



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

**Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda da
criança hospitalizada: uma intervenção de Enfermagem**

Patrícia José Maiorgas dos Santos

Lisboa
2016



Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio


**Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda da
criança hospitalizada: uma intervenção de Enfermagem**

Patrícia José Maiorgas dos Santos

Orientador: Prof^a. Maria Teresa de Oliveira Marçal Novo

**Lisboa
2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



PENSAMENTO

“Não importa o quanto fazemos, mas quanto amor colocamos naquilo que fazemos”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar esta meta académica, quero agradecer a todos os que me ajudaram e acompanharam neste percurso e que o tornaram possível.

Em primeiro lugar, o meu forte agradecimento à Professora Maria Teresa de Oliveira Marçal Novo, pelo seu apoio incansável, pela partilha dos seus conhecimentos e sabedoria, pelo incentivo nos momentos desanimadores deste percurso e por ter acreditado e confiado no meu potencial.

Aos meus pais, pelo amor incondicional, pelo apoio e dedicação constante em todos os momentos da minha vida.

Ao meu irmão pela paciência e apoio nos dias mais difíceis.

Ao David por ter estado sempre presente e por me ter dado forças nesta caminhada.

A todos os meus amigos pelos momentos da minha ausência e pela compreensão.

Às minhas colegas de mestrado, Cláudia Florêncio e Sandra Ferreira pela partilha dos momentos difíceis, pelo apoio e compreensão.

Por fim, aos meus orientadores de estágio, aos meus colegas, à minha chefe e coordenadora pela ajuda, compreensão e apoio nesta longa caminhada.

Muito obrigada a todos.

SIGLAS

DGS – Direção Geral de Saúde

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

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EMLA® – *Eutectic Mixture of Local Anesthetics*

EN – Escala Numérica

ENFAD – Estratégias não Farmacológicas no Alívio da Dor

ESSCJ – Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e Jovem

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

GOBP – Guia Orientador de Boas Práticas

IASP – *International Association for the Study of Pain*

MEOPA – Mistura Equimolar de Oxigénio e Protóxido de Azoto

NIDCAP® – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

NIPS – *Neonatal Infant Pain Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIPP – *Premature Infant Pain Profile*

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PPQCE - programa de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

RN’s – Recém-Nascidos

SIP – Saúde Infantil e Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

RESUMO

Este Relatório pretende descrever o meu processo de aprendizagem, relativo ao tema “Estratégias Não Farmacológicas no alívio da dor aguda na criança hospitalizada: uma Intervenção de Enfermagem”. Pretendeu-se no estágio, contribuir para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista no âmbito do cuidado à criança/família com dor aguda, nomeadamente na mobilização de estratégias não farmacológicas de promoção do conforto e alívio da dor.

É crescente a valorização da dor da criança, reconhecendo-se que ela aprende, desde cedo, o sentido da dor, no entanto, algumas crenças persistem, influenciando os cuidados que lhe são prestados. Inúmeras estratégias não farmacológicas são realizadas por todos os que cuidam da criança, os pais e profissionais de saúde, e contribuem de forma determinante para o alívio da dor devida à doença, aos tratamentos e procedimentos.

Norteámos este percurso com os contributos de Katharine Kolcaba, e a sua Teoria do Conforto (1994), que se centra nas necessidades de cuidados de saúde reconhecidas como necessidades de conforto ao nível físico, ambiental, psico-espiritual e sociocultural.

Neste processo formativo através de experiências das quais saliento, a prestação de cuidados especializados à criança/jovem para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença. Desenvolvi competências técnicas, científicas, relacionais e éticas que me possibilitaram o desenvolvimento de um cuidado especializado, nomeadamente, diminuir a dor e ansiedade face à doença, tratamentos e procedimentos, e assim contribuir para a excelência do cuidar numa unidade de internamento onde são recebidas crianças a viverem situações médicas e cirúrgicas em que a experiência de dor é um dos problemas com que se confrontam frequentemente. Deste percurso, salienta-se o seu contributo, para a elaboração de uma proposta de procedimento sobre o controlo da dor aguda e a utilização de estratégias não farmacológicas, de forma a harmonizar a prestação de cuidados e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Enfermeiro, Dor, Estratégias Não Farmacológicas, Conforto.

ABSTRACT

This report aims to describe my learning process on the theme "Non-Pharmacological Strategies in relieving acute pain in hospitalized children: a nursing intervention." It was intended in this internship, contribute to the development of the Nurse Specialist skills in the care of child / family with acute pain, including the mobilization of non-pharmacological strategies to promote comfort and pain relief.

There is a growing appreciation of the child's pain, recognizing that they learn from an early age, the sense of pain, however, some beliefs continue influencing the care provided to them. Numerous non-pharmacological strategies are undertaken by all who care for the child, parents and health professionals, and contribute decisively to the relief of pain due to the disease, the treatments and procedures.

We are guided through this route with contributions from Katharine Kolcaba, and its Comfort Theory (1994), which focuses on health care needs recognized as comfort needs the physical, environmental, psycho-spiritual and socio-cultural level.

In this training process through experiences that emphasize the provision of specialized care to children / young people to promote development and adaptation to the health and disease processes.

I developed technical, scientific, relational and ethical skills that enabled me to develop a specialized care in particular to reduce the pain and anxiety to the disease, treatments and procedures, and thus contribute to the excellence of care in an inpatient unit where children are received to live medical and surgical situations where the experience of pain is one of the problems they often face.

In this way, it highlights their contribution to the development of a proposed procedure for the control of acute pain and the use of non-pharmacological strategies in order to harmonize the provision of care and promote the continuous improvement the quality of provided care.

Keywords: Nurse, Pain, Non-Pharmacological Strategies, Comfort.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. O CUIDAR DA CRIANÇA COM DOR AGUDA – UM REFERENCIAL TEÓRICO	14
1.1. Dor na criança	14
1.2. Mecanismos de transmissão da dor	16
1.3. Experiência da dor na criança	18
1.4. Avaliação da dor	20
1.5. A intervenção de enfermagem relativamente à dor aguda – contributos de Kolcaba	23
1.6. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda/promoção do conforto	27
2. PERCURSO DE ESTÁGIO	32
2.1. Aprendizagens adquiridas numa Unidade de cirurgia Pediátrica/Unidade de Queimados	33
2.2. Aprendizagens adquiridas num Serviço de Urgência Pediátrica	38
2.3. Aprendizagens adquiridas numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos	43
2.4. Aprendizagens adquiridas numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários	49
2.5. Aprendizagens adquiridas num Serviço de Internamento de Pediatria Médico-Cirúrgica.....	53
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

APÊNDICES

Apêndice I – Respostas comportamentais da criança com dor de acordo com o estágio de desenvolvimento

Apêndice II – Cronograma de estágio

Apêndice III – Objetivos e atividades definidos para estágio

Apêndice IV – Guião para a observação das práticas de avaliação da dor aguda e de utilização de estratégias não farmacológicas

Apêndice V – Diploma de bom comportamento

Apêndice VI – Análise SWOT

Apêndice VII – Procedimento – Controlo da dor aguda em crianças/jovens – estratégias não farmacológicas

INTRODUÇÃO

O presente relatório, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tem como principal objetivo descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo do estágio para a aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) numa dinâmica de reflexão crítica à luz da evidência científica existente.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2008), a formação contínua é uma das competências que o enfermeiro deve ter presente, fomentando a sua autoformação e desenvolvimento pessoal e profissional, de forma a adquirir e desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados, no âmbito da Saúde Infantil e Pediatria (SIP). Neste sentido, a mesma entidade, refere que a formação do enfermeiro especialista deve permitir que este:

desenvolva progressivamente uma prática de cuidados cada vez mais proficiente, desenvolva de forma continuada as suas competências para proceder a uma supervisão clínica eficaz e para otimizar as relações com os clientes no sentido da máxima obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2008, p. 21).

O enfermeiro especialista deve assim atingir um grau de proficiência que lhe permita reconhecer situações complexas e saber agir perante estas, conquistando gradualmente a condição de perito. Segundo Benner (2001, p.58) perito é aquele que “ (...) tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis, (...) age a partir da compreensão profunda da realidade”.

Segundo Peplau (1993) citada por Macêdo et al (2006, p.80) “ (...) para que a assistência tenha uma base referencial filosófica e de cuidado, é de fundamental importância que as enfermeiras conheçam com maior profundidade a teoria e/ou modelo teórico que pretendem eleger como fundamento para o Cuidar”. Assim, de forma a garantir a qualidade e visibilidade dos cuidados e contribuir para o desenvolvimento da autonomia da Enfermagem e uma maior valorização do nosso papel, é necessário um referencial teórico que sustente a prática profissional. Este relatório que tem como tema central a gestão da dor aguda na criança e família, tem por base a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (1994), que se centra nas necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto ao nível físico, ambiental,

psico-espiritual e sociocultural, que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais. A escolha desta teórica deriva do facto da intervenção relativa à dor poder ser interpretada e explicada pela estrutura taxonómica do conforto defendida por Kolcaba. O enfermeiro sendo o profissional da área da saúde que permanece em continuidade junto da criança/família com dor, tem a oportunidade e a responsabilidade de contribuir significativamente para aumentar o conforto e aliviar a dor. A minha inquietude perante a dor da criança, resulta não só do facto desta constituir uma prioridade para todos os profissionais e instituições de saúde, especialmente aqueles que trabalham com crianças, mas também da minha experiência profissional, como clarificarei adiante.

A avaliação da dor, a sua prevenção, o seu tratamento e a instituição de protocolos de atuação que visem a implementação de estratégias de intervenção não farmacológicas, impõem-se como boas práticas na prestação de cuidados de qualidade e, os enfermeiros, no exercício autónomo da sua profissão, podem e devem implementar estas estratégias para o alívio da dor. De acordo com a OE (2013, p.19), “intervenções autónomas, iniciadas pelos enfermeiros responsáveis pela prescrição e implementação das estratégias não farmacológicas para o alívio e controlo da dor”.

A escolha da temática “Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda da criança hospitalizada: uma intervenção de Enfermagem” surgiu na sequência da análise da sua pertinência na área da Pediatria e, particularmente, no contexto de trabalho em que me insiro, visando um aprofundamento de conhecimentos relativos à intervenção do EESIP. Pessoalmente, despertou-me interesse aprofundar esta temática pelo facto de, na minha prática profissional, ser dada ênfase às medidas farmacológicas havendo dificuldades quanto à apreciação e intervenção no alívio da dor através de estratégias não farmacológicas, não valorizando assim o domínio das intervenções autónomas de enfermagem. Deparo-me diariamente com crianças em situação de dor e suas famílias, sentindo por isso necessidade de compreender melhor essa experiência, de modo a poder preveni-la ou aliviá-la.

Deveu-se também ao facto de observar algumas lacunas relativamente ao conhecimento sobre esta matéria por parte da equipe. A título de exemplo, um estudo realizado por Mendes, Silva, Ferreira & Silva (2014) num Hospital Central de Lisboa com o objetivo de avaliar os conhecimentos dos enfermeiros relativamente à utilização das estratégias não farmacológicas no alívio da dor, constatou que 91,7% considerou muito importante a classificação da dor da criança, 83,3% classificou como muito importante a utilização das estratégias não

farmacológicas no seu alívio, no entanto, 54,2% relatam que o efeito das medidas não farmacológicas de alívio da dor é moderado, 45,8% referem ser pouco eficaz, simultaneamente 100% dos enfermeiros referem não ter formação específica sobre a área da dor. Neste sentido, ao EESIP, autónomo na gestão dos cuidados e na tomada de decisão, cabe implementar esta visão na sua equipa através da formação aos seus elementos e promovendo a investigação na área, como forma de produzir evidência científica sobre a importância do uso das estratégias não farmacológicas. Só assim se poderá ultrapassar o que refere Schechter (2003), quando diz que os enfermeiros não só estão pouco despertados para as vantagens e benefícios da utilização deste tipo de estratégias nos cuidados às crianças como nem procuram recorrer à sua utilização. Também Batalha (2010) mobiliza um estudo realizado em Inglaterra que demonstrou que a realização de formações de 30 minutos, sobre o controlo a dor, na criança submetida a procedimentos dolorosos, conduziu a uma maior utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor. De acordo com o mesmo autor, a sensibilização e formação dos enfermeiros, são medidas consideradas essenciais para a melhoria dos cuidados à criança com dor e sua família e uma maior uniformização dos cuidados.

O Hospital onde exerço funções procura também investir na formação dos seus enfermeiros nesta área e pretendeu, por isso, reforçá-la e valorizá-la, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados. O Hospital está neste momento em processo de acreditação da qualidade pela *Joint Commission International* que considera que avaliar e tratar a dor são indicadores da qualidade dos cuidados. Estamos assim, perante uma excelente oportunidade para implementar novas práticas de cuidados de enfermagem de forma a proporcionar o alívio da dor e bem-estar do cliente. Também o fato de ser um dos membros da Comissão Clínica para um “Hospital sem dor”, me exigia uma especial atenção sobre esta matéria de modo a poder contribuir para formar a equipe multidisciplinar, relativamente à avaliação da dor e à utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da mesma. A utilização deste tipo de intervenções poderá contribuir para uma maior visibilidade da profissão de enfermagem, na medida em que, como referimos atrás, são intervenções de enfermagem autónomas. De facto, de acordo com a OE (2010b), é da competência do EESIP fazer a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, otimizando as respostas” mediante a aplicação de “conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança”, garantindo a “gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” e aplicando “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”. Por outro lado ainda, de acordo com a OE

(2010b), é da competência do EESIP, providenciar “cuidados à criança promotores de majoração dos ganhos em saúde, a uma variedade de terapias de Enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”, tendo de possuir para isso “conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança” e procurar “evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar”.

Um Estágio promove uma consolidação de conhecimentos, desenvolvendo saberes e transpondo competências entre a teoria e a prática. As diferentes situações vivenciadas no período de estágio levam a uma melhoria contínua dos cuidados prestados e conseqüentemente um crescimento profissional. Tendo em conta a temática abordada, defini os seguintes objetivos gerais de estágio: i) desenvolver competências de ESSIP no cuidado à criança/jovem e família, aos 3 níveis de prevenção; ii) desenvolver competências de ESSIP no âmbito do alívio da dor aguda da criança/jovem através de estratégias não farmacológicas e por último, no meu contexto de trabalho, Serviço de Internamento de Pediatria Médico/Cirúrgica, iii) implementar na prática de enfermagem o uso de estratégias não farmacológicas na gestão da dor aguda. Tendo em conta os diferentes contextos, em que o estágio se desenrolou, foram elaborados objetivos específicos que se adequassem ao diagnóstico de situação e ao estágio de desenvolvimento da criança e suas necessidades de cuidados. O percurso académico foi delineado de modo a procurar os locais que favorecessem o meu desenvolvimento enquanto EESIP e encontram-se espelhados na organização da segunda parte desde relatório.

Este documento apresenta-se estruturado da seguinte forma: uma primeira parte onde faço uma síntese do enquadramento teórico e da sua pertinência no suporte às minhas intervenções na prática de cuidados; numa segunda parte são apresentados, para cada um dos locais de estágio, os seus objetivos gerais e específicos e a descrição e análise das atividades desenvolvidas, bem como as competências adquiridas; por último apresento as considerações finais, nas quais incluo um breve resumo do impacto deste percurso na minha formação como EESIP, bem como as dificuldades vividas e sugestões para melhoria futura.

A metodologia utilizada na realização deste relatório é descritiva e reflexiva, tendo por base as estratégias mobilizadas durante o estágio como, a pesquisa bibliográfica, a observação, o planeamento e execução de atividades, a realização de entrevistas aos orientadores de estágio e equipa multidisciplinar, assim como a partilha de experiências e conhecimentos no âmbito do percurso formativo, privilegiando o recurso a dados de evidência científica já produzida.

1. O CUIDAR DA CRIANÇA COM DOR AGUDA – UM REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, conforme o título que o enuncia, serão apresentadas as principais áreas de investimento dentro da problemática, como sejam, o conceito de dor em pediatria, os mecanismos de transmissão da dor, as experiências da criança relativamente à dor, bem como as intervenções de enfermagem relativas à sua avaliação e às respostas para a sua prevenção e resolução, com foco nas estratégias não farmacológicas, tendo sempre presente a teoria do conforto de Kolcaba. A atenção atribuída à problemática da dor na criança requer uma reflexão dos enfermeiros relativamente à sua prática de cuidados. O enfermeiro, como o profissional que está continuamente e em proximidade com a criança e família, deve ser detentor de um corpo de conhecimentos completo que lhe permita ser o responsável pela gestão da dor da criança/família.

1.1. Dor na criança

A dor é um problema comum na infância. É um fenómeno complexo, mas na criança assume-se com maior complexidade devido às especificidades decorrentes do seu desenvolvimento. O conceito de dor tem vindo a evoluir ao longo do tempo, como resultado de vários estudos e investigações, com o intuito de encontrar uma definição o mais abrangente possível, para um fenómeno que se revela subjetivo, único e universal. A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP, 2010, p.14) como sendo “uma experiência emocional e sensorial desagradável associada com uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão”. A partir desta definição, podemos dizer que a dor não é manifestada apenas pela intensidade da lesão tecidual mas também através de variáveis fisiológicas e psicológicas. Por outro lado, a definição de dor segundo McCaffery (1989) citado por Phipps (2003, p. 36) é “qualquer coisa que a pessoa que sente diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”. No entanto, esta definição não se aplica a pessoas incapazes de autorrelato, tais como recém-nascidos (RN's), lactentes e crianças pequenas (Anand & Craig 1996). Apesar de todos os estudos sobre dor, é difícil encontrar uma definição única, que todos os autores sentissem que seria a mais adequada e completa definição. Por isso, Melzack & Wall (1982) citado por Almeida (2005, p. 15) refere que “é extraordinário verificar que, embora de

enorme importância na medicina e biologia, a palavra DOR nunca foi definida de modo completamente satisfatório.”

A dor pode ser de dois tipos, dor aguda, duração mais curta, ou crônica que, de acordo com Murta (1999) é caracterizada por 6 meses de duração contínua. Visto o tema deste relatório remeter para a dor aguda, apenas esta será abordada. A OE (2008, p.25) apresenta no seu glossário, a dor aguda como um tipo de dor de “início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal”. De forma geral, a dor aguda desaparece quando a causa é corretamente diagnosticada e tratada. Não existe um limite definido para a sua duração na literatura mundial, podendo variar entre 3 a 6 meses, no entanto, ultrapassando este limite, a maioria dos autores começam a considerar a existência de dor crônica. Contudo, a dor aguda pode ter uma duração muito curta, que pode ir desde alguns minutos, até mesmo semanas, e que podem resultar de inúmeras e variadas situações, desde causas inflamatórias, traumáticas, infecciosas, pós-operatórios e procedimentos médicos/invasivos e ou mesmo administração de terapêutica. A dor aguda está fortemente ligada ao medo e à ansiedade. Segundo o autor Batalha (2010, p.5) a dor aguda “tem função biológica inicial de alerta e é acompanhada por ansiedade, medo e por fenômenos de disfunção anatômica”. Na criança hospitalizada, a grande causa de dor aguda deve-se aos procedimentos dolorosos, mais do que a dor provocada pela própria doença (Barros, 2003). A mesma autora refere que:

As injeções podem ser quase insensíveis ou prolongadas e dolorosas, mas no geral existe um grande medo, que muitas vezes não tem como base uma experiência direta, mas antes uma fobia adquirida vicariamente na medida em que é bastante generalizada, mesmo entre os pais e os educadores (2003, p.106).

As respostas emocionais à dor incluem o medo, ansiedade, raiva, depressão e frustração, que podem ocorrer antes e após o procedimento/evento doloroso. Por isso, o “medo e ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e reduzem a tolerância à dor” (Barros, 2003, p. 118), piorando as expectativas geradas para procedimentos futuros.

Neste sentido, o enfermeiro tem um papel preponderante no que se refere à gestão farmacológica e não farmacológica apropriada e eficaz de modo a diminuir a ansiedade, provocada pelos vários procedimentos invasivos ao longo da hospitalização da criança, diminuindo assim, a dor na criança, de forma a promover cuidados o menos traumáticos possível.

Felizmente, a literatura pediátrica tem expressado um interesse crescente sobre as estratégias de promoção do conforto para as crianças/famílias nomeadamente em procedimentos invasivos, ao invés de se centrar apenas no alívio da dor (Kolcaba & DiMarco, 2005).

1.2. Mecanismos de transmissão da dor

A dor é comum no ser humano, e transversal a todas as faixas etárias, no entanto, a preocupação da dor surge tardiamente, na década de setenta, quando se verifica diferenças muito consideráveis na abordagem da dor na criança, comparativamente a adultos em condições semelhantes (Batalha, 2010). Até há pouco tempo, muitos desvalorizavam a dor na criança, através de crenças baseadas em mitos e na carência de saberes sobre a neurofisiologia do desenvolvimento da dor da criança e na sua particular subjetividade neste grupo etário. Para uma adequada avaliação da dor e implementação de estratégias eficazes, é necessário que o enfermeiro compreenda de que forma a dor da criança pode ser influenciada.

A maneira como a dor é sentida e as estratégias que a aliviam são duas vertentes que as teorias da dor tentam explicar. Atualmente, uma das teorias mais abrangente e ainda hoje estudada, é a “Teoria do Portão”, defendida por Melzack & Wall em 1965 em Inglaterra. A partir desta teoria percebe-se que a dor é um fenómeno neurofisiológico, no qual a transmissão de um estímulo provoca a sensação dolorosa, e na vertente psicossocial, que se baseia nos pensamentos, nas emoções e nas experiências passadas, ou seja, esta teoria relaciona não só as manifestações físicas mas também as emocionais na explicação da dor. De acordo com esta teoria, a reação da dor e as experiências resultantes da mesma, resulta de três níveis: na periferia, na medula espinal e no cérebro, sendo estes os principais responsáveis pelos “portões de controlo” (Fernandes, 2000). O controlo é executado em dois sentidos, no sentido ascendente, impedindo ou cedendo a propagação do estímulo da periferia (local da lesão) para o cérebro, e no sentido descendente, do cérebro até aos cornos posteriores da medula. A abertura e o encerramento do portão potenciam a transmissão ou a inibição do estímulo doloroso ao longo das vias nervosas, sendo que estas são controladas pelas substâncias químicas produzidas pelo sistema nervoso. Os neurotransmissores de excitação são provocados sempre que há lesão dos tecidos, atuam abrindo o portão, no caso da sua libertação ou ação não ser bloqueada pelos neurotransmissores de inibição (serotonina) que encerram o portão. A reprodução da informação no sentido ascendente é igualmente dependente do tipo de fibras nervosas que

prevalecem na condução dos estímulos, isto é, as fibras grossas levam ao encerramento do portão, ao passo que as fibras finas levam à sua abertura. Igualmente, na regulação descendente o influxo sensitivo relacionado aos processos cognitivos, emocionais e a estimulação auditiva e visual das estruturas cerebrais potencia o encerramento do portão (Melzack, 1987; Bastos, 2005). Assim, vários fatores podem afetar a abertura ou o encerramento do portão tais como o controlo e o número de informação que é transmitido para o córtex cerebral. Deste modo, a abertura do portão pode ser afetada por:

- **Estímulos internos**, como a ansiedade e o medo, ou contrariamente, através de processos cognitivos como a distração, brincadeira ou respostas emocionais;
- **Estímulos externos**, o mesmo autor, elucida que a fricção e ou pressão na pele, com pressão constante, anterior à injeção, potencia a redução da dor, na medida em que os estímulos sucedidos pela fricção/pressão se difundem com maior rapidez, combatendo com os estímulos da sensação da dor causada pela injeção. Deste modo, se o estímulo doloroso e a fricção da pele forem quase simultâneos, os primeiros a chegar à medula espinal, encerram o portão. Por consequência, menor será a informação enviada dos estímulos da dor ao cérebro sendo percebida com menos intensidade.

A partir desta teoria, compreende-se a importância da aplicação das estratégias não farmacológicas de forma a reduzirem a percepção da dor (Timby & Garcez, 2001).

Melzack & Wall in Potter & Perry confirmam que,

Esta Teoria permite compreender as medidas de alívio da dor (...) sugere que os impulsos da dor podem ser regulados ou até bloqueados por mecanismos de portão ao longo do sistema nervoso central. O mecanismo de portão ocorre na medula espinal, tálamo, formação reticular e sistema límbico (...) os estímulos dolorosos são transmitidos quando o portão está aberto e não quando está fechado. Fechar o portão é a base de alívio para as terapias e terapêuticas de alívio da dor (2006, p.796).

De acordo com esta teoria, a dor é influenciada não só por fenómenos neurofisiológicos, sustentada na transmissão de estímulos que provocam sensação dolorosa, mas também é influenciada pela componente psicossocial, tal como o pensamento, as emoções e as experiências vivenciadas anteriormente, ou seja, estas duas vertentes estão inteiramente ligadas na forma como a dor é experienciada.

Para a avaliação e planeamento de estratégias eficazes no controlo/alívio da dor, é necessário que os enfermeiros conheçam a forma como a dor na criança é influenciada (Batalha, 2010).

1.3. Experiência da dor na criança

Cada criança exprime a sua dor de forma diferente, tendo em conta as particularidades de cada grupo etário e as individuais. O modo como cada criança experiencia a dor, está muitas vezes associado ao medo e à ansiedade, fatores esses que interferem não só na correta avaliação da dor mas também na escolha da melhor e mais adequada intervenção. Torna-se então “essencial que os enfermeiros, em parceria com os pais, saibam avaliar e interpretar o estado emocional da criança, de forma a intervir corretamente” (OE, 2013, p.13). Ou seja, é fundamental que o EESIP detenha um vasto conjunto de conhecimentos para uma abordagem global e diferenciada relativamente à avaliação/intervenção da dor da criança.

A perceção da dor em crianças tem uma componente multidimensional e pode ser influenciada por inúmeros fatores. Alguns deles descritos na literatura e comuns em vários autores, tais como fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais (Fernandes, 2000; McGrath, 2003; Batalha, 2010; Linhares & Doca, 2010), todos eles podem contribuir para aumentar ou diminuir a perceção da dor na criança.

Na criança as expressões de dor são por vezes erradamente atribuídas a excessivos componentes emocionais, a “mimo”, ausência dos pais ou ao próprio ambiente que lhe é estranho. A dor e a antecipação da dor geram na criança ansiedade e medo que podem facilmente conduzir a estados de ansiedade e terror, traduzindo-se em alterações do comportamento manifestadas por regressão, depressão e agressividade (Instituto de Apoio à Criança, 2006).

Segundo o Instituto de Apoio à Criança (2006), as experiências dolorosas, sobretudo se intensas, prolongadas ou insuficientemente tratadas, têm efeitos negativos sobre a criança, tais como: reação de stress do organismo (aumento da tensão arterial e da frequência cardíaca, dificuldades respiratórias); 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.

A fim de minimizar todos estes aspetos, é essencial intervir eficazmente na prevenção e tratamento da dor.

A experiência de dor, contrariamente ao que se pensava anos atrás, tem início desde o período neonatal, o que faz com que sejam aplicadas estratégias não farmacológicas desde este período de forma a diminuir as respostas negativas relativas à dor, contribuindo assim para o bem-estar e conforto. Anand et al. (2006) citado por Linhares & Doca (2010) refere que a

incapacidade de comunicar verbalmente não coloca em causa que um indivíduo não experiencie dor, como tal, torna-se necessário a implementação de estratégias de alívio da dor, nomeadamente nos RN's, lactentes e em crianças pequenas. A dor não tratada, desde logo nos neonatos, pode desencadear alterações fisiológicas significativas, bem como afetar as futuras experiências de dor. Os enfermeiros perante este cenário têm a responsabilidade de reduzir a dor e ansiedade, tanto quanto possível, mantendo a segurança da criança.

Na criança em fase pré-verbal, a identificação da dor torna-se mais complexa, sendo essencial recorrer a manifestações fisiológicas e comportamentais (Batalha, 2010). A expressão comportamental à dor está muitas vezes associada a fatores de stress (agitação, choro, expressão facial, alterações do sono) e sinais fisiológicos como (alterações dos parâmetros vitais, palidez, cianose, sudorese, alterações hormonais). As respostas comportamentais apresentam-se como um método muito mais fiável em relação às respostas fisiológicas (Batalha, 2010), no entanto, por vezes torna-se difícil distinguir os comportamentos de dor, relativamente a outras reações, como angústia, fome, ansiedade ou outros tipos de desconforto (Jacob citado por Hockenberry & Wilson, 2014). As crianças com capacidade verbal já apresentam habilidades de linguagem para expressar a dor, e podem identificar a sua localização e intensidade, no entanto também apresentam alterações comportamentais. Pela sua importância no apêndice I, encontram-se enunciadas as manifestações comportamentais predominantes em cada estágio de desenvolvimento. Importa referir que o comportamento face à dor nas crianças com défice cognitivo ou de comunicação, manifesta-se por gemido, padrões inconscientes de brincadeira e de sono, alterações na expressão facial ou outros problemas físicos que podem mascarar a expressão da dor e por sua vez dificultar a sua interpretação (Hadden & Von Baeyer, 2002, citado por Hockenberry & Wilson, 2014). Assim sendo, os pais/cuidadores apresentam-se como uma fundamental ajuda na interpretação da dor nestas crianças.

O enfermeiro, tal como preconiza Betty Neumann, deve conhecer os comportamentos que funcionam como fatores de stress na criança, de forma a minimizar as variáveis que afetam a mesma. Neuman afirma que a dor, sendo uma força interior, no indivíduo, é influenciada pela idade (de desenvolvimento), capacidade física (biológica) e experiências passadas (psicológica) (Martins & Silvino, 2010). Assim, é da competência do EESIP, reconhecer e antecipar os efeitos relativos ao stress. Para tal, é necessário que detenha, além do conhecimento teórico, a sensibilidade para reconhecer os sentimentos de desconforto que a criança experiencia durante a hospitalização. Quando falamos em desconforto como forma de compreender o conforto, e as

estratégias não farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros como forma de aliviar o distress das crianças e sua família, falamos de um dever dos enfermeiros na sua prática de cuidados (Apóstolo, 2009). Neste sentido, “o conforto pode ser considerado um último estado de saúde e assim ser reconhecido como um objetivo da enfermagem” (Morse, Bottorff & Hutchinson, 1995, citados por Apóstolo, 2009, p.64).

1.4. Avaliação da dor

Cuidar da criança com dor aguda é um dever dos enfermeiros, reconhecendo a criança como um ser único e vulnerável. Neste sentido, os enfermeiros ao valorizarem a dor, prestam cuidados personalizados caminhando assim para a excelência do cuidar.

O controlo e alívio da dor é um direito das crianças, “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (5º Principio da Carta da Criança Hospitalizada). A Direção Geral de Saúde (DGS) em 2003 instituiu a dor como o 5º sinal vital, determinando, que na existência de dor, seja constantemente valorizada, diagnosticada, avaliada e registada, constituindo-se assim, como uma boa prática. Para Batalha (2010, p.26), “a quantificação da dor é considerada cientificamente correta quando feita através de escalas validadas para o efeito”. Considera-se como critério de qualidade de cuidados, determinante para uma adequada escolha do tratamento da dor, que a intensidade da mesma se mantenha inferior a 3 (dor ligeira) (DGS, 2010). A Agency for Health Care Policy and Research, em 1992, recomenda que a dor seja reavaliada: 30min após administração de fármaco por via parenteral; uma hora após fármaco administrado por via oral; sempre que haja queixa algica ou outra dor. A importância de um sistema de registos está enunciada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001, p.18). O sistema deve incorporar as necessidades de cuidados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis a essas intervenções. Ou seja, a avaliação da intensidade da dor, o seu diagnóstico e consequente tratamento devem ser registados. A importância dos registos reflete-se ainda na obtenção de dados para a avaliação da qualidade, análise epidemiológica e investigação.

De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas sobre a Dor (OE, 2008) e as orientações específicas da DGS (2010), na base da avaliação e controlo/alívio da dor nas crianças/família está a história da dor. Esta consiste na recolha de informação que possibilite uma orientação para a correta avaliação e controlo da dor. Preconiza-se que, nas crianças até aos 6 anos de idade, a entrevista seja dirigida aos pais/acompanhante, devido ao seu nível de

maturidade e de desenvolvimento cognitivo, que não permite que perceba e interprete com clareza tudo o que lhe é explicado. A partir desta idade, a entrevista é feita à própria criança juntamente com os pais, pois a criança “já define e interpreta as coisas em torno de seu uso” (Huerta, 1996, p.343). No entanto, segundo Batalha (2010, p.45), “não existe consenso quanto à idade a partir do qual a criança deve ser entrevistada”, pois a criança a partir dos quatro anos pode participar na entrevista, esta já apresenta capacidade de avaliar a intensidade da dor através de escalas de heteroavaliação. Um elemento que pode fornecer informação adicional muito importante é uma entrevista com os pais, para saber como é que a criança se comporta e se expressa habitualmente em situações de dor (Barros, 2003). Esta recolha de dados deve iniciar-se logo que possível, de preferência desde o primeiro contacto com a criança, devendo conter: “características da dor (quanto à sua localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados); formas de alívio e de fatores de agravamento; uso e efeito de estratégias farmacológicas e não farmacológicas; sinais verbais e não-verbais da criança face à dor; experiências anteriores traumatizantes e medos; habilidades e estratégias para combater a dor e outros problemas de saúde (estratégias de *coping*); comportamento da criança e ambiente familiar; efeitos da dor na vida diária; impacto emocional e socioeconómico” (OE, 2008, p.33; DGS, 2010, p.2).

De forma a realizar uma correta avaliação da dor, é fundamental a sua medição, através de escalas estudadas e preconizadas, adaptadas a cada faixa etária, situação clínica, bem como ao nível cognitivo e estado emocional da criança (Chambers & McGrath, 1998). De acordo com as orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças preconizadas pela DGS (2010) compreende escalas de autoavaliação (crianças até aos 3 anos) e de heteroavaliação (crianças a partir dos 3 anos) e são seguidamente apresentadas:

- **RN’s (Recém-nascidos)** – EDIN (*Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né*); NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*); PIPP (*Premature Infant Pain Profile*).
- **Menores de 4A ou crianças sem capacidade de verbalizar** – FLACC (*Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability*);
- **Entre 4 e 6A:** FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*), a partir dos 4 anos; escala de faces de Wong-Baker, a partir dos 3 anos.
- **Crianças com multideficiência (4 aos 18A):** FLACC-*Revised*, a escala comportamental mais apropriada (Batalha & Mendes, 2013), em crianças com paralisia cerebral, síndromes genéticas, autismo e défices de desenvolvimento psico-motor sem diagnóstico preciso, com

comportamentos inespecíficos de dor devido às suas limitações cognitivas e neuromusculares.

- **A partir de 6A** – EVA (Escala Visual Analógica), EN (Escala Numérica), FPS-R e escala de faces de *Wong-Baker* (por ordem de prioridade).

Avaliar a dor pode já proporcionar conforto e bem-estar à criança e família. Para essa avaliação do conforto da criança, Kolcaba & DiMarco (2005) propõem a utilização de escalas de avaliação pediátrica que vão de encontro às supracitadas, sendo elas:

- A escala visual analógica - a linha do conforto - em que numa linha de 10 cm de comprimento se diz à criança que no topo está tão confortável quanto possível e em baixo está tão desconfortável quanto possível. A criança deve assinalar um ponto nessa linha que indica o seu nível de conforto;
- A escala numérica de 1 a 10 em que se diz à criança que dez é o seu estado de maior conforto possível e esta deve escolher um número de acordo com o seu nível de conforto;
- Para os adolescentes é sugerida uma adaptação do questionário geral do conforto;
- Para as crianças que ainda não falam é sugerida a avaliação através de uma check-list de comportamentos de conforto, avaliação feita pelo enfermeiro.

Para Kolcaba, os enfermeiros devem incluir, na sua intervenção, a avaliação das necessidades de conforto, de modo a instituir medidas de conforto para atender a estas necessidades, e à reavaliação dos níveis de conforto após a sua implementação.

1.5. A intervenção de enfermagem relativamente à dor aguda – contributos de Kolcaba

Para a criança e família, a hospitalização, é por norma uma experiência assustadora que gera grandes momentos de ansiedade e medo. Os principais *stressors* originados pela hospitalização compreendem, a separação dos pais e família, o medo do desconhecido, a perda de controlo e autonomia, o medo da lesão corporal (dor e mutilação) e o medo da morte (Jennifer Sanders, citado por Hockenberry & Wilson, 2014). Lima (1985) salienta que a hospitalização é para a criança uma experiência que, em maior ou menor grau, se reflete no seu desenvolvimento emocional, tanto positiva como negativamente. Neste sentido, segundo a OE (2011, p.10), os EESIP têm como missão, “prestar cuidados de nível avançado e competência à criança/jovem saudável ou doente (...)”. Devem por isso adotar estratégias de modo a quebrar ou a minimizar todas as fontes de stress acima mencionadas de forma a prestar cuidados menos traumáticos, tornando a experiência tão positiva quanto possível, ao promover momentos de aprendizagem e desenvolvimento, o enfermeiro pode ajudar a criança a aprender um conjunto de estratégias de confronto do medo, da ansiedade e da dor e aumentar a perceção de si, como ser competente e eficaz, preparando-se assim para experiências futuras.

O EESIP deve por isso, sustentar a sua prática numa filosofia de cuidados de enfermagem pediátricos e num quadro de referência orientador dos próprios cuidados. Assim, serão mobilizadas como pilares da enfermagem pediátrica, a parceria de cuidados e os cuidados não traumáticos e como referencial teórico, a Teoria do Conforto, desenvolvida por Katharine Kolcaba.

Como já referido anteriormente, a hospitalização da criança é um episódio traumático, pelo que a presença e o envolvimento dos pais e família nos cuidados à criança é extremamente importante, para que esta desenvolva mecanismos para suportar o sofrimento causado pela hospitalização. À medida que a Enfermagem foi evoluindo, foram surgindo novos modelos e teorias adaptadas à pediatria. Em 1988, sustentado por Anne Casey, nasce um novo modelo de cuidados pediátricos - “cuidados em parceria” que enfatiza a importância da participação dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, assumindo estes como parceiros da equipa de enfermagem pediátrica nos cuidados ao filho (Casey, 1993). Neste modelo, a criança é o foco dos cuidados e a família é considerada prestadora de cuidados à criança. Uma das competências do EESIP é cuidar em parceria com a criança/pais e família, em qualquer contexto em que ela se encontre (OE, 2010b). Ou seja, “o processo de cuidar em pediatria, pela sua especificidade,

determina que o enfermeiro desenvolva as suas capacidades para responder com competência à singularidade do ato de cuidar da criança em parceria com os pais” (Mendes & Martins, 2012, p.113). De acordo com Kolcaba & DiMarco (2005), a presença dos pais é uma das intervenções de promoção do conforto aquando da realização de procedimentos invasivos.

Quando se fala em dor, está-se intimamente ligado ao conceito de desconforto. É neste sentido, que o enfermeiro deve suportar a sua prática de cuidados numa filosofia de cuidados não traumáticos, promovendo assim o bem-estar e o conforto da criança. As intervenções consideradas não traumáticas têm como objetivo diminuir ou minimizar o desconforto psicológico (ansiedade, medo, raiva, desânimo, tristeza, vergonha ou culpa) e físico (imobilização e distúrbios desencadeados por estímulos sensoriais como a dor, ruído, temperatura e luz não adequada, etc.) (Hockenberry & Barrera, 2014).

De acordo com esta filosofia de cuidados, o enfermeiro que presta cuidados à criança com dor deverá ter presente os seguintes princípios:

- Negociar a presença dos pais e/ou pessoa significativa perto da criança;
- Informar de forma simples e de acordo com o seu estágio de desenvolvimento os procedimentos a realizar;
- Ensinar os pais e crianças a enfrentar os procedimentos dolorosos;
- Não utilizar os procedimentos dolorosos como forma de ameaça;
- Ser honesto com a criança;
- Não realizar procedimentos dolorosos no quarto (lugar de refugio, segurança e conforto);
- Ajudar e apoiar a criança a exprimir os seus sentimentos e emoções;
- Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor;
- Ficar junto da criança após o procedimento doloroso;
- Agrupar os procedimentos ou intervenções dolorosas, de forma a que sejam realizados com recurso a estratégias farmacológicas e não farmacológicas.

(Lukacs (1993), McGrath (1998), Whalley & Wong (1999), Odriozola & Echeburúa (2001) e Reis & Carvalho (2007) citado por OE (2013).

Segundo Kolcaba & DiMarco (2005, p.189), “a prevenção do desconforto, incluindo os fatores fisiológicos e stressores psicológicos, é mais fácil do que tratar os desconfortos”, ou seja, de acordo com princípios acima mencionados, “a prevenção é o melhor para as crianças e família”.

Deste modo, para além das medidas farmacológicas no alívio da dor, o enfermeiro têm um papel importante na utilização de estratégias não farmacológicas, pois através de técnicas como a distração, a imaginação guiada e até mesmo uma massagem consegue reduzir o medo e angústia causado por procedimentos dolorosos, ou pela situação de doença. Os pais devem ser incorporados nestas estratégias, pois são eles que melhor conhecem a criança e que poderão reconhecer as mais adequadas à mesma.

Assim, a excelência do cuidar em enfermagem inclui os cuidados de conforto que não são mais do que o processo de ações confortantes, tendo como objetivo/resultado final o conforto da criança (Kolcaba, 1994). Neste sentido, os enfermeiros devem incorporar na sua prática os cuidados não traumáticos como medidas de conforto.

Kolcaba (1994, p. 1178) define conforto "como a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência decorrentes de situações causadoras de stress em cuidados de saúde". Quando a autora se refere ao estado de "alívio" refere-se a uma necessidade específica que foi satisfeita; é satisfazer a necessidade através do controlo de fatores que causam desconforto, podendo o cliente ficar num estado de calma ou contentamento; uma condição imediata. A "tranquilidade" como um estado de calma ou satisfação e bem-estar; é satisfazer necessidades que provocam desconforto ou interferem com o conforto, decorrentes de uma experiência individual. A "transcendência" o estado que ultrapassa os problemas ou a própria dor; como o mais elevado estado do conforto; é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Estes três estados de conforto são desenvolvidos em quatro contextos diferentes: físico (sensações corporais, alterações fisiológicas associadas à situação clínica), psico-espiritual (consciência de si, incluindo a autoestima e o autoconceito, a sexualidade e o sentido de vida), sociocultural (relações interpessoais, sociais e familiares, práticas religiosas e rituais) e ambiental (local, luz, ruído, temperatura, espaço físico), contribuindo para uma abordagem multifacetada do cuidar (Kolcaba & DiMarco, 2005). De acordo com Kolcaba (2003, p.89), conforto é "a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto". Neste sentido, os enfermeiros devem assentar a sua intervenção em teorias de conforto que sustentem a prestação de cuidados de conforto, através da avaliação das necessidades das crianças/família, da prestação de cuidados e da avaliação dos resultados dos cuidados prestados (Apóstolo & Kolcaba, 2009).

Kolcaba & DiMarco (2005, p.189) adaptando a teoria do conforto à enfermagem pediátrica apresentam alguns dos seus pressupostos sendo eles:

- “As crianças e suas famílias têm respostas holísticas a estímulos complexos;
- O conforto, é um resultado holístico, desejável e positivo que está relacionado com a disciplina de enfermagem e com a especialidade de enfermagem pediátrica;
- As crianças e suas famílias empenham-se em atingir as suas necessidades básicas de conforto;
- As crianças e suas famílias variam de forma significativa, nas suas necessidades pessoais ou desejo de certos níveis de conforto”.

Apóstolo alerta-nos para o facto de que são muitos os autores que defendem o conforto como parte integrante dos cuidados de enfermagem destacando Ida Orlando, Callista Roy, Hildegard Peplau, Jean Watson, Madeleine Leininger, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Joan Hamilton, Janice Morse e Katharine Kolcaba (Apóstolo, 2007, p.27)

Segundo o mesmo autor (2007, p.32) refere que “Morse considera o cuidar como um constructo do conforto”. Morse & Kolcaba são da mesma opinião ao dizerem que “a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção”.

Por fim, considerando os contributos dos diferentes autores poderemos compreender que o cuidar da criança com dor e proporcionar-lhe todo o conforto possível é, assim, um agir intencional que implica uma relação interpessoal mas também uma perícia no desempenho técnico. O enfermeiro ao cuidar da criança com dor promove uma atenção particular sobre ela, reforçando o seu conforto, a sua segurança e a sua confiança, ao mesmo tempo que demonstra por ela atenção e afeto, reconhecendo as suas reações de dor, quer elas sejam comportamentais, fisiológicas ou emocionais. Assim, o alívio da dor e do sofrimento da criança/família abrange o cuidar a partir das ações de enfermagem que proporcionam conforto.

1.6. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda/promoção do conforto

Através de vários estudos, está comprovado que a utilização de estratégias não farmacológicas em conjunto com as farmacológicas, ajudam a diminuir a percepção da dor, tornam-na mais tolerável, reduzem os níveis de ansiedade e aumentam a eficácia e a redução da dose de analgésicos (Rusy & Weisman, 2000). Segundo Barros (2010), estas estratégias têm demonstrado uma grande eficácia no controlo da dor intensa associada a procedimentos dolorosos. São seguras, não invasivas, pouco dispendiosas e são intervenções de enfermagem independentes. Segundo a American Medical Association (2010), as estratégias não farmacológicas para o alívio da dor em crianças compreendem estratégias psicológicas, de educação e de apoio aos pais. Os familiares de referência devem ser envolvidos no processo, pois como já foi referido anteriormente, estes podem estar mais familiarizados com as estratégias mais adequadas para cada criança. (Jacob, in Hockenberry & Wilson, 2014).

Kolcaba & DiMarco (2005) menciona que quando o desconforto associado à dor não pode ser evitado, os enfermeiros podem ajudar as crianças/família a enfrentar a transcendência de forma parcial ou completa, através de intervenções de conforto, como é o caso das estratégias não farmacológicas. Segundo Apóstolo (2009) a perspetiva do conforto abordada por Kolcaba, refere que as intervenções de enfermagem são a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa ação, assim, a minimização da dor é um ato de conforto.

Tendo por base o Guia Orientador de Boas Práticas – estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (OE, 2013) e Batalha (2010), estas estratégias classificam-se em cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas, suporte emocional e ambientais. Importa referir que vão ser abordadas apenas as intervenções que em nosso entender mais se adequam ao contexto de internamento de pediatria médico-cirúrgica.

Intervenções cognitivo-comportamentais

- **Informação preparatória:** de acordo com o 4º Princípio da Carta da Criança Hospitalizada, “as crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão”. Consiste em informar a criança e os pais sobre as etapas relativas aos procedimentos/cirurgia (o que será feito) bem como as sensações decorrentes dos mesmos (o que pode vir a sentir) de forma a ajudar as crianças a desenvolver expectativas realistas para o procedimento. Pode ser realizada com recurso a desenhos, vídeos ou manipulação do equipamento, de forma a reduzir a sua ansiedade e medo e aumentar o seu

autocontrole (OE, 2013). Informar a criança antes do procedimento ou cirurgia promove o sentido de autonomia, permitindo uma melhor compreensão relativamente ao procedimento/cirurgia e sua finalidade. Segundo Barros (2010, p.108), “a preparação para os tratamentos e procedimentos deve ser feita como parte integrante das rotinas hospitalares”.

- **Distração e brincadeira:** desviam a concentração do estímulo doloroso para outro estímulo, desenvolvendo um efeito inibidor do estímulo doloroso o que é explicado pela teoria do portão. Estas estratégias podem ser divididas em duas categorias principais: distração passiva, em que a criança permanecer em silêncio enquanto o enfermeiro a está a distrair ativamente (música, ler uma história, visualização de vídeos, televisão, brinquedos/bonecos brilhantes e que emitam sons); distração ativa, em que é incentivada a participação da criança nas atividades durante os procedimentos (exercícios de respiração, bolas de sabão, jogos, pintar, conversas sobre acontecimentos passados, presentes ou futuros) (Goldman, Koller, Bever & Stuart, 2008, citado por Srouji, Ratnapalan & Schneeweiss, 2010; OE, 2013). São utilizadas em situações de dor momentânea (punção venosa) ou enquanto os analgésicos não atuam. Nos casos em que a dor é forte e contínua, em que a criança tem dificuldade em se concentrar, é recomendada a administração de analgésicos como complemento da distração (Batalha, 2010). Linhares & Doca (2010) referem que a participação da criança durante o procedimento doloroso pode facilitar o enfrentamento, como falar sobre as suas preferências, negociando dentro das alternativas possíveis.
- **Reforço positivo:** consiste em elogiar e recompensar a criança após o procedimento doloroso, quando utilizou estratégias positivas, através da entrega de um diploma que atesta o seu comportamento/participação, boneco, penso colorido, logo após o procedimento doloroso (Batalha, 2010).
- **Imaginação guiada:** A criança é guiada para imaginar um lugar ou uma atividade favorita. Imaginar por exemplo que está dentro de uma bola de sabão e que esta o leva para longe da dor, promove-se a imaginação e diminui-se a ansiedade. A imaginação guiada não só produz distração mas também aumenta o relaxamento.
- **Simulação ou modelação:** pedir à criança que simule no boneco o procedimento por outra criança ou adulto, demonstrando estratégias de *coping*. Podem também ser utilizados vídeos demonstrativos (Batalha, 2010 & OE, 2013). Segundo Barros (2003), estas estratégias têm

como objetivo diminuir a ansiedade, associada à dor durante os procedimentos invasivos, tratamentos e cirurgias.

- **Relaxamento muscular:** são estratégias que promovem o relaxamento corporal, principalmente a parte do corpo envolvida no procedimento (braço, perna) (Stroebe, 1983). Walker (1992) citado por Barros (2003) refere que o relaxamento é um procedimento eficaz para aliviar o sofrimento e a dor na criança.

Intervenções físicas ou periféricas

- **Termoterapia:** Aplicações de calor ou frio são estimulações que contribuem para o alívio da dor. Aplicação de frio resulta em vasoconstrição, redução da circulação local e do líquido extracelular, diminuindo a dor e edema no local da lesão. É utilizado muitas vezes no pós-operatório. Relativamente à aplicação do calor esta promove o relaxamento muscular e sensação de conforto. A vasodilatação no local, resultante desta ação, promove a circulação, com consequente remoção de detritos celulares e toxinas. (Kazanowski & Laccetti, 2005). A aplicação de quente é eficaz nas cólicas do RN's e lactente. Nas crianças mais velhas a aplicação do quente mostra-se eficaz antes da punção venosa promovendo a vasodilatação venosa.
- **Massagem:** a massagem proporciona a libertação de substâncias químicas, designadas por endorfinas, designadas de opiáceos endógenos, que proporcionam uma sensação de bem-estar e conforto. O objetivo é a manutenção/recuperação do equilíbrio do organismo, aliviar a dor, diminuir o stress (Rowen, 2003). “A massagem favorece a promoção do bem-estar e conforto e concomitantemente o papel parental” (OE, 2012, p.3). No meu contexto de trabalho a massagem mais utilizada é a anticólica tanto nos RN's como nos lactentes. Nota-se que muitos pais têm conhecimentos e aplicam esta massagem para a prevenção de cólicas.
- **Posicionamento/contenção:** A contenção e o posicionamento são também evidenciados na literatura, com objetivo de promover conforto e minimizar o stress do RN/lactente. Quando os RN's são envolvidos em mantas e contidos durante procedimentos dolorosos verifica-se que choram menos (Bueno, 2007). Ao realizar a contenção em “ninhos” promove a organização comportamental, principalmente no prematuro. Essa prática visa colocar o RN o mais próximo possível da posição fetal (Bueno, 2007). A mudança de decúbito é também uma técnica benéfica e eficaz no controle e alívio da dor. Ao alternar os decúbitos da criança

promove o alívio a pressão sobre proeminências ósseas ou áreas edemaciadas, acelera a circulação, relaxa os músculos e promove conforto generalizado (Crescêncio, Zanelato & Leventhal, 2009).

Suporte emocional

- **Presença dos pais:** Os pais são o método não farmacológico mais eficaz no alívio da dor das crianças. A presença dos pais reduz muito a ansiedade associada à dor e hospitalização (Broome, 2000). As crianças sentem-se mais seguras ao relatarem aos pais a sua dor e ansiedade. Quando os pais participam ativamente no cuidado à criança durante a hospitalização, ensiná-los sobre como as estratégias não farmacológicas podem ser usadas para melhorar o controlo da dor da criança.
- **Substâncias açucaradas e sucção não nutritiva:** vários estudos sobre esta temática têm constatado que a administração de soluções açucaradas (como a sacarose 24%), diretamente sobre a língua do RN/lactente, 2 minutos antes dos procedimentos dolorosos causam a libertação opióides endógenos, que possuem propriedades analgésicas, bloqueando o estímulo doloroso (Mota & Cunha, 2014). Numa revisão de Stevens, Yamada & Ohlsson (2005) citado por Jacob in Hockenberry & Wilson (2014), referem que esta solução açucarada, diminui o tempo de choro, da frequência cardíaca, promove uma expressão facial de tranquilidade e conforto. Estes benefícios aumentam o poder de ação quando associados à sucção não nutritiva de uma chupeta (Marcatto, Tavares & Silva, 2011). A administração de sacarose é segura e eficaz no alívio da dor associada a procedimentos dolorosos.
- **Toque:** o conforto e o bem-estar que a criança sente ao ser acarinhada pelos pais (beijo ou abraço) ajuda a descentralizar a atenção no estímulo doloroso e a diminuir a ansiedade (Gallage & Spence, 2008 citado por Mendes, Silva, Ferreira & Silva, 2014). O toque para o RN é um ato muito importante, na medida em que estes conhecem o mundo por meio do tocar e do olhar (Margotto & Nunes, 2006).

Ambiente

Ao proporcionar um espaço calmo e acolhedor, adaptado à pediatria, que motive a criança a participar em atividade lúdicas, permite que esta descentralize a sua atenção nos procedimentos dolorosos, de modo a participarem em atividades que proporcionem prazer e distração (Barros, 2003). Ou seja, adaptar a decoração, o mobiliário e proporcionar um

ambiente tranquilo, são medidas que trazem conforto para a criança (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Outras estratégias como a musicoterapia e arteterapia. Existem outras estratégias relatadas como eficazes no alívio da dor que não são frequentes na prática de Enfermagem. No entanto, há cada vez mais enfermeiros com competências em terapias complementares, tais como a Estimulação Elétrica Transcutânea (TENS), acupuntura, cromoterapia, aromaterapia, hidroterapia, dramaterapia, homeopatia, acupressão, reflexoterapia, Shiatsu, Reiki, meditação e ioga.

Por fim, as estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda têm como principal objetivo, minimizar os stressores experienciados pela criança/família face à hospitalização. Como vimos, existem inúmeras estratégias não farmacológicas que podem ser aplicadas. Cabe ao EESIP, autónomo na sua aplicação, adotar estas estratégias tendo em conta o estágio de desenvolvimento da criança e a situação em que esta se encontra, pois a escolha mais adequada vai determinar a eficácia das estratégias aplicadas. Perante isto, a “promoção do conforto e do bem-estar do indivíduo e família constitui a essência da enfermagem e por esse motivo um dever de todo o Enfermeiro e uma condição para a garantia da qualidade dos cuidados prestados” (OE, 2012, p.2).

2. PERCURSO DE ESTÁGIO

Remetendo para a perspectiva que Benner (2001), desenvolve a partir do modelo de aquisição de competências Dreyfus (Dreyfus & Dreyfus, 1980; Dreyfus, 1981), no qual se confirma uma profunda interligação entre a teoria e a prática, é fácil entender que o percurso rumo a enfermeiro especialista terá que envolver um conjunto de experiências práticas de forma a fomentar e a desenvolver saberes aprendidos em contexto académico. Após o enquadramento teórico anteriormente desenvolvido, importa agora analisar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, que resultou do autodiagnóstico de necessidades de aprendizagem realizado com base no Regulamento de Competências do EESIP (OE, 2010b) e que, concomitantemente, favoreceu a análise de competências a adquirir. Foram delineados objetivos de estágio de forma a contemplar as três principais áreas de competência específicas do EESIP, a maximização da saúde da criança e do jovem; os cuidados nas situações de especial complexidade e a prestação de cuidados específicos relativos às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. (OE, 2010b). Neste percurso formativo, de crescimento pessoal e profissional, que consta no cronograma de estágio que encontra-se no Apêndice II, o estágio foi realizado em cinco contextos distintos, para os quais foram delimitados objetivos e atividades que pretenderam dar resposta às minhas necessidades de aprendizagem e competências propostas e que se encontram no Apêndice III.

A primeira experiência foi realizada no Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica/Unidade de Queimados. A escolha deste serviço prendeu-se com o facto de querer conhecer a realidade de outro serviço de cirurgia e pelo facto de ter uma unidade de queimados onde o controlo da dor aguda é efetivamente importante.

A segunda decorreu no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), por ter uma grande afluência de crianças doentes em situação de urgência/emergência, muitas delas marcadas pela experiência de dor, o que permitiria adquirir e desenvolver competências na gestão da dor aguda nessas situações.

O terceiro contexto de estágio foi a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP), pelo fato de permitir adquirir conhecimentos especializados tanto em neonatologia como também numa unidade de cuidados intensivos à criança e jovem. A escolha deste campo de estágio também se prendeu com o facto de ser um local onde se realizam inúmeros procedimentos invasivos, causadores de dor e desconforto e onde necessariamente terão de estar consolidadas intervenções promotoras do conforto.

A quarta experiência decorreu numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP), por considerar que seria um importante campo de estágio, para além de observar e participar no processo de vacinação, indiscutivelmente uma situação geradora de dor quer para a criança quer para a sua família. Foi também escolhido de forma a adquirir competências no âmbito da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e da saúde da criança.

Por fim, a última experiência de estágio foi realizada em contexto de trabalho num serviço de internamento de pediatria médica e cirúrgica. Foi o local onde me fez mais sentido finalizar o estágio, uma vez que foi período em que reuni todos os conhecimentos obtidos ao longo do semestre e os apliquei na e para a minha realidade profissional.

Importa referir que nos primeiros quatro campos de estágios foi elaborado e aplicado um guião para a observação das práticas de avaliação da dor aguda e de utilização de estratégias não farmacológicas. Os indicadores foram definidos a partir do enquadramento teórico e permitiram o registo em fichas, por unidade de cuidados, das práticas observadas e respetivas notas, comentários e reflexões teóricas (apêndice IV), organizavam-se em torno dos seguintes eixos: filosofia de cuidados; avaliação da dor; controlo/monitorização da dor; diagnóstico de Enfermagem e resultados; intervenções de Enfermagem; práticas de registo, políticas organizacionais relativas à dor. Os dados assim obtidos foram mobilizados na descrição reflexiva que se apresenta nos subcapítulos seguintes.

2.1. Aprendizagens adquiridas numa Unidade de cirurgia Pediátrica/Unidade de Queimados

Neste contexto de estágio, tal como referi anteriormente, pretendia prestar cuidados a crianças vítimas de queimaduras, por considerar estarem a viver não só uma situação de contornos cirúrgicos como, sobretudo uma situação fortemente marcada pela experiência de dor. Pude verificar o quanto a dor na criança vítima de queimadura é perturbadora, tornando-se fundamental o seu alívio nos momentos dos procedimentos associados ao vasto campo do tratamento das queimaduras.

Apercebi-me que as crianças vítimas de queimaduras para além da dor associada à queimadura e aos tratamentos realizados, experienciam também outros sentimentos tais como, medo, ansiedade, angústia, perda de controlo e sensação de desamparo, o que poderá influenciar o seu desenvolvimento e as experiências futuras quando confrontadas com cuidados de saúde. Devido ao grande risco de infeção estas crianças estão em isolamento, o que lhes proporciona

também sentimentos de solidão e exclusão em relação a outras crianças internadas no serviço, como as crianças com outras patologias do foro cirúrgico. Ao observar todo este conjunto de experiências negativas, assumi o brincar como uma estratégia de combate a estes sentimentos, para além de constituir um excelente método de comunicação com a criança, revelando-se uma técnica efetiva na relação com a mesma. Ao contrário do que talvez esperasse no início do estágio, foi nas horas que passei a brincar com cada criança, com intencionalidade terapêutica, centrada nela, no modo como compreendia a situação, nos seus interesses e necessidades, que realmente intervim e me aproximei de forma consciente do significado terapêutico do brincar e da minha visão pessoal do que é Ser Enfermeiro Especialista em Pediatria. São as “pequenas coisas” que fazem a diferença no ato do cuidar, “porque os cuidados de enfermagem são assim, compostos por de múltiplas ações que são sobretudo apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, uma imensidão de “pequenas coisas” que dão a possibilidade de manifestar uma “grande atenção” ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares, ao longo de vinte e quatro horas do dia” (Hesbeen, 2000, p. 47). Trabalhar com recursos lúdicos proporciona a interação da criança com o brinquedo e por sua vez a aproximação do enfermeiro, de formar a encontrar respostas para a maneira, como a criança lida com as emoções suscitadas pela situação de hospitalização. Utilizei materiais lúdicos adequados a cada faixa etária e estágio de desenvolvimento, entre eles, desenhos para colorir, jogos didáticos (puzzle, tablet) existentes no serviço, bolas de sabão, entre outros. Foi também através de um boneco em conjunto com dispositivos usados nos procedimentos, que pude preparar a criança para os procedimentos invasivos, bem como, perceber a maneira como estava a experienciar os momentos da hospitalização. O brincar permite não só distrair e descontraír a criança, como também permite ao enfermeiro conhecer e relacionar-se ao mesmo tempo que ajuda a criança a exprimir os sentimentos acerca da sua experiência. É através do brincar que a criança expressa os seus medos, desconfortos físicos, frustrações, ansiedades, a dor, através de simbolismos, fantasias e representações de experiências vividas (Tavares, 2011).

Tive ainda a oportunidade de estar presente e de participar em algumas das visitas dos “Doutores Palhaços”, dividem-se para proporcionar momentos de alegria e descontração dentro do hospital. Durante e após as suas visitas, constatei que a alegria perdurava durante todo o turno. As crianças ficavam muito mais alegres e bem-dispostas, sorrisos e gargalhadas eram esboçados. Masetti, através de trabalhos de investigação desde 1994, tem vindo a verificar que “após as visitas dos Doutores Palhaços, as crianças ficam mais ativas, colaboram mais com os

tratamentos e respetivos profissionais de saúde, contribuem para a melhoria da comunicação destes últimos com os pais, e, entre outros, para a diminuição do stresse e satisfação dos profissionais em relação à sua prática” (Masetti, 1998, 2011; Masetti, Caires & Brandão, 2013 citado por Caires, Almeida, Antunes, Moreira e Melo, 2013, p.840). Brincar é reconhecidamente a atividade mais importante da infância; é um fator vital no crescimento social, intelectual, físico e emocional de todas as crianças. O EESIP, utilizando a metodologia do brincar, “demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e jovem” (OE, 2010b, p.5).

Tive também oportunidade de assistir à consulta de preparação para a cirurgia, realizada por ESSIP. Esta consulta tem como principais objetivos, minimizar o impacto de experiências desagradáveis através de brincadeira simbólica, nomeadamente a partir dos 5 anos; esclarecer o utente pediátrico sobre os procedimentos peri-operatórios a que vai ser sujeito; facilitar a expressão de sentimentos, dúvidas e receios antes do internamento e ato cirúrgico; validar com o utente pediátrico as expectativas relativamente ao internamento e intervenção cirúrgica; estabelecer relação de confiança com o pessoal e meio hospital; uniformizar a informação a fornecer à criança/família e garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem. A consulta é individual, e a partir dos 5 anos a preparação é dirigida à criança (devido ao seu desenvolvimento cognitivo e intelectual), com a participação dos pais. De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (OE, 2011a), esta consulta, é realizada para crianças > 5 anos, 1 a 2 dias antes da cirurgia; 5-12anos, 5-10 dias antes da cirurgia e para crianças > 12anos desde o momento da marcação da cirurgia¹. Recorre-se à leitura de histórias (“O Diogo vai ser operado” e “A Anita no hospital); à visualização de fotos e vídeos produzidos pelo hospital/unidade (“A caminho da operação”); à manipulação de material hospitalar em tamanho real sobre os procedimentos que vai realizar (penso, sistema de soro, máscara, touca, compressas, etc) ou material lúdico que simula o ambiente hospitalar; à simulação ou modelagem (a criança simula no boneco/modelo o que foi apresentado pela enfermeira durante a consulta) e à dramatização da situação e jogo (brinquedo de figuras e peças - bloco/enfermeira) na criança mais velha possibilitando que de forma orientada a criança treine

¹ “Até aos 3 anos, a compreensão limita-se ao concreto e palpável e a criança toma conhecimento de sim do seu mundo e dos objetos que a rodeiam através dos sentidos. Antes dos 5 anos, a criança é incapaz de dar uma definição, um conceito. Ela apenas repete as palavras que lhe forem ditas. Entre os 5 e 8 anos já define e interpreta as coisas com base na sua utilidade. Entre os 9 e 11 anos já consegue dar sinónimos e classificar, isto é, é capaz de conceituar os objetos. Ao redor dos 12 anos atinge a lógica do pensamento adulto, sendo, portanto, capaz de formar um conceito acerca de objetos, de realizar abstrações e de fazer deduções a partir das relações entre esses conceitos abstratos” (Neira Huerta, 1996 citado por OE, 2011, p.23).

estratégias de confronto pela antecipação da situação real. Esta consulta, afigura-se assim, como o melhor momento para diminuir a ansiedade e desmistificar medos, permitindo também um melhor recurso a estratégias de *coping*.

Pude ainda observar e adquirir vários conhecimentos sobre a adoção de estratégias não farmacológicas antecipatórias, tomando como referenciais os guias orientadores de boa prática: “Diminuir o medo da cirurgia” e “Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança”, desenvolvidos pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Pois, o EESIP “procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar” (OE, 2010, p.4). Também nesta consulta é realizada a anamnese e história da dor da criança, como preconizado pelas orientações específicas da DGS (2010). Assim em contexto de internamento foi possível observar que no momento do acolhimento, muitas crianças reconhecem o serviço, estão familiarizados com os materiais médicos e reconhecem o trajeto até ao bloco operatório. Comparativamente a crianças que são internadas para cirurgias de urgência, verifiquei que estas se encontram mais assustadas, ao contactarem com um ambiente desconhecido, sem referências prévias, o que gera mais ansiedade e medo, aumentando a sua perceção de dor. No entanto é realizado o acolhimento ao serviço à criança/família, são explicados os eventos procedentes e é iniciada a colheita de dados da história da dor que deve ser completada até as 48 horas de internamento. Com esta experiência, pude constatar que no hospital onde exerço funções seria de extrema importância a existência de uma consulta de preparação para a cirurgia de forma a reduzir o medo e a ansiedade induzidos pela cirurgia. Kolcaba (2003), refere que, os enfermeiros ao realizarem um acolhimento bem-sucedido à criança e família, é fundamental para alcançar o conforto sociocultural.

Relativamente à avaliação da intensidade da dor, é realizada antes e após a administração do analgésico, mas não quando são utilizadas estratégias não farmacológicas. Segundo o protocolo da instituição, “avaliação e registo da dor como 5º sinal vital” editado em 2014, a avaliação da dor deve ser realizada: na admissão no internamento; 1x/turno, se dor controlada; 4/4 horas ou 2x/turno ou sempre que necessário, se intensidade ≥ 4 tendo em conta que umas das avaliações deve coincidir com o momento antes do analgésico. As escalas protocolizadas no hospital são: VAS (Visual Analogue Scale), EN, OPS (Escala Objetiva da Dor), Escala de faces de Wong-Bake EN, N-PASS, NIPS, FLACC, FLACC-R, DESS (Douleur Enfant San Salvador) e BPS (Behavioral Pain Scale). No entanto, no internamento, devido à

situação clínica e estágio de desenvolvimento da criança/jovem são aplicadas a VAS, EN, FLACC, FLACC-R, Escala de faces de Wong-Bake. Ao longo do estágio pude verificar que a grande maioria das crianças com cirurgia programada, reconhecem a régua de autoavaliação da intensidade da dor, o que torna benéfico para a sua correta aplicação, contribuindo assim para uma adequada avaliação da dor. Batalha (2010) defende que deve haver um ensino prévio à criança sobre a aplicação da escala de autoavaliação numa situação reconhecidamente de não dor ou stress. Relativamente à continuidade da gestão da dor, todos os registos efetuados durante a consulta de preparação para a cirurgia são facilmente consultados no processo da criança, nomeadamente a história de dor, de forma a poder antecipar a nossa intervenção junto da criança.

Desta forma este estágio proporcionou-me experienciar inúmeras situações de cuidados em que tive oportunidade de treinar habilidades em estratégias farmacológicas e não farmacológicas, de modo a minimizar a dor e o sofrimento da criança. Proporcionar conforto e apoio psicológico à criança vítima de queimadura e sua família, é essencial durante a crise pós-lesão. A redução do medo e da ansiedade ajudam a armazenar energias de forma a lidar com o stress fisiológico e emocional provocado pela lesão traumática (Baker, Mondozi & Hockenberry, citado por Hockenberry & Wilson, 2014). Para Kolcaba & DiMarco (2005), existem diferentes categorias de intervenções que podem ser utilizadas pelos enfermeiros: conforto standard (controlar/aliviar a dor), orientação (minimizar a ansiedade e o medo, fornecer informação, explicar os procedimentos) e conforto para a alma (ações que permitem o bem-estar da criança, como a brincadeira, visitas de familiares e amigos).

Considero ter desenvolvido intervenções de enfermagem como preconizadas no Regulamento das Competências Específicas do EESIP: nomeadamente as relativas à gestão dos processos específicos de saúde/doença, o uso de técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; a “identificação de manifestações de mal-estar psíquico e a capacitação da criança, do adolescente e da família para a lidarem e se adaptarem à situação” (OE, 2010b, p.3-4).

2.2. Aprendizagens adquiridas num Serviço de Urgência Pediátrica

A escolha deste local de estágio tem como principais objetivos adquirir competências tanto no âmbito da gestão da dor da criança em contexto de urgências mas também para a mobilização e aperfeiçoamento de conhecimentos e habilidades em suporte básico e avançado de vida pediátrico. A missão do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) é “prestar cuidados de saúde hospitalares de pediatria, no respeito pela dignidade do utente pediátrico (criança/pais) e utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver a investigação em saúde” (Hxx, 2011, p.5). Os cuidados de enfermagem prestados são centrados na família, sendo o cliente pediátrico reconhecido como o binómio criança/família. Ao longo do estágio, tive a oportunidade de prestar cuidados à criança/jovem e família nas seguintes valências: sala de triagem, sala de tratamentos e sala de aerossóis. Não houve oportunidade de prestar cuidados tanto no serviço de observação (devido à distribuição de enfermeiros), no entanto foi-me explicado de forma breve o funcionamento desta unidade, como na sala de reanimação (não houve situações de emergência), daí não ter conseguido realizar algumas atividades propostas para este estágio, nomeadamente a mobilização de conhecimentos e habilidades em suporte básico e avançado de vida pediátrico. Deste modo, o meu estágio decorreu na sala de triagem, sala de tratamentos e sala de aerossóis. Na sala de triagem foi possível identificar crianças/jovens em situações agudas que requeriam cuidados de maior complexidade e de controlo da dor. Trabalhar num SUP, consiste só por si numa situação complexa o que se cruza com as competências intrínsecas ao exercício profissional do EESIP em qualquer contexto que o mesmo se encontre. Prestar cuidados num SUP exige do profissional um conjunto alargado de conhecimentos que proporcione uma prestação de cuidados sustentada e eficiente, como também requer um domínio das suas próprias emoções (Taksi & Vendruscolo, 2004).

Apóstolo (2009) refere que o conforto é um processo contínuo, uma forma de arte de enfermagem, e que transcende a dimensão física da pessoa. A ida a um SUP representa para a criança/jovem e sua família uma grande ansiedade, no qual é de extrema importância que os cuidados prestados sejam o menos traumáticos possível, transmitindo um impacto positivo na chegada ao hospital, de forma que a sua ansiedade e medo pelo desconhecido sejam minimizados, havendo assim uma promoção do conforto. Assim, como supradito anteriormente, o EESIP tem que deter competências quer a nível técnico e profissional como a nível relacional, de forma a dar resposta às necessidades da criança/família numa situação

complexa. Kolcaba (2001) afirma que, em situações de doença, as necessidades de conforto não satisfeitas são asseguradas por enfermeiros, identificando as que não foram satisfeitas, proporcionando as medidas de conforto para colmatar essas necessidades, na procura do melhor conforto dos seus clientes, que é o resultado imediato desejado.

A triagem assenta na destreza e competência do enfermeiro que a realiza, para efetuar um juízo acerca da situação que está a observar, determinando intervenções imediatas e prioridades no atendimento. Quando a criança tem o primeiro contacto com o SUP, o EESIP tem um papel fundamental no acolhimento e minimização do impacto negativo que uma ida ao hospital provoca. Efetuar uma colheita de dados que contemple não só a situação atual mas também os antecedentes pessoais e familiares, irá possibilitar ao enfermeiro através do programa Triagem de Manchester, executar uma avaliação rápida e eficaz, estabelecendo a prioridade de atendimento de acordo com a gravidade que cada situação envolve. Ao participar, com autonomia crescente, no momento da triagem, pude desenvolver competências ao nível da tomada de decisão autónoma e fundamentada, do diagnóstico precoce e identificação de situações de risco que podem afetar negativamente o desenvolvimento da criança. A mobilização de conhecimentos adquiridos ao longo da formação e transferência de saberes da minha prática profissional relativamente ao desenvolvimento infantil e às patologias que afetam os diferentes estádios de desenvolvimento, permitiram uma avaliação direcionada e crítica de cada situação. O enfermeiro no SUP é o primeiro profissional a abordar a criança e é também o elo fundamental da equipa multidisciplinar, pois é este que faz a triagem da criança, o que implica ter experiência e conhecimentos teórico-práticos para agir de imediato perante situações complexas e graves, do ponto biofisiológico e psicossocial. Assim, durante este percurso observei uma nova realidade e um novo tipo de cuidados e abordagem à criança/jovem e família. Percebi a interação e dinâmica não só entre a equipa de enfermagem, como equipa multidisciplinar e que o enfermeiro representa uma sólida fonte de conhecimentos e experiência na área, com uma grande capacidade de reflexão. A elevada afluência de utentes na SUP, cerca de 150 por dia, desencadeia um elevado nível de stress nos profissionais e ansiedade nos pais/acompanhantes, sendo importante uma comunicação assertiva e a existência de uma boa preparação na gestão e resolução de conflitos, campo que para a OE (2010a) é uma das competências comuns do enfermeiro especialista.

Remetendo agora a minha reflexão ao tema do meu relatório, de acordo com a DGS (2008), a dor aguda constitui o principal motivo para a procura de cuidados de saúde. Para um

controlo adequado da dor, uma avaliação precisa e correta deve ser realizada inicialmente, com recurso a escalas de avaliação apropriadas a cada criança, considerando a sua idade, estágio de desenvolvimento e estado de saúde. Ao longo da prestação de cuidados à criança/jovem e família, a avaliação da dor é um dos critérios essenciais na triagem, sendo esta realizada sistematicamente. No entanto, apercebi-me que de modo geral, a heteroavaliação predomina sobre a autoavaliação da intensidade da dor, recorrendo-se à escala comportamental FLACC e excepcionalmente à EN ou à escala de faces de *Wong-Baker*. Existe no hospital, o Núcleo Contra a Dor fundado em 2010, formado neste momento por 6 médicos, 11 enfermeiras (generalista e EESIP dos serviços de internamento, SUP e UCINP), 2 fisioterapeutas, 1 psicóloga. Este núcleo tem como princípios orientadores o reconhecimento de que:

- A dor na criança é importante!
- É prioritário prevenir e tratar a dor nos lactentes, crianças e adolescentes, a avaliação da dor e o registo regular;
- A importância da dor como 5º sinal vital, o direito ao controlo da dor tendo em conta a declaração de Ottawa, e da carta da criança hospitalizada.

Tem como principais objetivos a alcançar:

- Acreditação Childkind International;
- Abordagem integrada e multidisciplinar da dor nos seus aspetos multiformes: prevenção, avaliação, tratamento farmacológico e não farmacológico;
- Tratar a dor física, tratar o medo e a ansiedade que envolvem a criança em muitas situações no hospital e/ou associados à doença.

De forma a uniformizar as boas práticas do controlo da dor, os enfermeiros que fazem parte do Núcleo Contra a Dor do Hospital, incentivam a equipe multidisciplinar à formação e à reflexão sobre as práticas de cuidados relativos à dor.

Apesar disso, foram poucos os momentos que presenciei a autoavaliação da intensidade da dor na criança/jovem, os enfermeiros não usam a régua de autoavaliação preconizada pela DGS, o que impede a compreensão da criança e impossibilita a correta autoavaliação da dor. Considerando esta prática, reforcei à equipe de enfermagem a importância e incentivei a utilização da referida régua já instituída no hospital através de protocolos, fundamentando assim a importância da autoavaliação para um controlo eficaz da dor na criança. No que diz respeito à monitorização da dor, frequentemente é realizada antes e após a administração do analgésico, mas não quando são utilizadas estratégias não farmacológicas o que vai contra ao protocolo da

instituição, “Avaliação da dor em pediatria” revisto em 2014, que segue as orientações gerais para a boa prática na avaliação da dor segundo a DGS. Entidade que instituiu em 2003, a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas, pois o sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes (DGS, 2003).

Relativamente à prática e utilização de estratégias não farmacológicas na prevenção e controlo da dor aguda, verifiquei que a equipe de enfermagem utilizava sobretudo: a técnica de distração, o reforço positivo, a imaginação guiada, o relaxamento muscular (exercícios de respiração diafragmática), a aplicação de frio e por vezes o humor. Estava contudo pouco desperta para outras estratégias preconizadas pelo Guia Orientador de Boa Prática (OE, 2013). Durante os procedimentos dolorosos verifiquei que muitas crianças são de imediato submetidas a contenção, deste modo, não são negociados os cuidados, não permitindo a sensação de controlo da criança/jovem. O que vai contra a ideia de, entre outros, Jennifer Sanches, quando refere que “a perceção da capacidade de controlo que as crianças têm no ambiente hospitalar influencia, diretamente, a quantidade de stress imposta pela hospitalização”. Refere ainda que, “a falta de controlo aumenta a perceção de ameaça e pode afetar os mecanismos de *coping* das crianças (citado por Hockenberry & Wilson, 2014, p.1028). Neste sentido, durante a minha prestação de cuidados, principalmente na sala de tratamentos (onde são realizados inúmeros procedimentos dolorosos) adotei algumas estratégias não farmacológicas que foram bem aceites pela equipe, na técnica de distração utilizei a visualização de vídeos animados, musicoterapia, utilização de bolas de sabão e fantoches; utilização de sacarose 24% (já existente no serviço e com protocolo instituído) antes e durante os procedimentos dolorosos. Tentei sempre que possível e adaptado à situação clínica e desenvolvimento da criança a preparação para o procedimento doloroso, ajudando a criança a adotar estratégias de autocontrolo; promovi o toque, a presença e participação dos pais no controlo da dor da criança realizando alguns ensinios. Deste modo, foi imprescindível reconhecer os pais como os primeiros prestadores de cuidados à criança e parceiros da equipa. Assumir que “um compromisso de equipa na abordagem da dor é fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, devendo incluir a participação da pessoa que sente dor, do cuidador principal e família enquanto parceiros de cuidados”. (OE, 2008, p.11).

As estratégias não farmacológicas associadas às farmacológicas proporcionam, como referem Rusy & Weisman (2000), a redução da percepção da dor, tornam a dor tolerável, diminuem a ansiedade e aumentam a eficácia dos analgésicos e permitem ainda, reduzir a sua dosagem. No que se refere à aplicação de estratégias farmacológicas importa referir a não utilização do creme anestésico local ELMA® nas punções venosas. O enfermeiro orientador referiu ser difícil a sua aplicação devido aos tempos imprevisíveis de espera, o que comprometeria a eficácia da sua aplicação. Segundo Batalha et al (2009, p.11),

anestésicos tópicos como o EMLA® têm sido desenvolvidos para prevenir a dor causada pela inserção de agulhas. Contudo, o tempo requerido na sua aplicação para uma eficaz prevenção da dor tem sido um obstáculo na sua aplicação nos serviços de urgência. Para diminuir o tempo de espera da criança e seus acompanhantes, a aplicação do anestésico tópico pode ser feita pelo enfermeiro na triagem quando este identifica as crianças que irão necessitar de punção venosa.

No que diz respeito às práticas de registo da dor, a avaliação da sua intensidade é realizada logo na sala de triagem e instituídas medidas farmacológicas para o seu alívio se o score de dor ≥ 3 , através de medicação oral/retal (paracetamol/ibuprofeno) protocolado. São registadas as intervenções de enfermagem interdependentes. A eficácia das intervenções é observada pelo enfermeiro mas não é registada. Não são registadas as intervenções não farmacológicas realizadas nem a sua eficácia. O que nos merece um conjunto de reflexões que passamos a apresentar. Tal como referido na norma da DGS (2003, p.1) “a avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem de ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente”. A Agency for Health Care Policy and Research, em 1992, recomenda que a dor seja reavaliada 30min após administração de fármaco por via parenteral; uma hora após fármaco administrado por via oral; sempre que haja queixa algica ou outra dor. Ainda de acordo com o Código Deontológico (2005, p.107), o enfermeiro deve “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”. A importância de um sistema de registos está enunciada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, deve incorporar as necessidades de cuidados, as intervenções de Enfermagem e os resultados sensíveis a essas intervenções. A sua importância decorre ainda da necessidade de obter dados para a avaliação da qualidade, análise epidemiológica e investigação.

Mobilizando a experiência inerente à minha prática profissional foi possível acrescentar novos conhecimentos que contribuíram para cimentar as minhas competências como EESIP.

Paiva & Silva (2001, p.26), citando Benner refere a “relação positiva entre conhecimento e experiência e capacidade para raciocinar e resolver problemas, e, por outro lado, que o profissional com mais capacidade e mais disposição para raciocinar e resolver problemas, adquire mais conhecimento e experiência”. As competências são assim, uma indicação da capacidade do profissional para integrar conhecimentos, valores, atitudes e habilidades no mundo da prática sendo que as competências especializadas decorrem das qualificações formais, destreza manual, experiência profissional especializada na área, conhecimento e/ou discernimento da dinâmica familiar e também na “(...) gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” através da aplicação de conhecimentos e habilidades em terapias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2010, p.4).

2.3. Aprendizagens adquiridas numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

No presente estágio para além de aprofundar o uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda e na promoção do conforto do recém-nascido (RN), delineei como objetivos específicos prestar cuidados de enfermagem centrados no RN e família, fomentando as competências parentais de modo a fortalecer a ligação afetiva da tríade, bem como analisar as principais condições para os cuidados especializados ao RN/criança/jovem em situação crítica/de alto risco, este último não alcançado na experiência de estágio anterior.

Para o internamento e prestação de cuidados ao RN hospitalizado, as unidades de neonatologia sendo indispensáveis, são compostas, por um ambiente de tecnologia avançada e diferenciada, com profissionais de saúde treinados e especializados na prestação de cuidados ao RN. Porém, estas características, segundo Bloch, Lequien & Provasi (2006), podem provocar sentimentos de incompetência nos pais, como indivíduos incapazes de cuidar do seu filho, o que lhes pode dificultar a gestão das suas próprias emoções, sobretudo quando estas estão relacionadas com sentimentos de insegurança e ansiedade. Presenciei que nesta unidade, grande parte dos pais, em diversos momentos da hospitalização do seu filho, experienciam de forma única e individual, uma mistura de sentimentos tais como alegria, anseios e medos, onde cada dia é visto como uma vitória, cada hora é uma conquista e o enfermeiro deve ajudar e auxiliar os pais a integrarem-se nesta nova realidade, a envolverem-se nesta atmosfera à primeira vista assustadora ao ajudá-los a consciencializarem a nova realidade e a condição particular de cada

RN. A filosofia assistencial nesta unidade considera a família parte integrante da equipa de enfermagem, preconizada pelo modelo de parceria dos cuidados de Anne Casey. Este modelo teórico realça a importância da família no cuidar da criança no ambiente hospitalar. Os “novos” pais são encorajados a participarem nos cuidados prestados aos filhos. Como referem Ferreira & Costa (2004, p.55) “(...), os pais serão inicialmente encorajados a permanecer junto do bebé e gradualmente a interagir com ele e por último a prestar-lhe cuidados, dispondo para tal, do tempo que necessitem”. Existe assim, partilha de competências entre ambas as partes que se mostrou fundamental para o vínculo da díade criança/família promovendo a cada novo dia a satisfação dos pais.

O RN exige inúmeros cuidados específicos que devem ser prestados por profissionais treinados e experientes nesta área com o objetivo de tornar a experiência de internamentos longos, o mais harmoniosa possível, a fim de minimizar as agressões ao nível fisiológico, desenvolvimental e inter-relacional pais-RN (Amaral, 2009).

Nesta linha de pensamento, uma das atividades propostas para este estágio, refere-se à reflexão sobre a prática de cuidados e às vantagens do Método de Canguru, bem como as condições de promoção da utilização do referido método. O Método Canguru, é um cuidado complementar ao cuidado tradicional, por criar condições que permitem aos pais o saber fazer e responsabilizar-se pelo cuidado ao seu filho. Desta forma, a equipa de enfermagem desta unidade informa em que consiste esta técnica, como se processa, as vantagens inerentes e, ainda incentiva a sua prática sempre que possível. A implementação e prática do contacto pele a pele pressupõe que a equipa de enfermagem possua conhecimentos acerca desta, domine aspetos relativos à técnica e crenças, e saiba lidar com aspetos que podem influenciar o ato de cuidar no âmbito da família. O Método Canguru é também um tipo de intervenção não farmacológica, no qual observei, que reduziu significativamente a duração do choro e a reatividade comportamental e produziu menor elevação da frequência cardíaca em RN's. Estudos demonstraram que foi observada essa redução quando os RN's foram submetidos a esse método, três horas antes do procedimento de punção capilar, em comparação às respostas avaliadas neste procedimento, quando os RN's não foram expostos à intervenção (Ludington-Hoe, Hosseini, & Torowicz, 2005). Com o desenvolvimento desta atividade, a minha atuação enquanto futura EESIP, centrou-se na promoção da vinculação de forma sistemática ao RN, onde foram observados os comportamentos tanto do RN como dos pais, tendo em conta a grelha de comportamentos de vinculação presente no Manual de Orientação para Profissionais de

Saúde - Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância, desenvolvido pela DGS (2005), proporcionando assim a utilização de “(...) estratégias para promover o contacto físico do pais/RN” e o envolvimento “(...) dos pais na prestação de cuidados ao RN” (OE, 2009, p.23). Com esta passagem pela Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), consegui perceber o modo como a equipe multidisciplinar promove de forma positiva o internamento dos RN’s, que é refletido adiante, demonstrando uma preocupação com o conforto e bem-estar do RN e sua família. Kolcaba (2001) ressalta que o exercício da profissão de enfermagem assenta na construção, implementação e análise de medidas de conforto, que reconheço como importante papel do EESIP.

Toda a equipa do serviço de neonatologia está ciente e incorpora nos seus cuidados, a manipulação mínima e a promoção do conforto ao RN, que foi incutido desde o primeiro dia. Muito me sensibilizou observar que existia por parte da equipa um esforço e uma grande articulação, no sentido de tentarem concentrar os cuidados em períodos limitados, privilegiando os estados de alerta do RN, para evitar manipulações desnecessárias. De facto descobri como é importante reduzir o número e a duração de cada manipulação, bem como é fundamental que estas sejam efetuadas com toda a suavidade e sensibilidade. Por isso, é preciso estar atento para reduzir a estimulação ambiental como a luminosidade e o nível de ruído sonoro. Os cuidados considerados como estímulos negativos para o RN, sempre que possível foram realizados a dois, sendo atendida a necessidade de contenção e pacificação do RN. Estas medidas fazem parte do modelo de Cuidados Desenvolvimentais Individualizados e programa de Avaliação para o RN (NIDCAP®) que tive curiosidade de explorar e também pelo facto de ter participado no Encontro de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no dia 18 de maio de 2015 onde este tema foi debatido. Resumidamente, este programa foi criado numa tentativa de reduzir o impacto negativo do ambiente da UCIN no RN prematuro fora do útero materno. A integração da abordagem do NIDCAP nas UCIN reduz as complicações iatrogénicas relacionadas com o seu ambiente, uma vez que aumenta as competências do RN, a confiança dos pais e a satisfação dos profissionais de saúde (Santos, 2011). De acordo com Kolcaba, os enfermeiros identificam as necessidades de conforto da criança, jovem e família que se desenvolvem em diferentes contextos: físico (relacionado com sensações corporais/ dor ou desconforto físico), psico-espiritual (autoestima, autoconceito), sociocultural (relações interpessoais, família, sociedade, situação financeira) e ambiental (local, luz, ruído, decoração) (Kolcaba, 2005) e planeiam intervenções para satisfazer essas necessidades. Deste modo, a gestão do ambiente físico e

humano deverá ser considerada como uma estratégia fundamental na prestação de cuidados à criança/jovem e família admitida nos serviços de saúde, de modo a prevenir desconfortos específicos, garantindo o seu bem-estar e melhorando a sua performance.

Devido à complexidade dos cuidados ao RN numa UCIN, não podemos esquecer da importância da adoção de medidas relacionadas com a avaliação, a prevenção e tratamento da dor, traduzindo-se, num conjunto de iniciativas que visa a produção de cuidados de saúde capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com a promoção de um acolhimento holístico e respeito ético pelo RN (Lamego, Deslandes & Moreira 2005). Um dos grandes desafios do EESIP é definir estratégias de forma a diminuir o sofrimento do RN perante todos os estímulos a que diariamente é sujeito, especialmente durante a manipulação e outros procedimentos invasivos. O RN gravemente doente quando experiencia momentos de dor, tem manifestações fisiológicas que podem interferir no funcionamento e estabilidade de vários sistemas, como o respiratório, cardiovascular e metabólico, como consequência, o aumento da taxa de morbidade e mortalidade. É neste sentido, que o enfermeiro tem o dever e a responsabilidade de diagnosticar, avaliar e intervir na dor do RN. A consciencialização e sensibilidade destas ações, traduz-se em cuidados de enfermagem de qualidade prestados ao RN, bem como a importância na utilização de instrumentos de avaliação da dor, validados e protocolizados de forma a adotar medidas de alívio da dor, uniformizando as práticas de cuidados. Atualmente existem protocoladas no serviço as seguintes escalas de avaliação de intensidade da dor: NIPS, EDIN, N-PASS, FLACC, escala de faces revista e escala de faces Wong-Bake, escala visual analógica/numérica/colorimétrica, FLACC-R e COMFORT-B. Na unidade de cuidados especiais e intensivos pediátricos são utilizadas por norma a escala de FLACC, escala de faces Wong-Bake, escala visual analógica/numérica/colorimétrica. Na unidade de cuidados especiais e intensivos neonatais é utilizada a NIPS e FLACC, no entanto alguns enfermeiros utilizam a EDIN. Ou seja, as escalas são utilizadas de acordo com cada faixa etária, situação clínica e desenvolvimento cognitivo da criança, tentando sempre utilizar, para cada uma, o mesmo instrumento de avaliação da dor. São igualmente seguidas as instruções preconizadas para cada instrumento. É realizado o treino da escala de autoavaliação da intensidade da dor com as crianças, pois, “a quantificação da dor é considerada cientificamente correta quando feita através de escalas validadas para o efeito” (Batalha, 2010, p.26). Relativamente ao registo da intensidade da dor é realizado em conjunto com os restantes sinais vitais (2/2horas ou sempre que necessário), identificando sempre a escala utilizada.

No que se refere às estratégias farmacológicas, as mais utilizadas são, analgésicos, opióides e sedativos; Mistura Equimolar Oxigênio Protóxido de Azoto, segundo protocolo do serviço. No entanto, denota-se que este serviço valoriza e investe no uso das estratégias não farmacológicas, muitas já referidas anteriormente. Durante a permanência do RN na UCIN, os cuidados observados são orientados para as suas necessidades de forma a aumentar o conforto e a estabilidade, reduzindo stress e as possíveis consequências das intervenções ambientais e terapêuticas (necessárias) que podem implicar ganhos a curto, médio e longo prazo. Foi possível identificar outras estratégias não farmacológicas utilizadas nomeadamente o incentivo à sucção não nutritiva, o incentivo à amamentação, o uso de sacarose 24% e a massagem terapêutica. Ao incidir na amamentação saliento que este serviço em Outubro de 2010 foi certificado como Hospital Amigo dos Bebés por cumprir as dez medidas para um Aleitamento Materno de sucesso. Os enfermeiros ao longo do internamento e sempre que a situação clínica do RN permita, incentivam esta prática, realizando pequenas sessões de formação individuais aos pais. Bértolo & Levy (2002) alertam que a maior parte das mulheres poderão amamentar com sucesso desde que devidamente esclarecidas, encorajadas e apoiadas na sua prática. Segundo o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista emitido pela OE (2010a, p. 2) a competência do enfermeiro especialista “também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento e liderança”. O enfermeiro é também um educador em potência, deve elaborar, executar e avaliar programas de aleitamento materno. É de referir que uma vez por semana, um enfermeiro é destacado para realizar ações de formação aos pais entre muitos temas abordados, um deles é referente ao aleitamento materno. O leite humano, além dos reconhecidos benefícios nutricionais e afetivos para o RN, também pode ser uma potente intervenção para alívio de dor, tanto por aleitamento materno, quanto oferecido por sonda nasogástrica. Storm & Fremming (2002) encontraram que, além da sacarose, o leite humano via sonda nasogástrica reduziu o choro de neonatos pré-termo em procedimento de punção capilar.

Também a massagem terapêutica foi uma prática bastante observada neste serviço. Todos os dias, uma fisioterapeuta especializada em massagem neonatal ia à unidade realizar massagens a todos os RN's (dependendo da situação clínica). Tentava-se sempre que possível que os pais estivessem presentes, no sentido de realizar ensinamentos aos mesmos. Gostaria de salientar, a importância da massagem infantil, não só na promoção da vinculação, mas também para a própria recuperação do RN. Era para mim já conhecido que a massagem contraria os

estímulos hostis do ambiente, através de uma estimulação positiva e suave, o que obviamente lhe proporciona bem-estar e conforto. O que para mim era desconhecido, mas considerei ser de extrema importância, foi o facto deste momento, além das vantagens já mencionadas, proporcionar também benefícios fisiológicos para o RN como o aumento de peso e de massa muscular e a libertação da hormona de crescimento (tão importante nos prematuros), a existência de momentos de alerta com consequente melhoria no padrão de sono e a estimulação dos cinco sentidos (também importante dada a imaturidade dos sistemas). Importa não esquecer que, para que a massagem traga todos estes benefícios, é necessário que o RN esteja organizado, o que implicava avaliar o seu estado clínico e individualizar o programa com base nas suas potencialidades/capacidades. Assim, segundo Figueiredo (2007) a massagem é uma intervenção capaz de reduzir os níveis de stress do RN de baixo peso ou prematuro e que permite a sua estimulação táctil.

Quanto às outras crianças internadas, nesta unidade, neste momento está a ser construído um kit sem dói-dói (como preconizado pela OE) para o serviço e dada formação para o incentivo da utilização do mesmo. Este serviço também investe na formação dos enfermeiros, estes são incentivados a frequentar cursos de formação. Alguns enfermeiros, principalmente os do Núcleo Contra a Dor frequentaram o curso sobre hipnose pediátrica dado pela Dr^a Leora Kuttner.

Importa referir que tive a oportunidade de participar na formação de um dia sobre a abordagem da dor em pediatria no centro de formação do hospital, onde consegui participar na promoção e partilha de conhecimentos e experiências entre colegas de diferentes serviços.

Por fim, o cuidar de RN de alto risco evidência a necessidade de uma constante atualização científica, que o EESIP deve assim deter. Este aspeto vai ao encontro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), que remetem para a necessidade de formação contínua, no caminho da Excelência dos Cuidados. Procurei sempre novas oportunidades de aprendizagem, tive iniciativa e disponibilidade para colaborar com a equipa. Foram assim apreendidos novos conhecimentos sobre diferentes técnicas, tais como a ventilação, aspiração de secreções, manipulação de cateteres percutâneos e umbilicais, alimentação entérica e parentérica, melhorando o meu desempenho e desenvolvendo os meus conhecimentos em cuidados intensivos neonatais Com a prestação de cuidados na UCIN e a minha atuação enquanto futura EESIP, desenvolvi o reconhecimento de situações de instabilidade de funções vitais e prestei cuidados de enfermagem apropriados, mobilizando

“conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de instabilidade e resposta pronta antecipatória”, demonstrando “conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.” (OE, 2010b, p.4).

2.4. Aprendizagens adquiridas numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários

Os objetivos delineados para este local de estágio assentaram sobretudo no desenvolvimento de competências na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, e no âmbito das estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda no RN, criança e jovem submetido a procedimentos dolorosos, aprofundando os conhecimentos sobre técnicas de comunicação com a criança/jovem atendendo ao seu estágio de desenvolvimento e cultura.

O presente estágio foi desenvolvido na consulta de enfermagem de saúde infantil, através da observação, colaboração e prestação direta de cuidados. Esta consulta destina-se à vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença das crianças e jovens com idade inferior a 18 anos e deverá obedecer às orientações preconizadas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e pelo Programa Nacional de Vacinação (PNV). A consulta de enfermagem de saúde infantil é desenvolvida por enfermeiros (em parceria com a consulta médica, realizada por um médico de saúde familiar), assim como a vacinação. A calendarização das consultas para as idades chave é efetuada (sempre que possível) juntamente com o esquema cronológico preconizado no PNV, pelo que exige uma grande organização e atenção entre os enfermeiros responsáveis por estas atividades. Assim, reduz-se o número de deslocações ao centro de saúde, tal como recomenda o PNSIJ (DGS, 2013). As consultas de saúde infantil focam-se na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, registado em sistema informático e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil; na promoção de atitudes/comportamentos saudáveis face ao crescimento/desenvolvimento da criança/jovem, incentivando a adoção de estilos de vida saudáveis; no apoio e estímulo da família acerca do seu papel parental, sendo fulcral o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades. Importa referir que a utilização de instrumentos de avaliação como a escala de desenvolvimento de Mary Sheridan modificada ou The Schedule of Growing Skills não é realizada pelo enfermeiro. Ao falar deste aspeto com a Enfermeira Orientadora, esta referiu que estas escalas são utilizadas em consulta médica. Estas escalas, têm como objetivo fornecer um método preciso e exato de rastreio do desenvolvimento da criança dos 0-5 anos, que permite comparar a criança com o padrão e em diferentes tempos, estabelecer se há

ou não atraso do desenvolvimento; fornecer indicadores de natureza do problema da criança e indicar as áreas mais fortes e mais fracas da criança (Bellman, Lingam & Aukett, 2003). A prevenção, a promoção do desenvolvimento da criança, as orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, bem como a deteção de possíveis alterações e o prognóstico das crianças com alterações do desenvolvimento depende, de forma direta, da identificação e intervenção precoce nessas alterações, o que faz da avaliação do desenvolvimento parte fundamental de toda a consulta de saúde infantil (Halfon et al, 2004). Como refere a OE (2010b, p.1) em relação as competências específicas do EESIP, este “...trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto... (em hospitais, cuidados continuados, centro de saúde, escola, comunidade, casa, ...), promover o mais elevado estado de saúde possível, prestar cuidados à criança saudável ou doente e proporcionar educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa”. Assim, o EESIP pela sua experiência e saberes profissionais possui atributos fundamentais para acompanhar a criança / família, ajudando a identificar e a escolher o caminho mais propício ao seu desenvolvimento. Hesbeen (1998, p.23) diz-nos que, “o desempenho dos que cuidam, (...) permite caminhar com (...) isto significa que cuidar, numa perspetiva de saúde, é ir ao encontro de outra pessoa para a acompanhar na promoção da sua saúde.”

A vacinação é um dos eventos mais frequentes e ameaçadores para a criança, sendo percebido, como uma invasão, extremamente dolorosa, no seu corpo. De acordo com Salgado & Maranhão (2002), diariamente, as crianças, manifestam medo e dor, antes e durante a administração de vacinas, expressando estes sentimentos através do choro, gritos, pedido de ajuda, tentativa de fuga. Mesmo que a criança seja capaz de colaborar num procedimento, a preparação é fundamental e pode ser, facilmente, realizada em qualquer situação. Como não podermos evitar o desconforto sentido pelo ato de vacinar, podemos recorrer a uma série de estratégias para superar esse desconforto e aliviar a dor sentida. Neste sentido, as estratégias não farmacológicas utilizadas pela equipa de enfermagem para diminuir a perceção da dor na criança que vai ser submetida a vacinação assentam, sobretudo, na técnica de distração (a música ambiente, alguns brinquedos junto à marquesa onde as crianças são vacinadas, a respiração, a contagem de números, uma canção, uma pequena história) e na negociação do momento. Porém apercebi-me que após esta, faltava a recompensa final, pelo que elaborei um diploma para entregar à criança/família como forma de reconhecimento do seu comportamento

(Apêndice V). A Enfermeira Chefe considerou importante uma vez que era possível ser aplicável à criança/família na vacinação.

Aquando dos procedimentos dolorosos, foi possível analisar com as enfermeiras as vantagens de utilizar algumas estratégias não farmacológicas. A administração da sucrose 24% foi analisada com as enfermeiras que realizam as vacinas e no Rastreo Metabólico Alargado do RN, uma vez que consiste num método seguro, fácil e rápido de administrar, económico e eficaz na diminuição da dor durante os procedimentos dolorosos, tanto no RN como no lactente (Gaspardo, Linhares & Martinez, 2005). Estas evidências científicas foram analisadas com a equipa de Enfermagem, de modo a sensibilizá-la para esta temática através de fundamentos válidos. De acordo com o REPE, a partilha de conhecimentos atualizados e pertinentes para a prestação de cuidados de qualidade é um dever dos enfermeiros de forma a dignificar a profissão (OE, 2015, p.78). Foram ainda sensibilizados, através de conversa informal e de acordo com evidência científica, no qual refletiram, para os comportamentos que poderiam minimizar a ansiedade da criança antes, durante e após o procedimento, tendo em conta a sua fase de desenvolvimento. Planear um procedimento com a criança e com os pais/acompanhante, explicar a importância desse procedimento e solicitar a opinião e colaboração dos intervenientes promove uma atmosfera de respeito mútuo, o que pode resultar numa maior cooperação na sua execução (Schechter et al, 2003).

Como já foi referido, a propósito de outra experiência de estágio, a promoção do aleitamento materno como estratégia de alívio da dor têm-se mostrado efetiva na redução da dor do RN submetido a procedimentos dolorosos isolados. O alívio é um estado em que uma necessidade de conforto foi satisfeita e é definido como um “estado de ter um desconforto abrandado ou aliviado” (Kolcaba & DiMarco, 2005, p.188). Com a colocação do RN à mama durante a realização do Rastreo Metabólico Alargado do RN, o mesmo atinge este estado de conforto, aliviando assim o desconforto da picada do calcanhar. Estes aspetos foram evidenciados pela enfermeira orientadora aquando da realização do Rastreo Metabólico Alargado do RN. No entanto a amamentação, uma intervenção não farmacológica eficaz na prevenção da dor de crianças vacinadas (Tansky & Lindberg, 2010), não foi incentivada por parte dos enfermeiros na administração de vacinas ao RN e lactente. O que vai de encontro a um estudo realizado por Galvão & Pedroso em 2015, a 17 Enfermeiros trabalhadores em Cuidados de Saúde Primários a frequentar Cursos de Pós Licenciatura/Mestrados numa Escola Superior de Enfermagem. Este estudo concluiu que na generalidade, os enfermeiros quando

vacinam crianças que estão a ser amamentadas, não utilizam a amamentação, como uma das estratégias não farmacológicas, apesar de referirem estar despertos para a utilização dessas estratégias, para a redução da dor de lactentes durante a vacinação. Os resultados sugerem-nos que necessitam de formação no âmbito da amamentação face à sua eficácia na diminuição da dor durante a vacinação, devido à disponibilidade, fácil uso, livre intervenção, sem custos e por ser ideal para utilização em ambientes de Cuidados de Saúde Primários. Também na minha prática de cuidados, ao promover a amamentação nos procedimentos dolorosos, denoto que é realmente eficaz na redução do estímulo doloroso.

Segundo Kolcaba (2003) o conforto ambiental é o elemento chave para a promoção do conforto físico e das funções cognitivas e pode ser modificado pelos enfermeiros para promover o conforto nos clientes, a nível da cor, temperatura, ruído, ambiente, elementos indicadores do tempo e do espaço, etc. Na sala de espera, existem alguns brinquedos como carrinhos e bonecas, no entanto são insuficientes e desadequados para algumas idades, seria extremamente importante que existissem mais brinquedos e atividades de forma a preparar as crianças para a vacinação. Na sala de vacinação, o ambiente é calmo, a temperatura é adequada e os ruídos são minimizados, promovendo assim o conforto na criança. Existem também quadros animados espalhados na sala de forma a promover a sua distração. Também segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2011b, p.14), “na prática de cuidados os EESIP, necessitam de focalizar a sua intervenção na interdependência criança/jovem/família e ambiente, considerando os fatores protetores e stressores associados às suas vivências”.

É, deste modo, importante estarmos atentos a esta problemática e não apenas nas manifestações imediatas da criança em resposta aos procedimentos com uma agulha. Enquanto EESIP não podemos nem queremos adotar uma atitude baseada no pensamento de que a dor da picada de agulha é uma sensação inevitável e que quanto mais depressa se acabar com aquilo melhor para todos! (Barros, 2003). Bem pelo contrário, o nosso papel junto da criança submetida a procedimentos com agulha não se resume a isso e deve ser encarado como um desafio. Mesmo junto da família é importante desmistificar que o enfermeiro faz “maldades” ou que este dará uma “pica” se a criança se portar mal. Ao trabalharmos isto com os pais e mesmo entre a equipa multidisciplinar estamos a contrariar esta visão que se constrói à volta da profissão de enfermagem e que em nada contribui para o bem-estar da criança. É, então, nosso dever prestar cuidados terapêuticos no sentido de minimizar não só o distress físico, mas

também o sofrimento emocional da criança e família – **cuidados não traumáticos**, no respeito pelo harmonioso desenvolvimento da criança (Marilyn, Hockenberry & Barrera citando Hockenberry & Wilson, 2014).

2.5. Aprendizagens adquiridas num Serviço de Internamento de Pediatria Médico-Cirúrgica

Neste último contexto de estágio foram desenvolvidas as atividades propostas tendo em consideração o objetivo de implementar na prática de enfermagem deste serviço o recurso a estratégias não farmacológicas na gestão da dor aguda, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade e uniformização dos cuidados prestados.

Partindo da problemática vivida no meu contexto de trabalho, reveladora de lacunas na prática dos enfermeiros relativamente à utilização daquelas estratégias optei por realizar um diagnóstico estratégico sobre as práticas dos enfermeiros de forma a poder propor e iniciar a implementação de novas práticas. Este diagnóstico foi feito com recurso a uma análise SWOT (Pontos Fortes, Pontos Fracos, Oportunidades e Ameaças). Mccreadie (2008) define a análise SWOT como uma ferramenta usada para a realização de análise de ambiente e serve de base para planeamentos estratégicos e de gestão de uma organização. A análise SWOT, no quadro em apêndice VI, foi realizada a partir do meu diagnóstico relativamente ao uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda, com os contributos do guião para a observação das práticas, constante no apêndice IV, bem como a partir de entrevistas a colegas. Na análise final (vertentes interna e externa) podemos ver os dados da minha observação a preto e a azul a perspetiva dos enfermeiros participantes. Da análise da vertente interna destacam-se como pontos fortes, a filosofia de cuidados não traumáticos, o serviço proporcionar algumas condições propícias de um ambiente pediátrico (calmo, tranquilo, confortável e individualizado), ao disponibilizar-se no quarto equipamentos e meios audiovisuais de distração; ser realizada a preparação da criança e dos pais para os procedimentos dolorosos/invasivos de forma a haver uma preparação adequada às necessidades da criança; minimizar-se a separação entre a criança e os pais, ao proporcionar a permanência de um dos pais durante 24 horas e horário alargado de visitas sem restrição de número; os pais serem incorporados nos cuidados à criança, o que promove a parceria de cuidados; o esforço em promover intervenções de enfermagem que minimizam/eliminam o stress físico e psicológico da criança e dos pais decorrentes da hospitalização. Relativamente à prática de cuidados, na

gestão da dor, a avaliação da sua intensidade é realizada e registada pela menos 1x/turno ou sempre que exista presença de dor através de escalas adequadas a cada estágio de desenvolvimento (numérica, FLACC e NIPS); enfatiza a utilização conjunta de estratégias farmacológicas (anestésico local e sedação pré-operatória) e de algumas estratégias não farmacológicas, como a distração, musicoterapia, massagem anti-cólica, uso de sacarose 24%, promoção da sucção não nutritiva, posicionamento, aplicação de quente/frio, colo dos pais, toque terapêutico, incentivo do brinquedo favorito, brincadeira e reforço positivo. No que se refere à composição da equipe de enfermagem, a equipe é jovem e potencialmente motivada (aberta a novas práticas de cuidados); alguns dos elementos estão a investir na área de formação em SIP e as chefias de equipa e de serviço detêm um vasto leque de conhecimentos em pediatria.

Nos pontos fracos, constata-se que a maioria dos enfermeiros está numa fase de iniciado/iniciado avançado (maior preocupação com o sucesso/resultados dos procedimentos do que com o processo); a ausência de formação em serviço sobre a gestão da dor e sobre as várias estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda, o desconhecimento de parte da equipa relativamente à existência dos Guias Orientadores de Boas Práticas (GOBP) da OE bem como dos normativos da DGS, o que pode comprometer a correta prestação de cuidados na gestão da criança com dor; a existência de barreiras à formação pós-graduada dos enfermeiros, devido aos elevados custos individuais; e a insuficiente valorização de outros profissionais da equipa clínica relativamente às estratégias não farmacológicas. Relativamente ao ambiente, verifica-se ainda a ausência de algumas condições propícias de um ambiente pediátrico, como a decoração pouco adaptada ao contexto pediátrico, a inexistência de momentos de brincadeira e distração (como por exemplo, a visita dos Doutores Palhaços) e a ausência de material lúdico/didático adequado a cada etapa do desenvolvimento da criança. Relacionado com pontos fracos já referidos, apesar de na anamnese da criança serem contemplados os seus hábitos e rotinas ela não contempla a história de dor de acordo com os normativos já existentes; não são utilizadas escalas que promovam a auto-avaliação da dor. Não é realizada a avaliação da intensidade da dor antes, durante e após os procedimentos dolorosos bem como não são registadas as estratégias não farmacológicas o que compromete a avaliação dos resultados das intervenções. Muitos elementos apontam a não existência de mais estratégias farmacológicas, (recurso a gás ou outras substâncias com efeitos anestésicos) e a necessidade de um maior investimento no ensino aos pais relativamente à massagem. Por fim, todos os elementos

manifestam a importância da existência de uma consulta de enfermagem de preparação para a cirurgia, visto haver no serviço muitas cirurgias programadas.

Na análise da vertente externa assumem-se como oportunidades, a receptividade na elaboração de novos projetos por parte da chefia de enfermagem; o hospital estar integrado no Programa de Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PPQCE) da OE com novos projetos em curso; a preocupação na criação da consulta de enfermagem de preparação para a cirurgia; o ter sido aprovada a construção do Kit sem dor para o serviço. Por fim, mas agora no que concerne às ameaças, salienta-se alguma morosidade em reunir condições de implementação de novos instrumentos de apoio dada a necessidade de intervenção da equipe de marketing do grupo empresarial. Denota-se também uma grande rotatividade de enfermeiros e clientes no serviço, o que dificulta a continuidade da relação de confiança com a criança/família; o rácio enfermeiro/cliente em alguns turnos desfavorável com pouco tempo para a gestão adequada dos cuidados; existência de internamentos mistos de adultos e crianças e as crianças, a partir dos 15 anos, serem admitidas pelo Atendimento Médico Permanente de Adultos e seguidas pela medicina interna o que vai contra com os direitos da criança hospitalizada. Relativamente ao ambiente, a inexistência de uma sala personalizada para a pediatria (sala de atividades), e a não celebração de épocas festivas com as crianças. Por fim, alguns aspetos da organização da equipe e dos cuidados prestados implicam uma realização imediata dos procedimentos, o que dificulta a adequada preparação da criança. A partir da realização da análise SOWT, conforme se pode ver no apêndice VI foram delineadas algumas linhas estratégicas, e validadas já com a chefia e em processo de validação com a equipe de enfermagem, onde se tem partilhado conhecimentos adquiridos ao longo das diversas experiências de estágio e refletido sobre as práticas realizadas no nosso serviço em relação a outros serviços hospitalares quanto à aplicação das normas de boas práticas existentes. Desta forma, responsabilizei-me junto da Enfermeira Chefe por ser facilitadora da aprendizagem na área de especialização de SIP (enquanto elemento dinamizador da Comissão Clínica para um “Hospital sem dor”), particularmente na implementação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor, como está previsto no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010a).

Deste modo, e com vista a dar continuidade ao principal objetivo deste estágio, reuni e mobilizei os conhecimentos e competências adquiridas e desenvolvidas e elaborei uma proposta de procedimento sobre controlo da dor aguda em crianças/jovens - estratégias não

farmacológicas que se encontra em apêndice VII. Este procedimento apresenta um conjunto de orientações, de forma a uniformizar as práticas dos enfermeiros relativamente às estratégias não farmacológicas. Neste procedimento está implícita a utilização do Kit-sem dor. Durante o estágio discuti a sua construção com a Enfermeira Chefe, e virá a ser incorporado no serviço visto ser um grande recurso para a utilização eficaz de estratégias não farmacológicas. O tempo que dispus foi insuficiente para a conclusão do kit, no entanto foi elaborada uma lista de brinquedos/acessórios necessários, que aguardam aprovação pelo hospital.

As aprendizagens realizadas neste contexto de estágio e as atividades que lhe deram corpo, inscrevem-se na deontologia profissional dos enfermeiros tal como preconizada no Decreto-Lei N.º 156/2015 de 16 de setembro), no ponto 1 do Artigo 97, faz referência que o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem, também podemos verificar no mesmo documento legal que o enfermeiro na procura da excelência, analisa regularmente o trabalho efetuado e reconhece eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (Artigo 109, alínea a), e procura adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa (alínea b). Criar sistemas de melhoria contínua de qualidade em saúde é uma ação prioritária na enfermagem pois estes sistemas assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade.

Ao longo do estágio, fui reforçando a importância da filosofia de cuidados não traumáticos, trabalhei com a equipe a importância da utilização da régua de autoavaliação da dor, incentivei o registo sistemático da dor nos vários momentos e das estratégias não farmacológicas e sua eficácia. Promovi junto da equipa a importância da realização de ensinamentos aos pais sobre algumas estratégias não farmacológicas, nomeadamente a massagem. Por fim, dei a conhecer os GOBP da OE sobre a dor e sobre as estratégias não farmacológicas, bem como dos normativos da DGS, reforçando tal como defende a OE (2001, p.12) que são “baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente relatório, pretendi descrever as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso de aprendizagem, assim como a sua pertinência para o desenvolvimento de competências do EESIP no alívio/controlo da dor aguda na criança, com o recurso a estratégias não farmacológicas, proporcionando-lhe o maior conforto possível durante a prestação de cuidados. Salienta-se através desta experiência a necessidade de continuar a promover as melhores condições de aplicação e de consolidação dos conhecimentos científicos e experienciais, pessoais e da equipa, em prol do conforto e bem-estar de todas as crianças.

O enfermeiro tem um papel privilegiado na proximidade com a criança e família e é por isso importante a sua intervenção com vista à mudança de comportamentos. Fiz, por isso, apelo não só a fontes teóricas, como às experiências vividas, procurando alargar e consolidar os conhecimentos que carecia, para atender não só às exigências da profissão, mas também, e sobretudo, na procura de um cuidar pediátrico de excelência. Tendo em conta a temática do presente relatório, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, foi a teórica que considerei mais adequada, tendo contribuído para orientar as minhas atividades e atingir os meus objetivos. Além disso, promoveu a reflexão sobre as atividades realizadas e as decisões presentes no ato de cuidar, facilitando o alcance dos objetivos propostos para a promoção do conforto e alívio da dor.

Na reconstituição do vivido ao longo dos estágios, posso dizer, que a aplicação desta teoria do conforto foi muito adequada, permitindo um cuidados especializado na promoção do conforto na assistência prestada à criança/família com dor. Possibilitou-me ainda a reflexão sobre a prática e desse modo conduziu a minha aprendizagem na procura dos conhecimentos que necessitava, nomeadamente, na identificação das necessidades de conforto da criança e família, no planeamento de intervenções de forma a satisfazer essas necessidades tendo em conta não só a sua dimensão física mas também a psicoespiritual, sociocultural e a ambiental, de forma a atingir o estado de conforto pretendido. Como resultado, a criança e família ao sentirem-se mais fortalecidas adotam comportamentos mais saudáveis, ultrapassando melhor o processo de doença e diminuindo também a dor e o tempo de hospitalização. Neste sentido, pode afirmar-se que o conforto é um resultado holístico desejado nos cuidados de enfermagem (Kolcaba, 1994).

Tive a oportunidade de prestar cuidados nas três áreas de prevenção, promovendo assim na criança e família uma nova condição ou adaptação à situação, prevenir efeitos adversos de

experiências menos positivas de dor e apoiá-las em experiências de medo, dor ou ansiedade. Desenvolvi ainda durante este percurso, capacidades de comunicação, ao estabelecer uma relação de confiança, ao promover uma escuta ativa, ao permitir a expressão de sentimentos e emoções e ao ajudar/apoiar a criança e família a enfrentarem uma situação de crise como são a doença e hospitalização, Todos estes aspetos são essenciais a uma relação terapêutica entre o enfermeiro e o seu utente pediátrico, facilitadoras do processo de cuidar. Os cuidados de enfermagem são uma arte, onde cada uma das partes é indissociável de um conjunto de intervenções, que faça sentido para cada pessoa (Hesbeen, 2001) mas são também uma ciência por isso foi necessário aprofundar os conhecimentos neste domínio.

Para intervir com eficácia perante o alívio da dor na criança, foi possível compreender as sinergias entre estratégias farmacológicas e não farmacológicas. O enfermeiro especialista deve promover a sua aplicação e potenciação de modo a contribuir para a melhoria dos cuidados à criança.

A aplicação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor em Pediatria permitem ao enfermeiro alargar o seu campo de ações autónomas, através da tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da criança/jovem e família, ao efetuar o diagnóstico, planeia intervenções de enfermagem que por ele “são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados“, dando visibilidade aos cuidados de enfermagem (OE, 2001, p.12). Para isso, é necessário que se proceda ao registo efetivo e correto da sua utilização, tendo sempre por base o conhecimento disponível e a evidência científica. Cabe então ao EESIP, aplicar conhecimentos e habilidades neste tipo de terapias, como preconizado GOPB pela OE e no regulamento de competências do EESIP, formar a sua equipa neste sentido, promovendo simultaneamente a investigação como forma de contribuir para a produção de conhecimento. É importante sublinhar que esta temática merece atitude reflexiva na prática de todos os profissionais que cuidam de crianças, de forma a proporcionar cuidados de saúde menos traumáticos possíveis.

Ao longo do Estágio planearam-se objetivos, estratégias e atividades que foram desenvolvidas, sustentadas pela evidência científica e pelas necessidades identificadas na prática e mediante a utilização de recursos, permitindo a aquisição/ desenvolvimento das competências de EESIP preconizadas pela OE (2010b).

Ao refletir sobre este trabalho, acredito ter conseguido atingir os objetivos a que me propus inicialmente.

No futuro após validação pela Direção de Enfermagem e, se necessário, o seu aperfeiçoamento, pretendo apresentar a toda a equipe de enfermagem a proposta do procedimento *Controlo da dor aguda em crianças/jovens – estratégias não farmacológicas* de forma a promover os cuidados de enfermagem à criança no âmbito do alívio da dor aguda, contribuindo assim, para a melhoria da qualidade dos cuidados à criança e família.

Através da análise SWOT realizada juntamente com a equipe de enfermagem, estou ciente que consegui sensibilizá-los para esta temática, notando-se uma maior preocupação e investimento na utilização de estratégias não farmacológicas, principalmente na preparação da criança/jovem para procedimentos, bem como na utilização e registo da avaliação da intensidade da dor através das escalas de dor de heteroavaliação já instituídas no serviço. Em termos de formação sobre a temática do presente relatório, está já programada a sua continuidade no último trimestre deste ano.

Ao terminar esta etapa da minha formação considero que muito fica ainda por realizar, contudo, tenciono como projetos futuros a curto prazo aprofundar a divulgação dos resultados da análise SWOT a toda a equipa que contribuiu para a sua construção e incentivar a sua participação na construção do Kit sem dor para o serviço, com base nas linhas de intervenção estratégicas que dela resultaram. Pretendo ainda perspetivar com a equipa a consolidação do recurso ao procedimento - controlo da dor aguda em crianças/jovens – estratégias não farmacológicas.

Em conclusão podemos dizer que o controlo da dor requer uma abordagem pluridisciplinar e multidimensional. Ao enfermeiro cabe a responsabilidade de diagnosticar situações de dor, implementar intervenções não farmacológicas e/ou farmacológicas de acordo com os procedimentos necessários em termos de diagnóstico e terapêutica, avaliar a sua eficácia e transmitir informação à equipa. Incluir os pais na prestação de cuidados direcionados para o controlo da dor é, em si mesmo, uma estratégia não farmacológica fundamental. Valorizar a dor da criança como 5º sinal vital é uma exigência profissional que reconhece a criança como pessoa a quem se presta um cuidado personalizado e de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. (2005). Neurobiologia da dor: Apontamentos das aulas do Curso de Especialização em Ciências da Dor. Braga
- Amaral, N. (2009). *Parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém-nascidos prematuros internados: a visão das enfermeiras*. (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Anand, K.J.; Craig, K.D. (1996). New perspectives on definition of pain. *Pain*, 67(1), 3-6.
- Apóstolo, J. L. A., Kolcaba, K., Azeredo, Z. A., Antunes, M. T. C., & Mendes, A. C. (2007). Avaliação das qualidades psicométricas da escala de avaliação do conforto em doentes psiquiátricos. *Psychologica*, 44, 489-504.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem: análise do conceito e significados teóricos. *Revista de Enfermagem*, 2 (9), 61-67.
- Apóstolo, J. & Kolcaba, K. (2009). The Effects of Guided Imagery on Comfort, Depression, Anxiety, and Stress of Psychiatric Inpatients with Depressive Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 0 (0), 1-9.
- Apóstolo, J. L. A. (2010). *O conforto pelas imagens mentais na depressão, ansiedade e stress*. Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press.
- Assembleia Geral das Nações Unidas (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Portugal: Unicef.
- Associação Internacional para o Estudo da Dor (2010). Guia para o Tratamento da Dor em Contexto de Poucos Recursos. USA: IASP Press®
- Batalha, L. M. C. (2001). A criança com dor e sua família: saberes e práticas dos enfermeiros pediátricos. *Servir. Lisboa. ISSN*, 871(2370), 213-223.
- Batalha, L., Santos, L. A., & Guimarães, H. (2003). Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34(3), 159-163.
- Batalha, L. M. C, Santos, L. A., & Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediatr Port*, 38(4), 144-51.
- Batalha, L. M. C., Almeida, D. M. G., Lourenço, P. A. A. & Esteves, R. P. M. (2009). A Utilização de Anestésico Tópico na Triagem da Urgência Pediátrica: Estudo dos Critérios Preditivos da Punção Venosa. *Dor em Pediatria* 17 (2), 11-17.

- Batalha, L. M. C. (2010) – *Dor em Pediatria – Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. M. C., Duarte, C. I. A., Rosário, R. A. F. D., Costa, M. F. S. P. D., Pereira, V. J. R., & Morgado, T. M. M. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 7-16.
- Batalha, L. M. C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde e Tecnologia*. Suplemento, e16-e21.
- Batalha, L. M. & Mendes, V. M. P. (2013). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability: Revised (FLACC-R) 2013. *Revista de Enfermagem Referência*. 3 (11), 7-17.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica, uma perspetiva desenvolvimentista*. (2.^a ed. Revista e Aumentada). Lisboa: Climepsi.
- Bastos, Z. (2005). Multidisciplinariedade e organização das unidades de dor crónica. In J. M. Caseiro (Coord.). *Biblioteca da dor*. Lisboa: Permanyer.
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (2003). Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil: Dos 0 aos 5 anos. *Lisboa, Portugal: Centro de Estudos de Gestão e Organização Científica-Técnicos Especialistas Associados*.
- Benner, P. (2001) – *De iniciado a perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bértolo, H. & Levy, L. (2002). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Bloch, H., Lequien, P., & Provasi, J. (2006). *A criança prematura*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Broome, M. (2000). Helping parents support their child in pain. *Pediatric Nursing*. 26 (3), 315-317;
- Bueno, M. (2007). Dor no período neonatal. Reflexões e Intervenções de Enfermagem. In: Leão, E. R., Chaves, L.D. *Dor 5º sinal vital*. (pp.227-50). São Paulo: Livraria e Editora Martinari.
- Caires, S., Almeida, I., Antunes, C., Moreira, C. & Melo, A. (2013). Vantagens da presença dos doutores palhaços no contexto hospitalar: as expectativas dos profissionais de pediatria. Universidade de Aveiro: Indagatio Didactica.

- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In Glasper, E., Tucker, A. *Advances in Child, health nursing*. London: Scutari Press.
- Chambers, C. T., McGrath, P. J. (1998). Pain measurement in children. In M. A. Ashbum & Rice, L. J. *The management of pain* (pp.625-634). New York, NY: Churchill Livingston.
- Chambers, C. (2003). The role of family factors in Pediatric Pain. In P. J. McGrath, & G. A. Finley (Eds.), *Pediatric pain: Biological and social context. Progress in pain research and management* (Vol. 26, pp. 99-130). Seattle: IASP Press.
- Crescêncio, E. P., Zanelato, S. & Levantall, L. C. (2009). Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. *Revista Eletrônica Enfermagem*, 11 (1), 64-69.
- Fernandes, A. (2000). *Crianças com dor: o quotidiano do trabalho com crianças*. Coimbra: *Quarteto Editores*.
- Fernandes, A. (2007). Dor Neonatal: Consequências Imediatas e a Longo Prazo. *DOR*, 15 (1), 22-26.
- Ferreira, M. & Costa, M. D. G. (2004). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. Viseu: *Revista Millenium*, 8 (30), 51-58.
- Figueiredo, B. (2007). *Massagem ao bebé* in *Acta Pediátrica Portuguesa – Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 34 (1), 29-38.
- Galvão, D. M. P. G., & Pedroso, R. M. C. J. (2016). Intervenções não farmacológicas de redução da dor em uso na vacinação de lactentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 1(1), 89-98.
- Gasparido, C. M., Linhares, M. B. e Martinez, F. E. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria*, 81 (6), 435-442.
- Halfon, N., Regalo, M., Sareen, H., Inkelas, M., Reuland, C.H, Glascoe, F.P., et al. (2004). Assessing development in the pediatric office. *Pediatrics*.
- Hesbeen, W. (1998). *Qualidade em Enfermagem-pensamento e acção na perspectiva do cuidar-Loures: Lusociência-edições técnicas e científicas. Lda*.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência
- Hockenberry, J. M., Wilson, D. (2014). *Wong enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed). Loures: Lusociência.

- Huerta, E. D. P. N. (1996). Preparo da criança e família para procedimentos cirúrgicos: intervenção de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 30(2), 340-53.
- Instituto de Apoio à Criança. (2006). *A Dor na Criança – Guia de atitudes e procedimentos* (1ª ed.) Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Instituto de Apoio à Criança - Sector de Humanização dos serviços de Atendimento à Criança. (2006). *A Dor na Criança – Atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde* (1ª ed.) Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Respeito dos Direitos da Criança no Hospital*. Disponível em <http://www.iacrianca.pt/carta-da-crianca-hospitalizada>
- Kazanouski, M. K., Laccetti, M. S. (2005). *Dor, fundamentos, abordagem clínica, tratamento*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Kolcaba, K. Y. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240.
- Kolcaba, K. Y., & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of advanced nursing*, 16(11), 1301-1310.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184.
- Kolcaba, K. (1997). The comfort line. *Akron, OH: The university of Akron college of nursing*. Retrieved January, 21, 2007.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing outlook*, 49(2), 86-92.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric nursing*, 31(3), 187-195.
- Lamego, D, Deslandes, S. & Moreira, M. (2005). Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade intensiva neonatal cirúrgica. *Ciência & Saúde Colectiva*. 10 (3): 669-75.
- Lima, A. M. (1985). *Enfermagem moderna: a criança e a família frente à hospitalização*. São Paulo: EPUB.
- Linhares, M. B. M. & Doca, F. N. P. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, (18) 2, 307-325.

- Ludington-Hoe, S. M., Hosseini, R. B., & Torowicz, D. L. (2005). Skin-to-skin contact analgesia for preterm infant heel stick. *AACN Advanced Critical Care*, 16(3), 373- 387.
- Macêdo, K. N. F., Silva, G. R. F, Araújo, T. L. & Galvão, M. T. G. (2006). Aplicação da Teoria Interpessoal com Puérpera Adolescente. *Investigación y Educacion en Enfermeria*. Medellin 14 (1), 78-85.
- Marcatto, J. D. O., Tavares, E. C., & Silva, Y. P. (2011). Benefits and limitations of the use of glucose for the treatment of pain in neonates: a literature review. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 23(2), 228-237.
- Margotto, P. R. & Nunes, D. (2006). Dor neonatal. In Margotto, P.R. Assistência ao recém - nascido de risco, Hospital Anchieta. Brasília. pp.129-33.
- Martins, T. S. S. M. & Silvino, Z. R. (2010). Um marco conceitualizado para o cuidados a criança hospitalizada à luz da teoria de Neuman. Brasil: *Cogitare Enferm*. 15 (2), 340-344.
- Mccreadie, K. (2008). A Arte da Guerra SUN TZU: uma interpretação em 52 ideias brilhantes. *São Paulo: Ed. Globo*.
- McGrath, P. J., Finley, G. A., Ritchie, J., & Dowden, S. J. (2003). *Pain, pain, go away: Helping children with pain* (2ª ed.). Nova Scotia
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1987). *Desafio da Dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Mendes, M. G. S. R., & Martins, M. M. F. P. D. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, (6), 113-121. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a11.pdf>
- Mendes, S.; Silva, A.; Ferreira, S. & Silva, F. (2014). A utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor na criança. *Nursing*.
- Mota, G., Cunha, M. (2014). Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem Reben*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0131.pdf>
- Murta, S. G. (1999). Avaliação e manejo da dor crônica. *Dor: Um estudo multidisciplinar*, 174-195.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: OE

- Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. *Lisboa: OE.*
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia Orientador de Boa prática- Dor.* Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.* Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.* Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Volume II.* Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.* Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa prática- Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança.* Lisboa: Cadernos OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização.* (Série 1) Lisboa: Cadernos OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Lisboa: OE.*
- Paiva & Silva, A. (2001). *Sistemas De Informação Em Enfermagem – Uma Teoria Explicativa De Mudança* (Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar).
- Phipps, W. J., & dos Santos Azevedo, H. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica.*
- Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos.* 5ª Edição.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa N.º09 DGCG de 14/06/2003. *A Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2008). Circular Normativa N.º11/DSCS/DPCD. *Programa Nacional de Controlo da Dor.* Lisboa: DGS.

- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2010). Circular Normativa N.º014/2010. *Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2012). Circular Normativa N.º022/2012. *Orientações técnica sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2013). Circular Normativa N.º 010/2013. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Rowen, B. (2003). *Massagem: Terapia de contacto para Relaxamento*. Editorial Estampa, Lisboa (p. 93). ISBN 972-33-1876-8.
- Rusy, L. & Weisman, S. (2000). Complementary therapies for acute pediatric pain management. *Pediatr Clin North Am*, 47 (3), 589-599.
- Salgado, A. & Maranhão, D. (2002). Uso e benefício do brinquedo terapêutico em procedimentos de enfermagem nas unidades básicas de saúde. *Revista de Enfermagem UNISA*, 3, 5-7. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2002-01.pdf>
- Santos, A.O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer(20) 1*, 26-31.
- Schechter, L.N., et al (2003). Pain Reduction During pediatrics Immunizations: Evidence – Based Review na Recommendations: pediatrics. Official Journal of the American academy of pediatrics.
- Storm, H., & Fremming, A. (2002). Food intake and oral sucrose in preterms prior to heel prick. *Acta paediatrica*, 91(5), 555-560.
- Stroebel, C. F. (1983). *QR, the quieting reflex*. Berkley Trade Pub.
- Srouji, R., Ratnapalan, S., & Schneeweiss, S. (2010). Pain in children: assessment and nonpharmacological management. *International journal of pediatrics*, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2913812/pdf/IJPED2010-474838.pdf>
- Tacsí, Y. R. C., & Vendruscolo, D. M. S. (2004). A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 477-484.
- Tansky, C., & Lindberg, C. (2010). Breastfeeding as a Pain Intervention When Immunizing Infants. *Journal for Nurse Practitioners*. 6 (4), 287-295.

- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Timby, B. K., & Garcez, R. (2001). *Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem*. Artmed.

Apêndice I

Respostas comportamentais da criança com dor de acordo com
o estágio de desenvolvimento

Estádio de desenvolvimento	Manifestações / Expressão de dor
Recém-nascidos e lactentes	<ul style="list-style-type: none"> • Choro intenso • Protege a área dolorosa do corpo • Movimentos corporais generalizados, tremor do queixo, expressões faciais (encerramento das fendas palpebrais, abaulamento da testa, sulco nasolabial e boca aberta); • Diminuição do apetite; • Possível fuga reflexa ao estímulo; • Pode apresentar distúrbios do sono; • Irritabilidade; • Inquietação.
Toddlers	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma compreensão da dor; • Sente a ansiedade dos pais • Tem memória da dor • Choro forte e gritos; • Não consegue descrever a intensidade ou tipo de dor; • Usa palavras comuns para a dor, tais como “au”, “ai”, “dói”; • Comportamento agressivo; • Afasta o estímulo antes de ser aplicado; • Protege a área dolorosa do corpo; • Pode apresentar distúrbios do sono.
Pré-escolares	<ul style="list-style-type: none"> • Tem as habilidades de linguagem para expressar a dor; • Pode identificar a localização e intensidade da dor; • Pode acreditar que sua dor é óbvio para os outros; • Ordena o término do procedimento. • Muitas vezes acreditam que a dor é punição/castigo; • Receiam as lesões corporais (medo de agulhas, assumem que quanto mais sangue há, pior é o ferimento); • Resistência física ativa (movimentos bruscos dos membros); • Comportamento agressivo dirigido; • Ataca fisicamente e verbalmente aquando o estímulo doloroso (culpa os próximos pela própria dor); • Afasta o estímulo antecipadamente; • Pedido de apoio emocional (por exemplo, abraços, beijos) • Necessita de ter controlo da situação; • Tentativa de fuga; • Não cooperam (por vezes, necessidade de contenção física); • Pode apresentar distúrbios do sono.
Escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Compreende a necessidade dos procedimentos doloroso para tratar a doença; • Pode especificar a localização e intensidade da dor e descreve as características físicas da dor em relação a partes do corpo; • Manifesta rigidez muscular/corporal, encerramento dos punhos, olhos fechados, dentes cerrados; • Tentam adiar o procedimento dizendo: “ainda não estou pronto”, “espere mais um pouco” • Podem regredir um estadio apresentando muitos comportamentos do pré-escolar; • Os comportamentos são especialmente durante os procedimentos; • Pode apresentar distúrbios do sono (podem ter pesadelos associados à experiência dolorosa).
Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Tem capacidade complexa e de compreensão das causas de dor; • Podem pensar que os enfermeiros estão em sintonia com os seus pensamentos, pelo que não pedem medicação para a dor. • Tensão muscular;

- Por vezes usam expressões como: “ está a magoar-me”; “isso dói”.
- Tentam comportar-se como os adultos, mostram uma resposta comportamental controlada (não se manifestam em relação à dor por vergonha)
- Podem Exibir comportamento regressivo na presença da família
- Aderem a estratégias de controlo da dor (exercícios de relaxamento);
- Manifestam a dor, através do gemido, padrões inconscientes de brincadeira e de sono, alterações na expressão facial ou outros problemas físicos.

Quadro elaborado a partir da consulta das seguintes referências bibliográficas:

- Batalha, L. (2010) – *Dor em Pediatria – Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-593-0.
- Hockenberry, J. M., Wilson, D. (2014). *Wong enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed). Loures: Lusociência.
- Kurt, N. (2012). Pain Management and Nursing Approaches in Pediatric Oncology. *Complementary Pediatrics*, Dr. Öner Özdemir. 6, 105. Acedido em 25/04/2016. Disponível em: <http://www.intechopen.com/books/complementary-pediatrics/pain-management-and-nursing-approaches-in-pediatric-oncology>
- London, M., Ladewig, P., Ball, J., Bindler, R., & Cowen, K. (2010). *Maternal & Child Nursing Care*. Prentice Hall. 42, 1213-1214. Acedido em 20/04/2016. Disponível em: http://www.prenhall.com/divisions/ect/app/londonbridge/pages/london_final_ch42.pdf

Apêndice II

Cronograma de estágio

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

ANOS	2015														2016					
MESES	Set	Out				Nov				Dez						Jan			Fev	
SEMANAS	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a			13 ^a	14 ^a	15 ^a	16 ^a	17 ^a	18 ^a
DIAS	28	05	12	19	26	02	09	16	23	30	07	14	21		04	11	18	25	01	08
	02	09	16	25	30	06	13	22	27	04	11	20		01	08	15	22	29	05	14
													Férias de Natal							

- Hospital Dona Estefânia - Serviço de Internamento de Pediatria Cirúrgica/ Unidade de Queimados
- Hospital Fernando da Fonseca - Urgência Pediátrica
- Hospital Fernando da Fonseca – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos
- Centro de Saúde de Corroios
- Hospital da Luz – Serviço de Pediatria médico/cirúrgica (contexto de trabalho)

Apêndice III

Objetivos e atividades definidos para estágio

Serviço de Internamento de Pediatria Cirúrgica/ Unidade de Queimados – de 28 de setembro a 25 de outubro**Objetivos gerais:**

- Desenvolver competências de ESSIP no cuidado à criança/jovem e família, aos 3 níveis de prevenção.
- Desenvolver competências de ESSIP no âmbito do alívio da dor aguda da criança/jovem através de estratégias não farmacológicas.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Competências a adquirir¹	Recursos
1. Analisar as práticas em uso no âmbito da avaliação da dor e do recurso a estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda.	<ul style="list-style-type: none">• Realização de pesquisas bibliográficas sobre a história da dor e sobre as escalas de avaliação da dor;• Consulta de instrumentos de colheita da história da dor;• Treino de colheita da história da dor;• Aplicação de escalas da dor adequadas a cada estágio de desenvolvimento e situação clínica da criança;• Avaliação e registo da dor;• Elaboração do guião de observação para as práticas de avaliação da dor.	A1.1; A2.1; B3.1; E1.2; E2.2; E2.3; E2.4; E2.5; E3.3.	<u>Humanos:</u> <ul style="list-style-type: none">• Professor orientador da ESEL; Enfermeiro orientador do ensino clínico e equipa multidisciplinar.
2. Aprofundar conhecimentos sobre o uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda.	<ul style="list-style-type: none">• Consulta e leitura de manuais, normas e protocolos de atuação de cuidados de enfermagem no âmbito do alívio da dor aguda na criança.• Observação de crianças e jovens aquando procedimentos dolorosos (ex: realização de penso dos queimados).• Observação e execução da utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda;• Avaliação e registo da eficácia das estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda;• Elaboração de guião para as práticas de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda.• Planear intervenções individualizadas no sentido do autocontrolo da dor aguda na criança/jovem e família;• Sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância do uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda;• Partilha de conhecimentos, propondo, se oportuno, alterações aos procedimentos realizados.		<u>Materiais:</u> <ul style="list-style-type: none">• Manual de normas e protocolos;• Bases de dados e biblioteca da ESEL;• Código Deontológico;• PNS e PNSIJ• Guias orientadores de boas práticas ESSIP e da OE;
3. Identificar das reações da criança/jovem face a procedimentos dolorosos.	<ul style="list-style-type: none">• Realização de pesquisas bibliográficas sobre as reações da criança/jovem face a procedimentos dolorosos;• Observação da criança/jovem aquando procedimentos dolorosos;• Avaliação e interpretação do estado emocional da criança/jovem em parceria com os pais;		<ul style="list-style-type: none">• Processo clínico da criança.• Escalas de avaliação da dor

¹ De acordo com o Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e do Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem (OE, 2010).

<p>4. Desenvolver competências relacionais no cuidado à criança/jovem e família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar conhecimentos na comunicação com a criança/jovem e família de acordo com o seu estágio de desenvolvimento, com recurso a técnicas de comunicação adequadas; • Disponibilidade para atender às preocupações e necessidades de cuidados da criança/jovem e família; • Orientação da criança/jovem e família em assuntos relacionados com a sua saúde; 		<ul style="list-style-type: none"> • Registos de colheita de história da dor
<p>5. Conhecer as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da criança/jovem e família submetida a cirurgia programada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta e leitura de documentos disponíveis no serviço, tais como normas, protocolos, manuais, registos e folha de colheita de dados; • Observação de como é realizada a consulta de preparação pré-operatória. • Promoção do acolhimento da criança/jovem e família. 		

Urgência Pediátrica – de 26 de Outubro a 22 de Novembro**Objetivos gerais:**

- Desenvolver competências de ESSIP no cuidado à criança/jovem e família, aos 3 níveis de prevenção.
- Desenvolver competências de ESSIP no âmbito do alívio da dor aguda da criança/jovem através de estratégias não farmacológicas.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Competências a adquirir	Recursos
1. Prestar cuidados especializados no atendimento à criança/família em contexto de urgência hospitalar.	<ul style="list-style-type: none">• Consulta e leitura de manuais, normas e protocolos de atuação de cuidados de enfermagem utilizadas no serviço de urgência;• Prestação de cuidados de enfermagem à criança em diferentes situações clínicas, nos diferentes locais (sala de triagem, sala de tratamentos, sala de reanimação e serviço de observação);• Mobilização de conhecimentos e habilidades em suporte básico e avançado de vida pediátrico;• Aprofundamento de conhecimentos sobre sinais e sintomas de agravamento do estado de saúde.	A1.1; A2.1; A2.2; B3.1; E1.2; E2.1; E2.2; E2.3; E2.4.	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Professor orientador da ESEL; Enfermeiro orientador do ensino clínico e equipa multidisciplinar. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Manual de normas e protocolos;• Bases de dados e biblioteca da ESEL;• Código Deontológico;• PNS e PNSIJ• GOBP do ESSIP e da OE;• Processo clínico da criança.• Escalas de avaliação da dor;• Guião para a observação das práticas de avaliação da dor aguda e de utilização e de utilização ENFAD;
2. Reconhecimento das intervenções não farmacológicas indicadas para o alívio/controlo da dor em diferentes situações clínicas.	<ul style="list-style-type: none">• Consulta de normas/protocolos/projetos utilizados no serviço sobre o alívio da dor aguda.• Minimizar os aspetos negativos da hospitalização – cuidados não traumáticos;• Analisar as práticas em uso pela equipe de enfermagem relativamente ao alívio da dor aguda;• Consulta e aplicação de escala de avaliação da dor utilizada no serviço;• Avaliar a dor da criança/jovem e família perante procedimentos dolorosos/invasivos;• Planear intervenções individualizadas no sentido do autocontrolo da dor aguda na criança/jovem e família;• Aplicação de estratégias não farmacológicas indicadas para o alívio da dor aguda;• Avaliação e registo da eficácia das estratégias não farmacológicas;• Dar continuidade ao guião para a observação das práticas de avaliação da dor aguda e de utilização e de utilização de estratégias não farmacológicas na criança/jovem em situações de urgência/emergência;• Promoção de momentos de reflexão com os enfermeiros sobre a prática de cuidados.		

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos – de 23 de Novembro a 20 de Dezembro

Objetivos gerais:

- Desenvolver competências de ESSIP no cuidado à criança/jovem e família, aos 3 níveis de prevenção.
- Desenvolver competências de ESSIP no âmbito do alívio da dor aguda da criança/jovem através de estratégias não farmacológicas.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Competências a adquirir	Recursos
<p>1. Analisar as principais condições para os Cuidados Especializados ao RN/criança/jovem em situação crítica/de alto risco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta e leitura de manuais, normas e protocolos de atuação de cuidados de enfermagem utilizadas na UCINP; • Compreensão dos padrões de qualidade em uso na unidade para a prática de cuidados: quadro de referência e enunciados descritivos • Mobilização de conhecimentos e habilidades em suporte básico e avançado de vida pediátrico; • Aprofundamento de conhecimentos sobre situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte. 	<p>A1.1; A2.1; A2.2; B3.1; E.1.1; E1.2; E2.1; E2.2; E2.3; E2.4; E.2.5.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Professor orientador da ESEL; Enf^a orientador do ensino clínico e equipa multidisciplinar
<p>2. Prestar cuidados de enfermagem centralizados no RN e família, fomentando as competências parentais de modo a fortalecer a ligação afetiva da tríade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observação participante do acolhimento dos pais à UCINP; • Incentivo da presença dos pais; • Observação e apreciação de comportamentos de vinculação (de acordo com o preconizado pelo PSMGPI (2005, p.11). • Promoção da amamentação; • Promoção/incentivo dos pais na prestação de cuidados ao RN; • Incentivo aos pais para a utilização de técnicas de conforto; • Promoção da comunicação pais-RN (comunicação verbal, o toque, a massagem, ...) • Aquisição/desenvolvimento de conhecimentos sobre cuidados promotores do desenvolvimento do RN; • Pesquisas bibliográficas sobre o uso do método de canguru; • Consulta das normas/procedimentos do serviço relativamente ao uso do método de canguru; • Promoção da utilização do método de canguru; • Refletir sobre a prática de cuidados com os enfermeiros sobre as vantagens do método de canguru; • Realização da preparação para a alta; 		<p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual de normas e protocolos; • Bases de dados e biblioteca da ESEL; • Código Deontológico; • PQCEESCJ, PSMGPI, • PNS e PNSIJ • GOBP do ESSIP e da OE; • Processo clínico da criança. • Escalas de avaliação da dor • Guião para a observação das práticas de avaliação da dor aguda e de utilização de ENFAD;
<p>3. Aprofundar o uso de ENFAD aguda e na promoção do conforto RN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de normas, procedimentos e protocolos de atuação de enfermagem utilizadas no serviço; • Identificação das práticas de avaliação da intensidade dor no RN; • Observação e utilização de ENFAD aguda/desconforto do RN; • Reflexão sobre a prática destes cuidados em conjunto com a equipe de enfermagem; • Preenchimento do guião para a observação das práticas de avaliação da dor aguda e de utilização de ENFAD; 		

Cuidados de Saúde Primários – de 4 de Janeiro a 22 de Janeiro

Objetivos gerais:

- Desenvolver competências de ESSIP no cuidado à criança/jovem e família, aos 3 níveis de prevenção.
- Desenvolver competências de ESSIP no âmbito do alívio da dor aguda da criança/jovem através de estratégias não farmacológicas.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Competências a adquirir	Recursos
<p>1. Desenvolver competências na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observação/ participação nas consultas de saúde infantil: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Aprofundamento do conhecimento do PNSIJ; ❖ Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil utilizado a escala de Mary Sheridan / Growing skills; ❖ Análise dos e comportamentos promotores de saúde (nutrição, exercício físico, o brincar, a gestão de stress, prevenção de consumos aditivos, adoção de medidas de segurança, entre outros); ❖ Orientação relativa aos comportamentos promotores de saúde, sempre que possível numa dinâmica de cuidados antecipatórios e de promoção da parentalidade: envolvendo os pais; analisando as preocupações e conhecimentos; informando. ❖ Promoção da imunização segundo o PNV; ❖ Detecção precoce e encaminhamento de situações que possam comprometer ou afetar a qualidade de vida da criança/jovem e família (ex: maus-tratos). 	<p>A1.1; A2.1; B3.1; E.1.1; E1.2; E2.2, E2.3; E2.4; E.2.5.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Professor orientador da ESEL; Enfermeiro orientador do ensino clínico e equipa multidisciplinar. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual de normas e protocolos; • Bases de dados e biblioteca da ESEL; • Código Deontológico; • PNS e PNSIJ • GOBP do ESSIP e da OE; • Processo clínico da criança. • Escalas de avaliação da dor • Guião para observação das práticas de avaliação da dor aguda e de utilização de ENFAD.
<p>2. Aprofundar conhecimentos sobre técnicas de comunicação com a criança/jovem atendendo ao seu estágio de desenvolvimento e cultura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Transmitir segurança e tranquilidade aos pais e crianças; ➤ Ensino de comportamentos (de promoção) de confronto. ➤ Identificar perturbações do comportamento/experiências anterior de dor. ➤ Adotar comportamentos distrativos; 		
<p>3. Desenvolver competências no âmbito das estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda no RN, criança e jovem submetido a procedimentos dolorosos (diagnóstico precoce e vacinação).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar as práticas de avaliação da dor ➤ Identificar as estratégias não farmacológicas de prevenção e tratamento da dor aplicadas nos procedimentos dolorosos; ➤ Planeamento de medidas não farmacológicas no alívio da dor aguda de acordo com o seu estágio de desenvolvimento; ➤ Aplicação da grelha de observação da atuação do enfermeiro aquando procedimentos dolorosos no aplicável em contexto de CSP. 		

Serviço de Pediatria médico/cirúrgica – de 25 de Janeiro a 14 de Fevereiro**Objetivos gerais:**

- Implementar na prática de enfermagem no Serviço de Pediatria médico/cirúrgica a prática do uso de estratégias não farmacológicas na gestão da dor aguda.

Objetivos específicos	Atividades a desenvolver	Competências a adquirir	Recursos
1. Realizar um Diagnóstico estratégico das práticas em uso na unidade recorrendo à análise SWOT.	<ul style="list-style-type: none">• Solicitar contributos à equipe de enfermagem, através da aplicação de um instrumento com recurso a análise SWOT;• Validar esta análise com a Enfermeira Responsável;• Elaborar uma análise SWOT a partir da observação das práticas em uso no serviço através da aplicação do guião;• Trabalhar os resultados das duas abordagens de análise;• Divulgar e validar junto da equipa os resultados do diagnóstico.	A1.1; A2.1; B1.1; B1.2; B3.1; D2.1; E2.2, E2.4.	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Professor orientador da ESEL; Enfermeiro orientador do ensino clínico e equipa multidisciplinar. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Manual de normas e protocolos;• Bases de dados e biblioteca da ESEL;• Código Deontológico;• PNS e PNSIJ• GOBP do ESSIP e da OE;• Escalas de avaliação da dor• Análise SWOT.• Material para construir o kit sem dói-dói
2. Elaborar uma proposta de protocolo para a prática de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda da criança/jovem.	<ul style="list-style-type: none">• Elaborar um Kit-sem dor;		
3. Sensibilizar a equipe de enfermagem para a importância do uso de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor aguda na criança/jovem.	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação da proposta de procedimento de estratégias não farmacológicas;• Validação da proposta;• Reforçar com a equipe a importância do uso de estratégias não farmacológicas;		

Apêndice IV

Guião para a observação das práticas de avaliação da dor aguda e de utilização de estratégias não farmacológicas

Guião para a observação das práticas de avaliação da dor aguda e de utilização de estratégias não farmacológicas

Indicadores a observar	Dados observados	Notas/comentários / Reflexões teóricas
<p>Filosofia de cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Defende uma filosofia promotora de cuidados não traumáticos; • Respeito pelos direitos da criança; • Previne ou minimiza o desconforto/stress psicológico e físico experimentado pela criança/família; • Promove a sensação de controlo; • Previne ou minimiza a separação da criança; • Promove ambiente terapêutico. 		
<p>Avaliação da dor:</p> <p>Momentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Na admissão ➤ Avaliação prévia da dor; ➤ Antes, durante e após os procedimentos dolorosos ou em situação de doença. ➤ Com caráter sistemático (em cada turno ou cada contacto em CSP); ➤ Episódio de dor; <p>Procedimentos associados</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação de sinais fisiológicos e comportamentais de dor; ➤ Técnicas e instrumentos de avaliação utilizados ➤ Realização de História da dor da criança: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Parâmetros utilizados² ➤ Observação da criança. ➤ Entrevista à criança; ➤ Entrevista aos pais/pessoas significativas; 		

² Ver parâmetros contemplados no Caderno OE – Dor –GOBP (2008; p.16).

<p>➤ Recurso a fontes de informação documentais disponíveis;</p> <p>Instrumentos de avaliação utilizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escalas³: <ul style="list-style-type: none"> Recém Nascidos <ul style="list-style-type: none"> ➤ NIPS (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau. Né); ➤ EDIN (Neonatal Infant Pain Scale); ➤ PIPP (Premature Infant Pain Profile); ➤ N-PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale); Menores de 4 anos ou crianças com incapacidade para verbalizar <ul style="list-style-type: none"> ➤ FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability); Entre 4 e 6 anos <ul style="list-style-type: none"> ➤ FPS-R (Faces Pain Scale – Revised); ➤ Escala de faces de Wong-Bake; A partir de 6 anos <ul style="list-style-type: none"> ➤ Eva (Escala Visual Analógica); ➤ EN (Escala Numérica); ➤ FPS-R (Faces Pain Scale – Revised); Crianças com multideficiência <ul style="list-style-type: none"> ➤ FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised). • Utilização das instruções metodológicas específicas de cada instrumento; • Mantém o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, exceto se a situação clínica justificar a mudança. 		
<p>Controlo/Monitorização da dor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frequência <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diária; ➤ Turno; 		

³ De acordo as orientações técnicas obre a avaliação da dor nas crianças, DSG (2010 p.2-3).

<ul style="list-style-type: none"> ➤ De acordo com a prescrição de enfermagem; ➤ De acordo com protocolos instituídos; • Comunicação dos resultados da avaliação da dor aos membros da equipe multidisciplinar; <ul style="list-style-type: none"> ➤ Privilegia a autoavaliação a partir dos 3 anos; ➤ Em situação de dor rigorosa dá prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação; • Planeia a intervenção terapêutica consoante reavaliação da intensidade da dor; 		
<p>Diagnósticos de Enfermagem e resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os diagnósticos são formulados e validados com a criança; • Quais os mais frequentes; • São estabelecidos os resultados a atingir; • São planeadas as ações e os recursos a mobilizar; • Existe padrão documental relativo ao Foco Dor. 		
<p>Intervenções de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estratégias/intervenções farmacológicas; • <u>Estratégia/intervenções não farmacológicas:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Compreensão da importância da sua utilização; ➤ Aplicação de estratégias comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas, suporte emocional e ambientais⁴; ➤ Utilização do Kit sem-dói-dói; ➤ Utilização isolada ou associada a intervenção farmacológica; ➤ Adequação com as idades e desenvolvimentos da criança; ➤ Promoção do bem-estar e do conforto; ➤ Ensino/instruir a criança/família sobre o controlo/gestão da dor; ➤ Envolver a família nas estratégias de alívio da dor e promoção do conforto; 		
<p>Práticas de registo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação e reavaliação da intensidade da dor; • Diagnósticos de enfermagem 		

⁴ Ver parâmetros contemplados no Caderno OE – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança –GOBP (2013; p.17-18).

<ul style="list-style-type: none"> • Resultados esperados – (conhecimentos, capacidades) • Intervenções de enfermagem; • Eficácia/resultados das intervenções. (conhecimentos, capacidades). 		
<p>Políticas organizacionais relativas à dor⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promovem o controlo da dor; • Definem indicadores/avaliação da qualidade no controlo da dor; • Criam de grupos/núcleos da dor; • Instituem uma abordagem multidisciplinar no controlo da dor; • Adotam de guias de boas práticas/elaboração de normas para a avaliação e controlo da dor; • Implementam de sistemas de documentação e de padronização de avaliação e controlo da dor; • Articulam e partilham informação entre serviços de forma a assegurar a continuidade do controlo da dor; • Criam de condições para o ensino e participação da pessoa/cuidador principal/ família na avaliação e controlo da dor; • Incluem enfermeiros na elaboração e revisão das políticas, guias e normas de orientação clinica para a avaliação e controlo da dor; • Adotam enfermeiro de referência, para o efetivo controlo da dor; • Promovem Formação em serviço; • <u>Formação contínua:</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfermeiros individualmente; ➤ Investigação na área; ➤ Projetos; ➤ Reflexão sobre as práticas de cuidados; ➤ Promoção de programas de formação avançada sobre a dor. 		
<p>Adequação ao preconizado nos normativos da DGS e OE.</p>		

⁵ De acordo com o contemplado pelo Caderno OE – Dor –GOBP (2008; p.20-21)

Referências bibliográficas:

- ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Portugal: Unicef.
- Batalha, L. (2003). *Os enfermeiros e a dor na criança*. Associação Portuguesa para o estudo da dor, 11 (1), 146-147.
- Batalha, L.M.C. (2007). Factores de Risco para um Controlo Inadequado da Dor em Pediatria. *Dor*, (15), 27-35.
- Batalha, L. (2010) – *Dor em Pediatria – Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-593-0.
- Batalha, L.M.C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde e Tecnologia*. Suplemento, e16-e21. ISSN: 1646-9704.
- Batalha, L. M.; Mendes, V.M.P. (2013). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability: Revised (FLACC-R) 2013. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol. série III (11), 7-17. **DOI:** 10.12707/RIII12101.
- Fernandes, A. (2007). Dor Neonatal: Consequências Imediatas e a Longo Prazo. *DOR*, 15 (1), 22-26.
- Hockenberry, M., Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ªed). Rio de Janeiro: Mosby.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica – Volume II*. Lisboa: OE
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2013). *Guia Orientador de boa prática— Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE. Série 1. Número 6. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa prática*. Lisboa: OE
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa N.º09 DGCG de 14/06/2003. *A Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2008). Circular Normativa N.º11/DSCS/DPCD. *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: DGS.

- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2010). Circular Normativa N.º014/2010. *Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2012). Circular Normativa N.º022/2012. *Orientações técnica sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: DGS.
- Powell, R.A. et al (2010). Antecedentes de Dor e Avaliação da Dor. In: Kopf, A.; Patel, N. B. (2010). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos* (pp. 65 -77) Seattle: International Association for the Study of Pain.

Apêndice V

Diploma de bom comportamento



Sou uma CAMPEA
na Vacina!

A enfermeira

certifica que a menina
_____ teve
um comportamento muito corajoso.
PARABÉNS!



Sou um CAMPEÃO
na Vacina!

A enfermeira

certifica que o menino
_____ teve
um comportamento muito corajoso.
PARABÉNS!

Apêndice VI

Análise SWOT

Legenda:

Análise Enfermeiros Participantes

Análise individual

Vertente externa	
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> Hospital integrado no PPQCE da OE com novos projetos em curso com aprovação pela Direção de Enfermagem; Existência de Comissão Clínica para um “Hospital sem Dor” com membros dinamizadores em cada serviço; Chefia/Coordenação de Enfermagem recetíveis a projetos da área da qualidade; Chefia/Coordenação na área EESIP – implementam e revisão de protocolos no serviço; Preocupação de criação de consulta de enfermagem de preparação para a cirurgia; Aprovação para a construção do Kit sem dor; 	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldade em reunir condições na implementação de novos instrumentos de apoio; Muita rotatividade de enfermeiros no serviço; Rácio enfermeiros/cliente em alguns dos turnos desfavorável; Grande rotatividade de clientes; Crianças a partir dos 15 anos admitidas pelo AMP de adultos e seguidas pela MI; Internamentos mistos de adultos e crianças; Inexistência de sala personalizada a pediatria (sala de atividades); Não celebração de épocas festivas com as crianças; Urgência nos procedimentos.

Vertente interna	PLANO ESTRATÉGICO	
	<p>PONTOS FORTES</p> <ul style="list-style-type: none"> Equipe jovem potencialmente motivada; Vários elementos da equipa a frequentar o curso de especialização em enfermagem de SIP; Chefes de equipa em nível competente e proficiente; enfermeira responsável e segundo elemento em nível de perito; Permanência de um dos pais durante 24 horas e horário alargado de visitas sem número de restrição; Explicação prévia/preparação da criança e pais sobre os procedimentos invasivos; É dada escolha aos pais sobre a sua presença ou não durante os atos dolorosos; Ensino pais algumas estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e diminuição da ansiedade; Incorporação dos pais em todas as fases de cuidado à criança; Algumas condições propícias de um ambiente pediátrico: <ul style="list-style-type: none"> Abertura para a personalização com objetos pessoais; Sala de tratamentos para os procedimentos invasivos/dolorosos; Quartos individuais com luz natural e de grandes dimensões; Disponibilidade de equipamentos e meios audiovisuais como cockpit com televisão por cabo, internet, rádio e jogos, bem como rede móvel por wi-fi; Existência de escalas de avaliação da dor em SIE (numérica, FLACC e NIPS). Avaliação da intensidade dor é realizada pelo menos 1x/turno ou sempre que exista presença de dor; Utilização concomitante de estratégias farmacológicas de prevenção e alívio da dor; Utilização de ENFAD. 	<p>PONTOS FRACOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Equipe jovem, a maioria dos enfermeiros em nível iniciado/iniciado avançado; Elevados custos individuais para a formação graduada dos enfermeiros; Insuficiente valorização das ENFAD por outros profissionais de saúde; Desconhecimento da equipe sobre a existência dos GOBP da OE e normativos da DGS; Ausência de formação sobre o tema da dor e sobre as várias ENFAD; Ausência de algumas condições propiciadoras de ambiente pediátrico – decoração; Inexistência momentos de brincadeira e distração (Doutores Palhaços); Necessidade de material lúdico/didático adequado as várias etapas do desenvolvimento da criança; Não é realizada a história de dor, no entanto, é realizada a anamnese da criança; Ausência de utilização da escala de avaliação da intensidade da dor de faces de Wong-Baker; Os enfermeiros não utilizam a régua de autoavaliação da intensidade da dor; Não é realizado registo intensidade da dor através de escalas antes, durante e após os procedimentos dolorosos ou quando se aplicam ENFAD; Inexistência de consulta de enfermagem de preparação para a cirurgia; Ênfase estratégias farmacológicas nos procedimentos dolorosos como o Livopan® e o hidrato de cloral; Não ensino aos pais sobre massagem terapêutica;

Apêndice VII

Procedimento- Controlo da dor aguda em crianças/jovens –
estratégias não farmacológicas

**PROCEDIMENTO
N.º**

POLÍTICA N.º

ÁREA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

DATA

1. NOME:

CONTROLO DA DOR AGUDA EM CRIANÇAS/JOVENS - ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS.

2. ÂMBITO:

CUIDADOS À CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA: ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR AGUDA.

3. PESSOAL ABRANGIDO:

ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE INTERMENTO DE PEDIATRIA

4. OBJETIVOS:

- Compreender a importância das estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda da criança hospitalizada;
- Capacitar os enfermeiros e restante equipa de saúde relativamente às estratégias não farmacológicas para o alívio da dor aguda;
- Harmonizar as práticas de tomada de decisão relativas à apreciação da dor aguda da criança/jovem e família e à mobilização das estratégias não farmacológicas adequadas;
- Garantir o direito das crianças/jovens à melhor abordagem para o controlo da dor aguda;
- Promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados;

5. DEFINIÇÕES:

A dor é um fenómeno multidimensional e complexo. A Ordem dos Enfermeiros (2008, p.25) apresenta no seu glossário a dor aguda como um tipo de dor de "início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal". A Direcção-Geral de Saúde (2003, p.1) refere 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". Constitui, desta forma, uma prioridade no sector da prestação de cuidados de saúde.

6. DESCRIÇÃO:

A doença e consequente internamento da criança/jovem implicam na maior parte das vezes procedimentos e tratamentos que causam dor, stress e ansiedade. A angústia da criança é perturbadora não apenas para a criança, como também para os adultos envolvidos, pais e profissionais, e muitas vezes torna a execução de procedimentos mais difícil para a própria criança (Maccarthy & Kleiber, 2006).

Um dos papéis mais importantes dos profissionais de saúde é ajudar a criança/jovem a lidar com a dor, minimizando deste modo as consequências provocadas por dor não tratada (Willock et al, 2004).

A dor causada, por exemplo, pelos procedimentos pode ter implicações emocionais e psicológicas para a criança/jovem (Uman et al, 2008), implicar maior stress e ansiedade em futuros procedimentos (Kennedy, Luhmann e Zempsky, 2008), e a não utilização de estratégias eficazes para o seu controlo durante os procedimentos invasivos, mesmo os mais simples, expõe a criança a sofrimento desnecessário e consequências significativas (Barros, 2011).

A gestão adequada da dor nos serviços de saúde é, atualmente considerada pelas entidades acreditadoras, a nível internacional, como padrão de qualidade e o controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças (DGS, 2010).

A evidência científica demonstra que a combinação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor confere um elevado grau de qualidade na prestação de cuidados de saúde, e a eficácia do controlo da dor, envolve estratégias multidisciplinares com uma combinação de ações no âmbito farmacológico e não farmacológico (Batalha, 2010).

A tomada de decisão sobre a ação mais adequada decorre de uma avaliação inicial que permita compreender:

- *"Características individuais e a sua história de dor (por exemplo, idade, estágio de desenvolvimento, situação clínica, experiências anteriores de dor);*
- *Características familiares ou do cuidador (sensibilidade, empatia, conhecimentos e atitudes dos pais, perceção e atribuição de significado às experiências de dor; modelos e história de dor na família);*
- *Características do profissional (sensibilidade, empatia, conhecimentos e atitudes dos profissionais, perceção e atribuição de significado às experiências de dor, disposição para a ação de avaliação e tomada de decisão no controlo da dor);*
- *Aspetos culturais do contexto (crenças e valores);*
- *História de dor."*

(Ordem dos Enfermeiros 2013, p.31)

Objetivos da utilização das estratégias não farmacológicas:

- Diminuir a dor e ansiedade;
- Desmistificar medos;
- Fornecer informação acerca dos procedimentos/tratamentos;

- Promover o sentido de controlo;
- Promover a utilização de estratégias de *coping* já adquiridas pela criança e ensinar outras que a ajudem a lidar com as situações.

Tipos de estratégias:

As estratégias de preparação das crianças intervenções dolorosas, podem ser:

- Comportamentais (relaxamento, reforço positivo, dessensibilização)
- Cognitivas (informação prévia, mudança de memória, hipnose);
- Cognitivo-comportamentais (distração, modelagem, imaginação guiada).
- Medidas físicas ou periféricas (massagem, aplicação de calor/frio, posicionamento),
- Medidas ambientais (temperatura, luz, ruído, decoração, mobiliário, etc);
- Suporte emocional (presença e apoio dos pais, toque, medidas de conforto – embalar, acariciar, envolver, pegar ao colo, amamentar, administração de sacarose 24%, sucção não nutritiva).

Entre as inúmeras intervenções que podem ser desenvolvidas, a escolha pela estratégia mais adequada para cada caso é determinante na sua eficácia e a escolha depende das preferências da criança, da sua habilidades e desenvolvimento cognitivo (Batalha, 2010). Como o desenvolvimento cognitivo influencia determinantemente a compreensão da experiência dolorosa e a capacidade para o descrever, as estratégias utilizadas devem ser planeadas tendo em conta este fator importante (ver Quando 1).

Princípios a atender no respeito dos direitos da criança quanto ao Controlo da Dor

- Identificar experiências anteriores de dor e métodos utilizados no seu alívio;
- Negociar a presença dos pais ou pessoa significativa junto da criança;
- Fornecer informação à criança de forma simples, exata de acordo com o estágio de desenvolvimento;
- Ensinar os pais e criança a lidar com a dor;
- Ser honesto;
- Dar feedback positivo;
- Não utilizar os procedimentos como ameaça;
- Garantir o conforto da criança;
- Não efetuar procedimentos dolorosos na cama (local de refugio/conforto);
- Permitir a expressão de sentimentos e emoções;
- Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor;
- Permanecer junto da criança após o ato doloroso;
- Planear cuidados de forma a manipular/incomodar o menos número de vezes possível;

- Agrupar os atos ou terapêuticas dolorosas e providenciar que sejam realizados com analgesia;
- Avaliar continuamente a dor como sinal vital;

7. SEQUÊNCIA DO PROCEDIMENTO:

Tendo em conta os normativos preconizados pelos Guias Orientadores de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (2008, 2013) e pela da DGS (2010, 2012) e o enfermeiro, de forma a prevenir e aliviar a dor à criança, jovem e família, quando submetida a cirurgia, a procedimentos dolorosos/invasivos, a tratamentos ou em caso de doença, deve:

- Averiguar com a criança e pais as experiências de dor anteriores (tipo de procedimento, contexto, material utilizado, se foi utilizada analgesia/sedação, estratégias utilizadas e se foram eficazes);
- Fornecer informação preparatória à criança/jovem e pais sobre o procedimento/cirurgia a realizar e sobre as estratégias não farmacológicas de alívio da dor;
- Planear a sua conjugação com a administração de analgesia, sedação, colocação de EMLA;
- Realizar o procedimento na sala de tratamentos, proporcionando um ambiente calmo;
- Promover a presença dos pais junto da criança, se for a sua vontade;
- Avaliar a intensidade da dor através de escalas instituídas (NIPS, FLACC, numérica e qualitativa) e/ou fazer o ensino à criança sobre avaliar a sua dor com a escala adequada. Preferencialmente na admissão e ao longo do internamento;
- Escolher a estratégia/atividade, posição da criança, local, horário, de acordo com as suas preferências;
 - ✓ Consultar o normativo da DGS (2012, p.6-7) através do link: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012.aspx>
- Escolher o material necessário para a estratégia/atividade (kit sem dói – dói);
- Iniciar a estratégia/atividade escolhida antes do ato/procedimento;
- Estar atenta às manifestações e opiniões da criança durante o procedimento;
- Avaliar a dor antes, durante a após o ato/procedimento. Em situação de dor aguda por doença avaliar a dor pelo menos 1x/turno;
- Permanecer junto da criança após o procedimento;
- Dar reforço positivo;
- Registrar o tipo de procedimento, o score de dor e escala de dor utilizada, localização da dor, estratégias utilizada, se foi ou não eficaz, o comportamento e colaboração da criança.

8. PROCEDIMENTOS RELACIONADOS

- Procedimento nº1, Política nº 2 da DSE - Avaliação da dor em crianças dos 0 aos 4 anos;
- Procedimento nº3, Política nº 1 da DSE - Cuidados não traumáticos em pediatria;
- Procedimento nº3, Política nº 1 da DSE - Aplicação de EMLA®;
- Procedimento nº7, Política nº 1 da DSE Acolhimento da criança internada para intervenção cirúrgica e intervenções e enfermagem pré-operatórias;
- Procedimento nº14, Política nº 1 da DSE - Cuidados de enfermagem à criança com cólicas;
- Procedimento nº15, Política nº 1 da DSE - Cuidados de enfermagem no aleitamento materno;
- Procedimento nº16, Política nº 1 da DSE Cuidados de enfermagem na administração de sucrose oral ao recém-nascido e lactente;
- Procedimento nº24, Política nº 1 da DSE Promoção da parentalidade positiva.

9. REFERÊNCIAS

NORMATIVOS PROFISSIONAIS

- **ORDEM DOS ENFERMEIROS** - Guia Orientador de Boa Prática – estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança (OE, 2013, p.25-27). Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS** - Guia Orientador de Boa Prática – Dor (OE, 2008). Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>

DGS

- **Norma Circular Normativa Nº 09/DGCG** - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor (2003). Disponível em:
[file:///C:/Users/Patr%C3%ADcia%20Santos/Downloads/i005605%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Patr%C3%ADcia%20Santos/Downloads/i005605%20(1).pdf)
- **Orientação Nº 014/2010** - Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Disponível em:
[file:///C:/Users/Patr%C3%ADcia%20Santos/Downloads/i016586%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/Patr%C3%ADcia%20Santos/Downloads/i016586%20(7).pdf)
- **Orientação Nº 022/2012** - Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Disponível em:
[file:///C:/Users/Patr%C3%ADcia%20Santos/Downloads/i018126%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Patr%C3%ADcia%20Santos/Downloads/i018126%20(4).pdf)
- **Orientação Nº 024/2012** - Dor nos recém-nascidos; Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Disponível em:
<file:///C:/Users/Patr%C3%ADcia%20Santos/Downloads/i018127.pdf>

BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica, uma perspetiva desenvolvimentista*. (2.ª ed. Revista e Aumentada). Lisboa: Climepsi.
- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*. 18 (2), 295-306.
- Batalha, L.M.C. (2007). Factores de Risco para um Controlo Inadequado da Dor em Pediatria. *Dor* (2007) 15, 27-35.
- Batalha, L. (2010) – *Dor em Pediatria – Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-593-0.
- Correia, M. I. (2005). Kit sem doi-dói: para ajudar a criança a lidar com a dor. *Enfermagem em Foco*. SEP, 61, 39-40.
- Hockenberry, J. M., Wilson, D. (2014). *Wong enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed). Loures: Lusociência.
- International Play Association (2009). Promoting the child's right to play. Disponível em http://ipaworld.org/ipa/ipa_declaration.html
- Kennedy, R. M.; Luhmann, J.; Zempsky, W. T. (2008). Clinical Implications of Unmanaged Needle-Insertion Pain na Distress in Children. *Pediatrics*. 122 (3), 130-33.
- Maccarthy, A. M.; Kleiber, C. (2006). A Conceptual Model of Factors Influencing Children's Responses to a Painful Procedure When Parents are Distraction. *Journal of Pediatric Nursing*. 21 (2), 88-98.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia Orientador de Boa prática- Dor*. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Volume II*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa prática- Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Cadernos OE
- Oliveira, C (2008). *Procedimentos de Enfermagem Dolorosos: Respostas de Mães e Enfermeiras numa Unidade Pediátrica* (Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa N.º09 DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2008). Circular Normativa N.º11/DSCS/DPCD. Programa Nacional de Controlo da Dor. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2010). Circular Normativa N.º014/2010. Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2012). Circular Normativa N.º022/2012. Orientações técnica sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2013). Circular Normativa N.º 010/2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS

- Willock, J. [et al] (2004). Periphederal venepuncturs in infants and children. *Nursing Standard*. 18 (7), 43-50.
- Uman, L., S. [et al] (2008). A Systematic Review of Randomized Controlled Triais Examining Psychological Interventions for Needle-relates Procedural Pain and Distress in Children and Adolescents: Na Abbreviated Cochrane Review. *Journal of Pediatric Psychology*. 33 (8), 842-54.

ANEXO

QUADRO 1 – MANIFESTAÇÕES/EXPRESSÃO DE DOR DA CRIANÇA DE ACORDO COM O SEU ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO

Estádio de desenvolvimento	Manifestações / Expressão de dor
Recém-nascidos e lactentes	<ul style="list-style-type: none"> • Choro intenso • Protege a área dolorosa do corpo • Movimentos corporais generalizados, tremor do queixo, expressões faciais (encerramento das fendas palpebrais, abaulamento da testa, sulco nasolabial e boca aberta); • Diminuição do apetite; • Possível fuga reflexa ao estímulo; • Pode apresentar distúrbios do sono; • Irritabilidade; • Inquietação.
Toddler	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma compreensão da dor; • Sente a ansiedade dos pais • Tem memória da dor • Choro forte e gritos; • Não consegue descrever a intensidade ou tipo de dor; • Usa palavras comuns para a dor, tais como "au", "ai", "dói"; • Comportamento agressivo; • Afasta o estímulo antes de ser aplicado; • Protege a área dolorosa do corpo; • Pode apresentar distúrbios do sono.
Pré-escolares	<ul style="list-style-type: none"> • Tem as habilidades de linguagem para expressar a dor; • Pode identificar a localização e intensidade da dor; • Pode acreditar que sua dor é óbvio para os outros; • Ordena o término do procedimento. • Muitas vezes acreditam que a dor é punição/castigo; • Receiam as lesões corporais (medo de agulhas, assumem que quanto mais sangue há, pior é o ferimento); • Resistência física ativa (movimentos bruscos dos membros); • Comportamento agressivo dirigido; • Ataca fisicamente e verbalmente aquando o estímulo doloroso (culpa os próximos pela própria dor); • Afasta o estímulo antecipadamente; • Pedido de apoio emocional (por exemplo, abraços, beijos) • Necessita de ter controlo da situação; • Tentativa de fuga; • Não cooperam (por vezes, necessidade de contenção física); • Pode apresentar distúrbios do sono.
Escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Compreende a necessidade dos procedimentos doloroso para tratar a doença; • Pode especificar a localização e intensidade da dor e descreve as características físicas da dor em relação a partes do corpo; • Manifesta rigidez muscular/corporal, encerramento dos punhos, olhos fechados, dentes cerrados; • Tentam adiar o procedimento dizendo: " ainda não estou pronto", "espere mais um pouco" • Podem regredir um estadio apresentando muitos comportamentos do pré-escolar; • Os comportamentos são especialmente durante os procedimentos; • Pode apresentar distúrbios do sono (podem ter pesadelos associados à experiência dolorosa).

Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Tem capacidade complexa e de compreensão das causas de dor; • Podem pensar que os enfermeiros estão em sintonia com os seus pensamentos, pelo que não pedem medicação para a dor. • Tensão muscular; • Por vezes usam expressões como: “ está a magoar-me”; “isso dói”. • Tentam comportar-se como os adultos, mostram uma resposta comportamental controlada (não se manifestam em relação à dor por vergonha); • Podem Exibir comportamento regressivo na presença da família • Aderem a estratégias de controlo da dor (exercícios de relaxamento);
Crianças com défice cognitivo ou de comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestam a dor, através do gemido, padrões inconscientes de brincadeira e de sono, alterações na expressão facial ou outros problemas físicos.

Referências bibliográficas:

- Batalha, L. (2010) – *Dor em Pediatria – Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-593-0.
- Hockenberry, J. M., Wilson, D. (2014). *Wong enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed). Loures: Lusociência.
- Kurt, N. (2012). Pain Management and Nursing Approaches in Pediatric Oncology. *Complementary Pediatrics*, Dr. Öner Özdemir. 6, 105. Acedido em 25/04/2016. Disponível em: <http://www.intechopen.com/books/complementary-pediatrics/pain-management-and-nursing-approaches-in-pediatric-oncology>
- London, M., Ladewig, P., Ball, J., Bindler, R, & Cowen, K. (2010). *Maternal & Child Nursing Care*. Prentice Hall. 42, 1213-1214. Acedido em 20/04/2016. Disponível em: http://www.prenhall.com/divisions/ect/app/londonbridge/pages/london_final_ch42.pdf