam. O hidrato de coral é um fármaco hipnótico usado para induzir a sedação, sendo a principal vantagem a forma fácil de administração por via oral ou rectal e com baixos efeitos respiratórios e cardiovasculares (Batalha, 2010).

Outro fármaco indicado para esses procedimentos é a mistura equimolar de protóxido de azoto e oxigénio, que é um gás que ao inalado produz um efeito ansiolítico, antiálgico, amnésico e euforizante. A sua utilização é mais comum em procedimentos que provoquem dor aguda de intensidade ligeira a moderada, tais como: punções lombares, punções venosas, mielogramas, suturas e pequenas cirurgias, redução de fraturas, entre outras. Está recomendado o seu uso para crianças acima dos 3 anos pois é necessária a colaboração destas e está contra-indicado em situações de doenças respiratórias, refluxo gastroesofágico, fraturas da face e hipertensão intracraniana (Batalha, 2010).

Nas manobras invasivas simples da pele, como a cateterização periférica, punções lombares e injeções deve ser efetuada a anestesia tópica da pele (DGS, 2012). O anestésico tópico "(...) tem a capacidade de bloquear de forma reversível o impulso doloroso, impedindo-o de chegar ao cérebro" (Batalha, 2010, p. 61).

O EMLA® (*Eutectic mixture local anesthetics*), é constituído por uma mistura de lidocaína e prilocaína e é o anestésico tópico mais comum em pediatria. A sua eficácia está amplamente descrita em estudos científicos e apresenta uma boa margem de segurança. O tempo de aplicação pode ir dos 60 aos 90 minutos, sendo que o efeito anestésico pode-se manter durante mais 120 minutos. Em casos de crianças com dermatite atópica o tempo máximo de aplicação é de 30 minutos. As dosagens são recomendadas consoante a idade da criança e não devem ser excedidas pelo risco de meta-hemoglobinémia (DGS, 2012; Batalha, 2010).

O recurso aos opióides está normalmente associada à dor pós-operatória, oncológica, visceral e tegumentar. Os vários fármacos opióides apresentam diferentes tempos de semi-vida pelo que a sua prescrição deverá ter em conta as necessidades individuais de cada criança. Nos casos de doença crónica, em que a dor é continuada, pode ser necessário recorrer às bombas infusoras.

## 2. PROJETO DE INTERVENÇÃO: CUIDADOS NÃO TRAUMÁTICOS EM PROCEDIMENTOS COM AGULHA EM CRIANÇAS DE IDADE PRÉ-ESCOLAR

No âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e com o objetivo de desenvolver as competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista, desenvolvemos um projeto de intervenção com a temática dos cuidados não traumáticos em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar, que foi sendo aplicado sistematicamente durante os Estágios I e Final.

Para alcançar o desenvolvimento dessas competências foi utilizado como recurso essencial a investigação através da recolha de informação científica baseada na evidência. O projeto de intervenção teve como fundamento a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população pediátrica ao longo dos quatro contextos de estágio realizados. Desta forma, a temática do projeto insere-se na linha de investigação “Necessidades de cuidados de Enfermagem em Populações Específicas” e tem por base a metodologia de trabalho de projeto.

A metodologia de trabalho de projeto tem como objetivo principal “(...)centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. A metodologia constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática” (Ruivo et al, 2010).

A Metodologia de Projeto é constituída por seis etapas: diagnóstico de situação, definição dos objetivos, planeamento, execução, avaliação e discussão e divulgação dos resultados (Relatório), conforme representado na figura 1.



Figura 1 – Metodologia de Trabalho de Projeto

Adaptado de: Ruivo M., Ferrito C., Nunes L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Percurso*. 15: 1-37.

A primeira etapa do projeto é o diagnóstico da situação, onde se pretende identificar as necessidades de intervenção numa população com o objetivo de resolver um problema. O diagnóstico da situação é um processo dinâmico, contínuo e com atualizações constantes, com o objetivo de ter em atenção as alterações na realidade, nas unidades de saúde e respetivos serviços, não negligenciando as dificuldades e complicações inerentes (Ruivo et al, 2010).

Desta forma, seguindo estes princípios e tendo por base o enquadramento concetual da temática realizado no capítulo anterior, os cuidados não traumáticos, especificamente as estratégias não farmacológicas e as intervenções farmacológicas encontram-se amplamente estudadas e recomendadas pela sua eficácia no alívio da dor, tanto por entidades nacionais de regulação da saúde, como a DGS e a OE, como por autores e entidades internacionais, como a OMS e a investigadora Anna Taddio.

Embora haja progresso na forma como a informação é difundida atualmente, ainda é manifestado nalguns estudos que os profissionais de saúde não aplicam corretamente as estratégias de alívio da dor, ou por défice de conhecimento e falta de formação ou por estarem ainda pouco sensibilizados para a aplicação dos cuidados não traumáticos em procedimentos dolorosos nas crianças (Batalha, 2010; Chan et al, 2013; Harrison et al 2013; Hockenberry & Wilson, 2014). Desta forma existe um paradoxo sobre o que é preconizado em termos de controlo e gestão da dor na criança e o que efetivamente é aplicado pelos profissionais nas unidades de saúde, tendo sido este problema a base do nosso projeto de intervenção.

Em termos de experiência profissional na área da pediatria, podemos mencionar que os enfermeiros no nosso contexto de prestação de cuidados estão pouco sensibilizados para esta temática, nomeadamente nos procedimentos com agulha, sendo este um procedimento rotineiro com elevada frequência e que, muitas vezes, têm de ser realizados de modo mais rápido devido ao elevado número de atendimentos a utentes. Para além do suporte científico obtido através da investigação, a temática também se tornou um objetivo profissional pessoal para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados nas unidades de saúde.

Inicialmente, iremos proceder à caracterização dos contextos de estágio onde foi desenvolvido o projeto para dar seguimento ao diagnóstico de situação. Posteriormente, é apresentada

a planificação do projeto com os objetivos gerais e específicos e as atividades inerentes à sua implementação. E por último, são apresentados e discutidos os resultados obtidos, assim como a avaliação do projeto.

## **2.1. Caracterização das unidades de saúde**

O projeto de intervenção foi desenvolvido transversalmente em quatro diferentes contextos de estágio, sendo que a caracterização e análise destes é realizada de forma cronológica. A análise dos diferentes contextos de estágio vai permitir caracterizar a realidade, as necessidades e a problemática das unidades de saúde onde foi aplicado este projeto.

O Estágio I decorreu entre 14 de Maio de 2018 a 22 de Junho de 2018 e teve lugar numa Unidade de Internamento de Pediatria (UIP - 6 semanas). Posteriormente, entre 17 de Setembro de 2018 a 18 de Janeiro de 2019 decorreu o Estágio Final, que foi repartido em três módulos: módulo A numa Unidade de Urgência Pediátrica (UUP - 4 semanas); módulo B numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP - 4 semanas); módulo C numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP – 8 semanas).

A organização dos locais de estágio teve por base a duração temporal destes, o projeto de intervenção e o meu projeto profissional pessoal, tendo então sido feita uma passagem dos cuidados de saúde diferenciados de nível hospitalar para os cuidados de saúde primários. De forma a caracterizar rigorosamente as unidades de saúde, foram consultados alguns documentos internos, como manuais da qualidade, normas de procedimento e manuais de integração.

### **2.1.1. Unidade de Internamento de Pediatria**

O Estágio I do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica decorreu numa UIP inserida numa Unidade Local de Saúde E.P.E. (ULS) na região do Alentejo.

As ULS são entidades públicas empresariais que integram numa única entidade pública os diversos serviços e instituições do Sistema Nacional de Saúde (SNS) existentes numa determinada área geográfica.

Esta ULS encontra-se num distrito com uma área de influência direta composta por 33913 utentes, destes 5161 são crianças dos 0 aos 14 anos de idade, dados relativos ao ano 2017 (POR-DATA, 2017).

Esta UIP tem como missão a prestação de cuidados de saúde de qualidade a crianças dos 28 dias de vida até aos 17 anos e 364 dias de idade, no âmbito dos cuidados médico/cirúrgicos e ortopédicos e ambulatório de ORL, e ainda a interligação e apoio a estruturas de saúde.

A UIP é constituída por duas enfermarias com 4 camas e duas enfermarias com 3 camas, tendo estas um código de cores. Tem também um quarto individual para habitualmente ser utilizado no internamento de crianças com doenças infectocontagiosas ou outras, que impliquem privacidade como os doentes oncológicos terminais. Para além destes espaços, a unidade apresenta as restantes áreas de apoio logístico e funcional necessários ao funcionamento do serviço, exceto uma sala diferenciada para procedimentos invasivos. Todo o espaço da UIP está decorado com desenhos coloridos de forma a humanizar e minimizar os efeitos negativos do internamento da criança.

Para a prestação de cuidados de saúde à criança/família existe um conjunto de recursos humanos que engloba uma equipa multidisciplinar, que tem como objetivos comuns a satisfação da criança/família, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, assim como, a readaptação funcional, englobando sempre a família nos cuidados à criança.

Os pais são incentivados a participar nos cuidados de saúde, sendo que a criança fica acompanhada as 24 horas por um dos pais ou familiar de referência e tem direito às refeições principais.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos pediatras, enfermeiros, assistentes técnicos, assistentes operacionais, assistente social e psicólogo. A equipa de enfermagem integra uma enfermeira chefe, 7 enfermeiros especialistas em SIP e 3 enfermeiros de cuidados gerais. O enfermeiro chefe de equipa fica responsável pelos seus utentes e pela gestão das camas de acordo com a idade e patologia da criança. A equipa de profissionais é partilhada com a Unidade de Neonatologia que se encontra localizada numa sala com capacidade para 8 vagas de cuidados intermédios neonatais, sendo que nesta unidade fica sempre 1 enfermeiro escalado em cada turno.

As crianças admitidas nesta UIP podem ser provenientes da urgência pediátrica, consulta externa, berçário ou por transferência de outro hospital. As situações clínicas para o internamento nesta unidade são: as doenças respiratórias, gastroenterites, doenças metabólicas, fraturas e cuidados pré e pós cirúrgicos.

O acompanhamento dos utentes é realizado com base num plano de cuidados que diariamente é avaliado e discutido pela equipa de enfermagem. A distribuição dos utentes pelos enfermeiros é realizada através do sistema de classificação de doentes (SCD/E). Sendo assim, o método de trabalho utilizado é o individual, onde os enfermeiros prestam a globalidade dos cuidados a determinado número de utentes, cada enfermeiro responde em termos de responsabilidade pelos seus utentes. Ressalvando que existe interajuda entre a equipa de enfermagem, sendo que nos turnos da manhã e da tarde ficam escalados 2 enfermeiros e no turno da noite fica apenas 1 enfermeiro escalado.

No momento da admissão o enfermeiro responsável pela criança procede ao acolhimento durante o qual são transmitidas informações à criança/família, com linguagem adequada, acerca do funcionamento da unidade e a sua situação clínica. Neste momento também é realizada uma entrevista com a avaliação inicial, observação e planeamento conjunto de cuidados. Os registos de enfermagem e médicos são realizados no programa informático SClínico®.

### 2.1.2. Unidade de Urgência Pediátrica

A UUP onde decorreu o módulo A do Estágio Final está localizada na mesma Unidade Local de Saúde do Estágio I. O objetivo da UUP é a prestação de cuidados urgentes e de forma continuada a todas as crianças e jovens até aos 17 anos e 364 dias de idade.

Em termos de espaço físico, apresenta uma disposição em *open space* da zona de reanimação, zona de trabalho de enfermagem, zona de inaloterapia e unidade de internamento de curta duração (lotação para 2 camas com período máximo de 24 horas). Para além destes espaços tem 1 sala de espera, 2 casas-de-banho, 1 gabinete de triagem e 2 gabinetes médicos.

A equipa multidisciplinar é constituída por 5 enfermeiros especialistas em SIP e 12 enfermeiros de cuidados gerais que também desempenham funções na Unidade de Urgência Geral, por médicos e assistentes operacionais.

Nesta ULS no ano 2017 ocorreram 59245 episódios de urgência, sendo estes valores provisórios e não fazendo distinção entre grupos etários (PORDATA, 2019). A admissão é realizada no balcão administrativo da urgência geral desta ULS e, posteriormente, a criança é encaminhada para a sala de espera da UUP e chamada pela enfermeira da triagem.

A triagem é realizada com base no sistema de triagem de *Manchester*, em que pela observação e avaliação da criança, através da seleção do fluxograma adequado à situação se estabelece uma prioridade colorida para o atendimento, sendo colocada uma pulseira da respetiva cor no antebraço da criança ou familiar. Se o estado da criança agravar, a enfermeira volta a reavaliar e prioriza a observação pelo médico.

O método de trabalho utilizado nesta UUP é o método individual pois, normalmente, estão escalados 2 enfermeiros por turno, sendo que um fica na triagem e o outro de sala aberta para procedimentos. Todavia, tendo em conta a afluência dos utentes, os enfermeiros entreadjudam-se na prestação de cuidados.

O processo clínico é realizado através do programa informático ALERT<sup>®</sup>, assim como os registos de enfermagem e médicos e resultados de meios complementares de diagnóstico.

### **2.1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos**

A UCINP onde decorreu o módulo B do Estágio Final localiza-se num Hospital E.P.E. no distrito de Setúbal, sendo uma referência para proporcionar assistência materna e apoio perinatal diferenciado de alto nível técnico e encontra-se em processo de acreditação pelo *Caspe Healthcare Knowledge Systems*<sup>2</sup>.

Este Hospital tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados à população de três concelhos, desenvolver atividades de investigação e formação, pré e pós-graduada, de profissionais de saúde, assim como atividades de ensino em colaboração protocolada com entidades públicas e privadas. Para além disso ainda dá apoio perinatal a outros 2 hospitais do distrito, assim como em algumas áreas a sul do país. Este Hospital está certificado como “Hospital Amigo dos Bebés” e cumpre as diretrizes definidas pela DGS em 2001 sobre a rede de referência materno-infantil.

Esta UCINP encontra-se num distrito com uma área de influência direta de três concelhos composta por 59888 crianças dos 0 aos 14 anos de idade, dados relativos ao ano 2017 (PORDATA, 2019).

A UCINP tem uma equipa multidisciplinar composta por 36 enfermeiros (13 Enfermeiros Especialistas em SIP), médicos pediatras, assistentes operacionais, assistentes técnicos, fisioterapeutas, entre outros.

A UCINP é constituída por 3 salas, com um total de 19 vagas. Os enfermeiros estão organizados em cinco equipas, segundo o método de enfermeiro responsável.

---

<sup>2</sup> Empresa Inglesa especializada em gestão do conhecimento e qualidade em saúde.

A UCIN (sala 1) é composta por 5 vagas para ventilação invasiva e tem autonomia para assistir todos os recém-nascidos de risco (pré-termo e de termo), com necessidade de ventilação ou patologia que justifique o internamento. Os motivos de internamento mais frequentes são: a prematuridade, anomalias congénitas ou intercorrências peri-parto.

A Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (sala 2) é composta por 10 vagas, que podem ser ocupadas por recém-nascidos pré-termo ou de termo em incubadora ou berço. Os motivos de admissão mais frequentes são semelhantes à UCIN, pesando o nível de gravidade da situação.

A UCIP (sala 3) é composta por 4 vagas para ventilação invasiva e admite crianças dos 28 dias aos 17 anos e 364 dias de idade, se a condição crónica assim o requerer. Os motivos de internamento mais comuns são: pós-operatório imediato com necessidade de ventilação assistida, politraumatizados, infeção respiratório ou sépsis.

A UCINP tem como filosofia os cuidados centrados na família, sendo que na presença dos pais deve ser estabelecido um processo de negociação, onde os profissionais fornecem o apoio e os ensinamentos necessários a que os pais possam tomar decisões informadas no cuidado à criança e fazer parte dele. A equipa de saúde deve desenvolver competências de comunicação, ensino e trabalho em equipa com a criança/família, de forma a promover a parceria de cuidados e a capacitação dos pais. O acompanhamento permanente dos pais é permitido das 8h às 24h.

#### **2.1.4. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados**

A UCSP onde decorreu o módulo C do Estágio Final pertence a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alentejo e pertence também a uma ULS, que foi criada em 2012 e publicada em decreto-lei nº 238/2012.

O ACES é dotado de autonomia administrativa e é um serviço desconcentrado das Administrações Regionais de Saúde ou integrado em Unidades Locais de Saúde. Esta ULS tem como missão “(...)promover e prestar cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, desenvolver

atividades de saúde pública, investigação, formação e ensino, de qualidade, assegurando o acesso da população, garantindo a sustentabilidade económico-financeira, de acordo com a estratégia nacional e regional de forma a obter ganhos em saúde” (ULSA, 2019).

A UCSP tem como missão melhorar o nível de saúde da população garantindo a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, de forma definitiva ou esporádica, nas suas unidades (ULSA, 2019).

A UCSP passa, anualmente, por um processo de contratualização de indicadores de desempenho que visam responder às necessidades específicas da população em saúde.

De acordo com o Decreto-Lei n. 28/2008, de 22 de fevereiro, as UCSP são, nos termos do artigo 7º do referido diploma, uma das unidades funcionais que podem constituir um ACES e prestam cuidados personalizados, com garantia da acessibilidade, continuidade e globalidade, através de uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativos. Além disso, desenvolve com autonomia organizativa e técnica a sua atividade, integrada numa rede com as demais unidades funcionais (ACSS, 2010).

Esta UCSP abrange um concelho amplo do distrito de Setúbal e tem 27692 utentes inscritos e 7 extensões de saúde, sendo que a faixa etária de crianças com idade igual ou inferior a 6 anos é de 1531 inscritos (5,5% do total de utentes inscritos) (SNS, 2019). Relativamente à taxa de natalidade deste concelho, no ano 2017 nasceram 216 crianças, que corresponde a uma taxa média de 7,5%, enquanto que a taxa média nacional foi de 8,4% (INE, 2019). Em termos de população residente entre os 0 e os 14 anos de idade temos 3539 crianças, cerca de 12,2% da população deste concelho (PORDATA, 2019).

O estágio decorreu no edifício sede da UCSP, que em termos de espaço físico apresenta 1 gabinete de consulta de enfermagem de saúde Infantil e Juvenil, 1 sala de vacinação, 1 sala de tratamentos, 1 gabinete de Higiene Oral, 1 gabinete de consulta de enfermagem de Saúde Materna e Planeamento familiar, 1 gabinete de consulta de enfermagem de Diabetes e Hipertensão Arterial, vários gabinetes médicos e administrativos e restantes áreas de apoio logístico e funcional.

A equipa multidisciplinar desta UCSP é constituída por 20 enfermeiros (1 Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária com funções de coordenação, 1 Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, e 2 Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia), 18 médicos, 14 administrativos e 4 assistentes operacionais.

Nesta UCSP, o método de trabalho utilizado é o método responsável por programa de saúde, a enfermeira coordenadora organiza o horário de trabalho semanalmente, distribuindo os enfermeiros pelos respetivos programas. Geralmente, cada extensão tem um enfermeiro responsável por um programa de saúde, sendo que os cuidados na sala de tratamentos geralmente são prestados por diversos enfermeiros consoante a sua distribuição semanal.

Os programas nacionais de saúde afetos aos enfermeiros nesta UCSP são: a Gravidez de Baixo Risco, Saúde Reprodutiva, Diabetes, Vacinação, Saúde Infantil e Juvenil, Diagnóstico Precoce, Doenças Cérebro-Cardiovasculares e Saúde Mental.

Uma vez que o estágio realizado foi no âmbito da obtenção das competências específicas do enfermeiro especialista em SIP e de mestre em Enfermagem, torna-se pertinente caracterizar o funcionamento da prestação de cuidados do enfermeiro perante a população pediátrica nos cuidados de saúde primários.

Neste sentido, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) está diretamente relacionado com o atendimento à criança nos centros de saúde, uma vez que está preconizado que a criança tem direito a ser acompanhado gratuitamente nos serviços de saúde públicos a consultas de vigilância desde o seu nascimento até aos 17 anos e 364 dias. O PNSIJ foi criado em 1992, através da Circular Normativa 9/DSI, de 6 de outubro, da então Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, bem como pelas atualizações sofridas ao longo do tempo, tendo a última ocorrido em 2013.

O PNSIJ apresenta os seguintes princípios: cumprimento das consultas de vigilância nas idades-chave, de forma a avaliar o desenvolvimento psicomotor, cognitivo, emocional, físico, alimentar e a escolaridade; harmonizar essas consultas com o cumprimento do PNV; valorizar os cuidados antecipatórios para promoção da saúde e prevenção da doença; detetar precocemente situações que possam afetar o desenvolvimento da criança e referenciar para o profissional de saúde ade-

quado (DGS, 2013b). Deste modo, o PNSIJ apresenta um conjunto de orientações técnicas referentes às consultas de vigilância da criança, explicitando quais os parâmetros de avaliação do desenvolvimento, cuidados antecipatórios e sinais de alerta.

Para o cumprimento das consultas de vigilância o enfermeiro especialista em SIP tem autonomia para marcar consulta de enfermagem e médica e convocar as crianças/pais via telefónica ou por carta.

A vacinação da população pediátrica é efetuada em contexto de consulta de enfermagem de SIJ ou em horário de vacinação geral, sendo que a enfermeira responsável pelo programa de vacinação realiza convocatórias telefónicas ou por carta para os pais, de forma a alertar para o esquema vacinal em atraso de forma a cumprirem o PNV.

As consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil decorrem no gabinete respetivo e têm uma duração de 20 a 30 minutos, consoante a necessidade de administração de vacinas. Os registos informáticos são efetuados no programa SClínico®, assim como o agendamento das consultas de enfermagem e médicas. Estas consultas podem decorrer em paralelo com as consultas médicas de vigilância.

Em termos de espaço lúdico, as crianças apresentam uma sala de espera com brinquedos, sendo que no gabinete de enfermagem de saúde infantil e juvenil também existem alguns brinquedos para interagir de forma lúdica com a criança.

O rastreio de diagnóstico precoce é efetuado entre o 3º e o 6º dia de vida do recém-nascido, sendo que pode ser efetuado em contexto de consulta domiciliária ou, presencialmente, na UCSP, consoante agendamento com a enfermeira especialista em ESIP.

Em termos de taxa de utilização das consultas médicas por especialidade de Saúde Infantil e Juvenil, os dados estatísticos que estão disponíveis são do ano 2012 em que se verificou um total de 4760 consultas efetuadas, sendo a UCSP desta ULS com maior número de consultas de SIJ efetuadas (INE, 2015).

A nível da cobertura vacinal no ano 2018, a UCSP apresenta valores na ordem dos 98,2%, na vacinação de crianças até aos 2 anos, 98,3% em crianças até aos 7 anos e 91,8% em crianças até aos 14 anos, sendo que esta última taxa está influenciada pela vacinação da vacina tétano e difteria ter uma taxa vacinal de 80,3%.

## **2.2. Diagnóstico de situação**

A primeira etapa da metodologia de trabalho de projeto é o diagnóstico de situação que consiste na elaboração de “(...) um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo et al, 2010).

O diagnóstico de situação, é uma etapa que envolve a identificação dos problemas na população-alvo, a sua análise do contexto onde o problema reside, as potencialidades e os mecanismos de mudança existentes. Para este projeto de intervenção a população-alvo foram as equipas de enfermagem.

Os instrumentos de colheita de dados permitem a elaboração do diagnóstico de situação com a identificação e validação dos problemas (Ruivo et al, 2010). Um dos métodos utilizados em todos os contextos de estágio foi a observação “desarmada”, sendo a informação obtida de forma natural, pois procede-se à observação não planeada de comportamentos.

A variação temporal dos estágios apresentou oscilações importantes, no que diz respeito ao tempo efetivo de permanência nos contextos, sendo assim, os instrumentos de colheita de dados utilizados foram a análise *SWOT* ( apêndice 1) nos três primeiros locais de estágio e a aplicação de questionário (apêndice 2) à equipa de enfermagem da UCSP do último local de estágio.

Tendo por base os aspetos legais e éticos da investigação, para a aplicação do projeto de intervenção e do questionário foi necessário submeter um pedido à Comissão de Ética da ULS que foi deferido em 27 de Novembro de 2018 (Anexo I).

No Estágio I foi efetuada uma reunião conjunta com a enfermeira chefe da UIP e a enfermeira especialista em SIP orientadora, de forma a averiguar a pertinência do tema do projeto para a equipa de enfermagem. No módulo A do Estágio Final, foi novamente efetuada reunião conjunta com a enfermeira chefe da UUP e a enfermeira especialista em SIP orientadora sobre a perceção da equipa de enfermagem sobre a temática. No módulo B do Estágio Final, foi efetuada novamente uma reunião conjunta com a enfermeira chefe da UCINP e do enfermeiro orientador, de forma a avaliar a pertinência da temática no serviço e, finalmente, no módulo C do Estágio Final, por ser o estágio mais longo, foi aplicado um questionário de avaliação de conhecimentos à equipa de enfermagem.

A técnica de análise SWOT foi elaborada pelo norte-americano Albert Humphrey entre as décadas de 1960 a 1970. Este termo é a sigla dos termos ingleses *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (ameaças), conforme explicitado na figura 2. A análise SWOT é um tipo de instrumento utilizado em planeamento estratégico e de apoio à gestão pois fornece informação para a elaboração do diagnóstico de situação, cujo é um precioso ponto de partida estratégico para a consciencialização por parte da equipa sobre forças, fraquezas, oportunidades e ameaças ao desempenho da unidade (Camara et al, 2015; Turner, 2010).



Figura 2 – Técnica de Análise SWOT

Fonte: <https://images.app.goo.gl/VjB6WGeq5FuRAEnB9>

Os pontos fracos e fortes são formados por fatores que façam parte do ambiente interno, que incluem: experiências, capacidades, conhecimentos e habilidades; os recursos organizacionais; e os recursos físicos (instalações, equipamentos, tecnologia, canais, etc.). Enquanto que, as oportunidades são fatores externos e não controláveis, atuais ou futuros que, se adequadamente aproveitados, podem ter um efeito positivo. Quanto às ameaças são fatores externos e não controláveis, atuais ou futuros que, se não forem eliminados, minimizados ou prevenidos, podem afetar negativamente (Pinhel, 2014).

Da análise SWOT efetuada nos três primeiros locais de estágios podemos detetar os seguintes pontos fracos:

- Um horário e número restrito de visitas, tanto na UIP como na UCINP;
- A maioria dos enfermeiros são recém-licenciados na UCINP;
- Ausência de sala diferenciada para procedimentos dolorosos;
- Ausência de registo das ENFAD utilizadas;
- Ausência de registo de dor antes, durante e após utilização das ENFAD;
- Ausência de registo da história da dor aquando do acolhimento da criança;
- Ausência do uso da escala de autoavaliação de *Wong-Baker e FPS-R*;
- Ausência de formação interna há mais de 2 anos sobre as ENFAD na UIP;
- Ausência de informação visível disponível sobre as ENFAD e as Intervenções Farmacológicas;
- Quartos e Unidades de dimensões reduzidas, ausência de Internet por Wi-fi, televisão com apenas 1 canal infantil;
- Escassos folhetos informativos para os pais sobre as ENFAD.

Perante estes pontos fracos estabelecemos um plano de atuação tendo em conta os objetivos delineados para o Projeto de Estágio e para o Projeto de Intervenção sobre a temática escolhida, dando particular ênfase na promoção dos cuidados não traumáticos e na sensibilização das equipas para o uso das ENFAD e das intervenções farmacológicas.

Para além da análise SWOT, foi aplicado um questionário à equipa de enfermagem da UCSP com os seguintes objetivos: avaliar os conhecimentos gerais sobre os cuidados não traumáticos, avaliar a utilização das estratégias não farmacológicas e as intervenções farmacológicas pela equipa aquando de procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar.

A realização do questionário teve por base a comprovação da problemática inicial detetada na revisão da literatura da subutilização das estratégias não farmacológicas e das intervenções farmacológicas no alívio da dor em procedimentos dolorosos.

O questionário pode apresentar perguntas fechadas, abertas ou mistas. Neste caso, foi elaborado um questionário misto em concordância com a enfermeira especialista em SIP orientadora.

O questionário foi dividido em 4 partes, sendo que na primeira parte apresentava perguntas fechadas de carácter biográfico, na segunda parte perguntas abertas sobre as estratégias não farmacológicas, na terceira parte perguntas abertas sobre as intervenções não farmacológicas e na última parte uma pergunta fechada sobre necessidades formativas sobre a temática. O questionário foi de preenchimento anónimo e esteve disponível para preenchimento online por via *Google® forms* durante 15 dias, tendo sido considerado que ao submeter o mesmo, o enfermeiro estaria a aceitar participar voluntariamente no estudo.

O tratamento dos dados foi realizado estatisticamente de forma descritiva com recurso à metodologia qualitativa através da análise de conteúdo e feita a sua categorização de acordo com a literatura sobre a temática, nomeadamente as orientações da DGS (2012) e da OE (2013).

A investigação qualitativa baseia-se no paradigma naturalista ou interpretativo, que está profundamente associado a uma visão holística dos seres humanos. As investigações qualitativas tendem a revelar o significado ou a perspetiva de interpretação que determinado fenómeno reveste para os indivíduos (Fortin, 2009). A análise de conteúdo pretende organizar os conteúdos de

um conjunto de mensagens num sistema de categorias que traduzam as ideias-chave veiculadas pela documentação em análise (Amado, 2013).

A amostra de enfermeiros da UCSP foi constituída por 17 enfermeiros, sendo a taxa de adesão ao questionário de 70,6%. Alguns dos fatores para a não adesão ao questionário, foram a ausência para férias e incapacidade temporária de trabalho. Os inquiridos são na sua maioria do sexo feminino, existindo apenas um elemento do sexo masculino. Em termos de idade, 66,7% dos inquiridos encontra-se entre os 30 e 39 anos, 16,7% com mais de 60 anos e 8,3% entre os 40 e 49 anos e 50 aos 59 anos, sendo que nenhum dos elementos da equipa se encontra na faixa etária dos 20 aos 29 anos. A nível de habilitações literárias, 75% dos inquiridos tem a Licenciatura em Enfermagem, 16,6 % apresenta um Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem e 8,3% apresenta um Curso de Mestrado. Em termos de experiência profissional geral, 50% dos inquiridos são enfermeiros de 12 a 17 anos, sendo que apenas um dos enfermeiros apresenta entre 0 a 5 anos de experiência profissional. No que diz respeito ao tempo de serviço nesta UCSP, 50% dos enfermeiros desempenham funções há menos de 5 anos, 25% entre os 6 e 11 anos, 16,7% entre os 18 e 25 anos e 8,3% há mais de 26 anos.

A nível comparativo entre os contextos de estágio, a equipa de enfermagem da UCSP foi a que apresentou menos enfermeiros especialistas, sendo a sua maioria enfermeiros de cuidados gerais.

Na segunda parte do questionário foram avaliados os conhecimentos gerais sobre as estratégias não farmacológicas de alívio da dor e a sua utilização em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar. As respostas foram analisadas e agrupadas, tendo sido definidas, através do processo de categorização, as seguintes categorias: distração, presença dos pais, informação preparatória, relaxamento, imaginação guiada, amamentação, ambiente calmo, gelo/calor, musicoterapia, massagem, posicionamento, sucção não nutritiva e reforço positivo. De forma a facilitar a análise deste tratamento de dados estatísticos recorreu-se ao Microsoft Excel® para a criação de gráficos.

Na figura 3 são apresentados os dados referentes à pergunta nº 1 : *“Quais as estratégias não farmacológicas que conhece para aplicar a crianças aquando de procedimentos dolorosos?”*

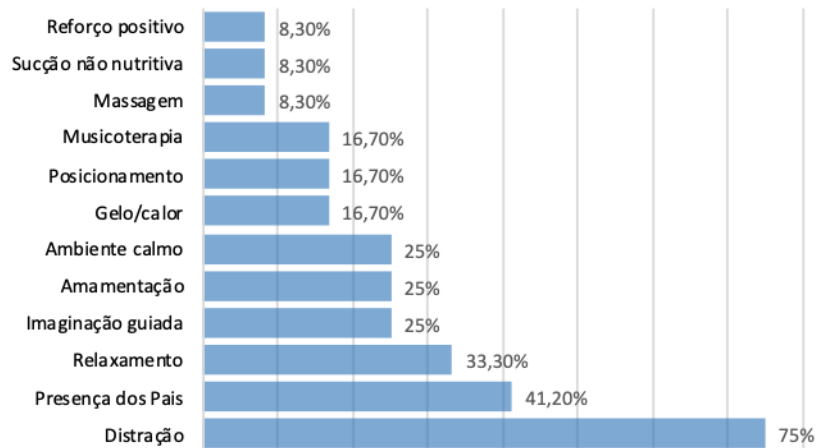


Figura 3 – Gráfico das ENFAD conhecidas pelos enfermeiros da UCSP

Através da análise do gráfico podemos concluir que a maioria da equipa de enfermagem da UCSP refere conhecer em maior percentagem a estratégia da distração, seguida da presença dos pais e do relaxamento. Sendo que as estratégias menos referidas são o reforço positivo, a sucção não nutritiva e a massagem.

Aquando da correspondência das respostas às categorias pode-se verificar que a média das estratégias não farmacológicas referidas foram 3. Desta forma verificou-se que 58,3% dos inquiridos não referiu mais de 3 estratégias não farmacológicas, revelando um subentendimento da temática.

Seguidamente, na figura 4, são apresentados os dados referentes à pergunta nº 2: “*No seu contexto laboral quais as estratégias não farmacológicas que usa nas crianças em idade pré-escolar em procedimentos com agulha?*”

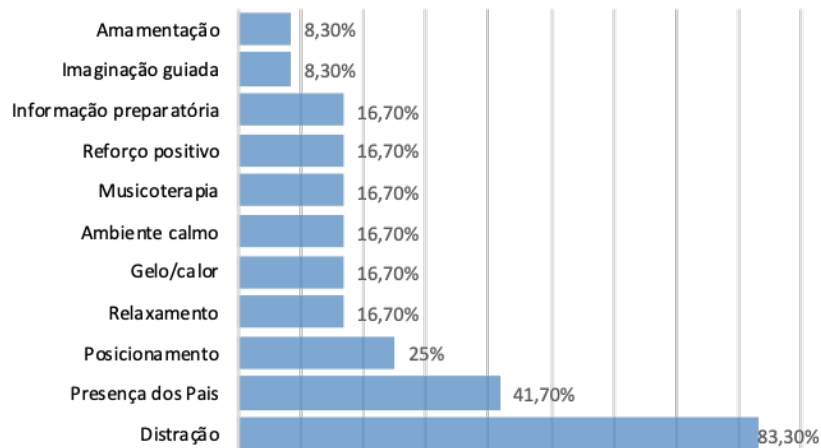


Figura 4 - Gráfico das ENFAD utilizadas em crianças de idade pré-escolar na UCSP

Através da análise do gráfico verifica-se que 83,3% dos enfermeiros utiliza como estratégia não farmacológica preferencial nas crianças em idade pré-escolar a distração, seguida da presença dos pais e do posicionamento. De realçar que nesta pergunta obtiveram-se respostas que se enquadraram na categoria de informação preparatória que não havia sido mencionada nas respostas da pergunta anterior. As estratégias não farmacológicas menos utilizadas são a imaginação guiada e a amamentação, sendo que esta última foi referida pelo inquirido com a ressalva “caso ainda se realize”.

De notar, que nesta pergunta na correspondência das estratégias não farmacológicas às categorias verificou-se que a média de respostas foram menos de 3 em 66,7% dos inquiridos, realçando que os enfermeiros da UCSP desconhecem mais de 3 estratégias não farmacológicas passíveis de serem utilizadas em crianças de idade pré-escolar. De notar que as estratégias não farmacológicas menos mencionadas, como a imaginação guiada, o reforço positivo e a informação preparatória são das estratégias mais indicadas nesta faixa etária do pré-escolar, de acordo com a revisão bibliográfica efetuada.

Na terceira parte do questionário foram avaliados os conhecimentos gerais sobre as intervenções farmacológicas de alívio da dor e a sua utilização em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar. As respostas foram analisadas e agrupadas, tendo sido definidas, através do processo de categorização, as seguintes categorias: anestésico tópico, analgésico, outras e nenhuma.

Na figura 5 são apresentados os dados referentes à pergunta nº 4: “Quais as estratégias farmacológicas que conhece e que podem ser utilizadas em crianças aquando de procedimentos dolorosos?”

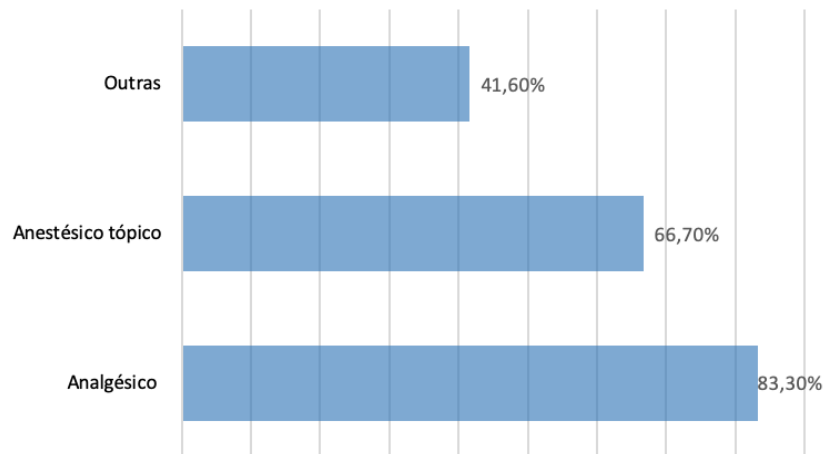


Figura 5 – Gráfico das intervenções farmacológicas conhecidas pelos enfermeiros da UCSP

Através da análise do gráfico verifica-se que a maioria dos inquiridos (83,3%) respondeu o analgésico oral, nomeadamente o paracetamol. Seguidamente, com 66,7% os inquiridos responderam conhecer o anestésico tópico e, por último, na categoria de outras com uma percentagem de 41,6% houveram respostas como as soluções açucaradas (glicose e AEROM®) e o frio/calor, revelando confusão na classificação de estratégias não farmacológicas com intervenção farmacológica.

Seguidamente, na figura 6 são apresentados os dados referentes à pergunta nº 4: “No seu contexto laboral quais as intervenções farmacológicas que são utilizadas nas crianças em idade pré-escolar em procedimentos com agulha?”

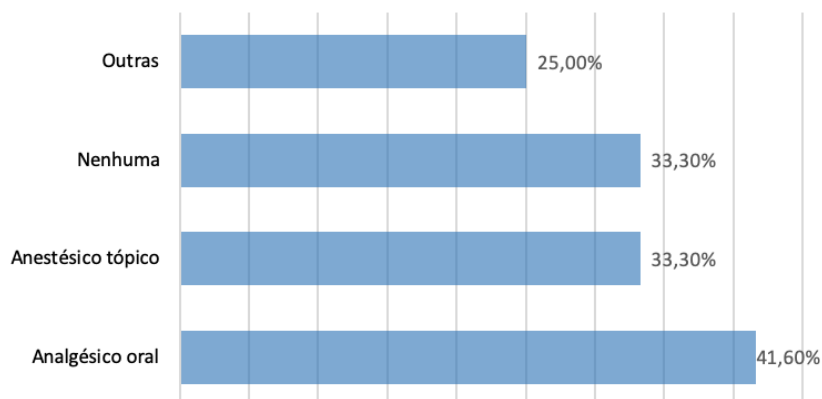


Figura 6 - Gráfico das intervenções farmacológicas utilizadas em crianças de idade pré-escolar na UCSP

De acordo com a análise do gráfico acima, verifica-se que as intervenções farmacológicas não são utilizadas, frequentemente, pelos enfermeiros em crianças de idade pré-escolar em procedimentos com agulha nesta UCSP, sendo que apenas 41,6% referiu o recurso ao analgésico oral e 33,3% o recurso ao anestésico tópico. De notar que nesta unidade não existe em stock de farmácia o anestésico tópico, sendo que o seu uso é dependente dos pais das crianças trazerem do domicílio o penso adesivo. Na categoria de “outras” voltaram a estar referidas as soluções açucaradas.

Ao longo da análise do questionário na segunda e terceira parte verificou-se que a frequência das estratégias não farmacológicas e das intervenções farmacológicas diminui da primeira para a segunda pergunta, revelando que os enfermeiros conhecem algumas das estratégias e intervenções, mas posteriormente aquando da sua utilização em crianças de idade pré-escolar referem o seu uso em menor percentagem, evidenciando a necessidade da promoção dos cuidados não traumáticos.

Na quarta, e última parte, do questionário averiguou-se a necessidade de formação sobre a temática dos cuidados não traumáticos, sendo que a totalidade das respostas foram afirmativas (100%). Podemos analisar que a equipa de enfermagem da UCSP demonstrou ter necessidade de formação acerca da temática, nomeadamente, as estratégias não farmacológicas e as intervenções farmacológicas em pediatria.

Os procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar realizados pela equipa de enfermagem da UCSP observados ao longo do estágio foram, na sua maioria, as injeções intramusculares e subcutâneas, associadas à vacinação. Estes momentos de vacinação tanto ocorreram em horário de vacinação geral no gabinete de vacinação, como em consulta de enfermagem prévia à consulta médica de vigilância dos 5 anos no gabinete de Saúde Infantil e Juvenil.

Os dados obtidos através do diagnóstico de situação revelaram uma posição semelhante ao descrito na literatura, nomeadamente o défice de conhecimento dos enfermeiros sobre os cuidados não traumáticos e a subtilização tanto das estratégias não farmacológicas como das intervenções farmacológicas no utente de idade pediátrica. Desta forma, tornou-se evidente a necessidade de formação e de sensibilização das equipas de enfermagem das unidades de estágio para o uso das ENFAD, assim como das intervenções farmacológicas disponíveis para que haja uma melhoria dos cuidados prestados. Batalha (2010) defende que os profissionais de saúde têm o dever de utilizar todos os seus conhecimentos científicos para que as crianças tenham o direito a não ter dor e, esta, tenha como resposta desses profissionais uma prevenção e tratamento igualmente universal.

### **2.3. Definição de objetivos**

De acordo com a metodologia de trabalho de projeto procedeu-se à etapa seguinte da definição de objetivos, de forma a resolver a problemática inicialmente detetada. De acordo com Ruivo et al (2010), os objetivos indicam os resultados que se pretende atingir, devendo ser formulados tendo em conta os conhecimentos e capacidades a adquirir e devem ser claros, concisos, realizáveis e mensuráveis em termos de qualidade.

Posto isto, definimos como objetivo geral do Projeto de Intervenção: *Promover os cuidados não traumáticos em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar.*

Seguidamente procedemos à formulação dos objetivos específicos, cujos devem definir um comportamento esperado, especificar as condições de realização e os critérios de êxito (Ruivo et al, 2010). Para este Projeto de Intervenção definimos como objetivos específicos:

- *Adquirir conhecimento e competência na área dos cuidados não traumáticos;*
- *Sensibilizar as equipas de enfermagem para o uso das ENFAD e das intervenções farmacológicas;*
- *Observar e analisar as ENFAD e as intervenções farmacológicas utilizadas em crianças de idade pré-escolar em procedimentos com agulha;*
- *Validar os benefícios dos cuidados não traumáticos através da utilização das escalas de avaliação da dor recomendadas para a idade pré-escolar.*

Como já foi referido anteriormente no enquadramento da temática, o enfermeiro especialista em ESIP faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, aplicando para isso um conjunto de conhecimentos e habilidades sobre as ENFAD e intervenções farmacológicas. Sendo assim, este Projeto de Intervenção permitirá, para além da resolução da problemática detetada, desenvolver as competências específicas e comuns do enfermeiro especialista, assim como, as competências de Mestre.

## **2.4. Planeamento**

O planeamento de um projeto corresponde à terceira fase da metodologia de trabalho, durante a qual são definidas as atividades a desenvolver e a sua calendarização, os recursos necessários, os riscos e limitações (Ruivo et al, 2010).

Este Projeto de Intervenção fez parte integrante do projeto de estágio inicialmente delineado durante o estágio I (apêndice 3). Posteriormente, o Projeto de Intervenção foi submetido à

Comissão de Ética da ULS do módulo C do Estágio Final, visto ter sido aí aplicado o questionário de diagnóstico de situação à equipa de enfermagem e ser o contexto mais longo de estágio e suscetível de se desenvolver mais aprofundadamente o Projeto de Intervenção. Ao longo do percurso deste projeto foi sempre tida em conta as opiniões dos docentes orientadores, assim como dos enfermeiros orientadores em contexto de estágio.

Seguidamente, explicitamos as atividades e meios planeados para atingir os objetivos específicos formulados anteriormente.

- **Objetivo Nº 1:** *Adquirir conhecimento e competência na área dos cuidados não traumáticos.*

De modo a alcançar este objetivo foi efetuada uma pesquisa e revisão bibliográfica sobre a temática, de forma a adquirir e aprofundar conhecimentos. Para além disso, foi elaborada uma revisão integrativa da literatura com o seguinte título “Estratégias para alívio da dor na criança durante a vacinação” (apêndice 4).

A revisão da integrativa da literatura é um método que permite a inclusão simultânea de estudos experimentais e quase-experimentais, combinando dados de literatura teórica e empírica originando uma compreensão mais ampla sobre a temática escolhida e tem como objetivo sintetizar essa informação obtida através da pesquisa, fornecendo desta forma um corpo de conhecimento (Ercole et al, 2014).

A realização do artigo científico permitiu também desenvolver a competência comum D2 do Enfermeiro Especialista definida no Regulamento nº 140/2019 publicado no Diário da República nº 26 de 6 de Fevereiro de 2019: “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”.

No que diz respeito às competências do grau de Mestre a elaboração da revisão integrativa procurou dar resposta à competência definida no artigo nº 15 do Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de Agosto de 2018 (p.4162), “possuir conhecimentos e capacidade de compreensão(...) sustentando-se nos conhecimentos (...), os desenvolva e aprofunde e permitam (...) o desenvolvimento de investigação.”

- **Objetivo Nº 2:** *Sensibilizar as equipas de enfermagem para o uso das ENFAD e das intervenções farmacológicas.*

Após a análise dos dados obtidos durante o diagnóstico de situação verificou-se que existia um défice de conhecimentos e subutilização das ENFAD e das intervenções farmacológicas, pelo que se tornou necessário a realização de sessões de formação sobre a temática. Durante o percurso de estágio, em concomitância com os enfermeiros orientadores nos contextos de estágio, optou-se por planear 2 sessões de formação às equipas de enfermagem da UIP e da UCSP.

Barbosa (2011), referiu que a formação dos profissionais de saúde é crucial no processo de mudança em que o desenvolvimento dos profissionais deve fomentar além dos conhecimentos técnico-científicos, as capacidades e os comportamentos, criando uma maior diferenciação de recursos humanos garantindo, desta forma, uma maior qualidade dos cuidados de saúde.

Para além das sessões de formações também delineamos como estratégia a realização de um poster sobre as ENFAD para a UIP, a UCINP e UCSP e um poster sobre as intervenções farmacológicas para a UUP. Consideramos que o conhecimento ao estar disponível e exibido no local de trabalho dos enfermeiros facilita e promove a utilização das ENFAD e das intervenções farmacológicas, uma vez que o poster transmite de forma rápida e clara a informação essencial sobre um tema.

De forma a facilitar o recurso da equipa de enfermagem da UCSP à utilização da estratégia não farmacológica *distração por visualização de vídeos* planeou-se solicitar o desbloqueio da plataforma Youtube® nos computadores das salas de vacinação e nos gabinetes de Saúde Infantil e Juvenil ao Departamento de Informática da ULS.

A realização de uma norma de procedimento sobre a aplicação de anestésico tópico foi outra das estratégias que delineamos realizar na UCSP, uma vez que este procedimento não se encontrava internamente normalizado na ULS.

A elaboração de normas visa estabelecer linhas orientadoras para a prestação e melhoria da qualidade clínica dos cuidados prestados, orientar a execução dos procedimentos por princípios baseados na mais recente evidência científica e desenvolver a arte de saber fazer (Veiga et al, 2011).

Desta forma propusemos a elaboração da norma de procedimento em conjunto com uma Pediatra e mais duas enfermeiras Especialistas em SIP da UCSP da ULS de forma a uniformizar os procedimentos e promover o conhecimento acerca da intervenção farmacológica da aplicação de anestésico tópico previamente à execução de procedimentos com agulha em utentes de idade pediátrica.

As atividades e estratégias propostas permitiram o desenvolvimento das unidades de competência comuns do Enfermeiro Especialista relacionadas com a mobilização de conhecimentos e formação dos profissionais, assim como a implementação de procedimentos para a prática, ou seja, “B1.1 Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade”, “D2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” e “D2.3 Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (OE, 2019).

- **Objetivo Nº 3** – *Observar e analisar as ENFAD e as intervenções farmacológicas utilizadas em crianças de idade pré-escolar em procedimentos com agulha;*

Após a realização das sessões de formação aos enfermeiros pretendeu-se observar de que forma as ENFAD e as intervenções farmacológicas foram utilizadas em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar. Uma vez que o estágio mais longo foi realizado na UCSP, esta observação foi realizada apenas neste contexto de estágio com o auxílio de um instrumento de colheita de dados elaborado especificamente para esta observação, tendo em conta a revisão da literatura efetuada (apêndice 5).

Este tipo de observação permitiu averiguar se os conhecimentos foram bem assimilados nas sessões de formação e se os enfermeiros ficaram sensibilizados para o uso dos cuidados não traumáticos nos utentes pediátricos.

- **Objetivo Nº4** - *Validar os benefícios dos cuidados não traumáticos através da utilização das escalas de avaliação da dor recomendadas para a idade pré-escolar.*

A avaliação da dor é considerada o 5º sinal vital, pelo que em qualquer procedimento doloroso deve ser avaliada com o recurso a escalas de avaliação da dor adequadas à idade da criança.

Consideramos que ao promover os cuidados não traumáticos, a forma mais correta para avaliar os seus benefícios no alívio da dor seria a utilização das escalas de avaliação da dor após os procedimentos com agulha nas crianças de idade pré-escolar. Para isso, utilizamos no instrumento de coleta de dados mencionado acima uma secção com a avaliação da dor.

Os instrumentos de avaliação da dor devem ser válidos e fiáveis, práticos, adequados à idade da criança, ao tipo de dor e situação clínica. Podem ser utilizados dois métodos: heteroavaliação e autoavaliação. Na heteroavaliação a avaliação é realizada pelos profissionais de saúde e pelos pais, enquanto que na autoavaliação a criança relata a sua própria dor. A dor sendo uma variável subjetiva e influenciada por diversos fatores, requer que a sua avaliação valorize a percepção de quem a vivencia pelo que a autoavaliação é considerada um modelo de ouro (Batalha, 2010).

Para a maioria das associações sobre a dor, a autoavaliação deverá ser fiável e segura a partir dos 4 anos. Sendo que a idade pré-escolar se encontra entre os 3 e os 6 anos de idade, para uma autoavaliação, dos 4 aos 6 anos, as escalas de utilização mais simples e práticas que foram utilizadas são a escala FPS-R e a escala de faces de Wong-Baker. A partir dos 6 anos foi utilizada a escala visual analógica ou a escala numérica.

O planeamento das etapas/atividades foi organizado sob a forma de cronograma, de modo a permitir uma rápida de visualização das mesmas e do prazo estipulado para o Projeto de Intervenção (apêndice 6).

## **2.5. Execução do projeto**

A execução do projeto refere-se à quarta etapa da metodologia de trabalho de projeto e consiste na realização das atividades propostas de forma a resolver a problemática inicialmente detetada. É uma etapa onde são recolhidos dados através da observação, entrevistas, questionários, consulta de documentos, entre outras (Ruivo et al, 2010).

Nogueira (2005, cit. por Ruivo et al, 2010) menciona que “a elaboração e execução de um projeto está implicitamente ligada a uma investigação-ação que deve ser simultaneamente um ato de transformação, uma ocasião de investigação e de formação, tornando-se, portanto, uma produção intelectual” (p.24).

Este Projeto de Intervenção tinha carácter transversal a todos os contextos de estágio, sendo que o local onde pretendemos implementar mais atividades e realizar colheita de dados junto da equipa de enfermagem foi na UCSP. O objetivo comum a todos os contextos de estágio foi *promover os cuidados não traumáticos em crianças de idade pré-escolar em procedimentos com agulha*.

Durante a realização do Estágio I foi efetuada a realização de um Estudo de Caso sobre uma criança internada na UIP. O estudo de caso de enfermagem é um estudo aprofundado de uma unidade ou grupo, tendo em conta a sua complexidade e dinamismo próprio, fornecendo informações pertinentes para a tomada de decisão clínica de enfermagem (Simões, 2017).

O Estudo de Caso contribuiu para compreender melhor os fenómenos individuais e familiares, tendo por base o processo de enfermagem, sendo este um método de identificação e resolução de problemas. Este trabalho foi dividido em quatro partes: iniciou-se com uma breve introdução, seguiu-se para um enquadramento teórico onde foram desenvolvidas as temáticas do desenvolvimento infantil, da infeção respiratória e do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, terminando-se com uma reflexão sobre as competências do EESIP. Seguidamente foi elaborado uma análise de uma situação real, vivenciada em contexto do Estágio I, onde foi realizada a contextualização da situação com a avaliação inicial, os problemas identificados (focos), os diagnósticos de enfermagem levantados de acordo com a CIPE® versão 2015, elaborado um plano das intervenções de enfermagem e, por fim, foi realizada a avaliação das mesmas.

De forma a evitar uma exposição indevida da situação da criança e da sua família, o estudo de caso não será colocado em apêndice. No decurso do estudo de caso houve a necessidade da realização de um folheto informativo para os pais sobre a inaloterapia em câmara expansora, que foi revisto juntamente com a enfermeira chefe, a enfermeira orientadora do Estágio I e o Docente Orientador (apêndice 7). Este folheto ficou na UIP para posteriormente ser validado pelo departamento de qualidade da ULS respetiva.

Um dos objetivos do Estágio Final foi a elaboração de um artigo científico tendo por base a temática escolhida para o Projeto de Intervenção. O tema do artigo científico foram as estratégias para alívio da dor na criança durante a vacinação. Para a elaboração deste artigo recorreu-se à pesquisa de artigos internacionais, com o objetivo de identificar quais as estratégias não farmacológicas e intervenções farmacológicas mais apropriadas e eficazes na vacinação de crianças.

Para a realização da revisão integrativa da literatura efetuou-se como método de pesquisa, durante o mês de novembro de 2018, um levantamento bibliográfico de artigos nas bases de dados *online EBSCOhost* (todas as bases selecionadas) e B-On, publicados entre os anos de 2011 e 2018.

Na análise destes artigos foram aplicadas as grelhas de avaliação *The Joanna Briggs Institut* a fim de determinar a evidencia científica dos mesmos e a respetiva qualidade metodológica. Foram selecionados 12 artigos com limite temporal entre 2013 e 2017 e estes eram predominantemente artigos quantitativos experimentais, quase-experimentais, observacionais, uma revisão sistemática e duas opiniões de peritos. Através desta revisão pode-se concluir que as estratégias não farmacológicas de alívio da dor mais eficazes na vacinação são: a distração, a presença e suporte emocional dos pais, a amamentação, a sacarose oral e a informação preparatória com recurso ao brinquedo instrucional. Sendo que a intervenção farmacológica mais sugerida nesta revisão foi a aplicação prévia de anestésico tópico.

De forma a alcançar o segundo objetivo proposto “*Sensibilizar as equipas de enfermagem para o uso das ENFAD e das intervenções farmacológicas*”, procedeu-se a duas sessões de formação, duas na UIP e outra na UCSP. Previamente à organização das sessões de formação, a sua pertinência foi validada em reunião conjunta com as enfermeiras chefes e as enfermeiras orientadoras das respetivas unidades, tendo estas sido incluídas nos programas de formação interno.

Na UIP a maioria dos enfermeiros eram EEESIP e por isso apresentavam um nível de conhecimentos sobre a temática mais evidente do que na UCSP, tendo sido por isso realizada uma sessão de formação apenas sobre as ENFAD no geral, de forma a relembrar o seu benefício e a promover o seu uso nas crianças hospitalizadas. De forma a promover a adesão dos enfermeiros à sessão de formação foi proposto pela enfermeira chefe de estas decorrerem após a passagem de turno, cujo é um momento oportuno onde se juntam muitos profissionais.

Na UCSP a sessão de formação à equipa de enfermagem decorreu *à posteriori* da análise dos resultados do questionário, pelo que ao verificarmos o défice de conhecimentos sobre a temática, optamos por apresentar mais aprofundadamente as ENFAD, as orientações da DGS, da OMS, da OE e as intervenções farmacológicas passíveis de serem utilizadas aquando de procedimentos com agulha nos utentes em idade pediátrica.

Em termos de métodos e técnicas pedagógicas foram utilizados, maioritariamente, o método expositivo e o interrogativo, tendo sido utilizado como recursos didáticos o computador, videoprojector e a apresentação em PowerPoint®. Os planos das sessões de formação e as apresentações efetuadas encontram-se no apêndice 8.

Após as sessões de formação deve existir um momento de avaliação da mesma, de modo a avaliar o processo de aprendizagem, a pertinência da formação, o interesse para o profissional de saúde e o desempenho do formador. Essa avaliação pressupõe a recolha de informação que visa a melhoria futura das formações, posto isto, no final da realização de cada sessão de formação foi entregue um questionário a cada enfermeiro (apêndice 9).

Outras das atividades que foram realizadas para atingir o objetivo acima mencionado, foi a realização de um poster A3 sobre as ENFAD adaptável a três dos contextos de estágio, a UIP, a UCINP e a UCSP. Este poster informativo explicitou as ENFAD por faixa etária, tendo por base a informação recolhida pelas orientações da DGS (2012) e da OE (2013) (apêndice 10). Após reunião com as enfermeiras chefes e as enfermeiras orientadoras dos estágios, consideramos não limitar a faixa etária da criança em idade pré-escolar, presente no nosso Projeto de Intervenção, para que as equipas de enfermagem tivessem disponível a informação necessária para a utilização das ENFAD a qualquer utente pediátrico. Durante o estágio na UUP e também após reunião com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora optámos por desenvolver um poster sobre as intervenções farmacológicas no controlo da dor, de forma a facilitar o acesso da equipa de enfermagem e médica à informação sobre os fármacos e dosagens e em que tipo de procedimentos dolorosos estão aconselhados, tendo sido utilizadas as orientações da DGS (2012) para a realização do mesmo (apêndice 11).

Para além das atividades já mencionadas, durante o estágio da UCSP propusemo-nos a realizar uma norma de procedimento, neste caso, acerca das intervenções farmacológicas no alívio

da dor, nomeadamente, a *“Aplicação tópica de anestésico local no utente pediátrico”*. De forma a proteger o documento realizado para a ULS correspondente optámos por colocar em apêndice apenas o índice da norma (apêndice 12).

Os anestésicos locais aplicados topicamente podem aliviar a dor de origem neuropática, reduzindo as descargas ectópicas dos nervos somáticos superficiais em áreas de dor localizada (Flores et al, 2012). Os procedimentos dolorosos mais frequentes em pediatria são os que envolvem a inserção de agulhas. Se a dor que ocorre desta experiência não for prevenida, procedimentos futuros de carácter semelhante irão desencadear medo e apreensão que compromete, em muitos casos, a correta adesão ao comportamento de procura de saúde (Schetchter et al., 2007).

A necessidade desta norma foi validada após reunião com a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora, uma vez que as normas nos utentes pediátricos nesta ULS são quase inexistentes. O objetivo da norma foi normalizar o procedimento da aplicação tópica de anestésico local em crianças aquando de procedimentos com agulha e facilitar o acesso a todas as UCSP desta ULS ao EMLA®, cujo apenas existe na farmácia hospitalar e é o único anestésico tópico disponível para pediatria.

A realização desta norma procedeu de forma conjunta com mais 2 enfermeiras especializadas em SIP e uma médica Pediatra e cumpriu os requisitos internos presentes na Norma Regulamentar *“Regras para Elaboração de Normas”*. Para a elaboração desta norma, procedemos à pesquisa de evidência científica em documentos sobre o fármaco, artigos científicos e as orientações da DGS (2012). A norma foi submetida para aprovação no Conselho de Administração da ULS e aguardamos o parecer.

No que diz respeito ao objetivo nº3 *“Observar e analisar as ENFAD e as intervenções farmacológicas utilizadas em crianças de idade pré-escolar em procedimentos com agulha”* e o objetivo nº4 *“Validar os benefícios dos cuidados não traumáticos através da utilização das escalas de avaliação da dor recomendadas para a idade pré-escolar”*, para alcançarmos estes objetivos foi realizado um instrumento de colheita de dados de forma obter informação sobre a utilização das ENFAD e das intervenções farmacológicas pela equipa de enfermagem da UCSP em crianças de idade pré-escolar em procedimentos com agulha, nomeadamente, as vacinas injetáveis. Este instrumento permitiu também registar o grau de dor da criança, cujo só foi avaliada após a administração de uma vacina, uma

vez que consideramos que a criança ao saber que o procedimento irá ser repetido poderá intensificar a sua reação à dor.

## **2.6. Avaliação e discussão dos resultados**

De acordo com metodologia de trabalho de projeto, a avaliação e discussão dos resultados é a penúltima fase e consiste em avaliar o percurso efetuado ao longo da implementação do projeto. Uma das características fundamentais da metodologia de projeto é o facto da avaliação ser um processo contínuo e permitir aperfeiçoar, reorganizar objetivos e estratégias. No processo de avaliação são realizadas as primeiras críticas sobre o trabalho e é possível serem feitas sugestões de melhoria (Ruivo et al, 2010).

A análise SWOT realizada para os três primeiros contextos de estágio durante o diagnóstico de situação revelou os pontos fortes e fracos, as ameaças e as oportunidades referentes à temática escolhida. Esta análise procedeu das entrevistas realizadas no início de cada contexto de estágio com as Enfermeiras Chefes e os respetivos Enfermeiros Orientadores, tendo sido detetados alguns pontos fracos que necessitavam de se tornar oportunidades para melhorar. Os pontos fracos detetados nos três primeiros estágios foram: Unidades com horário e número restrito de visitas; a maioria dos enfermeiros em nível iniciado/iniciado avançado na UCINP; a inexistência de sala diferenciada para procedimentos dolorosos nas unidades; a ausência de registo no processo do utente das ENFAD utilizadas e ausência de registo de dor antes, durante e após utilização dessas ENFAD; ausência de registo da história da dor aquando do acolhimento da criança; ausência do uso da escala de autoavaliação de *Wong-Baker* e FPS-R, ausência de formação interna há mais de 2 anos sobre as ENFAD na UIP; ausência de Poster/Panfletos sobre as ENFAD e as Intervenções Farmacológicas; quartos e unidades de dimensões reduzidas, ausência de Internet por *Wi-fi*, televisão com apenas 1 canal infantil; escassos folhetos informativos para os pais.

A partir da realização da análise SWOT foram delineadas estratégias e atividades que foram validadas com a equipa de enfermagem, de forma a sensibiliza-las para a valorização e utilização das ENFAD e das intervenções farmacológicas, de forma a promover os cuidados não traumáticos no utente pediátrico.

Seguidamente iremos proceder à avaliação dos resultados referentes ao questionário efetuado à equipa de enfermagem da UCSP, aos dados referentes à avaliação das sessões de formação e à avaliação dos dados referentes à observação dos cuidados não traumáticos prestados pela equipa de enfermagem da UCSP no período pós-formação .

Através do questionário de diagnóstico de situação efetuado à equipa de enfermagem da UCSP podemos verificar que existia um défice de conhecimentos geral sobre as ENFAD, no qual a maioria dos enfermeiros respondeu em média apenas 3 estratégias e quando foi solicitado responderem quais utilizavam em crianças de idade pré-escolar a média de respostas ficou pelas 2,5.

A nível das intervenções farmacológicas conhecidas, os enfermeiros não conseguiram mencionar mais que 2, revelando défice de conhecimentos acerca das outras intervenções farmacológicas possíveis como por exemplo os sedativos e analgésicos sistémicos e o protóxido de azoto e oxigénio. Todavia, aquando da pergunta sobre as intervenções farmacológicas utilizadas em crianças de idade pré-escolar, a maioria dos enfermeiros tiveram respostas coerentes enquanto que outros responderam estratégias não farmacológicas nesta questão.

Este défice de conhecimentos coaduna com o facto de apenas existir um enfermeiro Especialista em SIP nesta UCSP. Sendo que, tornou-se evidente a necessidade e a pertinência da formação da equipa de enfermagem sobre a temática.

A formação contínua do enfermeiro, constitui não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional com vista à excelência dos cuidados prestados, mas também um dever para com a profissão. No que diz respeito à dor, a visibilidade desta ainda é baixa nas instituições de saúde, cujas ainda apresentam escassas informações escritas sobre a sua gestão e controlo (Batalha, 2010). A OMS (2015) num artigo de opinião aconselha a formação dos profissionais de saúde e cuidadores sobre estratégias para diminuição da dor durante a vacinação. Sendo assim, a sensibilização e formação dos profissionais de saúde são medidas essenciais para a melhoria dos cuidados

à criança com dor e sua família pois promovem o aumento da utilização das ENFAD e das intervenções farmacológicas (Batalha, 2010)

Na UIP foram realizadas duas sessões de formação em dois dias diferentes após o momento da passagem de turno, de forma a conseguir uma maior adesão dos enfermeiros, sendo que numa equipa de 11 enfermeiros 9 assistiram à formação. No final dessa formação os enfermeiros responderam à ficha de avaliação da ação. Seguidamente é apresentado na figura 7 os resultados referentes à avaliação da formação.

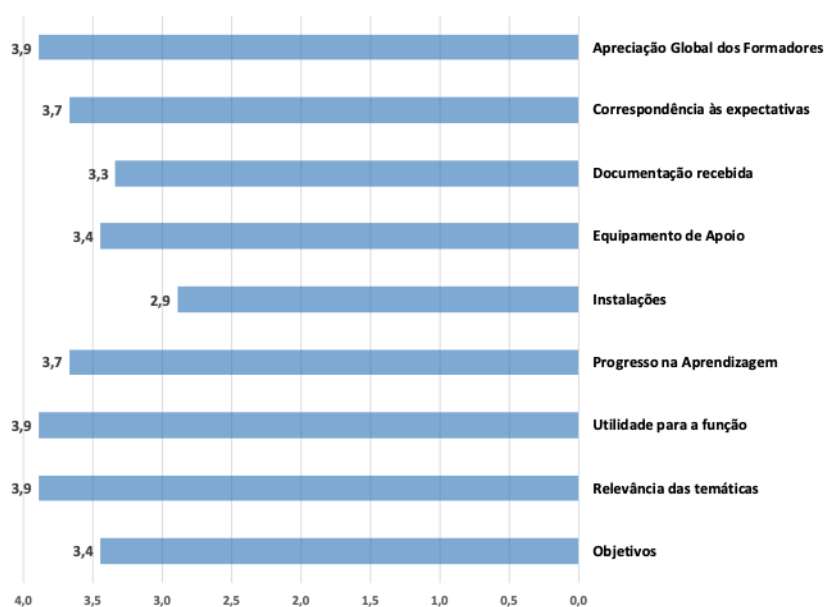


Figura 7 - Gráfico da avaliação da sessão de formação na UIP

De acordo com os dados do gráfico acima, podemos concluir que a maioria dos enfermeiros atribuiu quase a pontuação máxima (*“totalmente”*) à relevância da temática, aos objetivos, à utilidade para a função e à apreciação global do formador. Em termos de progresso na aprendizagem e a correspondência às expectativas a média de respostas encontra-se entre o *“muito”* e o *“totalmente”*. Os parâmetros com menos pontuação foram as instalações, a documentação recebida e o equipamento de apoio. No final desta sessão de formação foi apresentado o poster sobre as ENFAD distribuídas de acordo com a faixa etária da criança.

Enquanto que na UIP a formação teve mais o propósito de lembrar e sensibilizar os enfermeiros da unidade para o uso das ENFAD, na sessão de formação da UCSP optou-se por aprofundar os cuidados não traumáticos, nomeadamente, as ENFAD e as intervenções farmacológicas,

assim como, dar a conhecer os documentos orientadores da DGS e da OE disponíveis sobre a temática e apresentar os resultados do questionário.

Esta sessão de formação na UCSP teve a adesão de 50% da equipa de enfermagem (10 enfermeiros), o que poderia ser melhor, mas alguns enfermeiros encontravam-se a trabalhar, licença para férias e em incapacidade temporária para o trabalho. Seguidamente, na figura 8 apresentamos os resultados da ficha de avaliação pós-formação.

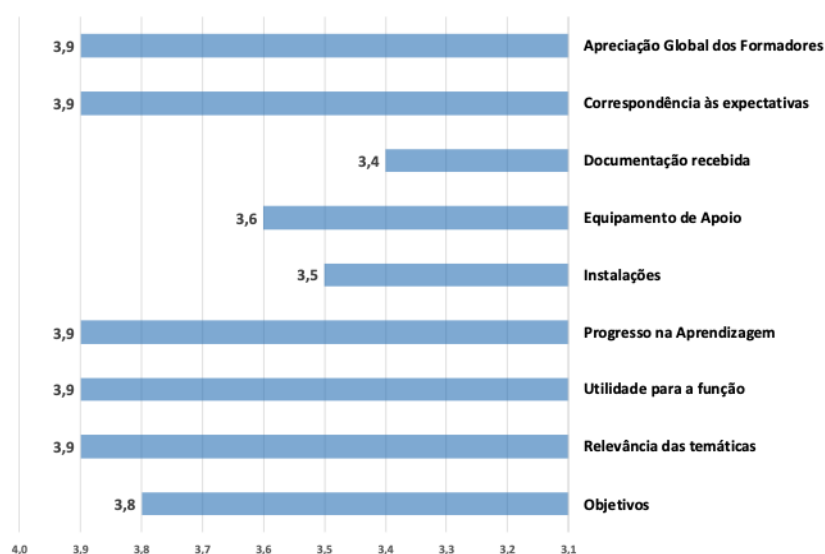


Figura 8 - Gráfico da avaliação da sessão de formação na UCSP

Pela análise do gráfico acima podemos concluir que os enfermeiros consideraram a relevância das temáticas, a utilidade para a função e o progresso na aprendizagem com uma pontuação máxima de “totalmente”, assim como o desempenho do formador e a correspondência às expectativas. Os parâmetros menos pontuados foram as instalações, a documentação recebida e o equipamento de apoio.

Na sua globalidade, as sessões de formação decorreram da forma planeada e tiveram um bom feedback por parte dos formandos.

De forma a validar os conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros da UCSP nesta sessão de formação foram observadas 20 administrações de vacinas em crianças de 5 anos de idade, de forma, a identificar quais as ENFAD e as intervenções farmacológicas mais utilizadas em crianças

de idade pré-escolar em procedimentos com agulha. Nesse período de observação, os dados foram registados na grelha de observação de cuidados não traumáticos, assim como, a avaliação da dor na criança apenas após o primeiro momento de vacinação, tendo então sido validados para o efeito apenas 10 administrações de vacinas. No momento de colheita de dados todas as crianças observadas apresentavam um desenvolvimento cognitivo dentro dos parâmetros normais para a idade, tendo esta amostra sido obtida nas duas maiores extensões da UCSP.

O pedido ao Departamento Informático da ULS para o desbloqueio do YouTube® nas salas de vacinação e gabinetes de Saúde Infantil e Juvenil foi autorizado e ao momento da colheita de dados esse acesso já era permitido.

Seguidamente, na figura 9 são apresentadas as ENFAD e as intervenções farmacológicas mais utilizadas pelos enfermeiros aquando da vacinação das crianças em idade pré-escolar durante o período de observação.

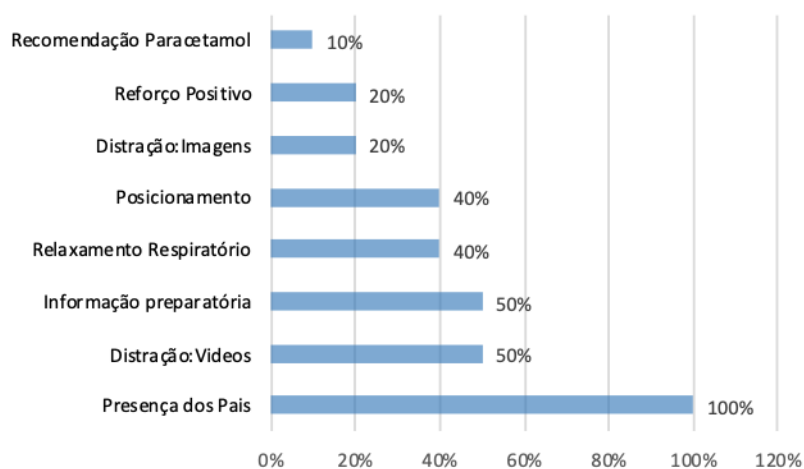


Figura 9 - Gráfico das ENFAD e Intervenções farmacológicas observadas em crianças de idade pré-escolar na UCSP

Analisando o gráfico acima podemos concluir que os enfermeiros da UCSP utilizaram sempre a presença dos pais como ENFAD, seguidamente da distração por visualização de vídeos e a informação preparatória. De ressaltar que as intervenções farmacológicas possíveis de serem utilizadas limitaram-se à recomendação de analgésico pois o anestésico tópico não estava disponível para uso nesta UCSP por apenas fazer parte de stock da farmácia hospitalar da ULS. O reforço

positivo que também é uma ENFAD muito importante na idade pré-escolar foi utilizado apenas 2 vezes. Outra ressalva, é que no momento da colheita de dados ainda não estava disponível o poster previamente realizado na sala de vacinação, pelo que poderia ter sido um auxílio no lembrar das ENFAD adequadas por faixa etária. O poster foi submetido e aprovado pelo Conselho de Administração da ULS, mas tiveram de ocorrer alterações gráficas pelo Departamento da Comunicação.

De forma a validar os benefícios dos cuidados não traumáticos através da utilização das escalas de avaliação da dor recomendadas para a idade pré-escolar, optámos por utilizar as escalas de faces de autoavaliação *Wong-Baker* e *FPS-R*, cujas são recomendadas pela DGS (2012). A intensidade da dor pode ser caracterizada mediante os scores de dor obtidos pela escala de faces: ligeira (até 2), moderada (até 4), intensa (até 6) e muito intensa (até 10) (Batalha, 2010).

Seguidamente iremos proceder à apresentação da figura 10, onde iremos correlacionar as ENFAD utilizadas e o score de dor obtido nas crianças em idade pré-escolar aquando do 1º momento de vacinação.

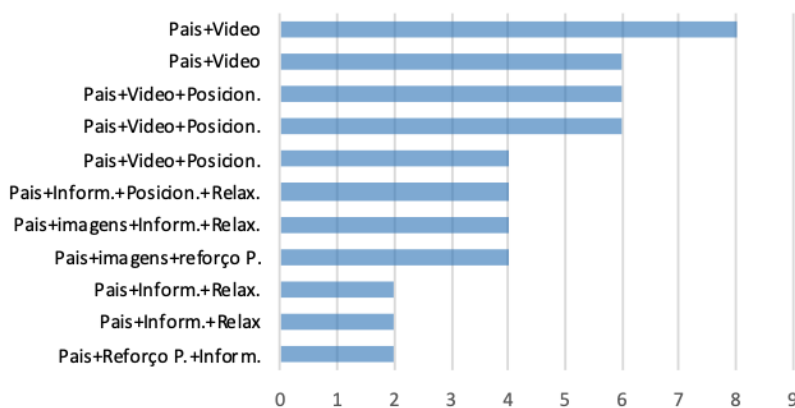


Figura 10 - Gráfico da correlação entre as ENFAD e o Score de Dor nas crianças em idade pré-escolar submetidas à 1ª Vacina

Sendo assim, analisando o gráfico acima podemos constatar que quando o enfermeiro combinou mais que uma estratégia não farmacológica, excluindo a presença dos pais pois verificou-se em todas as observações, os resultados nos *scores* da dor foram mais diminutos. Tais resultados estão de acordo com a literatura sobre a temática, em que Batalha (2010) refere que as

estratégias não farmacológicas desenvolvidas em conjunto se revelam mais eficazes na redução da ansiedade da criança e, conseqüentemente, na sua percepção da dor.

A média de *score* na avaliação da dor foi de 5, sendo este valor categorizado de dor moderada. As injeções intramusculares e subcutâneas são consideradas muito dolorosas (Batalha, 2010) e são influenciadas por dois fatores, o da inserção da agulha na pele e no músculo e a injeção do fármaco ou vacina presente na seringa, sendo que muitas das vezes a criança manifesta mais sinais de dor aquando da entrada desse conteúdo.

Podemos constatar que os enfermeiros passaram a considerar a *presença dos pais* como uma ENFAD fundamental, assim como a *informação preparatória*. Os pais tornam-se participantes ativos nos cuidados, para além de serem uma fonte de segurança emocional. A informação preparatória dá à criança um sentimento de controlo do procedimento que irá suceder, contribuindo desta forma para o seu uso de mecanismos de *coping*, enquanto que também orienta a ação dos pais perante esse procedimento.

Embora este projeto estivesse delineado para validar o uso das ENFAD e das intervenções farmacológicas, tal não foi possível por limitações intrínsecas à organização do stock de farmácia da UCSP. Em reunião com a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora o pedido para o EMLA® ingressar o stock da farmácia da UCSP só faria sentido após a normalização do procedimento. A norma de procedimento sobre a aplicação de anestésico tópico no utente pediátrico encontra-se em processo de validação junto do CA, posteriormente após a sua aprovação a equipa de enfermagem poderá solicitar esse fármaco para estar disponível para a vacinação pediátrica.

Outras das limitações deste projeto foi a amostragem de crianças em idade pré-escolar submetidas a vacinação nesta UCSP durante o período de colheita de dados, uma vez que dos 3 aos 6 anos de idade e, de acordo com o PNV 2017, temos apenas um momento de vacinação aos 5 anos com a administração de duas vacinas, pelo que foi necessário proceder à convocação das crianças na idade recomendada.

Com a realização deste projeto de intervenção pode-se averiguar os conhecimentos das equipas de enfermagem acerca das ENFAD e das intervenções farmacológicas, mais particular-

mente na UCSP e contribuimos para a promoção dos cuidados não traumáticos através da sensibilização das equipas de enfermagem com sessões de formação e realização de documentos sobre a temática.

Por conseguinte, podemos concluir que no geral alcançamos os objetivos e realizámos as atividades inicialmente propostas conforme o planeado.

### 3. PERCURSO FORMATIVO DO ESTÁGIO I AO ESTÁGIO FINAL

No plano de estudos do Mestrado em Enfermagem em Associação existiram 2 estágios, o Estágio I e o Estágio Final, sendo que o primeiro decorreu entre 14 de Maio de 2018 a 22 de Junho de 2018 e teve lugar numa UIP. Posteriormente, entre 17 de Setembro de 2018 a 18 de Janeiro de 2019 decorreu o Estágio Final, que foi repartido em três módulos: módulo A numa UUP, módulo B numa UCINP e módulo C numa UCSP.

Os objetivos gerais definidos para o percurso global de estágio foram:

- Desenvolver conhecimentos e competências comuns e específicas de enfermeiro especialista no âmbito da saúde da criança, jovem e família ao longo do seu ciclo de vida;
- Promover a melhoria da qualidade de cuidados de saúde com recurso à investigação, à prática baseada na evidência e aos princípios éticos e deontológicos;
- Promover a gestão da dor aguda em crianças.

Ao longo do percurso formativo do Mestrado em Enfermagem foi possível desenvolver competências comuns e especializadas no âmbito da temática dos cuidados não traumáticos, nomeadamente as estratégias não farmacológicas e intervenções farmacológicas no controlo e gestão da dor pediátrica nos diferentes contextos de estágio. Durante esse percurso foram realizadas diversas atividades que permitiram o desenvolvimento dessas competências e permitiram compreender os cuidados de enfermagem prestados à criança, jovem e família ao longo do seu ciclo de saúde e doença.

O processo de cuidar instala o desafio no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências (Serrano et al, 2011). A aquisição de competências clínicas especializadas “(...) decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns (...) e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade” (OE, 2019, p. 4745)

Neste capítulo serão abordadas as atividades e experiências desenvolvidas durante os estágios, fazendo o enquadramento com as competências comuns e específicas do EEESIP e as competências do grau de Mestre.

### **3.1. Análise reflexiva das competências comuns de Enfermeiro Especialista**

Os enfermeiros especialistas partilham competências comuns que são aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, essas competências envolvem as dimensões da educação dos utentes e profissionais, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de interpretar e promover investigação relevante e pertinente, que permita uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2019).

As competências comuns do enfermeiro especialista são divididas em quatro domínios, sendo que em cada domínio é realizado o enquadramento com o contexto da prática clínica dos estágios.

- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio esteve sempre implícito no desenvolvimento das atividades desenvolvidas e de tomada de decisão nos estágios, baseando a prática clínica nos princípios do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e no Código Deontológico da profissão, respeitando os direitos humanos e os princípios éticos.

Continuando no campo ético e legal, podemos mencionar que durante a colheita de dados para a avaliação inicial aquando do acolhimento das crianças e na transmissão de informação clínica, tanto no estágio na UIP, como na UUP, o diálogo mantido com as famílias decorreu de forma individualizada e em privacidade de forma a respeitar a confidencialidade dessas informações. Podemos também realçar que ao não colocarmos em apêndice o estudo de caso realizado durante o

Estágio I estamos a respeitar a privacidade e a confidencialidade da informação escrita e oral adquirida durante a realização do mesmo.

No que diz respeito ao artigo 112.º do Código Deontológico (OE, 2015) acerca dos deveres para com as outras profissões, no qual o enfermeiro tem de "(...)trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde e (...) integrar a equipa de saúde (...) colaborando (...) nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços", podemos mencionar que cumprimos esse dever, prestando cuidados de enfermagem à criança em articulação com outros profissionais, de forma a proceder à maximização da sua saúde. Podemos referir como exemplo, que no estágio da UCSP as consultas de Saúde Infantil e Juvenil baseiam-se no PNSIJ, sendo que primeiro a criança tem uma consulta de enfermagem e, posteriormente, uma consulta médica, existindo uma articulação e comunicação sobre possíveis alterações no desenvolvimento infantil ou sinais de alarme que sejam detetados por ambos os profissionais de modo a permitir um acompanhamento futuro da situação ou, se necessário, o encaminhamento para outros profissionais de saúde. A partilha de informação entre os profissionais de saúde contribuiu para uma avaliação mais cuidadosa da criança e sua família ao longo dos estágios, facilitando o processo de tomada de decisão.

Sendo o alvo dos nossos cuidados a população pediátrica podemos mencionar que os direitos presentes na Carta de Direitos da Criança Hospitalizada (Lévy, 1996) foram respeitados e cumpridos, nomeadamente com o binómio criança-família. Os cuidados de enfermagem à criança e jovem assentam no modelo de parceria de cuidados e no modelo de cuidados centrados na família. Ambos os modelos visam tratar a criança e a sua família, coexistindo uma parceria nos cuidados prestados a essa criança pelo enfermeiro e pela sua família através de um processo de negociação e planificação de cuidados, tendo sempre por base o interesse superior da criança.

Durante a realização do Projeto de Intervenção foram cumpridos os requisitos éticos e legais necessários à sua concretização, pelo que foi submetido um pedido à Comissão de Ética de uma ULS. Esse pedido foi deferido em reunião de Conselho de Administração conjuntamente com a Comissão de Ética da instituição e foi mencionado anteriormente no capítulo 2 do presente Relatório de Estágio.

- Domínio da melhoria contínua da qualidade

Neste domínio o Enfermeiro Especialista colabora em projetos institucionais na área da qualidade, avaliação das práticas e eventual revisão das mesmas, implementação de programas de melhoria contínua e gere um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

A realização do Projeto de Intervenção “Cuidados não traumáticos em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar”, permitiu-nos desenvolver e concretizar um projeto de melhoria de cuidados sobre a gestão da dor na criança, mobilizando conhecimentos e habilidades sobre a temática que foram obtidos pelo recurso à investigação.

Na unidade de competência “B2.2 planeia programas de melhoria contínua”, um dos critérios de avaliação é o “B2.2.4 agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática” (OE, 2019,p. 4747), sendo que ao termos realizado uma norma sobre a aplicação de anestésico tópico no utente pediátrico estamos a contribuir para a uniformização e qualidade dos cuidados prestados.

Durante todo o percurso de estágio nos cuidados prestados foi assegurado um ambiente terapêutico e seguro, respeitando as medidas de prevenção e controlo de infeção assim como, assegurada a satisfação das necessidades culturais das crianças e famílias.

No que concerne à gestão do risco, por ter sido detetado um incidente durante o estágio na UCSP, foi realizada uma notificação de incidente na plataforma *online* do Notific@ conjuntamente com a enfermeira orientadora e planeado em conjunto estratégias para evitar novo incidente.

- Domínio da gestão dos cuidados

No que diz respeito ao domínio da gestão de cuidados, o enfermeiro especialista realiza a gestão dos cuidados supervisionando as tarefas delegadas, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações garantindo a qualidade dos cuidados (OE, 2019).

Durante todo o percurso de estágio foram desenvolvidas atividades de gestão, coordenação e supervisão que permitiram a aquisição de competências neste domínio. Todos os enfermeiros orientadores dos estágios em contexto hospitalar eram chefes de equipa pelo que permitiu cola-

borar na área da gestão e organização de recursos, assim como, na delegação de tarefas às assistentes operacionais e na distribuição dos utentes pelos enfermeiros presentes em turno. Os métodos de trabalho identificados em todos os locais foram o método por responsável, que se traduz na prestação de cuidados globais e personalizados, com maior satisfação para os profissionais e utentes, existindo uma continuidade nos cuidados e uma relação de ajuda mais eficaz com o utente e família.

De realçar que na UCINP, colaborei com o enfermeiro orientador durante a calibração da máquina de gases de sangue, teste de funcionamento da incubadora de transporte e na escolha de seringas e prolongamentos de cores diferentes no âmbito do enfermeiro ser o elo de ligação com o Grupo de Gestão de Risco dessa unidade hospitalar.

Na UUP tive oportunidade de fazer a verificação de stocks de material, fármacos e teste do desfibrilhador do carro de emergência, assim como , proceder também há reposição do carro de medicação, cujo procedimento é realizado semanalmente pelo enfermeiro chefe de equipa.

No estágio da UCSP, a enfermeira orientadora ficou a substituir a enfermeira coordenadora durante alguns dias por motivos de ausência para férias, o que nos permitiu colaborar também na gestão da unidade, nomeadamente na otimização e reposição dos stocks de farmácia e na elaboração do horário da equipa de enfermagem.

A experiência de acompanhar os enfermeiros no papel de liderança das equipas permitiu desenvolver os seguintes critérios de avaliação: “C.2.1.1 Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados”; “C.2.1.3 Coordena a equipa de prestação de cuidados”; “C2.1.4. Negocia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade”; “C.2.1.5 Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade” (OE, 2019,p. 4748)

Os contextos de estágio foram determinantes para desenvolvermos competências na área da liderança e governação clínica e validarmos que o Enfermeiro Especialista detém um papel importante na gestão dos cuidados, nomeadamente, na adequação dos recursos humanos e materiais necessários para obter ganhos em saúde e uma melhoria dos cuidados de enfermagem e de saúde prestados ao utente/família.

- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No que diz respeito a este domínio, o Enfermeiro Especialista deve possuir capacidade de autoconhecimento e ser mediador na gestão de conflitos em situações de tensão, assim como, basear a sua prática clínica em evidência científica (OE, 2019).

Durante o percurso de estágio desenvolvemos a capacidade de análise, reflexão e crítica de forma a termos autoconhecimento de nós enquanto pessoa e enfermeiro, reconhecemos os nossos limites profissionais e pessoais e a nossa capacidade adaptativa a situações de elevada pressão.

No que diz respeito à competência “D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p. 4749) podemos mencionar que a realização da revisão integrativa da literatura sobre estratégias para alívio da dor na criança durante a vacinação, teve por base uma pesquisa de artigos científicos sobre a temática. A realização do estudo de caso também foi baseada na pesquisa de literatura científica sobre a temática da infeção respiratória.

Durante o percurso do estágio, de forma a cumprir os objetivos do projeto de intervenção e do projeto de estágio, realizamos sessões de formação às equipas de enfermagem sobre os cuidados não traumáticos, tendo utilizado para isso diversos documentos de referência da DGS, OE e OMS. As sessões de formação permitiram desenvolver a unidade de competência “D.2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho”, e ao realizarmos uma avaliação pós formação contribuímos para o critério de avaliação “D.2.1.5 – Avalia o impacto da formação” (OE, 2019, p.4749).

A formação continua em enfermagem continua a ser um fator determinante da prática baseada em evidência, sendo que o Enfermeiro Especialista deve ser o elemento dinamizador de desenvolvimento do conhecimento de forma a promover a prestação de cuidados especializados seguros e competentes.

Apesar do programa curricular e da prática clínica, consideramos importante assistir às Jornadas de Saúde Materna Bem me Quer Nascer em Amor, que decorreu nos dias 11 e 12 de Outubro de 2018 em Alvito, com temas importantes na área da pediatria, como por exemplo: dificuldades

na amamentação; *baby led weaning*<sup>3</sup>; alimentação alternativa; parentalidade positiva; educar para a igualdade de género (Anexo II).

Para além destas jornadas, frequentamos o Curso Europeu de Suporte Avançado de Vida Pediátrico promovido pelo Grupo de Reanimação Pediátrica Português, que decorreu nos dias 25 e 26 de Janeiro de 2019 na Escola Superior de Saúde no Instituto Politécnico de Setúbal, com o objetivo de desenvolver competências especializadas em ESIP (Anexo III).

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais permite que o enfermeiro especialista baseie a sua prática clínica em elevados padrões de conhecimento, pelo que consideramos que tal competência foi desenvolvida ao longo da frequência do Mestrado em Enfermagem, mais especificamente durante os contextos de estágio.

### **3.2. Análise reflexiva das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem SIP, baseia a sua atuação num modelo conceitual de cuidados centrados na criança e família trabalhando em parceria de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível. Esta prestação de cuidados pode decorrer nos cuidados de saúde primários, continuados ou hospitalares, em situação de doença ou intervindo na prevenção desta, proporcionando educação para a saúde, assim como a mobilização de recursos de suporte para a criança/família (OE, 2018).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem SIP detém as seguintes áreas de atuação:

---

<sup>3</sup> Método de introdução alimentar que consiste em oferecer os alimentos em pedaços aos bebés.

*“(...) 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 deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco (...); a promoção de autoestima do adolescente (...)” (OE, 2018, p. 19192)*

De acordo com o Regulamento nº 422/2018 as competências específicas do Enfermeiro Especialista em SIP são: “assiste a criança/jovem com a sua família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018, p. 19192).

A análise das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem SIP é realizada em conjunto com o enquadramento das atividades decorridas em contextos da prática clínica dos estágios.

- Assiste a criança/jovem com a sua família, na maximização da sua saúde

Esta competência considera o binómio criança/família o alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em ESIP, estabelecendo para isso uma parceria de cuidados de forma a otimizar a saúde e a parentalidade (OE, 2018).

Consideramos que esta competência foi adquirida ao longo do percurso dos estágios, mais aprofundadamente na UIP, onde procedemos à realização do estudo de caso de uma criança hospitalizada com infeção respiratória, construindo um plano de cuidados baseado nos diagnósticos de enfermagem elaborados com a linguagem CIPE®. Acompanhamos a evolução clínica desta criança e sua família desde o processo de acolhimento até à sua alta hospitalar, o que nos permitiu realizar uma avaliação contínua dos cuidados e resultados esperados. A elaboração deste estudo de caso permitiu desenvolver a unidade de competência “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.” (OE, 2018, p. 19193), uma vez que foi estabelecido um plano de cuidados em parceria com a criança/família de forma a motivar a assunção dos seus papéis em saúde.

O estudo de caso realizado também permitiu desenvolver competências na área da promoção e desenvolvimento infantil, uma vez que realizamos a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança através das orientações presentes no PNSIJ, nomeadamente o exame físico e a escala de desenvolvimento da *Mary Sheridan*<sup>4</sup>.

Durante a realização do estágio na UCSP, também realizamos consultas de enfermagem a recém-nascidos com a visita domiciliária para realização do teste de diagnóstico precoce e promoção da amamentação. Posteriormente, o latente e família iam a consultas de enfermagem semanalmente para avaliação do ganho ponderal de peso, exame físico e desenvolvimento. Nessas consultas era evidenciado o papel de promoção de saúde do Enfermeiro Especialista em ESIP, com especial enfoque nos cuidados antecipatórios e na capacitação parental para tomar conta. Durante a realização destas consultas também eram detetados focos alterados e elaborados no programa informáticos os diagnósticos e intervenções de enfermagem. Este acompanhamento da criança nos cuidados de saúde primários permitiu utilizar os recursos comunitários para dar suporte à criança/família com necessidade de cuidados utilizando técnicas comunicacionais adaptadas ao seu desenvolvimento e estratégias para promover uma aprendizagem individualizada ao binómio criança/família no desenvolvimento de competências parentais para lidar com processos de saúde e doença.

Na UCSP, a enfermeira orientadora tem um projeto em vigor denominado “a Consulta do Adolescente”, cujo o atendimento é baseado num sistema de organização da história psicossocial, desenvolvido originalmente por Henry Bearman em 1972 e aperfeiçoado por Eric Cohen em 1985, que maximiza a comunicação e minimiza a ansiedade do adolescente, nomeadamente o acrónimo HEEADSSSS<sup>5</sup> (H – Habitação; E – educação/emprego; E- hábitos alimentares; A – atividades lúdicas; D- consumo de drogas; S – sexualidade; S – ideação suicida e depressão; S – segurança; S – hábitos de sono) (Azevedo et al, 2018). Com base neste sistema realizámos consultas de enfermagem ao adolescente de forma a promover a adoção de comportamentos potenciadores de saúde, assim como da avaliação de conhecimentos e despiste de comportamentos de risco.

---

<sup>4</sup> Pediatra Inglesa que desenvolveu escala de neurodesenvolvimento infantil dos 0 aos 5 anos em quatro áreas: postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; comportamento e adaptação social.

<sup>5</sup> Home – Education – Eating – Peer-group activities – Drugs – Sleep – Sexuality – Suicide/depression - Safety

Durante o estágio na UUP, foi acompanhada uma situação de risco, nomeadamente a ideia suicida de uma adolescente. Durante o atendimento a essa utente, os cuidados foram articulados com a família e outros profissionais de saúde, como a pedopsiquiatra, a assistente social e o psicólogo. Para além desta situação vivenciada, durante o estágio da UUP colaboramos com a enfermeira orientadora na triagem de *Manchester*, cuja se baseia em fluxogramas para classificar e priorizar o atendimento à criança consoante a nossa avaliação da situação de doença. O Enfermeiro Especialista em ESIP detém um papel fundamental na deteção destas situações de risco, estabelecendo logo no momento da triagem as necessidades de atendimento da criança e se necessário implementar logo cuidados que evitem o seu agravamento do estado de saúde. Ao longo deste estágio consideramos que conseguimos desenvolver a unidade de competência “ E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.” (Diário da República, 2018, p. 19193), nomeadamente na identificação, avaliação e encaminhamento de comportamentos e situações de risco.

- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

O desenvolvimento desta competência pressupõe que o enfermeiro mobilize os seus conhecimentos e recursos para prestar cuidados à criança/jovem e sua família em situações de elevada complexidade, como instabilidade hemodinâmica, nas doenças raras, nas doenças oncológicas e incapacitantes, no controlo e gestão da dor e na morte (OE, 2018).

Esta competência foi desenvolvida em todos os contextos de estágio, sendo que no Estágio I, na UIP colaboramos na prestação de cuidados a crianças com doença crónica, nomeadamente a diabetes *Mellitus* tipo 1, e a crianças com doença rara como a leucínose.

As crianças com diabetes *Mellitus* tipo 1 que acompanhamos em estágio foram internadas por descompensação da doença, sendo que colaboramos na prestação de cuidados inerentes ao controlo da doença e na capacitação dos pais e da criança para gerir esse controlo. A UIP articula a sua atuação com a Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes onde estão duas enfermeiras Especialistas em ESIP a desempenhar funções. Essas crianças são seguidas em consultas recorrentes nessa unidade onde desenvolvem capacidades adaptativas à doença, nomeadamente no seu controlo e administração de insulina.

A leucinoze é uma doença hereditária de origem metabólica dos aminoácidos ramificados, como a leucina, isoleucina e valina. Devido à deficiência no complexo multienzimático das desidrogenases dos ácidos cetônicos de cadeia ramificada, estes aminoácidos e alguns compostos deles derivados acumulam-se em quantidades tóxicas para o organismo. De forma a evitar o agravamento desta doença a criança deve cumprir uma dieta hipoproteica restrita nos aminoácidos leucina, isoleucina e valina e suplementada com carnitina (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2019). Esta doença pode ser detetada pela realização do teste de diagnóstico precoce e é mais comum na população de etnia cigana a sul do Tejo, onde a incidência é de 1/86 800 (Quental et al., 2010).

As crianças que são internadas com esta doença, normalmente é por agravamento do estado de saúde devido ao incumprimento da dieta hipoproteica. O Enfermeiro Especialista em ESIP detém conhecimentos sobre a formulação da dieta hipoproteica, fazendo uma articulação desta dieta com a nutricionista da unidade hospitalar e promovendo a capacitação parental para lidar com a doença. De realçar que estas crianças dispõem gratuitamente dos produtos hipoproteicos e, usualmente, são levantados pelos pais na farmácia hospitalar.

O acompanhamento destas crianças com doença crónica e rara permitiram-nos desenvolver as unidades de competência “E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” e “ E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (OE, 2018, p. 19193)

Durante o estágio na UCINP, colaboramos na prestação de cuidados a recém-nascidos prematuros extremos (27-28 semanas) e moderados (28 a 32 semanas idade gestacional) que estavam em suporte ventilatório e apresentavam instabilidade hemodinâmica, nomeadamente com períodos frequentes de apneia, sendo que a nossa atuação se baseou nos cuidados de suporte avançado de vida.

Como já foi mencionado anteriormente, frequentamos com sucesso o Curso Europeu de Suporte Avançado de Vida Pediátrico, com o objetivo de atuar na prevenção da paragem cardíaca e na melhoria da sobrevivência após paragem cardíaca, onde podemos treinar o reconhecimento precoce de situações de crianças gravemente doentes. Este curso permitiu desenvolver conhecimentos e habilidades na área de suporte avançado de vida.

Estas situações experienciadas permitiram desenvolver a unidade de competência “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2018, p. 19193).

A elaboração do Projeto de Intervenção com a temática dos cuidados não traumáticos em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, no que diz respeito às ENFAD e às intervenções farmacológicas na gestão da dor.

Na UIP e na UUP colaborei nos cuidados a crianças submetidas a procedimentos dolorosos, em que foi utilizada a intervenção farmacológica de mistura equimolar de oxigénio e protóxido de azoto inalado, cuja foi sugerida pelas enfermeiras orientadoras e prescrito pelos pediatras de serviço. Numa das situações, uma criança de 5 anos fazia tratamentos de perfusão intravenosa recorrentes no hospital de dia da UIP, enquanto que a outra situação foi uma redução de uma fratura do antebraço de uma criança de 10 anos. Este fármaco por apresentar efeito ansiolítico, antiálgico e amnésico permitiu que ambas as crianças se apresentassem num estado descontraído e os procedimentos sucedessem sem medo, dor ou outras intercorrências.

Os cuidados não traumáticos foi um tema transversal em todos os contextos de estágio permitindo que as competências na área da gestão diferenciada da dor fossem evoluindo e sendo aplicadas, tendo em conta a evidência científica pesquisada no decorrer dos mesmos.

Consideramos que o desenvolvimento desta segunda competência foi promovido pelas diferentes experiências vivenciadas nos quatro contextos de estágio e também pela aplicação do Projeto de Intervenção.

- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

O Enfermeiro Especialista em ESIP promove a maximização do crescimento e desenvolvimento da criança ao longo do seu ciclo vital desde o nascimento até à juventude (OE, 2018).

Podemos mencionar que o desenvolvimento desta competência foi mais notório no estágio da UCSP, onde a criança é seguida regularmente desde o nascimento até à fase adulta. Nos cuidados de saúde primários, as consultas de vigilância decorrem de acordo com o PNSIJ, sendo avaliado o desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a alimentação, a higiene, entre outros. Nestas consultas são valorizados os cuidados antecipatórios como fator de promoção de saúde e de prevenção de doença, facultando aos pais/cuidadores conhecimentos para a capacitação parental. Para além disso harmoniza-se o agendamento das consultas com o cumprimento do PNV.

Ao colaborar na realização das consultas e vigilância e no cumprimento do PNV conseguimos desenvolver conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, promover o aleitamento materno e a vinculação parental, capacitar a família para realizarem atividades promotoras do desenvolvimento com as suas crianças e aplicar técnicas comunicacionais tendo em conta a idade e desenvolvimento cognitivo da criança.

Como já foi referido anteriormente, colaboramos na consulta do adolescente de modo a promover a sua autoestima e autodeterminação negociando o seu contrato de saúde.

A visitação domiciliária é essencial nos primeiros dias após a alta da maternidade, assim como no acompanhamento de situações de risco ou crianças com doença crónica. Neste estágio realizámos essa visitação domiciliária, mas apenas a recém-nascidos, não existindo outras situações pertinentes. Para além da realização do teste de diagnóstico precoce ao recém-nascido, realizou-se uma primeira avaliação dos reflexos primitivos e a capacidade da mãe para amamentar, reforçando os ensinamentos sobre a temática.

Este contato mais prolongado com as famílias nos cuidados de saúde primários propicia uma visão mais ampla da funcionalidade das mesmas, sendo essa avaliação essencial para a deteção de crianças vítimas de negligência e maus-tratos. A articulação entre a UCSP, o programa de saúde escolar e projetos da unidade de cuidados continuados, a Intervenção Precoce e o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco é essencial para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens.

Durante o estágio na UCINP colaborámos na prestação de cuidados a recém-nascidos, durante o qual foi importante estimular a vinculação parental. Sob a orientação do enfermeiro orientador promovemos o contato físico através do método canguru entre a mãe e o recém-nascido prematuro moderado. O método canguru consiste na colocação do recém-nascido em decúbito ventral no peito da mãe, do pai ou outro familiar ligeiramente vestido e com o corpo seco (Cong, 2009). Este contato pele-a-pele promove a vinculação, a amamentação e é considerada uma ENFAD. Para além disso, sempre que possível, os pais foram envolvidos na prestação de cuidados ao recém-nascido.

Em todos os contextos de estágio foi promovida a amamentação exclusiva, quer como recomendação da OMS quer como estratégia não farmacológica de alívio da dor.

Posto isto, consideramos ter desenvolvido ao longo do estágio as seguintes unidades de competência: *“E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais; E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde”*(Diário da República, 2018, p.19194)

Finalizando esta análise reflexiva podemos mencionar que o percurso realizado nos contextos de estágio favoreceu a aquisição das competências do Enfermeiro Especialista em ESIP, sendo que algumas particularidades como o processo de luto não fez parte das experiências vivenciadas. A reflexão consistiu em realizar uma autoanálise do percurso de aprendizagem percorrido ao longo dos 5 meses e meio de estágio em 4 locais diferenciados de prestação de cuidados a crianças e jovens. Consideramos que esta reflexão permitiu-nos crescer e pensar na nossa atuação futura como Enfermeiro Especialista em SIP de forma a providenciar a melhor prestação de cuidados de enfermagem possível à população pediátrica.

### 3.3. Análise reflexiva das competências de Mestre

De acordo com o Decreto-Lei nº 63/2016, o grau de Mestre é conferido aos que demonstrem: possuir conhecimentos e capacidade de compreensão sustentando esses conhecimentos com base no desenvolvimento de investigação; saber aplicar os conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e resolução de problemáticas novas; capacidade para integrar o conhecimento e lidar com reflexões sobre situações diversas, analisando a responsabilidade ética e social; capacidade de comunicar as conclusões e conhecimentos obtidos; competências que permitam uma aprendizagem contínua de modo autónomo e auto-orientado (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016).

O Mestrado em Enfermagem foi realizado em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora e apresentou características de mestrado profissionalizante em área especializadas de enfermagem. Os objetivos gerais propostos para este Mestrado foram:

*“Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde; Promover a melhoria da qualidade aos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e aos referenciais éticos e deontológicos; Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e de projetos bem como para a supervisão e gestão dos cuidados, nos diferentes contextos da prática linear; Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.”*

(Escola Superior de Saúde de Setúbal, 2017)

Consideramos que durante o percurso realizado conseguimos atingir os objetivos gerais definidos inicialmente para o Mestrado em Enfermagem. Ao longo do percurso formativo deste

Mestrado tivemos de realizar trabalhos e projetos com recurso à pesquisa em base de dados de artigos científicos, de forma a sustentar o conhecimento obtido e permitir desenvolver capacidades no domínio da investigação.

Podemos mencionar que na Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem no 1º semestre do Mestrado realizamos uma revisão integrativa da literatura com o seguinte título “*Bullying* na criança com doença crónica em idade escolar”. Este artigo teve como objetivo analisar o impacto que o *bullying* tem quando os envolvidos neste processo são crianças com doença crónica. A problemática da violência em contexto escolar exige uma especial atenção, na medida em que traz repercussões negativas ao normal desenvolvimento biopsicossocial da criança, constituindo um problema grave de saúde pública. Neste estudo foram analisados 7 artigos e concluiu-se que no geral as crianças com doença crónica são mais vítimas de *bullying* comparativamente às saudáveis. Com a exposição continuada à violência, existe uma maior probabilidade de praticarem, por sua vez, comportamentos violentos com os pares, podendo assumir simultaneamente o papel de vítimas e *bullies* (apêndice 13).

Para além da realização desse artigo também elaboramos uma revisão da literatura “Segurança do Doente no contexto hospitalar e nos cuidados de saúde primários - Uma perspetiva da Enfermagem” na Unidade Curricular de Gestão em Saúde e Governação Clínica. Esta revisão teve o objetivo de analisar 7 artigos sobre a segurança do doente e relacionar numa perspetiva da enfermagem o contexto hospitalar e os cuidados de saúde primários. Os resultados desta revisão da literatura apontaram para uma realidade de subnotificação de incidentes associada ainda ao pouco desenvolvimento da temática da Segurança do Doente junto das organizações de saúde. Tanto a nível hospitalar como a nível dos cuidados de saúde primários as dimensões da cultura de segurança avaliadas negativamente foram os Recursos Humanos/Pressão e Ritmo de Trabalho, Resposta não punitiva ao erro e Apoio da gestão hospitalar. A dimensão avaliada positivamente foi o Trabalho em Equipa (apêndice 14).

O desenvolvimento do Projeto de Intervenção com base na metodologia científica de trabalho de projeto, teve como principal objetivo a resolução de uma problemática detetada através do diagnóstico de situação efetuado na pesquisa bibliográfica e nos contextos de estágio. Esta metodologia permite fazer uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que a sua base de suporte é

o conhecimento obtido na pesquisa da literatura e posteriormente ser aplicado na prática (Ruivo et al, 2010).

Os conhecimentos obtidos durante essa pesquisa foram mobilizados e aplicados durante o percurso formativo e no percurso da prática clínica, nomeadamente na resolução de problemáticas em situações novas, nomeadamente no âmbito dos cuidados não traumáticos. Durante a construção e implementação do projeto, fomos realizando uma análise crítica e reflexiva sobre o desenvolvimento do mesmo, de forma a permitir uma melhor tomada de decisão no que diz respeito às atividades a realizar perante os contextos clínicos. O desenvolvimento deste projeto permitiu a promoção dos cuidados não traumáticos, que se basearam nas ENFAD e nas intervenções farmacológicas no alívio da dor em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar.

Podemos realçar que todos os princípios éticos, legais e sociais foram cumpridos no decorrer de todo o Mestrado, respeitando o Código Deontológico e o Regulamento do Exercício Profissional inerente à profissão de Enfermeiro. Tais princípios coadunam-se com o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

No que diz respeito à capacidade de comunicar as conclusões e conhecimentos obtidos, para além da realização deste Relatório de Estágio também a mesma será avaliada durante a prova de discussão pública a ser realizada posteriormente. Neste Relatório de Estágio são anexados alguns trabalhos realizados no decurso de Mestrado em Enfermagem, todavia, alguns não serão publicados na íntegra de forma a proteger a confidencialidade da informação e a permitir a publicação futura em revistas científicas.

Por último, relativamente às competências que permitem uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma, cabe-nos afirmar que desenvolvemos a capacidade de pesquisar e obter conhecimento através da pesquisa científica de forma a aplicar na prática clínica a mais atualizada evidência, com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao utente pediátrico.

Ao longo deste percurso formativo do Mestrado em Enfermagem tivemos oportunidade de experienciar e vivenciar diversos contextos que permitiram ir adquirindo as competências comuns

e específicas de Enfermeiro Especialista em ESIP e de Grau de Mestre. Considerando a realização deste Relatório como uma das etapas finais deste Mestrado, podemos mencionar que as ferramentas e conhecimentos adquiridos no decorrer do mesmo permitirão uma prática profissional mais fundamentada e dotada de estratégias para a melhoria contínua dos cuidados de saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os cuidados não traumáticos assumem um papel de destaque em pediatria na gestão e controlo da dor na criança. A preocupação com a dor e o seu controlo constituem um pilar fundamental de ordem ética e moral nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, uma vez que se esta se não for tratada adequadamente apresenta consequências nefastas a longo prazo.

Os procedimentos dolorosos mais frequentes nas crianças doentes e saudáveis em idade pré-escolar são os procedimentos com agulha, nomeadamente aquando da realização de meios complementares de diagnóstico e na administração de fármacos e vacinas. A minimização da dor e a ansiedade da criança/família associada aos procedimentos com agulha deve ser efetuada com recurso às estratégias não farmacológicas e intervenções farmacológicas validadas como eficientes no alívio da dor.

A pesquisa bibliográfica efetuada no enquadramento concetual evidenciou que, embora haja evolução na difusão da informação, alguns estudos demonstram que os profissionais de saúde não aplicam corretamente as estratégias não farmacológicas e as intervenções farmacológicas de alívio da dor. Deste modo, a nossa problemática inseriu-se na linha de investigação “Necessidades em Cuidados de Enfermagem em Populações Específicas” e pretendeu abordar a temática dos “Cuidados não traumáticos em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar”.

Esta temática foi desenvolvida transversalmente ao longo do Estágio I e Estágio Final através da elaboração e desenvolvimento do Projeto de Intervenção, que teve por base a metodologia de trabalho de projeto. Inicialmente procedemos à realização do diagnóstico de situação em cada contexto de estágio, tendo sido realizada uma análise SWOT durante o estágio na UIP, UUP e UCINP e aplicado um questionário à equipa de enfermagem no estágio na UCSP.

Com a aplicação desses instrumentos viemos a validar a pertinência da problemática da subutilização das estratégias não farmacológicas e das intervenções farmacológicas no alívio da dor em crianças, visto que se confirmou a existência de lacunas nos cuidados diferenciados e ainda com maior evidência nos cuidados de saúde primários.

Nas unidades hospitalares foi verificado que os serviços não possuem uma sala diferenciada para os procedimentos invasivos, que as equipas de enfermagem eram jovens e o número de Enfermeiros Especialistas em ESIP era reduzido sobretudo na UUP, que não eram registadas as ENFAD realizadas e que as escalas de auto-avaliação da idade pré-escolar não eram corretamente utilizadas.

Nos cuidados de saúde primários através da aplicação do questionário verificou-se que 58,3% dos inquiridos não conheciam mais de 3 estratégias não farmacológicas, revelando um subentendimento da temática. Aquando da aplicação da questão das ENFAD utilizadas em crianças em idade pré-escolar verificou-se que a média de respostas foram menos de 3 em 66,7% dos inquiridos, realçando que os enfermeiros da UCSP desconheciam mais de 3 estratégias não farmacológicas passíveis de serem utilizadas em crianças de idade pré-escolar.

A nível das intervenções farmacológicas nos procedimentos dolorosos a equipa de enfermagem da UCSP revelou ter conhecimentos sobre os fármacos passíveis de serem utilizados. Contudo, usualmente, não são realizadas intervenções farmacológicas aquando dos procedimentos com agulha pois nesta UCSP não existe em stock de farmácia o anestésico tópico descrito na literatura como eficaz no alívio da dor aquando da administração de injetáveis.

O desenvolvimento do Projeto de Intervenção teve como objetivo principal a promoção dos cuidados não traumáticos, nomeadamente a utilização das estratégias não farmacológicas e das intervenções farmacológicas, tendo sido para isso planeadas atividades de forma a sensibilizar os enfermeiros dos diversos contextos de estágio para o seu uso. Foram realizadas 2 sessões de formação, 2 posters e uma norma de procedimento.

Para além disso, foram recolhidos dados sobre a aplicação dos conhecimentos adquiridos na sessão de formação aos enfermeiros da UCSP, tendo sido verificado que os enfermeiros começaram a utilizar entre 3 a 4 estratégias não farmacológicas sendo as mais utilizadas: a presença dos pais, a informação preparatória, a distração, o reforço positivo e o relaxamento respiratório. Durante esta recolha de dados a dor foi avaliada em cada criança observada com recurso às escalas de auto-avaliação mencionadas nas orientações da DGS, existindo uma correlação possível entre o número de ENFAD utilizadas e o score de dor, nomeadamente, quantos mais estratégias são aplicadas menos é o score da dor obtido. Esta conclusão revela concordância com o descrito no

enquadramento concetual que a combinação de várias estratégias não farmacológicas potencia o efeito de alívio da dor.

Porém, apesar dos resultados obtidos terem sido positivos este projeto apresentou limitações no sentido em que não se conseguiu verificar através da observação a correlação entre o uso das ENFAD e das intervenções farmacológicas pelos motivos acima descritos, o número da amostra das crianças em idade pré-escolar foi reduzido e, também, por ter sido planeada apenas a colheita de dados dos procedimentos com agulha efetuados pelos enfermeiros da UCSP, uma vez que o seu planeamento teve em conta a duração mais extensa deste contexto de estágio.

O défice de conhecimentos dos enfermeiros aliado à elevada frequência dos procedimentos com agulha revela que ainda existe um longo caminho a percorrer com os profissionais de saúde na gestão e controlo da dor em crianças, mais aprofundadamente, nos cuidados de saúde primários. O Enfermeiro Especialista em ESIP tem um papel de destaque nesta área pois faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. Essa gestão da dor da criança e da sua família é fundamental para a humanização dos cuidados e na valorização profissional, sendo que com este Projeto de Intervenção e de Estágio julgamos ter contribuído para proporcionar uma melhoria nos cuidados de enfermagem prestados ao binómio criança/família.

Apontando sugestões para pesquisas futuras acerca dos cuidados não traumáticos destacamos que deverão existir mais estudos correlacionando as ENFAD e as intervenções farmacológicas aquando de procedimentos dolorosos, particularmente nas crianças de idade pré-escolar, uma vez que é nesta idade que se desenvolve o medo de agulhas e existem poucos estudos realizados neste grupo etário.

Para concluir, consideramos que o caminho formativo e as atividades executadas ao longo do Projeto de Intervenção e de Estágio permitiram a concretização dos objetivos propostos e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em ESIP e as competências de Mestre. Esperamos piamente ter contribuído para o desenvolvimento do conhecimento científico na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS (2010). Metodologia de Contratualização. Agrupamentos de Centros de Saúde. Lisboa. Disponível em [http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia\\_Contratualizaçã-ACES\\_2010.pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia_Contratualizaçã-ACES_2010.pdf)
- Amado, J. (Coord.) (2013). Manual de Investigação Qualitativa em Educação. Imprensa da Universidade de Coimbra. ISBN: 978-989-26-0655-2
- Azevedo, A., Bermudez, B., Fernandes, E., Eisenstein, A., Oliveira, H.,...Goldberg, T. (2018) Consulta do adolescente: Abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. *Adolescência & Saúde*.15 (1): 73-85 Disponível em [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=761](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=761)
- Barbosa, A. (2011) A Organização interna e a Governação dos Hospitais. Lisboa: Ministério da Saúde- Secretaria Geral.
- Batalha, L.(2006). Dor em pediatria: a sensibilização dos profissionais de saúde como contributo na melhoria dos cuidados (tese de Doutoramento). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Portugal
- Batalha, L. (2010) Dor em Pediatria: Compreender para Mudar. Lisboa: Lidel-edições técnicas,lda. ISBN: 978-972-757-593-0
- Baxter, A., Cohen, L., Burton, M., Mohammed, A., Lawson, M. (2017). The number of injected same-day preschool vaccines relates to preadolescent needle fear and HPV uptake. *Vaccine*. 35 (33): 4213-4219 Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.06.029>
- Camara, P., Guerra, P., Rodrigues, J. (2007). *Novo Humanator: Recursos humanos e sucesso empresarial*. Nova Edição. Lisboa. D. Quixote. ISBN: 9789722035248

- Cardoso, A. (2010) Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda (Dissertação de Mestrado). Porto: Instituto da Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Portugal
- Chan, S., Pielak, K., McIntyre, C., Deeter, B., Taddio, A. (2013). Implementation of a new clinical practice guideline regarding pain management during childhood vaccine injections. *Paediatrics & Child Health*. 18 (7):367-372.
- Cong, X., Ludington-Hoe, S., McCain, G., Fu, P. (2009). Kangaroo Care Modifies Preterm Infant Heart Rate Variability in Response to Heel Stick Pain: Pilot Study. *National Institutes of Health*.85(9):561–567. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/26275501\\_Kangaroo\\_Care\\_Modifies\\_Preterm\\_Infant\\_Heart\\_Rate\\_Variability\\_in\\_Response\\_to\\_Heel\\_Stick\\_Pain\\_Pilot\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/26275501_Kangaroo_Care_Modifies_Preterm_Infant_Heart_Rate_Variability_in_Response_to_Heel_Stick_Pain_Pilot_Study)
- Harrison, D., Elia, S., Royle, J., Manias, E. (2013) Pain management strategies used during early childhood immunisation in Victoria. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 49: 313-318. Recuperado a 8 de Dezembro de 2018 em: <https://doi.org/10.1111/jpc.12161>
- DGS (2010). Orientação nº 014/2010 de 14 de Dezembro: Orientação técnica sobre a avaliação da dor na criança. Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor/normas-e-orientacoes.aspx>
- DGS (2012). Circular normativa nº 022/2012 de 18 de Dezembro: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor/normas-e-orientacoes.aspx>
- DGS (2013). Circular normativa nº09/2003 de 14 de Junho: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa. Disponível em [http://www.apeddor.org/images/documentos/dor\\_5\\_sinal\\_vital/Circular\\_Dor\\_5\\_Sinal\\_Vital.PDF](http://www.apeddor.org/images/documentos/dor_5_sinal_vital/Circular_Dor_5_Sinal_Vital.PDF)

- DGS (2013b). Norma nº 010/2013 de 31 de Maio. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- DGS (2016). Saúde de A a Z...in Direcção Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/dor.aspx>
- DGS (2016b). Norma nº 007/2016 de 9 de Agosto. Vacinação contra Neisseria meningitidis do grupo B de grupos com risco acrescido para doença invasiva meningocócica. Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072016-de-09082016-pdf.aspx>
- Ercole F., Melo L., Alcoforado, C.(2014) Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*. 18(1): 9-11
- Escola Superior de Saúde de Setúbal (2017). Mestrado em Enfermagem: Descrição. Instituto Politécnico de Setúbal. Disponível em [http://www.si.ips.pt/ess\\_si/cursos\\_geral.FormView?P\\_CUR\\_SIGLA=ME](http://www.si.ips.pt/ess_si/cursos_geral.FormView?P_CUR_SIGLA=ME)
- Fernandes, A. (2000). *Crianças com dor- O quotidiano do trabalho de dor no hospital*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Flores M., Castro A., Nascimento, J.(2017). Topical Analgesics. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 62:2:244-252. DOI: 10.1016/S0034-7094(12)70122-8
- Fonseca, A. Santos, L. (2006). *A dor na criança: atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. ISBN: 978-972-003-26-5
- Fortin, M. (2009) Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta. ISBN: 9789898075185
- Gilboy, S., Hollywood, E. (2009) Helping to alleviate pain for children having venopuncture. *Paediatric Nursing*. 21(8): 14-19 DOI:10.7748/paed2009.10.21.8.14.c7287

- Goleman, D. (2010). *Inteligência emocional: O livro que mudou o conceito de inteligência*. Lisboa: Temas e Debates. ISBN: 9789896440909
- Hockenberry, J. & Wilson, D. & Winkelstein, L. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e Adolescente - Volume II(9ª edição)*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-748- 004-1.
- INE (2019). Estatísticas demográficas 2017. Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOEstipo=ea&PUBLICACOEScolecacao=107661&selTab=tab0&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEstipo=ea&PUBLICACOEScolecacao=107661&selTab=tab0&xlang=pt)
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2019) Doenças rastreadas:Leucinose. Programa Nacional Diagnóstico Precoce. Disponível em <http://www.diagnosticoprecoce.org/doencas/leucinose.htm>
- Instituto Politécnico de Setúbal (2013). Referências Bibliográficas: Noma APA 6ª edição. Disponível em <http://bibliotecas.ips.pt/content/files/APA.pdf>
- International Association for the Study of Pain (1994). *IASP Terminology...*in IASP Pain Org. Disponível em <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
- International Council of Nurses (2016). *CIPE - Versão 2015 Edição Portuguesa Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Lusodidacta.
- Kolcaba, K. & DiMarco, M. (2005) Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*. 31 (3): 187-194. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/7686145\\_Comfort\\_Theory\\_and\\_its\\_application\\_to\\_pediatric\\_nursing](https://www.researchgate.net/publication/7686145_Comfort_Theory_and_its_application_to_pediatric_nursing)
- Levy, M. (1996). Os direitos da criança hospitalizada. *Acta Pediátrica Portuguesa* nº4. 27:655-657
- Lima, J. Guedes, M. Silva, L. Freitas, M. Fialho, A. (2016) *Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica*. Revista Gaúcha de Enfermagem. 37(4) Disponível em <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.65022>

- Mecca, T., António, D., Macedo, E. (2012) Desenvolvimento da inteligência em pré-escolares: implicações para a aprendizagem. *Revista Psicopedagogia*.29 (88): 66-73 ISSN 0103-8486
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior(2016). Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de Setembro:Regime Jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, I série, n.º176, 3159-3191
- Mota, J. Gonzalez, C. (2006). Abordagem da dor na criança e no adolescente: aspetos éticos. Dor em pediatria. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA.
- OE (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2013). Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor da criança. Cadernos OE. Série 1, número 6. ISBN: 978-989-8444-23-3
- OE (2018). Regulamento n.º 422/2018 de 12 de Julho : Perfil das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 133, 19192-19194.
- OE (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro : Perfil das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, 4744-4750.
- OMS (2015). Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper. *Releve Epidemiologique Hebdomadaire*. 90 (39): 505-510. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=26410893&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Paixão, M. (2010). Realidade Virtual no controlo da Dor e do *Distress* associados a procedimentos dolorosos em Crianças e Adolescentes: meta análise. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 2-18.
- Pedro, J. (2009) Parceiros no cuidar: a perspetiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica (Dissertação de Mestrado). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Portugal

Pinhel, Z.(2014) Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária.

Ponte, K. Silva, L. (2015). *Comfort as a result of nursing care: an integrative review*. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, 7(2):2603-2614. DOI: 10.9789/2175-5361

Pontes J., Tabet, E., Folkmann, M., Cunha, M., Almeida, F. (2015) Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. *Einstein*. 13(2): 238-242 Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n2/pt\\_1679-4508-eins-13-2-0238.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n2/pt_1679-4508-eins-13-2-0238.pdf)

PORDATA (2019). Bases de dados de municípios de Portugal. Disponível em <https://www.pordata.pt>

Quental, S., Vilarinho, L., Martins, E., Teles, E., Rodrigues, E...Prata, M. (2010) Incidence of maple syrup urine disease in Portugal. *Molecular Genetics and Metabolism*. 100(4): 385-387 Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ymgme.2010.04.007>.

Turkmen, A., Sahiner, N., Koroglu, A., Inal S. (2018) Pain and factors that affect its definition as defined by preschool age children: a qualitative study. *Revista Electrónica Enfermagem*. 20:v20a35. Disponível em <https://doi.org/10.5216/ree.v20.49819>

Turner, S. (2010). Ferramentas de apoio à gestão: Guia essencial para o gestor de sucesso. Lisboa. Monitor. ISBN: 9789729413797

Racine, N., Riddell, R.,Flora, D., Taddio, A., Garfield, H., GreenBerg, S. (2016). Predicting preschool pain-related anticipatory distress: the relative contribution of longitudinal and concurrent factors. *Pain*. 157(9): 1918-1932 Disponível em <http://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000590>

Ruivo M., Ferrito C., Nunes L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânia descritiva de etapas. *Percursos*. 15: 1-37. Disponível em [http://web.ess.ips.pt/percursos/per\\_num\\_15.html](http://web.ess.ips.pt/percursos/per_num_15.html)

Santos, S., Santos, E., Lacerda, A. (2018) Dor crónica em Pediatria: Orientações para os Profissionais de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 49:167-177

- Santos, K., Escobar, E. (2015) O manejo clínico da dor em pediatria: considerações sob a ótica dos cuidados em enfermagem. *Enfermagem Revista* 18 (1): 101-120.
- Schetchter, N., Zempsky, W., Cohen, L., McGrath, P., McMurtry, M., Bright, N. (2007). Pain reduction during pediatric immunizations: evidence-based review and recommendations. *Pediatrics*.119(5): 1184-1198 DOI: 10.1542/peds.2006-1107
- Serrano, M., Cost, A., Costa, N. (2011) Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. III Série (3). Disponível em [www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a02.pdf](http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a02.pdf)
- Simões, J. (2017). *Metodologia de Estudo de Caso no Ensino Clínico de Enfermagem*. TEACHING DAY. 6ª Edição. Universidade de Aveiro. Disponível em <https://www.ua.pt/file/48390>
- SNS (2019). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: UCSP Santiago do Cacém. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40002/3151411/Pages/default.aspx>
- Taddio, A., Chambers, C., Halperin, S., Ipp, M., Lockett, D., Rieder, M, et al. (2009). Inadequate pain management during routine childhood immunizations: the nerve of it. *Clinical Therapeutics*. 31(B):152-167. Disponível em: DOI10.1016/j.clinthera.2009.07.022
- Taddio, A., Shah, V., Leung, E., Wang, J., Parikh, C., Smart, S., ...Franck, L. (2013). Knowledge translation of the HELPinKIDS clinical practice guideline for managing childhood vaccination pain: usability and knowledge uptake of educational material directed to new parents. *BMC pediatrics*. 13 (23). Disponível em <http://doi.org/10.1186/1471-2431-13-23>
- ULSLA (2019) Missão, Visão e Valores...in ULSLA. Disponível em <http://www.ulsla.min-saude.pt/category/institucional/missao/>
- Veiga, B., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I., ...Silva, P.(2011) Manual de Normas de Enfermagem – procedimentos técnicos. ACSS. 2ª edição Revista. Lisboa. Disponível em <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestãoePlaneamentoRH/SCDEnfermagem/tabid/650/language/pt-PT/Default.aspx>

Webster, J., Osborne, S., Rickard, C., New, K. (2015). Clinically-indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art. No.: CD007798. DOI: 10.1002/14651858.CD007798.pub4

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE 1**

### Análise SWOT

ANÁLISE SWOT		FATORES EXTERNOS		
		Oportunidades	Ameaças	
FATORES INTERNOS	Pontos fortes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maioria dos enfermeiros Especialista em ESIP e a frequentar a especialidade;</li> <li>- Equipa jovem e motivada;</li> <li>- Presença dos Pais a maioria das 24 horas;</li> <li>- Pais integrados na prestação de cuidados à criança;</li> <li>- Ambiente acolhedor com paredes pintadas ou decoradas com motivos infantis;</li> <li>- Permissão de objetos pessoais nos quartos, como brinquedos e roupa;</li> <li>- Avaliação da dor pelo menos uma vez turno com recurso às escalas de avaliação;</li> <li>- Registo das intervenções farmacológicas no alívio da dor;</li> <li>- Explicação prévia do procedimento aos pais e criança;</li> <li>- Negociação com os pais acerca da presença destes durante um procedimento doloroso;</li> <li>- Alguns ensinios aos pais sobre as ENFAD;</li> <li>- Formação recente sobre as ENFAD na UCINP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordenação recetiva a projetos na área da qualidade;</li> <li>- Um dos hospitais Amigo dos Bebés;</li> <li>- Unidades com projetos com vista à acreditação;</li> <li>- Normas de procedimentos acerca da punção venosa e administração da sacarose em latentes;</li> <li>- Salas de convívio com brinquedos na UIP;</li> <li>- Sala de Espera com alguns brinquedos na UUP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urgência nos procedimentos;</li> <li>- Desvalorização das intervenções farmacológicas no alívio da dor pela equipa médica;</li> <li>- Rácio Enfermeiro/utente</li> </ul>
	Pontos fracos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Horário e número restrito de visitas;</li> <li>- A maioria dos enfermeiros em nível iniciado/iniciado avançado na UCINP;</li> <li>- Ausência de sala diferenciada para procedimentos dolorosos;</li> <li>- Ausência de registo das ENFAD utilizadas;</li> <li>- Ausência de registo de dor antes, durante e após utilização das ENFAD;</li> <li>- Ausência de registo da história da dor aquando do acolhimento da criança;</li> <li>- Ausência do uso da escala de autoavaliação de <i>Wong-Baker e FPS-R</i>;</li> <li>- Ausência de formação interna há mais de 2 anos sobre as ENFAD na UIP;</li> <li>- Ausência de Poster/Panfletos sobre as ENFAD e as Intervenções Farmacológicas;</li> <li>- Quartos e Unidades de dimensões reduzidas, ausência de Internet por Wi-fi, televisão com apenas 1 canal infantil;</li> <li>- Escassos folhetos informativos para os pais.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Planeamento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforçar a importância dos cuidados não traumáticos;</li> <li>- Sensibilizar as equipas de enfermagem através de sessões de formação sobre as ENFAD, as intervenções farmacológicas e as orientações da DGS e OE;</li> <li>- Incentivar ao registo das ENFAD utilizadas nas notas gerais;</li> <li>- Incentivar ao registo da história da dor na avaliação inicial;</li> <li>- Promover o uso de escalas de autoavaliação da dor em crianças de idade pré-escolar;</li> <li>- Elaborar Poster Informativo sobre as ENFAD e sobre as Intervenções farmacológicas;</li> <li>- Incentivar o ensino aos pais sobre as ENFAD aquando de procedimentos dolorosos.</li> </ul>	

## **APÊNDICE 2**

Questionário aplicado aos enfermeiros da UCSP

## QUESTIONÁRIO

" Cuidados não traumáticos em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar"

No âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria pretendemos desenvolver um projeto, cujo tema são os cuidados não traumáticos em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar, com destaque para as intervenções farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor. Com este questionário pretendemos obter dados sobre os conhecimentos dos enfermeiros sobre os cuidados não traumáticos à criança, de forma a ser possível definir estratégias para sensibilizar as equipas a utilizar ambas as estratégias na promoção do conforto e alívio da dor na criança.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação, respondendo ao questionário de forma espontânea e individual, sendo o tempo estimado de preenchimento do questionário de aproximadamente 5 minutos.

A sua participação é voluntária. As informações recolhidas são confidenciais, sendo os resultados usados exclusivamente para fins académicos.

Para participar, terá de submeter online o questionário preenchido, pelo que ao fazê-lo está a dar o seu consentimento informado para a participação neste estudo.

---

" Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações escritas que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores."

Para aceitar e continuar a participar avance para a secção seguinte.

\* Required

### Dados Biográficos

Assinale a opção correta

1. **Sexo \***

*Mark only one oval.*

- Masculino  
 Feminino

2. **Idade \***

*Mark only one oval.*

- 20 aos 29 anos  
 30 aos 39 anos  
 40 aos 49 anos  
 50 aos 59 anos  
 Mais de 60 anos

QUESTIONÁRIO

06/05/19, 13:50

**3. Habilitações Literárias \***

*Mark only one oval.*

- Licenciatura em Enfermagem
- Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem: área de especialização Saúde Infantil e Pediatria
- Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem:OUTRA
- Pós-Graduação
- Mestrado
- Doutoramento

**4. Anos de Experiência Profissional \***

*Mark only one oval.*

- 0-5 anos
- 6-11 anos
- 12-17 anos
- 18 - 25 anos
- Superior a 26 anos

**5. Anos de Experiência Profissional Neste Serviço \***

*Mark only one oval.*

- 0 - 5 anos
- 6-11 anos
- 12-17 anos
- 18-25 anos
- Superior a 26 anos

## Estratégias Não Farmacológicas no Alívio da dor

**6. Quais as estratégias não farmacológicas que conhece para aplicar a crianças aquando de procedimentos dolorosos? \***

---

---

---

---

---

QUESTIONÁRIO

06/05/19, 13:50

7. No seu contexto laboral quais as estratégias não farmacológicas que usa nas crianças em idade pré-escolar em procedimentos com agulha? \*

---

---

---

---

---

### Estratégias Farmacológicas no Alívio da dor

8. Quais as estratégias farmacológicas que conhece e que podem ser utilizadas em crianças aquando de procedimentos dolorosos? \*

---

---

---

---

---

9. No seu contexto laboral quais as estratégias farmacológicas que são utilizadas nas crianças em idade pré-escolar em procedimentos com agulha? \*

---

---

---

---

---

### Necessidades Formativas

10. Para si os cuidados não traumáticos em pediatria são um tema pertinente para formação? \*

*Mark only one oval.*

- Sim  
 Não  
 Talvez

**Muito obrigado pela sua colaboração. Clique em submeter.**

---

Powered by

## **APÊNDICE 3**

### **Projeto de Estágio I e Estágio Final**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre Ano 2018/2019

# "Cuidados não traumáticos em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar"

- Projeto de Estágio -

Estágio I e Estágio Final

Discente: Telma Campaniço

Docente Orientador: António Casa Nova

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre

"Cuidados não traumáticos em Procedimentos com agulha"

### Sumário

- ✓ Enquadramento do Tema e Justificação da escolha;
- ✓ Articulação com as competências do Enfermeiro ESIP
- ✓ Breve revisão da literatura sobre os cuidados atraumáticos, tendo por base pesquisa de literatura nacional na DGS, Ordem dos Enfermeiros, livros e artigos científicos internacionais;
- ✓ Objetivos Gerais do projeto de estágio;
- ✓ Objetivos Específicos e planeamento das atividades a desenvolver.

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre

"Cuidados não traumáticos em Procedimentos com agulha"

### Enquadramento do Tema e Justificação do Tema (Diagnóstico da Situação):

- ✓ Durante a hospitalização, 46% das crianças recebem pelo menos uma injeção para o tratamento, além de que a maioria dessas crianças é submetida a colheita de sangue para exames laboratoriais (Santos & Escobar, 2015).
- ✓ No entanto, em crianças saudáveis, grande parte dos procedimentos com agulha estão relacionados diretamente com o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação.
- ✓ A administração de vacinas injetáveis é a causa mais comum de dor iatrogénica na infância (Shah et al., 2009).
- ✓ Os procedimentos com agulha podem ser: punção venosa periférica, cateter venoso central, injeções subcutâneas e intramusculares, biópsias com agulha, etc.

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre

"Cuidados não traumáticos em Procedimentos com agulha"

### Enquadramento do Tema e Justificação do Tema (Diagnóstico da Situação):

- ✓ Promoção dos cuidados não traumáticos e sensibilização das Equipas de Enfermagem dos diversos contextos de estágio;
- ✓ Aplicar instrumentos de colheita de dados que avalie os conhecimentos das equipas de enfermagem sobre as diversas estratégias não farmacológicas e intervenções farmacológicas no alívio da dor.

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre

"Cuidados não traumáticos em Procedimentos com agulha"

### Competências do Enfermeiro ESIP:

- ✓ O EESIP "*Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*" (OE, 2010), sendo esta uma das suas competências gerais, e dentro desta surge a competência específica que determina que o especialista "*Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas*" (OE, 2010), estando este incumbido de fazer uma gestão correta da dor na criança, aplicando os seus conhecimentos e habilidades sobre estratégias quer farmacológicas, quer não farmacológicas para o alívio da dor.

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre

"Cuidados não traumáticos em Procedimentos com agulha"

### Enquadramento Teórico sobre cuidados não traumáticos:

- ✓ Os cuidados atraumáticos são definidos como "*cuidados terapêuticos fornecidos por profissionais através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, do sistema de cuidados de saúde.*" (Hockenberry and Wilson, 2014)
- ✓ Três princípios essenciais:
  1. Prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família;
  2. Promover uma sensação de controlo;
  3. Prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor.

Teoria de Conforto  
de Kolcaba

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre

"Cuidados não traumáticos em Procedimentos com agulha"

### Intervenções Farmacológicas no Controlo da Dor

- Creme Anestésico (ex. EMLA)
- Protóxido de Azoto
- Paracetamol em SOS
- Etc.



### Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

Segundo a OE(2013), existem 6 estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança:

- Comportamentais;
- Cognitivas;
- Cognitivo-comportamentais;
- Físicas;
- Suporte Emocional;
- Ambientais.

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre

"Cuidados não traumáticos em Procedimentos com agulha"

### Enquadramento Teórico sobre Procedimentos com agulha:

- Evidências crescentes demonstraram que os procedimentos de acesso venoso são uma fonte importante de dor pediátrica que deve ser gerenciada proactivamente.
- Evidências acumuladas indicaram que a dor é percebida mais cedo do que se acreditava anteriormente.
- O cérebro amadurece rapidamente durante as primeiras semanas até meses após o nascimento, os estímulos dolorosos recorrentes podem alterar a formação de novos circuitos neurais, resultando em hipersensibilidade infantil e aumento da resposta comportamental a estímulos nocivos.
- As inserções da cânula IV foram a segunda causa mais comum de pior dor durante a hospitalização (sobrepondo-se apenas a dor subjacente à doença do paciente). **Kennedy(2008)**

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre

"Cuidados não traumáticos em Procedimentos com agulha"

### Objetivos Gerais do Projeto de Estágio

- Desenvolver conhecimentos e competências comuns e específicas de enfermeiro especialista no âmbito da saúde da criança, jovem e família ao longo do seu ciclo de vida;
- Promover a melhoria da qualidade de cuidados de saúde com recurso à investigação, à prática baseada na evidência e aos princípios éticos e deontológicos;
- Promover a gestão da dor aguda em crianças, através da promoção dos cuidados não traumáticos.

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre

"Cuidados não traumáticos em Procedimentos com agulha"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER
<p>Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da UIP, UUP, UCINP e UCSP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora para conhecer: <ul style="list-style-type: none"> <li>• A estrutura orgânica e funcional dos serviços</li> <li>• Horários;</li> <li>• Método de trabalho;</li> </ul> </li> <li>• Visita com a enfermeira orientadora às instalações do serviço</li> <li>• Apresentação à equipa multidisciplinar</li> <li>• Consulta de documentação interna, programas de saúde, projetos e normas;</li> <li>• Manuseamento dos materiais e equipamentos disponíveis no serviço;</li> <li>• Observação da prestação de cuidados da enfermeira orientadora à criança e família;</li> <li>• Colaboração com a enfermeira orientadora na prestação de cuidados à criança e família;</li> <li>• Identificação do circuito de atendimento do recém-nascido, criança e jovem aquando da sua admissão;</li> <li>• Identificação da articulação existente entre o serviço de Neonatologia, Obstetrícia, Pediatria e Urgência Pediátrica.</li> </ul>

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre

"Cuidados não traumáticos em Procedimentos com agulha"

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER
Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Validação com a enfermeira orientadora das atividades desenvolvidas que englobam o controlo da dor nos procedimentos dolorosos;</li> <li>Colheita de dados relativos à criança/família, através da realização da avaliação inicial, com ênfase na história da dor;</li> <li>Avaliação dos conhecimentos e comportamentos da criança, jovem e família relativo à saúde, nomeadamente em relação a procedimentos dolorosos;</li> <li>Identificação de problemas de enfermagem e formulação de diagnósticos;</li> <li>Estabelecimento com os pais de um plano de cuidados, gerindo em parceria os cuidados a prestar ao recém-nascido, criança/jovem, negociando a participação dos mesmos em todo o processo de cuidar;</li> <li>Negociação com os pais dos cuidados familiares e dos cuidados de enfermagem, na prestação de cuidados;</li> <li>Realização de sessões de educação para a saúde individuais, sobre os comportamentos promotores da saúde na criança;</li> </ul>

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre

"Cuidados não traumáticos em Procedimentos com agulha"

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER
Implementar e gerir um plano de saúde promotor da parentalidade e da saúde no serviço de internamento de Pediatria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar um estudo de caso sobre uma criança internada do Serviço de Pediatria da ULSBA.</li> <li>✓ Realizar a colheita de dados aos pais;</li> <li>✓ Consulta do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil da criança;</li> <li>✓ Identificar os focos alterados, segundo a linguagem CIPE 2015;</li> <li>✓ Planear as intervenções de enfermagem, executar e proceder à avaliação;</li> <li>✓ Efetuar revisão da literatura baseada em artigos das bases de dados científicas;</li> <li>✓ Realizar sessões de educação individuais aos pais acerca dos comportamentos promotores de saúde da criança do estudo de caso.</li> </ul>

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre

"Cuidados não traumáticos em Procedimentos com agulha"

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER
<p>Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detetar rapidamente situações de instabilidade e dar resposta antecipatória;</li> <li>• Gerir a dor através do uso de intervenções farmacológicas e estratégias não farmacológicas de alívio da dor;</li> <li>• Realizar um Poster Sobre Estratégias Não farmacológicas de alívio da dor (Pediatria, UCINP e UCSP);</li> <li>• Realizar uma sessão de formação sobre as ENFAD aos enfermeiros da UIP e UCSP;</li> <li>• Identificar e/ou referenciar as crianças/jovens com situações de especial complexidade para outros profissionais sempre que necessário;</li> <li>• Acolher o recém-nascido, criança, jovem e família, na admissão no serviço;</li> <li>• Minimizar o stress dos pais relacionado com as situações de especial complexidade do recém-nascido, criança e jovem através da participação dos pais nos cuidados como parte integrante da equipa;</li> <li>• Minimizar os efeitos negativos da hospitalização na criança e jovem que advém do stress (separação, perda de controlo, lesão corporal e dor)</li> <li>• Detetar necessidades especiais e incapacitantes na criança/jovem, promovendo a adaptação à doença através da adoção de estratégias de coping e de adaptação</li> <li>• Aproveitar oportunidades para trabalhar com a criança/família para adoção de comportamentos promotores de saúde, através de ensino oportuno sempre que se justifique.</li> </ul>

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre

"Cuidados não traumáticos em Procedimentos com agulha"

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES A DESENVOLVER
<p>Prestar cuidados especializados de Enfermagem, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, em situações de saúde e/ou de risco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o crescimento, nomeadamente o peso, estatura, índice de massa corporal e respetivos percentis, por forma a detetar situações de malnutrição ou excesso de peso em todas as crianças internadas e nos cuidados de saúde primários;</li> <li>• Avaliar o desenvolvimento com a aplicação do teste de <i>Mary-Sheridan</i> nas crianças para detetar precocemente situações de atraso no desenvolvimento;</li> <li>• Promover atividades promotoras de desenvolvimento aos pais das crianças;</li> <li>• Avaliar estado vacinal das crianças e proceder à vacinação segundo o PNV na UCSP;</li> <li>• Observação física dos recém-nascidos internados no serviço de Neonatologia e na UCSP procedendo à avaliação dos reflexos primitivos se possível;</li> <li>• Promover a vinculação parental e contacto físico com o recém-nascido;</li> <li>• Promover a amamentação através de sessões de educação individuais, realçando os seus benefícios na nutrição e conforto do RN.</li> </ul>

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre

"Cuidados não traumáticos em Procedimentos com agulha"

- Promoção da parentalidade, através de ensino aos pais sobre os cuidados ao recém-nascido por forma a capacitá-los para "tomar conta" dos seus filhos;
- Colheita de dados à criança/pais e adolescente sobre os hábitos alimentares, frequência de escola/infantário, Hábitos de sono/Higiene/eliminação.
- Promover hábitos de vida saudáveis nas crianças e pais;
- Promover a segurança infantil e a prevenção de acidentes tanto no transporte de recém-nascidos, como em crianças e adolescentes.

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre

"Cuidados não traumáticos em Procedimentos com agulha"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER
Realizar uma revisão integrativa, como suporte à prática baseada na evidência na área dos cuidados atraumáticos no estágio II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão sobre a prática em relação aos cuidados não traumáticos;</li> <li>• Enquadramento conceptual da temática: controlo da dor em procedimentos dolorosos, estratégias farmacológicas e não farmacológicas, criança/família;</li> <li>• Pesquisa de artigos nas bases de dados científicas;</li> <li>• Estabelecimento de uma relação entre os resultados provenientes da revisão integrativa com as atividades desenvolvidas no estágio.</li> </ul>

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre

"Cuidados não traumáticos em Procedimentos com agulha"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER
<p>Facilitar a aprendizagem, em contexto de trabalho em enfermagem de saúde da criança e do jovem</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificação de necessidades formativas dos diversos locais de estágio;</li> <li>Realização de sessão de formação em serviço, relativa às necessidades de formação identificadas;</li> <li>Avaliação do impacto da atividade formativa.</li> </ul>

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre

"Cuidados não traumáticos em Procedimentos com agulha"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER
<p>Adquirir conhecimentos sobre liderança e gestão dos recursos humanos e materiais, visando a otimização da qualidade dos cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observação participativa do enfermeiro chefe dos 4 locais de estágio;</li> <li>Conversa informal com o enfermeiro chefe para conhecer a sua perspetiva em relação: às funções do chefe, liderança, gestão de conflitos, gestão de materiais e formação.</li> </ul>

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Mestrado / 2º Semestre

"Cuidados não traumáticos em Procedimentos com agulha"

### Considerações Finais

- As ENFAD são uma intervenção independente, com bastante utilidade, sendo uma área essencial da enfermagem, visto que permite um cuidar eficaz, sem efeitos secundários e que apresenta grande benefício para a criança e a sua família. Estas devem ser utilizadas em simultâneo com intervenções farmacológicas de forma a potenciar o seu efeito prevenção e no alívio da dor.
- O EESIP tem um papel de destaque no que diz respeito a cuidar da criança e sua família em situações de especial complexidade e também na gestão da dor desta, sendo para isso fundamental dominar uma variedade de técnicas quer farmacológicas quer não farmacológicas, combinando-as convenientemente e também ser perito no desenvolvimento da criança, de forma a aplicar essas técnicas de acordo com a idade da criança, potenciando os resultados ao máximo.
- **A temática é aplicável a todos os locais de estágio.**

## **APÊNDICE 4**

Resumo do artigo “Estratégias para alívio da dor na criança durante a vacinação”

## Estratégias para alívio da dor na criança durante a vacinação

Telma Campaniço<sup>\*</sup>, António Casa Nova<sup>\*\*</sup> e Maria Antónia Chora<sup>\*\*\*</sup>

### RESUMO

**Introdução:** a vacinação é o procedimento doloroso mais frequente na infância, pelo que é considerado pela criança e pelos pais um momento causador de dor aguda, stress e ansiedade. **Objetivos:** analisar artigos científicos sobre o alívio da dor na criança durante a vacinação e identificar quais as estratégias farmacológicas e não farmacológicas que são mais eficazes durante este procedimento. **Metodologia:** Realizámos uma revisão integrativa da literatura através de pesquisas nas bases de dados *Ebscohost* e *B-On*, com limite temporal compreendido entre 2011 e 2018. Foram identificados 210 artigos, sendo que 12 foram incluídos na revisão e estão colocados entre o nível **a** e **c**, de acordo com a avaliação da qualidade metodológica do *Joanna Briggs Institute*. **Resultados:** Deste artigo destacamos como estratégias não farmacológicas mais eficazes durante a vacinação: a presença dos pais, a amamentação, a sacarose oral, a distração e o brinquedo instrucional. A estratégia farmacológica mais eficaz é a aplicação de anestésico tópico, nomeadamente a lidocaína e prilocaína. **Conclusão:** Os resultados desta revisão apontam para uma evidência sobre a eficácia de um conjunto de intervenções não farmacológicas e farmacológicas para alívio da dor na criança durante a vacinação, que quando combinadas entre si produzem efeitos mais evidentes.

**Descritores:** Alívio da dor; Gestão da dor; Criança; Vacinação.

### ABSTRACT

**Introduction:** Vaccination is the most frequent painful procedure in childhood, and it is considered by the child and his parents as a time that causes acute pain, stress and anxiety. **Objectives:** To

---

<sup>\*</sup> Mestranda em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeira de Cuidados Gerais na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Santiago do Cacém, Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano.

<sup>\*\*</sup> Professor adjunto, Mestre em Ecologia Humana, Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Departamento de Ciências e Tecnologias da Saúde da Escola Superior de Saúde de Portalegre.

<sup>\*\*\*</sup> Professora adjunta, Doutora em Sociologia, Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora.

analyze scientific articles on pain relief in children during vaccination and to identify the pharmacological and non-pharmacological strategies that are most effective during this procedure.

**Methodology:** We carried out an integrative review of the literature through researches in the databases Ebscohost and B-On, with a time limit between 2011 and 2018. 210 articles were identified, of which 12 were included in the review and are placed between **a** and **c**, according to the methodological quality assessment of the Joanna Briggs Institute. **Results:** This article highlights the most effective non-pharmacological strategies during vaccination: the presence of parents, breastfeeding, oral sucrose, distraction and the instructional toy. The most effective pharmacological strategy is the topical anesthetic, namely lidocaine and prilocaine. **Conclusion:** The results of this review point to evidence on the efficacy of a set of non-pharmacological and pharmacological interventions for pain relief in children during vaccination, which, when combined, produce more evident effects.

**Keywords:** Pain relief; Pain Management; Child; Vaccination.

## RESUMEN

**Introducción:** la vacunación es el procedimiento doloroso más frecuente en la infancia, por lo que es considerado por el niño y los padres un momento causante de dolor agudo, estrés y ansiedad.

**Objetivos:** analizar los artículos científicos sobre el alivio del dolor en el niño durante la vacunación e identificar las estrategias farmacológicas y no farmacológicas que son más eficaces durante este procedimiento. **Metodología:** Realizamos una revisión integrativa de la literatura a través de investigaciones en las bases de datos Ebscohost y B-On, con límite temporal comprendido entre 2011 y 2018. Se identificaron 210 artículos, 12 de los cuales se incluyeron en la revisión y se colocan entre el nivel **a** y **c**, de acuerdo con la evaluación de la calidad metodológica del Joanna Briggs Institute.

**Resultados:** De este artículo destacamos como estrategias no farmacológicas más eficaces durante la vacunación: la presencia de los padres, la lactancia, la sacarosa oral, la distracción y el juguete instructivo. La estrategia farmacológica más eficaz es la aplicación de anestésico tópico, en particular la lidocaína y la prilocaína. **Conclusión:** Los resultados de esta revisión apuntan a una evidencia sobre la eficacia de un conjunto de intervenciones no farmacológicas y farmacológicas para aliviar el dolor en el niño durante la vacunación, que cuando combinadas entre sí producen efectos más evidentes.

**Palabras clave:** Alivio del dolor; Manejo del dolor; Niño; Vacunación.

## **Apêndice 5**

Grelha de observação dos cuidados não traumáticos na UCSP

**Grelha de Observação de Cuidados Não traumáticos em Procedimento com Agulha em Crianças de Idade Pré-escolar na UCSP**

Assinalar com "X" as intervenções observadas

<b>Procedimento:</b>	
Vacina IM _____ Nome Vacina: _____	<b>Idade da Criança:</b>
Vacina SC _____ Nome Vacina: _____	
Outra Injeção IM _____	<b>Local do procedimento:</b>
Outra Injeção SC _____	
Outra: _____	
<b>Estratégias Não Farmacológicas Utilizadas</b>	
Suporte Emocional:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença dos Pais _____</li> </ul>
Cognitivas:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação Preparatória _____</li> <li>• Distração: Brinquedos _____; Imagens _____; Vídeos _____; Bolas de Sabão _____</li> <li>• Reforço Positivo _____</li> <li>• Imaginação guiada _____</li> <li>• Modelagem _____</li> </ul>
Físicas:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação frio _____</li> <li>• Posicionamento/Tipo _____</li> </ul>
Comportamentais:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaxamento muscular _____</li> </ul>
<b>Intervenções Farmacológicas Utilizadas/Aconselhadas</b>	
Anestésico Tópico:	EMLA Creme _____ EMLA Penso _____
Analgésico:	Paracetamol _____ Ibuprofeno _____
<b>Avaliação da Dor após Procedimento</b>	
Escala de Avaliação da Dor Utilizada: _____	
Avaliação da Dor (Pontuação) _____	
<i>Escalas de avaliação da dor na página seguinte</i>	

### Escalas de Avaliação da Dor em Idade Pré-escolar

#### 1. CRIANÇAS DE 1 MÊS AOS 4 ANOS - FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY (FLACC)

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

© The Regents of the University of Michigan  
 Merkel SJ, Yopp-Lewis T, Shaywitz J, Mahi S. The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nurs*. 1997; 23(3): 293-7.  
 Batista LMC, Reis GMR, Costa LPS, Carvalho MDR, Miqumi APM. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Referência* 2009;10:7-14.

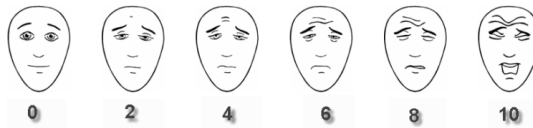
#### 2. CRIANÇAS DOS 4 AOS 6 ANOS

##### ESCALA DE FACES WONG-BAKER



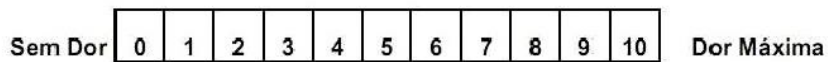
##### ESCALA FPS-R

##### Faces Pain Scale - Revised



#### 3. CRIANÇAS A PARTIR DOS 6 ANOS – ESCALA NUMÉRICA e ESCALA VISUAL ANALÓGICA

##### Escala Numérica



## **Apêndice 6**

### **Cronograma do Projeto de Intervenção**



## **Apêndice 7**

### **Folheto informativo sobre Inaloterapia**



## **Apêndice 8**

Planos das sessões de formação e apresentações





MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ESTRA  
UNIVERSIDADE DE COVILHÃ  
UNIVERSIDADE DE BRAGA  
UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
UNIVERSIDADE DE VISEU  
UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO ALGARVE  
UNIVERSIDADE DE BEJA  
UNIVERSIDADE DE PORTO  
UNIVERSIDADE DE LISBOA  
UNIVERSIDADE DE ALGARVE  
UNIVERSIDADE DE MADEIRA  
UNIVERSIDADE DE AÇORES  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PERNAMBUCO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GROSSO DO SUL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PERNAMBUCO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GROSSO DO SUL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

2º Mestrado – Área EESIP / 2º Semestre

## Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

UC: Estágio I

Discente: Telma Campaniço  
Docente Orientador: António Casa Nova  
Enfermeira Orientadora:



MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO

## Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

**Objetivos:**

- Sensibilizar os Enfermeiros do Serviço de Pediatria da ULSBA para os cuidados atraumáticos aquando de procedimentos dolorosos;
- Promover as estratégias não farmacológicas no controlo da dor;
- Promover as recomendações da DGS e da Ordem dos Enfermeiros acerca da temática.



**MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO**

UNIVERSIDADE DE Évora  
INSTITUTO DE Saúde  
E+E  
E+P  
E+D  
E+I  
E+O  
E+M  
E+L  
E+T  
E+R  
E+U  
E+V  
E+W  
E+X  
E+Y  
E+Z  
E+AA  
E+AB  
E+AC  
E+AD  
E+AE  
E+AF  
E+AG  
E+AH  
E+AI  
E+AJ  
E+AK  
E+AL  
E+AM  
E+AN  
E+AO  
E+AP  
E+AQ  
E+AR  
E+AS  
E+AT  
E+AU  
E+AV  
E+AW  
E+AX  
E+AY  
E+AZ  
E+BA  
E+BB  
E+BC  
E+BD  
E+BE  
E+BF  
E+BG  
E+BH  
E+BI  
E+BJ  
E+BK  
E+BL  
E+BM  
E+BN  
E+BO  
E+BP  
E+BQ  
E+BR  
E+BS  
E+BT  
E+BU  
E+BV  
E+BW  
E+BX  
E+BY  
E+BZ  
E+CA  
E+CB  
E+CC  
E+CD  
E+CE  
E+CF  
E+CG  
E+CH  
E+CI  
E+CJ  
E+CK  
E+CL  
E+CM  
E+CN  
E+CO  
E+CP  
E+CQ  
E+CR  
E+CS  
E+CT  
E+CU  
E+CV  
E+CW  
E+CX  
E+CY  
E+CZ  
E+DA  
E+DB  
E+DC  
E+DD  
E+DE  
E+DF  
E+DG  
E+DH  
E+DI  
E+DJ  
E+DK  
E+DL  
E+DM  
E+DN  
E+DO  
E+DP  
E+DQ  
E+DR  
E+DS  
E+DT  
E+DU  
E+DV  
E+DW  
E+DX  
E+DY  
E+DZ  
E+EA  
E+EB  
E+EC  
E+ED  
E+EE  
E+EF  
E+EG  
E+EH  
E+EI  
E+EJ  
E+EK  
E+EL  
E+EM  
E+EN  
E+EO  
E+EP  
E+EQ  
E+ER  
E+ES  
E+ET  
E+EU  
E+EV  
E+EW  
E+EX  
E+EY  
E+EZ  
E+FA  
E+FB  
E+FC  
E+FD  
E+FE  
E+FF  
E+FG  
E+FH  
E+FI  
E+FJ  
E+FK  
E+FL  
E+FM  
E+FN  
E+FO  
E+FP  
E+FQ  
E+FR  
E+FS  
E+FT  
E+FU  
E+FV  
E+FW  
E+FX  
E+FY  
E+FZ  
E+GA  
E+GB  
E+GC  
E+GD  
E+GE  
E+GF  
E+GG  
E+GH  
E+GI  
E+GJ  
E+GK  
E+GL  
E+GM  
E+GN  
E+GO  
E+GP  
E+GQ  
E+GR  
E+GS  
E+GT  
E+GU  
E+GV  
E+GW  
E+GX  
E+GY  
E+GZ  
E+HA  
E+HB  
E+HC  
E+HD  
E+HE  
E+HF  
E+HG  
E+HH  
E+HI  
E+HJ  
E+HK  
E+HL  
E+HM  
E+HN  
E+HO  
E+HP  
E+HQ  
E+HR  
E+HS  
E+HT  
E+HU  
E+HV  
E+HW  
E+HX  
E+HY  
E+HZ  
E+IA  
E+IB  
E+IC  
E+ID  
E+IE  
E+IF  
E+IG  
E+IH  
E+II  
E+IJ  
E+IK  
E+IL  
E+IM  
E+IN  
E+IO  
E+IP  
E+IQ  
E+IR  
E+IS  
E+IT  
E+IU  
E+IV  
E+IW  
E+IX  
E+IY  
E+IZ  
E+JA  
E+JB  
E+JC  
E+JD  
E+JE  
E+JF  
E+JG  
E+JH  
E+JI  
E+JJ  
E+JK  
E+JL  
E+JM  
E+JN  
E+JO  
E+JP  
E+JQ  
E+JR  
E+JS  
E+JT  
E+JU  
E+JV  
E+JW  
E+JX  
E+JY  
E+JZ  
E+KA  
E+KB  
E+KC  
E+KD  
E+KE  
E+KF  
E+KG  
E+KH  
E+KI  
E+KJ  
E+KK  
E+KL  
E+KM  
E+KN  
E+KO  
E+KP  
E+KQ  
E+KR  
E+KS  
E+KT  
E+KU  
E+KV  
E+KW  
E+KX  
E+KY  
E+KZ  
E+LA  
E+LB  
E+LC  
E+LD  
E+LE  
E+LF  
E+LG  
E+LH  
E+LI  
E+LJ  
E+LK  
E+LL  
E+LM  
E+LN  
E+LO  
E+LP  
E+LQ  
E+LR  
E+LS  
E+LT  
E+LU  
E+LV  
E+LW  
E+LX  
E+LY  
E+LZ  
E+MA  
E+MB  
E+MC  
E+MD  
E+ME  
E+MF  
E+MG  
E+MH  
E+MI  
E+MJ  
E+MK  
E+ML  
E+MM  
E+MN  
E+MO  
E+MP  
E+MQ  
E+MR  
E+MS  
E+MT  
E+MU  
E+MV  
E+MW  
E+MX  
E+MY  
E+MZ  
E+NA  
E+NB  
E+NC  
E+ND  
E+NE  
E+NF  
E+NG  
E+NH  
E+NI  
E+NJ  
E+NK  
E+NL  
E+NM  
E+NN  
E+NO  
E+NP  
E+NQ  
E+NR  
E+NS  
E+NT  
E+NU  
E+NV  
E+NW  
E+NX  
E+NY  
E+NZ  
E+OA  
E+OB  
E+OC  
E+OD  
E+OE  
E+OF  
E+OG  
E+OH  
E+OI  
E+OJ  
E+OK  
E+OL  
E+OM  
E+ON  
E+OO  
E+OP  
E+OQ  
E+OR  
E+OS  
E+OT  
E+OU  
E+OV  
E+OW  
E+OX  
E+OY  
E+OZ  
E+PA  
E+PB  
E+PC  
E+PD  
E+PE  
E+PF  
E+PG  
E+PH  
E+PI  
E+PJ  
E+PK  
E+PL  
E+PM  
E+PN  
E+PO  
E+PP  
E+PQ  
E+PR  
E+PS  
E+PT  
E+PU  
E+PV  
E+PW  
E+PX  
E+PY  
E+PZ  
E+QA  
E+QB  
E+QC  
E+QD  
E+QE  
E+QF  
E+QG  
E+QH  
E+QI  
E+QJ  
E+QK  
E+QL  
E+QM  
E+QN  
E+QO  
E+QP  
E+QQ  
E+QR  
E+QS  
E+QT  
E+QU  
E+QV  
E+QW  
E+QX  
E+QY  
E+QZ  
E+RA  
E+RB  
E+RC  
E+RD  
E+RE  
E+RF  
E+RG  
E+RH  
E+RI  
E+RJ  
E+RK  
E+RL  
E+RM  
E+RN  
E+RO  
E+RP  
E+RQ  
E+RR  
E+RS  
E+RT  
E+RU  
E+RV  
E+RW  
E+RX  
E+RY  
E+RZ  
E+SA  
E+SB  
E+SC  
E+SD  
E+SE  
E+SF  
E+SG  
E+SH  
E+SI  
E+SJ  
E+SK  
E+SL  
E+SM  
E+SN  
E+SO  
E+SP  
E+SQ  
E+SR  
E+SS  
E+ST  
E+SU  
E+SV  
E+SW  
E+SX  
E+SY  
E+SZ  
E+TA  
E+TB  
E+TC  
E+TD  
E+TE  
E+TF  
E+TG  
E+TH  
E+TI  
E+TJ  
E+TK  
E+TL  
E+TM  
E+TN  
E+TO  
E+TP  
E+TQ  
E+TR  
E+TS  
E+TT  
E+TU  
E+TV  
E+TW  
E+TX  
E+TY  
E+TZ  
E+UA  
E+UB  
E+UC  
E+UD  
E+UE  
E+UF  
E+UG  
E+UH  
E+UI  
E+UJ  
E+UK  
E+UL  
E+UM  
E+UN  
E+UO  
E+UP  
E+UQ  
E+UR  
E+US  
E+UT  
E+UU  
E+UV  
E+UW  
E+UX  
E+UY  
E+UZ  
E+VA  
E+VB  
E+VC  
E+VD  
E+VE  
E+VF  
E+VG  
E+VH  
E+VI  
E+VJ  
E+VK  
E+VL  
E+VM  
E+VN  
E+VO  
E+VP  
E+VQ  
E+VR  
E+VS  
E+VT  
E+VU  
E+VV  
E+VW  
E+VX  
E+VY  
E+VZ  
E+WA  
E+WB  
E+WC  
E+WD  
E+WE  
E+WF  
E+WG  
E+WH  
E+WI  
E+WJ  
E+WK  
E+WL  
E+WM  
E+WN  
E+WO  
E+WP  
E+WQ  
E+WR  
E+WS  
E+WT  
E+WU  
E+VW  
E+WX  
E+WY  
E+WZ  
E+XA  
E+XB  
E+XC  
E+XD  
E+XE  
E+XF  
E+XG  
E+XH  
E+XI  
E+XJ  
E+XK  
E+XL  
E+XM  
E+XN  
E+XO  
E+XP  
E+XQ  
E+XR  
E+XS  
E+XT  
E+XU  
E+XV  
E+XW  
E+XX  
E+XY  
E+XZ  
E+YA  
E+YB  
E+YC  
E+YD  
E+YE  
E+YF  
E+YG  
E+YH  
E+YI  
E+YJ  
E+YK  
E+YL  
E+YM  
E+YN  
E+YO  
E+YP  
E+YQ  
E+YR  
E+YS  
E+YT  
E+YU  
E+YV  
E+YW  
E+YX  
E+YY  
E+YZ  
E+ZA  
E+ZB  
E+ZC  
E+ZD  
E+ZE  
E+ZF  
E+ZG  
E+ZH  
E+ZI  
E+ZJ  
E+ZK  
E+ZL  
E+ZM  
E+ZN  
E+ZO  
E+ZP  
E+ZQ  
E+ZR  
E+ZS  
E+ZT  
E+ZU  
E+ZV  
E+ZW  
E+ZX  
E+ZY  
E+ZZ

## Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

### Cuidados Atraumáticos:

- ✓ Os cuidados não traumáticos são definidos como *"cuidados terapêuticos fornecidos por profissionais através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, do sistema de cuidados de saúde."* (Hockenberry and Wilson, 2014)
- ✓ Três princípios essenciais:
  1. Prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família;
  2. Promover uma sensação de controlo;
  3. Prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor.



**MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO**

UNIVERSIDADE DE Évora  
INSTITUTO DE Saúde  
E+E  
E+P  
E+D  
E+I  
E+O  
E+M  
E+L  
E+T  
E+R  
E+U  
E+V  
E+W  
E+X  
E+Y  
E+Z  
E+AA  
E+AB  
E+AC  
E+AD  
E+AE  
E+AF  
E+AG  
E+AH  
E+AI  
E+AJ  
E+AK  
E+AL  
E+AM  
E+AN  
E+AO  
E+AP  
E+AQ  
E+AR  
E+AS  
E+AT  
E+AU  
E+AV  
E+AW  
E+AX  
E+AY  
E+AZ  
E+BA  
E+BB  
E+BC  
E+BD  
E+BE  
E+BF  
E+BG  
E+BH  
E+BI  
E+BJ  
E+BK  
E+BL  
E+BM  
E+BN  
E+BO  
E+BP  
E+BQ  
E+BR  
E+BS  
E+BT  
E+BU  
E+BV  
E+BW  
E+BX  
E+BY  
E+BZ  
E+CA  
E+CB  
E+CC  
E+CD  
E+CE  
E+CF  
E+CG  
E+CH  
E+CI  
E+CJ  
E+CK  
E+CL  
E+CM  
E+CN  
E+CO  
E+CP  
E+CQ  
E+CR  
E+CS  
E+CT  
E+CU  
E+CV  
E+CW  
E+CX  
E+CY  
E+CZ  
E+DA  
E+DB  
E+DC  
E+DD  
E+DE  
E+DF  
E+DG  
E+DH  
E+DI  
E+DJ  
E+DK  
E+DL  
E+DM  
E+DN  
E+DO  
E+DP  
E+DQ  
E+DR  
E+DS  
E+DT  
E+DU  
E+DV  
E+DW  
E+DX  
E+DY  
E+DZ  
E+EA  
E+EB  
E+EC  
E+ED  
E+EE  
E+EF  
E+EG  
E+EH  
E+EI  
E+EJ  
E+EK  
E+EL  
E+EM  
E+EN  
E+EO  
E+EP  
E+EQ  
E+ER  
E+ES  
E+ET  
E+EU  
E+EV  
E+EW  
E+EX  
E+EY  
E+EZ  
E+FA  
E+FB  
E+FC  
E+FD  
E+FE  
E+FF  
E+FG  
E+FH  
E+FI  
E+FJ  
E+FK  
E+FL  
E+FM  
E+FN  
E+FO  
E+FP  
E+FQ  
E+FR  
E+FS  
E+FT  
E+FU  
E+FV  
E+FW  
E+FX  
E+FY  
E+FZ  
E+GA  
E+GB  
E+GC  
E+GD  
E+GE  
E+GF  
E+GG  
E+GH  
E+GI  
E+GJ  
E+GK  
E+GL  
E+GM  
E+GN  
E+GO  
E+GP  
E+GQ  
E+GR  
E+GS  
E+GT  
E+GU  
E+GV  
E+GW  
E+GX  
E+GY  
E+GZ  
E+HA  
E+HB  
E+HC  
E+HD  
E+HE  
E+HF  
E+HG  
E+HH  
E+HI  
E+HJ  
E+HK  
E+HL  
E+HM  
E+HN  
E+HO  
E+HP  
E+HQ  
E+HR  
E+HS  
E+HT  
E+HU  
E+HV  
E+HW  
E+HX  
E+HY  
E+HZ  
E+IA  
E+IB  
E+IC  
E+ID  
E+IE  
E+IF  
E+IG  
E+IH  
E+II  
E+IJ  
E+IK  
E+IL  
E+IM  
E+IN  
E+IO  
E+IP  
E+IQ  
E+IR  
E+IS  
E+IT  
E+IU  
E+IV  
E+IW  
E+IX  
E+IY  
E+IZ  
E+JA  
E+JB  
E+JC  
E+JD  
E+JE  
E+JF  
E+JG  
E+JH  
E+JI  
E+JJ  
E+JK  
E+JL  
E+JM  
E+JN  
E+JO  
E+JP  
E+JQ  
E+JR  
E+JS  
E+JT  
E+JU  
E+JV  
E+JW  
E+JX  
E+JY  
E+JZ  
E+KA  
E+KB  
E+KC  
E+KD  
E+KE  
E+KF  
E+KG  
E+KH  
E+KI  
E+KJ  
E+KL  
E+KM  
E+KN  
E+KO  
E+KP  
E+KQ  
E+KR  
E+KS  
E+KT  
E+KU  
E+KV  
E+KW  
E+KX  
E+KY  
E+KZ  
E+LA  
E+LB  
E+LC  
E+LD  
E+LE  
E+LF  
E+LG  
E+LH  
E+LI  
E+LJ  
E+LK  
E+LM  
E+LN  
E+LO  
E+LP  
E+LQ  
E+LR  
E+LS  
E+LT  
E+LU  
E+LV  
E+LW  
E+LX  
E+LY  
E+LZ  
E+MA  
E+MB  
E+MC  
E+MD  
E+ME  
E+MF  
E+MG  
E+MH  
E+MI  
E+MJ  
E+MK  
E+ML  
E+MM  
E+MN  
E+MO  
E+MP  
E+MQ  
E+MR  
E+MS  
E+MT  
E+MU  
E+MV  
E+MW  
E+MX  
E+MY  
E+MZ  
E+NA  
E+NB  
E+NC  
E+ND  
E+NE  
E+NF  
E+NG  
E+NH  
E+NI  
E+NJ  
E+NK  
E+NL  
E+NM  
E+NN  
E+NO  
E+NP  
E+NQ  
E+NR  
E+NS  
E+NT  
E+NU  
E+NV  
E+NW  
E+NX  
E+NY  
E+NZ  
E+OA  
E+OB  
E+OC  
E+OD  
E+OE  
E+OF  
E+OG  
E+OH  
E+OI  
E+OJ  
E+OK  
E+OL  
E+OM  
E+ON  
E+OO  
E+OP  
E+OQ  
E+OR  
E+OS  
E+OT  
E+OU  
E+OV  
E+OW  
E+OX  
E+OY  
E+OZ  
E+PA  
E+PB  
E+PC  
E+PD  
E+PE  
E+PF  
E+PG  
E+PH  
E+PI  
E+PJ  
E+PK  
E+PL  
E+PM  
E+PN  
E+PO  
E+PP  
E+PQ  
E+PR  
E+PS  
E+PT  
E+PU  
E+PV  
E+PW  
E+PX  
E+PY  
E+PZ  
E+QA  
E+QB  
E+QC  
E+QD  
E+QE  
E+QF  
E+QG  
E+QH  
E+QI  
E+QJ  
E+QK  
E+QL  
E+QM  
E+QN  
E+QO  
E+QP  
E+QQ  
E+QR  
E+QS  
E+QT  
E+QU  
E+QV  
E+QW  
E+QX  
E+QY  
E+QZ  
E+RA  
E+RB  
E+RC  
E+RD  
E+RE  
E+RF  
E+RG  
E+RH  
E+RI  
E+RJ  
E+RK  
E+RL  
E+RM  
E+RN  
E+RO  
E+RP  
E+RQ  
E+RR  
E+RS  
E+RT  
E+RU  
E+RV  
E+RW  
E+RX  
E+RY  
E+RZ  
E+SA  
E+SB  
E+SC  
E+SD  
E+SE  
E+SF  
E+SG  
E+SH  
E+SI  
E+SJ  
E+SK  
E+SL  
E+SM  
E+SN  
E+SO  
E+SP  
E+SQ  
E+SR  
E+SS  
E+ST  
E+SU  
E+SV  
E+SW  
E+SX  
E+SY  
E+SZ  
E+TA  
E+TB  
E+TC  
E+TD  
E+TE  
E+TF  
E+TG  
E+TH  
E+TI  
E+TJ  
E+TK  
E+TL  
E+TM  
E+TN  
E+TO  
E+TP  
E+TQ  
E+TR  
E+TS  
E+TT  
E+TU  
E+TV  
E+TW  
E+TX  
E+TY  
E+TZ  
E+UA  
E+UB  
E+UC  
E+UD  
E+UE  
E+UF  
E+UG  
E+UH  
E+UI  
E+UJ  
E+UK  
E+UL  
E+UM  
E+UN  
E+UO  
E+UP  
E+UQ  
E+UR  
E+US  
E+UT  
E+UU  
E+UV  
E+UW  
E+UX  
E+UY  
E+UZ  
E+VA  
E+VB  
E+VC  
E+VD  
E+VE  
E+VF  
E+VG  
E+VH  
E+VI  
E+VJ  
E+VK  
E+VL  
E+VM  
E+VN  
E+VO  
E+VP  
E+VQ  
E+VR  
E+VS  
E+VT  
E+VU  
E+VV  
E+VW  
E+VX  
E+VY  
E+VZ  
E+WA  
E+WB  
E+WC  
E+WD  
E+WE  
E+WF  
E+WG  
E+WH  
E+WI  
E+WJ  
E+WK  
E+WL  
E+WM  
E+WN  
E+WO  
E+WP  
E+WQ  
E+WR  
E+WS  
E+WT  
E+WU  
E+VW  
E+WX  
E+WY  
E+WZ  
E+XA  
E+XB  
E+XC  
E+XD  
E+XE  
E+XF  
E+XG  
E+XH  
E+XI  
E+XJ  
E+XK  
E+XL  
E+XM  
E+XN  
E+XO  
E+XP  
E+XQ  
E+XR  
E+XS  
E+XT  
E+XU  
E+XV  
E+XW  
E+XX  
E+XY  
E+XZ  
E+YA  
E+YB  
E+YC  
E+YD  
E+YE  
E+YF  
E+YG  
E+YH  
E+YI  
E+YJ  
E+YK  
E+YL  
E+YM  
E+YN  
E+YO  
E+YP  
E+YQ  
E+YR  
E+YS  
E+YT  
E+YU  
E+YV  
E+YW  
E+YX  
E+YY  
E+YZ  
E+ZA  
E+ZB  
E+ZC  
E+ZD  
E+ZE  
E+ZF  
E+ZG  
E+ZH  
E+ZI  
E+ZJ  
E+ZK  
E+ZL  
E+ZM  
E+ZN  
E+ZO  
E+ZP  
E+ZQ  
E+ZR  
E+ZS  
E+ZT  
E+ZU  
E+ZV  
E+ZW  
E+ZX  
E+ZY  
E+ZZ

## Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

### Papel do Enfermeiro Especialista

- ✓ O EESIP *"Cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade"* (OE, 2010), sendo esta uma das suas competências gerais, e dentro desta surge a competência específica que determina que o especialista *"Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas"* (OE, 2010), estando este incumbido de fazer uma gestão correta da dor na criança, aplicando os seus conhecimentos e habilidades sobre estratégias quer farmacológicas, quer não farmacológicas para o alívio da dor.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora  
INSTITUTO DE Saúde  
E.E. Evora  
E.E. Beja  
E.E. Faro  
E.E. Lagos  
E.E. Setúbal  
E.E. Viseu

## Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

Norma DGS nº 022/2012

ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

OE 2013-Guia Orientador da Boa Prática

Guia Orientador de Boa Prática

**ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA**

GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA  
Categorias: IIC | Série 1 | Número 6



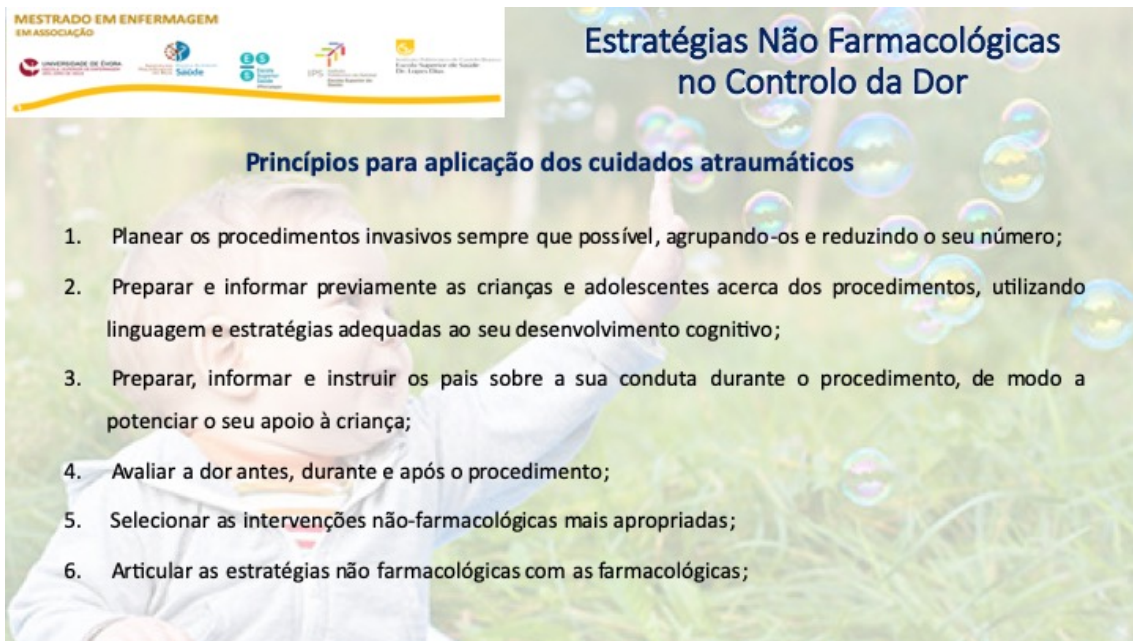
MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora  
INSTITUTO DE Saúde  
E.E. Evora  
E.E. Beja  
E.E. Faro  
E.E. Lagos  
E.E. Setúbal  
E.E. Viseu

## Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

### Princípios para aplicação dos cuidados atraumáticos

1. Planear os procedimentos invasivos sempre que possível, agrupando-os e reduzindo o seu número;
2. Preparar e informar previamente as crianças e adolescentes acerca dos procedimentos, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo;
3. Preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança;
4. Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento;
5. Selecionar as intervenções não-farmacológicas mais apropriadas;
6. Articular as estratégias não farmacológicas com as farmacológicas;





## Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

### Estratégias Cognitivas

- **Informação preparatória ou antecipatória** - Consiste em informar a criança/pais acerca do procedimento a efetuar, o que permite à criança “desenvolver expectativas realistas acerca do que poderá acontecer”, contribuindo assim para a redução da ansiedade e aumento do seu sentimento de controlo (Batalha, 2010) **Utilizar linguagem de acordo com desenvolvimento cognitivo da criança.**
- **Distração** - é uma técnica que permite desviar a atenção do procedimento doloroso para coisas agradáveis. **Fazer bolas de sabão, cantar, contar histórias, ver vídeos.** O facto de se direccionar a atenção para algo que não o estímulo nocivo ajuda a que a perceção da dor seja menos intensa (Paixão, 2010)



## Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

### Estratégias Cognitivas

- **Modelagem** - Consiste em demonstrar ou simular o procedimento por um adulto ou outra criança. Simulação exemplificando num boneco
- **Reforço positivo** - consiste no elogio da criança ou recompensa a seguir ao procedimento doloroso após utilização de estratégias positivas para o alívio dor. Tem como objetivo modificar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, transformando-o num desafio.



**MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO**

UNIVERSIDADE DE Évora  
UNIVERSIDADE DO Algarve  
UNIVERSIDADE DE Coimbra  
UNIVERSIDADE DE Trás-os-Montes e Alto Douro  
UNIVERSIDADE DE Lisboa  
UNIVERSIDADE DE Évora  
UNIVERSIDADE DE Trás-os-Montes e Alto Douro

## Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

### Estratégias Cognitivas

- **Imaginação guiada** - técnica em que se procura obter uma sensação de bem-estar e relaxamento através da indução de um estado de concentração, intensificado numa ideia ou imagem particular. Atua como distração e alívio da ansiedade em **crianças com mais de quatro anos**. Esta técnica requer o envolvimento ativo da criança e exige algum tempo para que a explicação do método seja eficaz. (ex: histórias com super-heróis).



**MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO**

UNIVERSIDADE DE Évora  
UNIVERSIDADE DO Algarve  
UNIVERSIDADE DE Coimbra  
UNIVERSIDADE DE Trás-os-Montes e Alto Douro  
UNIVERSIDADE DE Lisboa  
UNIVERSIDADE DE Évora  
UNIVERSIDADE DE Trás-os-Montes e Alto Douro

## Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

### Estratégias Comportamentais

- **Relaxamento Muscular** - O relaxamento diminui a tensão muscular produzindo uma sensação de calma, tranquilidade e bem-estar. Existem vários tipos de relaxamento como o muscular, exercícios de respiração diafragmática e exercícios de relaxamento ativo (OE, 2013). É de mais fácil aplicação nos adolescentes.
- **Distração comportamental** – a pratica de exercício físico antes de procedimentos deixa a criança mais relaxada e menos preocupada.



## Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

### Estratégias Cognitivo-Comportamentais

As estratégias cognitivo-comportamentais combinam pelo menos uma intervenção cognitiva e uma comportamental.

A terapia cognitivo-comportamental é bastante utilizada em **crianças mais velhas e adolescentes**. Essencialmente, pretende-se que a criança passe a compreender a associação que existe entre os pensamentos, sentimentos e comportamentos decorrentes da dor ou aqueles que aumentam a sua intensidade



## Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

### Estratégias Físicas

- **Aplicação de calor** - consiste na aplicação na zona dolorosa promovendo a circulação sanguínea. Produz um efeito analgésico pela ativação do mecanismo de supressão da dor e pelo relaxamento muscular.
- **Aplicação de frio** - tem um efeito contrário do calor pela diminuição da circulação periférica o que favorece a redução do edema, tendo uma ação anti-inflamatória.
- **Massagem** - consiste na estimulação cutânea para aliviar a dor através de relaxamento e distração o que irá ativar os mecanismos que inibem a dor. **Duração 15 a 30 minutos.**

**Mestrado em Enfermagem em Associação**

**Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor**

### Estratégias Físicas

- **Posicionamento/contenção** – promove o conforto, **evita a desorganização motora do recém-nascido**. Promover os ninhos e a contenção manual por profissional ou cuidador;
- **Canguru/contato pele a pele**- diminui a frequência cardíaca, o choro e a atividade comportamental. Deve ser efetuado 15 min antes do procedimento em recém-nascidos;
- **Sacarose a 24%** - Tem-se verificado expressão facial de tranquilidade do recém-nascido e/ou diminuição do tempo de choro. **Ideal para latentes.**

**Mestrado em Enfermagem em Associação**

**Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor**

### Estratégias de Suporte Emocional

- **Presença dos Pais** – *promove a segurança da criança;*
- **Amamentação** - benefícios nutricionais e afetivos para o recém-nascido e latente;
- **Sucção Não nutritiva** - A analgesia promovida pela chupeta parece ocorrer apenas durante os movimentos ritmados de sucção. **Idealmente associada à sacarose a 24%;**

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora  
UNIVERSIDADE DO Algarve  
UNIVERSIDADE DE Coimbra  
UNIVERSIDADE DE Trás-os-Montes e Alto Alentejo  
UNIVERSIDADE DE Lisboa  
UNIVERSIDADE NOVA DE Lisboa  
UNIVERSIDADE DE Évora

## Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

### Estratégias Ambientais

- **Redução do ruído ambiente**- diminuindo os alarmes sonoros dos monitores;
- **Redução da incidência de luzes** – no caso do recém-nascido;
- **Musicoterapia** – ajuda a diminuir o stress e a tensão.
- **Arteterapia** – teatro, marionetas, desenho.
- **Humor** – estimula a produção de endorfinas e diminui a intensidade da dor. **1 minuto de riso equivale a 45 minutos de relaxamento.**



MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora  
UNIVERSIDADE DO Algarve  
UNIVERSIDADE DE Coimbra  
UNIVERSIDADE DE Trás-os-Montes e Alto Alentejo  
UNIVERSIDADE DE Lisboa  
UNIVERSIDADE NOVA DE Lisboa  
UNIVERSIDADE DE Évora

## Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

### Recomendações para o uso das estratégias

- **A utilização de intervenções não farmacológicas deverá ser usada em complementaridade com a terapêutica farmacológica e não em substituição desta;**
- **A importância de selecionar as intervenções não farmacológicas de acordo com a preferência da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível. (DGS,2012)**
- **Após o procedimento, manter-se junto da criança;**
- **Planear os cuidados;**
- **Agrupar os procedimentos. (OE, 2013)**





**Mestrado em Enfermagem**  
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora  
UNIVERSIDADE Nova de Lisboa  
UNIVERSIDADE de Coimbra  
UNIVERSIDADE de Trás-os-Montes e Alto Alentejo  
UNIVERSIDADE de Beira Interior

## Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

### Bibliografia

- Direção Geral da Saúde, 2012, Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos), Norma 022/2012
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. Cadernos OE, série I, n.6
- Hockenberry, J.; Wilson, D.; Winkelstein, L. (2014) - Wong Enfermagem da Criança e Adolescente – Volume II. 9.a Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-748-004-1.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b) Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria. Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel Edições técnicas.
- Paixão, M. J. G. (2010). Realidade Virtual no controlo da Dor e do Distress, Associados Procedimentos Dolorosos, em Crianças e Adolescentes. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 2-18.





**Mestrado em Enfermagem em Associação**

UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
UNIVERSIDADE DE BRAGA  
UNIVERSIDADE DE LISBOA  
UNIVERSIDADE DE PORTO  
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
UNIVERSIDADE DE VISEU

**2º Mestrado – Área EESIP / 3º Semestre**

## Cuidados Não Traumáticos em procedimentos com agulha em crianças

**UC: Estágio II**  
**Discente: Telma Campaniço**  
**Docente Orientador: António Casa Nova**  
**Enfermeira Orientadora:**

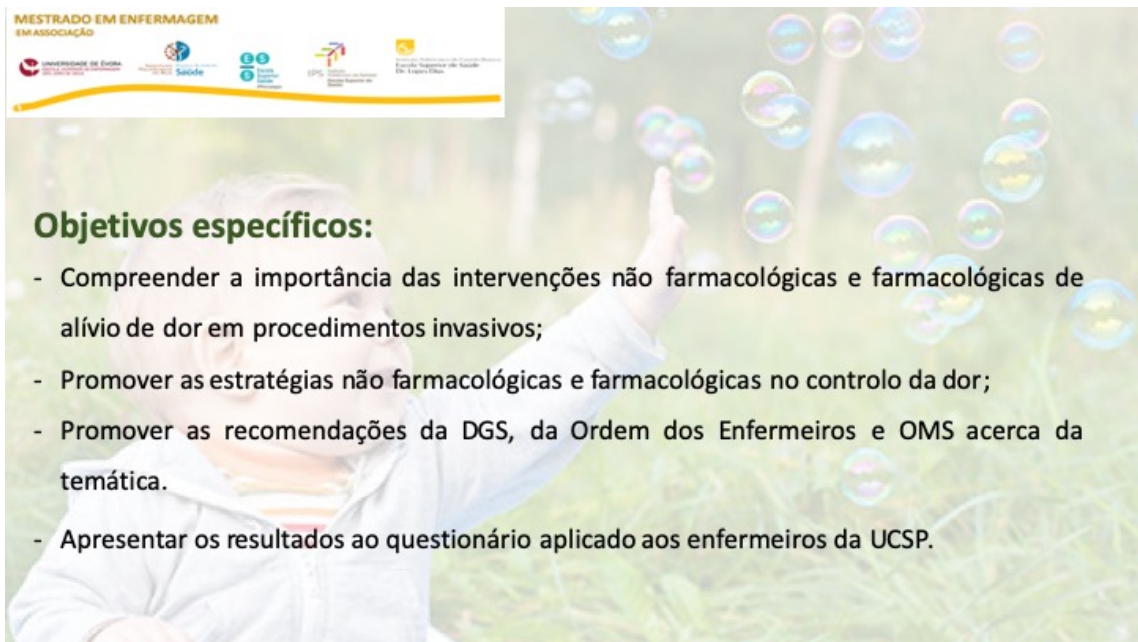


**Mestrado em Enfermagem em Associação**

UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
UNIVERSIDADE DE AVEIRO  
UNIVERSIDADE DE BRAGA  
UNIVERSIDADE DE LISBOA  
UNIVERSIDADE DE PORTO  
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
UNIVERSIDADE DE VISEU

### Objetivo Geral:

Sensibilizar a equipa de enfermagem da UCSP  para o uso de intervenções não farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor em procedimentos com agulha.

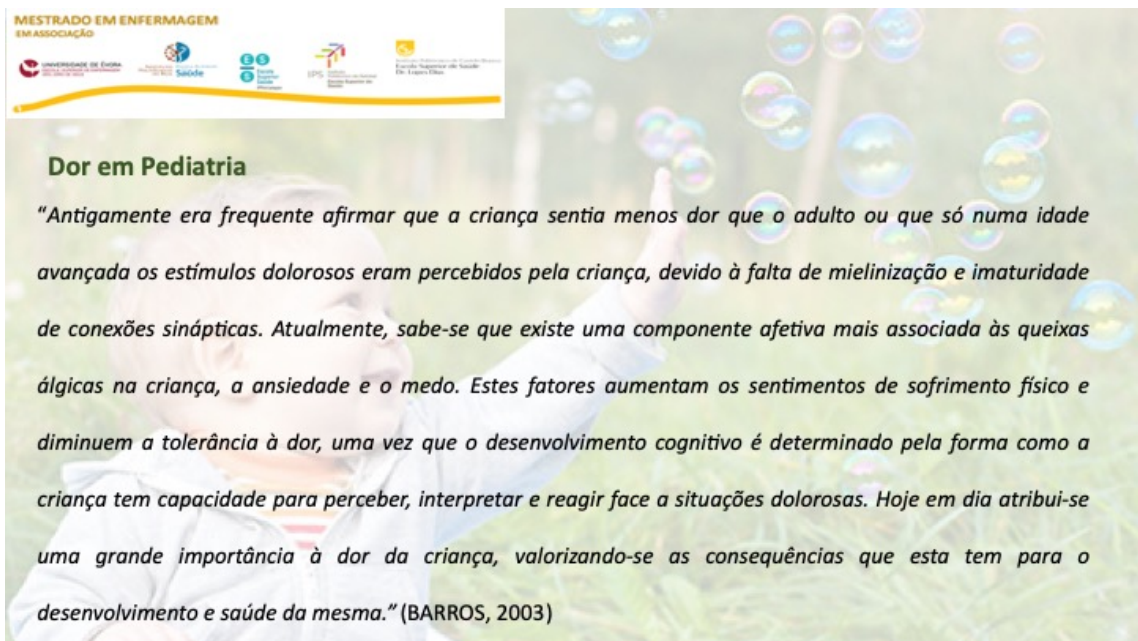


MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora  
Associação de Enfermeiros de Saúde  
E.E. Escola Superior de Enfermagem de Évora  
UCSP - Universidade de Coimbra  
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

### Objetivos específicos:

- Compreender a importância das intervenções não farmacológicas e farmacológicas de alívio de dor em procedimentos invasivos;
- Promover as estratégias não farmacológicas e farmacológicas no controlo da dor;
- Promover as recomendações da DGS, da Ordem dos Enfermeiros e OMS acerca da temática.
- Apresentar os resultados ao questionário aplicado aos enfermeiros da UCSP.



MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora  
Associação de Enfermeiros de Saúde  
E.E. Escola Superior de Enfermagem de Évora  
UCSP - Universidade de Coimbra  
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

### Dor em Pediatria

*“Antigamente era frequente afirmar que a criança sentia menos dor que o adulto ou que só numa idade avançada os estímulos dolorosos eram percebidos pela criança, devido à falta de mielinização e imaturidade de conexões sinápticas. Atualmente, sabe-se que existe uma componente afetiva mais associada às queixas álgicas na criança, a ansiedade e o medo. Estes fatores aumentam os sentimentos de sofrimento físico e diminuem a tolerância à dor, uma vez que o desenvolvimento cognitivo é determinado pela forma como a criança tem capacidade para perceber, interpretar e reagir face a situações dolorosas. Hoje em dia atribui-se uma grande importância à dor da criança, valorizando-se as consequências que esta tem para o desenvolvimento e saúde da mesma.” (BARROS, 2003)*

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO



## Cuidados Não traumáticos

✓ Os cuidados não traumáticos são definidos como “cuidados terapêuticos fornecidos por profissionais através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, do sistema de cuidados de saúde.” (Hockenberry and Wilson, 2014)

✓ Três princípios essenciais:

1. Prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família;
2. Promover uma sensação de controlo;
3. Prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor.



MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO



## Orientação DGS nº 022/2012



## OE 2013-Guia Orientador da Boa Prática




Guia Orientador de Boa Prática  
**ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NA CRIANÇA**

GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA  
Categorias: OE - Série 1 | Número 6



MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO



### Princípios para aplicação dos cuidados não traumáticos

1. Planear os procedimentos invasivos sempre que possível, agrupando-os e reduzindo o seu número;
2. Preparar e informar previamente as crianças e adolescentes acerca dos procedimentos, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo;
3. Preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança;
4. Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento ([Orientação N.º 14/2010, de 14/12/2010](#));
5. Selecionar as intervenções não farmacológicas mais apropriadas;
6. Articular as estratégias não farmacológicas com as farmacológicas.

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO



### Procedimentos com agulha em crianças mais frequentes na UCSP



- Injeções IM e SC
- Punção do Calcânhar
- Punção Venosa (raro)









MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora  
Associação de Saúde  
E-E  
E-E  
E-E  
E-E

## Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor

### Recomendações para o uso das estratégias

- **A utilização de intervenções não farmacológicas deverá ser usada em complementaridade com a terapêutica farmacológica e não em substituição desta;**
- **A importância de selecionar as intervenções não farmacológicas de acordo com a preferência da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível. (DGS,2012)**
- **Planear os cuidados;**
- **Agrupar os procedimentos.**
- **Após o procedimento, o enfermeiro deve manter-se junto da criança; (OE, 2013)**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora  
CENTRO DE SAÚDE  
CENTRO DE SAÚDE  
CENTRO DE SAÚDE  
CENTRO DE SAÚDE

## Estratégias Farmacológicas no Controlo da Dor

**Anestésicos Tópicos**  
Sujeito a prescrição médica ou normalização interna do procedimento

**Paracetamol**   **AINES**  
Utilizados para analgesia

**OPIÓIDES**   **Protóxido de azoto e oxigénio 50/50 %**  
Utilizados para sedação e analgesia em procedimentos mais invasivos

Orientação nº 022/2012 DGS

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora  
CENTRO DE SAÚDE  
CENTRO DE SAÚDE  
CENTRO DE SAÚDE  
CENTRO DE SAÚDE

## Estratégias Farmacológicas no Controlo da Dor

### Anestésicos Tópicos

**EMLA® – Lidocaína + Prilocaína**

**Penso Impregnado**

**Creme**

Passo 1   Passo 2   Passo 3

Tempo de atuação: 60 minutos (Escrever Hora de aplicação)  
Duração da anestesia: 4 horas  
Efeitos secundários: Rubor  
Advertências: Aplicação consoante idade, recomendado a partir dos 3 meses. Em casos de dermatite atópica o tempo de atuação é de 30 minutos.  
Sobredosagem: Metahemoglobinémia

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora  
Associação de Saúde  
E-E  
E-E  
E-E  
E-E

## Estratégias Farmacológicas no Controlo da Dor

### Anestésicos Tópicos

**EMLA<sup>®</sup> – Lidocaína + Prilocaína Creme**

Meia bisnaga de 5 g corresponde a cerca de 2 g de EMLA. Uma grama de Emla pressionada para o exterior de uma bisnaga é aproximadamente 3,5 cm.

**0,5 g creme = 0,5ml**

**Creme sob penso oclusivo:**

- 0-3 M: 0,5g (Máx: 1g/dia)
- 4-12 M: 0,5g (Máx: 2g/dia)
- 1-6 A: 1-2g (Máx: 10g/dia)
- 7-11 A: 1-2g (Máx: 20g/dia)
- >12 A: 2-3g (Máx: 50g/dia)

**Escrever hora de colocação no penso**

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora  
Associação de Saúde  
E-E  
E-E  
E-E  
E-E


## Estratégias Farmacológicas no Controlo da Dor

### Anestésicos Tópicos

**EMLA<sup>®</sup> – Lidocaína + Prilocaína Penso Impregnado**

- **Crianças com idade entre 3 e 11 meses (peso corporal entre 5-10kg)**  
O penso é aplicado na área de pele pretendida durante 1 hora, até um máximo de 4 horas. Não devem ser aplicados mais de **2 pensos EMLA<sup>®</sup>** ao mesmo tempo.
- **Crianças com idade entre 1 e 5 anos:**  
O penso é aplicado na área de pele pretendida durante 1 hora, até um máximo de 5 horas. Dose máxima: **10 pensos**.
- **Crianças com idade entre 6 e 11 anos:**  
O penso é aplicado na área de pele pretendida durante 1 hora, até um máximo de 5 horas. Dose máxima: **20 pensos**.





**MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO**

**Boas Práticas na Vacinação – recomendações da OMS 2015**

**Recomendações Gerais:**

- Profissionais de saúde devem usar linguagem neutra evitando o aumento da ansiedade ;
- Posicionamento recomendado: bebés e crianças ao colo do cuidador e adolescentes e adultos sentados, exceto em casos de historial de desmaio o utente deverá estar deitado;
- Não aspirar a injeção intramuscular, pois pode aumentar a dor durante o procedimento;
- Administrar as vacinas de acordo com o grau crescente de dor (se houver vacina oral, este deve ser dada primeiro também pelo seu conteúdo de sacarose)




**MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO**

**Boas Práticas na Vacinação – recomendações da OMS 2015**

**Medidas específicas para crianças:**

- O cuidador deve estar presente durante e após a vacinação;
- Crianças com idade < 3 anos devem estar nos braços dos pais e com idade > 3 anos sentados no colo dos pais, para aliviar o medo e ansiedade;
- A amamentação é recomendada antes e durante a vacinação;



## Boas Práticas na Vacinação – recomendações da OMS 2015

**Medidas não recomendadas:**

- O aquecimento da vacina nas mãos do profissional (falta de evidência);
- Estimulação manual do local da injeção (falta de evidência);
- Administração prévia de análgicos orais, como o ibuprofeno e paracetamol (evidência que o uso do paracetamol pode reduzir a imunogenicidade da vacina);
- Uso sistemático de anestésicos tópicos por custos elevados e necessidade de mais tempo de vacinação.



## Boas Práticas na Vacinação – recomendações da OMS 2015

**Aconselhamento para Programas de Vacinação:**

- Cada País deverá estabelecer a ordem preferida de administração das injeções;
- Formação dos profissionais de saúde e cuidadores sobre estratégias para diminuição da dor durante a vacinação.

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora  
CENTRO DE SAÚDE  
CENTRO DE SAÚDE  
CENTRO DE SAÚDE  
CENTRO DE SAÚDE

### Novas tecnologias no alívio da dor

**Buzzy**  
DELICIOUS PAIN RELIEF  
Mini Healthcare Striped

- Quando os nervos recebem sinais não dolorosos, como vibração ou frio, o cérebro fecha o portão aos sinais de dor.
- O frio intenso ativa uma modulação supraespinal elevando o limiar de dor geral do corpo.

**Gate Control**

Aδ Fiber  
C Fiber  
Aδ Fiber

BuzzyHelps.com

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora  
CENTRO DE SAÚDE  
CENTRO DE SAÚDE  
CENTRO DE SAÚDE  
CENTRO DE SAÚDE

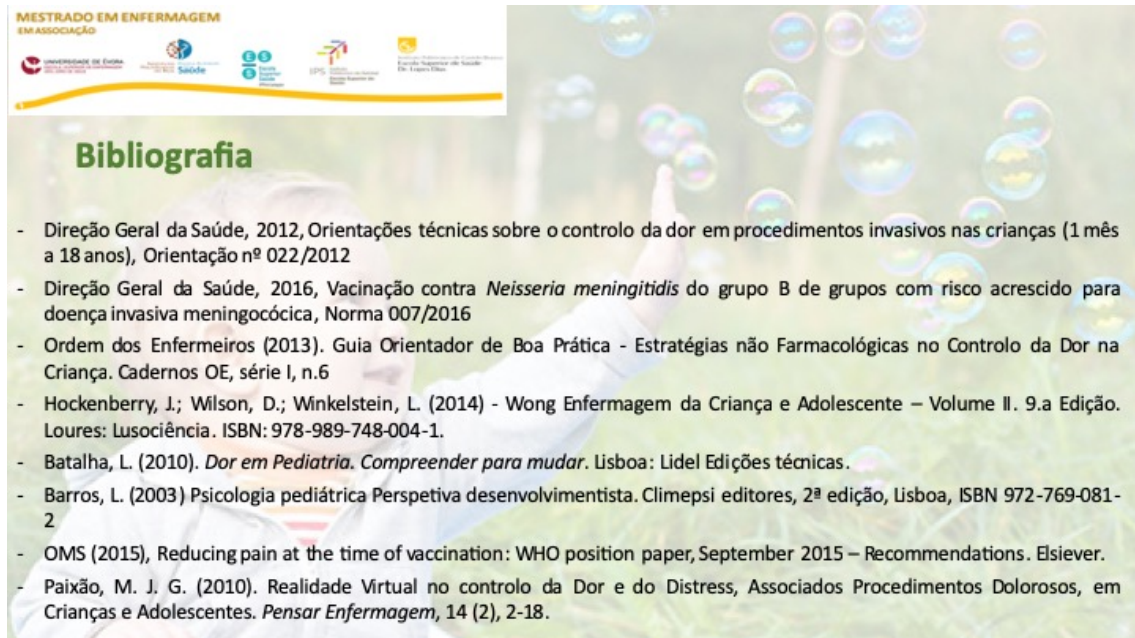
### Novas tecnologias no alívio da dor

**Realidade Virtual**

<https://youtu.be/P9JwAH0298w>

The slide features a background image of a baby reaching for bubbles. The text and images are overlaid on this background.





MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE Évora  
Associação de Enfermeiros de Saúde  
E.E. Escola de Enfermagem  
E.E. Escola de Enfermagem  
E.E. Escola de Enfermagem  
E.E. Escola de Enfermagem

## Bibliografia

- Direção Geral da Saúde, 2012, Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos), Orientação nº 022/2012
- Direção Geral da Saúde, 2016, Vacinação contra *Neisseria meningitidis* do grupo B de grupos com risco acrescido para doença invasiva meningocócica, Norma 007/2016
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. Cadernos OE, série I, n.6
- Hockenberry, J.; Wilson, D.; Winkelstein, L. (2014) - Wong Enfermagem da Criança e Adolescente – Volume II. 9.a Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-748-004-1.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria. Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel Edições técnicas.
- Barros, L. (2003) *Psicologia pediátrica Perspetiva desenvolvimentista*. Climepsi editores, 2ª edição, Lisboa, ISBN 972-769-081-2
- OMS (2015), Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper, September 2015 – Recommendations. Elsevier.
- Paixão, M. J. G. (2010). Realidade Virtual no controlo da Dor e do Distress, *Associados Procedimentos Dolorosos, em Crianças e Adolescentes. Pensar Enfermagem*, 14 (2), 2-18.

## **Apêndice 9**

### **Questionário de Avaliação da Sessão de Formação**

### **Avaliação Final da Sessão de Formação**

**Tema:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

#### **Dados Pessoais do/a Formando/a:**

Idade:  Sexo: Mas.  Fem.  Mãe/Pai:  Enfermeiro:

Outra: \_\_\_\_\_

#### **Avaliação Global da Ação**

De modo geral, qual foi a sua opinião relativamente a:

	<b>Classificação</b>			
Correspondência às Expectativas	1	2	3	4
Desempenho dos Formador	1	2	3	4

#### **Interesse da Ação**

No decorrer da Ação, qual foi a sua opinião relativamente a:

	<b>Classificação</b>			
Objetivos da Ação	1	2	3	4
Relevância dos Temas	1	2	3	4
Utilidade para a sua Função	1	2	3	4
Progresso na Aprendizagem	1	2	3	4

#### **Logística da Ação**

De modo geral, qual foi a sua opinião relativamente a:

	<b>Classificação</b>			
Instalações e Espaço da Formação	1	2	3	4
Equipamento de Apoio	1	2	3	4
Documentação Recebida	1	2	3	4

**Legenda: 1- Nada; 2- Em parte; 3- Muito; 4- Totalmente**

**Comentários/Sugestões:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Telma Campaniço**

## **Apêndice 10**

Poster ENFAD por faixa etária

UCSP

## Estratégias Não Farmacológicas em Procedimentos Dolorosos

Intervenções autónomas de Enfermagem utilizadas para minimizar o desconforto e a dor na criança/jovem aquando de procedimentos dolorosos.



### Lactentes

- Presença dos pais;
- Diminuição ruído e luz ambiente;
- Amamentação;
- Sacarose 24 % ou Glicose a 30%;
- Sucção não nutritiva;
- Método canguru - contato pele a pele;
- Embalo - colo;
- Contenção com lençol – *swaddling* ou manual.



### Toddler/pré-escolar

- Presença dos pais;
- Informação preparatória ;
- Distração – recurso ao brinquedo, telemóvel (ver vídeos, ouvir música), bolas de sabão, balão, etc.;
- Imaginação guiada – contar histórias com super heróis;
- Modelagem – demonstração do procedimento num boneco e permitir que a criança mexa no material.



### Idade Escolar

- Presença dos pais;
- Informação preparatória;
- Distração - jogos, ouvir música, ver televisão, contar histórias;
- Respiração lenta e profunda;
- Reforço Positivo – oferecer recompensa, como por ex: autocolantes ou diploma bom comportamento;
- Brincadeira lúdica e terapêutica.

As Estratégias Não Farmacológicas podem classificar-se como:

Cognitivas, Comportamentais, Físicas, Suporte Emocional, Ambientais e Cognitivo-comportamentais.



### Adolescente

- Informação preparatória;
- Dar oportunidade de fazer escolhas;
- Perguntar se quer presença de familiar;
- Relaxamento muscular e exercícios respiratórios;
- Respiração lenta e profunda;
- Distração - ouvir música, ver fotos, facultar o telemóvel, conversar sobre acontecimentos passados, futuros ou presente;
- Reforço Positivo.

Elaborado por: Telma Campaniço (Mestranda em Enfermagem em Associação na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica na ESS-IPS); Enfermeira Orientadora: Cristina Paz (Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Bibliografia: Orientação DGS nº 022/2012 de 18/12/2012; OE (2013) - Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança.

## **Apêndice 11**

Poster Intervenções Farmacológicas no alívio da dor

Serviço de Urgência Pediátrica						
Fármacos mais utilizados para analgesia/sedação em Procedimentos Dolorosos (1M- 18A)						
Nome Farmacológico	Indicação	Posologia	Início de ação	Duração de ação	Notas	Procedimentos
<b>ANALGESIA</b>						
Paracetamol	Analgesia pós-procedimento	PO/PR: 10-20 mg/kg/dose Máx: 1g/dose IV: 10-15 mg/kg/dose Máx: 1g/dose	30-60'	4-8h		
AINE	Ibuprofeno	Analgesia pós-procedimento PO/PR: 4-10 mg/kg/dose Máx: 600mg/dose	60-90'	6-8h		
	Cetorolac	Analgesia pós-procedimento PO/IV: 0,5mg/Kg/dose Máx: 30 mg/dose	10'	4-6h		
	Metamizol magnésico	Analgesia pós-procedimento PO/IV: 15-20 mg/kg/dose Máx: 2g/dose	30-60'	4-8h		
Anestésicos locais	Lidocaína+ prilocaína creme (EMLA®)	Anestesia tópica da pele íntegra Creme sob penso oclusivo: 0-3 M: 0,5g (Máx: 1g/dia) 4-12 M: 0,5g (Máx: 2g/dia) 1-6 A: 1-2g (Máx: 10g/dia) 7-11 A: 1-2g (Máx: 20g/dia) ≥12 A: 2-3g (Máx: 50g/dia) Penso impregnado	60' Pico de ação: 120'	4h		Punção venosa, punção arterial, injeção IM e SC, punção lombar, punção suprapúbica, vacinação, artrocentese.
	Lidocaína 1% tamponada	Infiltração local 0,5 ml/kg Máx: 5 ml Tamponamento: 1 ml de bicarbonato de sódio a 8,4% + 9 ml de lidocaína a 1%	2-3'		A neutralização do pH reduz a dor produzida pela infiltração da lidocaína nos tecidos.	Cateterismo central, sutura cutânea simples, medulograma/biopsia óssea.
	Lidocaína 2% Gel/Spray	Analgesia local Idade inferior a 12 anos a dose não deve exceder os 6 mg/kg	5'	20-30'		Cateterismo uretral, remoção corpos estranhos nariz, Entubação nasogástrica.
Opioide	Fentanilo	Analgesia + Sedação IV: 0,5-1 mcg/kg/dose Máx: 50-200mcg/dose	Imediato	30-60'	Monitorização de sinais vitais	Tratamento de queimaduras, Sutura ou limpeza de feridas complexas, remoção dreno torácico, redução de
	Morfina	Analgesia IV: 0,05-0,2mg/kg/dose Máx: 10mg/dose	5'	2-5h		fraturas e luxações, biópsia renal/hepática/muscular, drenagem de abscesso, inserção dreno pleural.
	Tramadol	Analgesia pós-procedimento PO/SL/IV: 1-2 mg/Kg/dose Máx: 50-100mg		4-6h	IV: administração lenta e diluída. A apresentação oral pode ser administrada por via SL para um efeito mais rápido.	
<b>SEDAÇÃO</b>						
Diazepam	Sedação	PO: 0,2-0,3 mg/kg/dose Máx: 10mg IV: 0,1-0,3 mg/Kg/dose Máx: 10mg PR: 0,5mg/kg/dose Máx: 10mg	45-60'	1-2h		
Hidrato de Cloral	Sedação	PR / PO: 35-75 mg/kg Máx: 1g/dose	15-30'	1-2h		Punção lombar, Medulograma, biópsia óssea/renal/hepática/muscular, inserção dreno pleural, CVC,
Cetamina (Ketamina)	Analgesia + Sedação	IV lento (em 1 min): bólus 1-2 mg/Kg	30-45"	30-45'	Associar midazolam. Monitorização de sinais vitais.	Endoscopias/retoscopias, remoção de drenos.
Midazolam	Sedação	PO/PR: 0,3-0,5mg/kg/dose Máx: 15mg/dose)	10-20'	30-60'	Na via PO e PR utiliza-se a formulação IV. Na via PO juntar sacarose (muito amargo) Monitorização sinais vitais	
		IV lento: 0,05-0,2 mg/kg/dose Máx: 10mg/dose	1-5'			
Propofol	Sedação	IV: Bólus 1-2 mg/kg Perfusão: 1-3mg/kg/h	< 1'	5-15'	Monitorização sinais vitais	
Protóxido de Azoto e oxigénio 50/50%	Analgesia + Sedação	Fluxo de gás = nº de anos doente (ex: 4 anos = 4l/min). A dose é a necessária para obter efeito clínico. Tempo máximo de utilização: 60'	2-5'	Até 5' após suspensão da inalação	Monitorização sinais vitais	Redução de fraturas simples, redução de luxações articulares, PVP, Limpeza feridas simples, Punção Lombar, remoção de drenos/suturas, sutura cutânea simples.

Elaborado por: Telma Campanho (discente no 2º Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica na ESS-IPS).  
Enfermeira Orientadora: Sílvia Sousa (Mestre em Enfermagem e Especialista em SIP).

Bibliografia: Orientação nº 022/2012 de 18/12/2012 da Direção Geral da Saúde.

Outubro, 2018

## **Apêndice 12**

Índice da Norma de Procedimento “Aplicação tópica de anestésico local no  
utente pediátrico”

	<b>Norma de Procedimento</b> <b>Aplicação tópica de anestésico local no utente</b> <b>pediátrico</b>	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	1
		Próxima revisão:	2022
		Cód. do documento	

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO
2. CONCEITOS/DEFINIÇÕES
3. OBJETIVO
4. ÂMBITO
5. RESPONSABILIDADES
6. PROCEDIMENTO
  - 6.1. EMLA
  - 6.2. Farmacologia
  - 6.3. Indicações
  - 6.4. Dosagem
  - 6.5. Tempo de Aplicação
  - 6.6. Precauções
  - 6.7. Efeitos Adversos
  - 6.8. Contra-Indicações
  - 6.9. Instruções de utilização
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<b>Realização:</b> Telma Campaniço (....)	<b>Revisão:</b>	<b>Homologação:</b>  <b>Data:</b>
--	-----------------	---

### **Apêndice 13**

Resumo do artigo “*Bullying* na criança com doença crónica em idade escolar”

## Revisão Integrativa da Literatura

### ***Bullying* na criança com doença crónica em meio escolar**

Marina Santos, Marisa Pinho, Marlene Costa, Patrícia Gouveia, Telma Campaniço

#### **RESUMO**

O *bullying* é um fenómeno bem presente na nossa sociedade. Tratar o impacto da doença crónica em associação com a prevalência do *bullying*, torna-se pertinente na medida em que esta condiciona a rotina da criança, podendo criar condições para que esteja mais vulnerável a situações de vitimização. O enfermeiro assume um papel fundamental nesta temática, devido ao contacto privilegiado que estabelece com as partes intervenientes. Estabelecemos como objetivo identificar o impacto do *bullying* na vida da criança com doença crónica em meio escolar, através de uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados eletrónicas internacionais, utilizando motores de busca específicos. Resultaram um total de 7 artigos. Após a sua análise verificou-se a existência de relação estatisticamente significativa entre maior prevalência de *bullying* e ser portador de doença crónica.

**Palavras-chave:** *Bullying* na criança, doença crónica e escola.

#### **ABSTRACT**

*Bullying* is a well-known phenomenon in our society. Treating the impact of chronic disease in association with the prevalence of *bullying* is relevant as it affects the child's routine and may create the conditions whereby he or she becomes more vulnerable to situations of victimization. The nursing professionals assume an essential role in this matter due to the privileged contact established with the parties involved. Through an integrative review of the literature in the international electronic databases, using specific search engines, we aimed to understand the impact of *bullying* in children with chronic disease. This search resulted in a total of 7 articles. After analyzing the data, there was a statistically significant ratio between higher prevalence of *bullying* and children with chronic disease.

**Keywords:** *Bullying* in children, chronic disease and school.

#### **RESUMEN**

El *bullying* es un fenómeno bien presente en nuestra sociedad. Tratar el impacto de la enfermedad crónica en asociación a la prevalencia del *bullying*, se vuelve pertinente en la medida en que

ésta condiciona la rutina del niño, pudiendo crear las condiciones para que sea más vulnerable a situaciones de victimización. El enfermero adopta un papel fundamental en esta temática, debido al contacto privilegiado que establece con las partes intervinientes. Establecemos como objetivo percibir el impacto del bullying en los niños portadores de enfermedad crónica, a través de una revisión complementaria de la literatura en las bases de datos electrónicas internacionales, utilizando motores de búsqueda específicos. El resultado fue un total de 7 artículos. Después de su análisis se verificó la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la mayor prevalencia de bullying y el ser portador de una enfermedad crónica.

**Palabras clave:** Bullying en el niño, enfermedad crónica y escuela.

### **Apêndice 14**

Resumo do artigo “Segurança do Doente no contexto hospitalar e nos cuidados de saúde primários - Uma perspetiva da Enfermagem”

## **“Segurança do Doente no contexto hospitalar e nos cuidados de saúde primários - Uma perspetiva da Enfermagem”**

Revisão da Literatura

Patrícia Gouveia e Telma Campaniço

**Objetivos:** Pretende-se analisar artigos científicos sobre a Segurança do Doente e relacionar numa perspetiva da enfermagem o contexto hospitalar e os cuidados de saúde primários. **Método:** Realizámos uma revisão da literatura através de pesquisas nas bases de dados Ebscohost e Google Scholar. Utilizando os descritores em língua inglesa, os critérios de inclusão na seleção dos artigos foram os seguintes: artigos científicos redigidos na língua portuguesa e inglesa, textos integrais com limite temporal compreendido entre 2011 e 2017. **Resultados:** Os estudos analisados são artigos predominantemente quantitativos, analíticos e transversais, existindo duas revisões da literatura e um estudo de coorte. Nesta revisão os artigos incluídos estão colocados entre o nível a e c, pelo que podemos concluir que se tratam de estudos com uma boa evidência científica. **Conclusão:** os resultados desta revisão da literatura apontam para uma realidade de subnotificação de incidentes associada ainda ao pouco desenvolvimento da temática da Segurança do Doente junto das organizações de saúde. Tanto a nível hospitalar como a nível dos cuidados de saúde primários as dimensões da cultura de segurança avaliadas negativamente foram os Recursos Humanos/Pressão e Ritmo de Trabalho, Resposta não punitiva ao erro e Apoio da gestão hospitalar. A dimensão avaliada positivamente foi o Trabalho em Equipa.

**Descritores:** *Patient Safety; Nurse; Risk Management.*

## **ANEXOS**

## **Anexo I**

Parecer da Comissão de Ética da ULS

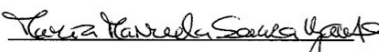
Unidade Local de Saúde [REDACTED] A  
**COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**  
**CES**

Parecer da Comissão de Ética Para a Saúde (CES) na reunião de 27/11/2018, ao pedido de:

Telma Filipa Raposo Campaniço, enfermeira d. [REDACTED] A com o número mecanográfico 60570: projeto de investigação e estágio “ Cuidados Não traumáticos em procedimentos com agulha em crianças de idade pré-escolar” a que se referem as mensagens de correio eletrónico ([REDACTED] A enviadas para o Sr. Presidente do Conselho de Administração ([REDACTED] A de 12 de novembro de 2018 e para a CES d. [REDACTED] LA em 21/11/2018. O estudo terá por base a realização de inquéritos a profissionais de enfermagem da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) d. [REDACTED] m, sem acesso a dados clínicos, sendo orientador o Sr. Professor António Casa Nova, do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde de Setúbal.

A CES deliberou, por unanimidade de votos dos membros presentes dar parecer favorável ao estudo.

A Presidente da CES d. [REDACTED] A

  
(Maria Manuela Serra Banza)

## **Anexo II**

Certificado de participação das Jornadas de Saúde Materna

JORNADAS DE SAÚDE MATERNA  
**BEM.ME.QUER**  
**NASCEM EM AMOR**  
CENTRO CULTURAL DE ALVITO, 11-12 OUTUBRO 2018



# CERTIFICADO

Certifica-se que

**Telma Campaniço**

participou nas Jornadas de Saúde Materna  
“bem.me.quer - Nascer em Amor”,  
que se realizaram nos dias 11 e 12 de outubro de 2018,  
no Centro Cultural de Alvito.



A PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
CONCEIÇÃO MARGALHA



### **Anexo III**

**Certificado do Curso Europeu de Suporte Avançado de Vida Pediátrico**



European Resuscitation Council vzw  
Emile Vanderveldelaan 35  
BE-2845 Niel - Belgium

# Telma Raposo Campaniço

29/03/1981

Received the ERC qualification

## European Paediatric Advanced Life Support (EPALS)

In Coimbra, Portugal

Miguel Santos FÉLIX  
Course Director



Date last course: 15/03/2019

**This certificate is valid from 15/03/2019 to 15/03/2024**

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-729-720022